

درمان گریهای عصبی با داروی نی سمیل پاپاورین و ویتامین A

نی سمیل پاپاورین (Nycil Papaverin) از مخلوط اسید نیکوتینیک و پاپاورین تشکیل گردیده است .

اسید نیکوتینیک خاصیت متسع کننده عروق و پاپاورین خصوصیت ازین برنده اسپاسم عروقی و تسکین درد را دارد و ویتامین A که همراه این دارو در درمان گریهای عصبی از آن استفاده میشود خصوصیت کمک برسیم نسوج را دارا است و سابق از آنکه چگونگی تأثیر این دارو در گریهای عصبی ذکر نمائیم مختصری از تشریح عروقی گوش داخلی را یادآوری سینمائیم :

شریان گوش داخلی - شریان گوش داخلی شریانی است انتهائی یعنی بدون هیچگونه آناستوموز (Anastomose) با عروق مجاور میباشد و حتی در بین شاخه های منشعب از شریان گوش داخلی نیز پیوند عروقی وجود ندارد . این شریان از شریان مخچه ای میانی و یا از شریان قاعده ای مغز منشعب میگردد و قطر آن در حدود ۱ میلیمتر است و از آن سه شاخه مجزا میشود که قسمت های مختلف گوش داخلی را مشروب سینماید .

شاخه ای بنام شریان دهلیزی قدامی که اتری کول و آپول مجاری نیمه دایره فوقانی و خارجی را مشروب مینماید .

شاخه ای دیگر بنام شریان دهلیزی حلزونی است که خود بدو شاخه تقسیم میشود شاخه اول ساکول و آپول مجرای نیمه دایره خلفی و مجاری نیمه دایره بدون آپول آنها را مشروب مینماید و شاخه دوم ۱/۳ اولین پیچ حلزون را مشروب مینماید . بالاخره سومین اختصاص به مشروب نمودن بقیه حلزون را دارد . همراه با شریان گوش داخلی رشته های عصبی سمپاتیک همه جا وجود دارد که دنباله سمپاتیک گردنی است و با سمپاتیک گوش میانی نیز ارتباط دارد .

چگونگی تأثیر دارو - همانطور که ذکر شد شریان گوش داخلی شریانی است انتهائی و بدون هیچگونه پیوند عروقی با شرائین دیگر و شاخه های خود میباشد و از طرفی سلولهای ارگان دو کرتی حساسیت فوق العاده ای در مقابل کم خونی و اسپاسم عروقی و ایسکمی دارند و بنابراین تمام بیماریهای عروقی و عواملی که سبب انقباض و یا تنگی شرائین گردد

* - استاد و رئیس بخش گوش و گلورینی بیمارستان امیر اعلم

** - استادیار بخش گوش و گلورینی بیمارستان امیر اعلم

ممکن است بنوبه خود نسبت به کم خونی و ایسکمی گوش داخلی مؤثر بوده و چگونگی پیدایش سنگینی های عصبی گوش را که ناشی از عوارض عروقی باشند توجیه نماید.

چنانکه ذکر شد سمپاتیک شریان گوش داخلی از سمپاتیک گردنی سرچشمه میگیرد بطوریکه تحریکات سمپاتیک در گردن ایجاد انقباض شریان گوش داخلی و قطع آن سبب انقباض شریان گوش داخلی میشود. انقباض شریان لایبرنت بدو لحاظ ممکن است سبب اختلال در عمل شنوائی شود یکی از اینکه سبب دژنراسانس سلولهای ارگان دوکرتی بعلت ایسکمی گردد دوم اینکه سبب کم شدن ترشح مایع لایبرنت میگردد که خود در پیدایش اختلال در شنوائی مؤثر است.

بنابراین اگر مسئله اسپاسم عروق و تغییرات قطر شریان گوش داخلی در اسر پیدایش سنگینی گوش مؤثر باشد لازم است هر چه زودتر اقدام بدرمان و رفع علت نمود زیرا اسپاسم عروق گوش داخلی بسرعت در خرابی سلولهای حساسه ارگان دوکرتی مؤثر است.

