

عوامل خطر بروز حمله‌ی حاد سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی

*دکتر سهراب ربیعی^۱، روناک نیازی^۲، دکتر منصور رضایی^۳
^۱استادیار گوش، گلو، بینی، ^۲پزشک عمومی، ^۳متخصص آمار پزشکی
دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

خلاصه

مقدمه: سرگیجه از شایع‌ترین شکایت‌ها است. منشا سرگیجه در ۸۵ درصد بیماران گوش و در ۱۵ درصد مرکزی است. سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی شایع‌ترین علت سرگیجه‌ی واقعی است. در این مطالعه عوامل خطر حمله‌ی حاد سرگیجه بررسی شده است.
روش کار: تعداد ۳۲۲ بیمار با شکایت سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی وارد مطالعه شدند و تشخیص با شرح حال و مانور هال پایک قطعی شد. عوامل خطر حمله ثبت و تحلیل آماری با نرم افزار SPSS و کای اسکور انجام شد.
نتایج: متوسط سن ۳۲۱ بیمار بود. (۲۰۱ زن و ۱۲۰ مرد) ۴۱ سال و شروع علائم بین یک ماه تا ۱۵ سال (متوسط ۸ ماه) بود. استرس روحی در ۳۴ درصد و تروما فقط در حدود ۸ درصد بیماران عامل زمینه‌ساز بود. عوامل خطر اصلی در حدود ۷ درصد بیماران جراحی گوش و ۱۳ درصد مسافرت طولانی بود.

نتیجه‌گیری: عوامل خطر ثابت شده حمله‌ی حاد سرگیجه‌ی خوش خیم وضعیتی تروما، جراحی وسیع، جراحی گوش به خصوص استاپدکتومی، نوریت وستیبولار و بستری طولانی مدت است. در مطالعه‌ی حاضر مشکلات روانی عوامل خطر مهمی بود و عوامل خطر جدیدی چون اختلال خواب، خستگی، ورزش حرفه‌ای، روزه و مسافرت طولانی برای اولین بار مطرح گردیده است.

واژه‌های کلیدی: سرگیجه‌ی حمله‌ای خوش خیم، عوامل خطر

مقدمه

علت سرگیجه‌ی واقعی است. بیماری در وضعیت خاصی رخ داده و به صورت حمله‌ای تکرار می‌شود ولی در بین حملات بیمار فاقد علامت است. بروز حمله‌ی ناگهانی در شرایطی مثل رانندگی و یا در کوه نوردان و خلبانان فاجعه‌آمیز است (۱). این بیماری در خانم‌ها شایع‌تر است (۲). علت بیماری، بروز رسوبات بازوفیلیک در کانال نیم‌دایره‌ای خلفی است (۳).

در مورد علت بروز رسوبات نظریه‌های مختلفی وجود دارد و احتمالاً منشا رسوبات از ارگان‌های اتولیتی است. این ارگان‌ها (اوتریکول و ساکول) در وستیبول گوش قرار دارند و کریستال‌های کربنات کلسیم بر روی گیرنده‌های حسی آنها موجود است. این کریستال‌ها برای عملکرد ارگان‌های اتولیتی

سرگیجه از علائم بسیار خوف‌آور و شناخت علت آن برای پزشک بسیار مشکل است. سرگیجه می‌تواند سیستماتیزه و یا غیرسیستماتیزه باشد. به بیان دیگر سرگیجه می‌تواند حقیقی یا کاذب باشد. در نوع حقیقی به طور واضح حرکت محیط توسط بیمار گزارش می‌شود. ۸۵ درصد سرگیجه‌های واقعی منشاگوشی داشته و ۱۵ درصد منشا مرکزی دارند. در میان علل گوش‌ی (به بیان دقیق‌تر در میان تمامی علل سرگیجه) سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی^۲ (BPPV) شایع‌ترین

* مؤلف مسئول: ایران، کرمانشاه، خیابان نغله، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه،

بیمارستان امام خمینی (ره)، گروه گوش، گلو، بینی

srabiei@kums.ac.ir

تاریخ تایید: ۱۳۸۹/۱/۲۱

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۱۰/۲۸

^۱Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV)

ویروسی راه هوایی ممکن است نوریت وستیبولار رخ دهد که خود یکی از علل سرگیجه است و ۱۵ درصد بیماران دچار نوریت وستیبولار در نهایت دچار BPPV می‌شوند (۱۵). درصد زیادی از بیماران دچار BPPV علائم و کرایتریاهای بیماری منیر را نیز دارا هستند (۱۶) در همین گروه بیماران ارتباط با میگرن نیز به طور واضح مطرح شده و آن را جزو عوامل مستعدکنندهی حمله حاد بیماری می‌دانند که بیماران مبتلا به میگرن حملات متعدد BPPV را تجربه می‌کنند (۱۷). ثابت شده که جراحی‌های عمدهی غیر گوش و سابقهی بستری طولانی مدت نیز از عوامل بروز حملهی حاد BPPV هستند (۱۸). به نظر می‌رسد با اضافه نمودن عواملی نظیر فعالیت شدید و مسافرت طولانی به یافته‌های سایرپژوهشگران بتوان دیدگاه جامع‌تری در مورد عوامل مستعدکنندهی BPPV به دست آورد.

