

نورولوژی بالینی امینف

فهرست

مقدمه مؤلف	۹
فصل ۱ شرح حال و معاینه عصبی	۱۱
فصل ۲ بررسی‌های آزمایشگاهی	۴۳
فصل ۳ گما (اغما)	۶۷
فصل ۴ حالات کنفوزیونی	۹۰
فصل ۵ دمانس و اختلالات فراموشی	۱۴۱
فصل ۶ سردرد و درد صورت	۱۸۱
فصل ۷ اختلالات عصبی - چشمی	۲۱۴
فصل ۸ اختلالات تعادلی	۲۴۳
فصل ۹ اختلالات نقایص حرکتی	۲۸۰
فصل ۱۰ اختلالات حسی	۳۵۵
فصل ۱۱ اختلالات حرکتی	۳۹۷
فصل ۱۲ تشنج و سنکوپ (غش)	۴۴۰
فصل ۱۳ سکتة مغزی	۴۷۱
ضمیمه معاینه بالینی اختلالات عصبی	
ایزوله محیطی شایع	۵۱۷
نمایه	۵۲۵

مقدمه

در سال ۱۹۷۹، سه نفر از همکاران جوان نورولوژیست در ایالات متحده امریکا تصمیم به تهیه و چاپ کتابی مرجع برای دانشجویان و پزشکان گرفتند. کتابی که به توضیح و آموزش بیماری‌های مغز و اعصاب پردازد. این تصمیم که در ابتدا فکر می‌شد بعد از دو سال عملی شود، به مدت ۱۰ سال طول کشید!

بله در سال ۱۹۸۹، اولین نسخه و اولین چاپ کتاب مرجع نورولوژی بالینی توسط سه محقق نورولوژیست یعنی پروفیسور سایمن، امینف و گرین‌برگ تهیه و منتشر شد! از آن تاریخ تا به امروز این کتاب حداقل به ۸ زبان رسمی دنیا ترجمه شده است و طی ۳۰ سال در دانشکده‌های پزشکی دنیا تدریس گردیده است!

کتاب مرجع نورولوژی بالینی که در ایران نام امینف را نیز به دنبال دارد! کتابی است که به علائم و تشخیص بیماری‌های مغز و اعصاب می‌پردازد و در چاپ دهم آن، که در حال حاضر در جلو دیدگان شماست به معرفی و شرح درمان‌های جدید نیز اشاره مبسوطی داشته است، از جمله در زمینه بیماری ام اس به داروی alemtuzumab، در بیماری آتروفی عضلانی نخاعی (SMA) به داروی nusinersen، بیماری ALS داروی edaravone و بیماری هانتینگتون داروی deutetrabenazine اشاره نسبتاً جامعی دارد.

جالب است امروز بعد از حدود ۱۸ سال که اینجانب این کتاب را تدریس می‌نمایم و خود اینجانب مقالات متعددی در خصوص این کتاب و مطالب آن نوشته‌ام؛ برای من جای بسی خوشبختی است که بیماری‌های نورولوژی که در ابتدای تدریس، تقریباً داروی شناخته شده‌ای نداشتند، امروزه با تحولات شگرف تشخیصی و درمانی همراه هستند.

در انتها جا دارد از تمام دست‌اندرکاران ترجمه، تهیه و توزیع این کتاب نفیس صمیمانه قدردانی نمایم و تشکر ویژه خود را از انتشارات ارجمند و مترجم این اثر مهم سرکار خانم دکتر پروا نمیرانیان اعلام دارم.

با احترام

دکتر سعید شاه‌بیگی

متخصص مغز و اعصاب

فلوشیپ بیماری‌های التهابی مغز و اعصاب

مدیرمسئول ژورنال تخصصی

Cell, Gene and therapy

مقدمه مؤلف

چهل سال پیش زمانی که در دانشکده پزشکی UCSF تدریس می‌کردیم، متوجه شدیم که وجود کتابی که جنبه‌های بالینی و پایه‌ای نورولوژی را ترکیب کند بسیار مورد نیاز است. Jack Lange از انتشارات پزشکی Lange پس از ملاقاتی که داشتیم موافقت کرد که کتاب نورولوژی بالینی را نیز چاپ کند. وقتی یکی از ما (RPS) پیشنهاد آماده کردن متن کتاب طی دو سال را داد، Lange لبخندی زد و گفت که هیچ‌کس نتوانسته طی این زمان کتاب تکست بنویسد. با کمک دو نویسنده دیگر (MIA و DAG) و پس از حدود ده سال متن کتاب نورولوژی بالینی بالاخره کامل شد و در سال ۱۹۸۹ برای نخستین بار به چاپ رسید. با انتشار چاپ دهم و ترجمه به هشت زبان دنیا کتاب ما حدود سی سال پیاپی از طریق نسخه چاپی (خریداری شده یا امانت گرفته شده)، کتاب الکترونیکی و وب سایت، برای آموزش نورولوژی در خدمت دانشجویان ایالت متحده و دیگر نقاط جهان بوده است.

مانند هر چاپ جدید، هسته اصلی آموزشی مرتبط با عملکرد سیستم اعصاب در سلامتی و بیماری را نگه داشته و تصحیح کرده‌ایم. همچنین موارد تشخیصی و درمانی جدید در حال پیشرفت را اضافه کرده‌ایم. تصویرهای رنگی نشان‌دهنده مفاهیم کلیدی هستند. کتاب طی سال‌ها، شامل روندهای درمانی نورولوژی مخصوصاً برای تشنج و سردرد و اخیراً برای بیماری دمی‌لینه‌کننده بوده است. این چاپ هم به رویکردهای تشخیصی و درمانی بیماری‌های سیستم عصبی می‌پردازد. امیدواریم این کتاب افرادی را قانع کند که تصور می‌کنند تنها گزینه‌های درمانی محدودی در نورولوژی وجود دارد. تنها طی سال گذشته، پیشرفت‌های بیولوژی مولکولی و ایمونولوژی منجر به تأیید داروهای جدید برای درمان ام اس (alemtuzumab)، آتروفنی عضلانی نخاعی (nusinersen)، اسکروز جانبی آمیوتروفیک (edaravone) و هانتینگتون (deutetrabenzine) شده‌اند. این پیشرفت‌ها به همراه دیگر پیشرفت‌های درمانی در این چاپ جدید آورده شده‌اند.

طی سال‌ها، همکاران زیادی در اصلاحات، فراهم آوردن شکل‌ها و تصاویر رادیولوژی کمک کرده‌اند و بخش‌هایی از کتاب را خوانده‌اند. در این رابطه از اعضای UCSF، دانشگاه پیتزبورگ، دانشگاه علوم بهداشت ارگون و دانشگاه اموری و نیز کارمندان سابق و کنونی انتشاراتمان McGraw-Hill و به ویژه اندرو مویر و کریستی ناگلیری برای کمک در این چاپ سپاسگزاریم. همچنین از دکتر مارتا جانسون برای ویرایش دقیق کل چاپ دهم و McGraw-Hill برای فراهم آوردن ایندکس جدیدی برای دسترسی آسان‌تر سپاسگزاریم.

