



مقایسه اثرات درمانی مانور Epley و مانور Semont در درمان سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی

Comparison of effectiveness of Epley's and Semont's maneuver in the treatment of BPPV

Rabiee S., MD.

Kermanshah university medical sciences

Abstract

Introduction: Benign paroxysmal positional vertigo is the most common cause of vertigo in adults. The main treatments for this disease are Epley's and Semont's maneuver. Effectiveness of both maneuvers is high but the Acceptability of them was not evaluated. In this study, effectiveness and acceptability of two maneuvers are compared.

Methods and materials:

Between the Oct 2001 and Feb 2003 we identified 64 patient with typical form of BPPV in the clinic of otolaryngology head and neck surgery of Kermanshah University of medical science. They allocated randomly in two group of the Epley's and Semont's maneuver. Then evaluated objectively by Dix-hallpike maneuver and subjectively by using the history of patients. In addition the acceptability of two maneuver were assessed and all data analyzed by k-square and SPSS11.05.

Results: The effectiveness of Epley's and semont's maneuver was 94.5%, 84% (respectively). Acceptability of epley's maneuver was 93% and it was 45% for semont's maneuver. Acceptability of Epley's maneuver for patient in the group of more than 55 years old was statistically significant.

Conclusion: Epley's maneuver is effective treatment for BPPV. Although subjective results of two maneuvers were not significant but acceptability of Epley's maneuver is higher in-group of old patients.

Key words: BPPV-treatment-Epley's maneuver- Semont's maneuver

بحث

درمان با مانور Epley در مان مناسب و مؤثر در درمان سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی است. اگرچه اثرات درمانی ساپزکتیو آن به نسبت مانور Semont تفاوت آماری نداشت، ولی پذیرش بیماران مسن در مورد مانور Epley بارزتر است.

کلیدواژه‌ها

سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی - درمان - مانور Epley - مانور Semont

مقدمه

از زمانی که در سال ۱۹۲۱ بیماری سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی شناخته شد، درمانهای مختلفی برای آن مطرح شده است (۱). در ابتدا درمانهای جراحی طرفداران بسیاری داشت. از سال ۱۹۶۹ که پاتوفیزیولوژی بیماری با عنوان Cupulolithiasis مطرح شد (۲)، دگرگونی واضح در درمان بیماری به وجود آمد. درمانهای مانوری نقش مهمی در درمان بیماری دارند که دو مانور شناخته شده در این مورد مانورهای Semont و Epley هستند (۳) و (۴).

بررسیهای متعددی بر روی اثرات هر مانور انجام شده و نتایج نیز متفاوت بوده است. اما اکثریت مطالعات موفقیت بارز درمانهای مانوری را در درمان این بیماری مورد تأیید قرار داده‌اند (۵) (۶) (۷). انجام این مانورهای درمانی ساده و حتی توسط خانواده بیمار نیز مقدور است. (۸) در مورد مانور Semont نظریات بر این است که بیمار تحمل مانور را ندارد ولی نتایج درمانی آن قابل توجه است. ولی اکثریت مطالعات بر روی مانور Epley متمرکز بوده است (۹) و (۱۰) و (۱۱) و (۱۲).

مطالعه جامعی بین این دو مانور از لحاظ درمانی و تحمل پذیری با یکدیگر در کشورمان انجام نشده و جای بررسی اثرات این دو مانور با توجه به شرایط بیماران کشورمان خالی بود.

با توجه به شیوع سوء تغذی و نیز شیوع مشکلات اسکلتی که از سنین میان سالی و بالاتر شروع می‌شود و با توجه به این که بیماری BPPV در همین دوره سنی بروز می‌کند و با در نظر گرفتن این که درمانهای مانوری درمانهای مورد قبول بیماری هستند، لزوم بررسی تحمل پذیری بیماران و جواب به این سؤال که بیماران کشورمان چه نوع مانوری را راحت تر قبول کرده و اثرات درمانی کدام یک بیشتر است مورد تأکید است و بدیهی است جواب به این سؤالات در نیل به هدف بهبود روشهای درمانی این بیماری بسیار مؤثر خواهد افتاد.