پیرگوشی - همچنین در جریان سنگینی گوش بعلت پیری مسئله آترزی و اسکروز عروق ممکن است سهم بسزائی در اسر پیدایش سنگینی گوش داشته باشند و کم شدن تدریجی قطر عروق و قابلیت الاستیسیته آنها حساسیت سلولهای حساسه ارگان دوکرتی را در اثر ایسکمی تدریجی کم مینماید ولی باید دانست که دژنراسانس سلولی که در ارگان دوکرتی در سنین پیری دیده میشود ممکن است اختصاص به این نقاط نداشته باشد و در قسمتی دیگر از بدن نیز وجود داشته باشد ولی آنچه تجربتاً ما مشاهده نموده ایم این است بیمارانیکه در سنین پیری بعلت سنگینی گوش بامراجعه نموده اند در اثر درمان ممتد و طولانی باین طریقته در مان اکثراً نه تنها از پیشرفت سنگینی گوش آنها جلوگیری گردیده است بلکه در مواردی بهبودی نسبی نیز داشته اند ولی مسئله ای که قابل توجه است این است که در نزد افراد مسن فهم کلمات بیش از سنگینی گوش کم میشود یعنی ادیومتری و کال آنها کمتر از ادیومتری تونال شنوائی نشان میدهد در حالیکه پس از درمان بانی سیل و ویتامین A فهم و تشخیص کلمات به مراتب زیاد تر میشود بطوریکه ادیومتری و کال آنها بهتر از ادیومتری تونال میگردد.

ضربه صوتی - چنانچه شخصی در معرض شنوائی اصوات شدید قرار گیرد ممکن است شنوائی قسمتی و یا تمام یک گوش و یا هر دو گوش خود را از دست بدهد و این سنگینی بیشتر در آن نواحی ازار گانه های کورتی که مربوط بدرك اصوات زیر میباشند دیده میشود.

توبچی ها و یا آنها ئیکه در میدان آموزش تیراندازی کار مینمایند و یا سگرها و یا کسانیکه در محیط کار خود با سرو صدای شدید مواجه هستند و گوش خود را در مقابل این اصوات شدید محافظت نمی نمایند بد تدریج و یا یک دفعه دچار سنگینی گوش میشوند. بعد از بمباران اغلب عده ای

افراد نظامی ویاسیویل که در معرض شنیدن صدای مهیب بمب قرار گرفته باشند ممکن است دچار سنگینی عصبی یک یادو گوش گردند. جهت درمان چنین بیمارانی در درجه اول لازم است از برخورد با چنان محیط پرسروصدائی که سبب سنگینی گوش آنها شده است پرهیز نمایند و در صورت امکان شغل خود را عوض نمایند و سربازانیکه با توپ سروکار دارند دیگر در میدان تیر حاضر نشوند زیرا سنگینی گوشهائی قابل درمان است که قسمتی از شنوایی آنها هنوز باقی مانده باشد در غیر این صورت بهبودی آنها بعید بنظر میرسد و لازم است بلافاصله درمان این افراد را شروع نمود. درمان همانطور که قبلاً ذکر شد باید ممتد و طولانی باشد و همراه یکبار از بیماران آزمایش ادیومتری نمود تا بمیزان بهبودی یا عدم آن پی برد.

سنگینی گوش بعد از بیماریهای عفونی - بعضی از بیماریهای عفونی نظیر حصبه و یا گریپ و اوربون ممکن است سبب کری عصبی گردد و مواردی از این نوع بیماران که تحت درمان بانی سیل یا پاورینه و ویتامین A قرار گرفته اند بهبودی نسبی یافته اند که یک نمونه ابروسوایون های آنها بعنوان نمونه ذکر خواهد شد.

