

احساس سرگیجه از شایع ترین شکایات طبی است (مانند کمردرد، سردرد)

با افزایش سن، شیوع آن افزایش می یابد.

یافتن علت خاص برای احساس سرگیجه در بیماران جوانتر در مقایسه با سالمندان که بیشتر علت عمومی تری دارد، دست یافتنی تر است.

شرح حال و معاینه بالینی دقیق در یافتن علت سرگیجه بسیار راه گشاست.

علت سرگیجه:

شایع ترین علت سرگیجه محیطی؟ کاهش فشار خون اورتواستاتیک، سرگیجه خوش خیم وضعیتی (BPPV)، نورونیت وستیبولار، بیماری منیر، بیماری گوش داخلی با واسطه سیستم ایمنی است.

شایع ترین علت سرگیجه مرکزی؟ میگرن، ام اس، تومورهای شنوایی، آسیب های عروقی ساقه مغز و مخچه

هر عاملی که هموستاز یونی را در گوش داخلی برهم بزند سبب سرگیجه میشود (مانند التهاب، مسمومیت گوش، صدای گوش خراش)

تظاهرات بالینی:

1. شرح حال گیری

در شرح حال گیری بر ماهیت علائم، مدت علائم، عوامل تشدیدکننده (trigger) و رفع کننده (alleviating) علائم تمرکز کنید.

از بیمار بخواهید شرح بیشتری از احساس سرگیجه اش را با واژه هایی غیر از واژه «سرگیجه» توصیف کند زیرا غالباً همه بیماران مواردی همچون سرگیجه واقعی (Vertigo)، بی ثباتی در ایستادن (Unsteadiness)، ضعف عمومی (Generalized Weakness)، سنکوپ، پره سنکوپ، سقوط (Falling) را با احساس سرگیجه (Dizzy) بیان میکنند.

احساس سرگیجه (dizziness) شامل سبکی سر، بی ثباتی در ایستادن، عدم تحمل حرکت، عدم حفظ تعادل یا احساس کج شدن به یکطرف می باشد.

سرگیجه واقعی (vertigo) یک توهم تصویری از حرکت است که ناشی از نامتقارینگی ورودی به سیستم وستیبولار می باشد. افتراق سرگیجه واقعی از احساس سرگیجه ضروری است زیرا اولی ناشی از بیماریهای مرتبط با گوش داخلی بوده و دیگری ممکن است ناشی از بیماریهای CNS، قلبی عروقی یا سیستمیک باشد.

شروع ناگهانی و حضور ذهن واضح از حملات سرگیجه عمدتا مربوط به بیماری گوش داخلی است خصوصا اگر کاهش شنوایی، فشار گوش، یا وزوز گوش هم وجود داشته باشد.

علائم مبهم و با شروع تدریجی غالبا در بیماریهای CNS، قلبی، و سیستمیک شایع اند.

دوره زمانی وقوع سرگیجه نیز مهم است:

- حملات سرگیجه واقعی که به همراه تهوع برای روزها به طول بیانجامد و فاقد سایر علائم گوش یا CNS باشد، معمولا ناشی از نوریتیس وستسبولار بدنبال بیماری ویروسی است.
- حملات سرگیجه واقعی که چند ثانیه طول بکشد و با تغییرات پوزیشن سر یا بدن مرتبط باشد، احتمالا بعلت سرگیجه حمله ای خوش خیم وضعیتی (BPPV) است.
- سرگیجه واقعی که ساعت ها به طول بیانجامد احتمالا ناشی از بیماری منیر است. (مرتبط با علائم هیدروپیک گوش)
- سرگیجه واقعی که شروع ناگهانی دارد و چند دقیقه طول بکشد میتواند بعلت میگرن، یا بیماری عروقی باشد بویژه اگر ریسک فاکتور مغزی عروقی نیز وجود داشته باشد.

سرگیجه مرکزی

سرگیجه مرکزی ناشی از ایسکمی ساقه مغز یا مخچه است که معمولا 20 دقیقه تا 24 ساعت بطول می انجامد و با سایر خصوصیات ساقه مغز مرتبط است از جمله دیپلویی، علائم اتونوم، تهوع، دیس آرتری، دیسفاژی، ضعف فوکال.