راجری بی. سایمن

مایکل ج. امینف

دیوید ای. گرین برگ



شرح حال و معاینه عصبی

شرح حال، ۱۱	معاینه عصبی، ۱۸
سن، ۱۱	معاینه وضعیت روانی، ۱۹
شکایت اصلی، ۱۱	اعصاب جمجمه‌ای، ۲۲
سابقه بیماری فعلی، ۱۲	عملکرد حرکتی، ۳۳
سابقه پزشکی، ۱۳	عملکرد حسی، ۳۴
سابقه خانوادگی، ۱۴	هماهنگی، ۳۵
سابقه اجتماعی، ۱۴	رفلکس‌ها، ۳۶
مروری بر دستگاه‌های بدن، ۱۴	ایستادن و راه رفتن، ۳۸
خلاصه، ۱۵	معاینه عصبی در وضعیت‌های خاص، ۳۹
معاینه فیزیکی عمومی، ۱۵	کما، ۳۹
علائم حیاتی، ۱۶	معاینه عصبی (فربالگری)، ۳۹
پوست، ۱۷	فرمولاسیون تشخیصی، ۳۹
سر، چشم‌ها، گوش‌ها، و گردن، ۱۷	اصول تشخیص، ۳۹
سینه و دستگاه قلبی عروقی، ۱۸	تشخیص آناتومیک: ضایعه در کجا است؟، ۴۰
شکم، ۱۸	تشخیص اتولوژیک: ضایعه چیست؟، ۴۰
اندام‌ها و پشت، ۱۸	پوررسی‌های آزمایشگاهی، ۴۲
معاینه رکتال و لگن، ۱۸	

شرح حال

گرفتن شرح حال از بیماری که شکایت نورولوژیک دارد، اساساً مانند هرگونه شرح حال گرفتن دیگر است.

سن

سن بیمار می‌تواند کلید اصلی برای علل احتمالی یک بیماری عصبی باشد. برای مثال، معمولاً شروع صرع، اسکیزوفرنی مولتیپل، و بیماری هانتینگتون در میانسالی است در حالی که بیماری

شکایت اصلی

مشکل بیمار (شکایت اصلی) باید تا آنجا که ممکن است روشن و شفاف تعریف شود زیرا می‌تواند راهنمایی برای ارزیابی بعدی به سوی یک تشخیص صحیح و یا دورکننده از آن باشد. در هنگام به دست آوردن شکایت اصلی بیمار، هدف آن است که طبیعت

مشکل در یک کلمه یا یک عبارت شرح داده شود.

شکایت‌های نورولوژیک شایع عبارت‌اند از کنفوزیون، منگی، ضعف، لرز، بی‌حسی، تاری دیده و حملات بیماری. هر یک از این اصطلاحات، نزد بیماران مختلف معانی مختلفی دارد و بنابراین مهم است که ارزیابی را به سمتی جهت دهیم تا بتوانیم تا آنجا که ممکن است توصیف آن چیزی را که بیمار درصدد بیان آن است به دست بیاوریم.

A. کنفوزیون^۱

کنفوزیونی که بیمار یا اعضای خانواده او از آن خبر می‌دهند می‌تواند شامل اختلال حافظه، گیجی، اشکال در فهم یا ایجاد یک عبارت در هنگام نوشتن یا خواندن، مشکل داشتن یا اعداد، قضاوت ناصحیح، تغییرات شخصیتی، یا ترکیبی از آنها باشد. شاید به سختی بتوان علایم کنفوزیون را مشخص کرد و سؤال از مثال‌های خاص، می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

B. منگی^۲

منگی می‌تواند به معنای سرگیجه (تصور گردش یک فرد یا محیط اطراف)، عدم تعادل (بی‌ثباتی به دلیل نقص‌های اکستراپیرامیدال، وستیبولار، منچجه‌ای، یا حسی)، یا حالت قبل از سگته (گیجی ناشی از کاهش پرفوزیون مغزی) باشد.

C. ضعف

ضعف، اصطلاحی است که نورولوژیست‌ها آن را برای بیان از دست دادن قدرت و توانایی شخص در اثر اختلالاتی به کار می‌برند که راه‌های حرکتی دستگاه عصبی مرکزی یا محیطی و یا ماهیچه‌های اسکلتی را مبتلا می‌کند. با این حال، گاهی بیماران این اصطلاح را برای بیان ضعف عمومی، رخوت، یا حتی اختلالات حسی به کار می‌برند.

D. لرز

لرز ممکن است بیانی از حرکات غیرعادی مانند ترمور، کره، آتوز، میوکلونوس، یا انقباضات عصبی باشد (به فصل ۱۱، اختلالات حرکتی مراجعه کنید)، اما احتمال کمی دارد که بیمار بتواند مشکل خود را تحت این اصطلاحات دسته‌بندی کند. دسته‌بندی صحیح بستگی به مشاهده این حرکات دارد و در صورتی که این حرکات به‌طور متناوب بروز می‌کنند و در هنگام گرفتن شرح حال وجود ندارند، از بیمار خواسته شود تا آنها را نمایش دهد.

E. بی‌حسی^۳

بی‌حسی می‌تواند اشاره به انواع مختلف اختلالات حسی از جمله کم‌حسی^۴ (کاهش حساسیت)، پرحسی^۵ (افزایش حساسیت)، یا پارسستی^۶ (احساس 'سوزن‌سوزن' شدن) باشد. گاهی نیز بیماران این اصطلاح را برای نشان دادن شدت ضعف به کار می‌برند.

F. تاری دید

ممکن است بیان تاری دیده، نشانه‌ای از دوبیتی، نوسانات چشم، کاهش حدت بینایی، یا محدودیت در میدان بینایی باشد.

G. حملات بیماری^۷

بیان این اصطلاح می‌تواند اشاره به علایم اپیزودیک و غالباً راجعه‌ای داشته باشد که ممکن است با صرع یا سگته (غش کردن) دیده شود.

◀ سابقه بیماری فعلی

سابقه بیماری فعلی باید شرح مفصلی از شکایت اصلی بیمار و دربر گیرنده موارد زیر باشد.

A. کیفیت و شدت علایم

ممکن است برخی از علایم مانند درد ویژگی‌های خاصی داشته باشند که از نظر تشخیصی کمک‌کننده‌اند. دردهای نوروپاتیکی – که در اثر صدمه مستقیم به عصب ایجاد می‌شوند – گاهی به صورت یک حس پریشی (درد نامطبوع) توصیف می‌شوند که ممکن است با افزایش حساسیت به درد (hyperalgesia) یا حس (hyperesthesia)، و یا با دردی در ناحیه مبتلا در اثر تحریکی که به‌طور طبیعی دردناک نیست (allodynia)، توصیف شوند. باید از شدت علایم نیز اطمینان حاصل شود؛ اگرچه آستانه تحمل هر فرد جهت اقدام برای توجه پزشکی به یک علامت بیماری متغیر است، درخواست از بیمار برای درجه‌بندی کردن بیماری فعلی خود براساس آنچه او در گذشته خود داشته، غالباً سودمند است.

