

کتابچه آموزشی پرستاری

بیماری‌های شایع گوش

واحد آموزش پرستاری بیمارستان شفا

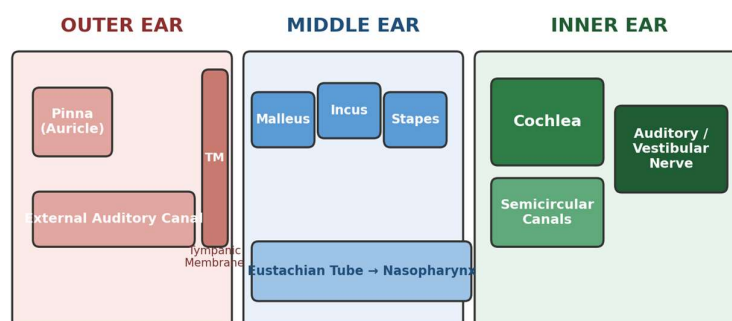
۱۴۰۵ | ویرایش اول

۱. مقدمه و رویکرد کلی به بیمار با شکایت گوش
۲. اوتیت خارجی (عفونت گوش خارجی)
۳. اوتیت میانی حاد (AOM)
۴. اوتیت میانی با افیوژن (OME)
۵. اوتیت میانی مزمن و پرفوراسیون پرده صماخ
۶. انسداد سرومن و اجسام خارجی گوش
۷. اوتوسکلروزیس
۸. بیماری منییر
۹. نوریت دهلیزی و لابیرنتیت
۱۰. کاهش شنوایی ناگهانی حسی-عصبی (اورژانس)
۱۱. وزوز گوش (تینیتوس)
۱۲. خلاصه درمان و مراقبت پرستاری هر بیماری
۱۳. جدول مقایسه‌ای بیماری‌های شایع گوش
۱۴. چک‌لیست ارزیابی پرستاری گوش
۱۵. جمع‌بندی و نکات طلایی

۱. مقدمه و رویکرد کلی به بیمار با شکایت گوش

بیماری‌های گوش از شایع‌ترین دلایل مراجعه بیماران، به‌ویژه کودکان، به درمانگاه‌ها و اورژانس‌ها هستند. شکایات رایج شامل درد گوش (آلتژی)، کاهش شنوایی، ترشح از گوش، وزوز و سرگیجه است. از آنجا که علل این علائم می‌تواند از یک مشکل ساده و خودمحدودشونده تا یک وضعیت نیازمند مداخله فوری متغیر باشد، ارزیابی نظام‌مند اهمیت زیادی دارد.

در برخورد اولیه، پرستار باید محل دقیق درد، سابقه اخیر سرماخوردگی یا شنا، وجود تب، ترشح از گوش و رنگ و بوی آن، سابقه آسیب یا ورود جسم خارجی، و میزان و سرعت شروع کاهش شنوایی را جویا شود. معاینه گوش با اتوسکوپ، در صورت وجود صلاحیت و دستور، اطلاعات ارزشمندی درباره وضعیت مجرای گوش و پرده صماخ فراهم می‌کند. این جزوه، شایع‌ترین بیماری‌های گوش را به‌ترتیب از گوش خارجی تا گوش داخلی مرور می‌کند و برای هر بیماری، علائم کلیدی، اصول درمان و مراقبت پرستاری را ارائه می‌دهد.



شکل ۱ — یادآوری سه بخش اصلی گوش که هر گروه از بیماری‌های این جزوه براساس آن دسته‌بندی شده‌اند.

۲. اوتیت خارجی (عفونت گوش خارجی)

اوتیت خارجی التهاب یا عفونت پوست مجرای شنوایی خارجی است که اغلب با باکتری‌هایی مانند سودوموناس یا استافیلوکوک ایجاد می‌شود. این بیماری به دلیل ارتباط شایع آن با شنا و مرطوب ماندن مجرای گوش، به «گوش شناگر» (Swimmer's Ear) نیز معروف است؛ رطوبت باقی‌مانده در مجرا محیط مناسبی برای رشد باکتری فراهم می‌کند و خراش پوست مجرا هنگام تمیز کردن گوش با اجسام نوک‌تیز نیز از عوامل مستعدکننده است.