بیماران مبتلا به بیماری مخچه ای غالبا حین حملات سرگیجه قادر به راه رفتن نیستند و هوشیارانه نسبت به محیط پیرامون خود آگاهند.

سابقه بیماری ویروسی، سرماخوردگی ها، تغییرات حسی در سطح C2-C3 یا توزیع عصب تریزمینال معمولا دال بر نورونیت وستیبولار یا حملات راجعه بیماری منیر است.

بروز دیس. دیادوکوکینزیا و آتاکسی راه رفتن طی حملات سرگیجه واقعی به احتمال قوی بعلت بیماریهای مخچه ای است بویژه در سالمندان و در مواردی که ریسک فاکتور مغزی عروقی نیز وجود داشته باشد.

سرگیجه در هیدروسفالوس فشار نرمال (NPH) همراه این علائم است: دشواری پیشرونده در راه رفتن، کاهش حافظه، بی اختیاری ادراری

شرح داروهای مصرفی (خصوصا تازه شروع بمصرف نموده)، داروهای OTC، داروهای گیاهی، داروهای تفتنی (سیگار و الکل) مدنظر قرار گیرد.

در سالمندان دو علت شایع احساس سرگیجه عبارتند از: BPPV و هایپروتنتیلاسیون متعاقب اضطراب

2. معاینه بالینی

معاینه بالینی در افراد دچار احساس سرگیجه شامل موارد زیر است: علائم حیاتی، فشار خون در حالت دراز کشیده و ایستاده، ارزیابی سیستم قلبی عروقی و نورولوژی، معاینه گوشها برای وجود عفونت قابل مشاهده یا التهاب در گوش خارجی یا میانی. معاینه حرکت و انعطاف گردن.

ارزیابی شنوایی بکمک تستهای شنوایی (استفاده از دیاپازون، سوت زدن، پرسش سوال، تکرار کلمات و ...) انجام میشود.

معاینه نورولوژیک: چک اعصاب کرانیال، مسیرهای حسی و حرکتی، الگوی راه رفتن و ایستادن

ارزیابی های مخچه: بویژه ناتوانی در سرکوب کردن ثابت سازی (failure of fixation suppression) حرکات چشمی وستیبولار برای ارزیابی مخچه ای - وستیبولار بکار میرود.

نحوه انجام FS:

بیمار انگشتان دو دست را در داخل همدیگر قرار میدهد و دستها را بشکل کشید روبروی صورت میگیرد، در حالی که انگشتان شست دو دست چسبیده به هم با زاویه نود درجه نسبت به سایر انگشتان قرار دارند، بیمار به راس انگشتان شست نگاه میکند. در همین حال بیمار به طرفین بشکل غیرفعال توسط معاینه گر چرخانده میشود، در صورت ناتوانی بیمار در تعقیب انگشتان شست و بروز نیستاگموس، پاتولوژی با منشا مرکزی قویا تایید میشود.

معاینه وستیبولار

در این وضعیت دو رفلکس بسیار کاربردی مهم بررسی میشود:

رفلکس وستیبولو-اوکولار (VOR)

رفلکس وستیبولو اسپینال (VSR)

وجود یک رفلکس اوکولوسفالیک قدرتمند و حدت بینایی سالم با حرکات سریع سر منعکس کننده VOR نرمال است.

عدم رفلکس اوکولوسفالیک یا کاهش حدت بینایی با حرکات سریع سر منعکس کننده کاهش عملکرد وستیبولار است.

نیستاگموس مشاهده شده زیر عینک فریزل بعد از تکاندن سر منعکس کننده ورودی غیر قرینه وستیبولار است.

تمایز نیستاگموس مرکزی و محیطی مهم است؛ نیستاگموس مرکزی کاملا افقی یا عمودی است و با تثبیت بینایی (visual fixation) سرکوب نمیشود. نیستاگموس محیطی معمولا چرخشی است و با حذف تثبیت بینایی کاملا مشهود است.

