

ترجمه:

دکتر محمدحسن هدایتی امامی - متخصص داخلی - غدد

## سرگیجه - بخش ۱

### (بررسی و درمان به روش Jennifer Wippermann)

جمع‌همه معمولاً سیر خوشخیمی دارند و شامل چند عارضه است. بیماری که دچار سرگیجه واقعی است، از حس کاذب حرکت شکایت دارد. اغلب خیال می‌کند "طاق 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 سرپائی، همین سرگیجه است. هر سال میلیون‌ها نفر به خاطر احساس گیجی به پزشک مراجعه می‌کنند، حدود نیمی از اینان

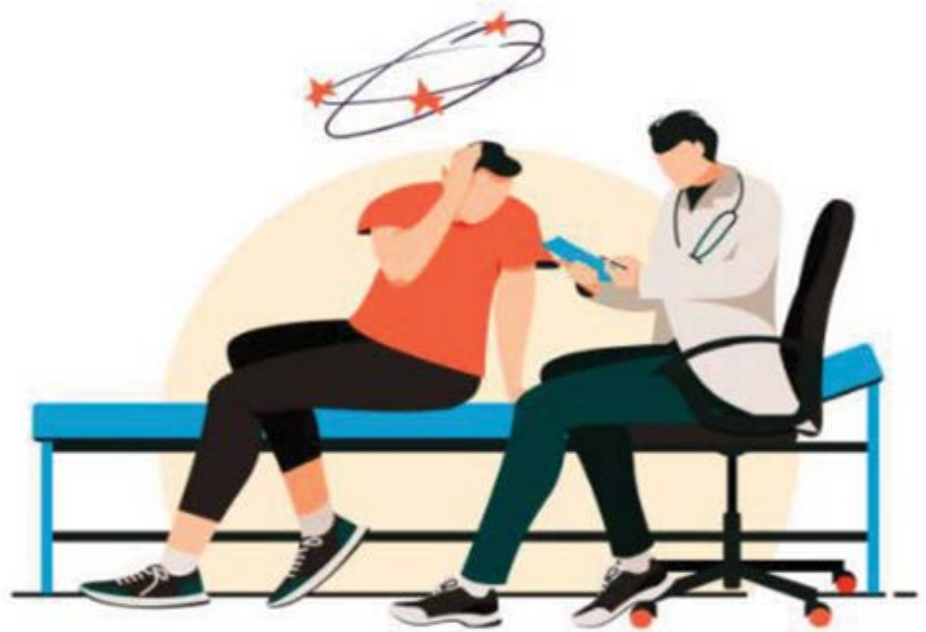
"دکتر، سرم گیج می‌رود!". این جمله ایست که اغلب باعث گرفتاری هم پزشک و هم بیمار می‌شود. پزشک باید در همان آغاز روشن کند مقصود بیمار از این گفته، کدامیک از چهار مورد زیر است؟

- 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 درکار 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 جمع‌همه است یا بیماری کم‌خطر و البته گاه بسیار مزاحمی در بیرون جمع‌همه. بیماری‌های درون جمع‌همه شامل سکتة مغزی، ضایعات از بین برنده میلین اعصاب، و توده‌های درون جمع‌همه است. بیماری‌های بیرون





ذرات اتوکونیا گاهی به دلایلی از جایگاه خود جدا می شود و در مایع موجود در مجراهای نیمه حلقوی، شناور می ماند.

چنین وضعی بیشتر در مجرای خلفی اتفاق می افتد. با هر حرکت سر، اتوکونیاها رها شده، در مجرا به حرکت در می آید و بیمار چندثانیه ای حس می کند در حرکت است، زمانی که این ذرات ته نشین می شود، بیمار از آن حس حرکت خلاص می شود. فکر می کنند این وضعیت همان جریان بیماریزایی است که باعث سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم می شود (شکل ۲).

دچار سرگیجه هستند. شایع ترین علت سرگیجه در این دسته از بیماران یکی "سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم" و دیگری "نوریت دهلیزی" است.