هدف از انجام این مطالعه این بود که به طور دقیق نتایج درمانی هر دو

عنوان مقاله:

مقایسه اثرات درمانی مانور Epley و مانور Semont در درمان سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی

مؤلفین

دکتر سهراب ربیعی

متخصص گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی،

کرمانشاه

مقدمه

سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی، شایعترین علت ورتیگو در بالغین است. درمانهای مانوری Epley و Semont بهترین درمانها برای این بیماری می‌باشند. درصد موفقیت هر دو روش در درمان بیماری بالاست ولی میزان تحمل پذیری بیماران در هنگام انجام مانور، مورد مطالعه قرار نگرفته بود. در این مطالعه میزان پذیرش این دو مانور توسط بیمار و نیز میزان مؤثر بودن مانورهای فوق مورد بررسی قرار گرفت.

روشها و مواد

تعداد ۶۴ بیمار که فرم تیپیک بیماری سرگیجه حمله‌ای خوش خیم وضعیتی را داشتند وارد مطالعه شدند. بیماران در فاصله زمانی مهرماه سال ۱۳۸۰ لغایت اسفندماه ۱۳۸۱ در کلینیک تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه گردآوری و مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران به طور راندوم در دو گروه مانور Semont و مانور Epley تقسیم شدند. در مراجعات ابتدا بهبود علائم به صورت ساپزکتیو از مریض سؤال و سپس به طور ابزکتیو با استفاده از مانور هال پایک، بیماران از لحاظ وجود نیستگموس مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. پذیرش هر مانور نیز بررسی و یافته‌ها با کاسکوئر و با کمک نرم افزار SPSS11.05 آنالیز شدند.

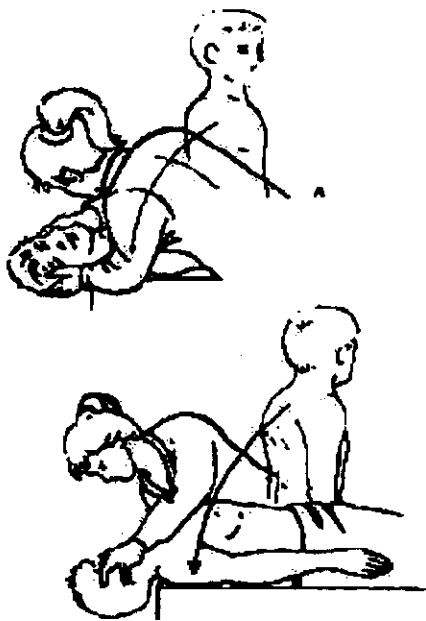
نتایج

۹۴/۵٪ موفقیت درمانی برای مانور Epley و ۸۴٪ برای مانور Semont به دست آمد و میزان پذیرش مانور Epley توسط بیماران ۹۳٪ و برای مانور سمونت ۴۵٪ بود. پذیرش مانور در سن بالای ۵۵ سال در مورد مانور Epley از لحاظ آماری قابل توجه بود.

مانور از لحاظ خصوصیات قابل پذیرش بودن و راحتی انجام مانور با توجه به شرایط سنی و جسمانی بیماران مورد بررسی قرار گیرد و در نهایت مانور ارجحتر از لحاظ درمانی و تحمل پذیری مشخص شود.

روشها و مواد

مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی (BPPV) ارجاعی به کلینیک ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. تعداد ۶۴ بیمار که فرم تیپیک بیماری BPPB را داشتند به طور راندوم وارد مطالعه شدند. مطالعه به صورت آینده‌نگر و کارآزمایی بالینی بود. شرایط ورود به مطالعه اثبات وجود بیماری BPPV با استفاده از مانور تشخیصی Dix-Hallpike بود که به طور ابتزکتیو ثابت می‌کرد بیمار دارای BPPV می‌باشد (شکل ۱).



