الجمهوريّة العربيّة السوريّة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الجامعة السوريّة الخاصة

كلية الطب البشري

قسم الجراحة

تأثير الدوار الدهليزي على جودة الحياة والنشاط اليومي

The Impact of vestibular vertigo on Quality of Life and Daily activities

بحث أعد لنيل إجازة دكتور في الطب البشري

إعداد

الطالبة جود أحمد جاسم السالم

إشراف

الأستاذ الدكتور لؤي نحاس

رئيس قسم الجراحة :

أ.د. يوسف دياب

العام الدراسي 2025-2026

شكر وتقدير

شكر لأسرة الجامعة السورية الخاصة وعمادة كلية الطب البشري على إتاحة الفرصة لمناقشة مشاريع التخرج وكلنا فخر بأنها السباقة في كل ما هو مني ومحفز لبناء شخصية طبيب المستقبل

نتوجه بالشكر الخاص إلى الأستاذ الدكتور المشرف على كل ما قدمته لنا من توجيهات ومعلومات قيمة ساهمت في إثراء موضوع دراستنا في جو انيها المختلفة فله مني كل الشكر والاحترام ...

كما نتقدم بجزيل الشكر للجنة المناقشة والممثلة بأساتذتنا الأفاضل: أ.د

أ.د وفقكم الله لما يحب ويرضى وكساكم لباس الصحة والتقوى

إليكم جميعاً نهدي مشروع تخرجنا والذي نتمنى أن يكون قد وفقنا فيه بفضل الله ثم فضلكم جميعاً...

فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
شكر وتقدير	II
فهرس المحتويات	III
فهرس الرسم البياني	VI
فهرس الجداول	VII
الملخص باللغة العربية	IX
الملخص باللغة الإنكليزية	XII
الدراسة النظرية	1
تعريف عام بالدوار الدهليزي	1
لماذا يؤثر الدوار الدهليزي على جودة الحياة	1
مكونات الجهاز الدهليزي	3
العلاقة بين الجهاز العصبي والجهاز الدهليزي	4
تعريف الدوار الدهليزي	5
آلية حدوث الدوار الدهليزي (Pathophysiology)	7
أهم الأسباب المحيطية	8
أهم الأسباب المركزية	10
الأعراض	12

تأثير الدوار الدهليزي على جودة الحياة	17
العلاج الدوائي للدوار الدهليزي (Pharmacological Treatment)	17
العلاج الجراحي (Surgical Treatment)	20
نصائح للمرضى	20
	22
الدراسة العملية	23
اهمية الدراسة	23
الطرائق	23
النتائج	26
المناقشة	47
التوصيات	49

فهرس المخططات البيانية

رقم المخطط البياني وعنوانه	رقم الصفحة
الشكل رقم (1) توزع العينة حسب العمر	26
الشكل رقم (2) توزع العينة حسب النوع	27
الشكل رقم (3) توزع العينة حسب الحالة الاجتماعية	28
الشكل رقم (4) توزع العينة حسب السكن	29
الشكل رقم (5) توزع العينة حسب مدة المعاناة من الدوخة	30
الشكل رقم (6) توزع العينة حسب تكرار نوبات الدوخة	31
الشكل رقم (7) توزع العينة حسب سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟	32
الشكل رقم (8) توزع العينة حسب الأمراض المزمنة	33
الشكل رقم (9) توزع العينة حسب مقياس مقياس إعاقة الدوخة	34
الشكل رقم (10) توزع العينة حسب القسم الوظيفي	35
الشكل رقم (11) توزع العينة حسب القسم البدني	36
الشكل رقم (12) توزع العينة حسب القسم العاطفي	37

الشكل رقم (13) توزع العينة حسب مقياس مقياس إعاقة الدوخة بعد اسبوع	38
الشكل رقم (14) توزع العينة حسب القسم الوظيفي بعد اسبوع	39
الشكل رقم (15) توزع العينة حسب القسم البدني بعد اسبوع	40
الشكل رقم (16) توزع العينة حسب القسم العاطفي بعد اسبوع	41
الشكل رقم (17) توزع حسب تحسن المرضى	42
الشكل رقم (18) لدراسة العلاقة بين القسم العاطفي و النوع	43
الشكل رقم (19) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و مدة المعاناة من الدوخة	44
الشكل رقم (20)) لدراسة العلاقة بين القسم الوظيفية و ترتيب السكن	45
الشكل رقم (21) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟	46

فهرس الجداول

رقم وموضوع الجدول	رقم الصفحة
الجدول رقم (1) توزع العينة حسب العمر	26
الجدول رقم (2) توزع العينة حسب النوع	27
الجدول رقم (3) توزع العينة حسب الحالة الاجتماعية	28
الجدول رقم (4) توزع العينة حسب السكن	29
الجدول رقم (5) توزع العينة حسب مدة المعاناة من الدوخة	30
الجدول رقم (6) توزع العينة حسب تكرار نوبات الدوخة	31
الجدول رقم (7) توزع العينة حسب سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟	32
الجدول رقم (8) توزع العينة حسب الأمراض المزمنة	33
الجدول رقم (9) توزع العينة حسب مقياس مقياس إعاقة الدوخة	34
الجدول رقم (10) توزع العينة حسب القسم الوظيفي	35
الجدول رقم (11) توزع العينة حسب القسم البدني	36
الجدول رقم (12) توزع العينة حسب القسم العاطفي	37
الجدول رقم (13) توزع العينة حسب مقياس مقياس إعاقة الدوخة بعد اسبوع	38
الجدول رقم (14) توزع العينة حسب القسم الوظيفي بعد اسبوع	39
الجدول رقم (15) توزع العينة حسب القسم البدني بعد اسبوع	40
الجدول رقم (16) توزع العينة حسب القسم العاطفي بعد اسبوع	41
الجدول رقم (17) توزع حسب تحسن المرضى	42
الجدول رقم (18) لدراسة العلاقة بين القسم العاطفي و النوع	43
الجدول رقم (19) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و مدة المعاناة من الدوخة	44
الجدول رقم (20)) لدراسة العلاقة بين القسم الوظيفية و ترتيب السكن	45
الجدول رقم (21) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟	46
الجدول رقم (22) مقارنة بين الدواء و نسبة التحسن بعد اسبوع	47

Abstract

Background:

Dizziness and vestibular disorders are among the common health problems that negatively affect patients' quality of life and daily functional activities. They may also increase the risk of falls and psychological distress.

Aim:

This study aimed to evaluate the severity of dizziness handicap and assess the physical, functional, and emotional impact of dizziness on patients, as well as to evaluate the short-term effect of treatment.

Methods:

A descriptive analytical study was conducted on patients suffering from dizziness and vestibular disorders. Data were collected using demographic and clinical information in addition to the Dizziness Handicap Inventory questionnaire. The questionnaire included physical, functional, and emotional domains. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 26. Frequencies, percentages, means, standard deviations, chi-square test, and comparative analyses were used to analyze the data.

Results:

The mean age of participants was 38.31 years, with females representing the majority of the sample. Most patients experienced recurrent episodes of dizziness and moderate to severe dizziness handicap before treatment. A statistically significant association was found between dizziness severity and history of falls ($p=0.018$). Significant improvement in dizziness handicap scores was observed after one week of treatment, particularly in the physical domain. No statistically significant difference was found between Betaserc and Stugeron regarding treatment effectiveness.

Conclusion:

Dizziness significantly affects patients' physical, emotional, and functional status and increases the risk of falls. Early diagnosis and appropriate treatment contribute to improving symptoms and reducing disability. Further studies with larger sample sizes and longer follow-up periods are recommended.

الملخص

المقدمة:

تُعد الدوخة واضطرابات الجهاز الدهليزي من المشكلات الصحية الشائعة التي تؤثر سلباً على جودة حياة المرضى وقدرتهم على أداء الأنشطة اليومية، كما قد تزيد من خطر السقوط والتأثيرات النفسية.

هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم شدة إعاقة الدوخة وتأثيرها البدني والوظيفي والعاطفي على المرضى، بالإضافة إلى تقييم فعالية العلاج خلال فترة قصيرة.

منهجية الدراسة:

أُجريت دراسة وصفية تحليلية على مجموعة من المرضى الذين يعانون من الدوخة واضطرابات التوازن. جُمعت البيانات باستخدام استمارة معلومات ديموغرافية وسريرية بالإضافة إلى مقياس Dizziness Handicap Inventoryالذي يشمل الجوانب البدنية والوظيفية والعاطفية. تم تحليل البيانات باستخدام برنامج IBM SPSS Statisticsالإصدار 26، وذلك باستخدام التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات والانحراف المعياري واختبار كاي تربيع والتحليلات المقارنة.

النتائج:

بلغ متوسط أعمار المشاركين 38.31 سنة، وكانت نسبة الإناث أعلى من الذكور. كما أظهرت النتائج أن معظم المرضى كانوا يعانون من نوبات دوخة متكررة وإعاقة متوسطة إلى شديدة قبل العلاج. وُجدت علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الدوخة وحدوث السقوط .($p=0.018$) كما ظهر تحسن ملحوظ في درجات إعاقة الدوخة بعد أسبوع من العلاج، خاصة في الجانب البدني. ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين دوائي Betaserc و Stugeronمن حيث فعالية العلاج.

الاستنتاج:

تؤثر الدوخة بشكل واضح على الحالة البدنية والوظيفية والعاطفية للمرضى، كما تزيد من خطر السقوط. ويسهم التشخيص المبكر والعلاج المناسب في تحسين الأعراض وتقليل الإعاقة. وتوصي الدراسة بإجراء أبحاث مستقبلية على عينات أكبر ولمدد متابعة أطول.

تعريف عام بالدوار الدهليزي

يُعدّ الدوار الدهليزي (Vestibular Vertigo) أحد أكثر الاضطرابات العصبية–الحسية شيوعًا، ويتميّز بإحساس وهمي بالحركة، غالبًا ما يصفه المرضى على أنه شعور بالدوران أو عدم الثبات، رغم غياب أي حركة فعلية في البيئة المحيطة. ينشأ هذا النوع من الدوار نتيجة خلل في الجهاز الدهليزي، وهو الجزء المسؤول عن حفظ التوازن والإدراك المكاني، والموجود بشكل رئيسي في الأذن الداخلية، مع ارتباطات وثيقة بالجهاز العصبي المركزي.

يختلف الدوار الدهليزي عن الدوخة العامة (Dizziness) في كونه إحساسًا محددًا بالحركة الدورانية، بينما قد تشير الدوخة إلى شعور عام بعدم الارتياح أو فقدان التوازن دون الإحساس بالدوران. وهذا التمييز مهم سريريًا، لأنه يساعد في تحديد مصدر المشكلة، سواء كان دهليزيًا محيطيًا (الأذن الداخلية) أو مركزيًا (الدماغ).

يتكوّن الجهاز الدهليزي من القنوات نصف الدائرية (Semicircular Canals) التي تستجيب للحركات الدورانية، بالإضافة إلى الكيس والقُريبة (Utricle & Saccule) اللذين يستجيبان للتسارع الخطي ووضعية الرأس. تعمل هذه المكونات بتناغم مع المدخلات البصرية والحسية العميقة (Proprioception) للحفاظ على التوازن. وعند حدوث خلل في أي جزء من هذا النظام، تظهر أعراض الدوار نتيجة تضارب الإشارات العصبية المرسلة إلى الدماغ.

غالبًا ما يكون الدوار الدهليزي مصحوبًا بمجموعة من الأعراض الأخرى، مثل الغثيان، القيء، اضطرابات الرؤية (مثل الرأرأة)، وصعوبة الحفاظ على التوازن أثناء المشي أو الوقوف. وقد تكون هذه الأعراض حادة ومفاجئة أو مزمنة ومتكررة، تبعًا للسبب الأساسي للحالة.

يمكن تصنيف الدوار الدهليزي إلى نوعين رئيسيين: الدوار الدهليزي المحيطي، والذي ينشأ من اضطرابات في الأذن الداخلية مثل مرض منيير أو الدوار الموضعي الحميد، والدوار الدهليزي المركزي، الناتج عن اضطرابات في الدماغ مثل السكتات الدماغية أو التصلب المتعدد. ويُعدّ النوع المحيطي أكثر شيوعًا وغالبًا ما يكون أقل خطورة من النوع المركزي، لكنه قد يؤثر بشكل كبير على جودة حياة المريض.

لماذا يؤثر الدوار الدهليزي على جودة الحياة

يُعدّ الدوار الدهليزي من الاضطرابات التي تمتد تأثيراتها إلى ما هو أبعد من الأعراض الجسدية المباشرة، حيث ينعكس بشكل واضح على جودة الحياة بمختلف أبعادها الجسدية والنفسية والاجتماعية. ويرتبط هذا التأثير بطبيعة الجهاز الدهليزي ذاته، الذي يلعب دورًا محوريًا في الحفاظ على التوازن والإدراك المكاني، وهي وظائف أساسية لأي نشاط يومي طبيعي. وعند حدوث خلل في هذا الجهاز، تتأثر قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته بثقة وأمان، مما يؤدي إلى تراجع ملحوظ في مستوى الأداء الوظيفي العام.

من الناحية الجسدية، يسبب الدوار الدهليزي شعورًا مستمرًا بعدم الثبات، ما يجعل الأنشطة اليومية البسيطة مثل المشي أو الوقوف أو حتى تغيير وضعية الرأس تحديًا حقيقيًا للمريض. هذا الاضطراب قد يؤدي إلى تجنب الحركة أو تقليل النشاط البدني، وهو ما ينعكس سلبًا على اللياقة العامة ويزيد من خطر السقوط، خاصة لدى كبار السن. كما أن الأعراض المصاحبة مثل الغثيان والقيء والإرهاق تسهم في إضعاف القدرة الجسدية وتحد من الاستقلالية الشخصية.

أما من الناحية النفسية، فإن تكرار نوبات الدوار وعدم القدرة على التنبؤ بحدوثها يؤديان إلى شعور دائم بالقلق والتوتر. وقد يتطور هذا القلق إلى ما يُعرف بـ"الخوف من السقوط" أو الخوف من التعرض لنوبة دوار في الأماكن العامة، مما يدفع المرضى إلى تجنب الخروج أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. ومع مرور الوقت، قد يؤدي ذلك إلى العزلة الاجتماعية وتدهور الحالة النفسية، بما في ذلك ظهور أعراض الاكتئاب. وتشير الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة بين اضطرابات التوازن والاضطرابات النفسية، مما يعزز من أهمية التعامل مع الحالة بشكل شامل.

كما يؤثر الدوار الدهليزي على الوظائف الإدراكية والتركيز، حيث يعاني بعض المرضى من صعوبة في التركيز أو ما يُعرف بـ"الضباب الذهني"، وهو ما يؤثر على الأداء في العمل أو الدراسة. وقد يؤدي ذلك إلى انخفاض الإنتاجية والشعور بالإحباط، خاصة في الحالات المزمنة التي تستمر لفترات طويلة دون تحسن ملحوظ.

إضافةً إلى ذلك، فإن اضطرابات النوم تُعدّ من العوامل المهمة التي تسهم في تدهور جودة الحياة لدى مرضى الدوار الدهليزي. فالشعور بعدم التوازن أو القلق المرتبط بالحالة قد يؤدي إلى صعوبة في النوم أو نوم غير مريح، مما يزيد من حدة الأعراض خلال النهار ويؤثر على الحالة العامة للمريض.

ومن الجدير بالذكر أن تأثير الدوار الدهليزي لا يقتصر على الفرد فقط، بل يمتد إلى أسرته ومحيطه الاجتماعي، حيث قد يحتاج المريض إلى دعم مستمر في أداء بعض الأنشطة، مما يفرض عبئًا إضافيًا على مقدمي الرعاية. كما أن التغير في نمط الحياة والاعتماد على الآخرين قد يؤثر على تقدير الذات والشعور بالاستقلالية.

مما يفرض عبئًا إضافيًا على مقدمي الرعاية. كما أن التغير في نمط الحياة والاعتماد على الآخرين قد يؤثر على تقدير الذات والشعور بالاستقلالية.

تشريحيًا، ينقسم الجهاز الدهليزي إلى جزأين رئيسيين: المتاهة العظمية (Bony Labyrinth) والمتاهة الغشائية (Membranous Labyrinth). تحتوي المتاهة العظمية على سائل يُعرف بالبيريلمف (Perilymph)، بينما تحتوي المتاهة الغشائية على سائل آخر يُسمى الإندوليمف (Endolymph)، ويؤدي اختلاف الضغط والتركيب بين هذين السائلين دورًا مهمًا في نقل الإشارات الحسية.

يتكوّن الجهاز الدهليزي من ثلاثة مكونات رئيسية:

أولًا، القنوات نصف الدائرية (Semicircular Canals)، وهي ثلاث قنوات متعامدة فيما بينها (أمامية، خلفية، وجانبية)، وتُعدّ مسؤولة عن استشعار الحركات الدورانية للرأس. تحتوي كل قناة على توسّع يُسمى الأمبولة (Ampulla)، والتي تضم خلايا حسية مغطاة ببنية هلامية تُعرف بالكُبَيبة (Cupula). عند حركة الرأس، يتحرك السائل داخل القنوات، مما يؤدي إلى انحناء هذه الخلايا وإرسال إشارات عصبية إلى الدماغ.

ثانيًا، الكُييس (Utricle) والقُريبة (Saccule)، وهما مسؤولان عن استشعار الحركات الخطية (مثل التسارع للأمام أو الأعلى) ووضعية الرأس بالنسبة للجاذبية. يحتوي كل منهما على منطقة حسية تُعرف بالبقعة (Macula)، والتي تحتوي على خلايا شعرية مغطاة بطبقة هلامية تحتوي على بلورات كربونات الكالسيوم (Otoliths). عند تغير وضعية الرأس، تتحرك هذه البلورات، مما يؤدي إلى تنبيه الخلايا الحسية.

ثالثًا، العصب الدهليزي (Vestibular Nerve)، وهو جزء من العصب القحفي الثامن (العصب الدهليزي القوقعي). ينقل هذا العصب الإشارات من الأذن الداخلية إلى جذع الدماغ، حيث يتم تحليلها ودمجها مع المعلومات القادمة من العينين والعضلات لتحقيق التوازن.

يرتبط الجهاز الدهليزي ارتباطًا وثيقًا بعدة مراكز في الدماغ، خاصة النوى الدهليزية (Vestibular Nuclei) في جذع الدماغ، والمخيخ (Cerebellum)، حيث يتم تنسيق المعلومات الحسية وتنظيم الاستجابات الحركية. كما يساهم في تثبيت الرؤية من خلال ما يُعرف بـ"منعكس الدهليز العيني" (Vestibulo-Ocular Reflex)، الذي يسمح بالحفاظ على ثبات الصورة أثناء حركة الرأس.

إن أي خلل في هذه التراكيب أو في آلية عملها يؤدي إلى اضطراب في نقل الإشارات، مما ينتج عنه الشعور بالدوار أو فقدان التوازن. ولهذا، فإن الفهم الدقيق للتشريح الدهليزي يُعدّ أساسًا مهمًا لتفسير الأعراض السريرية وتشخيص الاضطرابات المرتبطة به.

يعمل الجهاز الدهليزي كنظام حسي دقيق مسؤول عن استشعار حركة الرأس ووضعية الجسم في الفراغ، ويعتمد في ذلك على آليات فيزيولوجية معقدة تقوم على تحويل الحركة الميكانيكية إلى إشارات عصبية تُفسَّر في الدماغ. وتكمن أهمية هذا النظام في قدرته على التنسيق المستمر بين المدخلات الحسية المختلفة للحفاظ على التوازن واستقرار الرؤية.

تعتمد آلية عمل الجهاز الدهليزي بشكل أساسي على حركة السوائل داخل الأذن الداخلية، وتحديدًا داخل القنوات نصف الدائرية والكُييس والقُريبة. فعند تحريك الرأس، يتأخر سائل الإندوليمف داخل القنوات نصف الدائرية عن الحركة بسبب القصور الذاتي، مما يؤدي إلى انحناء الخلايا الشعرية الموجودة في الأمبولة. هذا الانحناء يُحوَّل إلى إشارات كهربائية تنتقل عبر العصب الدهليزي إلى الدماغ، حيث يتم تفسيرها على أنها حركة دورانية في اتجاه معين.

