

1. NÖROLOJİK HASTAYA YAKLAŞIM

Fzt Seher EROL ÇELİK

ANAMNEZ:

- **ANAMNEZ:** Doktorun ve diğerk sağlık çalışanlarının hastaya teşhis koymak ya da mevcut ya da geçmiş hastalıkları hakkında sorular sorarak bilgi almasıdır.
- Hastanın lezyonunu lokalize etmek için gerekli olan bilgilerin çođu dikkatli bir anamnezle elde edilebilir.

- **Nörolojik muayene;** merkezi ve periferik sinir sistemi hastalıklarında, hedef lezyonun yerinin saptanması amacıyla, muayene ile elde edilen ipuçlarının değerlendirilmesidir.
- Tetkik ve tedavi de buna göre yapılır.

Nöroanatomik değerlendirme için kullanılacak muayene bulguları şunlardır:

- **Bilinç düzeyi**
- **Mental durum**
- **Postür**
- **Solunum**
- **Taraf (lateralizasyon) bulguları**

- Kranial sinirler
- Motor muayene
- Duyusal muayene
- Posterior fossa bulguları

- Beyin sapı bulguları
- Spinal kord bulguları
- Pleksus ve periferik sinir bulguları

- **Bilinçlilik** kişinin kendisinin ve çevresinin farkında olması demektir.
- Tam uyanıklık hali ve vücudun içinden ve dışından gelen uyarıların değerlendirme yeteneğinin birleşmesiyle oluşur.

- Uyanıklık hali, tüm beyin sapı boyunca devam eden ve talamusa dek uzanan “**Asendan Retiküler Aktifleyici Sistem (ARAS, formatio reticularis)**” çalışması sonucu ortaya çıkar.
- Bu sisteme tüm somatik ve özel duyuşal yollardan bilgi gelir.
 - Bu sistemin diensefalon, kortex ve limbik sistem ile efferent bağlantıları vardır.
 - Bu sistemin bütünlüğünü bozan tüm lezyonlar ve beyin orta hat yapılarında kayma (shift) oluşumu bilinç bozukluğuna neden olur.

- ❑ *Kafa travması olguları dışında, koma tablosunda hastaneye getirilen hastaların;*
- %20' si supratentorial yapısal lezyonlu,
- %15' i infratentorial yapısal lezyonludur,
- Kalan 2/3 hastada metabolik etkenler koma nedenidir.



- ✓ Koma
- ✓ Bilinç düzeyi
- ✓ Glasgow koma skalası (GKS)

Glasgow Koma Skalası (GKS)

I. Motor

6. Sözlü emirlere uyar
5. Ağrılı uyarıyı lokalize eder
4. Ağrılı uyarıya normal fleksiyon
3. Ağrılı uyarıya anormal fleksiyon (dekortike postür)
2. Ağrılı uyarıya ekstansiyon (deserebre postür)
1. Ağrılı uyarıya yanıt yok

II. Sözel

5. Tam oryante ve konuşabilir
4. Dezoryante ve konuşabilir
3. Uygun olmayan kelimelerle konuşur
2. Anlaşılmaz sesler çıkarır
1. Konuşma yok

III. Göz açma

4. Kendiliğinden gözlerini açıyor
3. Sözlü uyarıya gözlerini açıyor
2. Ağrılı uyarıya gözlerini açıyor
1. Gözlerini açmıyor

AÇIKLAMALAR

- Minimum skor:3,
Maksimum:15

- Her bir kategoride puan verirken herhangi bir zaman periyodu içinde en iyi cevabı işaretlemek gerekir

- **Motor skor** işaretlemesinde sağ veya sol taraf belirtilmelidir

GKS 3-8: Ciddi kafa travması

GKS 9-12: Orta derece kafa travması

GKS 13-15: Hafif kafa travması

❑ Bilinci kapalı hastalarda, gövdenin spontan veya ağrılı uyarana yanıt olarak ortaya çıkan postürü MSS (merkezi sinir sistemi) lezyonlarının yeri hakkında bilgi verir, bunlar:

- I. **Dekortikasyon,**
- II. **Deserebrasyon,**
- III. **Flask.**

MOTOR MUAYENE:

Kas kuvveti, sıfır (0) ile beş (5) arasındaki sayılarla derecelendirilir:

