

شکایت از احساس سرگیجه توسط یک بیمار ممکن است نمایانگر انواع مختلفی از احساسات باشد.

بنابراین یک شرح حال دقیق برای شناسایی علت بسیار مهم بوده و به بهترین شکل ممکن، احساسات تجربه شده توسط بیمار به پزشک کمک میکند تا پزشک، تشخیص افتراقی های این علامت شایع را محدود سازد.

غالباً کلمات خاصی توسط بیمار برای احساس سرگیجه با منشأ علل وستیبولار در مقایسه با علل غیروستیبولار استفاده میشود.

مشخصه های سرگیجه وستیبولار:

احساس پرخیدن (spinning)، بیماری حرکت (motion sickness)، مست بودن (drunk) با احساس عدم تعادل، سقوط یا کج شدن به یک سمت شایع است.

احساس چرخیدن داخل سر در حالی که محیط پیرامون پایدار است از علل غیروستیبولار باشد.

احساس سبکی سر یا احساس شنا کردن بدون حرکت خاصی، یک شکایت شایع مرتبط با کاهش پرفیوژن خون یا کاهش گلوکز است.

توضیح دیاگرام:

مورد A:

سرگیجه غیروستیبولار علل متنوعی دارد.

احساس سبکی سر که قبل از غش کردن رخ می دهد «پره سنکوپ» نام دارد.

مکانیسم پره سنکوپ، کاهش جریان خون در کل مغز است.

اختلالاتی که می تواند موجب کاهش فشار خون سیستمیک شود شامل پاسخ وازوواگال و افت فشار خون اورتواستاتیک است

کاهش برون ده قلبی در آریتمی ها، کاردیومیوپاتی یا بیماری درپچه ای قلب منجر به پره سنکوپ قلبی میشود.

هیپوگلاسمی در بیماران دیابتی که انسولین یا سولفونیل اوره مصرف میکنند ممکن است موجب لرزش، تپش قلب، خستگی و پره سنکوپ شود.

یکی از موارد شایع در جوانان طی حملات پانیک یا اضطراب، بروز هایپرونتیلیاسیون است که از طریق کاهش فشار دی اکسید کربن شریانی موجب انقباض عروق مغزی و بروز احساس سرگیجه میشود. این بیماران از بی حسی دور دهان با بی حسی انگشتی و سوزن سوزن شدن شاکی اند.

تهوع و تعریق زیاد، تاری دید، سیاهی رفتن چشم و رنگ پریدگی پوست ممکن است همراه با هر یک از وقایع پره سنکوپ که قبلا ذکر شد، باشد.

واکنشهای مختلف دارویی از طرق مختلف میتواند سبب سرگیجه شود؛ چه با اثر مستقیم سمیت بر گوش (آمینوگلیکوزیدها) یا از طریق آسیب به مخچه (الکل، فنی توئین، پریمیدون). داروهای آرامبخش با ایجاد احساس ابری (سوار بر ابر) یا دوران سر ممکن است توسط بیمار بعنوان احساس سرگیجه تعبیر شود.

مورد B:

سرگیجه حاد شامل یک حس چرخش شدید است که غالبا با حرکت سر تشدید میشود. آن ممکن است از یک آسیب محیطی (لابیرنت یا عصب وستیبولار) یا آسیب مرکزی (ساقه مغز یا سیستم وستیبولار مخچه ای) ناشی شده باشد که بشکل از دست رفتن یکطرفه عملکرد وستیبولار خود را نشان می دهد.

تهوع، استفراغ، رنگ پریدگی و خستگی اغلب وجود دارد و راه رفتن مشکل است و نیستاگموس خودبخودی تقریبا همیشه در معاینه وجود دارد.

مورد C: سرگیجه مرکزی

در موارد زیر در سالمندان باید به سرگیجه مرکزی مشکوک شد:

سابقه فشار خون بالا، هایپرکلسترولمی، بیماری قلبی عروقی یا عروق مغزی.

کاهش شنوایی نادر و ناتوانی در راه رفتن واضح است.

وقتی بیمار به سمت دور از ضایعه نگاه میکند، جهات نیستاگموس در فاز سریع تغییر میکند. انفارکت یا خونریزی ساقه مغز یا مخچه نیز باید با CT یا MRI فوری سر رد شود.

درمان باید متمرکز بر درمان پاتوفیزیولوژی زمینه ای باشد. درمان با ضدپلاکت یا ضدانعقاد ممکن است لازم شود. انجام جراحی فوری برای دکمپرس کردن ساقه مغز ممکن است در درمان خونریزی سریعاً گسترش یابنده ساقه مغز لازم باشد.

بهبودی از آسیب مرکزی وارده به سیستم وستیبولار ممکن است روزها تا ماه ها طول بکشد.

بیماری ام اس ممکن است با حملات سرگیجه مرکزی در یک بیمار جوان رخ دهد (5٪ موارد MS)

ام آر آی مغز ممکن است بیماری ماده سفید چند کانونی را در نمای T2 یا FLAIN نشان دهد.

مورد D: سرگیجه محیطی

سرگیجه محیطی در موارد زیر باید مورد شک قرار گیرد: بیماران با سابقه عفونت گوش، کاهش شنوایی واضح، علائم سیستمیک و تهوع و استفراغ شدید.

علت سرگیجه محیطی در جوانان در 90٪ موارد نورونیت وستیبولار است. سابقه بیماری شبه سرماخوردگی طی 2 هفته اخیر از احساس شروع سرگیجه در 50٪ بیماران گزارش شده است. با اینکه تاکنون اثبات نشده استروئیدها و آنتی ویرال ها در این شرایط اثربخشی داشته باشند اما اغلب استفاده میشوند.