معاینه وضعیت دهی

معاینه وضعیت دهی (تست دیکس-هالپایک) برای تشخیص BPPV بسیار مهم است. طی این مانور، بیمار را فوراً از حالت نشسته با سر در

موقعیت 45 درجه در وضعیت خوابیده قرار میدهیم. غالباً BPPV بعلت کانالیتیازیس در مجرای نیم دایره ای خلفی رخ میدهد. (90٪ موارد)

نیستاگموس ناشی از BPPV بعد از قرار گیری سر در موقعیت خاص با تاخیر شروع میشود و طی 20-30 ثانیه به اوج رسیده و سپس برطرف میشود.

نیستاگموس ناشی از وضعیت گیری خوش خیم: با تاخیر شروع میشود، وابسته به وضعیت خاص سر بیمار است (با قرار گیری سر در سمت درگیر رخ میدهد)، برگشت پذیر و خستگی پذیر می باشد.

تست کالریک

بکمک یک میلی لیتر اب 30 درجه سانتیگراد انجام میشود و سپس نیستاگموس و احساس سرگیجه ارزیابی میشود.

ارزیابی وضعیت قرارگیری بدن و نحوه راه رفتن

از بیمار بخواهید که پاشنه یک پا را از زانو تا انگشت بزرگ پای دیگر حرکت دهد و سپس به عدم انطباق و ناهماهنگی بدقت بنگرید. و نگاه کردن به نحوه راه رفتن بیمار.

انجام تست رومبرگ: از بیمار بخواهید که ابتدا با چشمان باز و سپس با چشمان بسته روی پاشنه هر دو پا بایستد. سپس از بیمار بخواهید هرگونه احساس عدم تعادل (به جلو-عقب یا طرفین) را گزارش دهد.

بعد از انجام تست رومبرگ از بیمار بخواهید بمدت 30 ثانیه در خط وسط قدم بزند، انحراف به یک طرف دال بر این است که عملکرد وستیبولار یک طرفه مختل است

تست استرس وستیبولار

تست استرس وستیبولار حمید (Hamid Vestibular Stress Test) ترکیبی جزء حسی و حرکتی است که با یک تشک فوم با قابلیت کمپلیانس بالا انجام میشود. این معاینه بسیار ساده، آسان و کاربردی است. این توسط پروفیسور محمد علی حمید اهل مصر در دانشگاه ویرجینیا ابداع شده است.

در جزء حسی، بیمار با چشمان باز روی تشک می ایستد و دستهای خود را بشکل کشیده درآورده در همان حال معاینه کننده دارد به درجه انحراف بیمار از محدوده ثبات نگاه میکند. سپس بیمار سر را به عقب خم کرده و آن را به چپ و راست حرکت میدهد، ابتدا با چشمان باز و سپس با چشمان بسته. باید مراقب سقوط بیمار بود.

تجربه با این معاینه نشان داده که بیماران با چشمان بسته نمیتوانند بایستند و سر به عقب میروند مگر اینکه سیستم تعادلی و وستیبولار نرمال داشته باشند

تست حرکتی از تست حسی چالشی تر است و از آن بعنوان تست تکانه ای بدن یاد میشود. در این تست، پزشک دستانش را در بین شانه های بیمار قرار میدهد و از بیمار میخواهد که به دستان پزشک فشار وارد کند و تا 10 بشمارد. سپس پزشک دستانش را رها میکند، به پاسخ بیمار مینگرد و در صورت نیاز وی را نگه میدارد. اغلب بیماران میتوانند خالی شدن ناگهانی رو به عقب را با سه حرکت اصلاح کنند:

خم شدن رو به جلو (چرخش لگن) - گام برداشتن به جلو - گام برداشتن به عقب بسمت مکان اصلی

الگوی پاسخ، تکراری و فیزیولوژیک است که واکنش وضعیتی فیزیولوژیک و تغییر بین دو استراتژی چرخش ناحیه هیپ (لگن) و میج پا است که در حد پایداری مورد انتظار است.