شکل ۱ مانور تشخیصی Dix-Hallpike.

بیماران در فاصله زمانی مهرماه سال ۱۳۸۰ لغایت اسفندماه ۱۳۸۱ در کلینیک تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه گردآوری و مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا از کلیه بیماران شرح حال کامل و معاینه فیزیکی انجام می‌شد و در صورت وجود بیماری سیستمیک شدید که باعث ناتوانی قابل توجه شده باشد، بیمار وارد مطالعه نمی‌شد. معیار در این مورد این بود که بیمار بدون کمک دیگران مراجعه نماید و توانایی انجام امور شخصی خود را داشته باشد.

در شرح حال تمامی خصوصیات بیماری BPPV از لحاظ زمان شروع، تعداد حملات، دوره هر مرحله، عوامل زمینه‌ای و اقدامات درمانی انجام شده پرسیده شد. سپس بیماران به طور راندوم در دو گروه مانور Semont و مانور epley تقسیم می‌شدند. توسط یک درمانگر مانورها برای بیماران انجام می‌شد و سپس از بیماران خواسته می‌شد که در طی ۷۲ ساعت و هفته بعد مراجعه نمایند. در مراجعات ابتدا بهبود علائم به صورت سائزکتیو از مریض سؤال می‌شد، سپس به طور ابتزکتیو با استفاده از مانور هال پایک، بیماران را از لحاظ وجود نیستاگموس مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند.

وجود نیستاگموس معیار قطعی برای اثبات وجود سرگیجه است. در صورتی که بیمار مراجعه کننده نیستاگموس نوع ورتیکال-تورشنال را که مختص بیماری سرگیجه خوش خیم وضعیتی است را با انجام مانور هال پایک نشان می‌داد، شکست درمان قطعی می‌شد. ولی در صورت عدم وجود نیستاگموس بهبود قطعی ثابت می‌شد. وجود یا عدم وجود نیستاگموس به طور ابتزکتیو قابل بررسی است.

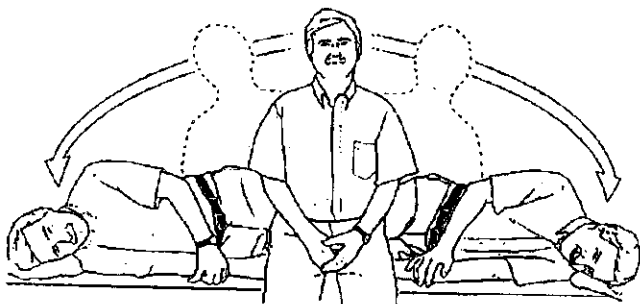
برای بررسی توانایی بیمار از لحاظ تحمل مانور، از بیمار خواسته می‌شد که مانوری که برایشان انجام شده بود را با معیارهای ذیل انتخاب کنند: ۱- بسیار راحت و قابل تحمل. ۲- قابل تحمل ۳- کمی دشوار

۴- غیر قابل تحمل و با استفاده از این متغیرها به مانورها نمره‌دهی می‌شد. به همین صورت بیماران یک هفته پس از مراجعه اول نیز بررسی می‌شدند و پیگیری‌های بعدی ماهیانه تا شش ماه صورت گرفت و در تمامی مراحل اطلاعات ثبت می‌شد. اطلاعات به دست آمده براساس نرم افزار SPSS 10.05 و تست کاسکوئر مورد آنالیز قرار گرفتند.