- ▶ **5=** Kas gücü normal
- ▶ **4=** Kas normal hareketini yapmakta, ancak karşı yönde bir kuvvet uygulandığında yenilebilmektedir.
- ▶ **3=** Kas yalnızca yer çekimine karşı koyabiliyor
- ▶ **2=** Test edilen kas ancak yer çekimini ortadan kaldıran bir pozisyona getirildiğinde hareket edebiliyor.
- ▶ **1=** Kasta ancak gözle görülebilen veya palpasyon ile farkedilen bir hareket vardır. Fakat bu, eklem hareketine sebep olmaz.
- ▶ **0=** Tam felç

- **Parezi:** İncelenen kas grubunun parsiyel güç kaybı.
- **Pleji:** İncelenen kas grubunun tam güç kaybı.
- **Monoparezi/pleji:** Tek ekstremitede güç kaybı.
- **Hemiparezi/pleji:** Aynı taraf alt ve üst ekstremitenin birlikte güç kaybı.
- **Paraparezi/pleji:** Her iki alt ekstremitenin birlikte güç kaybı.
- **Quadriparezi/pleji:** Tüm ekstremitelerin güç kaybı.

- **Monoparezi:** Kontralateral motor korteks, diensefalon veya beyin sapında piramidal traktusu etkileyen lezyon.
- **Hemiparezi:**
 - 1) Kontralateral motor korteks veya kap. interna lezyonu.
 - 2) İpsilateral üst servikal spinal kord lezyonlarında
- **Paraparezi:**
 - 1) Verteks lezyonu (bilateral motor korteks tutulumu)
 - 2) Hidrosefali
 - 3) Servikal spinal kord lezyonu
 - 4) Torakal spinal kord lezyonu

■ Quadriparezi:

- 1) Bilateral beyin sapı tutulumunda görülür.
- 2) Foramen magnum lezyonlarında rotasyonel (dönen) parezi denilen özel bir quadriparezi gelişimi görülür: önce bir taraf üst ve onu izleyerek aynı taraf alt, karşı taraf alt ve karşı taraf üst ekstremitelerde güç kaybı gelişir.

- Üst MSS lezyonlarında 1. (üst) motor nöron tipi güç kaybı;
- Spinal kord lezyonlarında ise lezyon düzeyinin altında 2. (alt) motor nöron tipi güç kaybı olur.

	Üst Motor Nöron	Alt Motor Nöron
DTR	Artar	Azalı
Patolojik refleks	Var	Yok
Tonus	Artar	Azalı
Atrofi	Yok / az	Belirgin

DUYU MUAYENESİ:

- **Yüzeysel Duyu:** Ağrı, ısı, dokunma
- **Derin Duyu:** Vibrasyon, eklem pozisyonu, iki nokta ayırımı
- **Kortikal Duyu:** Grafestezi (ele çizilen şeklin tanınması) stereognozi (ele verilen şeklin tanınması)
 - Duyu kaybı şiddeti hipoestezi, anestezi ve parestezi olarak tanımlanır.

Serebellar Bozukluklar:

- **Serebellum**un fonksiyonu istemli motor hareketin korteks tarafından başlatılmasından itibaren bu **hareketin dengeli ve eşgüdümlü (senkron) yapılmasıdır.**

□ Motor hareketin planlanması, uygulanması ve kontrolünden sorumlu olduğu kadar; **yeni bir hareketin öğrenilmesindeki motor adaptasyondan (motor öğrenme) da sorumludur.**

- Dolayısı ile serebellum kas, eklemler, göz-kulak, deri, iç organlar ve beyin motor alanlarından sürekli bilgi alır.

□ Hareketlerimizin ve vücudumuzun **dengesinin** en önemli kontrol merkezidir ve dikkatin kontrol edildiği yüksek beyin merkezleri ile de sürekli iletişindedir.

