



اساس استوار است که داروهای فوق می توانند تعادل گوش داخلی را به سمت تخلیه آندولنف سوق داده و هیدروپس را اصلاح کنند. مدرهای تیزیدی با بلوک کردن جذب سدیم در قسمت پروگزیمال توپول انتهایی نفرون سبب دیورز می شوند. کاربرد این داروها در درمان افزایش فشار خون و نارسایی قلب کاملاً شناخته شده و عوارض آنها نیز آشکار است.

عوارض این داروها شامل هیپوکالمی بوجود آورنده آریتمی، هیپرگلیسمی، هیپراوریسمی، کاهش فشار خون در افرادی که قبلاً دارای فشار خون طبیعی بوده اند و هیپرلیپوپروتینمی می باشد. اثر این داروها بر سطح لیپوپروتین و کلسترول سرم، سبب عدم پذیرش آنها به عنوان دیورتیک های ردیف اول گردیده است.

نوشته های پزشکی حاوی گزارشهای مختلف و مطالعات بدون کنترل آثار مفید دیورتیکها در بیماران رنجور از بیماری منییر می باشند. اطلاعات ارزنده مختصری را می توان از این گزارشها بدست آورد. مطالعات عدیده بر مندرجات پزشکی حاکم بوده و در اغلب قسمت های مقاله ذکر از کاربرد دیورتیکها به میان آمده است. کلوخوف (Klochoff) و لیند بلوم (Lindblom) در سال ۱۹۶۷ مقاله ای انتشار دادند که تجربه بالینی کور مضاعف هیدروکلروتیازید (HeTz) را در درمان بیماری منییر شرح می داد.

بنابر آنچه که از این مقاله نقل شده است با تجویز هیدروکلروتیازید سرگیجه بیماران به مقیاس وسیع و کم شنوایی به مقیاس کمتر بهبود یافته است. به هر تقدیر بررسی دقیق این مطالعه پس از دو دهه نشان داد که تجربه فوق و آنالیز آماری آن خالی از نقص نبوده است.

در بررسی ۳۰ بیمار، علائم نوسان دار بیماری منییر و تجویز هیدروکلروتیازید یا دارونما ظرف ۲ تا ۴ ماه درمان شدند. واکنشهای بیماری از هر دوره درمان و دو ماه پس از قطع دارونما و هیدروکلروتیازید بررسی گردید. معیارهای متعدد ماهانه بر اساس شدت وزوز گوش و سرگیجه و وسعت آنها توسط بیمار ثبت شد. میزان موارد بهبود یافته و بهبود نیافته جمع آوری و از جمع موارد بهبود نیافته، پیشرفت درمان معین گردید. به نتایج بهبود بالینی در حین درمان نمره مثبت داده شد (یا از طریق هیدروکلروتیازید و یا از طریق دارونما). برعکس، اگر بیمار با درمان بدتر می شد نمره منفی بدست می آورد. در

گروه سوم، بیماران با درمان یا بدون آن تغییریری در علائم بیماری نشان ندادند. وضعیت شنوایی بر اساس جمع بندی ماهانه میانگین آستانه شنوایی در فرکانسهای ۲۵۰، ۵۰۰، ۱۰۰۰ هرتز ارزیابی گردید.

مؤلفین در تجزیه و تحلیل خود، وضع کلی سرگیجه و وضع فرعی شنوایی افرادی را که به دیورتیکها پاسخ داده بودند، برآورد نمودند. (جدول I) بررسی آماری این مطالعه تعدادی از بیماران را نشان می داد که با تداوم درمان بهتر یا بدتر می شدند. بیماری که علائم بیماری در آنها ثابت باقی مانده بود در این تجزیه و تحلیل گنجانده نشدند.

