



الفبای ایدز

«قسمت ششم»

تظاهرات عصبی

منتشریت، ضایعات اشغال کننده فضای مغز، از بین رفتن میلین، ورم شبکیه، میلوپاتی و نوروپاتی محیطی میباشد.

آنفالیت:

حدود $\frac{1}{3}$ بیماران مبتلا به ایدز دچار آنسفالیت تحت حاد میشوند. این عارضه در بیماران مبتلا به عفونتهای فرصت طلب بیش از افراد با سارکوم کاپوزی دیده میشود. معمولاً این بیماری ابتدا با تغییرات در دقت و شناسائی شخص شروع میشود. معدالث گاهی اوقات از ابتدا بصورت یک مرحله اغتشاش فکری حاد که بتوسط تپ با اختلالات خفیف متابولیک تشیدد میشود جلب توجه میکند. علائم مهم مربوط به آگاهی و قوه ادرال شخص شامل: فراموشی، از دست دادن قوه تمرکز فکر و تأخیر در تفکر و تصمیم گیری است. نشانه های شایع سیستم حرکتی عبارتند از عدم تعادل، ضعف عضلات ساق پا، و اختلال درنوشتن با دست است. خواب آلودگی، از دست دادن میل جنسی و

حدود ۱۰٪ از بیماران مبتلا به ایدز دارای مشکلات عصبی هستند، اما پس از مرگ در ۷۵٪ آنها شواهدی دال بر بیماری سیستم اعصاب مرکزی دیده میشود. تظاهرات عصبی ایدز ممکن است مربوط به عفونتهای فرصت طلب بوده و توسط اثرات عصبی اولیه HIV عارض شود. ویروس ایدز در افراد با عفونت HIV و سیستم ایمنی مناسب بندرت ممکن است باعث علائم عصبی شود. اختلالات شایع سیستم

علل تظاهرات عصبی:

- ۱- عفونتهای فرصت طلب
- ۲- تومورها
- ۳- اثرات اولیه HIV

عصبی بیماران مبتلا به ایدز شامل: آنسفالیت،

* گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

لنسوستیها و بالا رفتن غلظت پرتوئین یا کاهش
قند یا هر دو بچشم میخورد. منظره بالینی بیشتر
نتیجه اثر مستقیم HIV روی مغز میباشد. بعضی
اوقات عامل آنسفالیت ممکن است ویروس

کناره گیری نیز ممکن است اتفاق افتد که از نظر
روانی افسردگی را تقلید میکند. تست‌های روانی
ممکن است مشخص کند که بیمار دچار کندی
جوابهای شفاخی، کاهش عواطف، اختلال در
تستهای مربوط به حافظه نزدیک میباشد.
شایعترین یافته مربوط به بقیه امتحان عصبی عدم
تعادل در راه رفتن است. علائم حرکتی شامل:
هیپرفلکسی عمومی و ضعف پاها میباشد.
بیماری عصبی ممکن است در عرض چند هفته تا
چند ماه بطرف زوال عقلی شدید پیشرفت کرده
و سرانجام بیمار را علیل و بی اختیار کند.

۱- حدود بیماران مبتلا به ایدز ممکن
است از حالتی که بعنوان میلوپاتی و اکوئولر
شناخته میشود رفج ببرند.

سیتومکال و بعضاً ویروس تب خال،
میکوباکتری آتبیک، یا انفیلتراسیون منتشر
لنفوماتوز و ندرتاً ویروس زونا باشد.

منتزیت

شایعترین عامل متنزیت در بیماران مبتلا به
ایدز، قارچ کریپتوکوکوس نئوفورمانس
میباشد. در این بیماران سر درد بسیار شایع و
عمومی است. حدود نیمی از آنها دچار تهوع یا
استفراغ بوده و بعضی‌ها ترس ازنور هم دارند.
این نشانه‌ها اغلب بدبناه علائم غیر اختصاصی
قبلی دیگری مانند خستگی، تب، و یا کاهش
وزن پدیدار میشوندو در امتحان فیزیکی گاهی
اوقات سفتی گردن و بطور کمتر شایع
اختلالات عصبی موضعی جلب توجه میکنند.
ارگانیسم مسئول عفونت در اعضائی مثل ریتین،
کلیه‌ها، پوست و سایر قسمتها منتشر میشود. در
امتحان مایع نخاع معمولاً یک افزایش خفیف
لنسوستی، کاهش قند و بالا رفتن پرتوئین دیده
میشود که گرچه همه آنها ممکن است طبیعی
باشد. تشخیص ممکن است بتوسط رنگ آمیزی

