

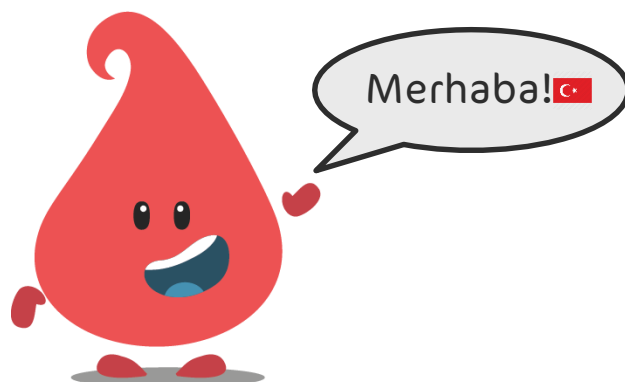


السلام عليكم

نتابع معكم في هذه المحاضرة الحديث عن أمراض الأذن الوسطى بالإضافة الى مرض مهم ينتمي إلى أمراض الأذن الباطنة ألا وهو مرض منيير.

الفهرس

رقم الصفحة	الفقرة
2	التهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن
4	الورم الكوليسترولي cholesteatoma
5	اختلالات التهاب الأذن الوسطى القيحي
6	التهاب الخشاء الحاد-التهاب التيه
7	التهاب الجيب الجانبي الخثري
8	التهاب السحايا-خراج الدماغ-شلل العصب الوجهي
9	خراج بيزولد-تناذر غرادينيو
10	أورام الأذن الوسطى
10	الورم شائك الخلايا
10	الورم الكبي الوداجي
11	مرض منيير



التهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن CSOM

- سيلان قيحي متكرر أو مستمر من الأذن الوسطى عبر انثقاب مركزي أو هامشي بغشاء الطبل، وغالباً لا يوجد ألم ولا أعراض حادة (لأن غشاء الطبل مثقوب).
 - يمكن تقسيم هذه الحالات إلى نوعين كبيرين:
- A. **نوع سليم:** يكون فيه الانثقاب **مركزياً** مختلف الشكل والتوضع والمساحة، يترافق **بسيلان مخاطي أصفر**، غالباً ما يحدث بعد التهاب في الطرق التنفسية العليا أو بعد دخول الماء إلى الأذن، يكون عديم الرائحة أو ذو رائحة خفيفة.
- B. **نوع خبيث** (ليس خبيثاً بالمعنى الحرفي): يكون فيه الانثقاب **هامشياً** marginal ويترافق بسيلان قل أن يجف قيحي **نتن الرائحة**، قد يكون كثيفاً وغالباً ما يترافق هذا الانثقاب الهامشي بالورم الكوليسترولي cholesteatoma، والمعالجة دوماً جراحية.

كيف نميز بين الانثقاب المركزي والهامشي؟

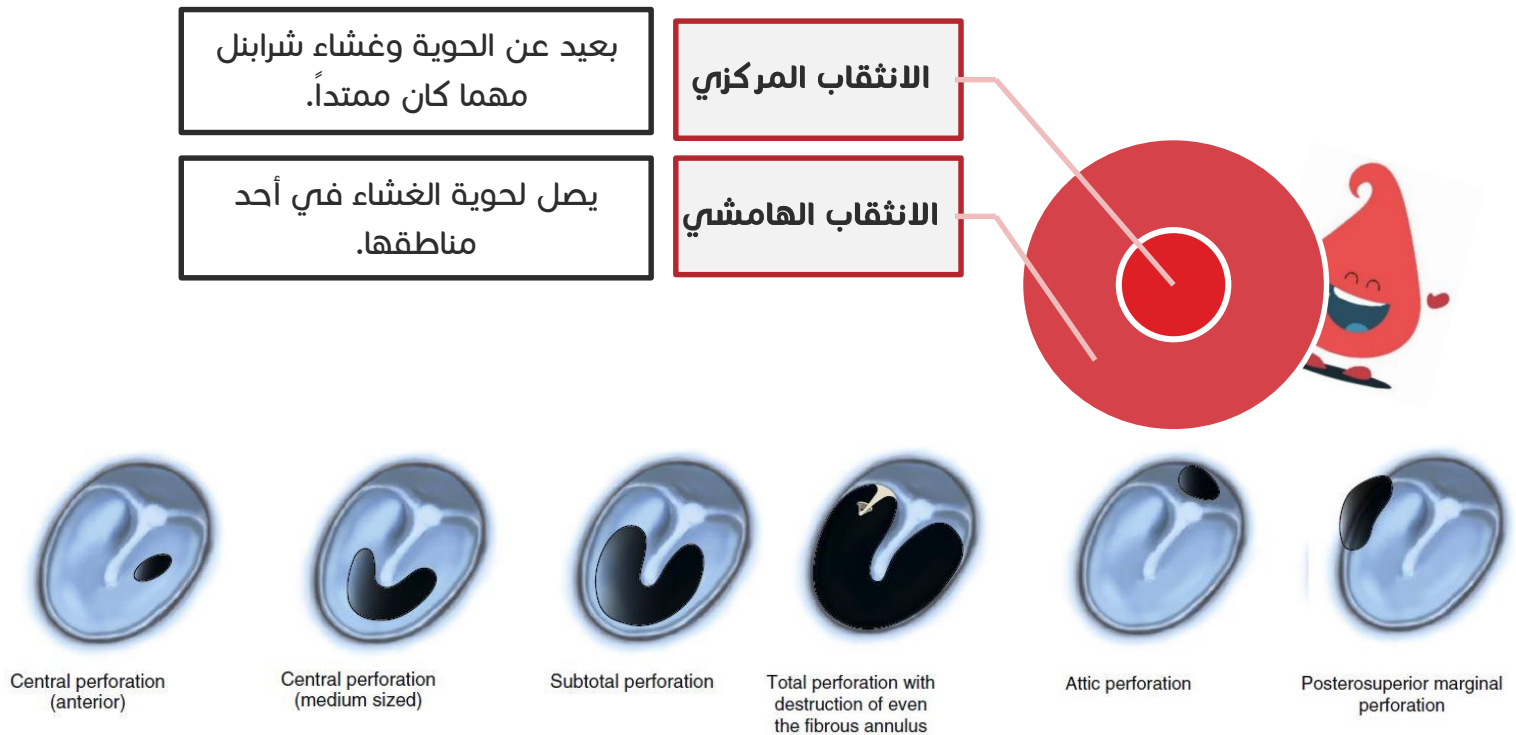
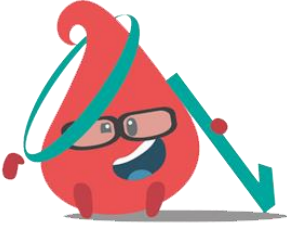


Figure 11.7 Types of perforations in the tympanic membrane seen in CSOM.