روش کار

جامعهی مورد مطالعه بیماران ارجاعی از همکاران متخصص گوش، گلو و بینی، اعصاب، داخلی، روان‌پزشکی و جراحی اعصاب بودند که اولین بار به درمانگاه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و شرح حال و مانور Dix-Hallpike تشخیص قطعی سرگیجهی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی برایشان گذارده می‌شد. یافته‌های بالینی بیماری توسط معاینه‌گر قابل مشاهده است. در مورد عوامل مستعدکننده، شرح حال به صورت باز گرفته می‌شود و جهت‌دهی به بیمار صورت نمی‌گرفت. بر اساس اطلاعات ارایه شده توسط بیمار و در اطلاعات پزشکی، عوامل خطر ساز استخراج و ثبت شد. اطلاعات در مورد اعمال جراحی بر اساس مدارک بیمارستانی و یا ارایه‌ی گزارش پزشکی ثبت می‌شد. در مورد عوامل فعالیت شدید، استرس روحی، بی‌خوابی، خستگی مفرط و مسافرت طولانی، معیارهای روان‌پزشکی ملاک تعریف بود و در تعریف واژه‌ها آورده شد. این عوامل نیز به طور دقیق بررسی و یافته‌ها ثبت شد. برای متغیر میگرن از کرایتریاهای استاندارد تعریف شده استفاده شد. تعداد حداقل

به عنوان گیرنده‌های حرکات خطی غیرشتاب‌دار، بسیار ضروری هستند اما قرار گرفتن آن‌ها در درون کانال‌های نیم‌دایره‌ای باعث حساس شدن کانال‌ها به جاذبه شده لذا در شرایط خاص بدنی سرگیجهی شدیدی را باعث می‌شوند (۴). عوامل متعددی با مکانیسم ناشناخته و احتمالاً تحریک آزادسازی رسوبات، حملهی حاد بیماری BPPV را تسهیل می‌نمایند. این عوامل شامل تروما به سر، استراحت طولانی در بستر، جراحی سنگین، جراحی استاپدکتومی در گوش، نوریت وستیبولار و میگرن می‌باشند. اطلاعات در مورد بیماری BPPV جدید است به طوری که از سال ۱۹۹۲ درمان موثری برای آن معرفی شده که هم‌چنان دچار چالش با مقالات متعدد به نفع یا به ضرر آن است. مطالعات جهانی نیز در مورد عوامل تسهیل‌کنندهی حملهی حاد این بیماری محدود بوده و مقالات بیشتر متمرکز بر درمان است (۵). در کشور ما نیز مطالعات جامعی در مورد علل این بیماری وجود ندارد و مطالعات موجود رویکرد درمانی داشته و مانورهای درمانی آن را بررسی نموده‌اند (۶-۸). در مطالعات انجام شده توسط مجری طرح که به صورت کتاب و مقاله به چاپ رسیده است و نیز در بررسی‌های پایلوت که به صورت مقاله، جمع‌آوری و در حال بررسی در مجلات خارجی و داخلی است، عوامل دیگری چون خستگی، فعالیت سنگین و مسافرت طولانی نیز مطرح شده است (۹، ۱۰). به دلیل عدم وجود مطالعهی جامع متمرکز بر ارزیابی عوامل خطر بروز حملهی حاد این بیماری در کشور و لزوم شناخت این عوامل برای درمانگر، بر آن شدیم که مطالعهی حاضر را انجام دهیم. بدیهی است که وقتی عوامل خطر ساز شناسایی شوند، به بیماری که حملهی حاد بیماری را تجربه نموده است می‌توان توصیه‌های پزشکی دقیقی داد که با پرهیز از این عوامل احتمال بروز حملهی مجدد و عوارض ناشی از آن کاهش می‌یابد. در مطالعه‌ای که توسط Katsarkas در سال ۱۹۹۹ انجام شد ارتباط BPPV با ترومای سر ثابت شد (۱۱). هم‌چنین ارتباط واضح بین BPPV و عمل جراحی استاپدکتومی در سال ۲۰۰۱ به اثبات رسید (۱۲) که در مطالعات دیگر نیز ثابت شد (۱۳، ۱۴). پس از یک بیماری