بیماران دچار اختلال عملکرد مرکزی و محیطی دارای الگوهایی اند که شامل حرکات سریع و اصلاحی، چرخش لگن یا یک قدم برداشتن نمیشود، البته این معاینه، کیفی است و به تجربه پزشک، شرایط عضلانی اسکلتی و توانایی همکاری کردن بیمار وابسته است.

معاینه های پرونتیلاسیون

اگر نتایج تمام معاینات وستیبولار نرمال باشد، انجام دو دقیقه های پرونتیلاسیون در شناسایی بیمار مبتلا به سندرم های پرونتیلاسیون موثر است. این تست باید در وضعیت نشسته انجام شود. های پرونتیلاسیون میتواند هم اختلال عملکرد مرکزی و هم محیطی را برجسته کند و علایم نورولوژیک و احساس سرگیجه را بعلاوه آسیب واقعی یا اضطراب و استرس زمینه ای بازتولید نماید.

تشخیص های افتراقی

ویژگی های افتراق دهنده نیستاگموس مرکزی از محیطی:

سیستم یا رفلکس	آسیب محیطی	آسیب مرکزی
اوکولوموتور	نیستاگموس خودبخودی با چشمان بسته	پریش چشم (سرعت، صحت) افتالموپلژی بین هسته ای (INO) تعقیب پریش چشم نیستاگموس پریش رو به بالا
رفلکس وستیبولو-اوکولار (VOR)	نیستاگموس بدون فیکسایون، نیستاگموس بعد از تکان دادن سر، عدم انطباق چشم و سر از درست رفتن وستیبولار یک طرفه و دو طرفه	VOR های پراکتیو تقص مهار فیکسایون (FFS) نیستاگموس وضعیتی از درست رفتن وستیبولار دو طرفه
رفلکس وستیبولو-اسپینال (VSR)	راه رفتن با احتیاط، حرکت خودبخودی نرمال، حرکت نرمال، خودبخودی و اصلاحی	راه رفتن با پاهای باز حرکت خودبخودی حداقلی

تشخیص افتراقی ها: BPPV، بیماری گوش داخلی با واسطه سیستم ایمنی، بیماری منیر (هیدرویس اندولنف)، سردرد میگرنی، نورونیت وستیبولار، شوآنوم وستیبولار

ورک آپ (work up):

برای یادگیری نحوه انجام تست های تشخیصی بالینی از فیلم های موجود در یوتیوب استفاده شود.

ملاحظات تشخیصی و درمانی

استفاده از تستهای متنوع به ترتیب شیوع کاربرد عبارتند از: شنوایی سنجی، تست وستیبولار، تسهای خونی، سی تی اسکن، ام آر آی. استفاده از ام آر آی برای سنین کمتر از 50 سال چندان بازدهی ندارد. زیرا شیوع تومورهای شنوایی، ساقه مغز و توده های حفره خلفی پایین است.

قضاوت بالینی، معاینه دقیق نورو-اتولوژی، بررسی شنوایی و وستیبولار اغلب کمک کننده تر از انجام ام آر آی غیر ضروری است.

نکته مهم: استفاده روتین از روشهای تصویربرداری تشخیصی در بیماران با احساس سرگیجه توصیه نمیشود.

باید به خاطر داشته باشید که نتایج تستهای شنوایی سنجی و وستیبولار از نظر پزشکی تشخیصی نیستند. برای مثال، از دست دادن یک طرفه وستیبولار میتواند بعلت نورونیت وستیبولار یا یک شوآنوم وستیبولار باشد. به همین ترتیب، از دست دادن شنوایی یکطرفه میتواند بعلت بیماری منیر، از دست دادن ناگهانی شنوایی با منشا نامعلوم یا شوآنوم وستیبولار باشد. بنابراین پزشکانی که این تستها را انجام میدهند باید وضعیت فیزیولوژیک را نیز مدنظر قرار دهند و از اینکه وسوسه تفسیر نتایج تستها برای نشان دادن عوامل آسیب زا شوند، اجتناب کنند.

آن دسته از پزشکانی که مسئول تفسیر طبی این نتایج هستند باید تحت آموزش صحیح قرار گیرند و اگر خواهان استفاده موثر از نتایج اند باید زمینه قوی در نوروفیزیولوژی و الکتروفیزیولوژی داشته باشند.

