



رابطه حافظه و افزایش سن

دکتر نوید بوذری

واحد علمی شرکت پخش هجرت

کاهش قدرت حافظه توسط تست‌های تشخیصی استاندارد می‌باشد. در حدود ۴۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال در ایالات متحده به اختلالات حافظه ناشی از سن مبتلا هستند. در هر سال تنها یک درصد این افراد مبتلا به زوال عقلی می‌شوند. نوع شدیدتر اختلال حافظه عبارتست از اختلالات شناختی خفیف که اغلب با نقصان جدی در حافظه مشخص می‌شود ولی شدت آن به حدی نیست که در عملکرد فرد ایجاد اختلال نماید. این بیماران می‌توانند به تنهایی و بدون نیاز به دیگران به زندگی خود ادامه دهند. در حدود ۱۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به این نوع اختلال در حافظه می‌باشند و هر سال ۱۵ درصد آن‌ها مبتلا به آلزایمر می‌شوند. مطالعات در مورد استفاده از داروها در این مرحله جهت

در بسیاری از بیماران، تغییرات حافظه به دنبال افزایش سن مورد توجه قرار می‌گیرد. از آنجا که پزشکان و دانشمندان توجه زیادی به بیماری آلزایمر و زوال عقلی (dementia) مربوط به آن نشان می‌دهند بیماران نیز بیشتر به تغییرات حافظه ناشی از سن توجه می‌کنند. وقتی که نتایج یک تحقیق جدید در مورد تشخیص زود هنگام و یا پیشگیری از تغییرات حافظه منتشر می‌شود بیماران زیادی به کلینیک‌های مربوطه مراجعه می‌کنند و در مورد حفظ توانایی‌های حافظه خود سؤالاتی می‌پرسند.

با افزایش سن، احتمال از بین بردن رفتن حافظه زیاد می‌شود. نوع خفیف آن که اختلالات حافظه ناشی از سن نامیده می‌شود عبارت از درک کاهش حافظه توسط خود بیمار و اثبات

به تعویق انداختن آلزایمر تحت بررسی است. با افزایش سن احتمال ابتلا به آلزایمر نیز زیادتر می‌شود. اگر چه این بیماری شایع‌ترین علت زوال عقلی در سال‌های آخر زندگی می‌باشد باید به سایر علل زوال عقلی، به خصوص بیماری‌های عروقی نیز توجه نمود. از آن جا که تغییرات حافظه ناشی از سن می‌تواند به علت یک بیماری قابل علاج باشد، در شرح حال بیمار باید به هر گونه شکایتی در مورد حافظه توجه نمود. در موارد زیر باید به قدرت حافظه بیمار توجه شود:

■ سن بالای ۶۵ سال

■ بیماری‌هایی که خطر زوال عقلی را افزایش می‌دهند مانند دیابت، پارکینسون و سکتة مغزی

■ سابقه خانوادگی زوال عقلی.

ابتدا باید تعیین نمود که بیمار در کدامیک از سه گروه اصلی اختلالات حافظه قرار می‌گیرد:

۱- اختلالات حافظه ناشی از سن

۲- اختلالات شناختی خفیف

۳- زوال عقلی.

سپس با تست‌های تشخیصی استاندارد مانند mini - mental state exam درجه قدرت حافظه بیمار باید بررسی شود. این تست شامل ۳۰ سؤال است که میزان حافظه، تعیین موقعیت، توجه، محاسبه و توانایی‌های گفتاری و دیداری را می‌سنجد. انجام این تست تنها ۱۰ دقیقه طول می‌کشد و اشکال آن این است که اختلالات حافظه خفیف و مخفی را مشخص نمی‌کند. تست‌های دیگری نیز در این زمینه وجود دارند. به‌عنوان مثال یکی از این تست‌ها که در افراد تحصیل کرده استفاده می‌شود تست «لیست کلمات» می‌باشد که در جدول زیر آمده است:

از بیمار خود بخواهید که لغات زیر را به مدت یک دقیقه مطالعه کند:

لکه گالری لیمو گلدان سفیر
مار لامپ چانه آرنج کتری

وقتی یک دقیقه تمام شد به او ۲۰ دقیقه استراحت بدهید. پس از اتمام ۲۰ دقیقه از وی بخواهید هر تعداد از کلمات فوق را که به خاطر می‌آورد بنویسد. در صورتی که بیمار نتواند حداقل ۵ کلمه را به خاطر آورد مشکل حافظه دارد.