بیمار دو جزء وجود دارد. جزء اول فاز تند است که ضربان به طرف بالا است و سپس جزء قوی‌تر چرخشی است که قطب و فوقانی چشم به طرف گوش سالم در پایین ضربان می‌زند و در واقع چرخش در جهت عقربه‌های ساعت رخ می‌دهد. پس از رفع نیستاگموس بیمار را به وضعیت نشسته بر می‌گردانیم. مجدداً با یک تاخیر کوتاه، نیستاگموس بروز کرده ولی کاملاً بر عکس جهت وضعیت خوابیده است. اگر تست مکرر انجام شود، خستگی رخ داده و نیستاگموس ضعیف شده و در نهایت بروز نمی‌کند. بدن بیمار باید کاملاً آزاد و حرکات توسط معاینه‌گر اعمال شود. بیمار در طی فاز نیستاگموس، از سرگیجه و چرخش محیط شاکلی است و حتی حالت تهوع نیز ممکن است رخ دهد. کلیه‌ی شرح حال‌های مرتبط BPPV در قسمت توضیحات پرسش‌نامه جمع‌آوری شده و در نهایت با تکمیل تعداد نمونه مورد نیاز اطلاعات جمع‌بندی و تحلیل می‌شد. تمامی بیماران توسط یک معاینه‌گر بررسی و تاکید برای تشخیص قطعی بیماری، بررسی یافته‌های عینی بیماری است. شرح حال اولیه و معاینه تشخیصی توسط پزشک مجری طرح انجام و سپس اطلاعات تکمیلی شرح حال در مراجعات بعدی بیمار توسط همکار طرح جمع‌آوری و در صورت نیاز به رویت پرونده‌ی بستری و یا اطلاع از نوع عمل، با پزشک معالج تماس حاصل می‌شد.

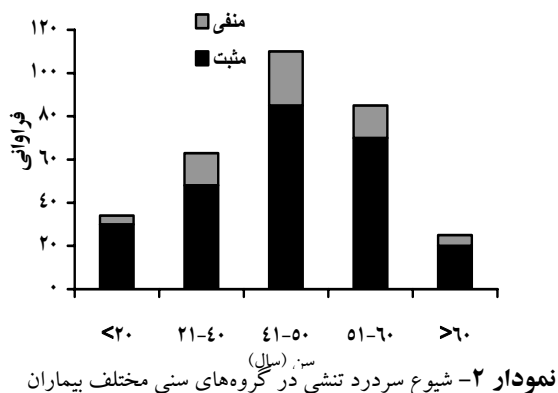
برای درمان این بیماری مانور تایید شده‌ای وجود دارد به نام مانور Epley که در این مانور رسوبات بازوفیلیک به محل وستبول هدایت می‌شود. روش انجام این مانور نیز ساده و در طی حدود پنج دقیقه قابل انجام است.

مرحله‌ی اول مانور درمانی، مثل مانور تشخیصی است و بیمار به وضعیت خوابیده برده شده و سپس دو دقیقه در وضعیت اول حفظ و سپس سر بیمار به طرف مقابل چرخانده می‌شود تا ۴۵ درجه به طرف گوش غیرمبتلا قرار گیرد و در این وضعیت دوم نیز دو دقیقه حفظ شده و سپس به وضعیت نشسته برده می‌شود. در تمامی این حرکات بایستی بیمار آرام بود و اسپاسمی نداشته باشد. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱- سرگیجه‌های وضعیتی مرکزی ۲- شرح حال مبهم ۳- مانور با نیستاگموس غیرقابل مشاهده توسط معاینه‌گر. سرگیجه‌های مرکزی به

بیماران بر اساس مطالعات مشابه ۳۵۰ نفر برآورد می‌شود. روش نمونه‌گیری در دسترس از بیماران مبتلا به BPPV که بیماری در آن‌ها با شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی به خصوص مانور Dix-Hallpike اثبات شده است، استفاده گردید. انواع نادرتر بیماری یعنی نوع عرضی و قدامی نیز امکان ورود به مطالعه داشتند. ابتدا برای تمامی بیماران ارجاعی و مراجعه‌ی اول که بر اساس شکایت اولیه، دچار سرگیجه‌ی واقعی بودند شرح حال کامل از نظر افتراق سرگیجه‌ی بیمار از علل کاذب اخذ و سپس سرگیجه‌ی بیمار بر اساس زمان طول کشیدن آن و خصوصیت وضعیتی بودن مورد بررسی قرار گرفت. بررسی اعصاب کرانیال و نیز رفلکس‌های حسی، حرکتی و مخچه‌ای انجام و افتراق از ضایعات سنترال بر اساس یافته‌های شرح حال، معاینه و در صورت لزوم تست‌های شنوایی سنجی و تصویربرداری صورت گرفت و در صورت شک بالینی، مشاوره با همکاران اعصاب و داخلی انجام شد. بیمارانی که به طور مشخص سرگیجه‌ی محیطی داشتند و نمای آن وضعیتی بود تحت مانور استاندارد تشخیصی Dix-Hallpike قرار گرفتند. این مانور باعث بروز علائم تیپیک بیماری BPPV می‌شود و در صورتی که بیمار معیارهای تشخیصی BPPV را داشت وارد مطالعه می‌گردید. خلاصه‌ی معیارهای تشخیص BPPV به این قرار است: بروز سرگیجه با نیستاگموس چرخشی- عمودی، وجود تاخیر در فاز تحریک اولیه با مانور Dix-Hallpike، تکرار بروز نیستاگموس در فاز بهبودی.