تستهای وستیبولار رایجی که غالباً انجام میشوند:

- الکترو/ویدئونیستاگموگرافی (ENG)

Saccadic test, Gaze test, Pursuit eye-movement test, Optokinetic nystagmus test, Head-shake nystagmus test, Positional nystagmus test, Dix-Hallpike test, Bithermal caloric test,

- تست صندلی چرخان، تست تشدید هارمونی سینوسی (SHA)

Rotating-chair test,

- تست وضعیت سنجی رایانه ای پویا (CPD: Computerized dynamic posturography)

- پتانسیل های میوژنیک برانگیخته وستیبولار

Vestibular Evoked Myogenic Potential

دقت در تفسیر نتایج مستلزم مهارت و تجربه کافی است تا پزشک دچار اشتباه در تشخیص و تحمیل هزینه بر بیمار نشود.

مدیریت و درمان:

ملاحظات رویکردی:

سرگیجه و احساس سرگیجه حاد معمولا با سرکوبگرهای وستیبولار، داروهای ضد ویروس و ضد تهوع مدیریت میشود. استروئیدها در بیماران انتخابی مفیدند. سرکوبگرهای وستیبولار حداکثر باید برای مدت کوتاهی مورد استفاده قرار گیرند زیرا آنها مکانیسم جبران طبیعی مغز را برای سرگیجه محیطی به تاخیر میاندازند.

تمرینات توانبخشی وستیبولار برای تقویت جبران دهلیزی مفید است.

مدیریت سرگیجه محیطی

نورونیت وستیبولار

نورونیت وستیبولار شایع ترین علت سرگیجه حاد است. باور این است که ناشی از بازفعال شدن عفونت ویروس هرپس سیمپلکس می باشد که بر نورون وستیبولار و گانگلیون وستیبولار اثر میگذارد. ممکن است که مدتی قبل از شروع علائم وستیبولار، بیماری راه هوایی فوقانی وجود داشته باشد یا نداشته باشد. این نوع سرگیجه بدون علائم شنوایی یا بدون سایر علائم CNS است و برای روزها به طول می انجامد. این دسته از بیماران معمولا بدحال اند و قادر به انجام فعالیت های منزل و شغلی نمی باشند. آنها براساس علائم رتبه بندی میشوند.

درمان: معمولا نیاز به تجویز یک دوره کوتاه مدت ضد تهوع و سرکوبگرهای وستیبولار در فاز حاد بیماری است. اما باید هر چه سریعتر ادامه تجویز این داروها برای تسهیل فرایند مکانیسم جبران مرکزی وستیبولار قطع شود. کورتیکواستروئیدها ممکن است پیامد های بلندمدت را بهبود ببخشند. توانبخشی زود هنگام وستیبولار بسیار مهم است. مفید بودن داروهای ضد ویروسی به اثبات نرسیده است، احتمالا چون طیف بزرگی از ویروسها میتوانند موجب نوریت وستیبولار شوند.

درمان دارویی انتخابی برای نوریت حاد وستیبولار شروع زود هنگام استروئیدهای خوراکی با کاهش تدریجی دوز دارو است. یک سوم بیماران علائم مزمن وستیبولار دارند که به سرگیجه خوش خیم وضعیتی (BPPV) تبدیل میشود.

سرگیجه خوش خیم وضعیتی حمله ای (BPPV)

دومین علت شایع سرگیجه، BPPV می باشد. علائم تیبیک عبارتند از سرگیجه ایی زودیک مختصر که با تغییر وضعیت سر با بدن رخ میدهد.

بیماران ممکن است بین ایی زودها دچار یک حس باقی مانده از عدم تعادل باشند. BPPV معمولا ایدیوپاتیک یا بدنبال تروما رخ میدهد. سایر علل عبارتند از نوریت وستیبولار، بیماری منیر، هیدروپس تاخیری اندولنف.

مکانیسم BPPV شامل حرکت ذرات ریز سنگی درون کانال های حلقوی و کوبولا درون گوش داخلی است. غالبا در 90٪ موارد، کانال خلفی به مقدار کمتر کانال افقی درگیر است.

