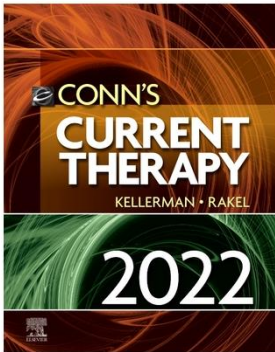


سرگیجه



بررسی و درمان به روش
Jennifer Wippermann

ترجمه
دکتر محمدحسن هدایتی امامی
متخصص داخلی - غدد
اسفند ۱۴۰۰



در این نوشته درباره دو حالت "سرگیجه
وضعیتی گاهگاهی خوش خیم" و "نوریت
دهلیزی" بحث می کنیم. در واقع این دو بیماری،
شایع ترین علت های "سرگیجه واقعی" اند.

Vestibular Neuritis

Benign Paroxysmal Positional Vertigo

| | |
|----|-------------------------------------|
| | فهرست |
| ۴ | اصطلاحات |
| ۵ | تشخیص کنونی |
| ۶ | درمان کنونی |
| ۶ | مقدمه |
| ۸ | سرگیجه چقدر شایع است؟ |
| ۹ | بیشتر چه کسانی دچار سرگیجه می شوند؟ |
| ۹ | مکانیسم پیدایش |
| ۱۱ | تظاهرات بالینی |
| ۱۹ | تشخیص |
| ۲۰ | تشخیص افتراقی |
| ۲۳ | درمان |
| ۲۸ | نظارت |
| ۲۸ | عوارض |
| ۳۰ | رفرانس |

| اصطلاحات | |
|---|--|
| Barbecue test | آزمون شبیه پختن کباب |
| Benign Paroxysmal Positional Vertigo | سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم |
| Dix-Hallpike | |
| Epley Maneuver | همان " آزمون بازگرداندن کانالیت به حالت عادی " |
| Head Impulse test | آزمون تکان سر |
| HINTS | Head Impulse Test Nystagmus Test of Skew |
| Meniere's disease | بیماری منیر |
| Supine roll test | آزمون غلتیدن در وضعیت خوابیده به پشت |
| Test of skew | آزمون پوشاندن متناوب چشم‌ها |
| The Canalith Repositioning Procedure (CRP) (Epley Maneuver) | آزمون بازگرداندن کانالیت به حالت عادی |
| Vestibular Migraine | میگرن دهلیز شنوائی |
| Vestibular Neuritis | نوریت دهلیزی |
| Vestibular rehabilitation | بازتوانی دهلیزی |

تشخیص کنونی سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم

- حمله های موقت و مکرر کوتاه مدت کمتر از یک دقیقه ای
- شروع با حرکت سر
- آزمون Dix-Hallpike و غلتیدن در وضعیت خوابیده به پشت مثبت است

نوریت دهلیزی

- یک حمله شدید و دائمی چندین روزه
- شروع تدریجی چند ساعته یا چند روزه
- آزمون تکان سر مثبت است
- نیستاگموس یک جهته و افقی است

میگرن دهلیز شنوائی

- حمله های مکرر چند ساعته تا چند روزه
- توام با نماهای سردرد میگرنی
- بهبودی با درمان های مرسوم میگرن

بیماری منیر

- حمله های مکرر سرگیجه چندساعته
- گاه همراه با کاهش شنوائی، وزوزگوش، و یا احساس پری گوش

آژیر خطر سکته مغزی

- شروع ناگهانی
- وجود عامل های خطر سکته مغزی
- نیستاگموس دو جهته یا صرفاً عمودی
- غیرطبیعی بودن آزمون HINTS
- نشانه های عصبی کانونی
- ناتوانی در راه رفتن

درمان کنونی سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم

- مانور بازگرداندن کانالیت به وضعیت عادی (مانور Epley)، موثرترین راه درمانی است.

- از تجویز داروهای تضعیف کننده دهلیز شنوائی پرهیز کنید

- مختارید بیمار را از نزدیک تحت نظر بگیرید، به شرط آن که بیمار مانور Epley را تحمل نکند و علائم خفیف باشد

نوریت دهلیزی

- تجویز بنزودیازپین ها، داروهای ضد استفراغ یا ضد هیستامین برای درمان علامتی

- با شروع هر چه زودتر باز توانی دهلیز شنوائی، عارضه زودتر خوب می شود

- مصرف کورتیکواستروئیدها ممنوع است.

مقدمه

"دکتر، سرم گیج می رود!". این جمله ای است که

اغلب باعث گرفتاری هم پزشک و هم بیمار می شود. پزشک باید

در همان آغاز روشن کند مقصود بیمار از این گفته، کدام یک از

چهار مورد زیر است؟

● در حالت رو به سنکوپ (یا احساس سبکی در سر)

● احساس نداشتن تعادل

● گیج رفتن روانی

● سرگیجه واقعی

بهترین حالت آن است که پزشک از روی شرح حال و معاینه، دریابد کدامیک از این چهار حالت، با گفته‌ها و تصورات بیمار مطابقت دارد. در هر چهار مورد احتمال دارد بیماری مهمی در کار باشد که مغز بیمار یا حتی جان بیمار را به خطر بیندازد. از روی شرح حال و معاینه خوب، در اکثریت بیماران می‌توان به تشخیص رسید و وجود موارد خطرناک را رد کرد.