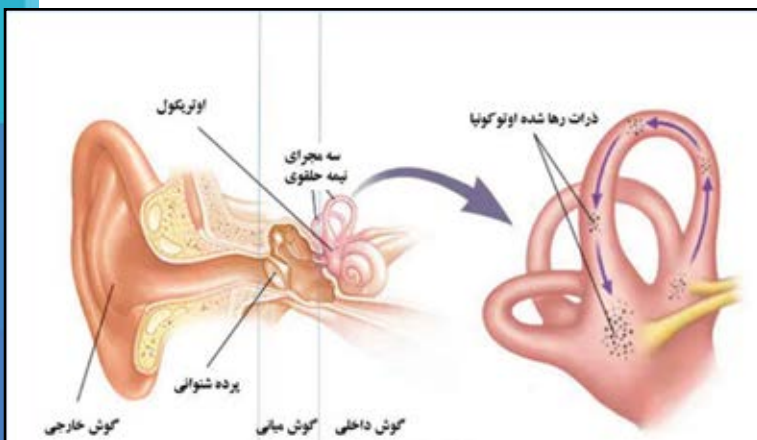
#### بیشتر چه کسانی دچار سرگیجه می شوند؟

سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم بیشتر در افراد مسن تر از ۶۰ سال روی می دهد که در این گروه سنی هفت بار شایع تر است.

زنان را بیشتر از مردان گرفتار می کند. اگر سابقه ای از وارد آمدن ضربه به سر یا بیماری دهلیز شنوایی دیگر وجود داشته باشد، احتمال ابتلا به سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم بیشتر می شود. نوریت دهلیزی عامل خطر شناخته شده ای ندارد.

#### مکانیسم پیدایش

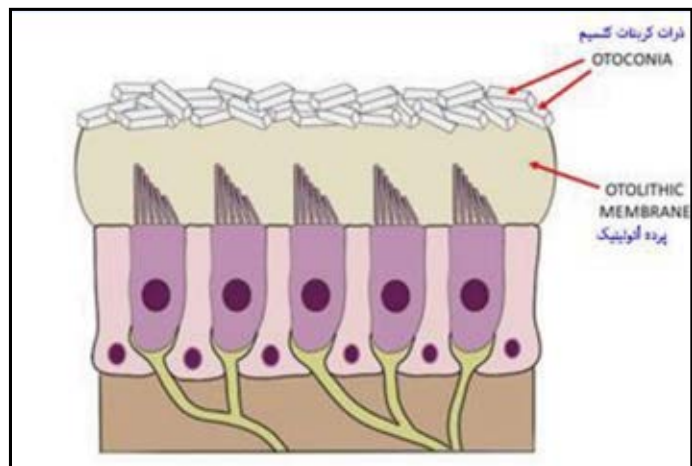
ذرات کریئات کلسیم (Otoconia) یکی از اجزای مهم گوش داخلی است (شکل ۱).



شکل ۲) مکانیسم پیدایش سرگیجه در "سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم"

علت پیدایش نوریت دهلیزی معلوم نیست. اطلاعاتی اندک گواه آن است که عفونت های ویروسی، که باعث التهاب عصب هشتم جمجمه ای (عصب شنوایی) می شود، نقش دارد.

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



شکل ۱ - نمای میکروسکوپی بخشی از مجرای نیمه حلقوی گوش داخلی

### تظاهرات بالینی

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

#### سوالات کلیدی عبارتند از:

- هر چند وقت یکبار دچار حمله می شود؟ هر حمله چقدر طول می کشد؟
- عامل برانگیزاننده آن کدام است: تغییر وضعیت یا تغییر فشار؟
- آیا علائم عصبی دیگری هم پیدا می شود یا هم اکنون دارد؟
- شنوایی کم می شود یا نه؟
- سردرد دارد یا نه؟

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	
شرح حال	سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم
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	
آزمون های بالینی ویژه	
آزمون تکان سر مثبت است	
با تثبیت جهت نگاه، نیستاگموس از بین می رود.	
نشانه های عصبی اضافی	
نادر	

دیابت شیرین، فشار خون بالا و زیادی چربی های خون زمینه ساز سکتة مغزی اند. هر سه مورد علت های شایع سرگیجه (سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم، سکتة مغزی، و میگرن)، مبنای خانوادگی دارد. بسیاری از داروها، از جمله داروهای ضد تشنج و ضد فشارخون، باعث "گیج رفتن سر" می شود.

سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم باعث حمله های مکرر کوتاه مدت، حدوداً کمتر از یک دقیقه ای می شود؛ این حمله ها زمانی روی می دهد که بیمار جابجا می شود یا سرش را به حرکت در می آورد. بیمار گاهی همان موقع دچار تهوع و استفراغ هم می شود.

نوریت دهلیزی معمولاً شروعش تدریجی است، چندین ساعت طول می کشد تا مستقر شود، در عرض یکی دو روز به اوج می رسد، سپس به آهستگی فروکش می کند و چند هفته بعد برطرف می شود. علائم سرگیجه پابرجاست؛ بیمار در دوسه روز اول ممکن است دچار تهوع و استفراغ هم باشد. این بیماران در سرپا ایستادن دچار مشکلاتند و به سمت طرف مبتلا منحرف می شوند. بیمار دائم سرگیجه دارد و البته با تغییر وضعیت، شدت آن بیشتر می شود. مبتلایان به سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم، در بین حملات سرگیجه ای نداشتند.

هر بیماری که با سرگیجه مراجعه می کند باید

### سرگیجه مرکزی

شرح حال

شروع ناگهانی  
وجود عامل‌های خطر سکتة مغزی  
احتمال سردرد شدید

نیستاگموس

دو جهته  
مطلقاً عمودی  
مطلقاً دورانی

راه رفتن

ناتوان در راه رفتن

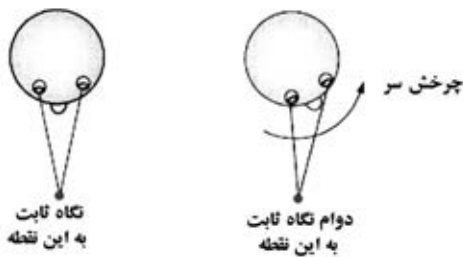
آزمون‌های بالینی ویژه

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

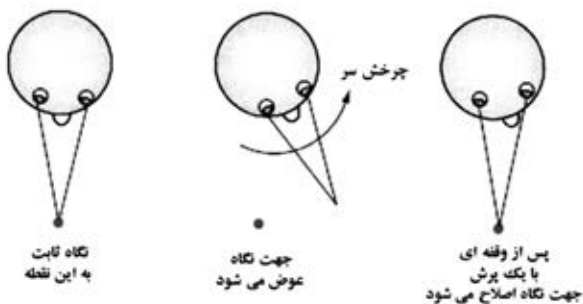
### طبیعی



شکل ۳-الف- آزمون تکان سر.

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

### نقص در لایبرنت چپ



شکل ۳-ب- آزمون تکان سر.

در بیماری که لایبرنت خرابی دارد، با این حرکت، جهت نگاه ثابت نمی‌ماند، نگاه بیمار متوجه روبروی چهره خود وی است؛ پس از وقفه‌ای کوتاه با یک حرکت (پرش)، روی نقطه هدف متمرکز می‌شود. در این صورت می‌گویند 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.

بیمار مبتلا به نوریت دهلیزی ممکن است در راه رفتن دچار مشکل باشد، لیکن باید توجه داشت که اختلال در راه رفتن، آذیر 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:

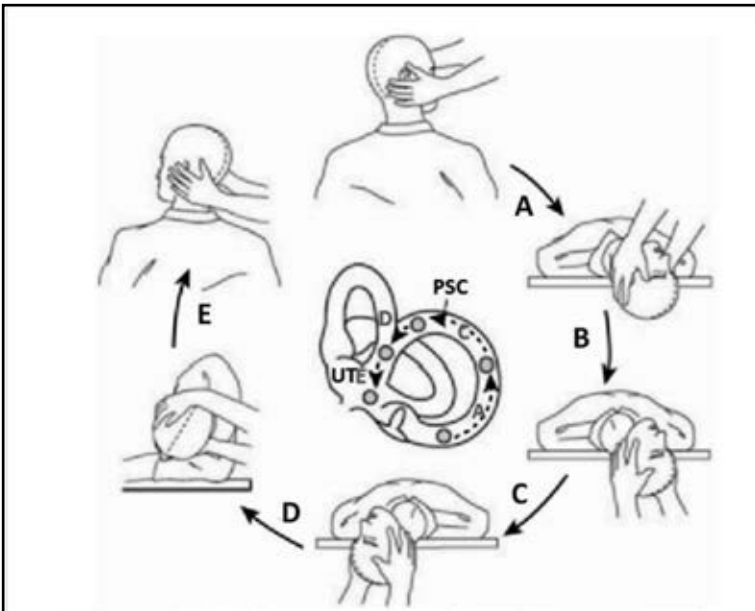
از بیمار بخواهید نگاه خود را به جسمی در اطاق متمرکز کند. همان طور که گفته شد، نیستاگموس متوقف می‌شود. با کاغذی سفید در ۱۰-۱۵ سانتیمتری چهره وی، جلوی نگاه وی را بگیرید، نیستاگموس بر می‌گردد.