روش انجام مانور هال پایک

در مانور فوق ابتدا بیمار در وسط تخت معاینه نشسته، سر بیمار ۴۵ درجه به طرف گوش مبتلا یا گوش‌ی که بیمار در خوابیدن به آن طرف دچار سرگیجه می‌شود، چرخانده و سپس به طور ناگهانی و Enbloc به وضعیت خوابیده در آورده می‌شود. به طوری که سر بیمار از لبه تخت ۳۰ درجه آویزان شود. در بیماری که دچار سرگیجه خوش خیم وضعیتی حمله‌ای می‌باشد، نیستاگموسی بروز خواهد کرد که تورشنال است و جهت آن در خلاف جهت عقربه‌های ساعت است (که جزء ورتیکال نیز دارد). این نیستاگموس با اعلام بروز سرگیجه از طرف بیمار خواهد بود. طول این نیستاگموس (= سرگیجه) هرگز در سرگیجه خوش خیم وضعیتی به یک دقیقه نمی‌رسد و اغلب کمتر از ۳۰ ثانیه است. نکته بسیار مهم آن داشتن Latency است که ۵ تا ۱۰ ثانیه است. پس از رفع نیستاگموس بایستی بیمار به وضعیت نشسته (ریکاوری) برگردانده شود. مجدداً سرگیجه و نیستاگموسی بعد از یک تأخیر کوتاه رخ خواهد داد که جهت آن مخالف جهت چرخش نیستاگموس اول است. وجود خصوصیات ذیل نمایانگر

راست بیمار مبتلا است) و پس از سه دقیقه با یک حرکت ناگهانی ۱۸۰ درجه بیمار را به طرف مقابل برمی گردانیم. در این حالت نیز سه دقیقه بماند.



نتایج

تعداد ۶۴ بیمار که در محدوده سنی ۲۵ تا ۷۶ سال قرار داشتند در فاصله زمانی مهر ۱۳۸۰ تا اسفند ۱۳۸۱ در شهر کرمانشاه جمع آوری و مورد ارزیابی قرار گرفتند.

متوسط سنی بیماران ۴۲/۴ سال بود و از لحاظ جنسی نسبت ۱/۵ به ۱ در مورد زن به مرد به دست آمد. تعداد ۲ بیمار به دلیل عدم مراجعه در هفته اول (با وجود پیگیری تلفنی جهت مراجعه) از مطالعه حذف شدند. جمعاً ۶۲ بیمار اطلاعات لازم را تکمیل و مورد بررسی بالینی کامل قرار گرفتند.

در گروه مانور Semont (۳۰ بیمار) درصد موفقیت سابژکتیو بیماران ۸۷٪ بود.

در گروه مانور Epley (۳۲ بیمار) درصد موفقیت سابژکتیو ۹۱/۵٪ بود. از لحاظ ایزکتیو موفقیت درمان در مانور Epley باز هم بیشتر بود ۹۴/۵٪ در مقابل ۸۹٪ در هفته اول مراجعه نتایج ثابت بود. تنها در یک بیمار از گروه Semont عود علائم و بروز نیستاگموس وجود داشت که دال بر شکست درمان بود که با مانور دوم کاملاً بهبود یافت.

هیچ کدام از بیماران گروه مانور Epley از نمره بندی دشوار و بسیار دشوار استفاده نکردند. در گروه سنی بالاتر از ۵۵ سال (تعداد ۴۶ بیمار) میزان درصد غیرقابل تحمل بودن در مانور Epley صفر بود، ولی در مورد مانور Semont این میزان ۷۶٪ بود که از لحاظ آماری بسیار قابل توجه است ($p < 0.001$). نتایج در جدول ۱ خلاصه شده است.

در گروه سنی زیر ۴۰ سال میزان درصد غیرقابل تحمل بودن برای مانور Semont ۱۵٪ بود که این تفاوت در مقایسه با درصد غیرقابل تحمل بودن در بالای ۵۵ سال بارز است. در حالی که در هر دو گروه سنی، دشواری مانور Epley بسیار ناچیز بود (نزدیک ۷٪ فقط کمی دشوار).