مانور تشخیصی به این صورت است که بیمار در وسط تخت معاینه نشسته، به طوری که اگر به وضعیت خوابیده به پشت برده شود، سر بیمار از لبه‌ی تخت فراتر رود. ابتدا گوش مبتلا بر اساس شرح حال مشخص شده و سپس سر بیمار ۴۵ درجه به طرف گوش مبتلا چرخانده می‌شود. سپس بیمار را از وضعیت نشسته به وضعیت خوابیده (وضعیت خوابیده به پشت) می‌بریم، به طوری که سر بیمار از لبه‌ی تخت ۳۰ درجه آویزان باشد. در تمامی مراحل توسط معاینه‌گر سر بیمار در اختیار کامل است. نیستاگموسی بروز می‌کند که فاز تاخیر کوتاه (۵-۱ ثانیه) داشته و دوره‌ی زمانی معمولاً کمتر از ۳۰ ثانیه دارد. در بررسی نیستاگموس

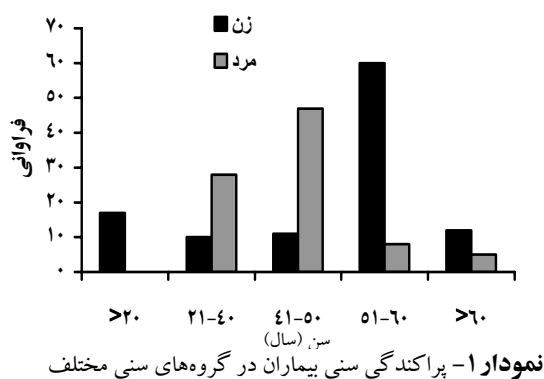
سردرد تنشی در همه‌ی این بیماران که دارای استرس بودند وجود داشت. در گروه سنی بین ۲۱ تا ۴۰ سال ۳۰ مورد مثبت اضطراب وجود داشت و در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال موارد مثبت اضطراب ۴۸ و در گروه سنی بالاتر از ۵۱ سال موارد مثبت ۴۷ مورد بود. استرس‌های مختلف در گروه‌های سنی به صورت ذیل خلاصه شده است. تعداد ۱۱۱ نفر از بیماران استرس‌های مختلف داشتند که استرس‌های خانوادگی به طور مشخص در اکثریت بیماران وجود داشت. شیوع سردرد تنشی در گروه سنی میان‌سال بالاتر بود که در نمودار (۲) مشخص شده است براساس جدول (۱) تاثیر جراحی‌های گوش و سایر جراحی‌ها به عنوان عامل زمینه‌ای مشخص شده است.



متخصص اعصاب ارجاع شدند. اطلاعات تمامی بیماران بر اساس یافته‌های بالینی و شرح حال در پرسش‌نامه‌ی ضمیمه جمع‌آوری و ریسک فاکتورهای بروز حمله BPPV جمع‌بندی شده و جداول توزیع فراوانی متغیر مورد بررسی عوامل خطر بر اساس سن، جنس، شغل، بیماری‌های همراه و عواملی که بیمار به آن تاکید داشت، فهرست گردید و درصد فراوانی هر مقدار به دست آمد.

نتایج

تعداد ۳۲۱ بیمار مبتلا به سرگیجهی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی تا بهمن ماه ۱۳۸۷ تشخیص و وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۲۰۱ نفر زن و ۱۲۰ مرد بودند که متوسط سنی بیماران ۴۱ سال در محدوده‌ی ۲۱ تا ۸۸ سال بود. زمان شروع علائم سرگیجهی بیماران ۸ ماه (بین یک ماه تا ۱۵ سال) بود. در نمودار (۱) پراکندگی سنی بیماران در گروه‌های سنی مختلف به تصویر کشیده شده است.



در بسیاری از مطالعات تروما اولین علت بروز سرگیجهی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی است. اما در بررسی ما شرح حال تروما فقط در ۴۱ بیمار (۱۲٪) وجود داشت که ترومای اکثریت آن‌ها تصادف بود (۷۳٪) اما شرح حال مشخص تروما به سر به صورت بارز فقط در ۱۱ بیمار وجود داشت که باز هم ارتباط زمانی با شروع علائم نیز فقط در ۶ بیمار وجود داشت. ترومای مآزور در ۹ بیمار و ترومای مینور که سبب بستری، بیهوشی و نیاز به جراحی نشده بود در ۳۲ بیمار وجود داشت که در مجموع حدود ۱۳ درصد بیماران تروما را در شرح حال پزشکی خود داشتند. در ۲۳ بیمار (۷٪) سابقه‌ی جراحی گوش وجود داشت. که شامل ۱۴ مورد عمل جراحی ماستویئیدکتومی و تیمپانوپلاستی، ۴ مورد استاپدکتومی و ۳ مورد عمل رادیکال برای کلسنتاوم بود.