وقتی مشخص شد بیمار دچار سرگیجه واقعی (Vertigo) است، آن وقت باید روشن کند علت آن، بیماری سخت و خطرناکی در درون جمجمه است یا بیماری کم خطر و البته گاه بسیار مزاحمی در بیرون جمجمه. بیماری‌های درون جمجمه شامل سکتة مغزی، ضایعات از بین برنده میلین اعصاب، و توده‌های درون جمجمه است. بیماری‌های بیرون جمجمه معمولاً سیر خوش‌خیمی دارند و شامل چند عارضه است. بیماری که دچار

سرگیجه واقعی است، از حس کاذب حرکت شکایت دارد. اغلب خیال می‌کند "اطاق در حال چرخش" است.



در این نوشته درباره دو حالت "سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم" و "نوریت دهلیزی" بحث می‌کنیم. در واقع این دو بیماری، شایعترین علت‌های "سرگیجه واقعی" اند.

Vestibular Neuritis

Benign Paroxysmal Positional Vertigo

سرگیجه چقدر شایع است؟

یکی از علل شایع مراجعه بیماران سرپائنی، همین سرگیجه است. هر سال میلیون‌ها نفر به خاطر احساس گیجی به پزشک مراجعه می‌کنند، حدود نیمی از اینان دچار سرگیجه هستند. شایع‌ترین علت سرگیجه در این دسته از بیماران یکی "سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم" و دیگری "نوریت دهلیزی" است.

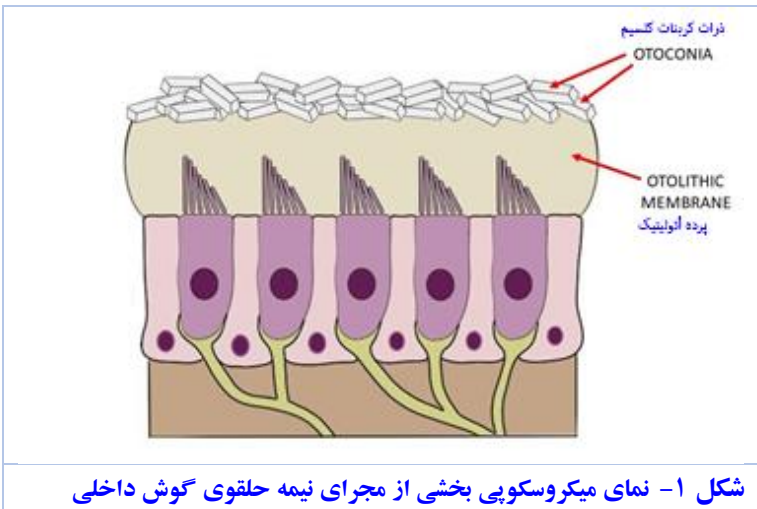
بیشتر چه کسانی دچار سرگیجه می‌شوند؟

سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم بیشتر در افراد مسن‌تر از ۶۰ سال روی می‌دهد در این گروه سنی هفت بار شایع‌تر است. زنان را بیشتر از مردان گرفتار می‌کند. اگر سابقه‌ای از وارد آمدن ضربه به سر یا بیماری دهلیز شنوائی دیگر وجود داشته‌باشد، احتمال ابتلاء به سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم بیشتر می‌شود.

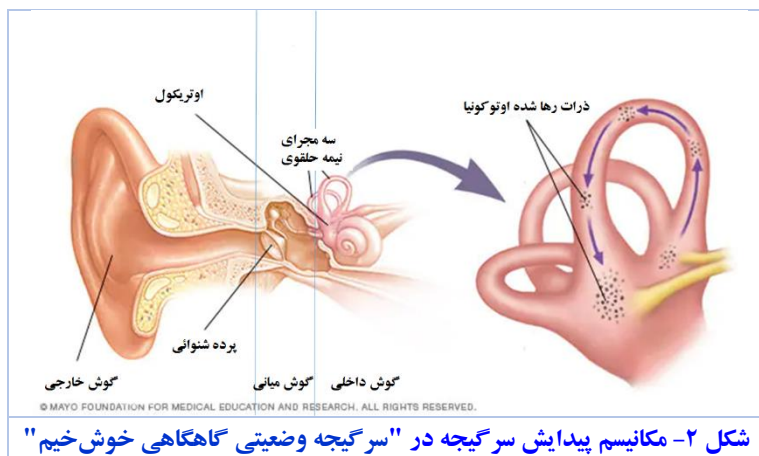
نوریت دهلیزی عامل خطر شناخته شده‌ای ندارد.

مکانیسم پیدایش

ذرات کربنات کلسیم (Otoconia) یکی از اجزاء مهم گوش داخلی است (شکل ۱).



ذرات **اُتوکونیا** گاهی به دلایلی از جایگاه خود جدا می-شوند و در مایع موجود در مجراهای نیمه حلقوی، شناور می‌مانند. چنین وضعی بیشتر در مجرای خلفی اتفاق می‌افتد. با هر حرکت سر، **اُتوکونیا** های رها شده، در مجرا به حرکت در می‌آیند و بیمار چند ثانیه‌ای حس می‌کند در حرکت است، زمانی که این ذرات ته نشین می‌شوند، بیمار از آن حس حرکت خلاص می‌شود. فکر می‌کنند این وضعیت همان جریان بیماری زائی است که باعث سرگیجه وضعیتی **گاهگاهی خوش خیم** می‌شود (شکل ۲).