أما في حالة الحركات الخطية أو التغير في وضعية الرأس بالنسبة للجاذبية، فإن الكُييس والقُريبة يلعبان الدور الأساسي. حيث تتحرك بلورات الأوتوليث (Otoliths) استجابةً للتغير في الاتجاه أو التسارع، مما يؤدي إلى تحفيز الخلايا الحسية في البقعة (Macula)، وبالتالي إرسال إشارات عصبية تعكس وضعية الرأس.

لا يعمل الجهاز الدهليزي بمعزل عن غيره، بل يتكامل مع الجهاز البصري والحس العميق (Proprioception) القادم من العضلات والمفاصل. يقوم الدماغ، وخاصة النوى الدهليزية في جذع الدماغ والمخيخ، بدمج هذه المعلومات المختلفة لإنتاج استجابة متناسقة تضمن الحفاظ على التوازن.

ومن أهم الوظائف التي يؤديها الجهاز الدهليزي ما يُعرف بمنعكس الدهليز العيني (Vestibulo–Ocular Reflex – VOR)، وهو آلية تسمح بتثبيت الصورة على شبكية العين أثناء حركة الرأس. فعندما يتحرك الرأس في اتجاه معين، تتحرك العينان بشكل معاكس بنفس السرعة، مما يحافظ على وضوح الرؤية ويمنع تشوشها.

كما يساهم الجهاز الدهليزي في التحكم بوضعية الجسم من خلال ما يُعرف بالمنعكسات الدهليزية الشوكية (Vestibulo–Spinal Reflexes)، التي تساعد على تعديل توتر العضلات والحفاظ على التوازن أثناء الوقوف أو الحركة.

عند حدوث خلل في هذا النظام، سواء بسبب اضطراب في الأذن الداخلية أو في المسارات العصبية، يحدث تضارب في الإشارات الحسية المرسلة إلى الدماغ، مما يؤدي إلى الشعور بالدوار أو عدم التوازن. وقد يظهر ذلك على شكل إحساس بالدوران، أو صعوبة في تثبيت النظر، أو فقدان التوازن أثناء المشي.

العلاقة بين الجهاز العصبي والجهاز الدهليزي :

تُعدّ العلاقة بين الجهاز الدهليزي والجهاز العصبي علاقة تكاملية معقدة، تشكّل الأساس الفسيولوجي للحفاظ على التوازن، وتنسيق الحركة، واستقرار الرؤية. فالجهاز الدهليزي لا يعمل كوحدة مستقلة، بل يُمثل نظامًا حسيًا يتفاعل بشكل مستمر مع مكونات الجهاز العصبي المركزي، بما في ذلك جذع الدماغ، والمخيخ، والقشرة الدماغية، لتحقيق استجابات حركية دقيقة ومتوازنة.

تبدأ هذه العلاقة من خلال العصب الدهليزي، وهو جزء من العصب القحفي الثامن، حيث يقوم بنقل الإشارات الحسية الناتجة عن حركة الرأس أو تغير وضعيته من الأذن الداخلية إلى النوى الدهليزية الموجودة في جذع الدماغ. تُعدّ هذه النوى مركزًا رئيسيًا لمعالجة المعلومات الدهليزية، حيث تستقبل أيضًا مدخلات من الجهاز البصري والمستقبلات الحسية العميقة في العضلات والمفاصل، مما يسمح بدمج متعدد الحواس (Multisensory Integration) ضروري للحفاظ على التوازن.

من النوى الدهليزية، تتفرع عدة مسارات عصبية تؤدي وظائف مختلفة. من أهمها المسار الدهليزي العيني (Vestibulo–Ocular Pathway)، الذي يتحكم في حركة العينين عبر ما يُعرف بمنعكس الدهليز العيني، حيث يتم إرسال إشارات إلى الأعصاب القحفية المسؤولة عن حركة العين (الثالث، الرابع، والسادس)، لضمان

تثبيت الصورة على الشبكية أثناء حركة الرأس. ويُعدّ هذا المنعكس مثالًا واضحًا على التكامل العصبي السريع والدقيق.

كما ترتبط النوى الدهليزية بالمخيخ، الذي يلعب دورًا حاسمًا في تنسيق الحركات الدقيقة وتعديل الاستجابات الحركية. يقوم المخيخ بتحليل الإشارات الدهليزية وتصحيح الأخطاء في التوازن، مما يساهم في الحفاظ على وضعية الجسم بشكل مستقر. ويُعدّ هذا الاتصال مهمًا بشكل خاص في عمليات التعلم الحركي وإعادة التأهيل الدهليزي.

إضافةً إلى ذلك، تمتد الإشارات من النوى الدهليزية إلى الحبل الشوكي عبر ما يُعرف بالسبل الدهليزية الشوكية (Vestibulospinal Tracts)، والتي تتحكم في توتر العضلات ووضعية الجسم، خاصة عضلات الرقبة والجذع. وتُسهم هذه المسارات في الحفاظ على التوازن أثناء الوقوف أو الحركة، من خلال تعديل استجابات العضلات بشكل فوري استجابةً لأي تغير في وضعية الرأس.

ولا تقتصر العلاقة على المراكز الحركية فقط، بل تمتد إلى القشرة الدماغية، حيث يتم إدراك الإحساس بالحركة والاتجاه. ويُعتقد أن مناطق معينة في الفص الجداري والصدغي تلعب دورًا في الوعي المكاني والإحساس بالتوازن. كما توجد ارتباطات بين الجهاز الدهليزي والجهاز الحوفي (Limbic System)، وهو ما يفسر العلاقة بين اضطرابات التوازن والحالات النفسية مثل القلق والخوف.

عند حدوث خلل في هذه الشبكة العصبية المتكاملة، سواء في الأذن الداخلية أو في المسارات العصبية أو المراكز الدماغية، يحدث اضطراب في تفسير الإشارات الحسية، مما يؤدي إلى أعراض مثل الدوار، وعدم التوازن، واضطرابات الرؤية. ويعتمد التشخيص الدقيق على تحديد موقع الخلل ضمن هذا النظام المعقد، مما يبرز أهمية الفهم العميق للعلاقة بين الجهاز الدهليزي والجهاز العصبي.

تعريف الدوار الدهليزي

يُعرَّف الدوار الدهليزي (Vestibular Vertigo) بأنه إحساس وهمي بالحركة، غالبًا ما يكون على شكل دوران، ينشأ نتيجة خلل في الجهاز الدهليزي المسؤول عن التوازن في الأذن الداخلية أو في مساراته العصبية المركزية. يشعر المريض في هذه الحالة بأن البيئة المحيطة به تدور أو أنه هو من يدور، رغم عدم وجود حركة فعلية، ويُعدّ هذا العرض من السمات المميزة لاضطرابات التوازن.

ينتج الدوار الدهليزي عن اضطراب في تكامل الإشارات الحسية التي تصل إلى الدماغ من الجهاز الدهليزي، والجهاز البصري، والمستقبلات الحسية العميقة في العضلات والمفاصل. وعندما يحدث خلل في أحد هذه

المكونات، أو في طريقة معالجتها داخل الجهاز العصبي المركزي، يظهر الإحساس بالدوار نتيجة تضارب المعلومات الحسية.

ويُعدّ هذا النوع من الدوار مختلفًا عن الدوخة العامة، إذ يتميز بإحساس محدد بالحركة الدورانية، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بأعراض أخرى مثل الغثيان، والقيء، واضطراب التوازن، وصعوبة تثبيت النظر. وقد يكون الدوار حادًا ومفاجئًا أو مزمنًا ومتكررًا، تبعًا للسبب الكامن وراءه..

الفرق بينه وبين أنواع الدوار الأخرى :

يُعدّ التمييز بين الدوار الدهليزي وأنواع الدوار الأخرى أمرًا أساسيًا في الممارسة السريرية، نظرًا لاختلاف الأسباب والآليات المرضية وطرق العلاج. وعلى الرغم من أن المرضى قد يستخدمون مصطلح "دوخة" بشكل عام، إلا أن هذا المصطلح يشمل عدة حالات تختلف في طبيعتها وأسبابها.

يتميّز الدوار الدهليزي بأنه إحساس حقيقي أو وهمي بالحركة، غالبًا ما يكون على شكل دوران، وينتج عن خلل في الجهاز الدهليزي في الأذن الداخلية أو في المسارات العصبية المرتبطة به. ويكون هذا الإحساس واضحًا ومحددًا، وغالبًا ما يزداد مع حركة الرأس، ويصاحبه أعراض مثل الغثيان، والقيء، واضطراب التوازن، وأحيانًا حركات لا إرادية في العين (الرأرأة).

في المقابل، هناك أنواع أخرى من الدوار أو الدوخة تختلف في خصائصها:

أولًا، الدوخة العامة (Dizziness)، وهي مصطلح واسع يشير إلى شعور غير محدد بعدم الارتياح أو عدم الثبات، دون الإحساس الحقيقي بالدوران. وقد تكون ناتجة عن أسباب متعددة مثل الإرهاق أو القلق أو اضطرابات بسيطة في ضغط الدم.

ثانيًا، الدوار غير الدهليزي أو الشعور بقرب الإغماء (Lightheadedness/Presyncope)، ويتميّز بإحساس بالخفة في الرأس أو الشعور بقرب فقدان الوعي. وغالبًا ما يرتبط بانخفاض ضغط الدم، أو اضطرابات القلب، أو نقص التروية الدماغية، ولا يكون مصحوبًا بإحساس الدوران.

ثالثًا، اختلال التوازن (Disequilibrium)، وهو شعور بعدم الاستقرار أثناء الوقوف أو المشي، دون وجود إحساس بالدوران. ويُشاهد غالبًا لدى كبار السن أو في حالات ضعف العضلات أو اضطرابات الأعصاب الطرفية.

رابعًا، الدوار المركزي (Central Vertigo)، والذي يُعدّ نوعًا خاصًا من الدوار لكنه يختلف عن الدوار الدهليزي المحيطي من حيث السبب. فهو ناتج عن خلل في الجهاز العصبي المركزي، مثل المخيخ أو جذع الدماغ، وغالبًا ما يكون أقل شدة من حيث الإحساس بالدوران، لكنه أكثر خطورة، وقد يترافق مع أعراض عصبية أخرى مثل ضعف الأطراف أو اضطراب الكلام.

آلية حدوث الدوار الدهليزي (Pathophysiology)

تُعدّ آلية حدوث الدوار الدهليزي من العمليات المعقدة التي تعتمد على التكامل الدقيق بين الجهاز الدهليزي في الأذن الداخلية والجهاز العصبي المركزي. وينشأ الدوار عندما يحدث خلل في هذا النظام، مما يؤدي إلى اضطراب في تفسير الإشارات الحسية المرتبطة بالحركة والتوازن.

في الحالة الطبيعية، يعمل الجهاز الدهليزي على إرسال إشارات متوازنة ومتناظرة من الأذنين (اليمنى واليسرى) إلى الدماغ. وتعكس هذه الإشارات وضعية الرأس وحركته بشكل دقيق. يقوم الدماغ، وتحديدًا النوى الدهليزية في جذع الدماغ والمخيخ، بدمج هذه المعلومات مع المدخلات البصرية والحسية العميقة (Proprioception)، مما يسمح بالحفاظ على التوازن واستقرار الرؤية.

عند حدوث خلل في أحد مكونات هذا النظام، سواء في الأذن الداخلية أو في المسارات العصبية أو في المراكز الدماغية، يحدث عدم تماثل في الإشارات العصبية القادمة من الجانبين. هذا الاختلال يُفسَّر من قبل الدماغ على أنه حركة غير حقيقية، مما يؤدي إلى الشعور بالدوار، غالبًا على شكل دوران.

من أبرز الآليات المرضية التي تفسر حدوث الدوار الدهليزي:

أولًا، عدم التوازن بين الإشارات الدهليزية الثنائية، حيث يؤدي ضعف أو فقدان الإشارات من أحد الجانبين (كما في التهاب العصب الدهليزي) إلى سيطرة الإشارات من الجانب السليم، فيُفسر الدماغ ذلك كحركة مستمرة.

ثانيًا، التحفيز غير الطبيعي للخلايا الشعرية داخل القنوات نصف الدائرية أو الأعضاء الحسية (الكُييس والقُريبة)، كما يحدث في الدوار الموضعي الحميد، حيث تتحرك بلورات الأوتوليث بشكل غير طبيعي داخل القنوات، مما يسبب إرسال إشارات خاطئة عند تغيير وضعية الرأس.

ثالثًا، اضطراب في معالجة الإشارات داخل الجهاز العصبي المركزي، كما في حالات الدوار المركزي، حيث يكون الخلل في النوى الدهليزية أو المخيخ أو المسارات العصبية، مما يؤدي إلى تفسير غير دقيق للإشارات الحسية.

رابعًا، التضارب الحسي (Sensory Mismatch)، وهو من أهم المفاهيم في تفسير الدوار، حيث يحدث عندما تتعارض المعلومات القادمة من الجهاز الدهليزي مع تلك القادمة من العينين أو المستقبلات الحسية العميقة. مثال ذلك ما يحدث في دوار الحركة، حيث ترى العين بيئة ثابتة بينما يشعر الجهاز الدهليزي بالحركة، مما يؤدي إلى إحساس بالدوار والغثيان.

كما يُسهم منعكس الدهليز العيني (Vestibulo–Ocular Reflex) في ظهور بعض الأعراض، حيث يؤدي الخلل فيه إلى حركات غير طبيعية في العين (الرأرأة)، مما يسبب تشوش الرؤية ويزيد من الإحساس بعدم التوازن.

ومن المهم الإشارة إلى أن الجهاز العصبي يمتلك قدرة على التعويض المركزي (Central Compensation)، وهي عملية تكيفية يقوم فيها الدماغ بإعادة تنظيم الإشارات الحسية للتقليل من أعراض الدوار مع مرور الوقت، خاصة في الحالات المحيطية. إلا أن هذه العملية قد تكون غير مكتملة في بعض المرضى، مما يؤدي إلى استمرار الأعراض بشكل مزمن.

الأسباب المحيطية للدوار الدهليزي (Peripheral Causes of Vestibular Vertigo)

تُعدّ الأسباب المحيطية للدوار الدهليزي الأكثر شيوعًا في الممارسة السريرية، وتنشأ نتيجة اضطرابات تصيب الأذن الداخلية أو العصب الدهليزي. وتتميّز هذه الحالات غالبًا ببداية مفاجئة وأعراض شديدة، إلا أنها في معظم الأحيان تكون حميدة وقابلة للعلاج أو التحسن مع الوقت.

تنجم هذه الاضطرابات عن خلل في نقل الإشارات الحسية من الجهاز الدهليزي إلى الدماغ، مما يؤدي إلى عدم توازن في المدخلات العصبية بين الجانبين، وبالتالي ظهور الإحساس بالدوار.

أهم الأسباب المحيطية

1. الدوار الموضعي الانتيابي الحميد (Benign Paroxysmal Positional Vertigo – BPPV)

يُعدّ من أكثر أسباب الدوار شيوعًا، وينتج عن تحرّك بلورات كربونات الكالسيوم (Otoliths) من مكانها الطبيعي في الكُييس إلى داخل القنوات نصف الدائرية، خاصة القناة الخلفية.

يؤدي ذلك إلى تحفيز غير طبيعي للخلايا الحسية عند تغيير وضعية الرأس، مما يسبب نوبات قصيرة من الدوار الشديد تستمر لثوانٍ، وتُثار بحركات معينة مثل الاستلقاء أو النهوض.

2. التهاب العصب الدهليزي (Vestibular Neuritis)

ينتج عن التهاب، غالبًا فيروسي، يصيب العصب الدهليزي، مما يؤدي إلى خلل مفاجئ في نقل الإشارات من الأذن الداخلية إلى الدماغ.

يتميّز بظهور دوار حاد ومستمر قد يستمر لأيام، ويكون مصحوبًا بالغثيان والقيء، دون تأثير واضح على السمع.

3. مرض منيير (Ménière’s Disease)

يُعدّ اضطرابًا مزمنًا في الأذن الداخلية، ويُعتقد أنه ناتج عن زيادة الضغط في سائل الإندوليمف (Endolymphatic Hydrops).

1. يتميّز بنوبات متكررة من الدوار تستمر من دقائق إلى ساعات، ويصاحبها:
2. طنين في الأذن
3. فقدان سمع تدريجي
4. إحساس بالامتلاء في الأذن

4. التهاب التيه (Labyrinthitis)

يشمل التهاب الأذن الداخلية بالكامل، بما في ذلك الجزء الدهليزي والقوقعي.

يشبه التهاب العصب الدهليزي، لكنه يتميّز بوجود فقدان سمع بالإضافة إلى الدوار، وغالبًا ما يكون سببه عدوى فيروسية أو بكتيرية.

5. الناسور اللمفي المحيطي (Perilymph Fistula)

يحدث نتيجة تسرب السائل من الأذن الداخلية إلى الأذن الوسطى، غالبًا بسبب إصابة أو تغير مفاجئ في الضغط (مثل الغوص أو الطيران).

يؤدي إلى دوار يزداد مع الجهد أو تغير الضغط، وقد يصاحبه ضعف في السمع.

6. الأدوية السامة للأذن (Ototoxic Drugs)

بعض الأدوية، مثل بعض المضادات الحيوية (كالأمينوغليكوزيدات)، قد تُسبب تلفًا في الخلايا الشعرية في الجهاز الدهليزي، مما يؤدي إلى اضطراب التوازن والدوار، خاصة في حال الاستخدام طويل الأمد أو بجرعات عالية.

الخصائص العامة للأسباب المحيطية

تتميّز الأسباب المحيطية للدوار الدهليزي بعدة صفات سريرية تساعد في تمييزها:

دوار شديد وواضح الإحساس بالدوران

غالبًا ما يزداد مع حركة الرأس

وجود أعراض نباتية مثل الغثيان والقيء

قد يترافق مع أعراض سمعية (في بعض الحالات)

غياب العلامات العصبية المركزية

الأهمية السريرية

تكمن أهمية فهم هذه الأسباب في أن معظمها قابل للعلاج بطرق فعالة، مثل المناورات العلاجية في حالة BPPV، أو العلاج الدوائي والدعم التأهيلي في الحالات الأخرى. كما أن التشخيص الصحيح يساعد في طمأنة المريض وتقليل القلق المرتبط بالأعراض.

وترتبط هذه الأسباب بشكل مباشر بموضوع البحث، إذ إن تكرار النوبات أو استمرار الأعراض قد يؤدي إلى تقييد النشاط اليومي وتدهور جودة الحياة، خاصة في الحالات المزمنة مثل مرض منيير.

الأسباب المركزية للدوار الدهليزي (Central Causes of Vestibular Vertigo)

تنتج الأسباب المركزية للدوار الدهليزي عن اضطرابات تصيب الجهاز العصبي المركزي، خاصة في جذع الدماغ أو المخيخ، وهما المنطقتان المسؤولتان عن معالجة الإشارات الدهليزية وتنسيق التوازن. وعلى الرغم من أن هذا النوع أقل شيوعًا من الدوار المحيطي، إلا أنه يُعدّ أكثر خطورة من الناحية السريرية، نظرًا لارتباطه بأمراض قد تكون مهددة للحياة.

ينشأ الدوار المركزي نتيجة خلل في تفسير أو تكامل الإشارات الحسية، وليس في استقبالها فقط كما في الحالات المحيطية. وهذا يؤدي إلى اضطراب في الإحساس بالتوازن، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بأعراض عصبية أخرى تساعد في تمييزه.

أهم الأسباب المركزية

1. السكتة الدماغية (Stroke)

تُعدّ من أخطر أسباب الدوار المركزي، خاصة إذا أصابت المخيخ أو جذع الدماغ.

قد يظهر الدوار بشكل مفاجئ، ويكون مصحوبًا بأعراض مثل:

1. ضعف في أحد الأطراف
2. صعوبة في الكلام
3. ازدواجية الرؤية
4. فقدان التوازن الشديد

2. التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis)

هو مرض مناعي مزمن يصيب الجهاز العصبي المركزي، ويؤدي إلى تلف في غمد الميالين.