همان‌طوری که در نمودار (۱) مشخص است اکثریت بیماران در محدوده‌ی سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بودند و گروه سنی شایع دوم، گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال را شامل می‌گردید. اکثریت بیماران در بررسی حاضر در محدوده‌ی سنی بالای ۴۰ سال بوده و بیش از ۳۴ درصد بیماران دچار مشکلات روحی به خصوص استرس‌های خانوادگی و ۳۵ درصد آقایان دچار درجات متفاوتی از افسردگی بودند. ۷۵ درصد بیماران دچار مشکلات استرسی زنان بودند و تمامی بیماران با این شکایات هم‌زمان دچار سردرد تنشی هم بودند. درصد مثبت بودن علائم استرسی در بیماران مورد مطالعه ۳۴/۶ درصد بود. شیوع استرس و مشکلات مرتبط با آن در خانم‌ها شایع‌تر از آقایان بود (۷۵ مورد در مقابل ۳۶ مورد).

جدول ۱- میزان جراحی‌های گوش در سایر جراحی‌ها در بیماران مبتلا به سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی

سن (سال)	اوتیت مدیای مزمن	استاپدکتومی	کلستانوم	سایر جراحی‌ها	عدم سابقه‌ی جراحی	مجموع
< ۲۰	۲	۱	۰	۰	۲۹	۳۲
۲۱-۴۰	۳	۰	۰	۰	۶۴	۶۷
۴۱-۵۰	۲	۱	۲	۱	۱۰۴	۱۱۰
۵۱-۶۰	۶	۲	۱	۱	۷۸	۸۸
> ۶۰	۱	۰	۰	۰	۲۳	۲۴
مجموع	۱۴	۴	۳	۲	۲۹۸	۳۲۱

جدول ۲- شیوع درصد مسافرت در گروه‌های سنی مختلف

سن بیماران	موارد مثبت	موارد منفی	درصد شیوع مسافرت به عنوان عامل زمینه‌ای
< ۲۰	۳	۲۹	۳۲
۲۱-۴۰	۸	۵۹	۶۷
۴۱-۵۰	۱۵	۹۵	۱۱۰
۵۱-۶۰	۱۲	۷۶	۸۸
> ۶۰	۳	۲۱	۲۴
مجموع	۴۱	۲۸۰	۳۲۱

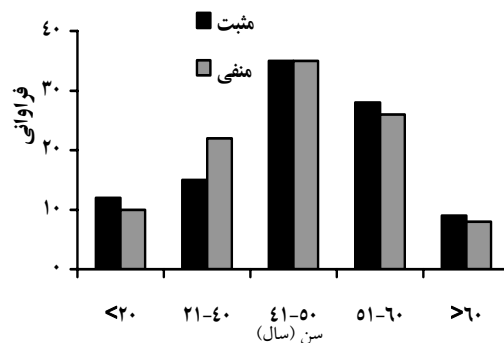
هم‌چنان که در جدول (۳) آورده شده است، خستگی در گروه‌های سنی مختلف شایع به نسبت مختلف وجود داشت اما فقط در چهار بیمار با بیماری سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی ارتباط داشت.

جدول ۳- درصد شیوع خستگی مفرط در گروه‌های سنی مختلف

سن (سال)	خستگی مفرط		مجموع
	مثبت	منفی	
< ۲۰	۶	۲۶	۳۲
۲۱-۴۰	۲۰	۴۷	۶۷
۴۱-۵۰	۳۰	۸۰	۱۱۰
۵۱-۶۰	۲۶	۶۲	۸۸
> ۶۰	۹	۱۵	۲۴
مجموع	۹۱	۲۳۰	۳۲۱

در یک بیمار فعالیت ورزشی حرفه‌ای (کشتی) تنها عامل مرتبط با بروز حمله‌ی حاد BPPV بود. در ۳ بیمار پس از انجام کوه‌نوردی علائم شروع شده بود که هیچ‌کدام کوه‌نوردی حرفه‌ای نبودند.

در ۱۸/۱ درصد بیماران (۵۸ نفر) شرح حال عمل جراحی مازور وجود داشت. عمل جراحی مازور غیرگوشی و بستری طولانی از عوامل ثابت شده‌ی بروز حمله‌ی حاد سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی است. تعداد ۳۸ بیمار شرح حال نوریت وستیبولار می‌دادند که درصد آن در سنین میان‌سالی باز هم شایع‌تر بود. نوریت وستیبولار از عللی است که در ۱۵ درصد بیماران در نهایت مشکل سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی ایجاد خواهد کرد. در نمودار (۳) درصد شیوع نوریت وستیبولار در سنین مختلف آورده شده است.