علت پیدایش **نوریت دهلیزی** معلوم نیست. اطلاعاتی اندک گواه آن است که عفونت‌های ویروسی، که باعث التهاب عصب هشتم **جمعمه‌ای** (عصب شنوائی) می‌شوند، نقش دارند.

مخصوصاً به دخالت HSV-1 (ویروس هرپس ساده-۱) مشکوک هستند. وقتی در این جریان، همراه با سرگیجه، شنوایی هم مختل شود، می‌گویند بیمار دچار لابرینتیت حاد (Acute Labrynthitis) شده است.

تظاهرات بالینی

اساس بررسی فردی که با سرگیجه مراجعه می‌کند عبارت است از گرفتن شرح حال و انجام معاینه.

سوالات کلیدی عبارتند از:

- هر چند وقت یکبار دچار حمله می‌شود؟ هر حمله چقدر طول می‌کشد؟
- عامل برانگیزاننده آن کدام است: تغییر وضعیت یا تغییر فشار؟
- آیا علائم عصبی دیگری هم پیدا می‌شود یا هم اکنون دارد؟
- شنوایی کم می‌شود یا نه؟
- سر درد دارد یا نه؟

دیابت شیرین، فشار خون بالا و زیادی چربی‌های خون زمینه ساز سکتة مغزی‌اند. هر سه مورد علت‌های شایع سرگیجه (سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم، سکتة مغزی، و میگرن)، مبنای

خانوادگی دارند. بسیاری از داروها، از جمله داروهای ضد تشنج و ضد فشارخون، باعث "گیج رفتن سر" می‌شوند.

سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم باعث حمله‌های مکرر کوتاه مدت، حدوداً کمتر از یک دقیقه‌ای می‌شود؛ این حمله‌ها زمانی روی می‌دهد که بیمار جابجا می‌شود یا سرش را به حرکت در می‌آورد. بیمار گاهی همان موقع دچار تهوع و استفراغ هم می‌شود.

نوریت دهلیزی معمولاً شروعش تدریجی است، چندین ساعت طول می‌کشد تا مستقر شود، در عرض یکی دو روز به اوج می‌رسد، سپس به آهستگی فروکش می‌کند و چند هفته بعد برطرف می‌شود. علائم سرگیجه پابرجاست؛ بیمار در دوسه روز اول ممکن است دچار تهوع و استفراغ هم باشد. این بیماران در سرپا ایستادن دچار مشکل‌اند و به سمت طرف مبتلا منحرف می‌شوند. بیمار دائم سرگیجه دارد و البته با تغییر وضعیت، شدت آن بیشتر می‌شود. مبتلایان به **سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم**، در بین حملات سرگیجه‌ای ندارند.

هر بیماری که با سرگیجه مراجعه می‌کند باید مورد معاینه کامل قرار بگیرد؛ قلب و عروق، گوش، بینی، گلوی وی معاینه شود، و تحت معاینه عصبی هم قرار بگیرد.

در معاینه عصبی، از روی چند یافته زیر (جدول ۱) می توان سرگیجه خوش خیم (محیطی) را از سرگیجه وخیم (مرکزی) باز شناخت:

- آیا بیمار می تواند خوب راه برود؟
- بیمار چه نوع نیستاگموسی دارد؟
- نتیجه آزمون تکان سر وی چه هست؟
- آیا بیمار نشانه های عصبی وابسته به سرگیجه هم دارد؟

| جدول ۱- افتراق علت های محیطی از علت های مرکزی سرگیجه | |
|--|---|
| سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم | |
| شرح حال | |
| | حمله های مکرر کوتاه مدت کمتر از یک دقیقه ای ناشی از تغییر وضعیت فقدان سرگیجه در بین حمله ها |
| | نیستاگموس |
| | ضربه حرکات چشم به بالا و دورانی |
| | راه رفتن |
| | بین حمله ها طبیعی است |
| | آزمون های بالینی ویژه |
| | Dix-Hallpike مثبت است |
| | یا آزمون غلتیدن در وضعیت خوابیده به پشت مثبت است |
| | نشانه های عصبی اضافی |
| | نادر |
| نوریت دهلیزی | |
| شرح حال | |
| | شروع تدریجی چندین ساعته |

| | |
|---|--|
| سرگیجه ثابت و شدید چند روزه تهوع و استفراغ گاه شدید | |
| نیستاگموس | |
| افقی و یک جهته | |
| راه رفتن | |
| انحراف به سمت طرف مبتلاء | |
| آزمون‌های بالینی ویژه | |
| آزمون تکان سر مثبت است با تثبیت جهت نگاه، نیستاگموس از بین می‌رود. | |
| نشانه‌های عصبی اضافی | |
| نادر | |
| سرگیجه مرکزی | |
| شرح حال | |
| شروع ناگهانی وجود عامل‌های خطر سکتة مغزی احتمال سردرد شدید | |
| نیستاگموس | |
| دو جهته مطلقا عمودی مطلقا دورانی | |
| راه رفتن | |
| ناتوان در راه رفتن | |
| آزمون‌های بالینی ویژه | |
| معاینه HINTS غیر طبیعی است. با تثبیت جهت نگاه، نیستاگموس از بین نمی‌رود. | |
| نشانه‌های عصبی دیگر | |
| شایع، شامل دیزآرتری، آفازی، ناهماهنگی، ضعف، یا گزگز و مورمور | |