علامت مشخصه این بیماری، درد شدید گوش است که با کشیدن لاله گوش یا فشار روی تراگوس (برجستگی کوچک جلوی مجرای گوش) تشدید می‌شود؛ این ویژگی به‌خوبی آن را از اوتیت میانی متمایز می‌کند. سایر علائم شامل خارش، ترشح گوش، احساس پُری در گوش و در موارد شدید، تورم مجرا تا حدی که معاینه پرده صماخ دشوار شود، می‌باشد.

درمان معمولاً شامل قطره‌های آنتی‌بیوتیک موضعی، گاهی همراه با کورتیکواستروئید برای کاهش التهاب، و در موارد تورم شدید مجرا، قرار دادن یک فتیله (Wick) برای رساندن دارو به عمق مجراست. آموزش بیمار نقش کلیدی در پیشگیری از عود دارد: خشک نگه‌داشتن گوش پس از شنا یا حمام، خودداری از وارد کردن گوش‌پاک‌کن یا اجسام نوک‌تیز داخل مجرا، و در افراد مستعد، استفاده از قطره‌های خشک‌کننده پس از شنا. در بیماران دیابتی یا دارای نقص ایمنی، باید مراقب اوتیت خارجی بدخیم (Malignant Otitis Externa) بود؛ عفونتی نادر اما جدی که می‌تواند به استخوان اطراف گسترش یابد و نیازمند درمان فوری و تهاجمی‌تر است.

۳. اوتیت میانی حاد (Acute Otitis Media)

اوتیت میانی حاد عفونت گوش میانی است که معمولاً پس از یک عفونت تنفسی فوقانی رخ می‌دهد؛ ویروس یا باکتری از طریق شیپور استاش از نازوفارنکس به گوش میانی راه می‌یابد. این بیماری شایع‌ترین علت مراجعه کودکان به دلیل درد گوش است، زیرا شیپور استاش در کودکان کوتاه‌تر، افقی‌تر و مستعدتر به انسداد است.

علائم شامل درد شدید و ناگهانی گوش (که در کودکان کوچک‌تر ممکن است به صورت کشیدن مکرر گوش یا بی‌قراری بروز کند)، تب، کاهش موقت شنوایی و احساس پری گوش است؛ در معاینه، پرده صماخ قرمز، برآمده و کدر دیده می‌شود. اگر فشار تجمع‌یافته در گوش میانی زیاد شود، ممکن است پرده صماخ پاره شده و ترشح چرکی از گوش خارج شود که معمولاً بلافاصله با کاهش درد همراه است.

درمان بسته به شدت بیماری و سن بیمار متفاوت است و می‌تواند شامل کنترل درد و تب با مسکن‌ها، و در موارد مشخص، آنتی‌بیوتیک خوراکی باشد؛ در بسیاری از کودکان بزرگ‌تر با علائم خفیف، رویکرد «انتظار هوشیارانه» (Watchful Waiting) برای ۴۸ تا ۷۲ ساعت پیش از شروع آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود، زیرا بسیاری از موارد به‌طور خودبه‌خود بهبود می‌یابند. آموزش والدین درباره تکمیل کامل دوره آنتی‌بیوتیک در صورت تجویز، کنترل درد و تب در منزل، و اهمیت مراجعه مجدد در صورت عدم بهبود یا بروز علائم هشدار مانند تورم پشت گوش (که می‌تواند نشانه ماستوئیدیت باشد) از وظایف مهم پرستاری است.

۴. اوتیت میانی با افیوژن (Otitis Media with Effusion)

در این بیماری، مایع در گوش میانی بدون وجود علائم عفونت حاد (مانند تب و درد شدید) تجمع پیدا می‌کند؛ این وضعیت اغلب پس از یک دوره اوتیت میانی حاد یا در اثر انسداد مزمن شیپور استاش، مانند بزرگی آدنوئید یا آلرژی، رخ می‌دهد. علامت اصلی این بیماری، کاهش شنوایی خفیف تا متوسط و احساس پری در گوش است، بدون درد قابل توجه یا تب.