از لحاظ جنس، سن و دوره بیماری و یافته‌های هنگام ارزیابی،

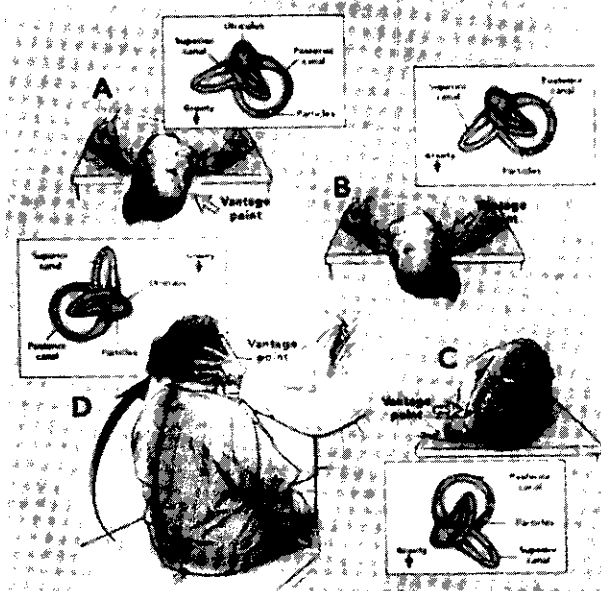
وجود قطعی سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی است:

۱. وجود تأخیر (Latency) چند ثانیه‌ای در اولین مرحله مانور
۲. زمان (duration) کمتر از ۳۰ ثانیه
۳. وجود نیستاگموس در فاز ریکاوری
۴. وجود نیستاگموس تورشنال ورتیکال تیپیک

لازم به ذکر است که تکرار مانور در دفعات مکرر باعث کاهش علائم می شود که خستگی پذیری سرگیجه نامیده می شود و تیپیک سرگیجه‌های با منشأ محیطی است. در تمام طول مانور بایستی معاینه گر مواظب بیمار باشد و حرکات در کنترل وی باشد. یافته‌های ایزکتیو مانور هال پایک در تشخیص بیماری از الکترونیستاگموگرافی (ENG) بارزتر است.

روش انجام مانور Epley

مرحله اول مانور درمانی فوق مثل مانور هال پایک است. وقتی نیستاگموس بیمار در حالت خوابیده بر طرف شد تا کلاً دو دقیقه صبر کرده سپس سر بیمار به طرف مقابل چرخانده می شود. وقتی سر بیمار به طرف گوش سالم کاملاً چرخانده شده بدن بیمار نیز به طرف همان گوش چرخانده و در این حالت نیز دو دقیقه صبر کرده و سپس بیمار را به وضعیت نشسته برگردانده و سر بیمار را نیز به وضعیت نرمال برمی گردانیم.



روش انجام مانور Semont

بیمار در لبه تخت نشسته، یک دفعه بیمار به پهلو راست (اگر گوش

مقایسه با مانور epley که هیچ‌کدام از بیماران آن را دشوار ذکر نکردند بارز است.

نکته بسیار مهم در مورد بیماران مورد مطالعه که لازم است بدان باز هم تأکید شود، درصد موفقیت ایزکتیو ۹۴/۵٪ و سابتکتیو ۹۱/۵٪ مورد بیماری است که با روش epley مورد درمان قرار گرفتند که در مقایسه با درصد ایزکتیو ۸۹٪ و سابتکتیو ۸۷٪ در مورد موفقیت درمانی مانور Semont قابل توجه است. بدیهی است اگرچه از لحاظ آماری تفاوت بارز نیست اما با توجه به پذیرش بسیار راحت مانور epley توسط بیماران، استفاده از مانور epley معقولانه‌تر به نظر می‌رسد. بیماران از لحاظ جنسی و سنی تفاوت بارزی از لحاظ جواب به درمان نداشتند ولی از لحاظ تحمل مانور بایستی شرایط سنی بیماران به خصوص در سن بالای ۵۰ سال قویاً مورد توجه باشد که علت کمی پذیرش مانور در سن بالا به دلیل تغییرات دژنراتیو و آرتروز مفاصل گردن و ستون فقرات است.