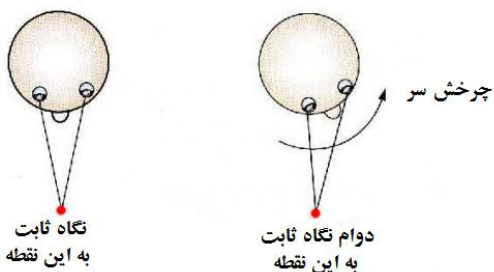
بیمار مبتلاء به **نوریت دهلیزی** ممکن است در راه رفتن دچار مشکل باشد، لیکن باید توجه داشت که اختلال در راه رفتن، آزیر خطر وجود ضایعه در مغز است. در **نوریت دهلیزی**، نیستاگموس یک طرفه و افقی است. یک طرفه به این معنی است که ضربه‌های حرکت چشم، همیشه به یک طرف است. اگر از بیمار بخواهید به یک نقطه چشم بدوزد، حرکات ضربه‌ای چشم‌هایش متوقف می‌شود. در این مورد، آزمون زیر را انجام بدهید:

از بیمار بخواهید نگاه خود را به جسمی در اطاق متمرکز کند. همان طور که گفته شد، نیستاگموس متوقف می‌شود. با کاغذی سفید در ۱۰ - ۱۵ سانتی متری چهره وی، جلوی نگاه وی را بگیرید، نیستاگموس بر می‌گردد.

هرگاه علت نیستاگموس بیمار، ضایعه‌ای در مغز باشد، با ثابت نگه داشتن نگاه، از بین نمی‌رود؛ جهت آن ممکن است متغییر باشد. با نگاه به چپ، به طرف چپ ضربه می‌زند و با نگاه به راست، جهت ضربه‌ها به طرف راست می‌شود؛ گاهی حتی نیستاگموس مطلقاً عمودی است.

هرگاه سرگیجه منشاء محیطی داشته باشد، مثلاً **نوریت دهلیزی** منشاء آن باشد، آزمون تکان سر مثبت است (شکل ۳). نحوه انجام این آزمون چنین است. پزشک روبروی بیمار می‌نشیند،

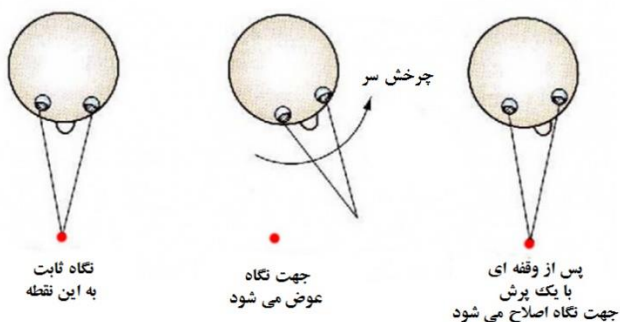
طبیعی



شکل ۳-الف- آزمون تکان سر.

پزشک سر بیمار را با سرعت، حدود ده درجه به یک طرف می چرخاند. در اینجا به چپ چرخانده است. در انسان سالم نگاه در تمام مدت به همان نقطه، ثابت می ماند.

نقص در لایبرنت چپ



شکل ۳-ب- آزمون تکان سر.

در بیماری که لایبرنت خرابی دارد، با این حرکت، جهت نگاه ثابت نمی ماند، نگاه بیمار متوجه روبروی چهره خود وی است؛ پس از وقفه ای کوتاه با یک حرکت (پرش)، روی نقطه هدف متمرکز می شود. در این صورت می گویند آزمون تکان سر مثبت است.

با هر دو دست، دو طرف سر وی را می‌گیرد. از بیمار می‌خواهد به نوک بینی پزشک نگاه بکند. پزشک با سرعت سر بیمار را ده درجه به راست یا چپ می‌چرخاند. اگر پرشی در نگاه دیده شد، بدین معنی است که ضایعه‌ای محیطی در همان سمتی که سر به سوی چرخانده شده است، وجود دارد. عملاً به این شکل است که با چرخاندن سر، نگاه بیمار به همان سمت معطوف می‌شود، چشم از حرکت برگشت سر، تبعیت نمی‌کند، پس از وقفه‌ای کوتاه، تمرکز نگاه بیمار دوباره متوجه نوک بینی پزشک می‌شود. ضایعه‌های مغزی، چنین پرشی ایجاد نمی‌کنند، و در مبتلایان به ضایعه مغزی، آزمون تکان سر منفی است.

یک ابزار معاینه‌ای خوب، HINTS است؛ مجموعه‌ای از

Head Impulse Test
Nystagmus
Test of Skew

سه آزمون است: آزمون تکان سر، معاینه از نظر نیستاگموس، و آزمون پوشاندن متناوب چشم‌ها.

HINTS در یافتن علل مغزی سرگیجه در درمانگاه‌ها و بخش‌های اورژانس، دارای حساسیت ۹۷٪ و ویژگی ۹۹٪ است. در ۲۴ ساعت اول وقوع حادثه، از MRI هم بهتر است.

هرگاه جواب یکی یا دو تا از این آزمون‌ها آن چیزی باشد که در ضایعه‌ای مرکزی (در مغز) دیده می‌شود (مثلاً آزمون تکان

سر منفی باشد، در نیستاگموس افقی با تغییر سمت نگاه، ضربه حرکات به همان طرف متوجه شود، یا در پوشاندن متناوب چشم-ها، عدم توازن چشم‌ها عیان باشد یا عیان شود) آنوقت آزمون HINTS مثبت است؛ یعنی باید ضایعه‌ای در مغز وجود داشته باشد. دستور تصویربرداری بدهید. هرگاه آزمون HINTS منفی باشد، احتمال وجود سکته مغزی تقریباً هیچ، چیزی حدود دو درصد است. آزمون HINTS از این نظر، آزمونی عالی است.