هرگاه علت نیستاگموس بیمار، ضایعه‌ای در مغز باشد، با ثابت نگهداشتن نگاه، از بین نمی‌رود؛ جهت آن ممکن است متغیر 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 منشأ محیطی داشته باشد، مثلاً نوریت دهلیزی منشأ آن باشد، آزمون تکان سر مثبت است (شکل ۳).

نحوه انجام این آزمون چنین است. پزشک روبروی بیمار می‌نشیند:





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، گونی 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 یزند و در تمام این مدت پزشک هم مشغول چرخاندن سریع سر به چپ است به نحوی که بینی بیمار متوجه کف اطاق شود. 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 بکنید 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 بگیرد که سر وی آویزان بماند.

شدت هر دو نشانه، هم نیستاگموس، هم سرگیجه زیاد می شود، لیکن در عرض ۶۰ ثانیه از بین می رود. نیستاگموس از نوع ضربه به بالا و دورانی است. هرگاه در تمام مدتی که سر آویزان است، نیستاگموس پابرجا باقی بماند، قضیه جدی تر است و بررسی از نظر علل مرکزی ضرورت پیدا می کند. این مانور را با چرخان سر به طرف دیگر، تکرار کنید. اگر علائم و نیستاگموس در چرخاندن سر به یک طرف پیدا شود، معلوم می شود سرگیجه وضعیتی گاهگاهی

ضایعه های مغزی، چنین پرشی ایجاد نمی کنند و در مبتلایان به ضایعه مغزی، آزمون تکان سر منفی است. یک ابزار معاینه ای خوب، HINTS است؛ مجموعه ای از سه آزمون است: آزمون تکان سر، معاینه از نظر نیستاگموس و آزمون پوشاندن متناوب چشم ها.

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

Head Impulse Test

Nystagmus

Test of Skew

هرگاه جواب یکی یا دو تا از این آزمون ها آن چیزی باشد که در ضایعه ای مرکزی (در مغز) دیده می شود (مثلا 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 چشم ها عیان باشد یا عیان شود) آنوقت آزمون HINTS مثبت است؛ یعنی باید ضایعه ای در مغز وجود داشته باشد. دستور تصویربرداری بدهید. هرگاه آزمون HINTS منفی باشد، احتمال وجود سکتة مغزی تقریباً هیچ، چیزی حدود دو درصد است. آزمون HINTS از این نظر، آزمونی عالی است.