Serebellar Bozukluklar:

- 1) Gövde ataksisi (vermian tutulum),**
- 2) İpsilateral ekstremitate ataksisi (hemisferal tutulum),**
- 3) Dismetri,**
- 4) Disdiadokokinezi,**
- 5) Pandüler refleks,**
- 6) Nistagmus,**
- 7) Dizartri (patlayıcı konuşma).**

Spinal Kord Lezyonu Bulguları:

Üst servikal

- Pulmoner ve kardiyak işlevlerde bozulma (omurga lezyon düzeyine göre)
- Quadriparezi
- Seviye veren duyu kaybı
- Sifinkter disfonksiyonu
- Hipotansiyon
- Hipertermi

Alt servikal

- Quadriparezi (üst ekstremitelerde kısmen korunmuş, alt ekstremitelerde total güç kaybı)
- Seviye veren duyu kaybı
- Sifinkter disfonksiyonu

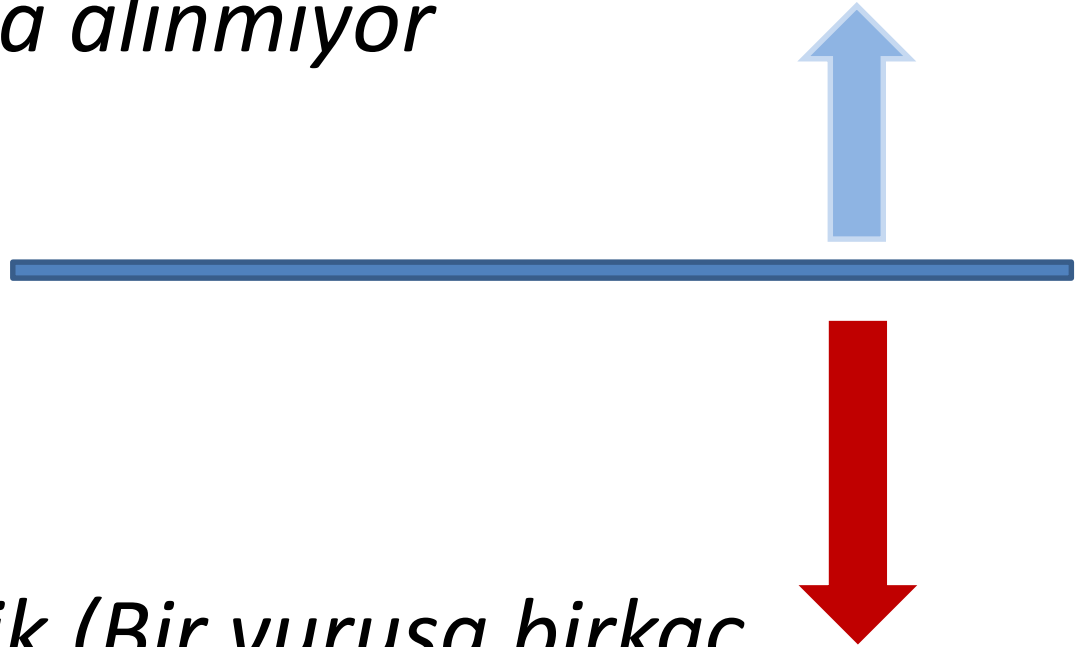
KRANİYAL SİNİRLER:

- × I: N.Olfactorius
- × II: N.Opticus
- × III: N.Oculomotorius
- × IV: N.Trochlearis
- × V: N.Trigeminus
- × VI: N.Abducens
- × VII: N. Facialis
- × VIII: N. Vestibulocochlearis
- × IX: N.Glossopharyngeus
- × X: N. Vagus
- × XI: N.Accesorius
- × XII: N.Hypoglossus

REFLEKS MUAYENESİ:

□ I- TENDON REFLEKSLERİ:

- 0** = *Kayıp veya alınmıyor*
- ±** = *Azalmış*
- +** = *Normal*
- ++** = *Canlı*
- +++** = *Artmış*
- ++++** = *Polikinetik (Bir vuruşa birkaç hareketle cevap)*



YÜZEYEL REFLEKSLER:

□ ***Kremaster Refleksi:***

- Teknik: Uyluk iç kısmı çizildiğinde aynı taraftaki testis yukarı çekilir.
- Periferik sinir : *N.Femoralis*.
- Segmenter inervasyon: *L1-L2 m. Spinalis*.

□ ***Anal Refleks:***

- Teknik: Perianal bölge hafifçe çizilir. *Normal cevap anüs sfinkterinin kasılmasıdır.*
- Segmenter inervasyon : *S4, S5 m. Spinalis*.