الأعراض:

العرض الرئيسي للتهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن هو **السيلان القيحي المستمر أو المتكرر من الأذن دون ألم**، وإن حدوث ألم عميق في أذن مصابة بالتهاب مزمن يدل على احتباس قيح فيها، أو على أن السحايا قد كشفت.

العلامات:



انتقاب -سيلان قحي-نقص سمع¹

علامة رينية-أرشفيف: عادةً سليبية (لأنه نقص سمع نقلي) إلا إذا كانت الفجوة صغيرة.

علامة وير-أرشفيف: تنحرف باتجاه الأذن المصابة.

التصوير الشعاعي²:

تبدي صور الخشاء دوماً: تصلباً (دليل على تخرب في العظم وانتشار الالتهاب خارج الأذن الوسطى) + ظل فراغي (دليل على الورم الكوليسترولي العلية وقد يملأ النتوء الخشائي) ومن المهم طلب C.T.S للدقة في التشخيص أو MRI.

-إضافة من (الأرشفيف-:

نطلب الصورة الشعاعية بوضعية شولر : تُلصق الأذن المراد تصويرها بالفيلم الشعاعي ثم نطلب من المريض أن يدير رأسه حتى يلامس أنفه الفيلم، وبعدها نصوّر، والهدف منها إبعاد خشاء الأذن السليمة عن الأذن المراد تصويرها، وفي هذه الوضعية ينطبق مجرى السمع الباطن على الظاهر.

المعالجة:

جراحية

الاستطباب:

حالة الانتقاب الهامشي مع الورم الكوليسترولي، أو في الحالات التي حدثت فيها تغيرات غير قابلة للتراجع في الغشاء المخاطي للأذن الوسطى والخصاء، أو نخرة عظمية.

حج الخشاء Mastoidectomy:

بالطريقة المفتوحة-أرشفيف- (الجذري أو الجذري المعدل): نسبة النكس أقل من المغلقة.

طريقة الحج الجذري: لا نحافظ بها على تشريح الأذن، بل نقوم بإزالة الجدار الخلفي العلوي لمجرى السمع الفاصل بين الخشاء والمجرى، فيصبح مجرى السمع والخصاء والأذن الوسطى والعلية جوف واحد، ويزال غشاء الطبل والعظيمات.

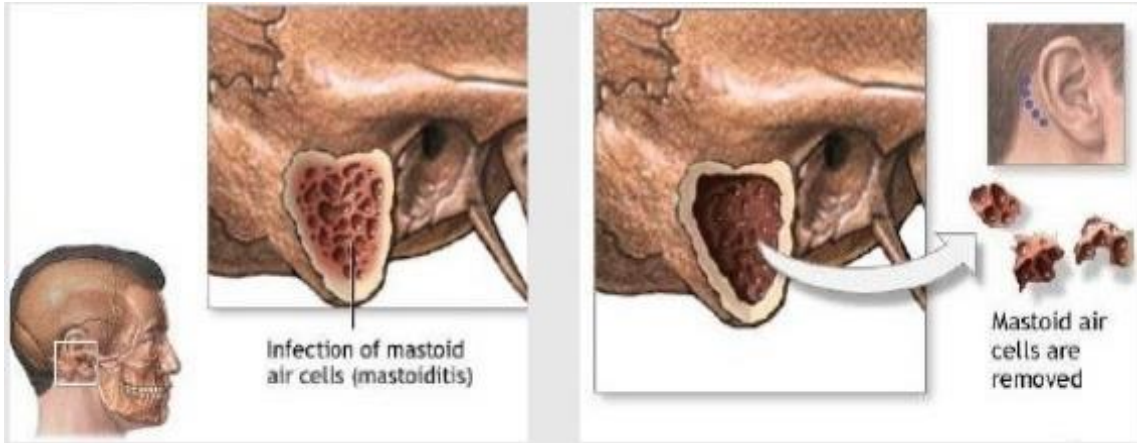
طريقة الحج الجذري المعدل: نفس التوصيف السابق لكن نرقع غشاء الطبل ونصنع عظيماً.

بالطريقة المغلقة-أرشفيف: نحافظ على تشريح الأذن ويتم تصنيع أذن وسطى، ولكن نسبة النكس بهذه الطريقة أعلى.

¹ هناك دوماً نقص في السمع بإصابة الأذن الوسطى تختلف درجته حسب حالة العظيما، ونقوم بالتخطيط لنعرف درجة نقص السمع

² في حال وجود انتقاب هامشي مع رائحة كريهة يجب أن نصور

ملاحظة هامة: لابد من تجريف الخشاء خاصة إذا كان هناك ورم كوليسترولي فإنه لا ينظف إلا بالعملية.

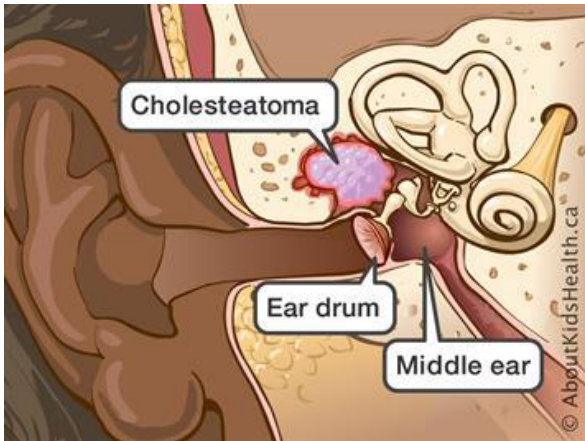


المعالجة الدوائية

تكون بمص المفرزات القيحية من الأذن بالممص كل يومين أو ثلاثة أيام، ثم بتطبيق المضادات الحيوية (الأفضل هو الأموكسيسيلين ومن الممكن إعطاء الأوغمانتين لوجود حمض كلافلانيك) موضعياً بشكل قطرات، ومن الأفضل إجراء زرع وتحسس بالمضادات الحيوية من الطريق العام. ولابد من معالجة البؤر الإنتانية في الطرق التنفسية العليا، إضافة إلى التأكيد على المريض بعدم السماح بدخول الماء إلى الأذن.