از آنجا که علائم این بیماری خفیف است، ممکن است در کودکان مدتی تشخیص داده نشود، در حالی که کاهش شنوایی طولانی مدت می‌تواند بر روند یادگیری زبان و پیشرفت تحصیلی تأثیر بگذارد. در بسیاری از موارد، مایع گوش میانی طی چند هفته تا چند ماه به‌طور خودبه‌خود جذب می‌شود و رویکرد اصلی، پیگیری منظم است؛ در صورت تداوم بیش از سه ماه یا کاهش شنوایی قابل توجه، ممکن است گذاشتن لوله تهویه گوش میانی (Tympanostomy Tube) توسط پزشک متخصص در نظر گرفته شود. پرستار در این بیماران باید والدین را نسبت به اهمیت پیگیری منظم شنوایی‌سنجی و گزارش هرگونه نگرانی درباره تأخیر گفتاری یا زبانی کودک آگاه کند.

۵. اوتیت میانی مزمن و پرفوراسیون پرده صماخ

اوتیت میانی مزمن به التهاب یا عفونت مداوم و مکرر گوش میانی گفته می‌شود که اغلب با پرفوراسیون (سوراخ‌شدگی) دائمی پرده صماخ و ترشح مکرر یا مداوم از گوش همراه است. این وضعیت می‌تواند ناشی از دوره‌های مکرر اوتیت میانی حاد درمان‌نشده یا ناقص درمان‌شده باشد.

پرفوراسیون پرده صماخ، صرف‌نظر از علت (عفونت، تروما یا تغییرات فشار ناگهانی مانند در آسیب انفجاری یا سیلی به گوش)، معمولاً با درد ناگهانی، کاهش شنوایی و گاهی خونریزی یا ترشح از گوش بروز می‌کند. بسیاری از پرفوراسیون‌های کوچک طی چند هفته به‌طور خودبه‌خود بهبود می‌یابند؛ در این مدت، بیمار باید از ورود آب به گوش (هنگام حمام یا شنا) به‌شدت خودداری کند تا خطر عفونت ثانویه کاهش یابد. در پرفوراسیون‌های بزرگ یا مزمن که بهبود نمی‌یابند، ترمیم جراحی پرده صماخ (تمپانوپلاستی) ممکن است لازم شود. مراقبت پرستاری شامل آموزش بیمار درباره خشک نگه‌داشتن گوش، اجتناب از دستکاری گوش و پیگیری منظم برای ارزیابی بهبودی است.

انسداد سرومن (جرم گوش)

سرومن ترشحي طبيعي و محافظتي مجرای گوش خارجی است، اما در برخی افراد می‌تواند متراکم شده و مجرا را به‌طور کامل مسدود کند و باعث کاهش شنوایی هدایتی، احساس پری گوش یا حتی وزوز خفیف شود. استفاده از گوش‌پاک‌کن، برخلاف تصور رایج، اغلب باعث فشرده‌تر شدن سرومن در عمق مجرا و تشدید انسداد می‌شود و خطر آسیب به پرده صماخ را نیز به همراه دارد.

درمان شامل نرم کردن سرومن با قطره‌های مخصوص (مانند روغن معدنی یا محلول‌های نرم‌کننده سرومن) و سپس شست‌وشوی ملایم گوش یا خارج کردن آن توسط پرسنل آموزش‌دیده با ابزار مناسب است. شست‌وشوی گوش در صورت وجود سابقه پرفوراسیون پرده صماخ یا عفونت فعال گوش منع مصرف دارد و پیش از هر اقدام باید توسط معاینه‌کننده بررسی شود.

