

اثر درمانی مانور اپیلی در درمان بیماران مبتلا به سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم

مقاله پژوهشی

غلامعلی دشتی خویدکی^۱، عقیل آبسالان^۲، پیمان برومند^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۹/۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۲۲

۱. استادیار گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان
 ۲. کارشناس ارشد شنوایی شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده توانبخشی

چکیده

زمینه و هدف: سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم حملاتی مختصر از سرگیجه، تهوع و یا نیستاگموس وضعیتی است که با تغییر وضعیت سر به وجود می‌آید. یکی از درمان‌های توانبخشی ارایه شده جهت بیماران مانور اپیلی می‌باشد که در مطالعات گوناگون نتایج آن متفاوت گزارش شده‌است. هدف این مطالعه بررسی کارایی این روش در درمان بیماران مبتلا به سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم می‌باشد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر در فاصله زمانی بین زمستان ۱۳۸۶ تا تابستان ۱۳۸۸ در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان خاتم الانبیا زاهدان بر روی ۶۷ بیمار مبتلا به سرگیجه حمله‌ای وضعیتی خوش خیم ناشی از مجرای نیم‌دایره خلفی (۳۸ زن و ۲۹ مرد) در فاصله سنی ۲۷ تا ۶۸ سال انجام پذیرفت. پس از تشخیص، بیماران توسط مانور اپیلی با توصیه و ارایه محدودیت حرکتی تحت درمان قرار گرفته و پس از یک هفته نتایج حاصل از درمان با آزمون دیکس-هالپایک مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاکی از بهبودی علایم سرگیجه در ۹۲/۵ درصد بیماران بود.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده نشان‌دهنده کارایی مانور اپیلی در درمان بیماران دچار سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم می‌باشد. [م ت ع پ ز، ۱۲ (۱): ۳۹-۳۶]

[۳۶

کلید واژه ها: سرگیجه وضعیتی، سرگیجه حمله‌ای، توان بخشی

مقدمه

سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم (Benign Paroxysmal Positional Vertigo) تهوع و یا نیستاگموس وضعیتی است که متعاقب قرار گرفتن بیمار در یک وضعیت خاص (مثل دراز کشیدن) ایجاد می‌شوند. وضعیت‌هایی که معمولاً باعث برانگیخته شدن سرگیجه در مبتلایان می‌شوند شامل مواردی از قبیل غلت زدن در رختخواب، خم شدن، نگاه کردن به بالا و دراز کشیدن می‌باشد.^۱ این بیماری به‌عنوان معمول‌ترین علت سرگیجه در بیماری‌های دهلیزی محیطی شناخته می‌شود، به طوری که عامل ۱۷ درصد از تظاهرات کلینیکی افراد دچار سرگیجه، BPPV می‌باشد.^۲ اختلال در هر یک از مجاری نیم‌دایره (Semicircular Canal) (SCC) به‌ویژه مجرای نیم‌دایره خلفی (Posterior Semicircular Canal) (p-SCC) سبب بروز علایم BPPV می‌شود.^۱ در مورد پاتوفیزیولوژی BPPV دو نظریه عمده وجود دارد؛ کانالیتیاژیس (Canalithiasis) و کوپولولیتیاژیس (Cupulolithiasis). در هر دو تئوری، اتوکلیا یا سایر ذرات تخریب شده به‌واسطه نیروی جاذبه باعث جابجایی کوپولا (به‌صورت مستقیم یا در اثر حرکت اندولنف) و تغییر میزان تخلیه عصبی می‌شوند که نتیجه نهایی به‌صورت سرگیجه، نیستاگموس و سایر علائم ظاهر می‌شود.^۳ Dix و Hallpike برای اولین بار مانوری را جهت برانگیختن حملات سرگیجه و تأیید وجود BPPV معرفی نمودند که در حال حاضر به‌عنوان مانور تشخیصی کاربرد دارد^۱ در سال‌های اخیر ثابت گردیده که درمان‌های دارویی تأثیری بر BPPV نداشته و مهارکننده‌های دهلیزی تنها به کاهش تهوع کمک می‌کنند.^۴ در حال حاضر درمان‌های غیر دارویی مختلفی