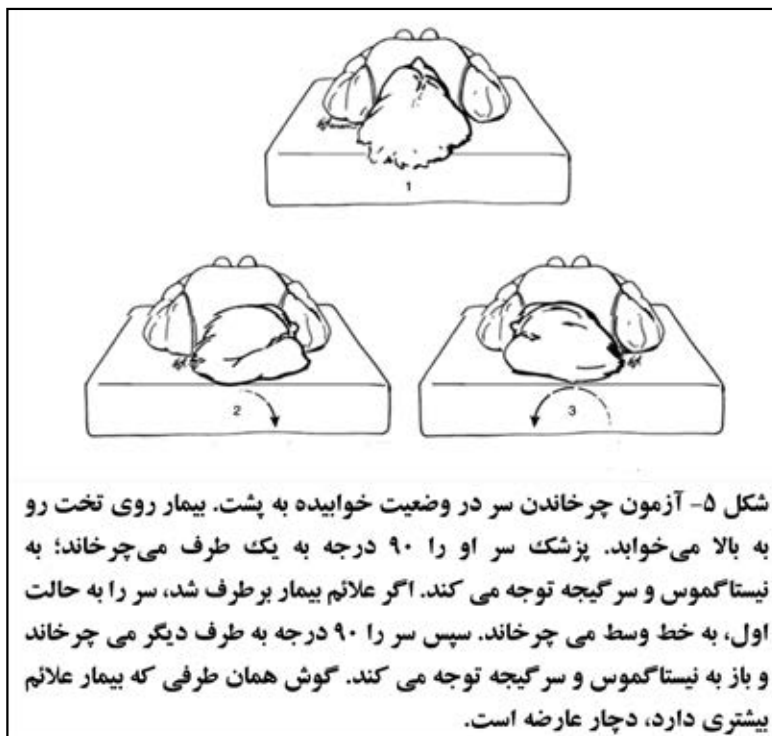
مانور Dix-Hallpike اگر مثبت باشد، گواه آن است که مجرای نیمه حلقوی خلفی در جریان سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوش خیم

گرفتار شده است (شکل ۴). پیش از انجام این مانور به بیمار بگویید ممکن است دچار تهوع و استفراغ شود.

بیمار روی تخت معاینه می نشیند، پاهایش بیرون نگه می دارد. پزشک سر را ۴۵ درجه به یک طرف می چرخاند و کمک می کند 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 ثانیه ای، فرد دچار نیستاگموس و علائم می شود.

خوش خیم همان طرف را گرفتار کرده است. اگر در هردو جهت علایم و نیستاکموس پیدا شود، بیمار دچار سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم دوطرفه است. اگر این آزمون منفی باشد ولی همچنان فکر می کنید که بیمار دچار سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم است، بیمار را روی تخت بخوابانید و در وضعیت خوابیده آن مراحل را تکرار کنید (شکل ۵). این آزمون را غلتیدن در وضعیت خوابیده به پشت (Supine Toll Test) می نامند. در بیمارانی که سرگیجه وضعیتی گاهگاهی خوشخیم، مجرای نیمه حلقوی افقی را گرفتار کرده باشد، با این مانور، فرد دچار سرگیجه و نیستاکموس می شود.

ادامه این مقاله را در شماره اتی می خوانید.



### فرم اشتراک ماهنامه **نیشنل ریستگامی**

نام و نام خانوادگی: ..... رشته/تخصص: ..... کد ملی: .....  
 نام محل کار: ..... مسئولیت: .....  
 نشانی: .....  
 کدپستی: ..... تلفن: ..... فاکس: .....  
 موبایل: ..... ایمیل: .....

◆ تکمیل تمام موارد غوی الزامی است ◆

(تهران)	(پشت پیشتاز)	(شهرستان)
اشتراک ۶ ماهه ۹۰۰.۰۰۰ تومان	اشتراک ۶ ماهه ۱.۵۰۰.۰۰۰ تومان	
اشتراک یکساله ۱.۸۰۰.۰۰۰ تومان	اشتراک یکساله ۲.۱۰۰.۰۰۰ تومان	

مبلغ اشتراک یکساله خارج از کشور یا پست سفارشی ۵۰۰ دلار است.

لطفاً برای شروع یا تمدید اشتراک، رسید فیش واریزی را همراه با فرم تکمیل شده فوق به شماره زیر واتسآپ نمایید.

کارت بانک پاسارگاد به شماره کارت ۷۲۷۴-۸۲۸۷-۲۹۱۰-۵۰۲۲ و شماره حساب ۱-۱۳۰۸۴۳۳۴-۸۰۰۰-۲۰۶ به نام آقای محمود اصلانی

ایمیل: matashkhis@gmail.com / واتسآپ: ۰۲۱ ۸۸۹۸۷۵۰۱-۸۶۰۹۳۱۰۸-۰۹۱۲۷۳۳۳۴۰۷ / تلفن: واتسآپ: ۰۲۱ ۸۸۹۸۷۵۰۱-۸۶۰۹۳۱۰۸-۰۹۱۲۷۳۳۳۴۰۷