اجسام خارجی گوش

ورود اجسام خارجی به مجرای گوش، به‌ویژه در کودکان، شایع است و می‌تواند شامل اشیای کوچک، دانه‌ها یا حشرات باشد. علائم شامل درد، احساس پری، کاهش شنوایی و گاهی ترشح یا خونریزی است. در مورد حشرات زنده، توصیه می‌شود پیش از تلاش برای خارج کردن، حشره با ریختن چند قطره روغن معدنی یا لیدوکائین بی‌حس یا کشته شود تا از آسیب بیشتر به مجرا و پرده صماخ جلوگیری شود. خارج کردن جسم خارجی باید توسط فرد آموزش‌دیده و با ابزار مناسب انجام شود؛ تلاش‌های غیرحرفه‌ای می‌تواند جسم را عمیق‌تر فرستاده یا به پرده صماخ آسیب برساند.

اوتوسکلروزیس بیماری‌ای است که در آن رشد غیرطبیعی استخوان در گوش میانی، به‌ویژه در اطراف پایه استخوانچه رکابی (Stapes)، باعث ثابت شدن آن و اختلال در انتقال طبیعی ارتعاشات صوتی به گوش داخلی می‌شود. این بیماری معمولاً در بزرگسالان جوان بروز می‌کند، سیر آن تدریجی است و اغلب هر دو گوش را درگیر می‌کند، هرچند شدت آن در دو طرف می‌تواند متفاوت باشد.

علامت اصلی، کاهش تدریجی و پیش‌رونده شنوایی هدایتی است که ممکن است با وزوز گوش نیز همراه باشد. برخی بیماران گزارش می‌کنند که صدای خودشان را بهتر در محیط‌های شلوغ می‌شنوند (پدیده Paracusis Willisii)، که ویژگی نسبتاً مشخص این بیماری است. تشخیص با معاینه بالینی، شنوایی‌سنجی (که الگوی مشخصه کاهش شنوایی هدایتی را نشان می‌دهد) و گاهی تصویربرداری صورت می‌گیرد.

درمان اصلی این بیماری، جراحی استاپدکتومی است که در آن استخوانچه رکابی ثابت‌شده با یک پروتز مصنوعی جایگزین می‌شود و در بسیاری از بیماران بهبود قابل توجه شنوایی ایجاد می‌کند؛ برای بیمارانی که کاندیدای جراحی نیستند یا آن را نمی‌پذیرند، سمعک نیز گزینه‌ای مؤثر است. مراقبت پرستاری پس از جراحی شامل آموزش بیمار درباره پرهیز از افزایش ناگهانی فشار داخل گوش (مانند دمیدن شدید بینی یا شنا) طی دوره نقاهت و گزارش هرگونه سرگیجه یا تغییر ناگهانی شنوایی است.

بیماری منییر یک اختلال گوش داخلی است که با تجمع غیرطبیعی مایع در لایبرنت (اندولنف) مشخص می‌شود و باعث بروز دوره‌های حمله‌ای علائم می‌شود. علت دقیق آن هنوز به‌طور کامل شناخته نشده است.

علامت مشخصه این بیماری، سه‌گانه‌ای شامل سرگیجه چرخشی شدید (Vertigo) که معمولاً از چند دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشد، وزوز گوش (Tinnitus)، و کاهش شنوایی نوسانی است که معمولاً در ابتدا فقط یک گوش را درگیر می‌کند. بسیاری از بیماران همچنین احساس پری یا فشار در گوش مبتلا را گزارش می‌کنند. حملات می‌توانند به‌طور غیرقابل‌پیش‌بینی رخ دهند و با حالت تهوع و استفراغ شدید همراه باشند که به‌طور قابل‌توجهی کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

درمان معمولاً شامل رویکردهای محافظه‌کارانه مانند رژیم کم‌نمک، محدودیت کافئین و الکل، و داروهای کاهنده احتباس مایع (دیورتیک) برای کاهش فشار اندولنف است؛ در حملات حاد، داروهای ضدسرگیجه و ضدتهوع کمک‌کننده هستند. در موارد مقاوم به درمان، گزینه‌های تهاجمی‌تر مانند تزریق داخل گوشیه برخی داروها یا جراحی نیز در نظر گرفته می‌شود. مراقبت پرستاری در حین حمله حاد شامل قرار دادن بیمار در محیط آرام و کم‌نور، کمک به بیمار برای دراز کشیدن با سر ثابت، پیشگیری از افتادن، و آموزش بیمار درباره اجتناب از رانندگی یا فعالیت‌های پرخطر در دوره‌های فعال بیماری است.