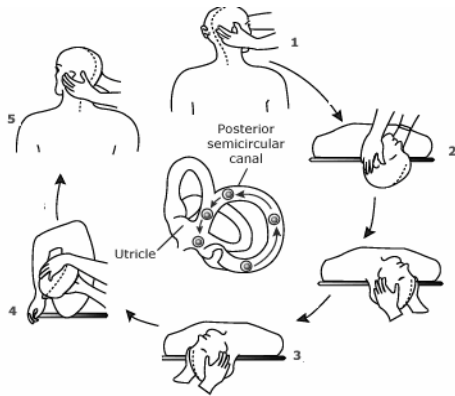
برای BPPV وجود دارد که رایج‌ترین آن‌ها توانبخشی بامانور اپیلی (Epley) می‌باشد^۵ که در مطالعات گوناگون کارایی آن متفاوت گزارش شده است.^{۱۰-۳۶} با توجه به شیوع سوء تغذیه و نیز مشکلات اسکلتی در استان سیستان و بلوچستان که از عوامل خطر ابتلا به BPPV هستند و هم‌چنین از آنجایی که میزان موفقیت آمیز بودن این روش در مطالعات گوناگون متفاوت گزارش شده است، در این مطالعه برآنیم تا میزان بهبود بیماران این منطقه را توسط این روش درمانی بررسی کنیم.

روش کار

مطالعه مداخله‌ای حاضر از نوع قبل و بعد بوده و در فاصله زمانی بین زمستان ۸۶ تا تابستان ۸۸ در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان خاتم‌الانبیا زاهدان انجام پذیرفت. نمونه‌ها از میان افراد مراجعه‌کننده به این بخش که با شکایت اولیه سرگیجه و عدم تعادل مراجعه کرده بودند و در تاریخچه‌گیری علائم BPPV را اظهار می‌داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

افراد مذکور پس از آگاهی در مورد بیماری و روند درمان در صورت تمایل جهت ورود به مطالعه فرم تاریخچه‌گیری را که شامل اطلاعات فردی و اطلاعاتی در مورد مشکل سرگیجه و عدم تعادل، علایم همراه با سرگیجه بود را پر می‌کردند. در این مرحله بیمارانی که داروهای ضد سرگیجه مصرف کرده و دارای مشکلات گردن و پشت بودند از مطالعه حذف شدند. برای نمونه‌ها آزمون‌های اتولوژیک و نورولوژیک به همراه ارزیابی‌های

بتواند سر خود را کشیده نگه دارد و پس از آن تا زمان ارزیابی مجدد (هفت روز بعد) به سمت گوش آسیب دیده نخواست. در مراجعه مجدد جهت پیگیری درمان، ابتدا برای اطمینان از صحت انجام توصیه‌های حرکتی، سؤالاتی مطرح و سپس آزمون دیکس-هالپایک توسط آزمونگر دیگری انجام شد و نتایج در فرم‌های آماده شده درج گردید. در پایان درصد بهبودی بیماران محاسبه شد.



تصویر ۲: مراحل مانور ایبیلی

یافته‌ها

در این مطالعه سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم در ۶۷ بیمار به اثبات رسید که از این میان ۳۸ نفر زن و ۲۹ نفر مرد بودند. درگیری گوش راست در زنان و مردان به ترتیب ۲۶ و ۱۸ مورد بود. از موارد ابتلای گوش چپ ۱۱ نفر زن و ۱۰ نفر مرد بودند. در هر کدام از دو جنس یک نفر مبتلا به BPPV دو طرفه بود. در مراجعه مجدد پس از انجام مانور دیکس-هالپایک که در واقع نشان‌دهنده نتایج مانور ایبیلی بود از مجموع ۶۷ بیمار علائم در ۶۲ بیمار یعنی ۹۲/۵ درصد موارد مشاهده نشد (هالپایک منفی) که حاکی از تأثیر مثبت مانور ایبیلی بود. در پنج مورد با انجام مانور دیکس-هالپایک مجدداً شاهد بروز علائم سرگیجه بودیم (هالپایک مثبت).