نمودار ۳- شیوع نوریت وستیبولار در بیماران مبتلا به سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی

در ۱۲/۸ درصد بیماران شرح حال مسافرت طولانی داشتند چون بدون هیچ سابقه‌ای و فقط به دنبال یک سفر طولانی دچار علائم شده بودند. جدول (۲) موارد مسافرت طولانی را بر اساس گروه سنی مشخص نموده است. خستگی مفرط کاری (بیش از ۱۲ ساعت کار) در ۴ بیمار علائم را به وجود آورده بود. دوره‌ی طولانی روزه‌داری نیز در یک بیمار عامل زمینه‌ای مثبت بود.

بحث

بیماری BPPV ثابت شده است. اما به عنوان عامل زمینه ساز و یا عامل خطر شناخته نمی شود.

در مطالعه‌ی حاضر مشخص شد که شیوع عوامل روانی در میان علل زمینه ساز در جامعه‌ی مورد مطالعه نسبت به مطالعات مشابه شایع تر است. به نظر می رسد شرایط سخت ناشی از جنگ و مشکلات اقتصادی مرتبط با آن این تفاوت را توجیه کند. شایع ترین استرس، مشکلات خانوادگی بود. جالب این که در میان عوامل زمینه ساز در مطالعات مشابه شایع ترین علت تروما به سر مطرح شده است. در مطالعه‌ی حاضر شرح حال تروما به سر فقط در ۵ بیمار وجود داشت و از نظر شیوع به نسبت سایر علل ناشایع تر بود. از نظر گروه‌های سنی درگیر عوامل خطر در گروه‌های سنی میان سالی و بالاتر بیشتر بود که متناسب با تعداد موارد بیماران در هر گروه بود. اما تفاوت از نظر عوامل خطر و جنسیت در مورد عوامل زمینه‌ای خاصی بارزتر بود.

سردرد تششی و اضطراب و استرس‌های مختلف در جنس مونث شایع اما شیوع افسردگی تفاوت باری نداشت. سردرد تششی در جنس مونث به طور بارزتر شایع بود و تعداد موارد مثبت در جنس مونث ۱۵۴ مورد بود. مشخص است که با توجه به شیوع بیشتر مشکلات استرسی در جنس مونث (بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر) انتظار این وجود داشت که سردرد تششی در این جنس شایع تر باشد. سردرد تششی در مردان مبتلا به سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی هم دیده می شود اما شیوع آن به اندازه‌ی خانم‌ها نبود. هم چنین بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی ما استرس و اضطراب در جنس مونث شیوع بیشتری داشت. استرس‌های خانوادگی شایع عبارت بودند از ازدواج فرزندان، اختلافات و مشکلات زناشویی و در نهایت حوادثی که برای عزیزان رخ داده بود. معیارهای تشخیص وجود اضطراب براساس ارجاع بیماران به متخصص روان پزشکی و تشخیص با معیارهای DSMIV بود. بیمارانی که تشخیص اضطراب برایشان مسجل شد علاوه بر درمان کلاسیک سرگیجه، تحت درمان دارویی و مشاوره‌ی روان پزشکی هم قرار گرفتند تا مجدداً عامل زمینه‌ای برای بروز سرگیجه برای

سرگیجه‌ی خوش خیم حمله‌ای وضعیتی شایع ترین علت سرگیجه با منشا محیطی است. خصوصیات این سرگیجه این است که بدون هیچ علایم پیش زمینه‌ای خاصی رخ می دهد و ناگهانی رخ می دهد. فرد بیمار در یک وضعیت خاص دچار سرگیجه‌ی حاد می شود که به صورت چرخشی است. اگرچه زمان آن کمتر از یک دقیقه است اما همین زمان کوتاه بالقوه می تواند بسیار خطرناک باشد. تصور کنیم که فرد راننده در حین رانندگی در موقع نگاه به آینه بغل اتومبیل خود دچار حمله‌ی حاد سرگیجه شود.

حملات بیماری به صورت دوره‌ای رخ داده و در فاصله‌ی بین حملات بیمار بدون علامت است. بیماری اگرچه حمله‌ای رخ می دهد ولی خوش خیم است و با گذشت زمان خود به خود بهبود می یابد اما مثل دوره‌های بی علامتی، پیش بینی زمان بهبود مقدور نیست. بیمارانی در مطالعه‌ی حاضر مورد بررسی قرار گرفتند که بیش از ۱۰ سال علامت دار بودند.