در نهایت می‌توان براساس این مطالعه اعلام نمود که مانور Epley توسط بیماران به خصوص در سنین بالا قابل تحمل‌تر می‌باشد و لذا درمان Choice اولیه برای بیماران مسن مبتلا به BPPV مانور epley می‌باشد. از نظر تأثیر درمانی نیز مانور epley هم از لحاظ ایزکتیو و هم سابتکتیو در درمان بیماری BPPV نسبت به مانور Semont مؤثرتر است.

کلید واژه‌ها: سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی - درمان - مانور epley - مانور Semont

جدول ۱ نتایج درمانی و تحمل‌پذیری بیماران گروه‌ها.

متغیرها	گروه درمانی مانور Epley (تعداد = ۳۰)	گروه درمانی مانور Semont (تعداد = ۳۲)
سن (سال)	متوسط ۴۷ سال	متوسط ۴۴/۵ سال
جنسیت (زن به مرد)	۱/۵ به ۱	۱/۵ به ۱
طول بیماری	متوسط ۴/۲ ماه	متوسط ۵ ماه
متوسط زمان نیستاگموس	۷ ثانیه	۶/۵ ثانیه
متوسط زمان تأخیر	۳/۵ ثانیه	۳/۵ ثانیه
موفقیت ایزکتیو	۹۴/۵٪	۸۹٪
موفقیت سابتکتیو	۹۱/۵٪	۸۷٪
پذیرش Acceptability	۷۵٪ بسیار راحت	۱۶/۴٪ بسیار راحت
	۱۸/۷۵٪ راحت	۲۶/۴٪ راحت
	۱۶/۲۵٪ کمی دشوار	۳۰٪ کمی دشوار
	۰٪ بسیار دشوار	۲۶/۴٪ بسیار دشوار
پذیرش در گروه سنی بیش از ۵۵ سال	۰٪ غیرقابل تحمل	۷/۴٪ غیرقابل تحمل

تفاوت بارزی بین بیماران وجود نداشت و جنس بر میزان جواب به درمان و نیز تحمل‌پذیری مانورها تأثیری نداشت.

مشکلات حین مطالعه عبارت بودند از عدم مراجعه بیماران که با پیگیری و درخواست تلفنی تلاش برای رفع آن شد. ولی در نهایت ۲ نفر پیگیری کامل نداشتند. که از مطالعه حذف شدند. مشکل دوم ناتوانی و کهولت سن بعضی از بیماران بود. که معیار ورود به مطالعه توانایی برای انجام امور شخصی بود. مشکل بعدی اسپاسم و Neck Rigidity ناشی از گارد بیماران در مورد انجام مانورها بود که در مورد بیماران بیش از ۵ سال دوره بیماری صادق بود. این حالت ناشی از ترس بیماران بود که با راهنمایی و توضیح کامل مراحل و انجام مرحله به مرحله مانورها جهت آشنایی بیماران، این مشکل نیز برطرف شد.

بحث و تفسیر

بیماری BPPV شایعترین علت سرگیجه از نوع محیطی است و در واقع شایعترین نوع سرگیجه‌ای است که هر فرد ممکن است به آن مبتلا شود. وجود پارتيكلهای آزاد در کانال نیم‌دایره‌ای خلفی و اثرات آن بر روی کوپولای کانال نیم‌دایره‌ای باعث می‌شود که کانال نیم‌دایره‌ای خلفی به جاذبه حساس شود (۲).

درمانهای مانوری یا فیزیکی، درمانهای پذیرفته شده و ثابت شده بیماری هستند (۳) و (۴) و (۵). این درمانها در جهت رفع رسوبات بازوفیلیک کانال خلفی عمل می‌کنند.