بر اساس این فرضیه که بیماران با دیورتیک درمان می شوند، گروه بیمارانی که بهبودیافته اند و تمام بیمارانی که درمان نشده اند مقایسه گردید. آنهاپی که در حین درمان بدتر شدند در آمار منظور نگردیده اند. داده های فوق در طبقه بندی بیماران در جدول II آمده است. در این مورد، هم سرگیجه و هم وزوز گوش نسبت به دیورتیکها پاسخ قابل ملاحظه ای نداشته اند. در این مطالعه از نظر آماری بهبود شنوایی، اهمیت جنبی داشته و فقط بهبود وضع عمومی بیمار در نظر گرفته شد.

اشکال دیگر این مطالعه آن بود که طبقه بندی بیماران اعم از اینکه بهبود یافته یا بدتر شده بودند، بدون توجه به شدت اختلاف بین حالات درمان یافته و درمان نیافته انجام پذیرفت. اختلاف ناچیز وضعیت بالینی بیمار، او را در گروه خاصی از طبقه بندی جای می داد (حتی اگر شدت اختلاف چندان بارز نبود). شاید بزرگترین قصور در این مطالعه آن بود که نتایج درمان با دیورتیک و

دارونما بطور مستقیم با هم مقایسه شده بود و در عین حال، مطالعه فوق در جواب بدین سؤال که آیا بیماران به دیورتیکها در مقابل دارونما جواب بهتری دادند؟ پاسخی ارائه نمی داد. با توجه به انتقادات وارده به این مطالعه، نمی توان گفت که آیا استفاده از دیورتیکها در درمان بیماری منییر مفید است یا خیر؟ کلوخوف و همکاران دومین مقاله خود را در باره تأثیر دراز مدت کلورتالیدون (Chlorthalidone) در بیماران مبتلا به منییر انتشار دادند. بیمارانی که با این دیورتیک تحت درمان قرار گرفتند، مانند گروهی بودند که تیازید مصرف می کردند و به مدت ۷ سال تحت مطالعه قرار داشتند. ۷۶ درصد موارد که در هنگام شدت و تکرر حمله های سرگیجه بستری شدند با کلورتالیدون بهبود یافتند. در ۶۰ درصد موارد، از عمل جراحی اجتناب شد. نتایج مطالعه با آنچه که از سیر طبیعی بیماری انتظار می رفت تفاوت نداشت. در این مطالعه نیز دلیلی بر سودمندی استفاده از دیورتیکها بدست نیامد.

در مطالعه دیگر که گزارشی از تجزیه و تحلیل گذشته نگر (Retrospective) از رژیم درمانی برای بیماری منییر بود (از سال ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۵) از یک پروتکل درمانی شامل اسید نیکوتینیک، ویتامینها و هیستامین استفاده گردید. در پایان سال ۱۹۷۵ نگارندگان که درمان با دیورتیک و رژیم نمک را دنبال کرده بودند، از درمانهای فوق دست کشیدند. گروهی که با گشاد کننده عروق (گروه A) درمان شدند مشتمل بر ۸۱ بیمار بود در حالیکه گروه دیگر که با دیورتیک (گروه B) تحت درمان قرار داشتند (و تا ۳ سال تحت پیگیری قرار گرفتند) بالغ بر ۲۰۴ بیمار

جدول I: درمان با دیورتیک در مقایسه با دارونما در بیماری منییر			
داده های اصلی: کلوخوف و لیندبلوم			
بدون تغییر	بدتر	بهتر	علامت
			(A) دیورتیک (HeTz)
۰	۸	۱۸	کم شنوایی
۱	۹	۱۶	وزوز گوش
۷	۴	۱۵	سرگیجه
۱	۵	۲۰	وضعیت عمومی
			(B) دارونما
۱	۱۱	۱۴	کم شنوایی
۲	۱۱	۱۳	وزوز گوش
۴	۸	۱۴	سرگیجه
۴	۱۱	۱۱	وضعیت عمومی

جدول II: درمان با دیورتیک در مقایسه با دارونما در بیماری منییر  
تفسیر مجدد داده‌ها از کلوخوف و لیندبلوم

