

การวินิจฉัยและการรักษาโรค Benign Paroxysmal Positional Vertigo

สมชาย ศรีร่วมโพธิ์ทอง, ขวัญชนก ยิ้มदै

ภาควิชาโสต ศอ นาสิก และลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

Diagnosis and Management of Benign Paroxysmal Positional Vertigo

Somchai Srirompotong, Kwanchanok Yimtae

Department of Otolaryngology,

Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002

บทนำ

Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเวียนศีรษะจากการเปลี่ยนท่า และพบประมาณ 20% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาด้วยอาการเวียนศีรษะ¹ สาเหตุของโรค BPPV ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ แต่อาจพบตามหลังการกระทบกระแทกที่ศีรษะ โรค viral neurolabyrinthitis โรค vertebrobasilar insufficiency โรค Meniere's disease และโรคของหูชั้นกลางและหูชั้นใน^{2,3} มีผู้พยายามตั้งทฤษฎีในการอธิบายโรค BPPV หลายทฤษฎี แต่ที่นิยมกันมีอยู่ 2 ทฤษฎี ได้แก่

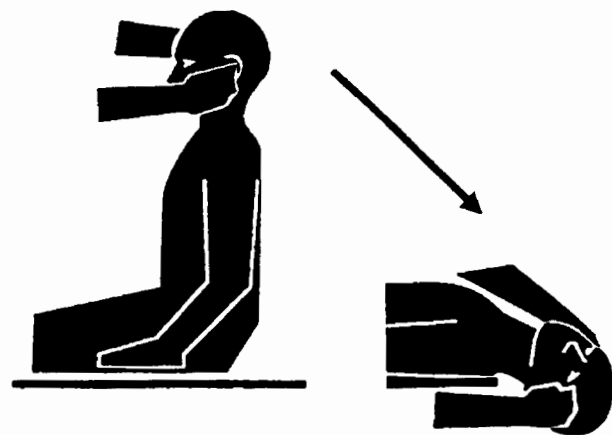
1. Cupulolithiasis hypothesis อธิบายโดย Schuknecht⁴ ในปี ค.ศ.1962 เชื่อว่ามี degenerating utricle ทำให้ otolith หลุดเข้ามาเกาะอยู่บน cupula ของ posterior semicircular canal ทำให้ cupula มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะ ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะเกิดขึ้น แต่ทฤษฎีนี้ไม่สามารถอธิบายพยาธิสภาพของการเกิดโรค BPPV ได้ทั้งหมด

2. Canalithiasis hypothesis อธิบายโดย Hall และคณะ⁵ ในปี ค.ศ.1979 เชื่อว่ามีอนุภาคเล็ก ๆ ลอยเข้าไปใน posterior semicircular canal ทำให้มีการรับรู้ที่ผิดปกติของการเคลื่อนไหว ทำให้มีอาการเวียนศีรษะเกิดขึ้นขณะเปลี่ยนท่าศีรษะ ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นที่ยอมรับมากกว่าทฤษฎีแรกเพราะสามารถอธิบายพยาธิสภาพการเกิดโรค BPPV ได้มากกว่า

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เป็นโรค BPPV จะมีอาการเวียนศีรษะเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดเมื่อถูกกระตุ้นโดยการเคลื่อนไหวที่จำเพาะ เช่น

การก้มหน้า เงยหน้า ล้มตัวลงนอน พลิกตัวตะแคง หรือลุกขึ้นจากเตียง การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจ Dix-Hallpike maneuver (ดังแสดงในภาพที่ 1) ซึ่งจะมีการตอบสนองที่มีลักษณะจำเพาะดังที่ Dix และ Hallpike⁶ ดังนี้



ภาพที่ 1 วิธีการทำ Dix-Hallpike maneuver ให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขา ตัวตรง หันหน้าไปทางด้านซ้าย 45 องศา จากนั้นให้เคลื่อนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วจากท่านั่งไปอยู่ในท่านอนแล้วศีรษะห้อย สังเกตว่ามีตากระตุกประมาณ 15-20 วินาที จากนั้นเคลื่อนผู้ป่วยกลับมาในท่านั่ง สังเกตดูว่ามีตากระตุกหรือไม่ ประมาณ 15-20 วินาที จากนั้น ก็ทำแบบเดียวกันที่ข้างขวา (จาก Johnson JT. Instructional courses. Mosby Year Book 1992; 5 :200)