1- Confusion

2- Dizziness

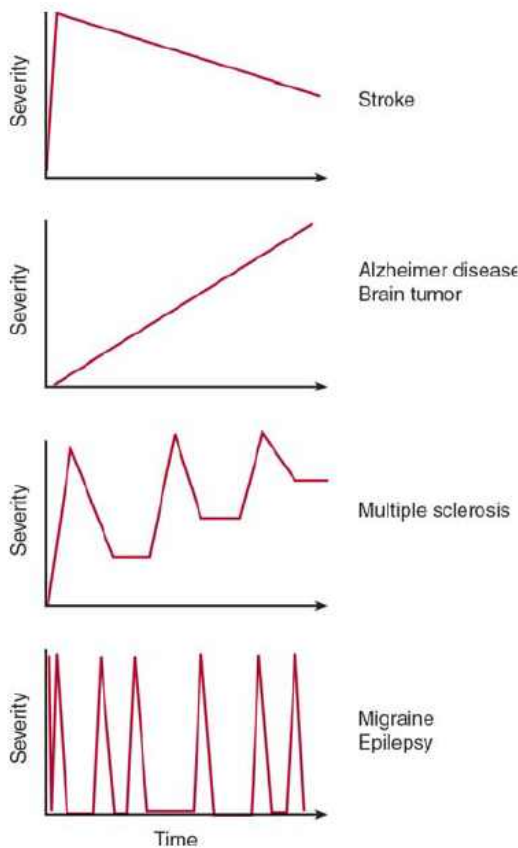
3- Numbness

4- Hypesthesia

5- Hyperesthesia

6- Paresthesia

7- Spells



▲ شکل ۱-۱. الگوهای زمانی بیماری‌های نورولوژیک و مثال‌هایی از هر کدام.

نوروپاتی تله‌ای^۱ (اختلالات یک عصب محیطی در اثر فشار ناحیه‌ای) که اندام فوقانی یا تحتانی را مبتلا می‌کند، می‌تواند روند بیماری را پیرامون عمل جراحی، پیچیده کند.

C. سابقه زایمانی

حاملگی، حداقل می‌تواند به علت اختلال در متابولیسم داروهای ضد تشنج، تا اندازه‌ای صرع بیمار را بدتر کند. دفعات حمله‌های میگرن می‌تواند افزایش یا کاهش یابد. حاملگی یک وضعیت مستعدکننده برای افزایش خفیف فشار داخل جمجمه‌ای و نوروپاتی‌های تله‌ای به ویژه سندرم تونل کارپال (نوروپاتی عصب میانی) و megalgia paresthetica (نوروپاتی عصب

B. محل علائم

برای یک تشخیص نورولوژیک، محل علائم مهم است و باید بیماران تشویق شوند که با حداکثر دقت، محل علائم را نشان دهند. پراکندگی مکان‌مند ضعیف، کاهش حس، یا درد به متناسب‌نمودن روند بیماری زمینه‌ای به یک جایگاه خاص در دستگاه عصبی، کمک می‌کند. این موضوع یک تشخیص آناتومیک را فراهم می‌آورد که به دنبال آن به شناسایی علت بیماری می‌انجامد.

C. سیر زمانی

این مهم است که مشخص شود که مشکل از چه زمانی آغاز شده است، آیا شروع آن ناگهانی یا آرام بوده است، آیا پس از آن بیماری بهبود یافته، بدتر شده، یا شدت و ضعف داشته است (شکل ۱-۱). در بیماری‌های حمله‌ای مانند سردرد یا تشنج، سیر زمانی هر حمله نیز باید مشخص شود.

D. عوامل زمینه‌ساز، تشدیدکننده و تسکین‌دهنده

ممکن است برخی از علائم اتفاقی باشند اما در سایر موارد، زمینه‌ساز یا تشدیدکننده علائم هستند و بیمار از اینکه چگونه باید از آنها اجتناب ورزد یا عواملی که جلوی بروز علائم را می‌گیرند یا آنها را تسکین می‌دهند، آگاه است.

E. علائم مرتبط

علائم مرتبط می‌تواند در تشخیص آناتومیک یا اتیولوژیک، یاری‌رسان باشند. برای مثال، درد گردن همراه با ضعف در ساق پا مطرح‌کننده یک میلوپاتی گردنی (اختلال نخاعی) است، و تب در شرایط سردرد، نگرانی در مورد مننژیت را افزایش می‌دهد.

◀ سابقه پزشکی

جنبه‌های خاصی در سابقه پزشکی بیمار می‌تواند به ویژه به یک شکایت عصبی ارتباط داشته باشد.

A. بیماری‌ها

بسیاری از بیماری‌های قبلی از جمله پرفشاری خون، دیابت، بیماری قلبی، سرطان و بیماری HIV می‌توانند زمینه‌ساز یک بیماری عصبی باشند.

B. عمل‌های جراحی

جراحی قلب باز ممکن است با یک حالت کنفوزیونی همراه باشد

1- Entrapment neuropathies

G. مصرف تنباکو، الکل، و مواد دیگر

مصرف تنباکو همراه با سرطان ریه است که ممکن است به دستگاه عصبی مرکزی متاستاز دهد یا ایجاد سندرم‌های عصبی پارانتوپلاستیک نماید. سوم مصرف الکل می‌تواند تشنج‌های قطع مصرف، پلی‌نوروپاتی، و اختلالات تغذیه‌ای دستگاه عصبی را تولید کند. مصرف وریدی مواد ممکن است مطرح‌کننده بیماری، عفونت یا واسکولیت باشد.

◀ سابقه خانوادگی

این سابقه باید بر هر بیماری گذشته و حال همسر و بستگان درجه اول (والدین، خواهران و برادران، فرزندان) و درجه دوم (پدربزرگها و مادربزرگها، نوهها) دلالت کند. چندین بیماری عصبی مانند بیماری هانتینگتون (آتوزومال غالب)، بیماری ویلسون (آتوزومال مغلوب)، و آنروفی عضلانی دوشن (وابسته به X مغلوب) دارای الگوهای وراثتی مندلی می‌باشند (شکل ۱-۲).

◀ سابقه اجتماعی

اطلاعات پیرامون تحصیلات و شغل بیمار در تفسیر اینکه آیا کارایی شناختی‌اش با زمینه‌های اجتماعی او تناسب دارد، کمک‌کننده است. سابقه جنسی بیمار می‌تواند بر احتمال بیماری‌های جنسی قابل انتقال که دستگاه عصبی را مبتلا می‌کند مثل سیفلیس و بیماری HIV دلالت کند. سابقه مسافرت می‌تواند قرار گرفتن احتمالی در معرض بیماری‌هایی را که در مناطق جغرافیایی ویژه‌ای آندمیک هستند، مسجل نماید.

◀ مروری بر دستگاه‌های بدن

شکایت‌های غیرعصبی که در هنگام مرور بر دستگاه‌های بدن فهمیده می‌شوند می‌تواند اشاره به یک علت سیستمیک برای یک مشکل عصبی باشد.

۱. عمومی - کاهش وزن یا تب ممکن است نشانگر یک علت نئوپلاستیک یا عفونی برای علائم عصبی باشد.
۲. دستگاه ایمنی - سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) می‌تواند به دمانس، میلوپاتی، نوروپاتی، میوپاتی، یا عفونت (مثل توکسوپلاسموز) یا تومور (مثل لنفوم) مبتلاکننده دستگاه عصبی منجر شود.