مناظر بالینی ورم مغزی تحت حاد

- ۱- فراموشی
- ۲- ازدست دادن تمرکز فکری
- ۳- خواب آسودگی
- ۴- عدم تعادل
- ۵- اختلال در نوشتن با دست

آزمایش سیتی اسکن مغز نشان میدهد که
بطن‌ها گشاد شده و علائمی از آتروفی بعضی از

شایع ترین عامل متنزیت در بیماران مبتلا به
ایدز، قارچ کریپتوکوکوس نئوفورمانس
میباشد.

نواحی قشر مغز وجود دارد. در ثبت منحنی‌های
الکتروآنفالوگرام عموماً آهسته شدن
دو طرفی امواج مغزی جلب توجه میکند. در
آزمایش مایع مغزی نخاعی، افزایش خفیف

علائم ناشی از توکسیپلاسموز مغزی غالباً در طی یک تا دو هفته بطور کامل ظاهر میگردد. سردرد اغلب شکایت اصلی بیمار است که مشخصاً دو طرفه، شدید و پایدار بوده و اغلب بیمار را شبها از خواب بیدار میکند. بیشتر بیماران منگ و خواب آلود بوده که البته این حالت ممکن است بعلت همزمانی با آنسفالیت ناشی از HIV نیز باشد. در موارد دیگر ضایعه عصبی موضعی و گاهی وقوع غش از علائم بارز بیماری میباشد. در امتحانات بالینی تقریباً تمام این بیماران دچار نقص عصبی موضعی بوده که شایعترین علامت آن ضعف عضلانی یک طرفه بدن (فلج خفیف) است. گاهی اوقات نشانه‌های اختلال فونکسیون مخچه و ساقه مغز نظیر عدم تعادل و یا فلچ اعصاب مغزی نیز مشاهده میشود. در بیشتر موارد اسکن مغزی ضایعات توده‌ای شکلی را نشان میدهد که معمولاً پس از تزریق ماده کاندیدا آلبیکانس، میکوباکتریوم سل و یا

India ink بررسی آنتیژن کرپتوکوکال در سرم خون یا مایع مغزی نخاعی داده شود. سیتیاسکن معمولاً نکته غیرطبیعی را نشان نمیدهد.

منظور بالینی منتشریت باعث کرپتوکوکال

- ۱- خستگی، تب، کاهش وزن
- ۲- سردرد
- ۳- تهوع و استفراغ
- ۴- (ترس از نور)
- ۵- (سفتی گردن)
- ۶- (نشانه‌های موضعی)

ضایعات فضاگیرنده مغز:

ضایعات فضا گیرنده ممکن است توسط عفونتها فرست طلب و یا تومورها ایجاد شوند که سبب نقص عصبی موضعی و یا حملات غش میگردد. این موارد اغلب متعاقب خواب آلودگی و یا اغتشاش فکری بدست چند روز یا چند هفته اتفاق میافتد. شایعترین عامل عفونت این تظاهرات پروتوزوئر توکسیپلاسموز میباشد که باعث

در افراد آلوده به HIV، قبل از پیدایش کامل سندرم ایدز ممکن است یک نوع منتشر آتبیک غیرعفونی نیز ایجاد شود.

گاهی اوقات لنتروم اولیه مغز ایجاد شوند. در بیماری توکسیپلاسموز بعلت اختلال در سیستم ایمنی، تفسیر یافته‌های سرولوژیک مشکل میباشد. بعضی از صاحب‌نظران انجام

ضایعات فضاگیرنده مغز

- ۱- ناشی از عفونتها فرست طلب و تومورها
- ۲- علائم: خواب آلودگی و یا اغتشاش فکری و یا هردو
- ۳- نقص موضعی
- ۴- غش

آبشهای داخل مغزی میشود.

شیمی درمانی آزمایشی بر ضد توکسوپلاسموز را در بیمارانی که اسکن مغزی آنها ضایعات حلقه‌ای شکل بزرگ را نشان میدهد و یا از نظر تست‌های سرولوژیک توکسوپلاسمای (ایمونوفلورسانس غیرمستقیم) در رقت‌های سرمی $\frac{1}{2}$ یا بیشتر مثبت است بمدت یک تا دوهفته توصیه می‌کنند. در صورتیکه درمان آزمایشی این بیماران با شکست مواجه شود، بایستی بیوپسی مغز انجام پذیرد. ولی عده‌ای دیگر از متخصصین بیوپسی مغز را برای کلیه بیماران توصیه نموده‌اند.