در مورد آسیب شناسی بیماری بحث‌های فراوانی وجود دارد. نظریه‌ی رسوبات کانال نیم دایره‌ای خلفی دکتر Schuknecht بر اساس یافته‌های اتوپسی بیماران، مورد تایید اکثریت مطالعات است. علت استقرار رسوبات در کانال خلفی به دلیل وضعیت پایین تر آن نسبت به سایر کانال‌ها است اما سایر کانال‌ها با شیوع کمتر هم می توانند درگیر شوند. منشا رسوبات را از کریستال‌های روی اتولیت ارگان‌ها می دانند. این که چگونه و چرا این کریستال‌ها به وجود می آیند مشخص نیست. در بررسی‌های متعددی که بر روی این بیماری انجام شده ارتباط معنی دار حوادث و عوامل زمینه ساز بر بروز حمله‌ی حاد سرگیجه در این بیماران مشاهده شده است. عده‌ای به این عوامل، عوامل زمینه ساز و عده‌ای به آن‌ها عوامل خطر می گویند.

عوامل ثابت شده که در کتب مرجع و تمامی مقالات به آن‌ها اشاره شده است شامل ترومای به سر، سابقه‌ی عمل جراحی، استاپدکتومی، نوریت وستیبولار، بستری طولانی مدت، جراحی وسیع و مشکلات روانی می باشد. ارتباط منیر و میگرن با

مطالعه‌ی حاضر عوامل خطر شناخته شده در بررسی متون را تایید می‌کند اما عامل تروما به سر را که در مطالعه آقای Baloh مورد تاکید قرار گرفته است مورد تایید قرار نمی‌دهد و جزو عوامل با شدت تاثیر ناچیز دسته‌بندی می‌کند (۳). در عوض مشکلات روانی به خصوص مشکلات استرسی و اضطرابی و خانوادگی عامل مهمی برای بروز حمله‌ی حاد سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای محسوب می‌شود. کوهنوردی شدید در فردی که برای اولین بار شروع به این ورزش کرده است می‌تواند باعث تحریک شدید سیستم وستیبولار و بروز سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی شود. روزه‌های طولانی و مکرر می‌تواند در فرد مستعد سبب بیماری شود (به خصوص در فصل تابستان). به نظر می‌رسد که در فردی که آمادگی فعالیت‌های ورزشی سنگین ندارد روند شروع به ورزش باید سبک و برنامه‌ریزی شده‌تر باشد. حتی در بیماری که برای اقدامات رادیولوژیک پوزیشن داده شده بود نیز بروز حمله گزارش شده است. به نظر می‌رسد عواملی که با روند فیزیولوژیک بدن تداخل دارند می‌توانند با ایجاد نقص در رسپتورهای حسی زمینه‌ساز بروز حمله‌ی حاد سرگیجه شود. در سنین بالا به دلیل بروز پیر تعادلی، محرک‌های محیطی شدید به راحتی می‌تواند روند تعادلی بین عوامل را به هم زده و باعث بروز حمله‌ی حاد سرگیجه شوند.

نتیجه‌گیری

براساس مطالعه‌ی حاضر عوامل خطر حمله‌ی حاد سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی در کشور ما با سایر کشورها از نظر شیوع بالاتر مشکلات روانی تفاوت دارد. عوامل خطر جدیدی که همگی مرتبط با فعالیت شدید هستند نیز مشخص شد که با BPPV ارتباط دارند.

پیشنهاد می‌شود: بررسی عوامل روان‌پزشکی به صورت جداگانه انجام گرفته شیوع سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی و بررسی نتایج درمانی عوامل زمینه‌ساز بر عود بیماری تعیین گردد. هم‌چنین بررسی جامع بر روی ورزشکاران تمامی رشته‌ها و به دست آوردن مشکلات سرگیجه وضعیتی در آنان

بیمار رخ ندهد. اضطراب باعث مشکلات خواب و نیز افزایش استرس‌های بیماران نیز می‌شود که به نوبه‌ی خود بروز بیماری را تسهیل می‌نماید.

خستگی مفرط، جراحی ماژور، نوریت وستیبولار با جنسیت بیماران مبتلا به سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی ارتباط داشت اما تروما و مسافرت طولانی ارتباطی با جنسیت نداشتند. ارتباط بین سن و خستگی مفرط وجود داشت و افراد مذکر کمتر با خستگی مفرط دچار سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی می‌شوند. تحمل جنس مونث برای خستگی مفرط پایین‌تر است و احتمالاً همین تحمل کمتر عاملی برای مطرح شدن خستگی مفرط در خانم‌ها به عنوان عامل خطر حمله‌ی حاد سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی است. ارتباط بین جراحی ماژور و جنسیت وجود داشت اما در میان جراحی‌های گوش فقط جراحی استاپدکتومی با جنسیت و شیوع بیشتر بیماری سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی همراه بود. ترومای مینور با جنسیت ارتباط داشت اما ترومای ماژور با جنسیت ارتباطی نداشت. ارتباط مشخص بین نوریت وستیبولار و سرگیجه خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی وجود دارد که علت آن مشخص نیست و شاید به دلیل تعداد بیشتر خانم‌های مراجعه کننده باشد. ارتباطی بین جنسیت و مسافرت طولانی وجود ندارد. بر اساس مطالعه‌ی حاضر، عوامل زمینه‌ساز جدیدی نیز به لیست عوامل خطر حمله‌ی حاد سرگیجه‌ی خوش‌خیم حمله‌ای وضعیتی افزوده شد که شامل خستگی مفرط، مسافرت طولانی، ورزش حرفه‌ای شدید، روزه‌های متوالی در روزهای طولانی سال و کوهنوردی، است. معیار ما برای تعریف خستگی مفرط دو شغله بودن و ساعت کار بیش از ۱۲ ساعت در شبانه‌روز بود. خواب کمتر از ۳ ساعت نیز از عوامل زمینه‌ساز بود که برای اولین بار معرفی می‌شود. در یک بیمار ورزش سنگین حرفه‌ای تنها عاملی بود که مرتبط با دوره‌ی حمله‌ی حاد بیماری بود. مسافرت طولانی نیز به عنوان یک عامل زمینه‌ای برای اولین بار مطرح می‌شود و احتمالاً با واسطه‌ی عوامل خستگی، دهیدراتاسیون، تحریک‌های سیستم وستیبولار با تحریک مکرر چشمی و بی‌خوابی روی می‌دهد.