نوریت دهلیزی و لایبرنتیت هر دو التهاب ساختارهای گوش داخلی هستند که اغلب پس از یک عفونت ویروسی رخ می‌دهند. در نوریت دهلیزی، فقط عصب دهلیزی درگیر است و بیمار سرگیجه شدید بدون کاهش شنوایی تجربه می‌کند؛ در لایبرنتیت، التهاب هم دستگاه دهلیزی و هم حلزون را درگیر می‌کند و در نتیجه سرگیجه با کاهش شنوایی یا وزوز همراه است.

علائم این دو بیماری معمولاً ناگهانی شروع می‌شوند و شامل سرگیجه چرخشی شدید، حالت تهوع و استفراغ، اختلال تعادل و نیستاگموس (حرکات غیرارادی و ریتمیک چشم) است. برخلاف حملات منییر که دوره‌ای و کوتاه‌مدت هستند، علائم این بیماری‌ها معمولاً چند روز تا چند هفته طول می‌کشند و به تدریج بهبود می‌یابند، هرچند ممکن است سرگیجه خفیف با تغییر وضعیت سر برای مدتی باقی بماند.

درمان عمدتاً حمایتی است و شامل داروهای ضدسرگیجه و ضدتهوع در مراحل حاد، استراحت و در برخی موارد کورتیکواستروئید برای کاهش التهاب است. مراقبت پرستاری مشابه بیماری منییر، بر پیشگیری از افتادن، کمک به حرکت ایمن بیمار، و اطمینان از دریافت مایعات کافی در صورت استفراغ مکرر تمرکز دارد؛ همچنین توجه به این نکته مهم است که علائم مشابه سرگیجه می‌تواند در برخی موارد نادر نشانه یک علت مرکزی مانند سکته مغزی نیز باشد، بنابراین ارزیابی دقیق و افتراق از علل مرکزی توسط پزشک ضروری است.

کاهش شنوایی ناگهانی حسی-عصبی (Sudden Sensorineural Hearing Loss; SSNHL) یک اورژانس گوش و حلق و بینی محسوب می‌شود که در آن بیمار طی مدت کوتاهی (معمولاً کمتر از ۷۲ ساعت) دچار کاهش قابل توجه شنوایی، اغلب در یک گوش، می‌شود. علت دقیق آن در بسیاری از موارد ناشناخته باقی می‌ماند، هرچند عفونت و ویروسی، اختلالات عروقی گوش داخلی و بیماری‌های خودایمنی از علل احتمالی مطرح شده هستند.

بیمار معمولاً کاهش شنوایی را به صورت ناگهانی، گاهی هنگام بیدار شدن از خواب، متوجه می‌شود و ممکن است آن را با وزوز گوش یا احساس پری گوش نیز گزارش کند؛ برخلاف انسداد سرومن که تدریجی است، این کاهش شنوایی ناگهانی و اغلب شدید است.

اهمیت بالینی این وضعیت در این است که هرچه درمان (معمولاً کورتیکواستروئید خوراکی یا تزریق داخل گوشی) زودتر آغاز شود، احتمال بازگشت شنوایی بیشتر است؛ به همین دلیل هرگونه کاهش شنوایی ناگهانی و بدون علت مشخص باید یک اورژانس تلقی شده و بیمار در اسرع وقت به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع داده شود. پرستار در تریاژ بیماران با این شکایت باید نسبت به فوریت این وضعیت آگاه باشد و از تأخیر غیرضروری در ارجاع بیمار پیشگیری کند.

