

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

مقاله پژوهشی

غلامعلی دشتی خویذکی^۱، عقیل آبسالان^۲، پیمان برومند^۳

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 رایج شده جهت بیماران مانور ایپلی 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 ایپلی 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 علائم سرگیجه در ۹۲/۵ درصد بیماران بود.

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

[۳۶]

کلید واژه‌ها: سرگیجه وضعیتی، سرگیجه حمله‌ای، توان بخشی

مقدمه

سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش خیم (Benign Paroxysmal Positional Vertigo) (BPPV) 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 به عنوان معمول ترین 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) به ویژه مجرای نیم‌دایره خلفی (Posterior Semicircular Canal) (p-SCC) سبب بروز علائم BPPV می‌شود.^۱ در مورد پاتوفیزیولوژی BPPV دو نظریه عمده وجود دارد؛ کانالیتیاژیس (Canalithiasis) و کوپولولیتیاژیس (Cupulolithiasis). در هر دو تئوری، اتوکینیا یا سایر ذرات تخریب شده به واسطه نیروی جاذبه باعث جابجایی کوپولا (به صورت مستقیم یا در اثر حرکت اندولنف) و تغییر میزان تخلیه عصبی می‌شوند که نتیجه نهایی به صورت 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 به عنوان 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 رایج ترین آن‌ها توانبخشی بامانور ایپلی (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 هم چنین از آنجایی که میزان موفقیت آمیز بودن این روش در مطالعات گوناگون متفاوت گزارش شده است، در این مطالعه بر آنیم 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 خاتم الانبیا زاهدان انجام پذیرفت. نمونه‌ها از میان افراد مراجعه کننده به این بخش که با شکایت اولیه سرگیجه و عدم تعادل مراجعه کرده بودند و در تاریخچه گیری علائم BPPV را اظهار می‌داشتند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

افراد مذکور پس از آگاهی در مورد بیماری و روند درمان در صورت تمایل جهت ورود به مطالعه فرم تاریخچه گیری را که شامل اطلاعات فردی و اطلاعاتی در مورد مشکل سرگیجه و عدم تعادل، علائم 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