بررسی ارتباط عوامل زمینه‌ساز و نتایج درمانی مانوری سرگیجه‌ی خوش‌خیم ممله‌ای وضعیتی برمی‌گردد.

دانشکده‌ی پزشکی که از این طرح با شماره‌ی ۸۶۰۴۱ حمایت مالی نموده‌اند، سپاسگزاری می‌شود. انجام این طرح با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و

References

- 1- Hughes CA, Proctor L. Benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1997; 107: 607-13.
- 2- Mizukoshi K, Watanabe Y, Shojaku H, Okubo J, Watanabe I. Epidemiological studies on benign paroxysmal positional vertigo in Japan. *Acta Otolaryngol Suppl* 1988; 447: 67-72.
- 3- Baloh RW. Vertigo of peripheral origin. In: Rinaldo RF, Lambert PR. *The ear: Comprehensive otology*. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2000: 649-52.
- 4- Hall SF, Ruby RR, McClure JA. The mechanics of benign paroxysmal vertigo. *J Otolaryngol* 1979; 8: 151.
- 5- Schessel DR, Minor LB. Meniere's disease and other peripheral vestibular disorders. In: Cumming CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. (editors). *Cumming's otolaryngology head and neck surgery*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 3209-54.
- 6- Gandomi B, Kochak Alavi SK, Niknejhad N. [Effect of Epley maneuver in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo]. *Iranian journal of otorhinolaryngology* 2006; 18(2): 19-25. (Persian)
- 7- Bahadorkhan GR, Etemad rezaei H. [Clinical treatment of benign paroxysmal positional vertigo]. *Iranian journal of otorhinolaryngology* 2002; 29: 61-7. (Persian)
- 8- Hashemi SM, Abtahi SM, Rabiei S. [Comparison of effectiveness of dimenhydrinate and canalith repositioning procedure in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo]. *Journal of Isfahan Medical School* 2001; 64: 31-5. (Persian)
- 9- Rabiei S. [Comparison of effectiveness of Epley and Semont maneuver in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo]. *Iranian journal of otorhinolaryngology* 2005; 39: 40-5. (Persian)
- 10- Rabiei S. [Diagnosis and treatment of vertigo]. 1st ed. Tehran: Payegan; 2006: 25-6. (Persian)
- 11- Katsarkas A. Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV): Idiopathic versus post-traumatic. *Acta Otolaryngol* 1999; 119(7): 745-9.
- 12- Atacan E, Sennaroglu L, Genc A, Kaya S. Benign paroxysmal positional vertigo after stapedectomy. *Laryngoscope* 2001; 111: 1257-9.
- 13- Collison PJ, Kolberg A. Canalith repositioning procedure for relief of post-stapedectomy benign paroxysmal positional vertigo. *SDJ Med* 1998; 51(3): 85-7.
- 14- Kentala E, Pyykko I. Vertigo in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000; 543: 20-2.
- 15- Hotson JR, Baloh RW. Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med* 1998; 339(10): 680-5.
- 16- Gross EM, Ress BD, Viirre ES, Nelson JR, Harris JP. Intractable benign paroxysmal positional vertigo in patients with Meniere's disease. *Laryngoscope* 2000; 110: 655-9.
- 17- Ishiyama A, Jacobson KM, Baloh RW. Migraine and benign positional vertigo. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109: 377-80.
- 18- Gyo K. Benign paroxysmal positional vertigo as a complication of postoperative bedrest. *Laryngoscope* 1988; 98(3): 332-3.
- 19- Headache classification committee of the IHS. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8: 1-96.
- 20- Generalized anxiety disorder DSM-IV criteria. Available from: <http://www.anxiety.psy.ohio-state.edu/gad-dsm-.htm>