درمان : بازگذاشتن کانالیت ها از درون کانال بدرون فضای وستیبولار جایی که جذب میشود، است. مانورهای مناسب در این زمینه عبارتند از
Semont, Eply

حدود 25٪ از مبتلایان به میگرن بجز سرگیجه دچار ناتوانی تحمل حرکت یا بیماری حرکت هستند.

درمان وستیبولوپاتی مرتبط با میگرن همانند درمان میگرن است. با توجه به شدت علائم از داروهای قطع کننده حمله یا پیشگیری کننده استفاده میشود.

نویسنده این مقاله معتقد است که میتوان از توپیرامات و ریزاترپتان بنزوات برای کنترل بلند مدت میگرن وستیبولار استفاده کرد.

حملات ایسکمیک گذرا (TIAs)

اگر TIA ساقه مغز را درگیر کند علائمی همچون احساس سرگیجه، دوبینی یا ضعف بروز می کند. این حملات شروع ناگهانی داشته و طی 24 ساعت بدون باقی گذاشتن علائمی رفع میشوند.

از آنجایی که گردش خون خلفی مغز (جریان ورتیروپازیلار) ساختارهای وستیبولار و شنوایی گوش داخلی را تامین میکند. هر گونه اختلال در آن سبب وقوع علائم وستیبولار نیز میشود.

بیماری عروق مغزی

بروز انفارکت در خط وسط مخچه ای سبب سرگیجه واقعی بدون علائم شنوایی یا سایر علائم میشود. (isolated vertigo) این مورد خطرناک تهدید کننده حیات باید از نوریت وستیبولار افتراق داده شود:

بیماران دچار سکنه مخچه ای طی فاز حاد سرگیجه، بدون حمایت فیزیکی قادر به راه رفتن نیستند. حدود نصف این دست بیماران علائم درگیری بولبار یا Long Tract را دارند که تشخیص استروک را مسجل میکند.

ریسک فاکتورهایی که سرگیجه ناشی از وجود استروک را تقویت میکند: فشار خون بالا، دیابت، هایپرلیپیدمی، سیگار، بیماری عروق کوچک، بیماری عروق بزرگ، دایسکشن، هایپرکواگولوپاتی، واسکولیت

هر دوی کاهش شنوایی و سرگیجه میتواند طی استروک ناشی از آسیب مرکزی، محیطی یا هر دو رخ دهد.

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS)

حدود یک سوم این بیماران بجز علائم اصلی بیماری (نوریت اپتیک، سوء عملکرد عضلات چشم، آتاکسی، نقص حسی حرکتی، میلوپاتی، سوء عملکرد منانه)، دچار سرگیجه یا احساس سرگیجه میشوند.

تومورها و مالفورماسیونهای حفره خلفی

شوانوم وستیبولار (نوروم آکوستیک) با کاهش شنوایی یکطرفه تدریجی و وزوز گوش همراه است. غالباً احساس سرگیجه رخ نمیدهد مگر اینکه تومور به زاویه cerebellopontine گسترش یابد و بر ساقه مغز و مخچه فشار وارد کند.

کیست آراکتوئید در حفره خلفی میتواند علائم غیزاختصاصی احساس سرگیجه یا شنوایی را موجب شود.

مالفورماسیون کیاری تا سنسن 20-40 فاقد علائم است. سردرد ناحیه اُکسی پوت که بدنبال مانور والسالوا، سرفه، زور زدن یا تغییر وضعیت ایجاد شود میتواند دال بر مالفورماسیون کیاری باشد. احساس سرگیجه هم میتواند با این محرک ها رخ می دهد.

دارودرمانی

پنج دسته دارو برای درمان علامتی سرگیجه بکار میرود:

آنتی هیستامین ها - بنزودیازپین ها - فنوتیازین ها - مونوآمینرژیک ها - آنتی کولینرژیک ها

آنتی هیستامین ها نسل یک: مکلیزین (Meclizine) - دیمن هیدرینات

بنزودیازپین ها: دیازپام

فنوتیازین ها:

پرومتازین (ضد تهوع، ضد سرگیجه) توسط سالمندان به خوبی تحمل میشود و عوارض اکستراپیرامیدال ندارد.