1. มีท่าที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและตากระตุกโดยให้หูข้างที่เป็นอยู่ต่ำ
2. ลักษณะตาที่กระตุกเป็นแบบหมุนวน (rotatory nystagmus) ไปด้านหูที่เป็น
3. มีระยะพักก่อนเกิดอาการ (latency) สั้น ๆ หลังจากท่าที่กระตุ้นการเกิดอาการเวียนศีรษะ
4. ระยะเวลาที่เกิดตากระตุกจะไม่นาน (ประมาณ 5-30 วินาที โดยจะไม่เกิน 1 นาที)
5. เวลาเปลี่ยนตำแหน่งกลับมาที่ท่าตรง ตากระตุกจะหายไป
6. เวลาทำ maneuver ซ้ำ ๆ การตอบสนองจะลดลงเรื่อย ๆ

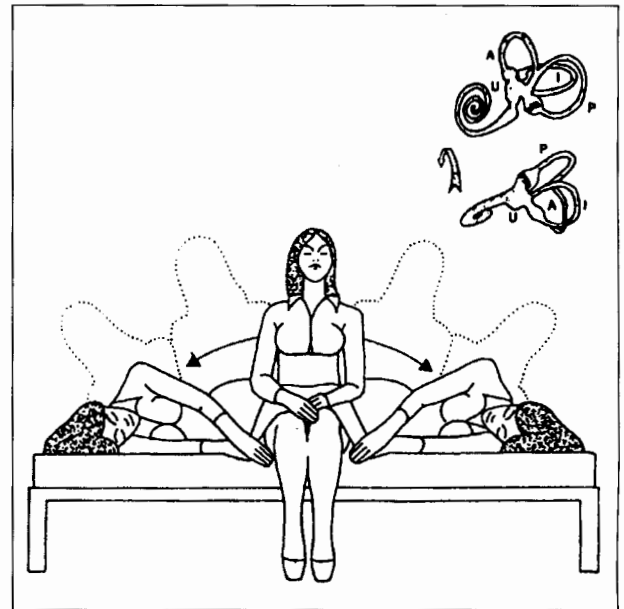
การรักษา

1. Reassurance เนื่องจากโรค BPPV จะหายได้เอง ในระยะเวลาเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน⁷ แพทย์ผู้รักษาบางท่านจึงใช้วิธีการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาเป็นปีถึงจะหาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องลงงานในช่วงที่มีอาการเวียนศีรษะและต้องจำกัดท่าทางไม่กล้าหันหน้าหรือเคลื่อนไหวในท่าที่ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ
2. Medical treatment ยาที่ใช้รักษาอาการเวียนศีรษะ ได้แก่ ยากลุ่มที่กดการทำงานของ vestibular (vestibular suppressant), ยากลุ่มที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด (vasodilator), ยากลุ่ม minor tranquilizer McClure และ Willet⁸ ในปี ค.ศ.1980 ทดลองใช้ lorazepam และ diazepam ในการรักษาพบว่าไม่มีความแตกต่างจากกลุ่ม placebo แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางรายที่อาจจำเป็นต้องใช้ยา antihistamine และ minor tranquilizer เพื่อช่วยลดอาการมึนงงและคลื่นไส้ อาเจียน ที่เกิดหลังอาการเวียนหมุน จากการศึกษาของ Fujino และคณะ⁹ ในปี ค.ศ.1994 เปรียบเทียบการให้ยารักษาอาการเวียนศีรษะอย่างเดียวกัการบำบัดวิธีที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว เพื่อให้เกิดการปรับตัว (Vestibular habituation training) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดวิธีที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว เพื่อให้เกิดการปรับตัว มีอาการดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาอาการเวียนศีรษะอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. Physical therapy การทำกายภาพบำบัดเพื่อรักษาโรคพบว่ามียาบำบัดที่สำคัญที่สุดในการรักษาโรค BPPV โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 3.1 การบริหารอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวเพื่อให้เกิดการปรับตัว (vestibular habituation training) โดยกระตุ้นให้สมองส่วนกลางปรับระบบการทรงตัวเสียใหม่ (central compensation) ที่นิยมใช้ ได้แก่ Cawthorne¹⁰ ในปี ค.ศ.1944 และ Norre¹¹ ในปี ค.ศ.1987 ทั้ง 2 อย่างเป็น vestibular habituation training ถึงแม้ว่าวิธีการบริหารนี้จะสามารถรักษา