مانور Dix-Hallpike اگر مثبت باشد، گواه آن است که مجرای نیمه حلقوی خلفی در جریان سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش-خیم گرفتار شده است (شکل ۴). پیش از انجام این مانور به بیمار بگوئید ممکن است دچار تهوع و استفراغ شود.

بیمار روی تخت معاینه می‌نشیند، پاهایش بیرون نگه میدارد. پزشک سر را ۴۵ درجه به یک طرف می‌چرخاند و کمک می‌کند تا فوراً روی تخت دراز بکشد به نحوی که سر بیرون تخت کمی رها شده و آویزان بماند. پس از یک تاخیر ۵ الی ۲۰ ثانیه‌ای، فرد دچار نیستاگموس و علائم می‌شود. شدت هر دو نشانه، هم نیستاگموس، هم سرگیجه زیاد می‌شود، لیکن در عرض ۶۰ ثانیه از بین می‌رود. نیستاگموس از نوع ضربه به بالا و دورانی است. هرگاه در تمام مدتی که سر آویزان است، نیستاگموس پابرجا باقی بماند، قضیه جدی‌تر است، و بررسی از نظر علل

مرکزی ضرورت پیدا می کند. این مانور را با چرخان سر به طرف دیگر، تکرار بکنید. اگر علائم و نیستاکموس در چرخاندن سر به یک طرف پیدا شود، معلوم می شود **سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش-** **خیم** همان طرف را گرفتار کرده است. اگر در هر دو جهت علائم و نیستاکموس پیدا شود، بیمار دچار **سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم** دوطرفه است. اگر این آزمون منفی باشد ولی همچنان فکر می کنید که بیمار دچار **سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم** است، بیمار را روی تخت بخوابانید و در وضعیت خوابیده آن مراحل را تکرار کنید (شکل ۵). این آزمون را غلطیدن در وضعیت خوابیده به پشت (Supine Toll Test) می نامند. در بیمارانی که **سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم**، مجرای نیمه حلقوی افقی را گرفتار کرده باشد، با این مانور، فرد دچار سرگیجه و نیستاکموس می شود.

تشخیص

سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم و نوریت دهلیزی تشخیصی بالینی اند. تنها با یافته های بالینی این دو تشخیص معلوم می شوند، لیکن اگر اطمینان قطعی نداشتید یا به ضایعه ای در مغز مشکوک بودید، آن وقت بررسی های تشخیصی بیشتر لازم می شود. کارهایی مثل شنوایی سنجی، MRI، مجموعه، آزمون های کار دهلیز شنوایی، و بررسی نیستاکوموس با کمک دوربین فیلمبرداری انجام می شود.

در بیماری منیر (Meniere's Disease) نتیجه سنجش شنوایی خراب است. برای یافتن ضایعات درون جمجمه، انجام MRI بهترین شیوه تصویربرداری است؛ با آن می توان سگته مغزی بخش های موجود در اطاق خلفی درون جمجمه را خوب دید. اگر علت سرگیجه معلوم نباشد یا سرگیجه به درمان ها پاسخ مناسبی ندهد و همچنان پابرجا باقی بماند، با انجام آزمون های کار دهلیزشنوایی می توان وضع را روشن کرد. با این آزمون پاسخ کره چشم و دهلیز شنوایی نسبت به تغییر وضعیت و تحریک حرارتی مورد ارزیابی قرار می گیرد. فیلمبرداری هنگام انجام آزمون های مربوط به نیستاگموس کمک می کند تا با فراغ بال، با دور آهسته واکنش ها را ارزیابی، و در صورت لزوم دوباره آن را تماشا کرد. برخی از مبتلایان به سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم ممکن است بیماری دهلیزی دیگری هم داشته باشند، که با انجام آزمون کار دهلیز شنوایی کشف می شوند.

تشخیص افتراقی

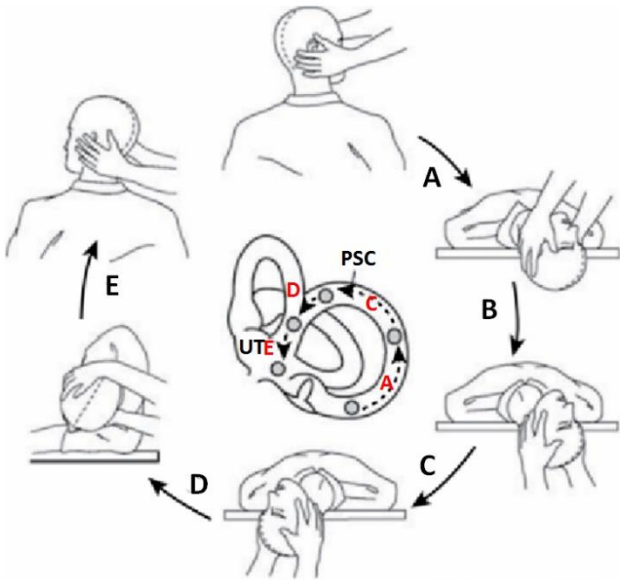
از روی نشانه سه گانه وزوزگوش، کاهش شنوایی پرنوسان، و سرگیجه، به بیماری منیر مشکوک می شوید. حمله های آن معمولاً چند ساعت طول می کشد، بیمار را از کار می اندازد، و در سال چندین بار تکرار می شود، و با گذشت زمان، به صورت اختلالی دائمی درمی آید.