کری عصبی بعد از اعمال جراحی گوش - بعد از بعضی از اعمال جراحی گوش نظیر مویلیزیسیون اتریه و یا انترپوزیسیون که جهت بهبودی کریهای نوع انتقالی انجام میشود بیمار ممکن است دچار سنگینی گوش گردد که بیشتر در فرکانسهای بالا و زیر این سنگینی ظاهر میشود.

چگونگی پیدایش این سنگینی های گوش بعد از عمل جراحی ممکن است در اثر خروج مقداری از مایع پری لنف از محل پرده بیضی باشد و دادن نی سیل پیش از عمل یا بعد از عمل باعث اتساع عروق و زیادتر شدن امکان ترشح آنها تحت تأثیر نی سیل یا پاورینه این اختلال ناشی از عمل را از بین میبرد همچنین ممکن است پیدایش سنگینی عصبی بعد از اعمال جراحی گوش چنانچه ناشی از عیب عمل ولایریتیت و یا ریزش ذرات استخوانی در اثر میکروفوز در لایرنت نباشد ممکن است ناشی از درک صوت زیر و شدید فرز باشد که سبب آزاری شبیه ضربه صوتی میگردد و چنانکه قبلاً ذکر شد دادن نی سیل یا پاورینه در این چنین سنگینی عصبی گوش نیز مؤثر است.

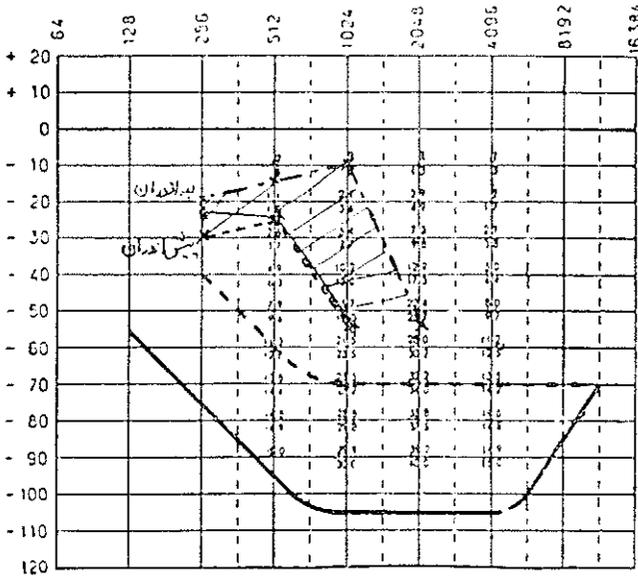
ولی مسلم است که نی سیل یا پاورینه نمیتواند معالجه یک اشتباه بزرگ جراحی در گوش باشد.

ما در اینجا سه نمونه ابروسوایون از افرادی را که مبتلا به سنگینی عصبی گوش بوده اند و تحت درمان بانی سیل یا پاورینه و ویتامین A قرار گرفته اند درج مینمائیم.

ابسر و اسیمون اول (شکلهای ۱ و ۲) - آقای دکتر غ- م ضمن طی دوره نظام وظیفه

و آموزش تیراندازی

دچار سنگینی عصبی گوش میگردد که در گوش راست جزئی ولی در گوش چپ شدید و توأم با بوردنمان بوده است و چنانچه در اودیومتری گرام گوش چپ ایشان که در اولین مراجعه گرفته شده است نشان داده میشود در فرکانسهای دوهزار و چهار هزار مطلقاً شنوائی وجود ندارد و در فرکانس های هزار ۵۰ دسی بل



(شکل ۱)

افتادگی قدرت شنوائی دیده میشود در حالیکه در رادیوگرام که بعد از مدت پنج ماه درمان