یوستی طرفی ران) است. ممکن است نوروپاتی‌های تروماتیک مبتلاکننده عصب سدادی^۱، رانی، یا پرونه‌ای در اثر فشار حاصل از سر جنین یا فورسپس زایمانی در هنگام وضع حمل اتفاق بیفتند. اکلامپسی یک سندرم مخاطره‌آمیز است که در آن تشنج عمومی تونیک - کلونیک، روند پرهاکلامپسی (پرفشاری خون همراه با پروتئینوری) را در جریان بارداری پیچیده می‌کند.

D. داروها

طیف وسیعی از داروها می‌تواند موجب عوارض ناخواسته عصبی از جمله حالات کنفوزیونی یا کما، سردرد، آتاکسی، اختلالات عصبی - عضلانی، نوروپاتی، و تشنج گردد.

E. ایمن‌سازی

واکسیناسیون می‌تواند جلوی بیماری‌های متعدد عصبی، از جمله فلج کودکان، دیفتری، کزاز، هاری، و مننژیت منتوکوکوی یا هموفیلوس آنفلوآنزا و انسفالیت ژاپنی را بگیرد. همچنین، ممکن است به صورتی نادر، واکسیناسیون همراه با انسفالیت خودایمن پس از واکسیناسیون، میلیت یا نوریت (التهاب مغز، نخاع، یا اعصاب محیطی) باشد.

F. رژیم غذایی

کمبود ویتامین B₁ (تیامین) مسئول سندرم ورنیکه - کورساکوف و پلی‌نوروپاتی در افراد الکلی است. کمبود ویتامین B₃ (نیاسین) موجب پلاگر می‌شود که با دمانس مشخص می‌شود. کمبود ویتامین B₁₂ (کوبالامین) معمولاً در اثر سوءجذب همراه با آنمی بدخیم ایجاد می‌شود و باعث بیماری سرکب دستگاهها (دژنراسیون راه‌های قشری نخاعی و ستون‌های خلفی در نخاع) و دمانس (دمانس مگالوبلاستیک) می‌گردد. همچنین، کمبود ویتامین E (توکوفرول) ممکن است منجر به دژنراسیون نخاعی شود. برعکس، هیپرویتامینوز A می‌تواند افزایش فشار داخل جمجمه‌ای^۲ همراه با سردرد، نقص‌های بینایی، و تشنج ایجاد کند در حالی که دریافت زیاد ویتامین B₆ (پیریدوکسین) یکی از علل پلی‌نوروپاتی است. مصرف زیاد چربی یک عامل خطر برای سکتة است و در نهایت، خوردن غذاهایی که به درستی ذخیره نشده‌اند و حاوی سم بوتولینوم هستند باعث بوتولیسم می‌شود که با فلج پایین‌رونده تظاهر می‌نماید.

1- obturator

2- pseudomotor cerebri

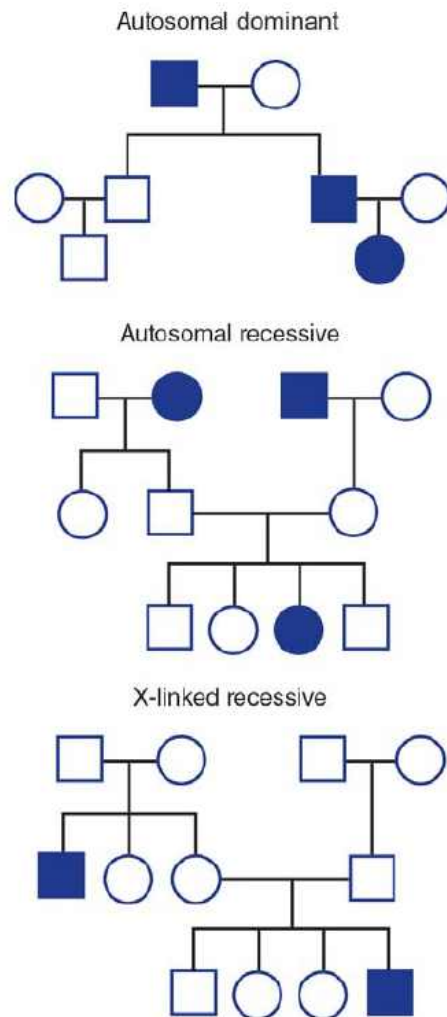
- مثل نوروفیبروماتوز و نورالژی پس از هرپس که دستگاه عصبی را مبتلا می‌کنند، دیده می‌شود.
۶. چشم‌ها، گوش‌ها، بینی، و گلو – سفتی گردن یک ویژگی شایع در منتزیت و خونریزی ساب‌آرآکتوئید است.
۷. دستگاه قلبی عروقی – بیماری ایسکمیک یا دریچه‌ای قلب یا پرفشاری خون، عوامل خطر اصلی در سکته می‌باشند.
۸. دستگاه تنفسی – سرفه، همویتیزی، یا تعریق شبانه ممکن است تظاهرات سل یا نتوپلاسم ریه باشد که می‌تواند انتشار یافته، دستگاه عصبی را مبتلا نماید.
۹. دستگاه گوارش – همامز، یرقان و اسهال ممکن است انسفالوپاتی کبدی را به عنوان علت یک حالت کنفوزیونی مطرح کند.
۱۰. دستگاه ادراری تناسلی – احتیاس یا بی‌اختیاری ادرار یا ضعف جنسی می‌توانند تظاهرات نوروپاتی محیطی یا میلوپاتی باشند.
۱۱. دستگاه ماهیچه‌های اسکلتی – درد و حساسیت عضلانی ممکن است همراه با میوپاتی ناشی از پلی‌میوزیت باشد.
۱۲. روانی – پسیکوز، افسردگی، و مانیا ممکن است تظاهرات یک بیماری نورولوژیک باشند.

خلاصه

با اتمام شرح حال‌گیری، معاینه‌کننده باید یک فهم روشن از شکایت اصلی بیمار، از جمله محل و سیر زمانی آن داشته باشد و با عناصری از سابقه پزشکی قبلی، شرح حال خانوادگی و اجتماعی، و در مرور دستگاه‌های بدن که با شکایت بیمار مرتبط است، آشنایی پیدا کرده باشد. این اطلاعات باید راهنمایی برای معاینه عمومی و عصبی بیمار باشد تا در صورت لزوم روی نواحی مطرح شده در شرح حال بیمار، تمرکز گردد. برای مثال، در یک بیمار مسن که با شروع ناگهانی همی‌پارزی و کاهش یک‌طرفه حس مراجعه می‌کند که به احتمال زیاد حاصل سکته است، تأکید معاینه فیزیکی عمومی باید بر دستگاه قلبی عروقی باشد زیرا انواعی از اختلالات قلبی عروقی زمینه‌ساز سکته هستند. از طرف دیگر، در صورتی که شکایت بیمار، درد و بی‌حسی دست باشد، بیشتر وقت معاینه باید به بررسی حس، نیروی عضلانی، و رفلکس‌ها در اندام فوقانی مبتلا اختصاص یابد.