قد يكون الدوار أحد الأعراض المبكرة، نتيجة تأثر المسارات الدهليزية في الدماغ.

3. أورام الدماغ (Brain Tumors)

خاصة الأورام التي تصيب المخيخ أو الزاوية الجسرية المخيخية.

تؤدي إلى دوار تدريجي يزداد مع الوقت، وغالبًا ما يترافق مع أعراض عصبية أخرى مثل الصداع أو فقدان السمع.

4. الشقيقة الدهليزية (Vestibular Migraine)

تُعدّ من الأسباب الشائعة نسبيًا للدوار المركزي، وتحدث لدى مرضى الصداع النصفي.

تتميّز بنوبات دوار متكررة قد تستمر من دقائق إلى ساعات، وقد تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بصداع.

5. اضطرابات المخيخ (Cerebellar Disorders)

مثل التنكس المخيخي أو الالتهابات، والتي تؤثر على تنسيق الحركة والتوازن.

تؤدي إلى عدم استقرار واضح أثناء المشي، مع دوار أقل إحساسًا بالدوران مقارنة بالمحيطي.

الخصائص السريرية للدوار المركزي

1. يتميّز الدوار المركزي بعدة صفات تساعد في التفريق بينه وبين الدوار المحيطي:
2. إحساس أقل وضوحًا بالدوران، وقد يكون شعورًا بعدم التوازن
3. أعراض مستمرة أو تدريجية
4. عدم تأثر واضح بحركة الرأس
5. وجود علامات عصبية مصاحبة (ضعف، تنميل، اضطراب كلام أو رؤية)
6. غياب الأعراض السمعية في معظم الحالات
7. رأرأة غير نمطية ولا تثبط بتثبيت النظر

الأهمية السريرية

تكمن أهمية التعرف على الأسباب المركزية في ضرورة التشخيص السريع والدقيق، إذ قد تتطلب بعض الحالات، مثل السكتة الدماغية، تدخلاً طبيًا عاجلاً لتجنب مضاعفات خطيرة. كما أن التأخير في التشخيص قد يؤدي إلى تدهور الحالة العصبية للمريض.

الأعراض :

الدوخة وفقدان التوازن

تُعدّ الدوخة وفقدان التوازن من أبرز الأعراض السريرية المرتبطة بالدوار الدهليزي، وتمثّلان التعبير الوظيفي المباشر لاضطراب الجهاز المسؤول عن تنظيم التوازن والإدراك المكاني. وغالبًا ما تكون هذه الأعراض هي السبب الرئيسي الذي يدفع المرضى لطلب الرعاية الطبية، نظرًا لتأثيرها الكبير على القدرة على أداء الأنشطة اليومية.

تُوصف الدوخة في سياق الاضطرابات الدهليزية عادةً على أنها إحساس بالحركة أو الدوران، وقد تكون مستمرة أو على شكل نوبات متقطعة. وينتج هذا الإحساس عن خلل في نقل أو معالجة الإشارات الحسية من الجهاز الدهليزي إلى الدماغ، مما يؤدي إلى تضارب في المعلومات المتعلقة بوضعية الجسم. وقد تزداد شدة الدوخة مع حركة الرأس أو تغيير الوضعية، وهو ما يُلاحظ بشكل واضح في بعض الحالات مثل الدوار الموضعي الحميد.

أما فقدان التوازن، فيتمثل في عدم القدرة على الحفاظ على وضعية الجسم بشكل مستقر أثناء الوقوف أو المشي. ويظهر ذلك على شكل تمايل، أو انحراف أثناء المشي، أو الشعور بعدم الثبات، وقد يصل في بعض الحالات إلى السقوط. ويرتبط هذا العرض بخلل في التكامل بين الجهاز الدهليزي والجهاز البصري والمستقبلات الحسية العميقة، حيث يفشل الدماغ في تنسيق هذه المدخلات بشكل صحيح.

وتزداد أهمية هذه الأعراض لدى كبار السن، حيث يُعدّ فقدان التوازن من العوامل الرئيسية المؤدية إلى السقوط، وما يترتب عليه من إصابات قد تكون خطيرة. كما أن الشعور المستمر بعدم الثبات قد يدفع المرضى إلى تقليل حركتهم أو تجنب الأنشطة اليومية، مما يؤدي إلى تدهور اللياقة البدنية وزيادة الاعتماد على الآخرين.

من الناحية الوظيفية، تؤثر الدوخة وفقدان التوازن بشكل مباشر على قدرة الفرد على أداء المهام اليومية مثل المشي، وصعود الدرج، والقيادة، والعمل. وقد يعاني المرضى من صعوبة في التركيز أو أداء المهام التي تتطلب تنسيقًا حركيًا، مما ينعكس سلبًا على الإنتاجية وجودة الحياة.

كما أن لهذه الأعراض تأثيرًا نفسيًا ملحوظًا، حيث قد يشعر المريض بالقلق أو الخوف من السقوط، خاصة في الأماكن العامة أو غير المألوفة. وقد يؤدي ذلك إلى تجنب النشاطات الاجتماعية والعزلة، مما يزيد من العبء النفسي المرتبط بالحالة.

الغثيان والقيء

يُعدّ الغثيان والقيء من الأعراض الشائعة والمرافقة للدوار الدهليزي، ويُفسَّران كنتيجة مباشرة للارتباط الوثيق بين الجهاز الدهليزي ومراكز التحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي، خاصة تلك الموجودة في جذع الدماغ. وغالبًا ما تظهر هذه الأعراض بشكل حاد ومتزامن مع نوبات الدوار، مما يزيد من شدة الحالة ويؤثر بشكل كبير على راحة المريض وقدرته على أداء أنشطته اليومية.

ينشأ الغثيان نتيجة تحفيز غير طبيعي للمسارات العصبية التي تربط الجهاز الدهليزي بمراكز القيء في الدماغ، مثل النواة المفردة (Nucleus Tractus Solitarius) والمركز القيئي (Vomiting Center). وعندما يحدث خلل في الإشارات الدهليزية، كما في حالات الدوار الحاد، يتم إرسال إشارات متضاربة إلى هذه المراكز، مما يؤدي إلى تنشيط الاستجابة اللاإرادية التي تشمل الغثيان والقيء.

يكون الغثيان في حالات الدوار الدهليزي غالبًا شديدًا ومفاجئًا، وقد يتفاقم مع حركة الرأس أو تغيير الوضعية. أما القيء، فقد يكون متكررًا في الحالات الحادة، مثل التهاب العصب الدهليزي، مما يؤدي إلى فقدان السوائل واضطراب التوازن الكهربائي في الجسم إذا استمر لفترة طويلة.

وتُعدّ هذه الأعراض جزءًا من ما يُعرف بـ"الاستجابة النباتية" (Autonomic Response)، والتي تشمل أيضًا التعرّق، وشحوب الجلد، وزيادة معدل ضربات القلب. وتُلاحظ هذه الاستجابة بشكل أوضح في الحالات المحيطية الحادة، حيث يكون التحفيز الدهليزي غير الطبيعي أكثر وضوحًا.

من الناحية الوظيفية، يُسهم الغثيان والقيء في زيادة الإعاقة المرتبطة بالدوار، حيث قد يمنعان المريض من تناول الطعام أو الشراب، ويؤديان إلى الشعور بالإرهاق العام. كما قد يضطر المريض إلى البقاء في وضعية ثابتة لتجنب تفاقم الأعراض، مما يحدّ من حركته ويؤثر على استقلاليته.

كما أن استمرار هذه الأعراض قد يؤدي إلى تأثيرات نفسية، مثل القلق من تكرار النوبات أو الخوف من التواجد في أماكن لا يمكن فيها السيطرة على الأعراض، مما يعزز من تجنب الأنشطة اليومية والاجتماعية.

من الجدير بالذكر أن شدة الغثيان والقيء قد تُستخدم سريريًا كمؤشر للمساعدة في التمييز بين الدوار المحيطي والمركزي، حيث تكون هذه الأعراض عادةً أكثر وضوحًا في الحالات المحيطية.

اضطرابات الرؤية (تشوش النظر والرأرأة)

تُعدّ اضطرابات الرؤية من الأعراض الشائعة والمهمة في الدوار الدهليزي، وترتبط بشكل مباشر بخلل في التكامل بين الجهاز الدهليزي والجهاز البصري. ويؤدي هذا الخلل إلى صعوبة في تثبيت الصورة على شبكية العين أثناء حركة الرأس، مما ينعكس على شكل تشوش في الرؤية أو حركات لا إرادية في العين تُعرف بـ"الرأرأة" (Nystagmus).

في الحالة الطبيعية، يعمل منعكس الدهليز العيني (Vestibulo–Ocular Reflex – VOR) على الحفاظ على ثبات الصورة البصرية، حيث تتحرك العينان في الاتجاه المعاكس لحركة الرأس بنفس السرعة، مما يضمن وضوح الرؤية أثناء الحركة. وعند حدوث اضطراب في هذا المنعكس نتيجة خلل دهليزي، تفشل العينان في تعويض حركة الرأس بشكل صحيح، مما يؤدي إلى تشوش الرؤية، خاصة أثناء المشي أو تحريك الرأس.

أما الرأرأة، فهي حركة لا إرادية إيقاعية للعينين، تتكوّن عادةً من طور بطيء في اتجاه معين، يليه طور سريع في الاتجاه المعاكس. وتُعدّ من العلامات السريرية المهمة التي تشير إلى وجود خلل في الجهاز الدهليزي. وقد تكون الرأرأة أفقية أو عمودية أو دورانية، ويعتمد اتجاهها وطبيعتها على موقع الخلل (محيطي أو مركزي).

في حالات الدوار الدهليزي المحيطي، تكون الرأرأة غالبًا أحادية الاتجاه، وتزداد مع النظر في اتجاه معين، وقد تقل شدتها عند تثبيت النظر. أما في الحالات المركزية، فقد تكون الرأرأة متعددة الاتجاهات أو غير منتظمة، ولا تتأثر بتثبيت النظر، مما يُعدّ مؤشرًا على وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي.

إضافةً إلى ذلك، قد يعاني المرضى من ما يُعرف بـ"تذبذب الرؤية" (Oscillopsia)، وهو إحساس بأن الأشياء تتحرك أو تهتز أثناء النظر، خاصة أثناء الحركة. ويحدث ذلك نتيجة فشل منعكس الدهليز العيني في تثبيت الصورة، ويُعدّ من الأعراض المزعجة التي تؤثر بشكل كبير على القدرة على القراءة أو المشي أو القيادة.

من الناحية الوظيفية، تؤثر اضطرابات الرؤية بشكل مباشر على الأداء اليومي، حيث يعاني المرضى من صعوبة في التركيز البصري، أو أداء المهام التي تتطلب دقة في الرؤية. كما قد يؤدي تشوش النظر إلى زيادة خطر السقوط، خاصة عند التنقل في بيئات غير مستقرة.

كما أن لهذه الأعراض تأثيرًا نفسيًا، حيث قد يشعر المريض بعدم الأمان أثناء الحركة أو في الأماكن المزدحمة، مما يدفعه إلى تجنب الأنشطة الاجتماعية أو المهنية التي تتطلب تركيزًا بصريًا عاليًا.

تأثير الدوار الدهليزي على المشي والحركة

يُعدّ تأثير الدوار الدهليزي على المشي والحركة من الجوانب الوظيفية المهمة التي تعكس مدى تأثر المريض بالحالة، حيث يعتمد الحفاظ على التوازن أثناء الحركة على تكامل دقيق بين الجهاز الدهليزي، والجهاز البصري، والمستقبلات الحسية العميقة. وعند حدوث خلل في هذا النظام، تتأثر القدرة على التنقل بشكل طبيعي وآمن.

يعاني المرضى المصابون بالدوار الدهليزي غالبًا من عدم الاستقرار أثناء المشي، والذي يظهر على شكل تمايل أو انحراف في الاتجاه، وقد يميل المريض إلى السير ببطء أو اتخاذ خطوات قصيرة ومترددة. وفي بعض الحالات، قد يضطر المريض إلى توسيع قاعدة المشي (أي إبعاد القدمين عن بعضهما) لزيادة الثبات، وهي محاولة تعويضية لتقليل خطر السقوط.

كما يواجه المرضى صعوبة في تغيير الاتجاه أو الحركة المفاجئة، حيث قد تؤدي هذه التغيرات إلى تفاقم الشعور بالدوار وفقدان التوازن. ويُلاحظ أن الأنشطة التي تتطلب تنسيقًا حركيًا عاليًا، مثل صعود الدرج أو المشي في الأماكن غير المستوية، تصبح أكثر تحديًا وخطورة.

في الحالات الحادة، قد يكون المريض غير قادر على الوقوف أو المشي دون دعم، بينما في الحالات المزمنة، قد يستمر الشعور بعدم الثبات حتى في غياب نوبات الدوار، وهو ما يُعرف بـ"عدم الاستقرار المزمن". ويؤدي ذلك إلى تقليل النشاط البدني بشكل ملحوظ، مما ينعكس سلبًا على اللياقة العامة وصحة العضلات.

من جهة أخرى، يُعدّ الخوف من السقوط من العوامل المهمة التي تؤثر على سلوك المريض، حيث قد يتجنب الحركة أو يحدّ من تنقله، حتى في الحالات التي تكون فيها القدرة الجسدية كافية. وهذا السلوك التجنبي قد يؤدي إلى تدهور إضافي في التوازن نتيجة قلة الاستخدام، مما يُدخل المريض في حلقة مفرغة من الخمول وعدم الاستقرار.

كما أن اضطرابات المشي قد تؤثر على القدرة على أداء الأنشطة اليومية الأساسية، مثل الذهاب إلى العمل، أو التسوق، أو حتى التنقل داخل المنزل، مما يزيد من الاعتماد على الآخرين ويؤثر على الاستقلالية الشخصية.

ومن الناحية السريرية، يُستخدم تقييم المشي والتوازن كأداة مهمة لتحديد شدة الاضطراب الدهليزي، كما يُسهم في توجيه برامج إعادة التأهيل التي تهدف إلى تحسين التوازن واستعادة القدرة على الحركة من خلال تمارين مخصصة.

الفحص السريري للدوار الدهليزي

يُعدّ الفحص السريري خطوة أساسية في تشخيص الدوار الدهليزي، إذ يعتمد عليه الطبيب بشكل كبير في تحديد طبيعة الاضطراب ومصدره قبل اللجوء إلى الفحوصات المتقدمة. يبدأ هذا الفحص بأخذ التاريخ المرضي المفصل، والذي يُركّز على وصف المريض للدوار من حيث كونه إحساسًا بالدوران، ومدة النوبات، وتكرارها، والعوامل التي تُحفّزها مثل تغيير وضعية الرأس، بالإضافة إلى الأعراض المصاحبة كالغثيان، والقيء، واضطرابات السمع أو الطنين. ويساعد هذا الجزء في توجيه التشخيص الأولي والتمييز بين الأنماط المختلفة للدوار.

يلي ذلك إجراء الفحص العصبي العام، والذي يهدف إلى تقييم وظائف الجهاز العصبي المركزي، بما في ذلك فحص الأعصاب القحفية، والتأكد من سلامة القوة العضلية، والتناسق الحركي، وردود الفعل، وذلك لاستبعاد

الأسباب المركزية المحتملة. كما يتم التركيز على تقييم التوازن من خلال ملاحظة قدرة المريض على الوقوف بثبات، ومدى وجود تمايل أو انحراف.

ويشمل الفحص أيضًا مجموعة من الاختبارات السريرية الخاصة بالجهاز الدهليزي، والتي تُستخدم لتقييم وظيفته بشكل مباشر. من أبرز هذه الاختبارات اختبار ديكس–هالبايك، الذي يُستخدم للكشف عن الدوار الموضعي الانتيابي الحميد من خلال تحفيز الأعراض ومراقبة حدوث الرأرأة. كما يُستخدم اختبار حركة الرأس السريعة لتقييم كفاءة المنعكس الدهليزي العيني، حيث يشير فشل تثبيت النظر إلى وجود خلل في الجهاز الدهليزي. ويُعدّ فحص الرأرأة من العناصر المهمة، إذ يتم تقييم اتجاهها وشدتها وتأثرها بتثبيت النظر، مما يساعد في التمييز بين الأسباب المحيطية والمركزية.

إضافةً إلى ذلك، يتم إجراء اختبارات التوازن مثل اختبار رومبيرغ، الذي يكشف عن اضطرابات التوازن عند إغلاق العينين، وكذلك تقييم المشي، حيث يُلاحظ وجود تمايل أو صعوبة في الحفاظ على الاتجاه. وقد يُستخدم اختبار HINTS في الحالات الحادة، وهو اختبار مركب يساعد في التمييز بين الدوار المحيطي والمركزي بدقة عالية.

بناءً على ذلك، يُوفّر الفحص السريري تقييمًا متكاملًا وشاملًا لحالة المريض، ويُعدّ أداة فعّالة في توجيه التشخيص، خاصة عند إجرائه بطريقة منهجية دقيقة تجمع بين التحليل السريري والملاحظة المباشرة للأعراض والعلامات.

التصوير الطبي والتقييم الوظيفي في تشخيص الدوار الدهليزي

يُعدّ التصوير الطبي والتقييم الوظيفي من الوسائل المكمّلة للفحص السريري في تشخيص الدوار الدهليزي، حيث تُستخدم هذه الأدوات لتأكيد التشخيص، واستبعاد الأسباب الخطيرة، وتقييم مدى تأثير الاضطراب على وظائف التوازن. يُستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) بشكل أساسي لتقييم الجهاز العصبي المركزي، خاصة في الحالات التي يُشتبه فيها بوجود أسباب مركزية مثل السكتات الدماغية أو الأورام أو التصلب المتعدد، نظرًا لقدرته العالية على إظهار تفاصيل الدماغ وجذع الدماغ والمخيخ. أما التصوير المقطعي المحوسب (CT)، فيُستخدم في بعض الحالات، خاصة في الطوارئ أو عند الاشتباه بوجود نزيف أو إصابة عظمية، إلا أنه أقل دقة من MRI في تقييم الأنسجة العصبية الدقيقة.

إلى جانب ذلك، يُسهم التقييم الوظيفي في قياس تأثير الدوار على التوازن والأداء الحركي، من خلال استخدام اختبارات ومعايير موضوعية تُقيّم قدرة المريض على الحفاظ على الثبات أثناء الوقوف أو المشي. وتشمل هذه التقييمات اختبارات التوازن الديناميكي، وملاحظة نمط المشي، واستخدام مقاييس معيارية مثل مقياس الإعاقة المرتبطة بالدوار (Dizziness Handicap Inventory)، والتي تساعد في تحديد شدة الحالة ومتابعة تطورها مع العلاج. كما يمكن استخدام بعض الاختبارات المتقدمة لتقييم وظيفة الجهاز الدهليزي بشكل أدق، مثل اختبارات تتبع حركة العين أو قياس الاستجابة الحركية.

تأثير الدوار الدهليزي على جودة الحياة

التأثير الجسدي

يؤدي الدوار الدهليزي إلى اضطراب في التوازن والحركة، مما يحدّ من قدرة المريض على أداء الأنشطة اليومية مثل المشي والوقوف، ويزيد من خطر السقوط. كما يساهم في تقليل النشاط البدني والشعور بالإرهاق، مما يؤثر سلبًا على الكفاءة الجسدية العامة.

التأثير النفسي

يرتبط الدوار الدهليزي بزيادة مستويات القلق والخوف من السقوط، وقد يتطور إلى الاكتئاب في الحالات المزمنة. كما يؤدي عدم القدرة على التنبؤ بالنوبات إلى توتر مستمر وسلوكيات تجنبية تؤثر على الحالة النفسية.

التأثير الاجتماعي

يساهم الدوار الدهليزي في تقليل التفاعل الاجتماعي نتيجة تجنب الأنشطة أو الخروج، كما يؤثر على الأداء المهني والدراسي بسبب صعوبة التركيز والتغيب المتكرر. وقد يؤدي الاعتماد على الآخرين إلى شعور بفقدان الاستقلالية.