อาการเวียนศีรษะได้ แต่การบริหารในช่วงแรกจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยกลัวไม่กล้าที่จะบริหาร ทำให้ผลการรักษาไม่ดีและใช้เวลาเป็นเดือนจึงจะได้ผล

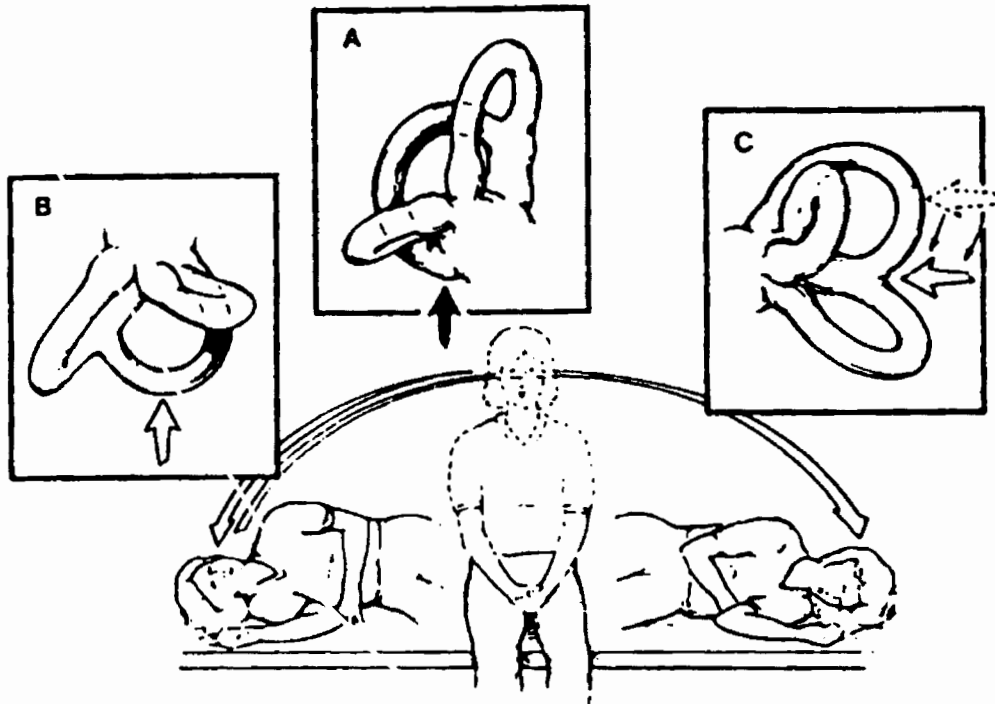
3.2 การทำกายภาพบำบัดเพื่อกำจัดหินปูนออกจาก semicircular canal เป็นการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยครั้งเดียวไม่ต้องกลับไปทำที่บ้าน (single treatment) มีอยู่ 3 วิธี ได้แก่

3.2.1 Brandt and Daroff¹² ทำเป็นคนแรกในปี ค.ศ.1980 เป็นการบริหารที่ทำให้ otolith debris หลุดออกจาก cupula มีรายงานว่าได้ผลดีในช่วงแรกที่นำมาใช้ ต่อมาได้นำมาใช้เป็นการบริหารที่บ้าน ผลการรักษาไม่ค่อยดีนัก วิธีนี้จึงไม่ค่อยนิยม (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 วิธีการทำ Brandt and Daroff exercise ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงห้อยขาทางด้านข้างของเตียงหลับตาแล้วล้มตัวลงไปด้านที่เคยทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ เช่น ถ้าเคยหันหน้าไปด้านขวาแล้วเวียนศีรษะก็ให้ล้มตัวไปทางขวาก่อน จะต้องให้ศีรษะและลำตัวตะแคงโดยใบหน้าด้านขวาวางแนบกับฟูก ตะแคงอยู่ในท่านั้นจนอาการเวียนศีรษะหายไป จากนั้นลุกขึ้นนั่งตรงเป็นเวลา 30 วินาที แล้วจึงล้มตัวด้านตรงข้ามกับครั้งแรกเป็นเวลา 30 วินาที (จาก Brandt T, Daroff RB. Arch Otolaryngol 1980 : 485.)