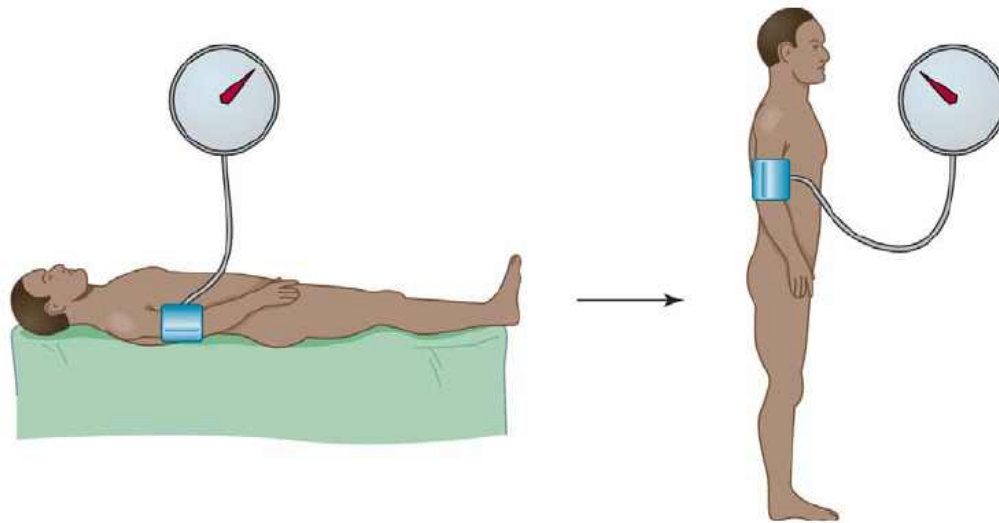
معاینه فیزیکی عمومی

معاینه فیزیکی عمومی در بیماری که شکایت نورولوژیک دارد،



▲ شکل ۱-۲. الگوهای وراثتی ساده مندلی. مربع‌ها نشانه جنس مذکر، دایره‌ها نشانه جنس مؤنث، و نشانه‌های توپر، معرف افراد مبتلا است.

۳. دستگاه هماتولوژیک – پلی‌سپتمی و ترومبوسیتوز زمینه‌ساز سکته ایسکمیک است در حالی که ترومبوسیتوپنی و اختلال انعقادی با خونریزی داخل جمجمه‌ای همراه است.
۴. دستگاه اندوکرین – دیابت خطر سکته را افزایش می‌دهد و ممکن است با نوروپاتی همراه باشد. هیپوتیروئیدی می‌تواند به کما، دمانس، یا آتاکسی منجر شود.
۵. پوست – ضایعات مشخص پوستی در اختلالات معینی



شکل ۳-۱. تست هیپوتانسیون وضعیتی. فشارخون سیستولی و دیاستولی و تعداد نبض بیمار در حالت دراز کشیده (سمت چپ) و پس از ایستادن (سمت راست) تا پنج دقیقه، دقیقه‌ای یک بار اندازه‌گیری می‌شود. کاهش فشار سیستولیک $\leq 20 \text{ mmHg}$ یا دیاستولیک $\leq 10 \text{ mmHg}$ نشانه هیپوتانسیون وضعیتی است. در هنگام طبیعی بودن عملکرد سیستم اتونوم، مثلاً در هیپوولمی، افزایش جبرانی تعداد نبض وجود دارد در حالی که فقدان چنین افزایشی، مطرح‌کننده ناکفایتی اتونوم است.

باید برای جستجوی امور غیرطبیعی که اغلب با مشکلات عصبی مرتبط است متمرکز شود.

◀ علایم حیاتی A. فشارخون

ممکن است فشارخون بالا نشانه پرفشاری مزمن خون باشد که یک عامل خطر برای سکته است و به‌طور حاد در انسفالوپاتی هیپرتانسیون، سکته ایسکمیک، یا در خونریزی داخل مغزی یا ساب‌آراکنوئید دیده می‌شود. افت فشارخون (سیستولیک) $\leq 20 \text{ mmHg}$ یا (دیاستولیک) $\leq 10 \text{ mmHg}$ هنگامی که بیمار از وضعیت خوابیده به نشسته تغییر حالت می‌دهد هیپوتانسیون اورتوستاتیک (وضعیتی) را نشان می‌دهد (شکل ۳-۱). اگر افت فشارخون همراه با افزایش جبرانی تعداد نبض باشد، رفلکس‌های خودکار سمپاتیکی، صحیح هستند و علت احتمالی، هیپوولمی است. با این حال، فقدان یک واکنش جبرانی با اختلالات مرکزی (مثل بیماری پارکینسون) یا محیطی (مثل پلی‌نوروپاتی) در عملکرد سمپاتیکی یا با عوارض ناخواسته داروهای سمپاتولیتیک (مثل داروهای ضد فشارخون) همراه است.

B. نبض

ممکن است یک نبض سریع یا نامنظم - مخصوصاً نبض irregularly irregular در فیبریلاسیون دهلیزی - نشانگر آریتمی قلبی به عنوان عامل سکته یا سنکوپ باشد.

C. تعداد تنفس

ممکن است تعداد تنفس، کلیدی برای یک عامل متابولیک مرتبط با کما یا حالت کتوزیونی باشد. تنفس سریع (تاکی‌پنه) را می‌توان در انسفالوپاتی کبدی، اختلالات ریوی، سپسیس، یا مسمومیت با سالیسیلات‌ها دید؛ کاهش تنفس در اختلالات ریوی و مسمومیت با داروهای آرام‌بخش دیده می‌شود. همچنین، ممکن است تاکی‌پنه یکی از تظاهرات بیماری عصبی عضلانی باشد که دیافراگم را مبتلا می‌کند. الگوهای غیرعادی تنفس را در کما هم می‌توان دید: تنفس شین - استوک (هیپریپنه [تنفس‌های عمیق] و آپنه متناوب) می‌تواند در اختلالات متابولیک یا با ضایعات نیمکره‌ای دیده شود، درحالی که تنفس آپنوستیک، خوشه‌ای، یا آتاکسیک (فصل ۳ را ببینید)، یک اختلال ساقه مغز را به ذهن متبادر می‌کند.



A



B

شکل ۱-۴. نشانه‌های تروما به سر شامل هماتوم‌های دور کاسه چشم (چشمان Raccoon, A) یا پشت لاله گوش (علامت Battle, B) که هر یک از آنها مطرح‌کننده شکستگی قاعده جمجمه است.

C. گوش‌ها

در اوتیت میانی، معاینه با اوتوسکوپ، برجستگی، کلورت، و پرخونی پرده گوش را نشان می‌دهد که ممکن است گسترش یافته، مننژیت باکتریال را ایجاد کند.

D. دما

تب (هیپرترمی) یا عفونت‌های مننژ (مننژیت) مغز (انسفالیت)، یا طناب نخاعی (میلیت) اتفاق می‌افتد هیپوترمی را در مسمومیت با اتانول یا داروهای آرام‌بخش، هیپوگلیسمی، انسفالوپاتی کبدی، انسفالوپاتی ورنیکه و هیپوتیروئیدی می‌توان مشاهده کرد.