در بررسی قدرت حافظه باید به شروع و سیر اختلالات توجه نمود، همچنین باید به توسط انجام معاینات بالینی و آزمایشگاهی علل قابل درمان را جستجو نمود. توجه به داروهایی که بیمار مصرف می‌کند بسیار مهم است زیرا ممکن است آن‌ها علت اختلال حافظه بیمار باشند. هنگامی که بیمار در اتاق انتظار است با پرسشنامه‌ای باید غربالگری در مورد افسردگی انجام شود. تست‌های آزمایشگاهی باید حداقل شامل بررسی تیروئید، کمبود ویتامین B-12، کم خونی، بیماری‌های کبدی و اختلالات متابولیک باشد.

درمان

اگر شدت اختلال حافظه به حدی باشد که تشخیص زوال عقلی داده شود، باید درمان را با مهارکننده‌های کولین استراز شروع نمود. در ایالات متحده بسیاری از پزشکان ویتامین E را نیز توصیه می‌کنند زیرا نشان داده شده است که دوزهای بالای ویتامین E (۲۰۰۰ واحد در روز) سبب کاهش سرعت افت عملکرد حافظه می‌شود.

برای انواع خفیف اختلالات حافظه نیازی به درمان دارویی نیست. تنها عامل مؤثر در بیماری آلزایمر، مسایل ژنتیکی نمی‌باشند لذا بررسی مسایل محیطی از جمله توجه به روش زندگی فرد در کاهش عوامل خطر و جلوگیری از ابتلا سودمند است.

عوامل خطر و فاکتورهای مؤثر در پیشگیری از پیری مغز

الل (allele) آپولیوپروتئین E-4 یکی از عوامل ژنتیکی مؤثر در ایجاد آلزایمر است. هر چقدر میزان بروز این الل بیشتر باشد احتمال بروز آلزایمر بیشتر می‌شود و سن ابتلا نیز پایین‌تر می‌آید. مطالعاتی که بر روی دوقلوهای تک تخمکی انجام شده نشان داده است که در ۵۰ درصد موارد، آلزایمر در هر دو همزاد بروز می‌کند. این مسأله بیانگر این موضوع است که علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی نیز در این بیماری دخیلند. ضربات شدید مغزی و پایین بودن سطح تحصیلات از عوامل غیر ژنتیکی دخیل در بیماری آلزایمر می‌باشند. بعضی از عوامل احتمالی محافظت‌کننده فرد در برابر این بیماری عبارت از استفاده از داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs)، هورمون درمانی جانشینی در خانم‌های یائسه (HRT)، ویتامین‌های آنتی‌اکسیدان، داروهای پایین آورنده قند خون و رژیم‌های غذایی کم چرب می‌باشند. البته تأثیر قطعی هیچکدام از عوامل فوق به اثبات نرسیده است.

استراتژی‌های مؤثر در حفظ سلامت مغز کاهش استرس

استرس مزمن برای سلامت مغز و حافظه

خطرناک است. مطالعات بر روی حیوانات نشان داده است که هورمون‌های استرس اثرات مخربی بر عملکرد هیپوکامپ (قسمتی از مغز که در حافظه و یادگیری مؤثر است) دارند. مطالعات بر روی انسان نیز نشان داده است که قرار گرفتن در معرض میزان بالای هورمون‌های استرس به مدت چند روز، سبب اختلال در حافظه می‌شود. استرس مزمن می‌تواند سبب افسردگی و حالات اضطرابی شود که به نوبه خود سبب اختلال در حافظه می‌گردد.

فعالیت بدنی

مطالعات بر روی حیوانات آزمایشگاهی نشان داده است که اگر حیوانات تحت تجربه به‌طور مرتب فعالیت جسمانی انجام دهند نرون‌های جدیدی در هیپوکامپ آن‌ها به‌وجود می‌آید. فعالیت جسمانی سبب افزایش خون‌رسانی به مغز می‌شود که به نوبه خود رشد سلول‌های عصبی را تسریع می‌کند. مطالعات بر روی افرادی که در سنین بین ۲۰ تا ۶۰ سالگی فعالیت بدنی مناسب داشته‌اند نشان داده است که احتمال ابتلا به آلزایمر در آن‌ها کمتر است. این موضوع در اشخاصی که فعالیت‌های جسمانی هوازی (aerobic) انجام داده‌اند چشمگیرتر است.