3.2.2 Liberatory maneuver โดย Semont และคณะ¹³ ในปี ค.ศ.1988 วิธีนี้รักษาตาม Cupulolithiasis theory เป็นการบริหารเพื่อให้ otolith debris หลุดจาก cupula ของ posterior semicircular canal จากการศึกษาของ Herdman และคณะ¹⁴ ในปี ค.ศ.1993 รักษา BPPV ด้วยวิธี Liberatory หาย



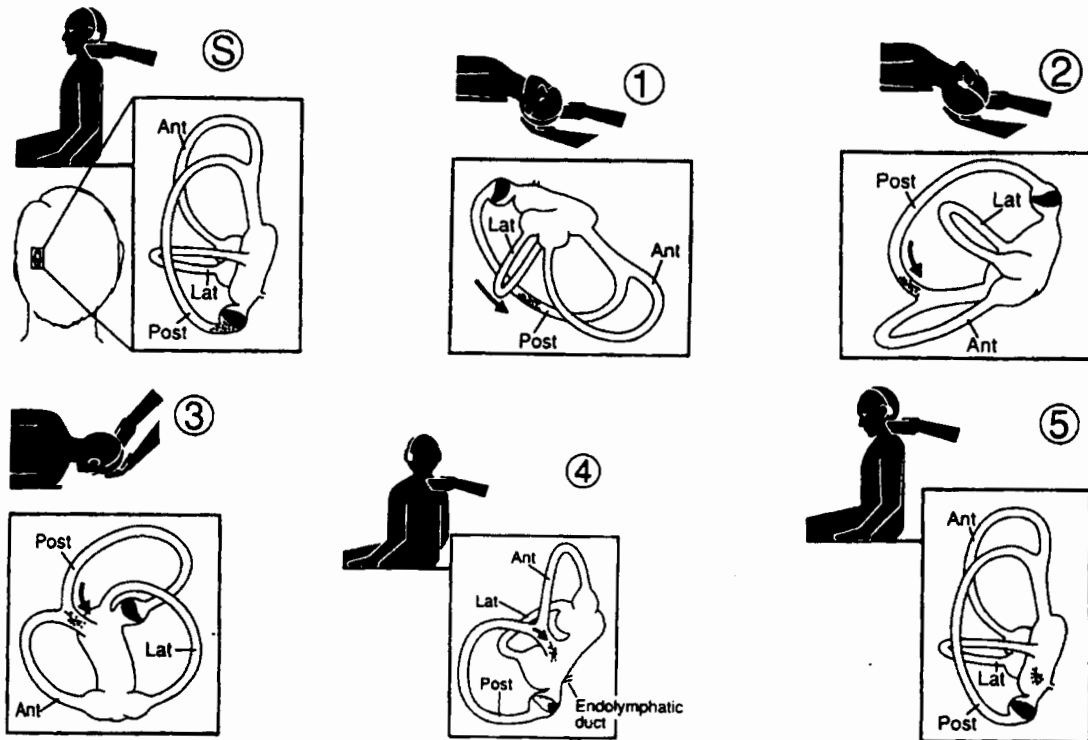
ภาพที่ 3 วิธีการทำ Liberator maneuver เริ่มจากให้ผู้ป่วยนั่งตรง ศีรษะหมุน 45 องศา ไปทิศตรงข้ามกับหูที่เป็นสาเหตุแล้ว ล้มตัวลงนอนในท่าตะแคงอย่างรวดเร็ว นอนในท่านี้นาน 4 นาที แล้วย้ายกลับไปนอนตะแคงด้านตรงข้ามนาน 4 นาที เมื่อครบ 4 นาทีให้ลุกขึ้นนั่งตรงอย่างช้าๆ (จาก Herdman SJ, Tusa RJ, Zee DS, Proctor LR, Mattox DE. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993 : 451)