پوست

یرقان (زردی)، مطرح‌کننده بیماری کبدی به عنوان عامل حالت کنفوزیونی یا اختلال حرکتی است. پوست زبر و خشک، موی خشک و شکننده، و ادم زیرپوستی از اختصاصات هیپوتیروئیدی است. پتشی را می‌توان در مننژیت مننگوکوکی را دیده و پتشی یا اکیموز می‌تواند مطرح‌کننده اختلال انعقادی به عنوان علت خونریزی ساب‌دورال، داخل مغزی، یا جنب‌مهرهای باشد. آندوکاردیت باکتریال، به عنوان علتی برای سکت، می‌تواند ضایعات پوستی متنوعی از جمله خونریزی‌های تراشه‌ای (زیرناخن)، گره‌های اوسلر (تورم‌های دردناک روی انتهای انگشتان)، و ضایعات Janeway (خونریزی‌های بدون درد روی کف دست‌ها و کف پاها) ایجاد نماید. پوست داغ و خشک همراه مسمومیت با داروهای آنتی‌کولینرژیک است.

سر، چشم‌ها، گوش‌ها، و گردن

A. سر

ممکن است معاینه سر نشانه‌هایی از تروما، مانند پارگی‌ها یا کوفتگی‌های پوست سر را نشان دهد. ممکن است شکستگی قاعده جمجمه هماتوم پشت لاله گوش (علامت Battle)، هماتوم دور کاسه چشم، هموتمپان، یا اتوره یا رینوره، CSF و ایجاد کند (شکل ۱-۴). ممکن است دق کردن جمجمه روی هماتوم ساب‌دورال ایجاد درد نماید. شنیده‌شدن سوفل عروقی جمجمه با مالفورماسیون‌های شریانی وریدی مرتبط است.

B. چشم‌ها

اسکلرای زرد در بیماری کبدی دیده می‌شود. حلقه‌های رنگدانه‌های قرنی^۱ که در معاینه با اسلیت لامپ بهتر دیده می‌شود به خاطر رسوب مس در بیماری ویلسون ایجاد می‌شود. ممکن است خونریزی‌های شبکیه (دانه‌های Roths) در آندوکاردیت باکتریایی رخ دهد که با آمبولی عفونی نیز همراه است که می‌تواند باعث سکت شود. آگزوفتالمی در هیپرتیروئیدی، توده‌های کاسه چشم یا پشت کاسه چشم، و ترومبوز سینوس کاورنوس دیده می‌شود.

◀ شکم

ممکن است معاینه شکم منشأ یک عفونت سیستمیک را نشان دهد یا مطرح‌کننده بیماری کبدی باشد؛ این معاینه همیشه در بیمارانی که شروع جدید درد پشت دارند دارای اهمیت است زیرا درد در روندهای متنوع پاتولوژیک داخل شکمی (مثل کارسینوم پانکراس یا آنوریسم آئورت) وجود دارد که می‌توانند به پشت تیر بکشند.

◀ اندام‌ها و پشت

مقاومت در مقابل اکستانسیون پاسیو زانو هنگامی که مفصل ران خم شده است (علامت کرنینگ) در مننژیت دیده می‌شود. بالا بردن پا در هنگامی که بیمار به پشت خوابیده و زانو کشیده است، باعث کشیدگی ریشه‌های L4-S2 و عصب سیاتیک می‌شود (نشانه Lasegue) اما انجام همین کار در حالتی که بیمار به شکم خوابیده است باعث کشیدگی ریشه‌های L2-L4 و عصب رانی می‌گردد که ممکن است موجب دردهای رادیکولار در بیمارانی شود که دارای ضایعاتی هستند که این ارگان‌ها را مبتلا می‌کند (شکل ۶-۱). دردهای لوکالیزه همراه با دق کردن ستون مهره ممکن است نشانه‌ای از عفونت مهره‌ای یا اپیدورال باشد. ممکن است در سمع ستون فقرات، سوفلی به علت مالفورماسیون عروقی ستون مهره شنیده شود.

◀ معاینه رکتال و لگن

معاینه رکتال می‌تواند شواهدی را برای خونریزی گوارشی فراهم آورد که به شکلی شایع، تسریع‌کننده انسفالوپاتی کبدی است. معاینه رکتال یا لگن ممکن است یک ضایعه توده‌ای شکل را آشکار سازد که مسئول درد راجعه به کمر است.

◀ معاینه عصبی

معاینه عصبی باید متناسب با شکایت خاص هر بیمار انجام شود. همه جنبه‌های معاینه - وضعیت روانی، اعصاب جمجمه‌ای، عملکرد حرکتی، عملکرد حسی، هماهنگی، رفلکس‌ها، و ایستادن و راه رفتن - باید مورد توجه قرار گیرد اما تأکید نسبی بر هر یک از این جنبه‌ها تفاوت خواهد کرد. شرح حال بیمار باید پرسش‌هایی را ایجاد کند که معاینه عصبی می‌تواند به سمت آنها جهت‌گیری شود. برای مثال، اگر بیمار از ضعف شکایت دارد، معاینه‌کننده در جستجوی آن است که وسعت و شدت آن را مشخص کند و اینکه آیا این ضعف با نقص‌هایی در جنبه‌های دیگر معاینه مانند حس و رفلکس‌ها همراه می‌باشد. هدف به



A Kernig sign



B Brudzinski sign

▲ شکل ۵-۱. نشانه‌های تحریک مننژ. علامت Kernig (A) مقاومت در برابر اکستانسیون پاسیو زانو در موقعی که مفصل ران در وضعیت فلکسیون است. علامت Brudzinski (B) عبارت است از فلکسیون مفاصل ران و زانو در پاسخ به فلکسیون پاسیو گردن.

D. گردن

نشانه‌های مننژه (شکل ۵-۱) مانند سفتی گردن در خم کردن پاسیو آن یا فلکسیون ران همراه با خم کردن گردن (نشانه برودزینسکی) در مننژیت و خونریزی ساب‌آراکنوئید دیده می‌شود. ممکن است محدودیت در حرکت جانبی (فلکسیون یا چرخش جانبی) گردن با اسپوندیلوز گردنی همراه باشد. ممکن است سمع گردن، سوفل کاروتید را نشان دهد که با مستعد شدن برای سکته سازگاری دارد.

◀ سینه و دستگاه قلبی عروقی

ممکن است نشانه‌های ضعف عضلات تنفسی - مانند انقباض عضلات بین‌دنده‌ای و استفاده از عضلات فرعی - در اختلالات عصبی عضلانی رخ دهد. ممکن است سوفل‌های قلبی همراه با بیماری دریچه‌ای قلب که زمینه‌ساز سکته است، با اندوکاردیت عفونی و سکل‌های عصبی آن همراه باشد.

محركها تعريف می‌شود. بیماری که سطح هوشیاری طبیعی دارد، بیدار است (یا می‌تواند بیدار شود)، هوشیار است (به اشاره‌های بصری یا کلامی به صورت مناسب واکنش نشان می‌دهد)، و قادر به موقعیت‌سنجی است (می‌داند که کیست و کجاست و از تاریخ و زمان تقریبی آگاه است).