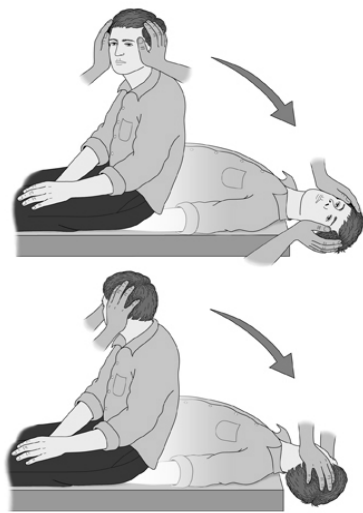
بحث

در مطالعه حاضر در میان افرادی که بیماری آن‌ها به اثبات رسید، شیوع ابتلا زنان بیشتر بود که این یافته با آنچه در مورد شیوع این بیماری ذکر شده است هم‌خوانی دارد.^۱ میزان بهبودی بیماران با مانور ایبیلی در مطالعه حاضر ۹۲/۵ درصد به دست آمد که دلالت بر کارایی این روش در درمان بیماران مبتلا به BPPV دارد. این یافته با میزان ۹۲/۶ درصد بهبودی که در مطالعه Stavros و همکارانش به دست آمد هم‌خوانی بالایی دارد.^۳ در مطالعات Macias^۴، Vazquez^۵ و Fung^۶ نیز درصد بهبودی بیماران بیش از ۹۰ درصد گزارش شده است. Appiani^۷ و Akoglu^۱ به ترتیب میزان ۸۷ و ۷۸ درصد بهبودی را گزارش کرده‌اند. در مطالعات اخیر استفاده از محدودیت حرکتی پس از انجام مانور به‌عنوان بخشی از مراحل درمانی مورد تردید واقع شده است که لزوم مطالعات بیشتر در این زمینه را بیان می‌کند.

سپاسگزاری

از کلیه عزیزانی که در این طرح شرکت کردند بویژه آقای علی عسکری که در هماهنگی و پیگیری بیماران ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

شنوایی سنجی انجام گرفت و سرانجام جهت تأیید و تشخیص وجود BPPV ناشی از درگیری p-SCC آزمون دیکس-هالپایک مورد استفاده قرار گرفت. برای انجام این مانور، زمانی که بیمار در وضعیت نشسته قرار داشت سر او به میزان ۴۵° در سطح افق چرخانده (تصویر ۱ وضعیت ۱) و سپس به سرعت خوابانده می‌شد به طوری که سرش تقریباً به میزان ۳۰° پایین‌تر از سطح افق و به طور آویزان از لبه تخت قرار گیرد. (تصویر ۱ وضعیت ۲) در صورت وجود BPPV، قرار گرفتن گوش آسیب‌دیده به سمت پایین باعث برانگیختگی سرگیجه و نیستاگموس می‌شد. به دلیل احتمال تأخیر در زمان شروع سرگیجه، بیمار حداقل به مدت ۳۰ ثانیه در این وضعیت باقی می‌ماند. در مرحله بعد بیمار را به آهستگی به وضعیت نشسته برگردانده و مراحل آزمون در حالتی که سر بیمار به سمت مخالف چرخانده شده بود، تکرار شد.



تصویر ۱: مانور دیکس-هالپایک

مانور درمانی ایبیلی بر اساس تئوری کانالیتازیس شکل گرفته است. در این روش مانند آزمون دیکس-هالپایک بیمار در وضعیت نشسته قرار داشته سر او در سمت مبتلا به میزان ۴۵° در سطح افق چرخانده (تصویر ۲ وضعیت ۱) و سپس خوابانده می‌شد به طوری که سرش تقریباً به میزان ۳۰° پایین‌تر از سطح افق و به طور آویزان از لبه تخت قرار گیرد (تصویر ۲ وضعیت ۲) و مدت یک تا دو دقیقه در این وضعیت باقی می‌ماند. سپس سر به آهستگی به سمت سالم چرخانده شده و این وضعیت جدید نیز برای چند لحظه حفظ می‌شد (تصویر ۲ وضعیت ۳). در مرحله بعد بیمار به پهلو خوابیده و سر او ۴۵° به سمت پایین (به طرف کف) چرخانده می‌شد (تصویر ۲ وضعیت ۴). در مرحله آخر بیمار در حالی که سرش به سمت سالم منحرف و به پایین خم بود به آهستگی نشانده می‌شد (تصویر ۲ وضعیت ۵). انجام مانور تا زمانی که بیمار دیگر سرگیجه نداشت ادامه می‌یافت و پس از درمان یک یقه گردنی (collar نرم) برای بیمار تجویز شده و از او خواسته می‌شد تا پایان روز خم نشود، دراز نکشد، سر خود را به طرف بالا و پایین حرکت ندهد یا به سمت چپ و راست کج نکند و به مدت ۴۸ ساعت برای خوابیدن از چندین بالش استفاده کند تا