غذای سالم

افراد چاق در معرض خطر ابتلا به دیابت و افزایش فشار خون هستند که به نوبه خود خطر بیماری‌های عروقی مغز را افزایش می‌دهند و این بیماری‌ها منجر به کاهش حافظه و زوال عقلی می‌گردند. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که مصرف غذاهای حاوی مقادیر اندک چربی‌ها در دوران جوانی سبب کاهش خطر ابتلا

به آلزایمر در سنین پیری می‌شود. از طرف دیگر بعضی از چربی‌ها مفید هستند به‌عنوان مثال مطالعات اخیر نشان داده‌است غذاهای سرکتنین مدیترانه که حاوی مقادیر فراوان روغن زیتون می‌باشند نقش محافظت‌کننده در این زمینه دارند. ویتامین‌های آنتی‌اکسیدان مانند ویتامین C و E نیز مفیدند ولی دوز مناسب آن‌ها برای این منظور هنوز معلوم نیست. میوه‌هایی مانند توت فرنگی، سنبل کوهی و کوجه فرنگی و سبزیجاتی مانند گل کلم حاوی مقادیر زیادی آنتی‌اکسیدان هستند. غذاهای حاوی مقادیر بالای کربوهیدرات می‌توانند خطر ابتلا به دیابت را افزایش دهند که به نوبه خود می‌تواند سبب سکته مغزی و دمانس عروقی (Vascular dementia) شود. در مطالعه‌ای که به تازگی در این زمینه انجام گرفته نشان داده شده است که کاهش وزن، غذای سالم و فعالیت جسمانی منظم سبب کاهش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ تا ۵۰ درصد می‌شود.

فعالیت‌های مغزی

خطر ابتلا به آلزایمر در افرادی که از نظر مغزی فعال هستند کمتر است. همچنین گزارشات آمده است که فعالیت مغزی بالا در دهه سوم زندگی سبب عملکرد بهتر مغز در آینده می‌شود. افرادی که مدت زمان بیشتری را صرف مطالعه کتاب می‌کنند و آن‌هایی که مشاغل دارند که نیاز به فعالیت مغزی بیشتری دارد و نیز اشخاصی که تحصیلات بالاتری دارند دیرتر دچار مشکلات حافظه می‌شوند. همچنین مطالعه دیگری نشان داده است که فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها در معرض خطر کمتری از ابتلا به آلزایمر هستند. ارتباطات بین سلول‌های عصبی مغز در افرادی که تحصیلات بالایی دارند بیشتر است.

عوامل دیگر

افرادی که سابقه ضربه مغزی همراه با بیهوشی به مدت بیش از یک ساعت داشته‌اند سو برابر بیش از بقیه در معرض خطر ابتلا به آلزایمر هستند. مطالعاتی که بر روی فوتبالیست‌های آماتور و شناگران و دوندگان (احتمال ضربه مغزی در دو گروه اخیر کمتر است) انجام گرفت نشان داد که ۳۰ درصد فوتبالیست‌ها در آینده دچار اختلالات حافظه می‌شوند و این رقم بر مورد دوندگان و شناگران کمتر از ۱۰ درصد است. لذا پیشگیری از ضربه مغزی عامل مهمی در جلوگیری از ابتلا به اختلالات حافظه می‌باشد. یکی دیگر از عوامل خطر، سیگار است. در یک بررسی گزارش شده است که خطر ابتلا به آلزایمر در افراد سیگاری دو برابر افرادی است که هرگز سیگار نکشیده‌اند. به هر حال، ترک سیگار در هر سنی سبب کاهش خطر ابتلا به بیماری خواهد شد. در گزارش دیگری آمده است که ارتباط بیشتر و نزدیک با مردم ممکن است سبب بهبود عملکرد مغز شود.



منابع

1. Small GW. What we need to know about age related memory loss. Br Med J. 2002; 324: 1502 - 1505.
2. Larabere GJ, Groom TH. Estimated prevalence of age - associated memory impairment derived from standardized tests of memory function. Intl Psychogeriatr. 1994; 6: 95 - 104.
3. Peterson RC, Smith GE, Waring SC. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999; 58: 303 - 308.