تینیتوس به احساس شنیدن صدایی مانند زنگ، سوت، وزوز یا خش خش در گوش، بدون وجود منبع صوتی خارجی، گفته می‌شود. تینیتوس یک بیماری مستقل نیست، بلکه علامتی است که می‌تواند در طیف وسیعی از شرایط، از انسداد ساده سرومن و قرارگیری در معرض سروصدای شدید تا اوتوسکلروزیس، بیماری منیر، برخی داروهای اوتوتوکسیک و حتی به ندرت تومورهای عصب شنوایی (نوروم آکوستیک) بروز کند.

ارزیابی بیمار مبتلا به تینیتوس باید شامل بررسی سابقه قرارگیری در معرض سروصدا، داروهای مصرفی، وجود کاهش شنوایی همراه، و یک طرفه یا دوطرفه بودن آن باشد؛ تینیتوس یک طرفه و مداوم، به ویژه همراه با کاهش شنوایی یک طرفه، نیاز به بررسی دقیق تر برای رد کردن علل جدی تر دارد. درمان بسته به علت زمینه‌ای متفاوت است و ممکن است شامل رفع علت زمینه‌ای (مانند خارج کردن سرومن)، استفاده از سمعک در بیماران دارای کاهش شنوایی همراه، یا تکنیک‌های مدیریت صدا (Sound Therapy) برای کاهش آزار ناشی از تینیتوس مزمن باشد. آموزش بیمار درباره اجتناب از سروصدای بلند و مدیریت استرس، که می‌تواند شدت درک شده تینیتوس را تشدید کند، بخش مهمی از مراقبت است.

۱۲. خلاصه درمان و مراقبت پرستاری هر بیماری

جدول زیر به صورت خلاصه، اصول درمانی و مهم ترین اقدامات مراقبت پرستاری هر بیماری را که در بخش های قبل به تفصیل شرح داده شد، برای مرور سریع در بالین ارائه می دهد.

مراقبت پرستاری کلیدی	خلاصه درمان	بیماری
آموزش خشک نگه داشتن گوش پس از شنا/حمام و خودداری از دستکاری مجرا با اجسام نوک تیز	قطره آنتی بیوتیک موضعی $\pm$ کورتیکواستروئید؛ در تورم شدید، فتیله مجرا	اوتیت خارجی
آموزش تکمیل کامل دوره آنتی بیوتیک و گزارش تورم پشت گوش یا عدم بهبود	کنترل درد/تب؛ در موارد مشخص آنتی بیوتیک خوراکی (یا انتظار هوشیارانه ۴۸-۷۲ ساعت)	اوتیت میانی حاد
پیگیری منظم شنوایی سنجی؛ توجه به تأخیر گفتاری/زبانی در کودک	پیگیری و انتظار (جذب خودبه خودی)؛ در تداوم بیش از ۳ ماه، لوله تهویه گوش میانی	اوتیت میانی با افیوژن
آموزش خشک نگه داشتن گوش و اجتناب کامل از ورود آب تا بهبودی	پیگیری بهبود خودبه خودی؛ در موارد مزمن، تمپانوپلاستی	اوتیت میانی مزمن و پرفوراسیون
شست و شو در صورت پرفوراسیون یا عفونت فعال ممنوع؛ عدم اقدام غیر حرفه ای برای خارج سازی	نرم کردن و شست و شوی ملایم سرومن؛ خارج سازی جسم خارجی توسط فرد آموزش دیده	انسداد سرومن / جسم خارجی
پس از جراحی: پرهیز از دمیدن شدید بینی/شنا و گزارش سرگیجه یا تغییر ناگهانی شنوایی	استاپدکتومی (جراحی)؛ در بیماران غیر کاندید، سمعک	اوتوسکلروزیس
محیط آرام و کم نور، کمک به دراز کشیدن با سر ثابت، پیشگیری از افتادن	رژیم کم نمک، محدودیت کافئین/الکل، دیورتیک؛ در حمله حاد داروی ضد سرگیجه/ضدتهاوع	بیماری منیر
پیشگیری از افتادن، کمک به حرکت ایمن، تأمین مایعات کافی در صورت استفراغ	داروی ضد سرگیجه/ضدتهاوع، استراحت، گاهی کورتیکواستروئید	نوریت دهلیزی / لابیرنتیت
تلقی به عنوان اورژانس؛ پیشگیری از تأخیر در ارجاع به متخصص	کورتیکواستروئید خوراکی یا تزریق داخل گوشی؛ ارجاع فوری	کاهش شنوایی ناگهانی حسی-عصبی
آموزش اجتناب از سروصدای بلند و مدیریت استرس	درمان علت زمینه ای، سمعک در صورت کاهش شنوایی همراه، درمان صوتی	تینیتوس