تأثيره على النوم

يسبب الدوار الدهليزي اضطرابات في النوم، مثل صعوبة بدء النوم أو الاستيقاظ المتكرر، خاصة مع تغيير وضعية الرأس. كما يؤدي القلق المرتبط بالحالة إلى نوم غير مريح، مما يزيد من التعب ويؤثر على الأداء اليومي.

العلاج الدوائي للدوار الدهليزي (Pharmacological Treatment)

يُعدّ العلاج الدوائي أحد الركائز الأساسية في تدبير الدوار الدهليزي، خاصة في المراحل الحادة، حيث يهدف إلى تخفيف الأعراض مثل الدوخة، والغثيان، والقيء، وتحسين راحة المريض. ويعتمد اختيار الدواء على السبب الكامن وراء الدوار، وشدة الأعراض، ومدة الحالة، مع مراعاة تقليل الاستخدام طويل الأمد لتجنب التأثيرات الجانبية أو إعاقة التعويض المركزي.

تشمل الأدوية المستخدمة عدة فئات رئيسية، من أبرزها مثبطات الجهاز الدهليزي (Vestibular Suppressants)، والتي تعمل على تقليل نشاط الجهاز الدهليزي وتخفيف الإحساس بالدوار. ومن الأمثلة عليها مضادات الهيستامين مثل Meclizine وDimenhydrinate، والتي تُستخدم بشكل شائع لتقليل الدوخة والغثيان. كما تُستخدم البنزوديازيبينات مثل Diazepam في بعض الحالات، حيث تُسهم في تثبيط النشاط

الدهليزي وتقليل القلق المصاحب، إلا أن استخدامها يجب أن يكون محدودًا بسبب خطر الاعتماد والتأثيرات المهدئة.

إضافةً إلى ذلك، تُستخدم مضادات القيء (Antiemetics) للتحكم في الغثيان والقيء، مثل Metoclopramide و Ondansetron، والتي تعمل على تثبيط مراكز القيء في الدماغ وتحسين تحمل المريض للأعراض الحادة.

في بعض الحالات المزمنة أو المتكررة، مثل مرض منيير، قد تُستخدم أدوية خاصة مثل Betahistine، الذي يُعتقد أنه يحسّن تدفق الدم في الأذن الداخلية ويقلل من تكرار النوبات. كما قد تُستخدم مدرات البول لتقليل ضغط السوائل في الأذن الداخلية.

أما في حالات الدوار المرتبط بالتهاب، مثل التهاب العصب الدهليزي، فقد تُستخدم الكورتيكوستيرويدات مثل Prednisolone في المراحل المبكرة، بهدف تقليل الالتهاب وتحسين استعادة الوظيفة الدهليزية.

ومن المهم الإشارة إلى أن العلاج الدوائي يُستخدم بشكل أساسي في المرحلة الحادة، بينما يُنصح بتقليل استخدام مثبطات الجهاز الدهليزي في المراحل المزمنة، لأنها قد تُعيق عملية التعويض المركزي التي يقوم بها الدماغ لاستعادة التوازن. لذلك، يُفضَّل دمج العلاج الدوائي مع برامج إعادة التأهيل الدهليزي لتحقيق أفضل النتائج.

بناءً على ذلك، يُمثّل العلاج الدوائي وسيلة فعالة للسيطرة على أعراض الدوار الدهليزي، إلا أن استخدامه يجب أن يكون موجهًا ومدروسًا وفقًا للحالة السريرية، مع مراعاة التوازن بين الفائدة العلاجية والتأثيرات الجانبية.

العلاج الطبيعي الدهليزي (Vestibular Rehabilitation)

يُعدّ العلاج الطبيعي الدهليزي أحد أهم الأساليب غير الدوائية في علاج اضطرابات التوازن والدوار الدهليزي، ويهدف إلى تحسين قدرة الجهاز العصبي على التكيف مع الخلل الحاصل في الجهاز الدهليزي من خلال ما يُعرف بعملية التعويض المركزي (Central Compensation). ويعتمد هذا النوع من العلاج على مجموعة من التمارين الحركية والبصرية المصممة خصيصًا لتحفيز الجهاز الدهليزي وتعزيز تكامله مع الأنظمة الحسية الأخرى.

يقوم العلاج الدهليزي على ثلاثة مبادئ أساسية، وهي: التعوّد (Habituation)، والتكيف (Adaptation)، والاستبدال (Substitution). حيث يهدف التعوّد إلى تقليل استجابة الدماغ للمثيرات التي تسبب الدوار من خلال تكرار التعرض لها بشكل تدريجي، بينما يعمل التكيف على تحسين وظيفة منعكس الدهليز العيني، مما يساعد على تثبيت الرؤية أثناء حركة الرأس. أما الاستبدال، فيعتمد على تعزيز استخدام المدخلات البصرية والحسية العميقة لتعويض نقص المعلومات الدهليزية.

تشمل برامج إعادة التأهيل الدهليزي مجموعة من التمارين، مثل تمارين تثبيت النظر (Gaze Stabilization Exercises)، التي تهدف إلى تحسين التنسيق بين حركة الرأس والعين، وتمارين التوازن التي تُدرّب المريض على الحفاظ على الثبات في أوضاع مختلفة، بالإضافة إلى تمارين المشي التي تساعد على استعادة القدرة على التنقل بثقة. كما قد تتضمن بعض البرامج تمارين خاصة تُستخدم في حالات معينة، مثل مناورات إعادة تموضع البلورات في حالات الدوار الموضعي الحميد.

تُصمَّم هذه البرامج بشكل فردي وفقًا لحالة المريض، وشدة الأعراض، والسبب الكامن وراء الدوار، وغالبًا ما يتم تنفيذها تحت إشراف مختص في العلاج الطبيعي، مع إمكانية متابعة التمارين في المنزل. ويُلاحظ أن التحسن يكون تدريجيًا، ويعتمد على التزام المريض بالبرنامج العلاجي.

من الناحية السريرية، أثبتت الدراسات أن العلاج الدهليزي يُسهم بشكل فعّال في تقليل شدة الدوار، وتحسين التوازن، وزيادة القدرة على أداء الأنشطة اليومية. كما يُعدّ خيارًا آمنًا نسبيًا، مع آثار جانبية محدودة، مما يجعله جزءًا أساسيًا من خطة العلاج، خاصة في الحالات المزمنة أو بعد المرحلة الحادة.

بناءً على ذلك، يُمثّل العلاج الطبيعي الدهليزي وسيلة فعالة لإعادة تأهيل المرضى وتحسين وظائف التوازن، من خلال تعزيز قدرة الدماغ على التكيف مع الخلل الدهليزي واستعادة الأداء الحركي الطبيعي.

المناورات العلاجية (Therapeutic Maneuvers)

تُعدّ المناورات العلاجية من أكثر الأساليب فعالية وبساطة في علاج بعض أنواع الدوار الدهليزي، خاصة الدوار الموضعي الانتيابي الحميد (BPPV)، حيث تهدف هذه المناورات إلى إعادة توجيه بلورات كربونات الكالسيوم (Otoliths) من القنوات نصف الدائرية إلى موقعها الطبيعي في الكُييس، مما يؤدي إلى زوال الأعراض.

تعتمد هذه المناورات على حركات مدروسة للرأس والجسم، يتم تنفيذها وفق تسلسل محدد يسمح باستخدام الجاذبية لنقل البلورات بشكل تدريجي داخل الأذن الداخلية. وتُعدّ مناورة إيبلي (Epley Maneuver) من أشهر هذه التقنيات وأكثرها استخدامًا، حيث يتم فيها تحريك رأس المريض عبر عدة أوضاع متتابعة بهدف إعادة تموضع البلورات في القناة الخلفية، وهي الأكثر شيوعًا في الإصابة.

كما توجد مناورات أخرى مثل مناورة سيمونت (Semont Maneuver)، والتي تعتمد على حركات سريعة نسبيًا لنقل البلورات، وتُستخدم في بعض الحالات كبديل لمناورة إيبلي. وتُظهر هذه المناورات فعالية عالية، حيث يمكن أن تؤدي إلى تحسن سريع في الأعراض بعد جلسة واحدة أو عدة جلسات، خاصة عند تشخيص الحالة بشكل دقيق.

تتميّز المناورات العلاجية بأنها غير دوائية، وآمنة، وسهلة التطبيق، ويمكن إجراؤها في العيادة أو حتى تعليم المريض كيفية تنفيذ بعض التمارين في المنزل تحت إشراف طبي. إلا أنه قد يشعر المريض بدوار مؤقت أثناء تنفيذ المناورة، وهو أمر متوقع نتيجة تحريك البلورات داخل القنوات.

من الناحية السريرية، تُعدّ هذه المناورات خط العلاج الأول في حالات BPPV، وتُسهم بشكل كبير في تقليل الحاجة إلى الأدوية، وتسريع التعافي، واستعادة التوازن الطبيعي. كما أن نجاحها يعتمد على التشخيص الصحيح للقناة المصابة وتطبيق التقنية المناسبة.

العلاج الجراحي (Surgical Treatment)

يُستخدم العلاج الجراحي في حالات محدودة من الدوار الدهليزي، وغالبًا ما يُلجأ إليه عندما تفشل العلاجات الدوائية وإعادة التأهيل والمناورات العلاجية في السيطرة على الأعراض، أو في الحالات التي يكون فيها السبب واضحًا وقابلًا للتدخل الجراحي.

من أبرز الحالات التي قد تتطلب تدخلًا جراحيًا مرض منيير الشديد أو الحالات المزمنة التي تؤثر بشكل كبير على حياة المريض. وتشمل الإجراءات الجراحية عدة خيارات، مثل تخفيف ضغط الكيس اللمفي (Endolymphatic Sac Decompression)، والذي يهدف إلى تقليل ضغط السوائل في الأذن الداخلية، أو قطع العصب الدهليزي (Vestibular Neurectomy)، حيث يتم فصل الإشارات الدهليزية من الأذن المصابة مع الحفاظ على السمع في بعض الحالات.

كما يمكن في بعض الحالات اللجوء إلى استئصال التيه (Labyrinthectomy)، وهو إجراء يُستخدم في الحالات الشديدة التي يكون فيها فقدان السمع موجودًا بالفعل، ويهدف إلى إزالة وظيفة الجهاز الدهليزي في الأذن المصابة بالكامل للتخلص من الإشارات غير الطبيعية.

وعلى الرغم من فعالية هذه الإجراءات في تقليل الدوار، إلا أنها تُعدّ خيارات أخيرة نظرًا لطبيعتها الجراحية والمخاطر المحتملة المرتبطة بها، مثل فقدان السمع أو مضاعفات جراحية أخرى. لذلك، يتم اختيار المرضى بعناية، ويُفضَّل دائمًا البدء بالخيارات العلاجية الأقل تدخلاً.

بناءً على ذلك، يُمثّل العلاج الجراحي خيارًا محدود الاستخدام، يُلجأ إليه في حالات خاصة، ويعتمد نجاحه على التشخيص الدقيق وتقييم الحالة بشكل شامل.

الوقاية وإدارة الحالة (Prevention and Management)

نصائح للمرضى

تُعدّ التوعية الصحية للمريض عنصرًا أساسيًا في الوقاية من تفاقم الدوار الدهليزي وتقليل تكرار النوبات. يُنصح المرضى بتجنب الحركات المفاجئة للرأس، خاصة عند النهوض من السرير أو تغيير الوضعية، حيث قد تؤدي هذه الحركات إلى تحفيز الأعراض. كما يُفضل النهوض ببطء والجلوس لبضع ثوانٍ قبل الوقوف لتقليل الشعور بالدوار.

من المهم أيضًا تجنب البيئات التي قد تزيد من الأعراض، مثل الأماكن المزدحمة أو ذات الإضاءة القوية أو الأنماط البصرية المعقدة. ويُنصح المرضى باستخدام وسائل دعم عند الحاجة، مثل الإمساك بالأثاث أثناء المشي داخل المنزل، لتقليل خطر السقوط.

كما يُشجَّع المرضى على الالتزام بالعلاج الموصوف، سواء الدوائي أو التأهيلي، والمتابعة الدورية مع الطبيب. ويُعدّ تثقيف المريض حول طبيعة المرض وطمأنته عاملًا مهمًا في تقليل القلق المرتبط بالحالة وتحسين التكيف معها.

تعديل نمط الحياة

يلعب تعديل نمط الحياة دورًا مهمًا في إدارة الدوار الدهليزي، حيث يمكن أن يُسهم في تقليل شدة الأعراض وتحسين التوازن. يُنصح بالحفاظ على نمط حياة منتظم، بما في ذلك النوم الكافي وتجنب السهر، نظرًا لتأثير قلة النوم على الجهاز العصبي وزيادة حساسية الأعراض.

كما يُفضل تقليل التعرض للتوتر والضغوط النفسية، لما لها من دور في تفاقم الدوار، خاصة في الحالات المرتبطة بالقلق أو الشقيقة الدهليزية. ويمكن تحقيق ذلك من خلال تقنيات الاسترخاء مثل التنفس العميق أو التأمل.

وفي بعض الحالات، مثل مرض منيير، يُنصح بتقليل تناول الملح لتقليل احتباس السوائل في الأذن الداخلية، إضافة إلى تجنب الكافيين والكحول والتدخين، لما لها من تأثيرات سلبية على التوازن والدورة الدموية.

كما يُشجَّع المرضى على الحفاظ على بيئة آمنة داخل المنزل، مثل إزالة العوائق، وتحسين الإضاءة، واستخدام وسائل مساعدة في الحمام، لتقليل خطر السقوط.

التغذية والنشاط البدني

تلعب التغذية السليمة دورًا مهمًا في دعم وظائف الجهاز العصبي وتحسين الحالة العامة للمريض. يُنصح باتباع نظام غذائي متوازن غني بالفيتامينات والمعادن، خاصة تلك الداعمة للجهاز العصبي مثل فيتامين B، مع الحفاظ على شرب كميات كافية من الماء لتجنب الجفاف الذي قد يزيد من الدوخة.

كما يُنصح بتقليل الأطعمة الغنية بالملح في بعض الحالات، والابتعاد عن المنبهات مثل الكافيين، التي قد تؤثر على استقرار الجهاز الدهليزي.

أما النشاط البدني، فيُعدّ عنصرًا أساسيًا في تحسين التوازن وتعزيز التعويض المركزي. يُنصح بممارسة تمارين خفيفة إلى متوسطة بشكل منتظم، مثل المشي، وتمارين التوازن، وتمارين إعادة التأهيل الدهليزي، حيث تساعد هذه الأنشطة على تدريب الدماغ على التكيف مع الإشارات الحسية غير المتوازنة.

ومن المهم أن يتم البدء بالنشاط بشكل تدريجي وتحت إشراف مختص عند الحاجة، مع تجنب التمارين التي قد تزيد الأعراض في المراحل الحادة. ويسهم النشاط البدني المنتظم في تحسين الثقة بالحركة، وتقليل الخوف من السقوط، وتعزيز الاستقلالية.

القسم العملي

اهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية مشكلة الدوخة واضطرابات التوازن باعتبارها من المشكلات الصحية الشائعة التي تؤثر بشكل كبير على الحياة اليومية للمريض وقدرته الوظيفية والنفسية والاجتماعية. كما أن الدوخة قد تزيد من خطر السقوط والإصابات، خاصة لدى المرضى الذين يعانون من نوبات متكررة وشديدة. وتبرز أهمية الدراسة في تقييم تأثير الدوخة باستخدام Dizziness Handicap Inventory، والذي يساعد في قياس الجوانب الوظيفية والبدنية والعاطفية المرتبطة بالمرض، مما يوفر صورة شاملة عن مدى تأثير الدوخة على جودة حياة المرضى.

كما تسهم هذه الدراسة في:

- توضيح مدى انتشار شدة إعاقة الدوخة بين المرضى .
- تحديد العلاقة بين شدة الدوخة وبعض العوامل مثل السقوط ومدة الأعراض .
- تقييم مدى فعالية العلاج المستخدم خلال فترة قصيرة .
- زيادة الوعي بأهمية المتابعة والعلاج المبكر لمرضى الدوخة .
- دعم الكوادر الطبية بمعلومات قد تساعد في تحسين طرق التشخيص والعلاج والمتابعة .

وتكتسب الدراسة أهمية إضافية لقلة الدراسات المحلية التي تناولت تأثير الدوخة على الجوانب الوظيفية والعاطفية والبدنية لدى المرضى، مما يجعل نتائجها مرجعاً يمكن الاستفادة منه في الدراسات المستقبلية.

الطرائق:

اعتمدت هذه الدراسة على التصميم **الحشدي المستقبلي(Prospective Cohort Study)** ، حيث تمت متابعة نفس المجموعة من المرضى عبر نقطتين زمنيتين بهدف تقييم التغير في درجة الإعاقة الناتجة عن الدوخة بعد أسبوع واحد من المتابعة.
تكونت عينة الدراسة من **107مريض** تم استبعاد 7 لعدم اكمالهم الدراسة

خصائص العينة

- **العمر** :تراوحت أعمار المشاركين بين 18 و75 سنة، بمتوسط 38.31 سنة وانحراف معياري 13.50.
- **الجنس** 59 :أنثى (59%) و41 ذكراً.(41%)
- **الحالة الاجتماعية** 58 :متزوجاً (58%)، 33 أعزباً (33%)، 5 مطلقين (5%)، 4 أرامل.(4%)
- **المعيشة** 91 :يعيشون مع العائلة (91%)، 8 يعيشون وحدهم (8%)، مريض واحد (1%) يعيش في رعاية خاصة

معايير الإدراج

- المرضى الذين يعانون من دوار دهليزي
- القدرة على قراءة وفهم المقياس
- العمر 18 سنة فأكثر

معايير الاستبعاد

- وجود أمراض عصبية شديدة تمنع الإجابة
- عدم الرغبة في المشارك
- المرضى الذين لم يجيبون بعد اسبوع من المتابعة

ادوات الدراسة:

الاستبيان الديموغرافي والسريري

تم تصميم استبيان لجمع البيانات التالية:

- العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، ترتيب السكن.
- مدة المعاناة من الدوخة (أقل من شهر، شهر إلى 6 أشهر، 6 أشهر إلى سنة، أكثر من سنة).
- تكرار نوبات الدوخة (يومياً، عدة مرات في الأسبوع، مرة في الأسبوع، عدة مرات في الشهر، مرة في الشهر أو أقل).
- تاريخ السقوط بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية (لم أسقط، سقطت مرة أو مرتين، سقطت 3 مرات أو أكثر).
- الأمراض المزمنة المصاحبة (مثل: ضغط الدم، السكري، الصداع النصفي، القلق، الاكتئاب).
- نوع الدواء المعطى (Betaseric 16mg / Stugeron 25mg) لمدة 10 أيام

مقياس إعاقة الدوخة(Dizziness Handicap Inventory – DHI)

تم استخدام **النسخة العربية المعتمدة من مقياس إعاقة الدوخة .(Arabic DHI)** يتكون المقياس من 25 عبارة موزعة على ثلاثة محاور فرعية:

المدى	عدد العبارات	المحور
الأنشطة اليومية، العمل، الترفيه	9	الوظيفي(Functional)
الخوف، الإحباط، الاكتئاب، الإحراج	9	العاطفي(Emotional)

الدوخة الناتجة عن الحركة	7	الجسدي(Physical)

طريقة التصحيح:

- نعم = 4 درجات
- أحياناً = درجتان
- لا = 0 درجة

الدرجة الكلية :تتراوح بين 0 و 100.