لابیرنتیت حاد چرکی یک عفونت باکتریال نادر در لابیرنت است که منجر به کاهش شنوایی عمیق و سریع و اختلال عملکرد وستیبولار می شود. تشخیص لابیرنتیت حاد چرکی در موارد زیر باید مدنظر قرار گیرد: سابقه اخیر اوتیت مدیای باکتریال حاد، مننژیت، کلستاتوم به همراه درد شدید استخوان ماستوئید یا گوش، تب، کاهش شنوایی و کاهش عملکرد وستیبولار.

انجام فوری CT سر به همراه توجه ویژه به پنجره های استخوان تمپورال و درمان فوری با آنتی بیوتیک ها ضروری است.

مورد E:

سرگیجه مکرر خودبخودی که در اثر اختلال ناگهانی موقتی و معمولاً برگشت پذیر فعالیت عصبی در حال استراحت در یک لابیرنت یا ارتباطات مرکزی آن ایجاد میشود. طول مدت نقص عملکرد از دقیقه (سرگیجه مرکزی، حملات ایسکمیک گذرا) تا ساعت ها (سرگیجه محیطی) است.

مورد F:

بیماری منیر شامل حملات راجعه سرگیجه محیطی همراه با اُفت شنوایی نوسان دار با فرکانس پایین است. علائم تریاد کلاسیک آن عبارتند از سرگیجه، وزوز گوش، اُفت شنوایی.

پاتوفیزیولوژی منیر شامل اتساع لایبرنت غشایی در یک یا هر دو گوش است که شدت آن تغییر می کند. در یک دوره افزایش فشار درون لایبرنت، احساس پُری در گوش آسیب دیده دارد، به همراه افزایش وزوز مزمن و کری در آن گوش و سرگیجه حاد. شدت هر حمله بسیار متفاوت است. تعدادی از بیماران در شروع سرگیجه شدید، دچار کاهش هوشیاری مختصر میشوند. علائم عمدتاً ساعت ها (و ندرتاً روزها) به طول می انجامد. با تکرار حملات، ناشنوایی افزایش می یابد. در اغلب بیماران دچار بیماری منیر، ناشنوایی قبل از سرگیجه اپی زودبک رخ میدهد اما در تعدادی دیگر، اپی زودهای سرگیجه مقدم بر ناشنوایی است.

مورد G:

بیماران مبتلا به میگرن ممکن است حملات سرگیجه همراه با سردرد داشته باشند (تا 25% موارد میگرن). ندرتاً سرگیجه ممکن است تنها علامت میگرن باشد. تجویز یک دوره داروهای پیشگیری از میگرن ممکن است به تشخیص کمک کند.

مورد H:

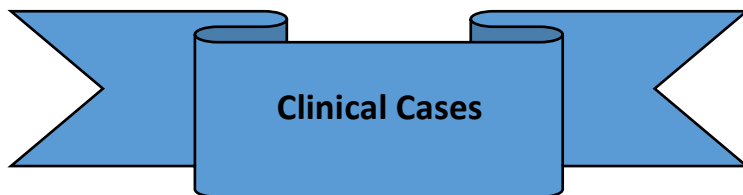
سرگیجه حمله ای خوش خیم وضعیتی یک سندرم شامل سرگیجه ای است که با تغییر موقعیت های خاص سر رخ می دهد (نگاه کردن به بالا، دراز کشیدن به یکطرف).

سرگیجه معمولاً بعد از اینکه سر موقعیت آزاردهنده را به خود گرفت با یک تاخیر کوتاه مدت چند ثانیه ای شروع میشود. تغییر موقعیت سر معمولاً علائم را به سرعت رفع می کند. در اغلب موارد علائم بطور ناگهانی بدون علت واضحی شروع می شود. در سایر موارد علت علائم، ترومای سر می باشد.

در بیماران سالمند این سندرم ممکن است به علت آسیب عروقی در گوش داخلی باشد [مثلاً پارگی آنوریسم عروقی بدنیاال فشار خون بالا]

علائم معمولاً طی چند ماه فروکش میکند اما ممکن است عود کنند. در 50% موارد هیچ علتی را نمی توان یافت.

مانورهای کنار تخت (Dix-Hallpike, Epley) ممکن است هم در تشخیص و هم در درمان این اختلال استفاده شود. مواردی که جوانب غیر معمولی در شرح حال یا معاینه دارند باید شک به سرگیجه های وضعیتی ناشی از ضایعات حفره خلفی از جمله تومور مخچه، مدولوبلاستوماها، آتروفی مخچه و مالفورماسیون کیاری نوع یک را افزایش دهد.



Clinical Cases

مورد 1: خانم 35 ساله با سابقه ناباروی ده ساله و شکایت از اینکه طی چند روز اخیر محیط پیرامونش به دور سرش میچرخد مراجعه کرده، این حالت بیشتر حین بیداری و ایستادن رخ میدهد و ارتباطی با تغییر موقعیت سر به طرفین یا حالت دراز کش ندارد؛ تهوع و استفراغ و وزوز گوش و کاهش شنوایی ندارد و در راه رفتن تلوتلو نمیخورد، گام اول در برخورد با این مراجعه کننده چیست؟ (چک علائم حیاتی از جمله نبض و فشار خون) آیا این سرگیجه منشا مرکزی دارد یا محیطی؟