ملاحظة على اختبار الزرع والتحسس: يجب أن يمتنع المريض عن تناول الصادات مدة 3 أيام احتياطاً.³

الورم الكوليسترولي cholesteatoma:



✳ يستر مجرى السمع الظاهر **والوجه الوحشي** من غشاء الطبل بطبقة متوسطة من الجلد ويتخلص المجرى من هذه التوسفات بألية الهجرة migration بينما يستر **الوجه الأنسي** من غشاء الطبل والأذن الوسطى بغشاء مخاطي **لا يتوسف**.

✳ يتشكل الورم الكوليسترولي غالباً بإحدى الآليتين التاليتين:

1. **الانتقَاب:** إذا حدث انتقَاب **هامشي** في غشاء الطبل (وغالباً يكون في القسم العلوي)، تسرب جلد مجرى السمع الظاهر إلى

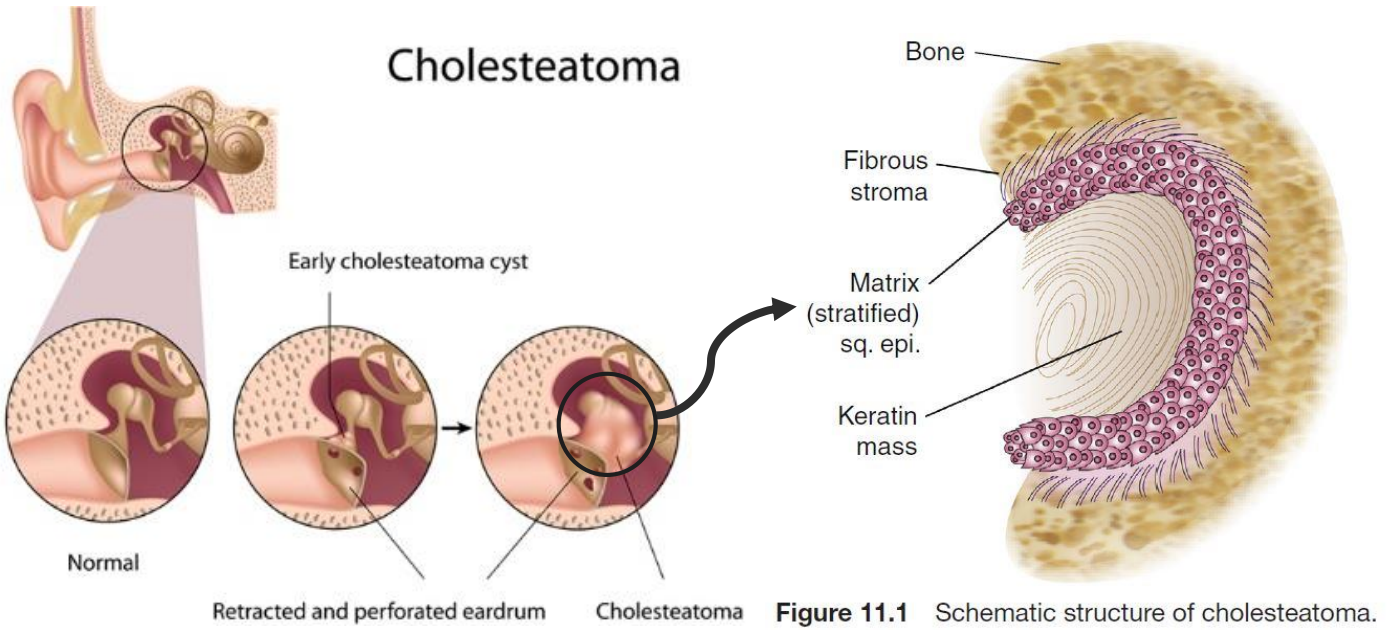
الأذن الوسطى فيتوسف وتتجمع التوسفات بشكل طبقات (كطبقات البصل) وتتفسخ بفعل الجراثيم، فتملأ الجوف الموجودة فيه وهو جوف القسم العلوي من الأذن الوسطى (العلية) غالباً (إذا كان الانتقَاب لغشاء الطبل علوي). ومن الممكن أن يصل الالتهاب للغشاء المخاطي و للعظيّمات وتتنخر العظيّمات و تتجاوزها إلى الغار وبقية النّوء الخشائي، وتخرب العظم المجاور لها بفعل ضغطها وبفعل الخمائر الحالة الناتجة عن التفسخ، فيتآكل العظم ثم يمتد

³ وحسب خبرة الدكتورة تغريد يجب إيقاف الصادات قبل أسبوع من الاختبار

إلى الجوار فتحدث الاختلاطات، ويمكن أن تتراكم التوسفات وتشكل كتلة تتفسخ بفعل الجراثيم (رطوبة + إفرازات مخاطية) و تطلق رائحة كريهة.