تفسير الدرجة الكلية (حسب الأدبيات):

- 0 – 30: إعاقة خفيفة
- 31 – 60: إعاقة متوسطة
- 61 – 100: إعاقة شديدة

المحور	عدد العبارات	الدرجة القصوى	يقيس	تفسير النقاط	
الوظيفي(F)	9	36	الأنشطة اليومية، العمل، الترفيه	0–9	خفيف
				10–18	متوسط
				19–27	متوسط–شديد
				28–36	شديد
العاطفي(E)	9	36	الخوف، الإحباط، الإحراج، الاكتئاب	0–8	خفيف
				9–18	خفيف–متوسط
				19–27	متوسط–شديد
				28–36	شديد
الجسدي(P)	7	28	الدوخة الناتجة عن حركات محددة	0–9	خفيف
				10–18	متوسط
				19–28	شديد

تم تحليل البيانات باستخدام (SPSS) اصدار 26 استخدم الإحصاء الوصفي لحساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الفئوية مثل الجنس والحالة الاجتماعية ومدة المعاناة من الدوخة وتكرار النوبات وتاريخ السقوط والأمراض المزمنة وشدة الإعاقة، كما تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وأصغر وأكبر قيمة للمتغيرات العددية مثل العمر والدرجة الكلية لمقياس إعاقة الدوخة ودرجات المحاور الفرعية. أما بالنسبة للإحصاء الاستدلالي، فقد تم استخدام اختبار t–test للعينات المستقلة للمقارنة بين متوسطي مجموعتين مستقلتين مثل المقارنة بين الذكور والإناث أو بين مجموعتي الدواء، واختبار t–test للعينات المرتبطة للمقارنة بين القياس الأول والقياس الثاني لنفس المرضى، واختبار مربع كاي لدراسة العلاقة بين متغيرين فئويين مثل العلاقة بين تاريخ السقوط وشدة الإعاقة

أو بين الجنس والمحور العاطفي. تم اعتماد مستوى دلالة إحصائية عند قيمة p أقل من 0.05. كما تم تحديد الحد الأدنى للتحسن ذي القيمة السريرية بمقدار 18 نقطة للدرجة الكلية للمقياس وفقاً للأدبيات السابق

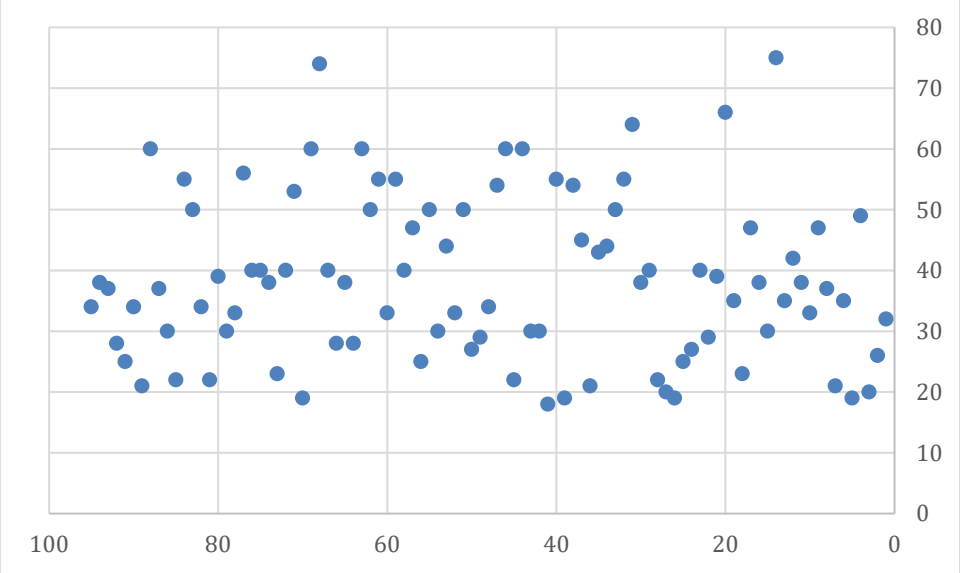
النتائج:

بلغ متوسط أعمار المشاركين 38.31 سنة بانحراف معياري 13.50، وتراوحت أعمارهم بين 18 و75 سنة. هذا يشير إلى تنوع عمري جيد في العينة، حيث ضمت الدراسة كلاً من الشباب وكبار السن، مع غلبة للفئة العمرية المتوسطة.

الجدول رقم (1) توزع العينة حسب العمر

	العدد	اصغر قيمة	اكبر قيمة	المتوسط	الانحراف المعياري
العمر	95	18.00	75.00	38.3053	13.49553

الجدول رقم (1) توزع العينة حسب العمر

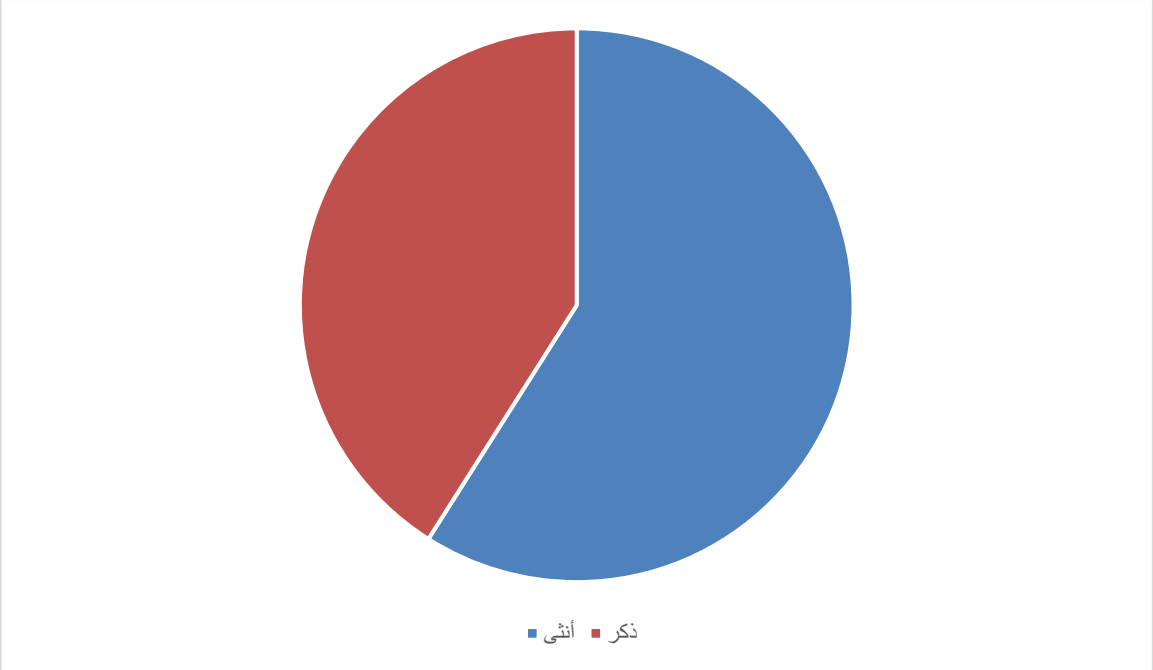


بلغ عدد المشاركين في الدراسة 100 مريض، منهم 59 من الإناث (بنسبة 59.0%) و41 من الذكور (بنسبة 41.0%).

الجدول رقم (2) توزع العينة حسب النوع

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
أنثى	59	59.0	59.0
ذكر	41	41.0	41.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (2) توزع العينة حسب النوع

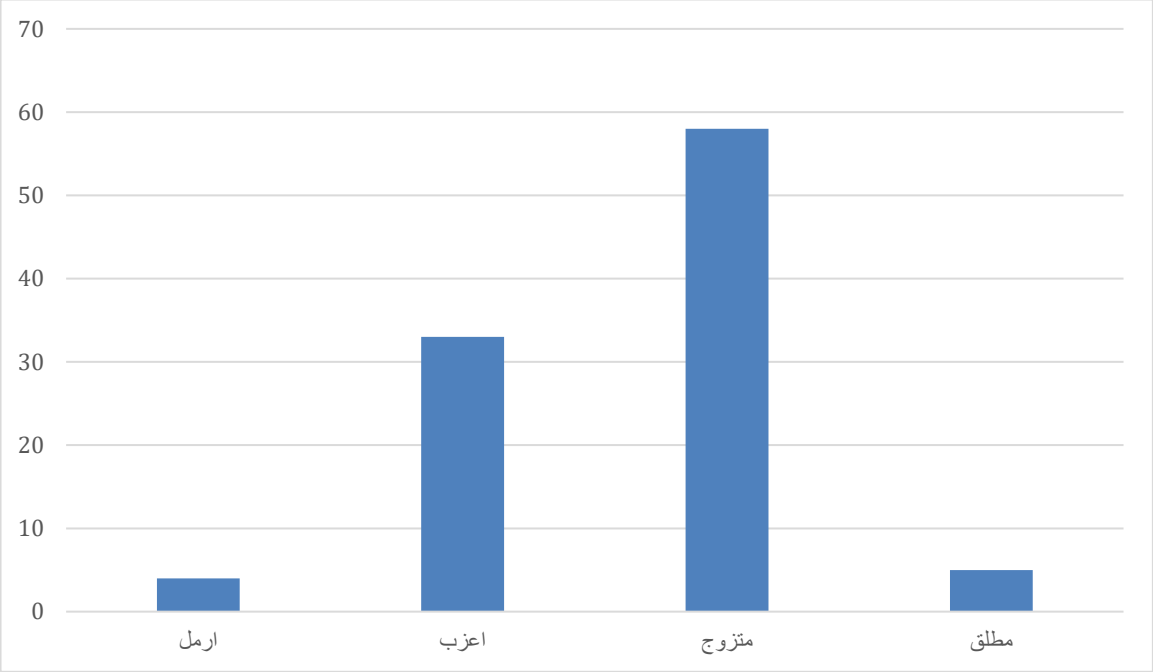


بلغ عدد المشاركين 100 مريض، توزعت حالتهم الاجتماعية كالتالي: 58 متزوجاً (58%)، 33 أعزباً (33%)، 5 مطلقين (5%)، و4 أرامل(4%) .

الجدول رقم (3) توزع العينة حسب الحالة الاجتماعية

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
ارمل	4	4.0	4.0
اعزب	33	33.0	33.0
متزوج	58	58.0	58.0
مطلق	5	5.0	5.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (3) توزع العينة حسب الحالة الاجتماعية

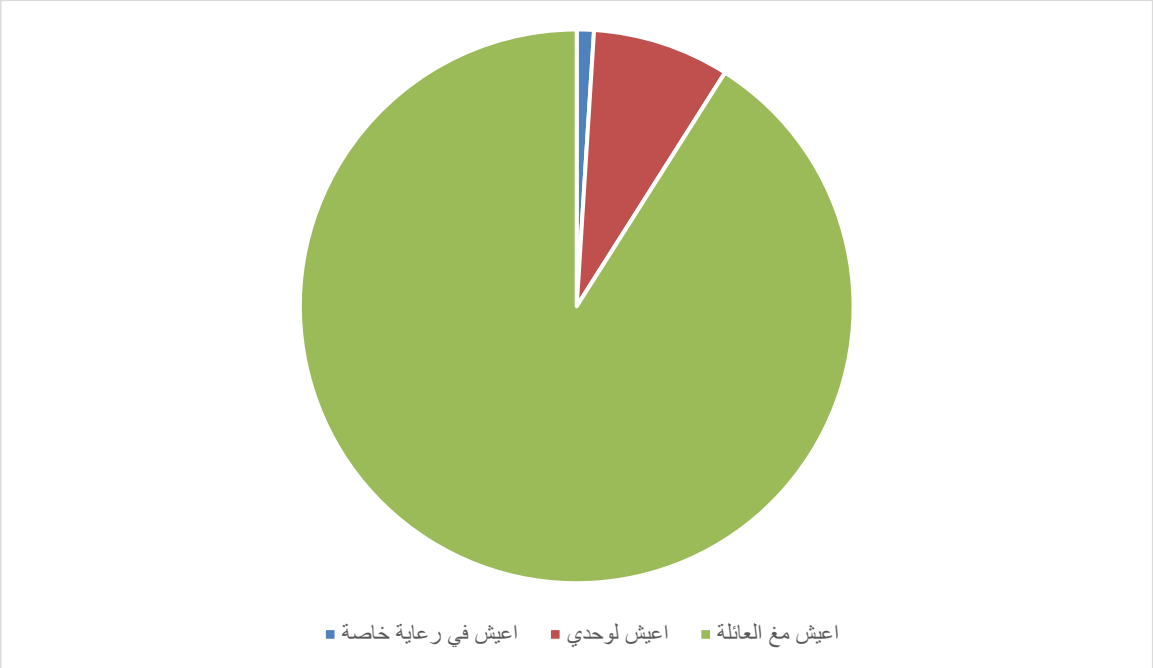


بلغ عدد المشاركين 100 مريض، توزعت ترتيبات معيشتهم كالتالي: 91 يعيشون مع العائلة (91%)، 8 يعيشون وحدهم (8%)، ومريض واحد فقط يعيش في رعاية خاصة(1%) .

الجدول رقم (4) توزع العينة حسب السكن

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
اعيش في رعاية خاصة	1	1.0	1.0
اعيش لوحدي	8	8.0	8.0
اعيش مغ العائلة	91	91.0	91.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (4) توزع العينة حسب السكن

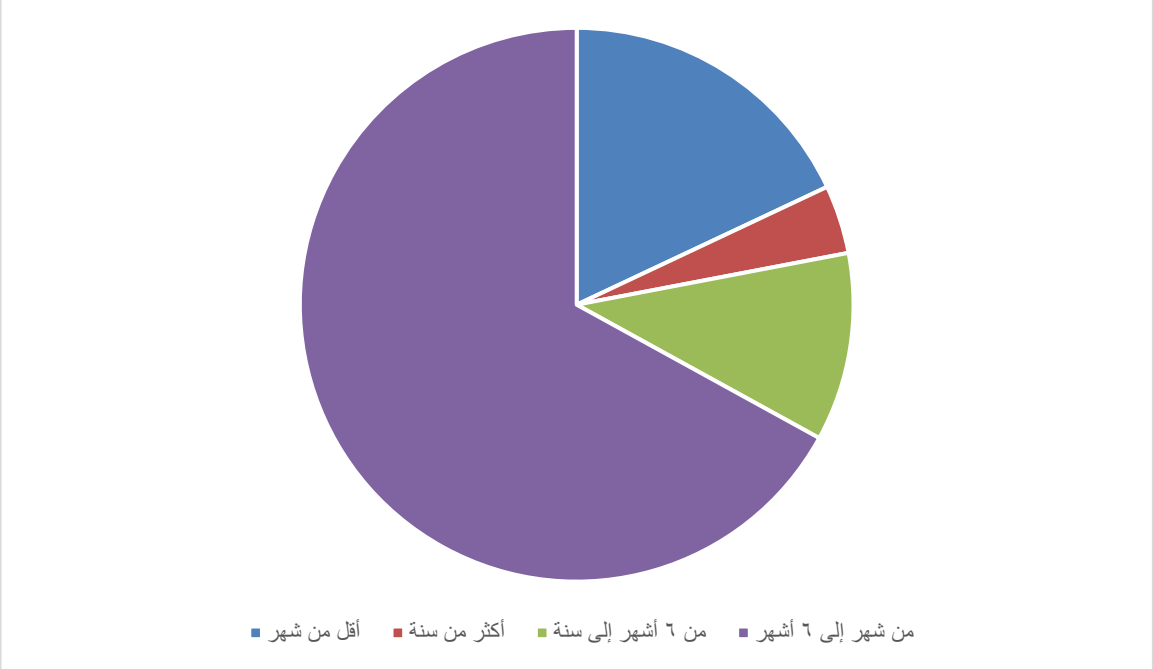


كما أظهرت النتائج :أن 67% من المرضى يعانون من الدوخة لمدة تتراوح بين شهر و6 أشهر، في حين كانت النسبة 18% لأقل من شهر، و11% لمن تتراوح مدته بين 6 أشهر وسنة، وأقل نسبة كانت لأكثر من سنة(4%).

الجدول رقم (5) توزع العينة حسب مدة المعاناة من الدوخة

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
أقل من شهر	18	18.0	18.0
أكثر من سنة	4	4.0	4.0
من 6 أشهر إلى سنة	11	11.0	11.0
من شهر إلى 6 أشهر	67	67.0	67.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (5) توزع العينة حسب مدة المعاناة من الدوخة

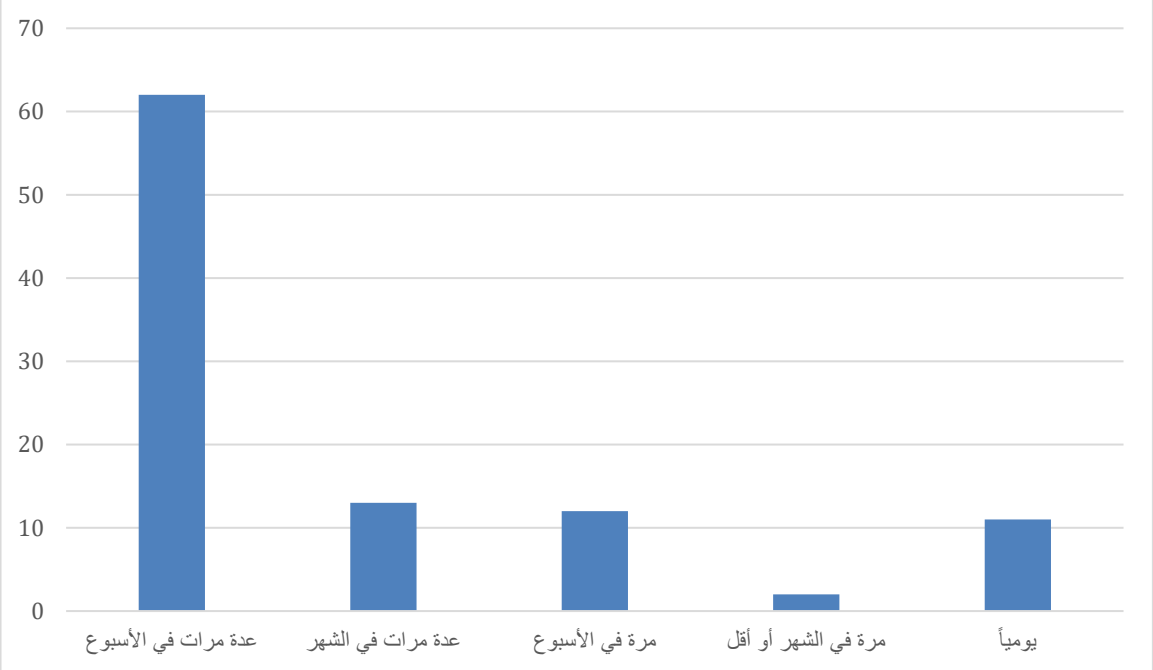


أظهرت النتائج أن 62% من المرضى يعانون من نوبات دوخة عدة مرات في الأسبوع، تليها عدة مرات في الشهر (13%)، ثم مرة في الأسبوع (12%)، يومياً (11%)، وأخيراً مرة في الشهر أو أقل(2%).

الجدول رقم (6) توزع العينة حسب تكرار نوبات الدوخة

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
عدة مرات في الأسبوع	62	62.0	62.0
عدة مرات في الشهر	13	13.0	13.0
مرة في الأسبوع	12	12.0	12.0
مرة في الشهر أو أقل	2	2.0	2.0
يومياً	11	11.0	11.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (6) توزع العينة حسب تكرار نوبات الدوخة

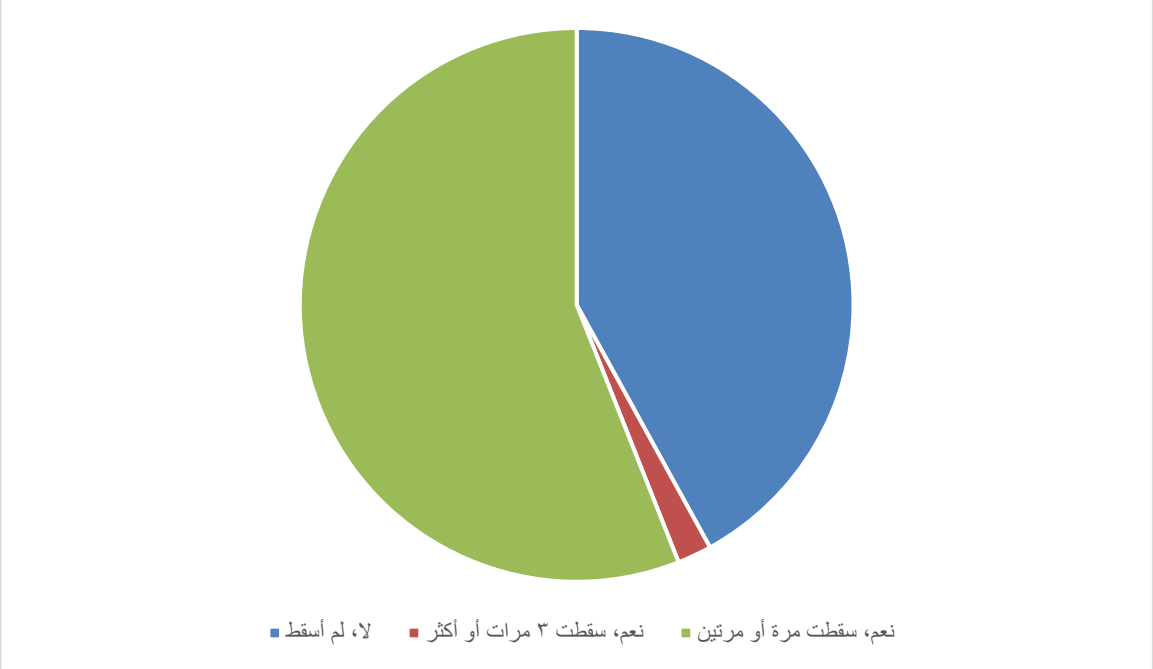


أشارت البيانات إلى أن 56% من المرضى سقطوا مرة أو مرتين بسبب الدوخة، بينما 42% لم يسقطوا، و2% فقط سقطوا 3 مرات أو أكثر.