سرگیجه می‌گرنی به صورت دوره‌هایی چند ساعته تا چند روزه، گریبان بیمار را می‌گیرد؛ علائم دیگر می‌گرن شامل سردرد، ترس از نور و صدا، یا "اورا" هم وجود دارد.

ضایعه‌های مغزی، مثلاً سکته مغزی و توده‌های داخل جمجمه بسیار نگران کننده‌اند. شروع ناگهانی، وجود عوامل خطر سکته مغزی، توام با نشانه‌های عصبی، ناتوانی در راه رفتن، ناهنجاری در آزمون HINTS، همراه با سردرد شدید و نیستاگموس خاص از سرنخ‌های با اهمیتی هستند که آذیرخطر سکته مغزی را به صدا در می‌آورند.

سرگیجه پس از ضربه در بیمارانی روی می‌دهد که ضربه ای به سرشان وارد شده است؛ این بیماران با سرگیجه، وزوز گوش، و سردرد مراجعه می‌کنند. فیستول پری لنفاتیک عارضه نادری است، لیکن در بیمارانی که پس از ضربه به سر، بلند کردن چیزهای سنگین، و ضربه پرفشار هوا دچار سرگیجه می‌شوند، باید به آن فکر کرد. بیمارانی که در پی عطسه و سرفه، دچار تغییر فشار می‌شوند، ممکن است سرگیجه پیدا کنند.

در همه بیماران باید به افت وضعیتی فشارخون هم توجه کرد.



شکل ۴- مانور درمانی برای سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم در خرابی کانال خلفی گوش راست. برای درمان خرابی مشابه در گوش چپ، جهت حرکات را عوض کنید. هدف آن است که ذرات رها شده اوتوکونیا، از مجرای نیمه حلقوی خلفی (PSC) به اوتریکول (UT) برگردد. پزشک در طرف راست تخت می ایستد. بیمار روبروی پزشک، راست روی تخت می نشیند.

A - پزشک با سرعت، گویی مشغول انجام آزمون Dix-Hallpike است، بیمار را به وضعیت سر آویزان به راست، روی تخت می خواباند. سر را در همین وضعیت نگه دارید تا نیستاگموس از بین برود. B- پزشک به بالای سر تخت می رود و طبق شکل، وضعیت قرار گرفتن سر بیمار را تغییر می دهد. C- سر بیمار را با سرعت به چپ بچرخانید تا گوش راست به طرف بالا قرار بگیرد. سر را سی ثانیه در همین وضع نگه دارید. D- بیمار به طرف چپ خود غلت بزند و در تمام این مدت پزشک هم مشغول چرخاندن سریع سر به چپ است به نحوی که بینی بیمار متوجه کف اطاق بشود. این وضعیت نهائی را هم سی ثانیه نگه دارید. E- بیمار را به سرعت به حال نشسته در آورید؛ چهره بیمار باید متوجه چپ باشد.

این مانور را تکرار کنید تا بیمار، دیگر نیستاگموس نداشته باشد.

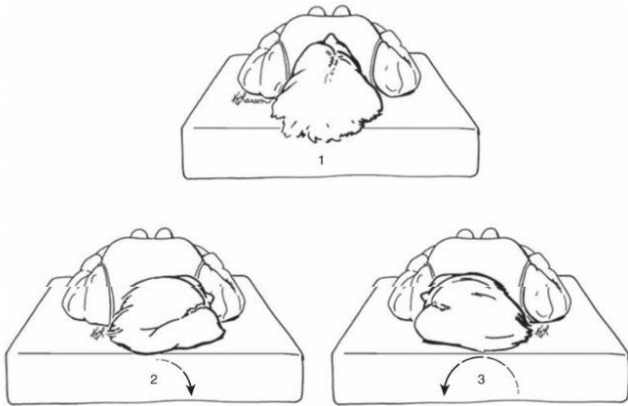
پس از پایان کار، برای آن که ذرات به مجرای کانال خلفی باز نگردند، از بیمار بخواهید در وضعیتی قرار نگیرد که سر وی آویزان بماند.

نورومای شنوائی به صورت کاهش آهسته و تدریجی، ولی پیشرونده حس شنوائی یک طرفه (از نوع حسی - عصبی)، توام با وزوزگوش همان طرف خودنمائی می‌کند. بسیاری از این بیماران هنگام راه رفتن تلوتلو می‌خورند، ولی سرگیجه واقعی امریست نادر.

درمان

بهترین راه درمان سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم مجرای خلفی، بازگرداندن کانالیت به‌حالت اول (Canalith Repositioning Procedure=CRP) است؛ آن را مانور Epley هم می‌نامند (به شکل ۴). طبق مطالعاتی که انجام شده، مانوری است ایمن و موثر؛ با Odds ratio ۴/۲ (CI) ۹۵٪ آن ۲/۳ الی ۱۱/۴) علائم برطرف می‌شود.

باید به بیماران گفت که در جریان مانور ممکن است دچار تهوع یا استفراغ شوند؛ گاهی پیشاپیش داروی ضد استفراغ به بیمار می‌دهند. اگر یکبار موثر نبود، بلافاصله می‌توان آن را تکرار کرد. اکثریت بیماران با اقدام سوم خوب می‌شوند. پس از این اقدام بیمار مختار است کار روزمره خود را انجام بدهد؛ رعایت محدودیت در فعالیت‌ها ضرورتی ندارد.