ممتد بانی سیل پایاورینه

و ویتامین A نشان

داده میشود گوش چپ

بیمار در فرکانس دوهزار

باشدت ۵۰ دسی بل شنوائی

پیدااسینماید و در فرکانس

هزار باندازه چهل دسی بل

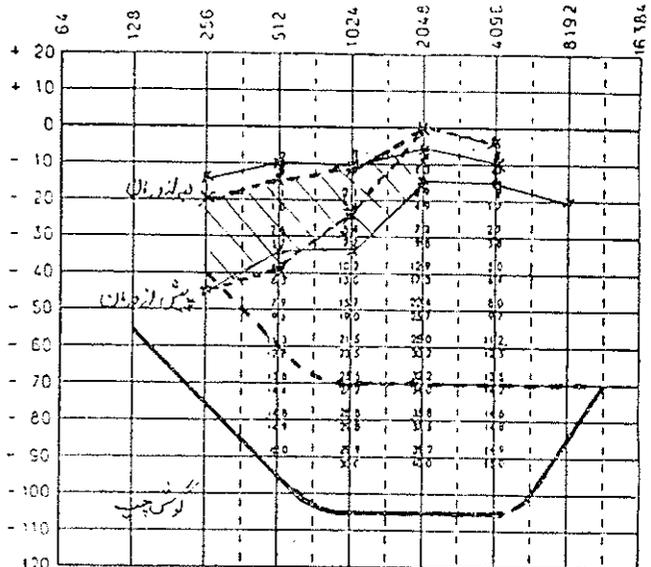
قدرت شنوائی بهبودی

پیدا نموده است و همینطور

در فرکانس ۲۰۰۰۰۰

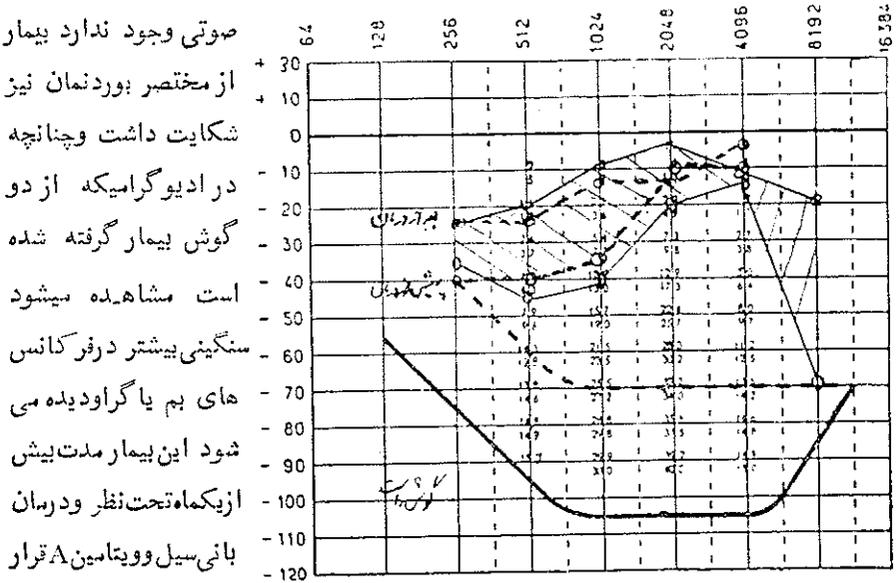
نیز مختصری بهبودی

مشاهده میشود.



(شکل ۲)

ابسر و اسیون دوم (شکل ۳): م-۳۲ ساله که بعلت ناسعلوسی دچار سنگینی عصبی هر دو گوش میگردد در تاریخ ۴/۷/۴۳ بمراجعه مینماید در سابقه بیمار هیچگونه بیماری عفونی و باخبریه