هوشیاری غیرعادی (کاهش یافته) با طیف پیوسته‌ای از یک خواب‌آلودگی خفیف تا حالتی که غیرقابل بیدارشدن و غیرواکنشگر است (کما، فصل ۳، کما را ببینید) تظاهر می‌کند. گاهی به هوشیاری کاهش‌یافته‌ای که هنوز به مرحله کما نرسیده است با کلماتی مانند حالت کمنوزیونی، دلیریوم، یا استوپور اشاره می‌شود اما این حالت باید از نظر الگوهای تحریک - پاسخ مشاهده شده به دقت مشخص گردند. اختلالات هوشیاری پیشرونده شدیدتر نیازمند تحریکاتی با شدت بیشتر هستند تا پاسخ‌های بدوی (بدون هدف یا فلکسی) بیشتری آشکار شود (شکل ۷-۱).



▲ شکل ۶-۱. نشانه‌های تحریک ریشه عصب لومبوساکرال.

نشانه بالا بردن زانو یا نشانه Lasègue (بالا) در نواحی گسترش یکی از ریشه‌های L4-S2 یا عصب سیاتیک است که در پاسخ به بالا بردن پا در حالی که بیمار به پشت خوابیده و زانوی او کشیده است، ایجاد می‌شود. نشانه بالا بردن معکوس یا (پایین) در نواحی گسترش یکی از ریشه‌های L2-L4 یا عصب رانی است که در پاسخ به بالا بردن پای بیمار در حالتی که بیمار به شکم خوابیده و زانوی او کشیده است، ایجاد می‌شود.

دست آوردن اطلاعاتی است که با تکمیل معاینه برای یک تشخیص آناتومیک لازم است.

◀ معاینه وضعیت روانی

وضعیت روانی ما را متوجه دو سؤال کلیدی می‌نماید: (۱) آیا سطح هوشیاری (بیداری یا هشیاری) طبیعی است یا غیر طبیعی؟ (۲) آیا سطح هوشیاری اجازه معاینه مفصل‌تر را می‌دهد، آیا عملکرد شناختی، طبیعی است و اگر نیست، طبیعت و وسعت ناهنجاری تا چه اندازه‌ای است؟

A. سطح هوشیاری

هوشیاری یعنی آگاهی داشتن به جهان بیرونی یا درونی فرد و سطح هوشیاری برحسب وضعیت بیداری بیمار و واکنش او به

B. عملکرد شناختی

در عملکرد شناختی بسیاری از فعالیت‌های مغزی دخیل هستند که برخی از آنها لوکالیزه و برخی دیگر در سراسر نیمکره‌های مغزی پراکنده هستند. استراتژی معاینه عملکرد شناختی، ارزیابی طیفی از عملکردهای ویژه است و در صورتی که اختلالی یافت شود، باید بررسی شود که آیا می‌توان آنها را به یک ناحیه مشخص مغزی نسبت داد یا اینکه گرفتاری مربوط به نواحی گسترده‌تر است. برای مثال، اختلالات خالص زبان (آفازی) و حافظه (قراموشی) را اغلب می‌توان به یک ناحیه محدود و مشخص مغز منتسب کرد ولی درهم‌ریختگی وسیع‌تر عملکرد شناختی، آنچنان که در دمانس دیده می‌شود یک بیماری منتشر یا چندکانونی را خاطر نشان می‌کند.

۱. کارکردهای فرونتال دوطرفه^۱ یا منتشر - توجه^۲ عبارت است از کانون دادن به یک محرک حسی تا از سایر محرکها متمایز گردد؛ تمرکز^۳، یک توجه مداوم است. توجه را می‌توان با درخواست از بیمار مبنی بر تکرار بلافاصله یک سری از ارقام سنجید (یک فرد سالم می‌تواند از پنج تا هفت رقم را به درستی بشمارد) و تمرکز را می‌توان با خواستن اینکه هفت تا هفت تا از ۱۰۰ کم کند، آزمود روندهای تفکر انتزاعی^۴ مانند بینش^۵ و قضاوت^۶ را با خواستن از بیمار

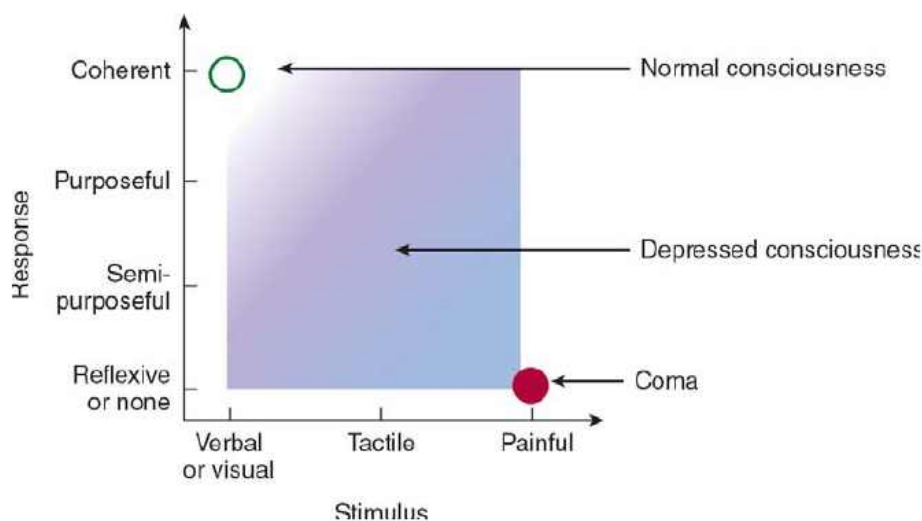
1- Bifrontal

2- Attention

3- Concentration

4- Abstract thought

5- Insight



شکل ۲-۱. ارزیابی سطح هوشیاری در ارتباط با پاسخ بیمار به تحریک. بیماری که هوشیاری طبیعی دارد به تحریکات بصری یا کلامی پاسخ منسجم می‌دهد ولی بیماری که اختلال هوشیاری دارد نیازمند افزایش یافتن شدت تحریک است و واکنش‌های بدوی بیشتری از خود نشان می‌دهد.

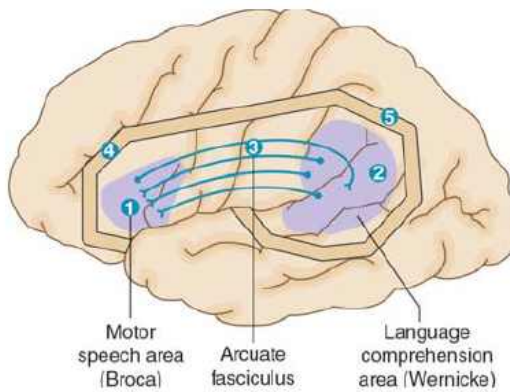
اطلاعات است و در اختلالات منتشر قشر مغز یا اختلالات دوطرفه لوب تمپورال می‌تواند دچار اختلال گردد. از نظر بالینی، حافظه را می‌توان با تست کردن یادآوری فوری، حافظه نزدیک، و حافظه دور ارزیابی نمود که به ترتیب با ثبت، ذخیره‌سازی، و یادآوری اطلاعات، ارتباط کلی دارد. تست‌های یادآوری فوری مشابه تست‌های توجه است (به بحث قبلی مراجعه کنید) که از بیمار درخواست می‌شود که لیستی از اعداد یا اشیاء را فوراً تکرار کند. برای تست کردن حافظه نزدیک، می‌توان از بیمار خواست تا همان لیست را ۳ تا ۵ دقیقه بعد تکرار کند. برای تست کردن حافظه دور، می‌توان از بیمار در مورد وقایع مهمی که از او انتظار می‌رود در گذشته فراگرفته باشد، مانند اطلاعات شخصی یا خانوادگی یا وقایع مهم تاریخی، پرسش کرد. در حالات کنفوزیونی، به‌طور تیبیک، یادآوری فوری مختل می‌شود در حالی که ویژگی اختلالات حافظه (فراموشی) آن است که با گرفتاری واضح حافظه نزدیک همراه است به‌طوری که حافظه دور تا مراحل انتهایی بیماری، حفظ می‌شود. حافظه‌های شخصی و هیجانی تمایل دارند که دست‌نخورده