الجدول رقم (7) توزع العينة حسب سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
لا، لم أسقط	42	42.0	42.0
نعم، سقطت 3 مرات أو أكثر	2	2.0	2.0
نعم، سقطت مرة أو مرتين	56	56.0	56.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (7) توزع العينة حسب سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟

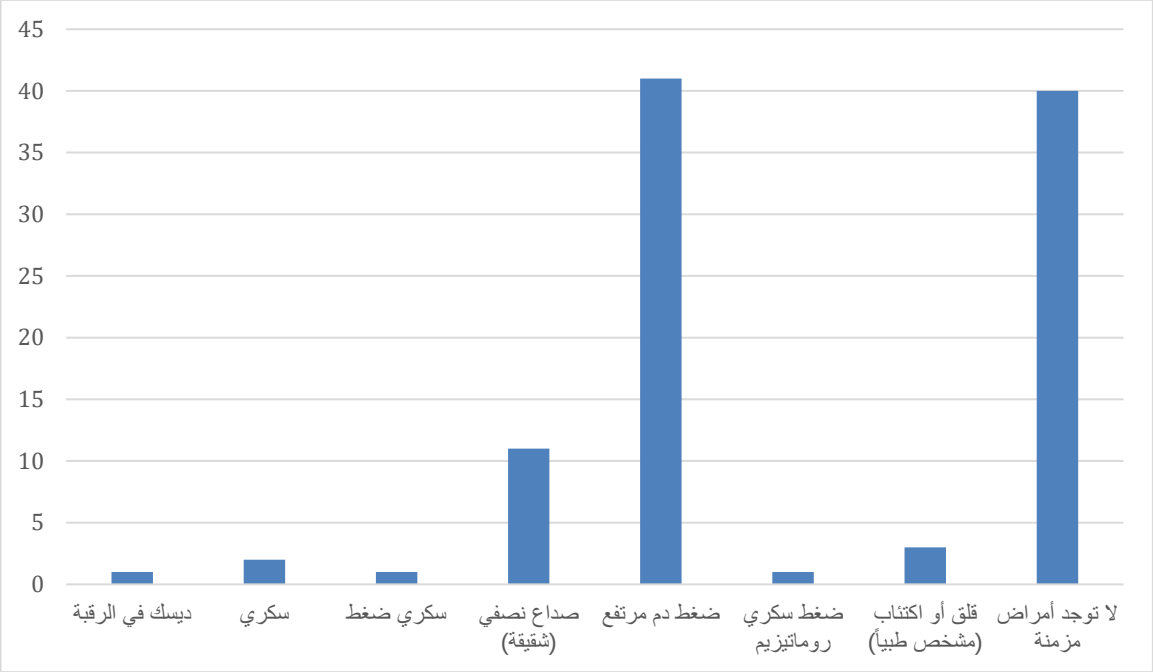


تبين من الجدول أن أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً كان ارتفاع ضغط الدم (41%)، يليه عدم وجود أمراض مزمنة (40%)، ثم الصداع النصفي (11%).

الجدول رقم (8) توزع العينة حسب الأمراض المزمنة

		النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
ديسك في الرقبة	1	1.0	1.0
سكري	2	2.0	2.0
سكري ضغط	1	1.0	1.0
صداع نصفي (شقيقة)	11	11.0	11.0
ضغط دم مرتفع	41	41.0	41.0
ضغط سكري روماتيزيم	1	1.0	1.0
قلق أو اكتئاب (مشخص طبياً)	3	3.0	3.0
لا توجد أمراض مزمنة	40	40.0	40.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (8) توزع العينة حسب الأمراض المزمنة

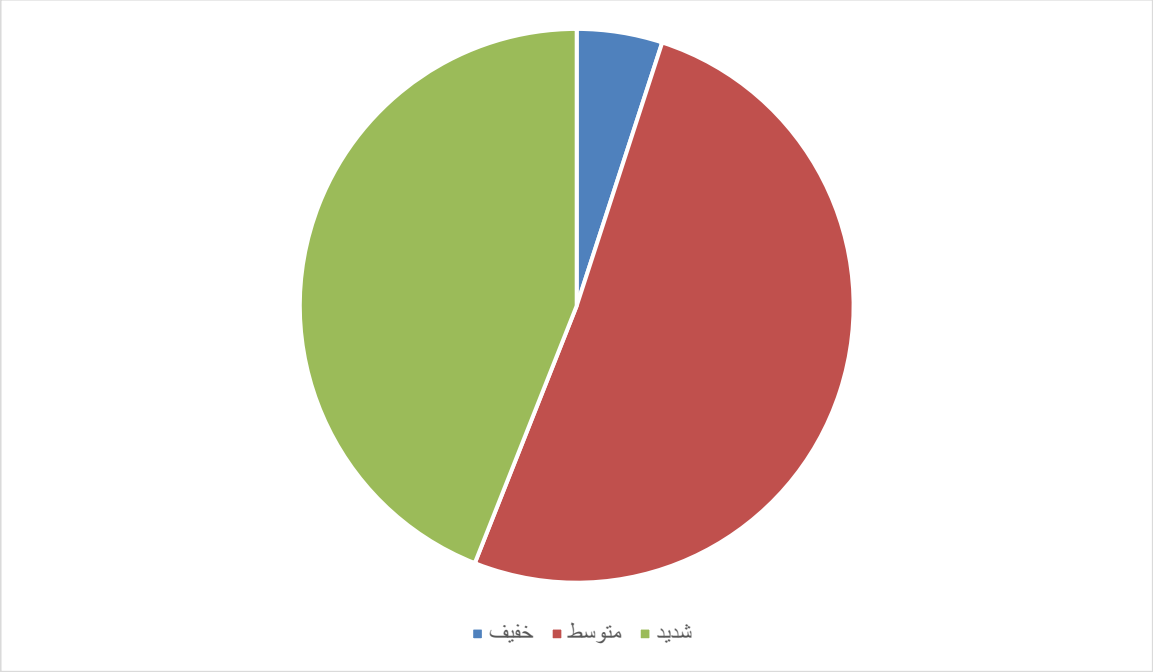


لوحظ في مقياس إعاقة الدوخة **أن** 51%من المرضى كانوا ضمن فئة الإعاقة المتوسطة، يليهم الفئة الشديدة (44%)، وأخيراً الفئة الخفيفة(5%)

الجدول رقم (9) توزع العينة حسب مقياس إعاقة الدوخة

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف	5	5.0	5.0
متوسط	51	51.0	51.0
شديد	44	44.0	44.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (9) توزع العينة حسب مقياس مقياس إعاقة الدوخة

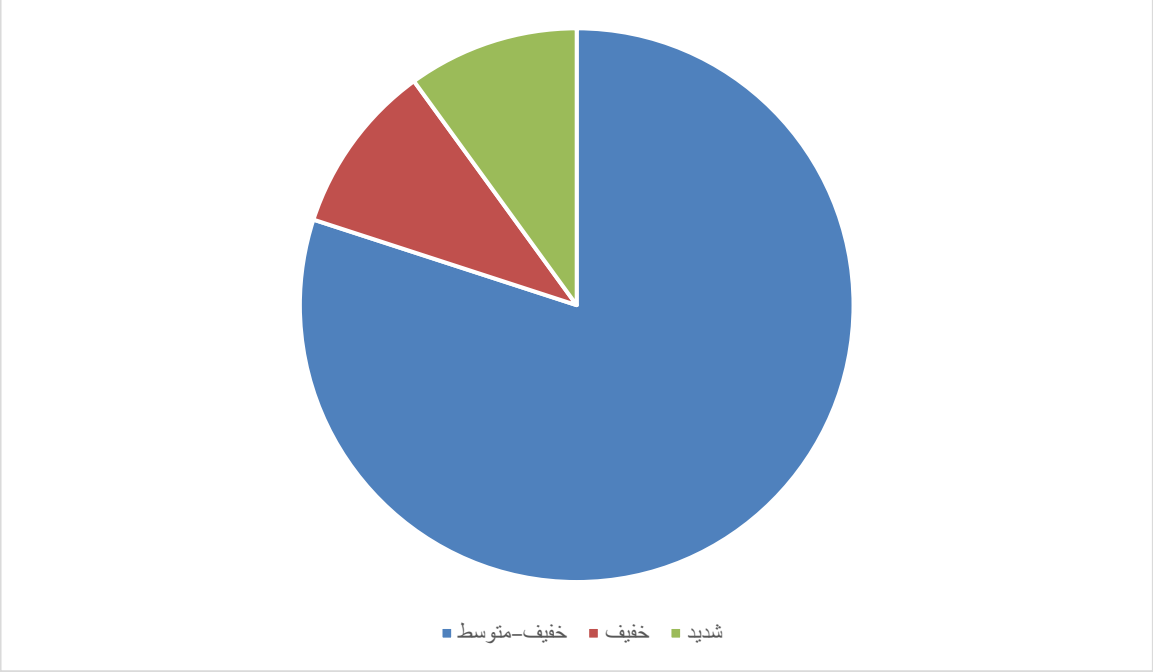


أظهر المقياس أن 80% من المرضى كانوا ضمن فئة "خفيف–متوسط" في القسم الوظيفي، بينما توزع الباقون بالتساوي بين الفئة الخفيفة (10%) والفئة الشديدة(10%).

الجدول رقم (10) توزع العينة حسب القسم الوظيفي

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف–متوسط	80	80.0	80.0
خفيف	10	10.0	10.0
شديد	10	10.0	10.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (10) توزع العينة حسب القسم الوظيفي

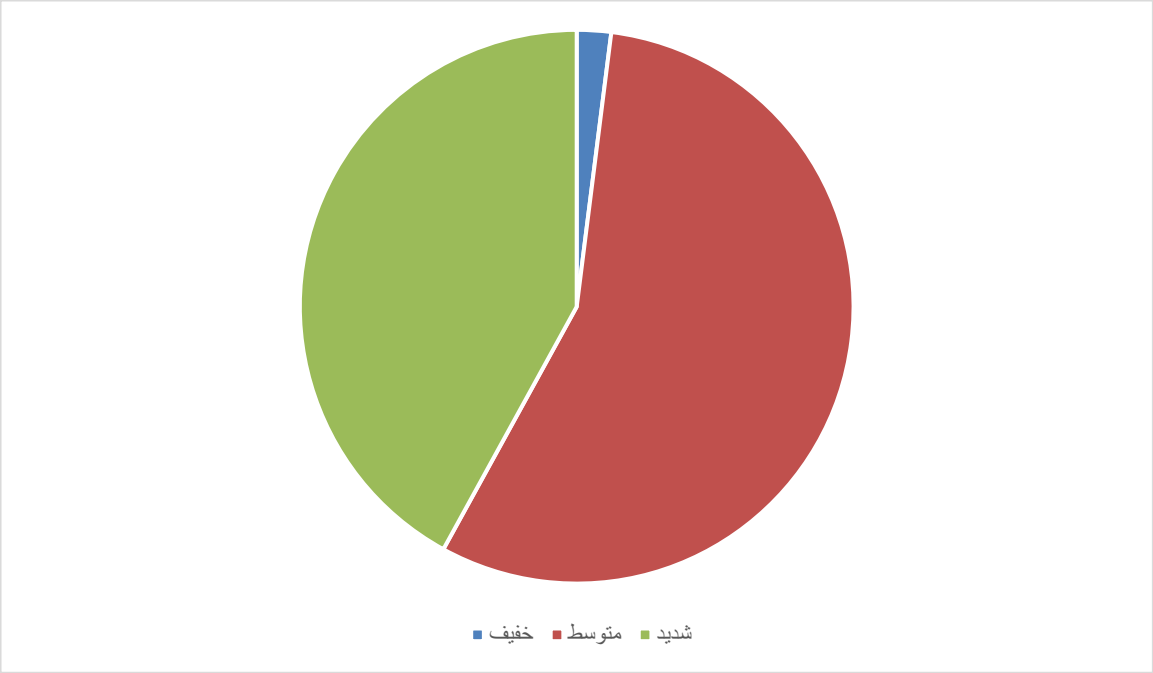


أشارت النتائج إلى أن 56% من المرضى كانوا ضمن الفئة المتوسطة في القسم البدني، يليهم الفئة الشديدة (42%)، ثم الفئة الخفيفة(2%) .

الجدول رقم (11) توزع العينة حسب القسم البدني

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف	2	2.0	2.0
متوسط	56	56.0	56.0
شديد	42	42.0	42.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (11) توزع العينة حسب القسم البدني

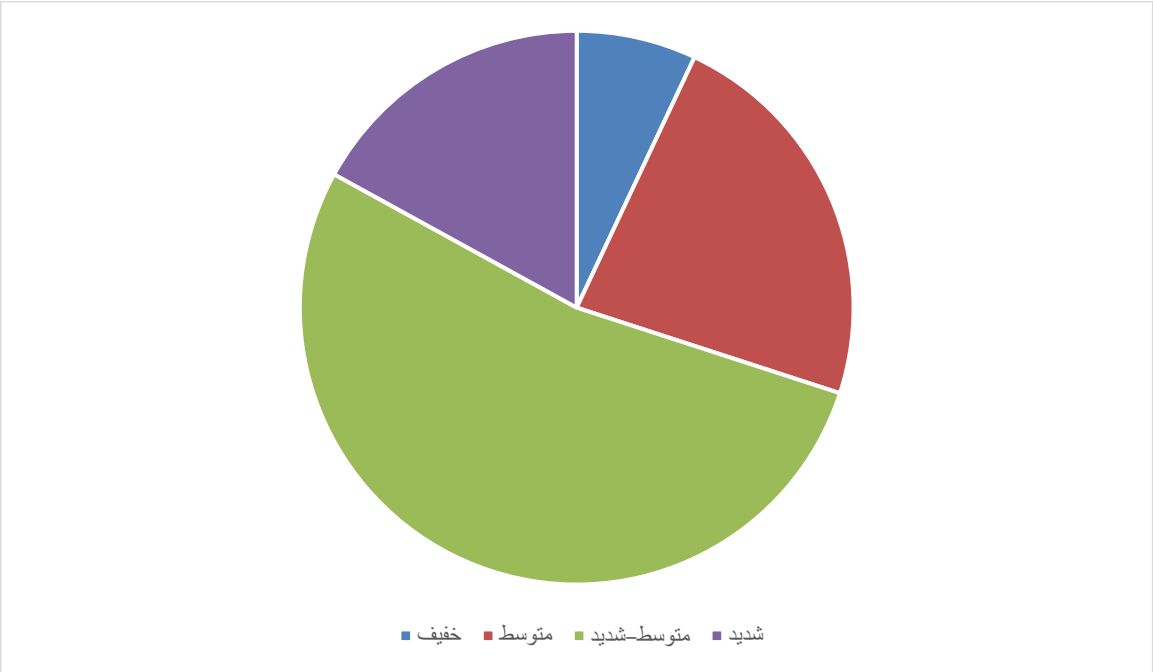


تبين من البيانات أن أكثر من نصف المرضى (53%) كانوا ضمن فئة "متوسط–شديد" في القسم العاطفي، يليهم الفئة المتوسطة (23%)، ثم الشديدة (17%)، وأخيراً الخفيفة(7%).

الجدول رقم (12) توزع العينة حسب القسم العاطفي

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف	7	7.0	7.0
متوسط	23	23.0	23.0
متوسط–شديد	53	53.0	53.0
شديد	17	17.0	17.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (12) توزع العينة حسب القسم العاطفي

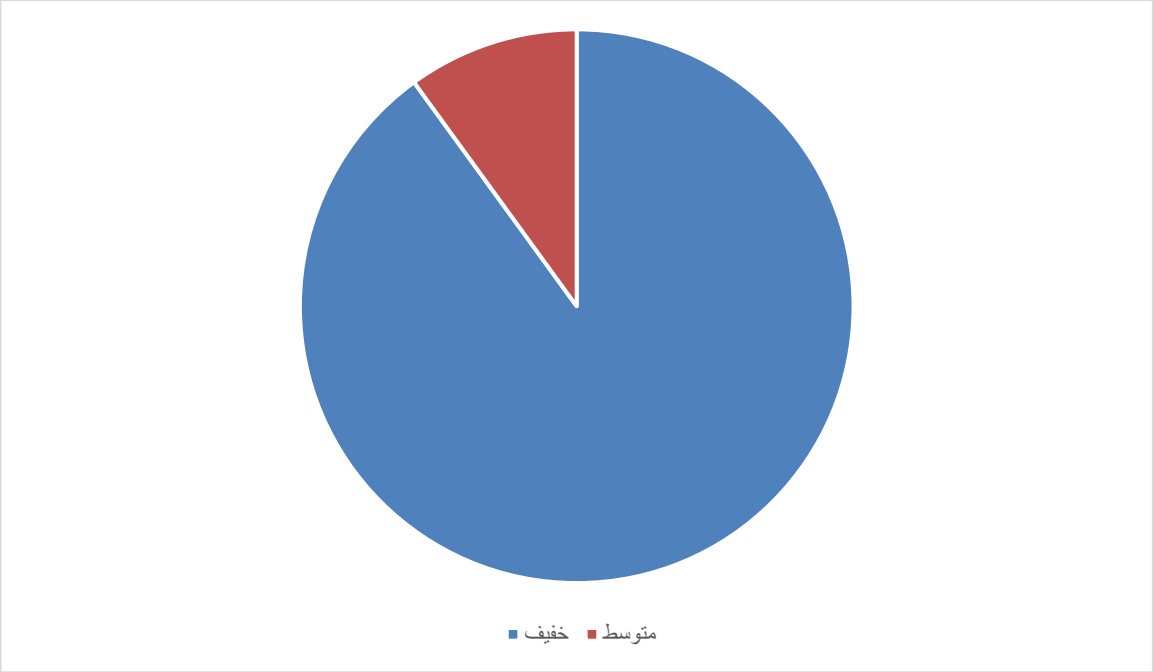


أظهرت نتائج القياس الثاني في مقياس إعاقة الدوخة تحسناً ملحوظاً، حيث وصلت نسبة المرضى في الفئة الخفيفة إلى 90%، بينما انخفضت الفئة المتوسطة إلى 10% فقط، ولم تسجل أي حالة في الفئة الشديدة.