معروفترین درمانهای مانوری برای این بیماری، مانور epley و مانور Semont هستند. در مورد مؤثر بودن مانورهای ذکر شده بررسیهای مختلفی انجام شده است (۵) و (۶) و (۷). ولی از لحاظ پذیرش مانورهای فوق از طرف بیمار بررسی کاملی در دسترس نبود و فقط در بعضی مقالات اشاره کوتاهی به تحمل راحت مانور epley توسط بیمار شده است (۱۱).

در مطالعه حاضر، علاوه بر بررسی میزان پاسخ‌دهی بیماران به دو مانور فوق، تمامی بیماران از لحاظ پذیرش نوع مانور نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنانکه مشخص است هیچ‌کدام از بیماران مورد مطالعه دشواری مانور epley را مورد اشاره قرار ندادند و آن را مانوری راحت و قابل تحمل ذکر کردند (بیش از ۹۳٪ بیماران) ولی در مورد مانور Semont این درصد ۴۵٪ می‌باشد و بیش از ۵۳٪ بیماران این گروه، مانور را کمی دشوار و یا غیرقابل تحمل ذکر نمودند که از لحاظ آماری در

چکیده مقاله

سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی شایعترین علت ورتیگو در بالغین است. درمانهای مانوری بهترین درمانها برای این بیماری است. درصد موفقیت هر دو روش در درمان بیماری بالاست ولی میزان تحمل پذیری بیماران در هنگام انجام مانور، مورد مطالعه قرار نگرفته بود. در این مطالعه میزان پذیرش این دو مانور توسط بیمار و نیز میزان مؤثر بودن مانورهای فوق مورد بررسی قرار گرفت. ۹۴/۵٪ موفقیت درمانی برای مانور Epley و ۸۴٪ برای مانور Semont به دست آمد و میزان پذیرش مانور Epley توسط بیماران ۹۳٪ و برای مانور سمونت ۴۵٪ بود. لذا درمان با مانور Epley مؤثرترین و قابل قبولترین درمان مانوری برای بیماران سرگیجه خوش خیم حمله‌ای وضعیتی است.

References

1. Dix MR, Hallpike cs. Diagnosis von Kran-Kheitsescheinugen in Bereiche des otolithernapparates. Acta otolaryngology. 1921; 434-7.
2. Schuknecht HF. Cupulolithiasis. Arch otolaryngology. 1969; 90:765-78.
3. Semont A, Freyss G. Curing the BPPv with a liberatory maneuver. Adv otorhinolaryngol. 1988; 42: 290-3.
4. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngology head neck surg. 1992; 107: 399-404.
5. Herdman SJ, Thsa RJ: single Treatment approaches to BPPV. Arch otolaryngology 1993; 119: 450-40.
6. Steenerson RL, Cronin GW. Comparison of CRP & vestibular habituation Training in forty pt. Otolaryngology, Head & Neck surg 1996; 114:61-4.
7. Lynn S, poolee A. Randomized Trial of the CRP. Otolaryngology Head & Neck surg. 1995; 113-712-20.
8. Brandt T, Daroff RB. Physical Therapy for BPPv. Arch otolaryngology 1980; 106:484-50.
9. Parnes Ls, Prce-jones RG. Particle Repositioning for BPPV. Ann otol Rhinoloryngol 1993; 102: 325-31.
10. Kwanchanok Y, Somchai S, Supapron S. A randomized trial of the canalith repositioning procedure. Laryngoscope 2003; 113:828-32.
11. Robert AN, Stephen PC, Joseph MF. Short and long term outcome of Canalith repositioning for BPPv. Otolaryngol head and neck surg. 2000; 122:647-52.
12. Sowaros AS, Permsarp IS. Canalith repositioning for BPPv: a randomized, controlled trial. ENT journal 2000; 79: 732-37.