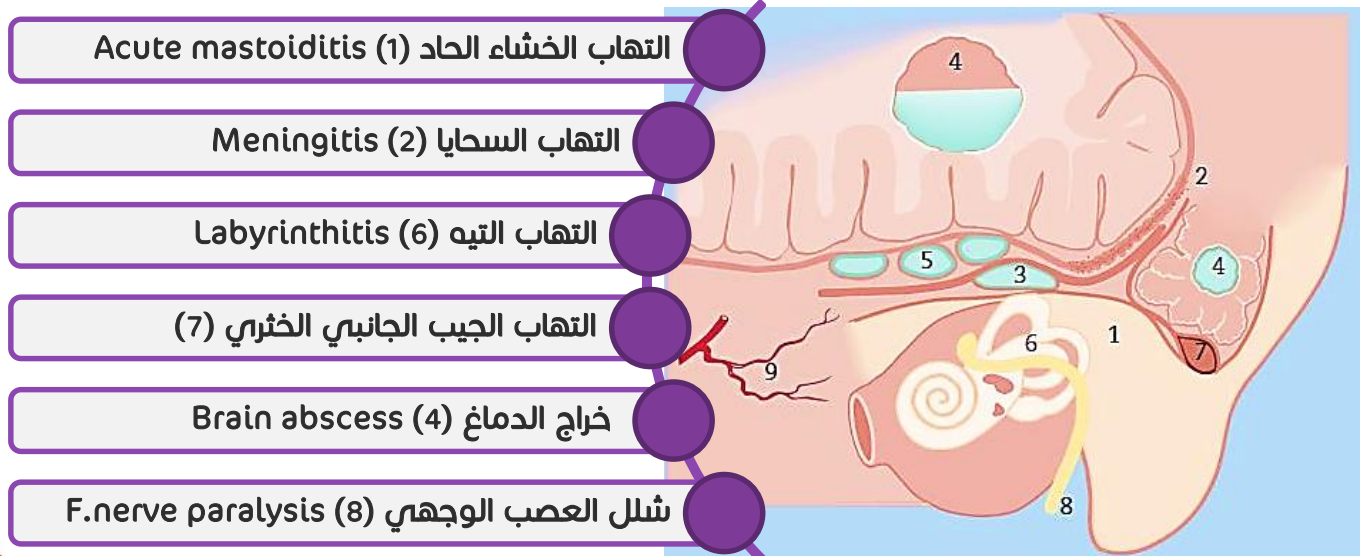
سمي هذا النوع من الانثقابات خبيث لأنه يخرب العظيّمات ويصل للخشاء

2. **الجيب الانسحابي:** أي مشكلة بالأذن الوسطى ناجمة عن انسداد أو سوء وظيفة نفير أوستاش، تؤدي امتناع دخول الهواء إلى الأذن الوسطى وحدوث ضغط سلبي فيها يؤدي إلى **انسحاب منطقة غشاء شرايبل**، واشتداده تدريجياً مما يسبب تجمع التوسفات خلفه **وضمن العلية**، وتنمو باستمرار بتوسفات جديدة عائدة بذلك إلى الآلية السابقة مسببة الورم الكولستريني، وهنا يحدث من دون انثقاب.



اختلاطات التهاب الأذن الوسطى القيحي

الأذن الوسطى لها مجاورات مهمة جداً فإذا كان الالتهاب من النوع الحاد الشديد أو النوع مزمن سوف ينتقل لبعض المناطق المجاورة:



1- التهاب الخشاء الحاد⁴:

كلما حدث انتان أذن وسطي يحدث درجة من التهاب الخشاء، يسبب تمادي الغشاء المخاطي للأذن الوسطى مع الغشاء المخاطي للخشاء، ويحدث التهاب الخشاء الحاد تحت ظروف معينة منها: حمة الجرثوم المهاجم ومقاومة جسم المريض ونوع الخشاء ومقدار تهويته، فيتشكل القيح في الخلايا الخشائية وقد يضغط على الحجب العظمية الفاصلة بين الخلايا الخشائية ويمنع عنها التروية فتتخرب.

الأعراض:

ألم عفوي شديد ومحدث بالضغط على النتوء الخشائي، سيلان قيحي (يخرج من غشاء الطبل بشكل نابض)⁵، قد تشاهد وذمة واحمرار فوق النائي الخشائي، وقد يتجمع القيح مشكلاً خراجاً تحت سمحاق الخشاء أو يبرز في ناحية النتوء العذاري، إضافةً إلى نقص في السمع ويفضل إجراء C.T.S.

المعالجة

وتكون بالصادات الحيوية، ونلجأ للجراحة عند احتباس القيح (استمرار الألم بالجبس أو تشكل خراج تحت

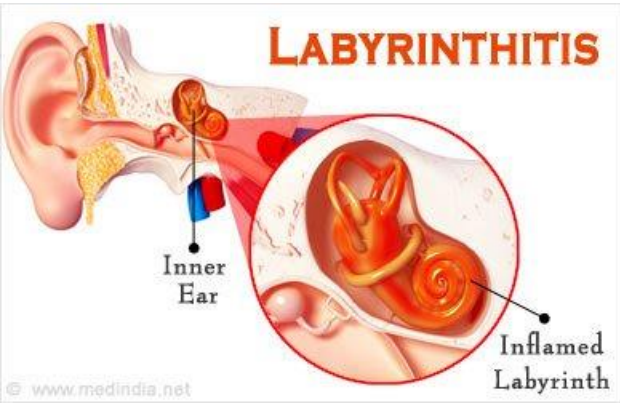
السمحاق)، بإجراء ما يسمى التفريغ البسيط للخشاء.

يجب أن تتم المعالجة بالمشفى وعلى يد أخصائي خوفاً من تأذي العصب الوجهي.

2- التهاب التيه Labyrinthitis:

قد يضغط الورم الكوليسترولي على القناة نصف الدائرية

الجانبية (الوحشية) التي تتبارز في العلية Attic في الأذن الوسطى، فيتآكل جدارها ويحدث فيها ناسور Fistula ويصل الالتهاب إلى الأذن الداخلية، ويحدث تخريش للتيه (لم ينتقل الالتهاب بعد) مسبباً دوار مؤقت مترافق برأوة وعدم توازن، ويقال عندئذ بأن علامة الناسور إيجابية، وهي استطباب لإجراء التداخل الجراحي لمنع تطور الحالة إلى التهاب التيه القيحي أو التهاب السحايا.



وقد ينتقل الإنتان إلى التيه من خلال النافذة البيضاء أو النافذة المدورة أو من ناسور في القناة نصف الدائرية

الجانبية، ويحدث التهاب التيه القيحي فيصاب المريض بدوار شديد مع غثيان وإقياء ورأوة عفوية ونقص في السمع.