شکل ۵- آزمون چرخاندن سر در وضعیت خوابیده به پشت. بیمار روی تخت رو به بالا می‌خوابد. پزشک سر او را ۹۰ درجه به یک طرف می‌چرخاند؛ به نیست‌گموس و سرگیجه توجه می‌کند. اگر علائم بیمار برطرف شد، سر را به حالت اول، به خط وسط می‌چرخاند. سپس سر را ۹۰ درجه به طرف دیگر می‌چرخاند و باز به نیست‌گموس و سرگیجه توجه می‌کند. گوش همان طرفی که بیمار علائم بیشتری دارد، دچار عارضه است.

سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم مجرای افقی را می‌توان

با مانوری شبیه پختن کباب (شکل ۶) درمان کرد. بازتوانی دهلیز

شنوائی راه درمانی دیگری است برای **سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش-**

خیم؛ لیکن تاثیرش خیلی کمتر از اقدام بازگرداندن کانالیت به

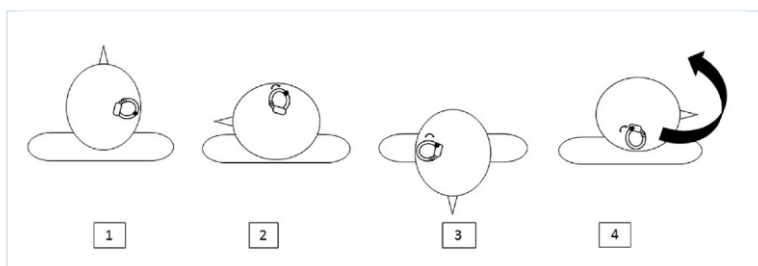
حالت اول (CRP) است. در بیمارانی که پس از درمان موفقیت آمیز

با CRP هنوز مدت‌هاست سرشان گیج می‌رود، می‌توان از بازتوانی

دهلیز شنوائی استفاده کرد؛ با این کار، راه رفتن بیماران با ثبات‌تر

می‌شود و این اثر به نفع بیماران، از جمله افراد سالخورده‌ای است

که خطر سقوط در آنان زیاد است. اگر علائم بیمار خفیف است و بیماران قادر به تحمل اقدام بازگرداندن کانالیت نیستند، راه چاره‌ای نمی‌ماند، مگر آن که تحت نظر قرار بگیرند. پس از یک الی سه ماه، علائم برطرف می‌شود؛ البته بعدها علائم برمی‌گردد. میزان عود در گروه تحت نظر بیشتر از کسانی است که با CRP تحت درمان قرار گرفته‌اند.



شکل ۶- مانور باربکیو (شبه پختن کباب) (Lempert Maneuver) - برای درمان سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم ناشی از خرابی مجرای افقی راست.

۱- بیمار به پشت رو به بالا دراز می‌کشد.

۲- سر را ۹۰ درجه به طرف سالم می‌چرخاند.

۳- سر را ۹۰ درجه دیگر می‌چرخاند تا بینی رو به کف اطاق باشد.

بیمار غلت می‌زند به نحوی که گوش مبتلاء، به طرف پائین قرار بگیرد و سپس راست بنشیند.

تمام تنه بیمار هنگام چرخش‌های سرهم، می‌چرخد؛ شبه پختن کباب.

از بیمار بخواهید در هر وضعیت، سر را به مدت ۹۰ ثانیه یا تا هنگام از بین رفتن نیستاگموس حاصله، ثابت نگه دارد.

در مورد خرابی گوش چپ، تمام این حرکات، معکوس انجام شود

برای درمان سرگیجه داروهائی هم وجود دارد، مثل آنتی هیستامین ها و بنزودیازپین ها که دهلیز شنوائی را تضعیف می کنند؛ تجویز آن را پیشنهاد نمی کنیم، زیرا احتمال افتادن بیماران را زیاد می کنند. به جای آن توصیه می کنیم اقدام بی خطر بازگرداندن کانالیت به حالت اول انجام شود. در موارد نادری که سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم مقاوم است، چاره کار عمل جراحی است.

نوریت دهلیزی را اساساً با استراحت، داروهای تضعیف کننده عصب دهلیزی شنوائی، و بازتوانی دهلیز شنوائی درمان می کنند. هرگاه علائم، شامل تهوع و استفراغ شدید باشد یا به سکتة مغزی شک دارید، از همان ابتدا بیمار را در بیمارستان بستری کنید. برای درمان علائم شدید از داروهای زیر استفاده کنید:

- آنتی هیستامین هائی مثل دیمن هیدرینات
۵۰ میلی گرم هر شش ساعت
- ضد استفراغ هائی مثل پرومتازین
۲۵ میلی گرم هر شش ساعت
- بنزودیازپین هائی مثل لورازپام
۱ تا ۲ میلی گرم هر چهار ساعت

این داروها را باید تنها دوسه روز به بیمار داد، زیرا تجویز طولانی تر مانع به جریان افتادن فعالیت جبرانی مغز می شود. در

نوریت دهلیزی بهبود یافتن سرگیجه، ناشی از بازگشت کار طبیعی عصب دهلیزی شنوایی نیست، بلکه این مغز است که نقیصه محیطی را جبران می‌کند. استفاده از داروهائی که عصب دهلیزی را مهار می‌کنند، مانع می‌شوند که مغز برای جبران وارد میدان شود، در نتیجه علائم بیمار مدتی طولانی‌تر ادامه می‌یابد. برای درمان **نوریت دهلیزی** کورتیکواستروئید بدهیم یا ندهیم؟ در یک مقاله مروری Cocharane در ۲۰۱۱ گفته شد که برای اجازه مصرف کورتیکواستروئید در درمان **نوریت دهلیزی** شواهد کافی در دست نیست. درمان ضد ویروسی هم تاثیر ثابت شده‌ای بر **نوریت دهلیزی** ندارد.