الجدول رقم (13) توزع العينة حسب مقياس إعاقة الدوخة بعد اسبوع

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف	90	90.0	90.0
متوسط	10	10.0	10.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (13) توزع العينة حسب مقياس مقياس إعاقة الدوخة بعد اسبوع

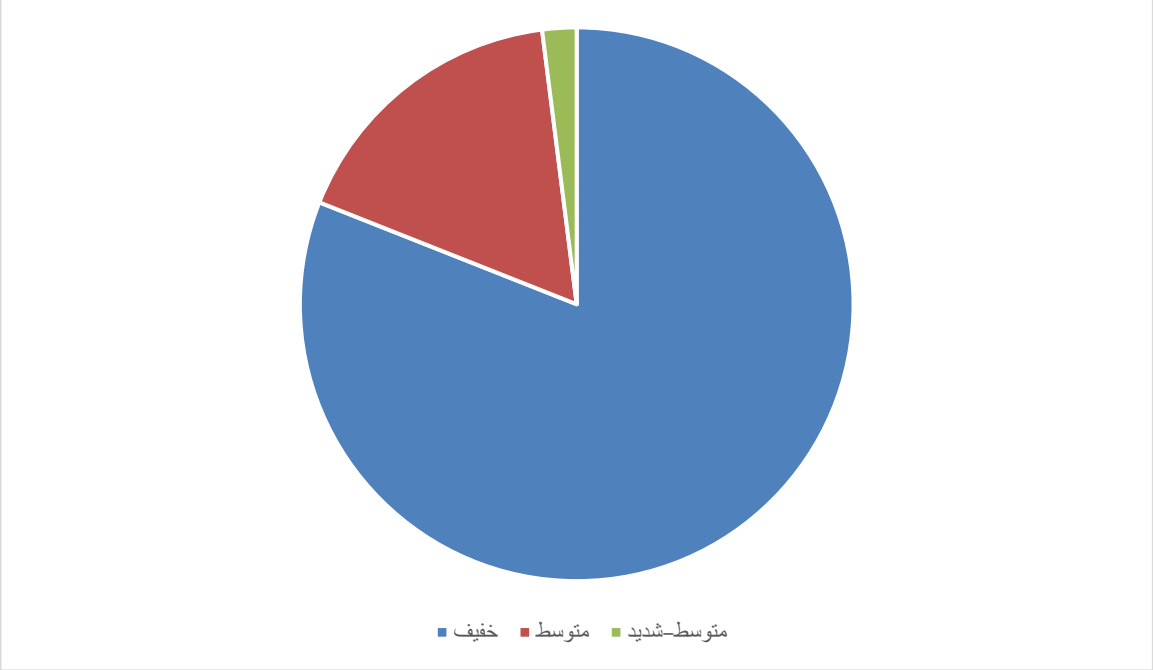


لوحظ في القسم الوظيفي **بعد أسبوع** أن 81% من المرضى أصبحوا ضمن الفئة الخفيفة، يليهم الفئة المتوسطة (17%)، ثم فئة "متوسط–شديد(2%).

الجدول رقم (14) توزع العينة حسب القسم الوظيفي بعد اسبوع

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف	81	81.0	81.0
متوسط	17	17.0	17.0
متوسط–شديد	2	2.0	2.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (14) توزع العينة حسب القسم الوظيفي بعد اسبوع

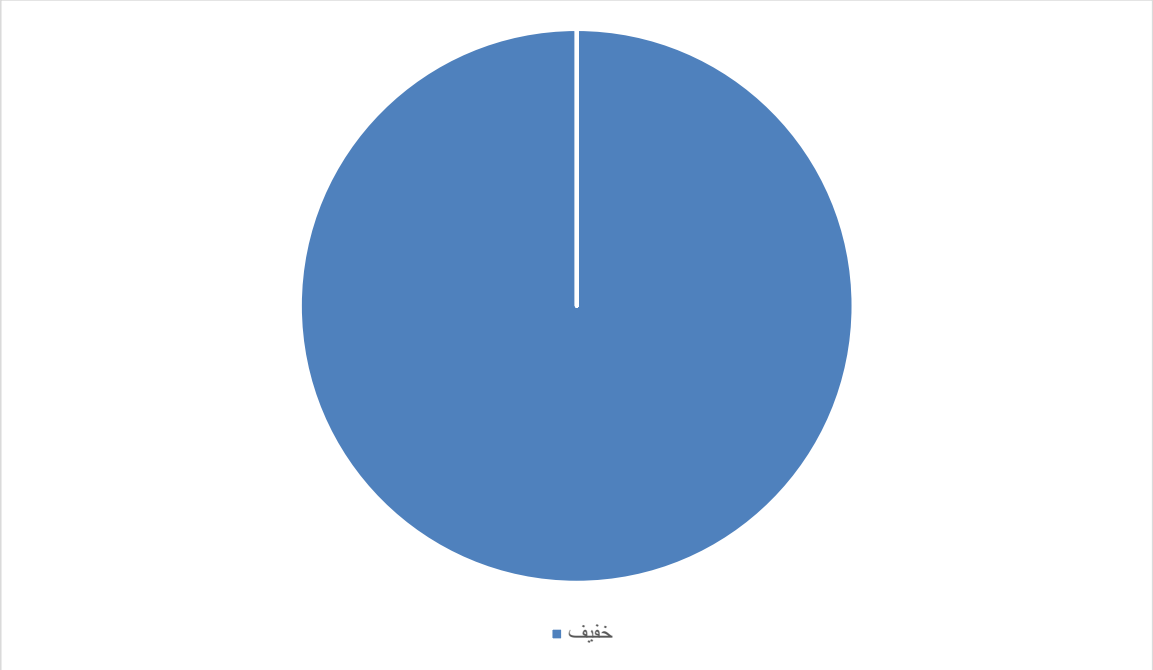


أشارت النتائج إلى تحسن كبير في القسم البدني، حيث أصبح 100% من المرضى ضمن الفئة الخفيفة

الجدول رقم (15) توزع العينة حسب القسم البدني بعد اسبوع

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف	100	100.0	100.0

الجدول رقم (15) توزع العينة حسب القسم البدني بعد اسبوع

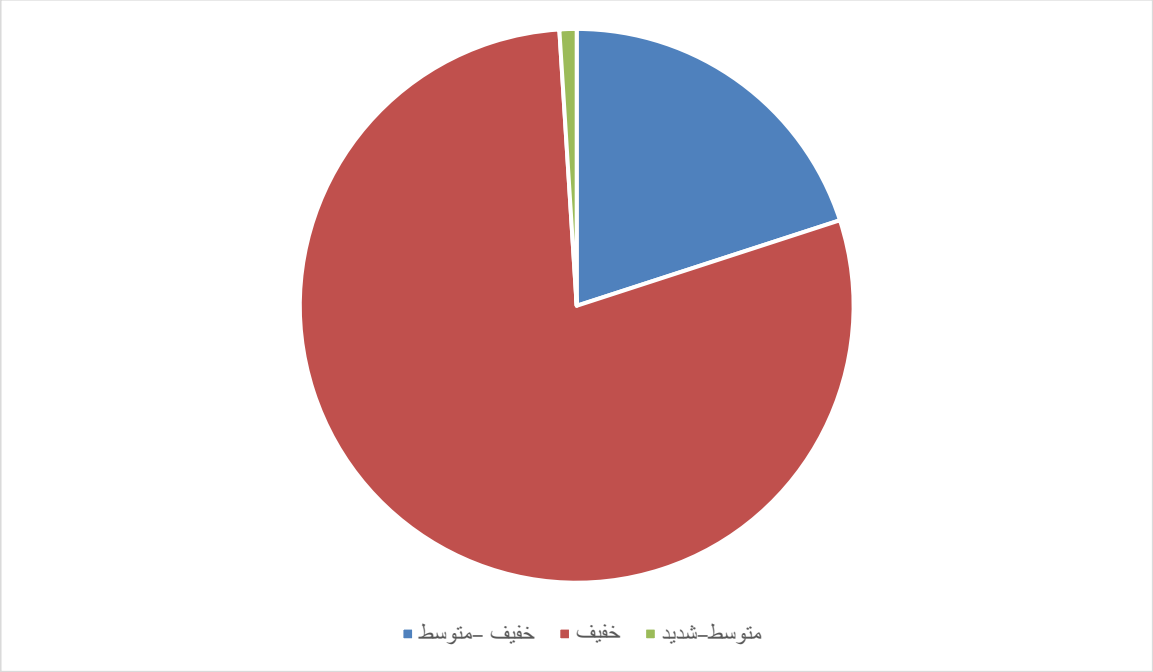


تبين من القياس الثاني في القسم العاطفي أن 79% من المرضى أصبحوا ضمن الفئة الخفيفة، و20% ضمن فئة "خفيف–متوسط"، و1% فقط ضمن فئة "متوسط–شديد."

الجدول رقم (16) توزع العينة حسب القسم العاطفي بعد اسبوع

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
خفيف– متوسط	20.0	20.0	20.0
خفيف	79.0	79.0	99.0
متوسط–شديد	1.0	1.0	100.0
المجموع	100.0	100.0	

الجدول رقم (16) توزع العينة حسب القسم العاطفي بعد اسبوع

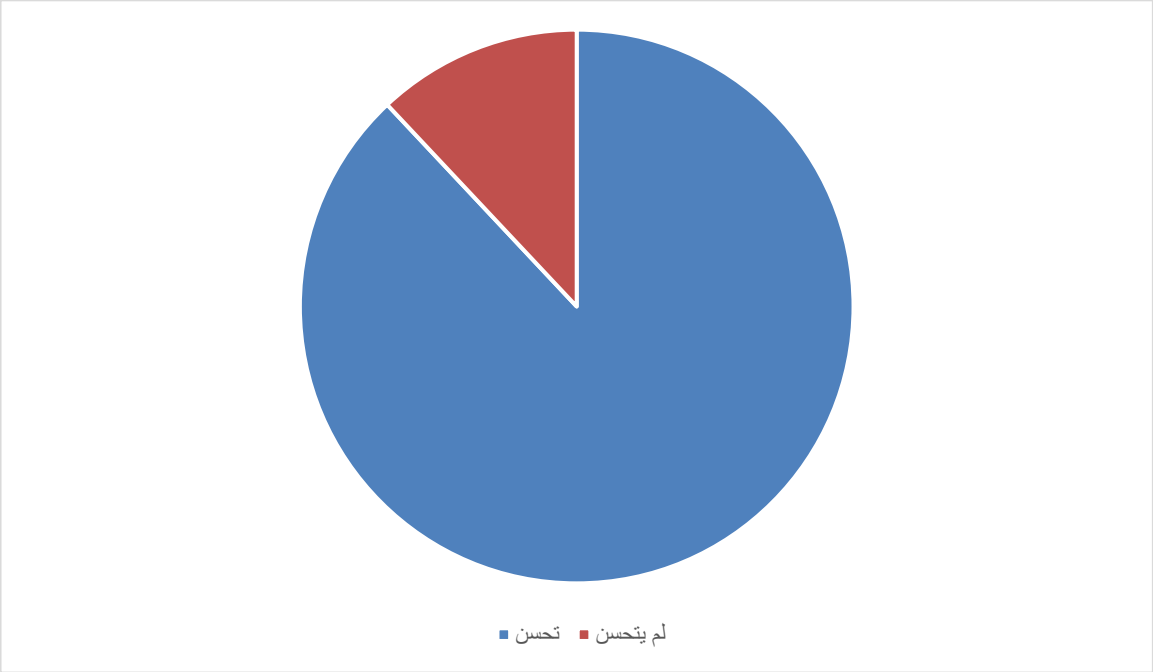


أظهرت النتائج أن 88% من المرضى تحسنوا بعد أسبوع، بينما لم يتحسن 12% فقط.

الجدول رقم (17) توزع حسب تحسن المرضى

	العدد	النسبة المئوية	مجموع النسبة المئوية
تحسن	88	88.0	88.0
لم يتحسن	12	12.0	12.0
المجموع	100	100.0	100.0

الجدول رقم (17) توزع حسب تحسن المرضى

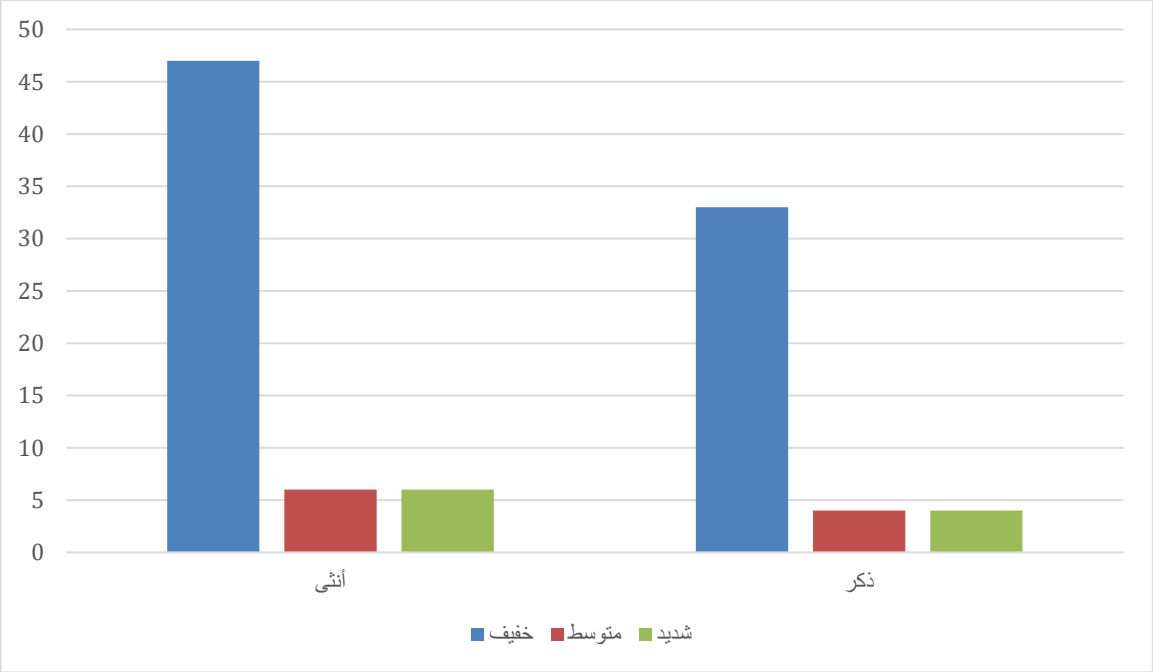


أشار تحليل مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القسم العاطفي والنوع.(p = 0.995)

الجدول رقم (18) لدراسة العلاقة بين القسم العاطفي و النوع

		القسم العاطفي			المجموع	P value
		خفيف	متوسط	شديد		
نوع	أنثى	47	6	6	59	0.995
	ذكر	33	4	4	41	
المجموع		80	10	10	100	

الجدول رقم (18) لدراسة العلاقة بين القسم العاطفي و النوع

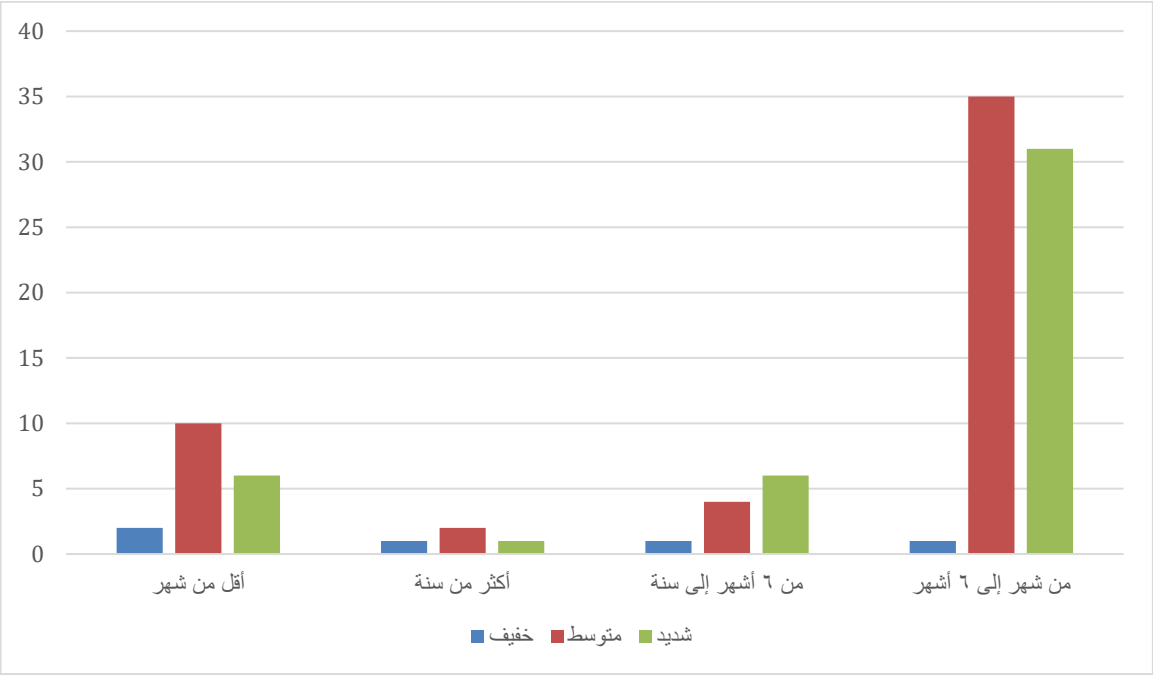


تبين من التحليل عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الإعاقة ومدة المعاناة من الدوخة (p = 0.219).

الجدول رقم (19) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و مدة المعاناة من الدوخة

		مقياس إعاقة الدوخة			المجموع	P value
		خفيف	متوسط	شديد		
مدة المعاناة من الدوخة	أقل من شهر	2	10	6	18	0.219
	أكثر من سنة	1	2	1	4	
	من 6 أشهر إلى سنة	1	4	6	11	
	من شهر إلى 6 أشهر	1	35	31	67	
المجموع		5	51	44	100	

الجدول رقم (19) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و مدة المعاناة من الدوخة



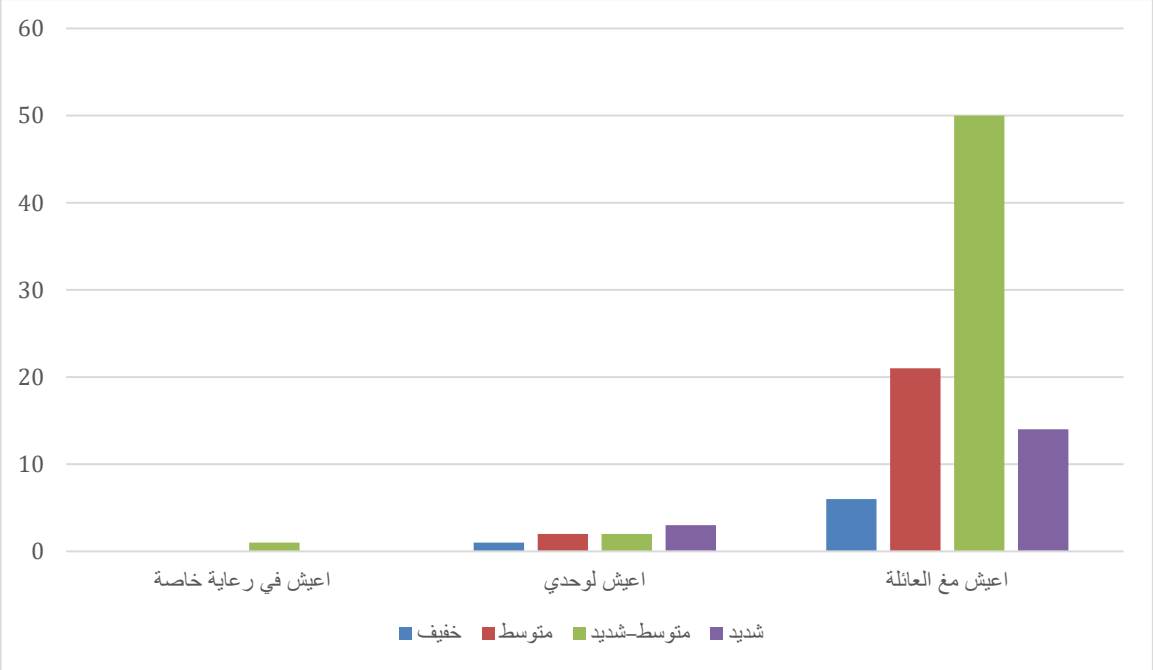
أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القسم الوظيفي وترتيب السكن

(P=0.592).