پروکلرپرازین

آگونست های آلفا/بتا: افدرین

آنتی کولینرژیک: گلاکوپیرولات - اسکوپولامین (منع مصرف مطلق در سالمندان)

انتهای متن مقاله مداسکیپ Medscape

مورد بالینی

در برخورد با سرگیجه ابتدا علایم حیاتی چک شود به همراه قند خون یا گرفتن شرح حالی مبنی بر اینکه احتمال وقوع هیپوگلاسمی را بعید شمارد مثلاً طی ساعات اخیر غذا خورده، انسولین یا داروهای کاهنده قند خون مصرف نمیکند.

ابتدا مشخص کنید که سرگیجه ای که با آن مواجهه هستید، محیطی است یا مرکزی؟

یک نکته بالینی: از آنجایی که شیوع میگرن بیشتر از 33 بیماری منیر است (10٪ در مقایسه با کمتر از 1٪) بهتر است در بیمارانی که با سرگیجه و کاهش شنوایی خفیف مراجعه میکنند، ابتدا به میگرن ابروج شود.

کیس بالینی (clinical case):

خانم 54 ساله مبتلا به فشار خون بالا که با لوزارتان-اچ (50-12.5 mg/daily) و آملودیپین (5 mg/daily) تحت درمان است با شکایت احساس سرگیجه از روز گذشته مراجعه کرده است. به این شکل که وقتی از وی پرسیده شد آیا احساس میکنی که فضای اتاق به دور سرت میچرخد یا خیر؟ میگوید "نه! فقط وقتی کسی روبروی من قرار میگیرد واضحا تصویرش را نمیبینم و احساس گیجی و سبکی سر دارم و ایستادم پایدار نیست." سرگیجه وی با تغییر پوزیشن کاهش یا افزایش نمی یابد و با انجام تست های کنار تخت (bedside tests) تغییری در شدت سرگیجه رخ نداد. سردرد، حالت تهوع، استفراغ، وزوز گوش یا کاهش شنوایی ندارد. در راه رفتن، تلو تلو نمیخورد و نیستاگموس ندارد. سابقه ضربه به سر را ذکر نمیکند و از هفته گذشته نیز بعلت کمر درد تحت درمان با گاباپنتین (100 mg/TDS)، دیکلوفناک (50 mg/BID) و ژل پیروکسیکام (2/TDS٪) است.

نبض در لمس پُر و نرمال بوده و ضربان قلب 80 در دقیقه؛ فشار خون 130/80 م.م.ج؛ اشباع اکسیژن شریانی 97٪؛ تعداد تنفس 14 در دقیقه است. در نوار قلب، آریتمی مشاهده نشد.

اُپروج مناسب بیمار؟

لازم است که بدانید تا بیست درصد افرادی که به تازگی گاباپنتین مصرف میکنند از احساس سرگیجه (Dizziness) و ناپایداری (Unsteady) در ایستادن و سبکی سر (Lightheadness) شاکی اند.

کیس دوم:

آقای 46 ساله که از یکماه قبل حین دراز کشیدن به پهلو و بلند شدن از خواب دچار سرگیجه شدید بمدت 15 ثانیه میشود.

برای بیمار مانور Eply انجام شد و فوراً علایمش رفع گردید.

کیس سوم:

خانم 57 ساله با سرگیجه از دو روز قبل و حالت تهوع مراجعه کرد که اظهار میداشت حین دراز کشیدن دچار سرگیجه شدید میشود. با انجام مانور Eply علائم بدتر شد و اصلاً قادر به تحمل ادامه مانور نبود، به تزریق اوندانسترون و پرومتازین پاسخ نداد و برای ادامه درمان به متخصص ارجاع شد.

خانم 36 ساله با سابقه سرماخوردگی هفته قبل که با سرگیجه مراجعه کرده و فشار خون وی نرمال است. امکان انجام مانور Eply نبود و از دریافت داروی تزریقی اجتناب کرد. برایش دیمن هیدرینات تجویز شد.