در **نوریت دهلیزی** به محض آن که علائم برطرف شد باید بازتوانی دهلیز شنوایی شروع شود؛ بیماران تمرینات را خوب تحمل می‌کنند. تمرینات شامل تمرینات تعادلی، راه رفتن، و هم-چنین تمرینات برای هماهنگی حرکات سر و چشم است. بازتوانی دهلیز شنوایی با وارد میدان کردن توان مغزی برای جبران نقص کار دهلیز شنوایی، تعادل، راه رفتن، و نگاه را زودتر خوب می‌کند. اگر علائم بیمار خفیف باشد، خود وی می‌تواند تمرینات را در خانه انجام بدهد؛ اگر علائم شدیدتر باشد یا در مورد بیماران سالخورده، بهتر است بیمار به مرکز بازتوانی معرفی شود.

نظارت

مبتلایان به سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم، چه تحت درمان باشند یا نباشند، باید یک ماه بعد هم مورد بررسی قرار بگیرند. اگر علائم بیمار برطرف نشده باشد، باید خوب ارزیابی بیشتری به عمل آورد و به تشخیص‌های دیگر، از جمله به علل مغزی توجه کرد.

مبتلایان به نوریت دهلیزی هم باید در عرض چندین هفته خوب شده باشند، در غیر این صورت باید به تشخیص‌های دیگر هم فکر کرد.

عوارض

در مبتلایان به سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم خطر سقوط زیاد است. سی درصد سال‌خورده‌های مبتلا به سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم در همان سال اول چندین بار سقوط می‌کنند. بنابراین باید آنان را از نظر عامل‌های خطر سقوط، توانائی در حرکات و وضعیت تعادل مورد بررسی قرار داد. باید وضع خانه آنان را اصلاح کرد و به اطرفیانش گفت که مراقبت شایسته‌ای بکنند. سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم اغلب، تخمیناً ۱۵٪ در سال، عود می‌کند. خطر عود را به بیماران بگوئید با این کار مشکل‌شان

زودتر تشخیص داده می‌شود، زودتر درمان شروع می‌شود و در نتیجه کمتر سقوط می‌کنند.

بیمارانی که در چار نوریت دهلیزی بوده‌اند، بیش از دیگران دچار سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش‌خیم و بیماری منیر می‌شوند. نوریت دهلیزی به ندرت عود می‌کند.

| | |
|----|---|
| 1 | Baloh RW. Vestibular neuritis. <i>N Engl J Med</i> 2003;348:1027-1032 |
| 2 | Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, Holmberg JM, Mahoney K, Hollingsworth DB, Roberts R, Seidman MD, Steiner RW, Do BT, Voelker CC, Waguespack RW, Corrigan MD. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). <i>Otolaryngol Head Neck Surg.</i> 2017 Mar;156(3_suppl):S1-S47. doi: 10.1177/0194599816689667. PMID: 28248609. |
| 3 | Chan Y. Differential diagnosis of dizziness. <i>Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.</i> 2009 Jun;17(3):200-3. doi: 10.1097/MOO.0b013e32832b2594. PMID: 19365263. |
| 4 | Epley JM. The Canalith Repositioning Procedure: For Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. <i>Otolaryngology–Head and Neck Surgery.</i> 1992;107(3):399-404. doi: 10.1177/019459989210700310 |
| 5 | Fishman JM, Burgess C, Waddell A. Corticosteroids for the treatment of idiopathic acute vestibular dysfunction (vestibular neuritis). <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2011 May 11;(5):CD008607. doi: 10.1002/14651858.CD008607.pub2. PMID: 21563170. |
| 6 | Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014 Dec 8;(12):CD003162. doi: 10.1002/14651858.CD003162.pub3. PMID: 25485940. |
| 7 | Kerber KA. Vertigo and dizziness in the emergency department. <i>Emerg Med Clin North Am.</i> 2009 Feb;27(1):39-50, viii. doi: 10.1016/j.emc.2008.09.002. PMID: 19218018; PMCID: PMC2676794. |
| 8 | McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2015 Jan 13;1:CD005397. doi: 10.1002/14651858.CD005397.pub4. PMID: 25581507. |
| 9 | Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh YH, Pula JH, Omron R, Saber Tehrani AS, Mantokoudis G, Hanley DF, Zee DS, Kattah JC. HINTS outperforms ABCD2 to screen for stroke in acute continuous vertigo and dizziness. <i>Acad Emerg Med.</i> 2013 Oct;20(10):986-96. doi: 10.1111/acem.12223. PMID: 24127701. |
| 10 | Seemungal BM, Bronstein AM. A practical approach to acute vertigo. <i>Pract Neurol.</i> 2008 Aug;8(4):211-21. doi: 10.1136/jnnp.2008.154799. Erratum in: <i>Pract Neurol.</i> 2009 Feb;9(1).doi: 10.1136/jnnp.2008.154799corr1. PMID: 18644907. |