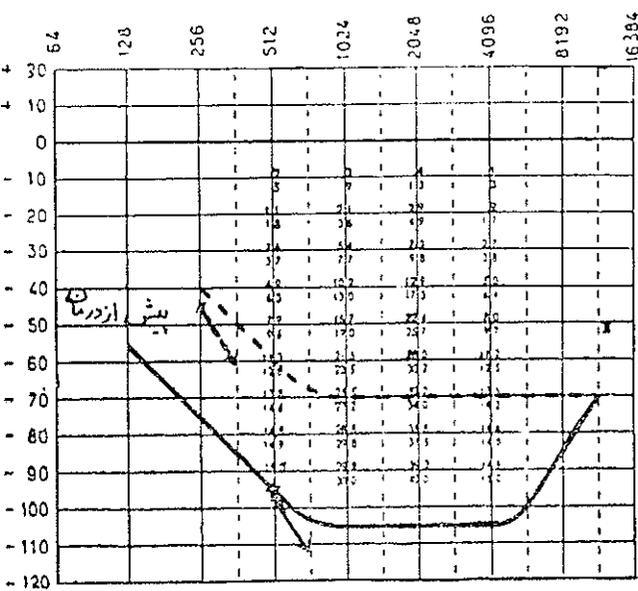


داشت ولی چون ساکن (شکل ۳)

شهرستان بود دیگر مانند ما نتوانستیم بعد از این تاریخ از بیمار اودیومتری نمائیم .

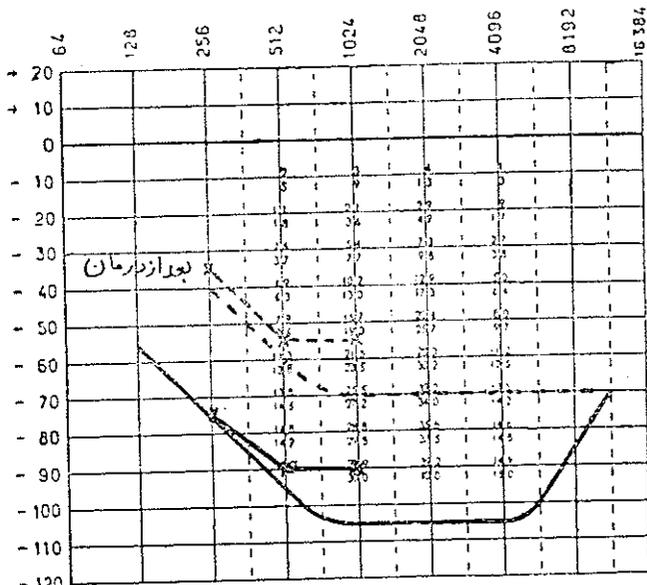
با وجودیکه طول مدت درمان نسبتاً کوتاه بوده است معذالک همانطور که در اودیومتریهای ناسبرده مشاهده میشود سنگینی گوشهای بیمار بهبودی نسبی پیدا نموده است .

ابسر و اسیون سوم -
(شکلهای ۴ و ۵) آقای الف-ی
۵ ساله اهل اراک بعلت سنگینی گوش در تاریخ ۴۳/۶/۱ بمراجعه مینماید



(شکل ۴)

نامبرده در یکسال قبل دچار بیماری حصبه‌سینگرد و بعد از آن احساس سنگینی شدید در گوش‌ها مینماید و ما از تاریخ مراجعه بیمار را تحت درمان بانئ میل پاپاورینه و ویتامین A قرار دادیم و مدت



(شکل ۵)

یکماه مداد و آداری دستوری

را مصرف نمود و با وجود کوتاهی مدت درمان بعلت عدم اسکان توقف نامبرده در تهران نتیجه درمان نسبتاً رضایتبخش بود که در او دیوستریهای پیش از درمان و بعد از درمان این تغییر مشاهده میشود. بیمار از گوش راست بجز در فرکانس ۲۰۰ و یاشدت ۴۰ دسی‌بل هیچ

صوت دیگری را نمیشنید در حالیکه در ادیوگرام بعدی در فرکانسهای ۱۰۰۰ و ۵۰۰ باشدت ۵۰ دسی‌بل شنوائی پیدا نموده است و در فرکانس ۲۰۰ و باشدت ۳۰ دسی‌بل احساس شنوائی دارد و همین وضعیت نیز در گوش دیگر بیمار وجود داشت که با درمان بهبودی نسبی یافته است.