⁴ أصبح نادر حالياً بسبب المعالجة المبكرة

⁵ أما سيلان الأذن الوسطى يكون مستمر

ملاحظات:

- **-علامة الناسور-أرثيف:-** دوار مؤقت مثار، يحدث عند الضغط على الوتدة، أو خلال التنظيف بالممص suction (أي توليد ضغط خارجي سلبي يسبب اهتزازاً لللف الظاهر وحدوث الدوار).
- **-من الاختلاطات-أرثيف:-** التهاب السحايا (وذلك لوجود اتصال بين اللف الظاهر والسائل الدماغي الشوكي عبر القناة القوقعية).
- -يدوم الدوار والرأفة لبضعة أيام وأما السمع فينعدم في تلك الأذن بشكل دائم (الأذن الميتة).

الخلاصة

قد ينتقل التهاب الأذن الوسطى إلى الأذن الداخلية عبر ناسور (محدث بسبب الورم الكوليسترولي)، وهنا تكون **علامة الناسور إيجابية**، وهنا يستطب التدخل الجراحي لمنع انتقال اللنتان عبر النافذة البيضية أو المدورة أو الناسور وبالتالي **التهاب التيه القححي**، وتخرب الأذن الداخلية وما يتبعه من اختلاطات.

3-التهاب الجيب الجانبي الخثري:

ويحدث بأحد الطريقتين:

في حالة التهاب خشاء حاد نزفي

وذلك بحدوث التهاب وريد خثري راجع يوصل اللنتان إلى جدار الجيب ومن ثم إلى المجرى الدموي.

الامتداد المباشر

بتخريب الصفيحة العظمية بين الخشاء والجيب الجانبي وبوصول اللنتان إلى جدار الجيب ثم غزوه للدم.

الأعراض:

رأفة ليس لها تفسير واضح، علامات تجرثم الدم من حيث مخططها الحروري مع عروءات، وقد يكون هناك مضض على مسير الوريد الوداجي الباطن في العنق مع حرارة.

✓ **المعالجة:** تكون بالمضادات الحيوية ومضادات التخثر بسبب إصابة الجيب وقد يلجأ إلى العمل الجراحي بتفريغ الخشاء واستخراج الخثرة من الجيب الجانبي وربما ربط الوريد الوداجي الباطن لمنع انتقال صمات في المجرى الدموي.

ملاحظات:

- زرع الدم إيجابي خاصة إذا أخذ الدم أثناء العرواء.
- التهاب أذن وسطى مع حرارة وحالة عامة سيئة وألم على مسير الوداجي يشير إلى وجود التهاب جيب جانبي خثري.

4-التهاب السحايا:

⑥ يصل الالتهاب إلى السحايا من عدة طرق:

- عن طريق تخرب الطبقة العظمية التي تفصل العلية والغار عن السحايا وتشكل خراج خارج السحايا
- عن طريق الصخرة أو التيه أو الجيب الجانبي
- الانتقال بالتهاب وريد خثري راجع.

⑦ **الأعراض:** صداع-ترفع حروري-صلابة عنق-حالة عامة سيئة

✓ **المعالجة:** تكون بمزيج من المضادات الحيوية والسلفا مع تدخل جراحي لمعالجة مصدر الإنتان.

يتأكد التشخيص بفحص
السائل الدماغي الشوكي

نبدأ بإعطاء الصادات للمريض حسب أشيع الجراثيم المتوقعة، ثم نعدل الخطة الدوائية حسب نتائج اختبار الزرع والتحسس.

5-خراج الدماغ:

- ⑥ يحدث عند انتشار الانتان إلى نسيج الدماغ فيبدي المريض صداعاً وترفعاً حرورياً مع إقياء وضعف ونحول.
- ⑥ **نوب الاختلاج والنقص البطيء** علامتان مهمتان في التشخيص الذي يتأكد بتصوير الدماغ C.T.S أو الأفضل MRI.
- ✓ **المعالجة** بالمضادات الحيوية مع السلفا وبالتدخل الجراحي (تفجير الخراج بوجود طبيب عصبية).

6-شلل العصب الوجهي⁶:

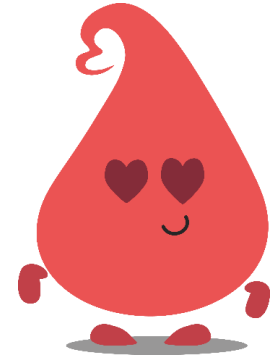
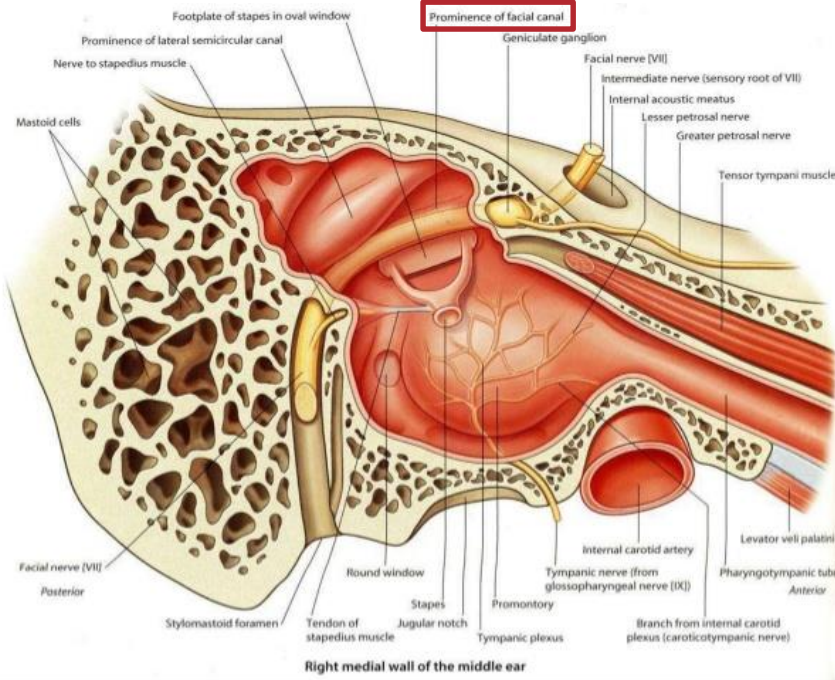
7. اختلاط التهاب أذن وسطى حاد:

يسير العصب الوجهي في قناة فالوب وهو يمر على الجدار الأنسي للأذن الوسطى فوق النافذة البيضية وتحت القناة الهلالية الجانبية، فقد يكون الجدار العظمي لقناة فالوب غير كامل (30% من الناس)، مما يعرض للإصابة العصب الوجهي في حال حدوث التهاب الأذن الوسطى الحاد فتحدث **لقوة محيطية مؤقتة** تزول بالمعالجة وبزوال الحالة الالتهابية.