برای لیست کردن تشابه و تفاوت میان اشیاء (مثل یک سیب و یک پرتقال)، تفسیر کردن یک ضرب‌المثل (تفاسیر خیلی سطحی مطرح‌کننده توانایی بر اختلال انتزاعی است)، یا شرح دادن آنچه او در یک موقعیت فرضی که نیازمند قضاوت است انجام می‌دهد (مثل پیدا کردن آدرس روی یک پاکت نامه) ارزیابی کرد. اندوخته دانش^۷ بیمار را می‌توان با سؤال از اطلاعاتی آزمود که دانستن آن از هر فرد عادی که دارای سن و فرهنگ بیمار است انتظار می‌رود (مثل نام رئیس‌جمهور، ستارگان ورزشی، یا مشاهیر دیگر، یا اخبار مهم). هدف از این ارزیابی، تست هوش نیست بلکه هدف تعیین کردن این است که آیا بیمار توانسته است به‌طور طبیعی اطلاعات گذشته نزدیک خود را با هم پیوند دهد؟ احساسات^۸ یک رفتار خارجی متناسب با حُلق (درونی) بیمار است که ممکن است با پرچانگی یا بی‌حرفی، وضعیت چهره و حرکات و ژست بیمار ظاهر یابد. گفتگو با بیمار ممکن است اختلالاتی را در محتوای تفکر، مانند هذیان‌ها یا توهمات، نشان دهد که معمولاً همراه با بیماری روانی است اما می‌تواند با حالات کنفوزیونی (مثل قطع مصرف الکل) نیز وجود داشته باشد.

۲. حافظه – حافظه توانایی ثبت، ذخیره‌سازی و یادآوری

6- Judgment
8- Affect

7- Fund of knowledge



شکل ۸-۱. نواحی مغزی گرفتار در کارکرد کلامی عبارت‌اند از ناحیه درک مطلب (ورنیکه)، ناحیه حرکتی تکلم (بروکا)، و ستون قوسی^۸. ضایعه در نواحی شماره‌گذاری شده، ایجاد آفازی‌هایی با ویژگی‌های مختلف می‌نماید: (۱) آفازی تشریحی، (۲) آفازی ادراکی، (۳) آفازی ارتباطی؛ گرچه نقش ستون قوسی مورد تردید است، (۴) آفازی تشریحی تراقشری، و (۵) آفازی ادراکی تراقشری. به جدول ۱-۱ نیز مراجعه نمایید.

شامل خطاهای پارافازیک (یعنی استفاده از کلماتی که شبیه به کلمه صحیح است) و تئولوژیسم^۹ (ساختن کلمات) باشد. به همین ترتیب، نوشتن غیرمنسجم و تکرار کردن دچار نقص است. بیمار نمی‌تواند دستورهای شفاهی یا کتبی را تعقیب کند اما می‌تواند حرکت معاینه‌کننده را که با یک ژست از او خواسته می‌شود، انجام دهد. این بیماران به آفازی ناآگاه هستند و بنابراین از آن رنج نمی‌برند. آفازی سراسری، ترکیبی از ویژگی‌های آفازی تشریحی و ادراکی را دارد؛ بیمار نه می‌تواند تشریح کند نه درک مطلب دارد، و نه می‌تواند یک کلام گفته یا نوشته شده را تکرار کند. انواع دیگر آفازی عبارت‌اند از آفازی ارتباطی^{۱۰}، که در آن تکرار مختل است ولی تشریح و درک مطلب، صحیح است؛

1- Psychogenic amnesia

2- Expressive

4- Broca aphasia

6- Fluent

8- Arcuate fasciculus

10- Conduction aphasia

3- Nonfluent

5- Receptive

7- Wernicke aphasia

9- Neologism

جدول ۱-۱. سندرم‌های آفازی

نوع	شیوایی	درک مطلب	تکرارکردن
تشریحی (بروکا)	-	+	-
ادراکی (ورنیکه)	+	-	-
سراسری	-	-	-
ارتباطی	+	+	-
تشریحی تراقشری	-	+	+
ادراکی تراقشری	+	-	+
سراسری تراقشری	-	-	+
آنومیک (نامگذاری)	+	+	+

+، حفظ شده؛ -، دچار نقص

باقی بمانند ولی عکس آن در فراموشی روانی^۱ صادق است. ناتوانی یک بیمار بیدار و هشیار در به یادآوری نام خود، قویاً یک اختلال روانی را مطرح می‌کند.

۳. کلام - عناصر کلیدی کلام عبارت‌اند از درک مطلب، بازگویی، شیوایی کلام، نامگذاری، خواندن، و نوشتن که همه آنها باید در یک فرد مشکوک به اختلال کلامی (آفازی)، تست شود انواعی از سندرم‌های آفازی وجود دارد که هر کدام با یک الگوی اختلال کلامی مشخص می‌شود (جدول ۱-۱) و غالباً با یک محل خاص پاتولوژیک ارتباط دارد (شکل ۸-۱). آفازی تشریحی^۲، (غیرشیوایی^۳، حرکتی یا بروکا^۴)، با تکلم اندک و اتفاقی و با طبیعت فاقد گرامر و تلگرافی کلام‌های کوتاهی که ایجاد می‌شود، مشخص می‌گردد. تشریح کلامی در این اختلالات به وسیله گوش کردن کلماتی که بیمار خودبه‌خود بیان می‌کند و به پرسش‌ها پاسخ می‌دهد، آزمایش می‌شود. بیمارانی که این سندرم را دارند همچنین نمی‌توانند به‌طور طبیعی بنویسند یا تکرار کنند (که این حالت با عبارات فاقد معنا تست می‌شود برای مثال 'بدون اگر، و، اما') اما درک مطلب زبانی آنها، درست و دست‌نخورده است. بنابراین، اگر از بیمار خواسته شود که کاری انجام دهد که به درک مطلب ارتباطی ندارد (مثل اینکه: 'چشمات را ببند')، می‌تواند آن را انجام دهد. بیمار به‌طور تبیینی از بیماری خود آگاه است و از آن رنج می‌کشد. در آفازی ادراکی^۵ (شیوایی^۶، حسی، یا ورنیکه^۷)، تشریح کلامی خوب است اما درک مطلب و تکرار، مختل شده است. حجم زیادی از کلمات ایجاد می‌شود بدون اینکه معنایی داشته باشد و ممکن است