از این رفتار میلین:

لوکوآنسفالوپاتی چند کانونی پیشرونده یک بیماری از بین برنده میلین شیرمعمول می‌باشد که گاهی اوقات در بیماران مبتلا به ایدز دیده می‌شود. بنظر میرسد این حالت ناشی از ویروس پاپووا (Papova virus) باشد که میتواند ایجاد اختلال در گفتار، کوری، فلچ خفیف یک طرفه بدن و عدم تعادل بنماید. بیماری تا مرحله

لوکوآنسفالوپاتی چند کانونی پیشرونده

۱- عدم تکلم

۲- کوری

۳- عدم تعادل

۴- فلچ خفیف یک طرفه بدن

مرگ پیش میرود. اسکن مغزی بطور مشخص ضایعات با تراکم را بدون افزایش کنتراست نشان میدهد.

التهاب شبکیه:
در بیماران مبتلا به ایدز، شایعترین علت اختلال در دقت بینایی، التهاب شبکیه ناشی از ویروس سیتومنگال می‌باشد که از طریق معاشه

نوروپاتی محیطی شایعترین اختلال اعصاب محیطی بیماران مبتلا به ایدز بوده که بصورت قرینه و با اختلال حسی در دنای نیز همراه می‌باشد و در مواردی نیز ممکن است توازن با ضعف و تحلیل اندام خودنمایی کند.

بالینی تشخیص داده می‌شود.
زودرس‌ترین یافته‌های بیماری بصورت نامنظمی و تنگی مجرای عروق شبکیه جلب نظر می‌کند. در معاینه ته چشم، اگزوادار اطراف عروق و خونریزی مشاهده می‌شود که این امر متعاقب انسداد عروق و قبل از بروز انفارکتوس ناحیه در گیر شبکیه اتفاق می‌افتد و اگر درمان صورت نگیرد، عفونت غالباً تا کوری دو طرفه پیشرفت خواهد نمود.
التهاب مشیمه - شبکیه ناشی از توکسوپلاسمای نیز گزارش شده است.

بیماری نخاع و اعصاب محیطی:
حدود $\frac{1}{4}$ بیماران مبتلا به ایدز ممکن است از حالتی که بعنوان میلوپاتی و اکتوئولر شناخته می‌شود درنج ببرند. این بیماران ممکن است از علائم حرکتی یا حسی و یا هردو شاکی باشند که این علائم شامل ضعف دو طرفه پاها و یا در موارد کمتر ضعیف یک طرفه پا باشد. که

محیطی بیماران مبتلا به ایدز بوده که بصورت فرینه و با اختلال حسی در دنک نیز همراه میباشد و در مواردی نیز ممکن است توام با ضعف و تحلیل اندام خودنمایی کند. بنظر میرسد این ضایعات نتیجه اثر مستقیم HIV بر روی اعصاب محیطی بوده که غالباً بهمراه آنسفالیت تحت حاد دیده میشود.

تظاهرات عصبی عفونت HIV قبل از توسعه کامل ایدز در بیماران

آلودگی به HIV بندرت ممکن است در افرادی که بیماری ایدز در آنها توسعه نیافته باعث اختلال فونکسیون عصبی گردد. تظاهرات حاد

اثرات عصبی HIV	
در موارد تغییرات سرولوژیکی	
حاد:	
۱ - آنسفالیت	
۲ - منتریت	
۳ - میلوپاتی	
۴ - نوروپاتی	
در موارد عفونت مزمن HIV	
تحت حاد / مزمن:	
۱ - آنسفالیت	
۲ - منتریت	
۳ - میلوپاتی واکوئولار	
۴ - نوروپاتی محیطی	

ممکن است زمانی بروز نمایند که اولین بار آنتی بادیهای ضد HIV در بیماران پدیدار شوند که این واقعه عموماً در سه ماهه اول پس از تماس

احتمالاً با اختلال حسی نیز همراه است. امتحانات بالینی نشان میدهد که فلج خفیف باها در کار است که غالباً با اسپاسم عضلانی، عدم

ضایعات فضایگیرنده ممکن است توسط عفونتها فرست طلب و یا تومورها ایجاد شوند که سبب نقص عصبی موضعی و یا حملات غش گردنده.