⁶ ستتوسع بالحديث عنه في المحاضرة القادمة

2. اختلاط لورم كولسترولي:

يتخرب جدار قناة فالوب بالورم الكولسترولي الضاغط، فتحدث اللقوة المحيطية في حال التهاب الأذن الوسطى القيحي المزمن وهي استئطاب للتداخل الجراحي وإزالة الورم الكولسترولي الضاغط، حيث تشفى اللقوة إذا كانت حديثة وما زالت إصابة العصب قابلة للتراجع ولم تصل بعد إلى حالة التنكس، ونعالج بزرع وتحسس ومص مفرزات ومضادات وذمة وصادات حيوية.



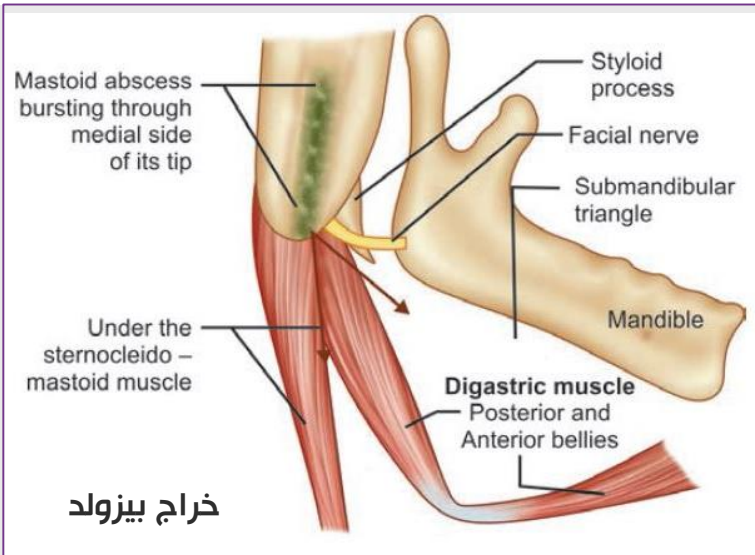
ثم أن هناك حالتين يحسن ذكرهما باختصار هما:

خراج بيزولد:

يشاهد في التهاب الخشاء الحاد، إذا كانت خلايا ذروة الخشاء كبيرة والصفحة الأنسية لها رقيقة اخترقها القيح وانتشر أنسي العضلة القترائية مشكلاً ما يسمى بخراج بيزولد وهو يترافق بترفع حروري وتورم مؤلم بالعنق يمتد من ذروة الخشاء أنسي الفك السفلي وقد يرافقه شلل العصب الوجهي. يعالج بالشق وبجج الخشاء.

تناذر غرادينغو:

وينتج من انتشار القيح إلى ذروة الصخرة حيث يشاهد بالإضافة إلى السيلان شلل العصب السادس ومثلث التوائم في الناحية الجدارية الموافقة ناتج عن انضغاط عقدة غاسر.



ملاحظة: أعراض شلل عيني + أعراض أذنية سابقة ← يتوجب الشك بتناذر غرادينغو

أورام الأذن الوسطى:

وأهمها نوعان:

الورم شائك الخلايا Squamous Cell Carcinoma

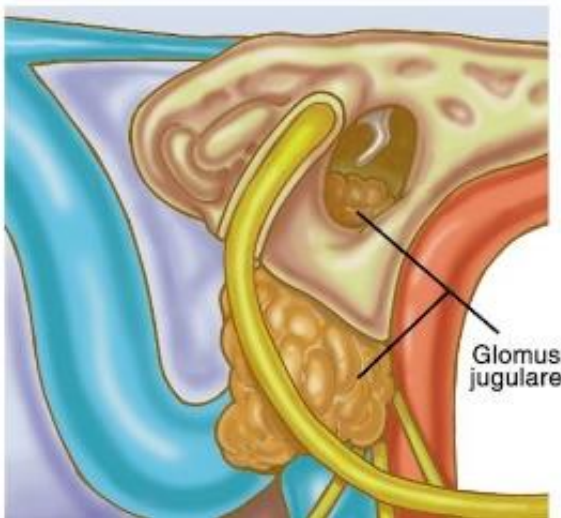
- ✓ **بدئية** (في أذن سليمة) أو **ثانوية** (في أذن مصابة بالتهاب قحي مزمن).
- ✓ العرض الأول هو **سيلان قيحي مدمى**⁷ من الأذن ثم يتلو ذلك ألم ونقص في السمع ثم لقوة محيطية (خاصة إذا كان السبب بدئي)، ويتأكد التشخيص بخزعة مأخوذة من الورم المتقرح في الأذن الوسطى.
- ✓ **المعالجة:** جراحية وشعاعية وقد يفضل العلاج الشعاعي لأن الإنذار سيئ جداً فلا نقوم بالتجريف.

الورم الكبي الوداجي GlomusJugularTumor

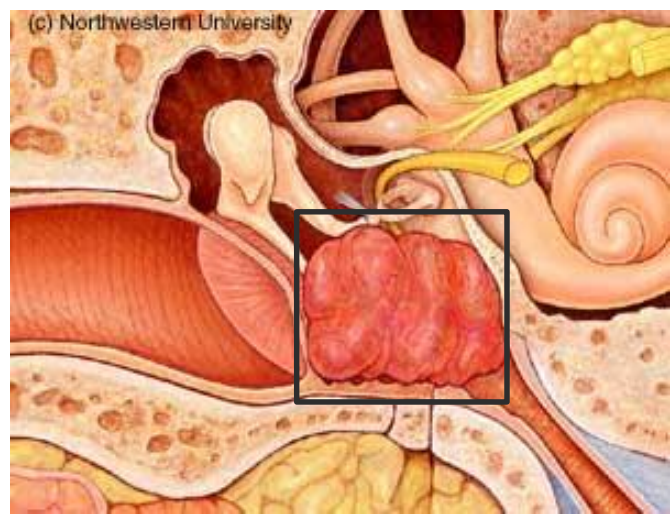
- ✓ وينشأ على الأجسام الكبية الموجودة في خليج الوريد الوداجي أو على الجدار الأنسي للأذن الوسطى على مسير الضفيرة الطبلية ومن نوعه ورم الجسم السباتي وهي أورام سليمة نسيجياً.