70% (ภาพที่ 3) Semont แนะนำให้ทำซ้ำหลายครั้ง แล้วจึงให้ผู้ป่วยสวม soft cervical collar และพยายามปรับศีรษะให้อยู่ในแนวตั้งตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการโน้มตัว, ก้ม, หรือเงยศีรษะเป็นเวลานาน 48 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยนอนราบได้ แต่ห้ามตะแคงไปข้างที่เป็นเพื่อป้องกันไม่ให้ debris ไปเกาะที่ cupula อีก ต่อมา Nuti และคณะ¹⁵ ในปี ค.ศ.2000 พบว่า ภายหลังจากการทำ Liberator maneuver และให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่ต้องสวม soft cervical collar และไม่ต้องจำกัดท่าทางการเคลื่อนไหว การกลับมาเป็นใหม่ของโรคไม่ได้เพิ่มมากขึ้น

3.2.3 Canalith-Repositioning Procedure (CRP) โดย Epley¹⁶ ในปี ค.ศ.1992 วิธีนี้รักษาตาม Canalithiasis theory เป็นการบริหารเพื่อที่จะให้อนุภาคเล็ก ๆ หลุดออกจาก posterior semicircular canal ออกไปที่ utricle ซึ่งวิธีนี้ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก จากการศึกษาของ Lynn และคณะ¹⁷ ในปี ค.ศ.1995 ทำ Randomized trial of CRP พบว่ากลุ่ม CRP

หาย 88.9% ส่วนกลุ่ม control หาย 26.7% ทำให้เป็นที่นิยมไปทั่วโลก แพทย์หญิงขวัญชนก ยิ้มแต่ และคณะ ได้ทำการรักษาคนไข้ BPPV จำนวน 19 ราย ที่ รพ.ศรีนครินทร์ ด้วยการทำให้ modified CRP ซึ่งดัดแปลงจากการทำ CRP โดยเปลี่ยนท่าทางในการหมุนลำตัวแต่การจัดศีรษะยังคงเหมือนการทำ CRP และขณะที่ทำไม่ได้ใช้ oscillator ภายหลังจากการทำ modified CRP คนไข้ไม่ได้ใส่ soft collar และไม่ได้จำกัดท่าทางการเคลื่อนไหวพบว่า 17 ใน 19 ราย (89%) หายจากโรคนี้ (ภาพที่ 4 Epley แนะนำให้ทำซ้ำหลายครั้งจนตากระตุกหายไปจากการทำ Dix-Hallpike maneuver แล้วจึงพักใส่ soft collar และปฏิบัติตัวเช่นเดียวกับวิธีของ Semont Haim TC และคณะ¹⁸ ในปี ค.ศ. 2000 พบว่าการใช้ oscillator ไม่มีผลต่อการรักษา BPPV ด้วยวิธี CRP

4. การรักษาด้วยการผ่าตัด จะทำในกรณีที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล เช่น การทำ singular neurectomy¹⁹ หรือ posterior canal occlusion²⁰



ภาพที่ 4 วิธีการทำ Canalith - Repositioning procedure การบริหารมี 5 ท่า

1. ทำเริ่มต้น ให้ผู้ป่วยนั่งไปตามแนวยาวของเตียง ให้ผู้ป่วยหันศีรษะไป 45 องศาไปทางหูข้างที่เป็นสาเหตุ และให้ใส่ oscillator ที่บริเวณด้านข้างของศีรษะ

2. ให้ผู้ป่วยล้มตัวลงนอนห้อยศีรษะอย่างรวดเร็ว ดูว่ามีตากระตุกหรือไม่ ถ้ามีให้รอจนตาหายกระตุกจึงเริ่มทำต่อไป ถ้าไม่มีตากระตุกให้รอประมาณ 20-30 วินาที จึงเปลี่ยนท่า

3. ให้ศีรษะอยู่ในท่าห้อย แล้วหันศีรษะไปทางด้านขวา 45 องศา

4. หันศีรษะและลำตัว จนกระทั่งใบหน้าคว่ำ 135 องศา จากท่านอนหงาย

5. ให้ศีรษะอยู่ในท่าหันไปทางขวาเหมือนเดิม แล้วให้ผู้ป่วยลุกขึ้นอยู่ในท่านั่ง

6. หันศีรษะให้อยู่ในท่าตรงและก้มหน้า 20 องศา

(จาก Epley JM. Otolaryngol Head Neck Surg. 1992 : 401)