علامت	بهبود	عدم بهبود
<b>(A) دیورتیک</b>		
کم شنوایی	۱۸	۸
وزوز گوش	۱۶	۱۰
سرگیجه	۱۵	۱۱
وضعیت عمومی	۲۰	۶
<b>(B) دارونما</b>		
کم شنوایی	۱۴	۱۲
وزوز گوش	۱۳	۱۳
سرگیجه	۱۴	۱۲
وضعیت عمومی	۱۱	۱۵

که یک دیورتیک صرفه‌جو کننده پتاسیم (Potassium Sparing diuretic) می‌باشد برای معالجه بیماری منییر به کار رفته است. با استفاده از این داروها هیچ گونه آثار بهبودی در شنوایی یا وزوز مشاهده نشد. گفته شده است که دیورتیکها از نظر آماری، اثر خوبی روی سرگیجه می‌گذارند. بهر تقدیر هر دو گروه دیورتیک و دارونما کمترین علائم سرگیجه زایی از خود نشان دادند. نیمی از گروه تحت درمان دیورتیک را ترجیح دادند، و در حالی که سایر بیماران هیچیک از داروها را بر دیگری ترجیح نمی‌دادند و یا اینکه دارونما را ترجیح دادند. باز، هیچ گونه طرفداری از دیورتیکها در این بررسی عاید نگردید. آستازولامید یک

وقفه دهنده ایندرازکربنیک است که آن را به عنوان کاهش دهنده تبادللات سدیم و هیدروژن در توبول کلیه می‌شناسند بر همین مبنا ایجاد دیورز می‌کند. چشم پزشکان آن را برای کم کردن فشار در بیماران مبتلا به گلوکوم بکار برده‌اند. وجه تشابه بین گلوکوم و منییر موجب کاربرد تجربی استازولامید در درمان بیماری منییر شده است. اثر فوری استازولامید با مصرف داخل وریدی آن سبب تشدید کم شنوایی شده است. استازولامید خوراکی علائم را بهبود می‌بخشد و در ۵ درصد موارد عوارض جانبی هم بجا می‌گذارد. مروری بر درمان درازمدت با استازولامید نشان می‌دهد که بهبود کم شنوایی در گروه تحت درمان حاصل نشده است. ادامه در شماره آینده

منییر چنین القا می‌کند که این عوامل پیش از آنکه به تأثیر درمان منسوب گردد، عوامل شناخته شده‌ای هستند. از این گذشته هیچگونه شواهدی که در ارتباط با پذیرش بیمار یا کاربرد توأم دارو باشد، بدست نیامد. از آنجاییکه مطالعه کور نبوده است، هیچ گونه کنترلی بر علاقه مؤلفین در ارائه رژیم درمانی وجود نداشت. چون تأثیر دارونمایی بخصوص، در بیماری منییر در تعیین نتیجه حائز اهمیت است تفسیر اطلاعات در این مطالعه مشکل شده و لهذا نمی‌تواند از کاربرد دیورتیکها در درمان بیماری منییر جاتبداری کند. در یک مطالعه کنترل کور مضاعف که در آن ترکیبی از هیدروکلروتیازید و تریامترن (Triamterene)

می‌شدند. بیماران ایندو گروه در طبقه بندی AAOO (برای معیارهای بیماری منییر - سال ۱۹۷۲) قرار گرفتند. بهبود علائم سرگیجه در ۶۱ درصد از بیماران گروه A و ۷۹ درصد از بیماران گروه B مشاهده گردید. ثبات یا بهبود شنوایی در ۵۸ درصد از بیماران گروه A و ۷۵ درصد از بیماران گروه B مشاهده شد. (جدول II) گذشته نگری این مقاله ابهاماتی را پس از آنالیز داده‌ها بوجود آورد. از جمله آنکه هیچگونه اطلاعاتی که به پیگیری بیمار مربوط باشد بدست نیامد. همچنین هیچگونه اطلاعاتی راجع به مدت زمان بیماری مبتلایان ارائه نشد و شواهدی مبنی بر اینکه بین دو گروه تطابقی حاصل شود وجود نداشت. طبیعت بیماری