الأعراض:

- ✎ **طين نابض** يورق المريض ثم ينمو الورم ويحدث نقص في السمع وألم.
- ✎ بالفحص قد يكون غشاء الطبل سليماً ويبدو متبارزاً يشف عن لون مزرق قد يجرب الطبيب خزعه فيحدث نزف غزير، قد يبدو بالفحص انثقاب في غشاء الطبل بسبب كبر حجم الورم يتبارز منه برعم مزرق قد يجرب الطبيب استئصاله فيحدث أيضاً نزف غزير ويكون تشخيصه صعب ويتأكد التشخيص بالخزعة النسيجية.



glomus jugulare



glomus tympanicum

7 عند وجود سوابق سيلان قحي مزمن قد يُعزي الطبيب النزف إليه، لكن يجب أن ننتبه إلى أن السيلان المزمن لا يترافق بألم فعند وجود سيلان قحي مدمى مع ألم يجب أن نشك ب SCC.

EXTRA
INFO

Glomus tumors may cause hearing loss or pulsating tinnitus. Glomus tumors characteristically affect hearing because they often are located within or adjacent to the temporal bone. Involvement of the ossicles may cause a conductive hearing loss. With extension into the mastoid antrum the facial nerve may become involved. Growth through the tympanic membrane may cause bloody otorrhea.

✓ **المعالجة:** بالاستئصال الجراحي المتأن حيث يحاط الورم قبل استئصاله ليستأصل دفعة واحدة وإلا فالنزف غزير جداً، قد يدعم العمل الجراحي بالمعالجة الشعاعية ويحضر الدم قبل العمل الجراحي.

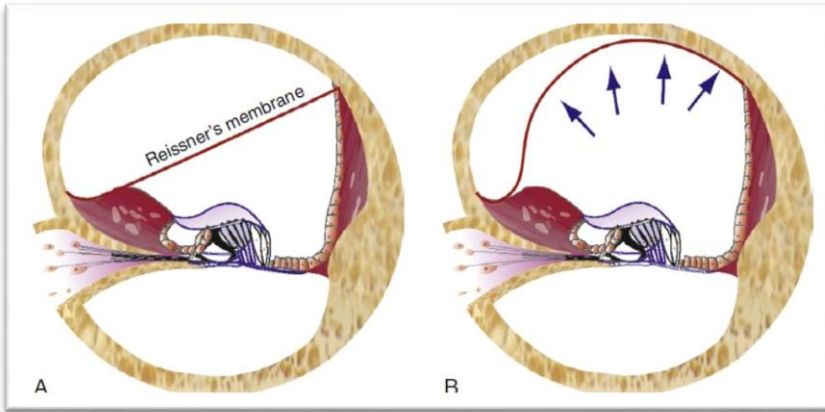
ملاحظة-أرشف:-

علامة شروق الشمس *Rising Sun*: تدل على الورم الكبى الوداجي، حيث يظهر الورم بشكل كتلة مزرققة من الأسفل للأعلى.



مرض منيير Meniere's⁸

- مجهول السبب، **أحادي الجانب** عادةً.
- نوبات من **فرط ضغط سائل اللف الباطن**.
- انتباج بغشاء رايسنر، وانتقابه وتخرّب الخلايا المشعرة الداخلية خلال النوبة حيث يختلط اللف الباطن مع الظاهر، وتحدث الأعراض. -أرشف-



- هو مرض ليس بالنادر ازداد الاهتمام به حديثاً وعرف الكثير مما كان مجهولاً عنه.
- لا يرتبط بضغط المريض الدموي ولا يشترط حدوث المرض وجود ارتفاع ضغط عند المريض.
- يزداد في هذا المرض ضغط اللف الباطن ولذا فهو يشبه بالزرق في العين.

Pronunciation: /meɪn'jeərz/ ⁸

وورد في المقرر: مرض مه نيير

أسباب ضغط اللف الباطن غير واضحة بعد، قد تكون هناك عوامل استقلابية أو غدية (نقص نشاط الدرق) أو أرجية تساهم في زيادة هذا الضغط وإن للعوامل النفسية أثر كبير في إظهار أعراض هذا المرض وهو يعتبر لذلك مرض عضوي نفسي Psycho-Somatic.

الأعراض:

دوار Vertigo

نقص سمع
Hearing loss

طنين Tinnitus

حس ثقل Fullness

✍ **الدوار:** هو العرض الذي يحضر المريض عادة إلى الطبيب لأن فرط التوتر شمل اللف كامل إذ يصاب المريض بنوب من الدوار الشديد تستمر دقائق (ليس ثواني) إلى ساعات وقد تترافق بالغثيان والإقياء وتنتهي لتترك بعدها نوعاً من الدوار الخفيف خاصة عند الحركة لفترة من الزمن ثم يبقى المريض حراً من الدوار حتى النوبة القادمة.

✍ يختلف تواتر النوب كثيراً وهي تأتي عادة بمجموعات فيصاب المريض بعدة نوب متقاربة ثم تفارقه النوب حتى ليظن أنه قد شفي من مرضه وفجأة تعاوده النوب مرة أخرى.

✍ **نقص السمع:** وهو يبدأ عادة قبل الدوار نظراً لأن المرض هو مرض الأذن الباطنة كلها بقسميها الحلزون والدهليز وهو من النوع الاستقبالي **Perceptive** العائد للأذن الباطنة، ويكون متموجاً في بدئه فيفيد المريض أن سمعه يتحسن ويسوء عادة قبل نوبة الدوار، ويتقدم المرض يزداد نقص السمع ويصبح دائماً.