References

1. Cummings CW. Cummings otolaryngology Head& Neck surgery. 4th ed. Pensilvania: Mosbey; 2005.
2. Katsarkas A. Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV): idiopathic versus post-traumatic. Acta Otolaryngol 1999; 119(7): 745-9.
3. StavrosG. Benign Paroxysmal Positional Vertigo and its management. Med Sci Monit 2007; 13(6): 275-82.
4. Nuti D, Nati C, Passali D. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo: no need for postmanoeuver restrictions. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122(3): 440-4.
5. Herdman SJ. Vestibular Rehabilitation. 3rd ed. F.A.Davis Company; 2007.
6. Fung K, Hall SF. Particle Repositioning Maneuver: Effective Treatment for Benign Paroxysmal positional vertigo. Am J otolaryngol 1996; 25(4): 243-248.
7. Appiani GC, Gagliardi M, Urbani L and Lucertini M. The Epley Maneuver for the Treatment of Benign Paroxysmal positional Vertigo. Eur Arch Otorhinolaryngol 1996; 253(1-2): 31-34.
8. Macias JD, Lambert KM, Massingale S, et al. Variables Affecting Treatment in Benign paroxysmal positional vertigo. Laryngoscope 2000; 10(11): 1921-1924.
9. Perez Vazquez P, Manrique Estrada C, Munoz Pinto C, et al. [Treating benign paroxysmal positional vertigo with the canalith repositioning maneuver of Epley. Our experience] Spanish [Abstract]. Acta Otorrinolaringol Esp 2001; 52(3): 193-8.
10. Akoğlu E, Okuyucu S, Okuyucu E, et al. [The effectiveness of the Epley maneuver for the treatment of BPPV and the role of nystagmus direction as an early indicator of successful treatment.] Turkish [Abstract]. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2007; 17(4): 212-6.

Therapeutic effect of Epley maneuver on patients with posterior semicircular canal in benign paroxysmal positional vertigo

Gholamali Dashti-Khadivaki¹, Aghil Absalan², Peyman Boroumand¹

Received: 25/Nov/2009

Accepted: 13/Mar/2010

Background: Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is characterized by brief attacks of vertigo, nausea and/or positional nystagmus during head movements. Epley maneuver is one of the therapeutic processes for these patients and had various results in different studies. The objective of this study was to determine the efficacy of this procedure on treatment of patients with BPPV.

Material and Methods: This study was performed from January 2008 till September 2009 in otolaryngology clinic of Khatam teaching hospital in Zahedan. The study was conducted among 67 patients (38 female, 29 male) with p-BPPV between the ages of 27 and 68 years old. Epley maneuver with restriction was performed for treatment after diagnosis of BPPV and one week later, results evaluated using the Dix-Hallpike test.

Result: 92.5% of patients had positive response to this type of treatment.

Conclusions: The study revealed good efficacy of Epley maneuver on patients with BPPV. [ZJRMS, 12(2):36-39]

Keywords: Positional vertigo, paroxysmal vertigo, rehabilitation

1. Assistant Professor, Dept. of Otorhinolaryngology, Zahedan University of Medical Sciences and Health Care, Zahedan, Iran.

2. MSc, Dept. of Audiology, School of Rehabilitation, Zahedan University of Medical Sciences and Health Care, Zahedan, Iran.