สรุป

โรค BPPV เป็นสาเหตุของโรคเวียนศีรษะที่พบได้บ่อย แต่มักจะถูกกละเลยในการวินิจฉัย ทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งโรคนี้สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรก เพียงแต่ทำการทดสอบ Dix-Hallpike maneuver เท่านั้น ส่วนการรักษาในปัจจุบันเน้นในเรื่องของ physical therapy ที่เป็น single treatment ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยได้เลยในขณะที่วินิจฉัยได้ ซึ่งในปัจจุบันนี้นิยมรักษาด้วยวิธี Liberatory maneuver และ canalith-repositioning procedure (CRP) ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานกับอาการเวียนศีรษะ สามารถกลับไปทำงานได้ ไม่ต้องรับประทานยา ไม่ต้องผ่าตัด และไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Epley JM. Benign paroxysmal positional vertigo : new methods of diagnosis and management. In : Johnson JT, Derkay CS, Mandell-brown MK, Newman RK, ed. Instructional courses. St Louis : Mosby Year Book, 1992; 5 :197-207.
2. Baloh RW, Honrubia V, Jacobson K. Benign positional vertigo : clinical and oculographic features in 240 cases. Neurology. 1987; 37 : 371-8.
3. Hughes CA, Proctor L. Benign paroxysmal positional vertigo. Laryngoscope 1997; 107:607-13.
4. Schuknecht HF. Positional vertigo : clinical and experimental observations. Trans AM Acad Ophthalmol Otolaryngol 1962; 66:319-32.
5. Hall SF, Ruby RR, McClure JA. The mechanics of benign paroxysmal vertigo. J Otolaryngol 1979;8:151-8.
6. Dix R, Hallpike CS. The pathology, symptomatology and

- diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Proc R Soc Med.* 1952; 54: 341-54.
7. Smouha EE. Time course of recovery after Epley maneuvers for benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1997; 107: 187-91.
 8. McClure JA, Willett JM. Lorazepam and diazepam in the treatment of benign paroxysmal vertigo. *J Otolaryngol* 1980; 9:472-7.
 9. Fujino A, Tokumasu K, Yosio S, Naganuma H, Yoneda S, Nakamura K. Vestibular training for benign paroxysmal positional vertigo : Its efficacy in comparison with antivertigo drugs. *Arch otolaryngol Head Neck Surg.* 1994; 120: 497-504.
 10. Cawthorne T. The physiological basis for head exercises. *J Chart Soc Physiother* 1944; 106-7.
 11. Norre ME. Treatment of unilateral vestibular hypofunction. In: Oosterveld WJ, ed. *Otoneurology.* New York: J Wiley & Sons, 1984: 23-39.
 12. Brandt T, Daroff RB. Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol.* 1980; 106: 484-5.
 13. Semont A, Freyss G, Vitte E. Curing the BPPV with a liberatory moneuver. *Adv Otorhinolaryngol.* 1988; 42: 290-3.
 14. Herdman SJ, Tusa RJ, Zee DS, Proctor LR, Mattox DE. Single treatment approaches to benign Paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119: 450-4.
 15. Nuti D, Nati C, Passali D. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo : No need for Postmaneuver restrictions. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 122: 440-4.
 16. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 107: 399-404.
 17. Lynn S, Pool A, Rose D, Brey R, Suman V. Randomized trial of the canalith repositioning procedure. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 712-20.
 18. Hain TC, Helminski JO, Reis IL, Uddin MK. Vibration does not improve results of canalith Repositioning procedure. *Arch otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126: 617-22.
 19. Gacek RR. Singular neurectomy update II : Review of 102 cases. *Laryngoscope.* 1991; 101: 855-62.
 20. Parnes LS, McClure JA. Posterior semicircular canal occlusion for intractable benign paroxysmal positional vertigo. *Ann Otol Rhinollaryngol.* 1990; 99: 330-4.