۱۳. جدول مقایسه‌ای بیماری‌های شایع گوش

سرگیجه	کاهش شنوایی	تب	درد با کشیدن لاله گوش	بیماری
خیر	خفیف تا متوسط	معمولاً خیر	بله (مشخصه)	اوتیت خارجی
خیر	خفیف و گذرا	بله	خیر	اوتیت میانی حاد
خیر	خفیف تا متوسط	خیر	خیر	اوتیت میانی با افیوژن
خیر	هدایتی، تدریجی	خیر	خیر	انسداد سرومن
بله (حمله‌ای)	نوسانی، یک‌طرفه	خیر	خیر	بیماری منییر
بله (مداوم چند روزه)	در لابیرنتیت	معمولاً خیر	خیر	نوریت دهلیزی/لابیرنتیت
گاهی خفیف	ناگهانی و شدید	خیر	خیر	کاهش شنوایی ناگهانی حسی- عصبی

۱۴. چک لیست ارزیابی پرستاری گوش

- ☐ بررسی محل، شدت و شروع درد گوش
- ☐ پرسش درباره سابقه اخیر سرماخوردگی، شنای آسیب گوش
- ☐ بررسی وجود تب
- ☐ بررسی ترشح از گوش (رنگ، بو، مقدار)
- ☐ ارزیابی میزان و سرعت شروع کاهش شنوایی
- ☐ پرسش درباره وزوز گوش یا سرگیجه
- ☐ بررسی سابقه دارویی به ویژه داروهای اوتوتوکسیک
- ☐ ارزیابی خطر افتادن در بیماران با سرگیجه یا اختلال تعادل
- ☐ مستندسازی دقیق یافته‌ها و گزارش علائم هشدار به پزشک

- ☆ درد تشدیدشونده با کشیدن لاله گوش یا فشار روی تراگوس، ویژگی مشخصه اوتیت خارجی است و آن را از اوتیت میانی متمایز می‌کند.
- ☆ در کودکان، به دلیل کوتاه و افقی بودن شیپور استاش، اوتیت میانی حاد شایع‌تر است.
- ☆ کاهش شنوایی ناگهانی، بدون علت مشخص، باید همیشه به‌عنوان یک اورژانس تلقی و سریعاً ارجاع داده شود، زیرا درمان زودهنگام احتمال بازگشت شنوایی را افزایش می‌دهد.
- ☆ سه‌گانه سرگیجه حمله‌ای، وزوز و کاهش شنوایی نوسانی یک‌طرفه، مطرح‌کننده بیماری منییر است.
- ☆ شست‌وشوی گوش در صورت وجود پرفوراسیون پرده صماخ یا عفونت فعال ممنوع است و باید پیش از اقدام بررسی شود.
- ☆ تینیتوس یک بیماری مستقل نیست، بلکه علامتی است که نیازمند بررسی علت زمینه‌ای است.
- ☆ آموزش بیمار درباره خشک نگه‌داشتن گوش، اجتناب از دستکاری با اجسام نوک‌تیز، و پیگیری منظم، نقش مهمی در پیشگیری از عود بسیاری از این بیماری‌ها دارد.

منابع:

- Flint PW, et al. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. ۷th ed Elsevier; ۲۰۲۱
- Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. ۱۵th ed. Wolters Kluwer; ۲۰۲۲
- Lalwani AK. Current Diagnosis & Treatment: Otolaryngology—Head and Neck Surgery. ۴th ed. McGraw-Hill; ۲۰۲۰
- Bickley LS. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. ۱۳th ed Wolters Kluwer; ۲۰۲۱