تعادل و یا هردو عارضه همراه میباشد. در موارد شدید این حالت چندین هفته تا چندین ماه طول کشیده و نهایتاً بطرف بی اختیاری ادرار سیر مینماید. این موارد اغلب بهمراه آنسفالیت تحت حاد بوده و بیشتر عقیده بر این است که ناشی از اثرات مستقیم ویروس HIV بر روی طناب نخاعی میباشد.

میلوپاتی واکونولر
شکایات: احساس غیر طبیعی ضعف پاها
علائم: فلج پاها
بروز یا عدم سفتی عضلانی
وجود یا عدم تعادل
نوروپاتی محیطی
انتهایی
قرینه
اختلال حسی
وجود یا عدم ضعف
بروز یا عدم آتروفی انتهائی

نوروپاتی محیطی شایعترین اختلال اعصاب

- ۱ - ۷۰٪ از بیماران با عفونت HIV از علائم عصبی در مراحل مختلف بیماری رنج میبرند.
- ۲ - علائم و نشانهای عصبی ممکن است بتوسط عفونتهای فرست طلب، تومورها عارض شوند ولی اغلب خود HIV عامل این ناراحتیها است.
- ۳ - عفونت HIV با اثرات مرضی روی مغز، نخاع شوکی، اعصاب محیطی و عضلات همراه است.
- ۴ - از نظر بالینی، کمپلکس زوال عقلی ایدز بتوسط اختلال در شناسائی و فهم، رفتار و فونکسیون حرکتی مشخص می‌شود.
- ۵ - علائم عصبی ممکن است شامل: ضعف تمرکز فکری، فراموشی، کناره‌گیری کردن و علائم زودرس اغتشاش فکری همراه با فسردگی باشد نقش پانورزی سیتومگالو ویروس را در ایجاد زوال عقلی باید در نظر گرفت.
- ۶ - اختلالات عصبی عضلانی باید مدنظر باشد. توکسوپلاسموز مغزی شایعترین علت ضایعات عصبی موضعی میباشد.
- ۷ - HIV باعث میلوپاتی شده که منجر به فلچ پاها میشود.
- ۸ - Zidovudine باعث کاهش پیشرفت زوال عقلی، ضایعات عصبی و بهبود ضایعات عصبی کودکان شده است زیرا دارو از سد خونی مغز عبور میکند.
- ۹ - سایر داروهای ضد ویروسی در دست تحقیق موثر در روی اثرات عصبی ایدز شامل ddi و ddC میباشد.
- با ویروس رخ میدهد. این تظاهرات ممکن است بصورت آنسفالیت، میلوپاتی، نوروپاتی حاد و یا التهاب منتر بروز نماید. آنسفالیت حاد ممکن است بصورت تب، بدحالی، تغییرات خلقی، تغییرات در میزان شعور وادرارک و یا غش بروز کند و معمولاً بعد از یک هفته بطور کامل از بین رفته و بیمار بحالت اول بر میگردد. نوروپاتی حاد ممکن است بشکل فلچ صورت تظاهر نماید که پس از ۲-۳ماه بهبود میباشد. در هنگام تغییرات سرولوزیک ناشی از HIV منتریت حاد نیز ممکن است دیده شود.
- در افراد آلووده به HIV، قبل از پیدا شیش کامل سدرم ایدز ممکن است یک نوع منتریت آتیپیک غیر عفونی نیز ایجاد شود. این بیماران با سردرد، تب و علائم التهاب مراجعه کرده ولی اغلب دارای مناظر بالینی آتیپیک مانند عود، تمایل به مزمن شدن و بیماری اعصاب مغزی و علائم راههای حرکتی میباشد. اعصاب زوج پنجم، هفتم و هشتم مغزی بیشتر از سایر اعصاب گرفتار میشوند.
- نوروپاتی محیطی نیز همانطوری که در برخی بیماران مبتلا به ایدز دیده میشود. در عده‌ای از افراد قبل از بسط کامل ایدز ایجاد میشود، ولی گفته میشود در این مرحله مونونوریت متعدد شایعتر میباشد. بالاخره آنسفالیت تحت حاد ممکن است در افراد مبتلا به HIV که هنوز بیماری ایدز در آنها ظهور کامل نیافته نیز مشاهده گردد.
- و بطور خلاصه نکات زیر را میتوان حائز اهمیت دانست :