✍ **الطنين Tinnitus:** وهو **منخفض التواتر** عادة بعكس ما يعرف عن طنين الأذن الباطنة من أنه مرتفع التوتر.

✍ **حس الثقل في الأذن Fullness:** وهو عرض لم تكن تذكره الكتب في جملة أعراض مرض منير إلا أنه ليس أقل ظهوراً من بقية الأعراض فالمريض يشعر بانسداد في الأذن المصابة يظن سببه سداة صملاخية ويتساءل إن كانت تحتاج إلى الغسيل.

ملاحظات-أرشيف:-

✍ سبب النوب هو تمزق غشاء رايسنر واختلاط اللف الظاهر والباطن.

✍ يخف الطنين ونقص السمع بعد انتهاء النوبات ويزدادان مع كل نوبة.



التشخيص:

ويتم بالاستجواب المفصل ويؤكد بتخطيط السمع وبالاختبار الحروري.

التخطيط⁹ يظهر نقص سمع لإصابة الأذن الباطنة.

الاختبار الحروري¹⁰ يظهر نقص ارتكاس في الأذن المصابة دون أن ينعدم الجواب تماماً.

يبدى ورم العصب السمعي أعراضاً مشابهة، ويظهر التخطيط نقصاً في السمع (بسبب إصابة العصب ذاته)، أما الاختبار الحروري فيكون معدوماً

-تكون الأذن طبيعية بالفحص ولا يوجد أي شيء موجه ولا التصوير يمكن أن يفيدنا.

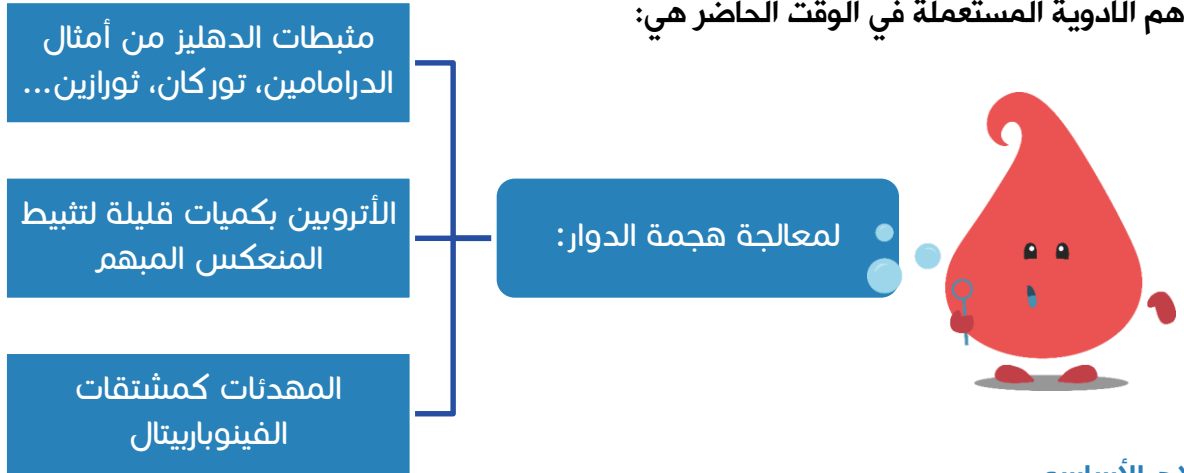
المعالجة

المعالجات الدوائية:

المعالجات الدوائية التي تذكرها الكتب كثيرة ومتنوعة ولكنه يشك بفائدة معظمها ويعود ذلك لصعوبة تقدير

تأثيرها نظراً لطبيعة سير المرض ومروره بفترات هجوع تلقائية.

أهم الأدوية المستعملة في الوقت الحاضر هي:



العلاج الأساسي:

يمنع المريض من التدخين، وتستأصل البؤر الإنتانية، وينصح بالتخفيف من تناول الملح والسوائل ويفتش عن نقص

نشاط الدرق. ويعطى:

مضادات الإقياء	مضادات الهيستامين	والمهدئات	موسعات وعائية
ميتوكلوبراميد	للإزالة التحسس بطريقة خاصة.	بوجود الرض النفسي	وأفضلها هنا حمض النيكوتينيك ¹¹

⁹ التخطيط بالنوب الأولية يكون طبيعياً

¹⁰ للاختبار الحروري: هو اختبار لتقييم الوظيفة الدهليزية، يُجرى من خلال تمرير ماء بارد أو ساخن في قناة الأذن، والذي عادة ما يحفز الجهاز الدهليزي، مسبباً الرأرأة، وفي حالة عدم حدوثها يكون هناك ضعف في الأداء الدهليزي

¹¹ مختلف في فائدتها لكن عند عدم وجود مضاد استطباب أو آثار جانبية لها نعطيها للمريض حسب الدكتوراة.

نتائج المعالجة الدوائية تختلف بحسب الإحصائيات المختلفة المعطاة لها وهي على كل حال حسنة.

المعالجة الجراحية:

7. تخريب الدهليز:

تجرى إما عن طريق القناة نصف الدائرية الجانبية أو النافذة البيضية حيث تفتح ويسحب التيه الغشائي، فتتخرب الأذن الباطنة وينتهي الدوار ويزول السمع أيضاً¹² (o_0)، ولذلك لا تجرى هذه الجراحة إلا في الحالات وحيدة الجانب، والتي تكون فيها النوب كثيرة تقعد المريض والسمع متناقص جداً.

هناك طريقة تعتمد على **الأمواج فوق الصوتية** على القناة نصف الدائرية لتتلفها دون أن تؤثر على السمع.

2. تفجير اللف الباطن:

بشق كيس اللف الباطن المتوضع على الجدار الخلفي العلوي من الصخرة، وتركيب شنت يقوم بالتصريف للسحايا كلما ارتفع الضغط.

3. استئصال الدهليز الدوائي مع المحافظة على السمع-أرشييف:

يؤثر على الدهليز قبل تأثيره على الحلزون، إما بحقن بشكل مباشر أو نخزغ غشاء الطبل ونضع أنبوب تهوية، ويتم الحقن بشكل دوري بجرعة محددة مع مراقبة السمع قبل كل حقن في حال كان السمع جيد ونريد الحفاظ عليه.