الجدول رقم (20)) لدراسة العلاقة بين القسم الوظيفية و ترتيب السكن

		القسم الوظيفية				المجموع	
		خفيف	متوسط	متوسط–شديد	شديد		P value
ترتيب السكن	اعيش في رعاية خاصة	0	0	1	0	1	0.592
	اعيش لوحدي	1	2	2	3	8	
	اعيش مغ العائلة	6	21	50	14	91	
المجموع		7	23	53	17	100	

الجدول رقم (20)) لدراسة العلاقة بين القسم الوظيفية و ترتيب السكن

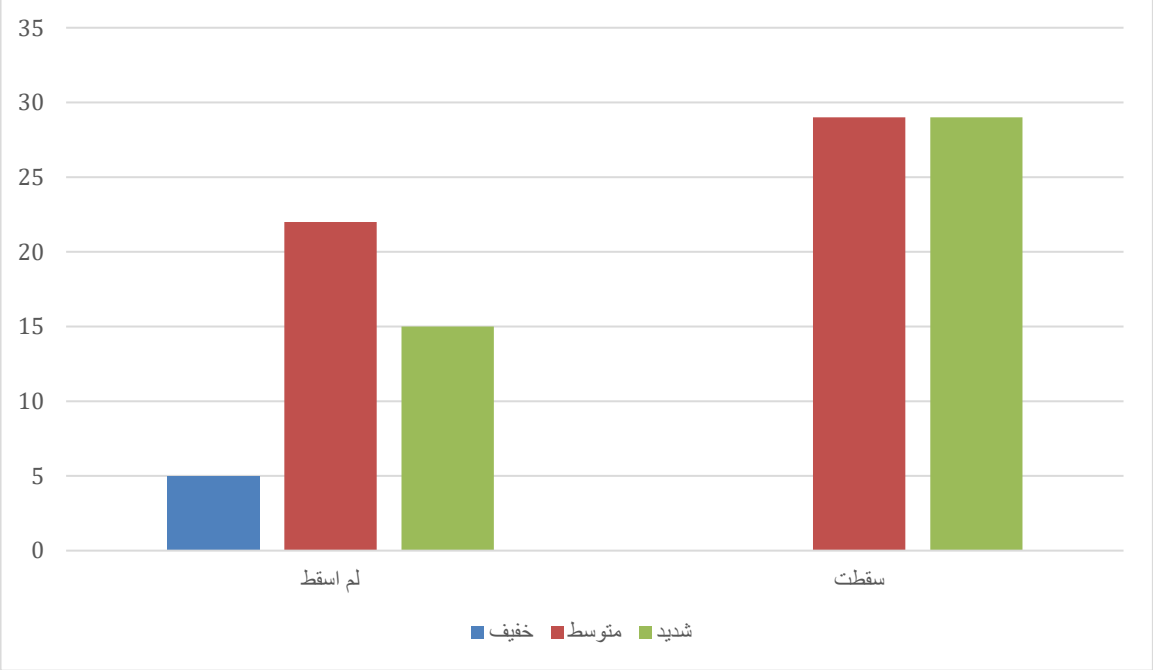


كشفت الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الإعاقة والسقوط($\chi^2 = 8.062$ ، $p = 0.018$)، حيث لم يسجل أي مريض سقط ضمن الفئة الخفيفة.

الجدول رقم (21) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟

		مقياس إعاقة الدوخة			المجموع	قيمة كاي مربع(χ^2)	القيمة الاحتمالية (p)
		خفيف	متوسط	شديد			
السقوط بسبب الدوخة	لم اسقط	5	22	15	42	8.062	0.018
	سقطت	0	29	29	58		
المجموع		5	51	44	100		

الجدول رقم (21) لدراسة العلاقة بين مقياس إعاقة الدوخة و سؤال هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟



أظهرت المقارنة أن متوسط درجة التحسن في مجموعة Betaseric كان 38.34، بينما كان في مجموعة Stugeron 43.00، ولم يكن الفرق ذا دلالة إحصائية($p = 0.227$).

الجدول رقم (22) مقارنة بين الدواء و نسبة التحسن بعد اسبوع

	الدواء المعطى	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الانحراف المعياري للمتوسط	P value
التحسن	Betaseric 16mg hs 10days	35	38.34	21.450	3.626	0.227
	stugeron 25mg hs 10 days	60	43.00	15.707	2.028	

المناقشة :

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم شدة إعاقة الدوخة وتأثيرها الوظيفي والبدني والعاطفي لدى المرضى، بالإضافة إلى تقييم مدى التحسن بعد أسبوع من العلاج. أظهرت النتائج أن الدوخة تمثل مشكلة صحية تؤثر بشكل واضح على جودة الحياة والقدرة الوظيفية للمريض، مع وجود تحسن ملحوظ بعد العلاج.

أظهرت النتائج أن متوسط عمر المشاركين بلغ 38.31 سنة، مع predominance للإناث بنسبة 59% مقارنة بالذكور 41%. قد يُفسر ارتفاع نسبة الإناث بأن النساء أكثر ميلاً لطلب الرعاية الصحية والإبلاغ عن الأعراض المرتبطة بالدوخة مقارنة بالذكور. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Jacobson and Newmanالتي أشارت إلى أن النساء أكثر عرضة للإبلاغ عن تأثيرات الدوخة على النشاطات اليومية والحالة النفسية.

كما بينت النتائج أن غالبية المرضى (67%) كانوا يعانون من الدوخة لمدة تتراوح بين شهر و6 أشهر، وأن 62% يعانون من نوبات متكررة عدة مرات أسبوعياً، ما يدل على أن الدوخة كانت مستمرة ومتكررة لدى معظم أفراد العينة. ويمكن تفسير ذلك بأن مرضى اضطرابات الجهاز الدهليزي غالباً ما يعانون من أعراض متكررة تؤثر على حياتهم اليومية وتدفعهم لطلب العلاج الطبي.

وأظهرت الدراسة أن أكثر من نصف المرضى (56%) تعرضوا للسقوط مرة أو مرتين بسبب الدوخة خلال الأشهر الستة الماضية، مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الإعاقة والسقوط ($p=0.018$). تشير هذه النتيجة إلى أن زيادة شدة الدوخة ترتبط بارتفاع خطر السقوط وفقدان التوازن. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Whitney et al.التي أكدت أن اضطرابات التوازن والدوخة تُعد من أهم عوامل الخطورة المرتبطة بالسقوط لدى المرضى المصابين باضطرابات دهليزية.

وفيما يتعلق بالأمراض المزمنة، كان ارتفاع ضغط الدم أكثر الأمراض شيوعاً بنسبة 41%، يليه عدم وجود أمراض مزمنة بنسبة 40%، ثم الصداع النصفي بنسبة 11%. قد يُفسر ارتباط ارتفاع ضغط الدم والصداع النصفي بالدوخة بوجود تأثيرات وعائية أو عصبية تؤثر في التروية الدموية للأذن الداخلية أو الجهاز العصبي المركزي.

كما أظهرت نتائج مقياس إعاقة الدوخة أن 51% من المرضى كانوا ضمن فئة الإعاقة المتوسطة و44% ضمن الفئة الشديدة، مما يدل على أن الدوخة كان لها تأثير واضح على الحياة اليومية للمرضى. وفي القسم العاطفي، تبين أن أكثر من نصف المرضى كانوا ضمن فئة "متوسط–شديد"، مما يعكس التأثير النفسي للدوخة وما تسببه من قلق وتوتر وخوف من الحركة أو السقوط. وتتفق هذه النتائج مع دراسة Yardley et al. التي أوضحت أن الدوخة المزمنة ترتبط بزيادة مستويات القلق والاكتئاب وضعف جودة الحياة.

ومن النتائج المهمة في هذه الدراسة التحسن الملحوظ بعد أسبوع من العلاج، حيث انخفضت شدة الإعاقة بشكل كبير؛ إذ أصبح 90% من المرضى ضمن الفئة الخفيفة بعد أن كانت معظم الحالات ضمن الفئتين المتوسطة والشديدة قبل العلاج. كما أظهر القسم البدني تحسناً كاملاً تقريباً، حيث أصبح جميع المرضى ضمن الفئة الخفيفة بعد أسبوع. وقد يدل ذلك على فعالية العلاج المستخدم في تخفيف أعراض الدوخة وتحسين قدرة المرضى على أداء نشاطاتهم اليومية.

أما فيما يخص مقارنة العلاجين Betaserc و Stugeron، فقد أظهرت النتائج وجود تحسن في كلا المجموعتين دون وجود فرق ذي دلالة إحصائية بينهما .($p=0.227$) ويشير ذلك إلى أن كلا العلاجين قد يكون فعالاً في تخفيف أعراض الدوخة خلال فترة قصيرة، دون تفوق واضح لأحدهما على الآخر.

كما لم تظهر الدراسة علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الإعاقة ومدة المعاناة من الدوخة($p=0.219$) ، أو بين القسم العاطفي والجنس .($p=0.995$) قد يُفسر ذلك بأن تأثير الدوخة يعتمد بصورة أكبر على شدة الأعراض وتكرارها أكثر من ارتباطه بالجنس أو مدة الإصابة وحدها.

بشكل عام، تؤكد نتائج هذه الدراسة أن الدوخة تؤثر بشكل كبير على الجوانب الوظيفية والبدنية والعاطفية للمرضى، كما تزيد من خطر السقوط وتؤثر على جودة الحياة. كذلك أظهرت الدراسة فعالية العلاج في تحسين الأعراض خلال فترة قصيرة، مما يبرز أهمية التشخيص المبكر والمتابعة العلاجية المناسبة لتقليل المضاعفات وتحسين الحالة الصحية والنفسية للمرضى.

الدراسة	العينة	أهم النتائج	المقارنة مع الدراسة الحالية
دراسة Jacobson and Newmanحول مقياس إعاقة الدوخة (US)	مرضى يعانون من اضطرابات الدوخة والتوازن	أظهرت الدراسة أن الدوخة تؤثر بشكل واضح على الجوانب الوظيفية والعاطفية والجسدية، وكانت النساء أكثر تأثراً بالأعراض	اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة في أن الدوخة تؤثر بشكل كبير على الحياة اليومية والجانب العاطفي للمريض، كما كانت نسبة الإناث أعلى من الذكور
دراسة Whitney et al. (US)	مرضى اضطرابات دهليزية ومشكلات توازن	بينت الدراسة وجود علاقة بين شدة الدوخة وزيادة خطر السقوط واضطرابات التوازن	اتفقت الدراسة الحالية مع نتائجهم، حيث وُجدت علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة إعاقة الدوخة والسقوط بسبب الدوخة(p=0.018)
دراسة Yardley et al. (UK)	مرضى الدوخة المزمنة	أوضحت الدراسة أن الدوخة المزمنة ترتبط بالقلق والتوتر وضعف جودة الحياة والتأثير النفسي السلبي	تتوافق الدراسة الحالية مع هذه النتائج، إذ أظهرت النتائج ارتفاع نسبة المرضى ضمن الفئات المتوسطة والشديدة في القسم العاطفي، مما يدل على التأثير النفسي الواضح للدوخة

التوصيات

- الاهتمام باستخدام مقياس Dizziness Handicap Inventoryبشكل دوري لتقييم شدة الإعاقة الوظيفية والبدنية والعاطفية لدى المرضى .
- توعية المرضى حول طرق الوقاية من السقوط، خاصة لدى المرضى الذين يعانون من دوخة متكررة أو شديدة .
- تعزيز المتابعة الدورية للمرضى بعد العلاج لتقييم مدى التحسن واستمرار فعالية العلاج .
- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر ولمدد زمنية أطول للحصول على نتائج أكثر دقة حول فعالية العلاجات المختلفة .
- التوسع في دراسة تأثير العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل الدهليزي على مرضى الدوخة ومقارنته بالعلاج الدوائي .
- الاهتمام بالدعم النفسي للمرضى الذين يعانون من التأثيرات العاطفية المصاحبة للدوخة مثل القلق والخوف من السقوط.

الصعوبات

- اعتمدت بعض البيانات على إجابات المرضى الذاتية، مما قد يؤدي إلى احتمال وجود تحيز في الإجابات .
- تفاوتت مدة وشدة أعراض الدوخة بين المرضى، مما قد يؤثر على دقة المقارنات بين الحالات .

- لم يكن بالإمكان إجراء مقارنة دقيقة مع العلاج الفيزيائي (إعادة التأهيل الدهليزي) بسبب وجود ثلاث حالات فقط خضعت لهذا النوع من العلاج، وهو عدد غير كافٍ لإجراء تحليل إحصائي أو الوصول إلى نتائج موثوقة .
- وجود بعض الأمراض المزمنة المصاحبة لدى المرضى، مثل ارتفاع ضغط الدم والصداع النصفي، قد يكون له تأثير على شدة الدوخة والاستجابة للعلاج.

ملاحق:

المتغير	الخيارات (للإختيار)
1. العمر	___ سنة
2. الجنس	☐ ذكر ☐ أنثى
3. المستوى التعليمي	☐ لا يقرأ ولا يكتب ☐ يقرأ ويكتب (أقل من الثانوية) ☐ ثانوية عامة أو ما يعادلها ☐ دبلوم / بكالوريوس ☐ دراسات عليا (ماجستير / دكتوراه)
4. الحالة الوظيفية	☐ موظف (دوام كامل أو جزئي) ☐ عاطل عن العمل ☐ متقاعد ☐ ربة منزل ☐ طالب
5. الحالة الاجتماعية	☐ أعزب / غير متزوج ☐ متزوج ☐ مطلق / منفصل ☐ أرمل
6. ترتيب السكن	☐ أعيش وحدي ☐ أعيش مع العائلة ☐ أعيش في رعاية خاصة (دار مسنين أو غيره)

المتغير	الخيارات (للإختيار)
8. مدة المعاناة من الدوخة	☐ أقل من شهر ☐ من شهر إلى 6 أشهر

من 6 أشهر إلى سنة ☐ أكثر من سنة ☐	
يومياً ☐ عدة مرات في الأسبوع ☐ مرة في الأسبوع ☐ عدة مرات في الشهر ☐ مرة في الشهر أو أقل ☐	**9. تكرار نوبات الدوخة**
لا، لم أسقط ☐ نعم، سقطت مرة أو مرتين ☐ نعم، سقطت 3 مرات أو أكثر ☐	**10. هل سبق أن سقطت بسبب الدوخة خلال الـ 6 أشهر الماضية؟**
لا توجد أمراض مزمنة ☐ ضغط دم مرتفع ☐ سكري ☐ صداع نصفي (شقيقة) ☐ قلق أو اكتئاب (مشخص طبياً) ☐ أخرى: _____ ☐	**12. الأمراض المزمنة الأخرى (إن وجدت)**

No.	السؤال	لا	في بعض الاحيان	نعم
1	هل يزيد شعورك في الدوخة او عدم التوازن عندما تنظر الى اعلى؟			
2	هل شعورك في الدوخة او عدم التوازن يسبب لك نوع من الإحباط؟			
3	هل الدوخة او عدم التوازن تعيق ذهابك الى العمل او الترفيه او التنزه؟			
4	هل المشي في الممرات الضيقة في السوبرماركت او اماكن التسوق يزيد من شعورك في الدوخة او عدم التوازن؟			

5	نتيجة شعورك في الدوخة او عدم التوازن, هل تجد صعوبة في النوم على السرير او النهوض من السرير؟			
6	هل تجد نتيجة شعورك في الدوخة او عدم التوازن, صعوبة ومحدودية في المشاركة او القيام بالنشاطات الاجتماعية المختلفة مثل الحفلات والاعراس او الذهاب الى المطاعم او دور السينما؟			
7	هل تعاني من صعوبة بالقراءة, نتيجة الدوخة او عدم التوازن؟			
8	هل قيامك بالمجهود الجسدي مثل ممارسة بعض الالعاب الرياضية او الرقص او الاعمال المنزلية مثل تنظيف المنزل يزيد من شعورك في الدوخة او عدم التوازن؟			
9	هل الدوخة او عدم التوازن تسبب لك الخوف من الخروج من المنزل بدون مرافق؟			
10	هل اصيبت في الحرج امام الاخرين نتيجة الدوخة او عدم التوازن؟			
11	هل تحريك راسك بسرعة يسبب زيادة في الدوخة او عدم التوازن؟			
12	بسبب الدوخة او عدم التوازن هل تتجنب المرتفعات؟			
13	هل التقلب في السرير يسبب الزيادة في الشعور بالدوخة او عدم التوازن؟			
14	بسبب الدوخة او عدم التوازن, هل تتجنب القيام بمجهود شاق في المنزل او الحديقة؟			
15	هل تخشى أن يظن الناس بأنك تبدو مثل السكران نتيجة الدوخة وعدم التوازن؟			

			بسبب الدوخة او عدم التوازن, هل تجد صعوبة في المشي منفردا؟	16
			هل السير على الرصيف يزيد الدوخة او عدم التوازن؟	17
			هل تجد صعوبة في التركيز بسبب الدوخة او عدم التوازن؟	18
			بسبب الدوخة اوعدم التوازن هل تجد صعوبة في السير حول المنزل في الظلام؟	19
			بسبب الدوخة او عدم التوازن, هل تشعر في الخوف من البقاء في البيت بمفردك؟	20
			هل تشعر ان الدوخة او عدم التوازن تسبب لك نوع من الإعاقة؟	21
			هل تسبب لك الدوخة او عدم التوازن توتر علاقتك مع افراد اسرتك او اصدقائك؟	22
			هل تعاني من اكتئاب بسبب الدوخة او عدم التوازن؟	23
			هل مشكلة الدوخة او عدم التوازن تتعارض مع وظيفتك أو مسؤولياتك المنزلية؟	24
			هل الانحناء الى الامام يزيد مشكلة الدوخة او عدم التوازن؟	25

Betaseric 16mg hs 10days☐ stugeron 25mg hs 10 days☐ vestibular excerises☐	الدواء المعطى

المراجع :

1. Agrawal Y, Carey JP, Della Santina CC, et al. Disorders of balance and vestibular function. Arch Intern Med. 2009;169(10):938-44.
2. Baloh RW. Vestibular neuritis. N Engl J Med. 2003;348(11):1027-32.
3. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. BPPV guideline. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;156(3 Suppl):S1-47.
4. Furman JM, Cass SP. Vestibular Disorders. 4th ed. Oxford University Press; 2010.
5. Hain TC. Treatment of vestibular disorders. Neurol Clin. 2005;23(3):831-44.
6. Hain TC, Uddin M. Pharmacological treatment of vertigo. CNS Drugs. 2003;17(2):85-100.
7. Hall CD, Herdman SJ. Vestibular rehabilitation therapy. Curr Opin Neurol. 2006;19(1):39-44.
8. Herdman SJ, Clendaniel RA. Vestibular Rehabilitation. 4th ed. F.A. Davis; 2014.
9. Hilton M, Pinder D. The Epley manoeuvre for BPPV. Cochrane Database Syst Rev. 2014;12:CD003162.
10. Horak FB. Postural orientation and equilibrium. Phys Ther. 2006;86(5):681-93.
11. Jacobson GP, Newman CW. Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990;116(4):424-7.
12. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, et al. Meniere's disease. J Vestib Res. 2015;25(1):1-7.
13. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD005397.
14. Minor LB. Surgical management of vertigo. Otolaryngol Clin North Am. 2000;33(3):601-13.
15. Neuhauser HK. Epidemiology of vertigo. Curr Opin Neurol. 2007;20(1):40-6.
16. Pavlou M, Bronstein AM. Vestibular rehabilitation. J Neurol.
17. 2013;260(1):S1-S3.
18. Staab JP. Chronic dizziness and anxiety. Curr Opin Neurol. 2012;25(1):41-8.
19. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. Dtsch Arztebl Int. 2008;105(10):173-80.

20. Sun DQ, Ward BK, Semenov YR, et al. Vestibular disorders and quality of life. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;140(6):527-34.
21. Whitney SL, Sparto PJ. Principles of vestibular rehabilitation. NeuroRehabilitation. 2011;29(2):157-66.
22. Yardley L, Masson E, Verschuur C, et al. Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients. J Psychosom Res. 1992;36(8):731-41.
23. Yardley L, Redfern MS. Psychological factors in balance disorders. J Anxiety Disord. 2001;15(1-2):107-19.
24. Yates BJ, Miller AD. Motion sickness and vestibular pharmacology. Physiol Rev. 1998;78(3):949-1007.
25. Alsanosi AA. Translation and validation of the Arabic version of the Dizziness Handicap Inventory. Saudi Med J. 2012;33(11):1167-1171.
26. Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990;116(4):424-427.