

کتابچه آموزشی پرستاری

بیماری‌های شایع حلق

واحد آموزش پرستاری بیمارستان شفا

۱۴۰۵ | ویرایش اول

۱. مقدمه و رویکرد کلی به بیمار با شکایت حلق
۲. فارنژیت حاد (گلودرد)
۳. تونسیلیت
۴. آبسه پری تونسیلار (اورژانس)
۵. اپی گلو تیت حاد (اورژانس)
۶. لارنژیت حاد
۷. کروپ (لارنگو تراکئوبرونشیت حاد)
۸. رفلاکس لارنگوفارنژیال (LPR)
۹. دیسفاژی و اختلالات بلع
۱۰. علائم هشدار سرطان حلق و حنجره
۱۱. خلاصه درمان و مراقبت پرستاری هر بیماری
۱۲. جدول مقایسه‌ای بیماری‌های شایع حلق
۱۳. چک لیست ارزیابی پرستاری حلق
۱۴. جمع بندی و نکات طلایی

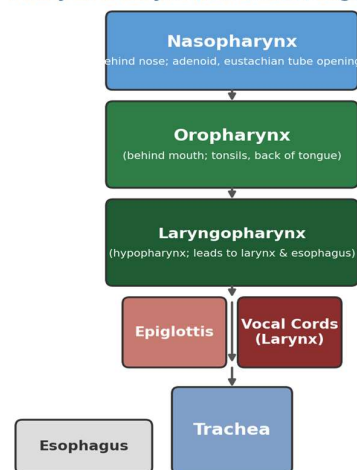
۱. مقدمه و رویکرد کلی به بیمار با شکایت حلق

شکایات مربوط به حلق، از جمله گلودرد، مشکل در بلع، تغییر صدا و تنگی نفس، از دلایل بسیار شایع مراجعه بیماران به درمانگاه‌ها و اورژانس‌ها هستند. اکثر این شکایات ناشی از عفونت‌های ویروسی خودمحدودشونده هستند، اما برخی از آن‌ها، مانند اپی‌گلوتیت حاد یا آبسه پری‌تونسیلار، می‌توانند به سرعت راه هوایی را تهدید کنند و نیازمند تشخیص و مداخله فوری‌اند. به همین دلیل، تفکیک بین یک گلودرد ساده و یک وضعیت اورژانسی، یکی از مهارت‌های حیاتی پرستار در برخورد با این بیماران است.

در ارزیابی اولیه، پرستار باید همواره ابتدا وضعیت راه هوایی بیمار را بررسی کند: آیا بیمار قادر به تنفس آرام است؟ آیا صدای غیرطبیعی تنفسی مانند استریدور شنیده می‌شود؟ آیا بیمار قادر به بلع بزاق خود است یا دچار ترشح بزاق بیش از حد (Drooling) شده است؟ عدم توانایی بلع بزاق، صدای خفه یا آب‌دهانی (Muffled Voice)، وضعیت خاص نشستن به سمت جلو (Tripod Position) و استریدور، همگی علائم هشداردهنده‌ای هستند که باید بلافاصله به تیم درمان اطلاع داده شوند و از هرگونه معاینه تحریک‌کننده حلق، مانند استفاده از آسپلانگ، در چنین بیمارانی پیش از آماده‌سازی کامل برای مدیریت راه هوایی خودداری شود.

این جزوه شایع‌ترین بیماری‌های حلق را از عفونت‌های ساده تا اورژانس‌های راه هوایی مرور می‌کند و برای هر بیماری، علائم کلیدی، اصول درمان و مراقبت پرستاری را ارائه می‌دهد.

Pharynx & Larynx (schematic, sagittal view)



شکل ۱ — یادآوری بخش‌های فارنکس و ارتباط آن با حنجره، که هر بخش این جزوه بر اساس آن سازمان‌دهی شده است.

۲. فارنژیت حاد (گلودرد)

فارنژیت حاد به التهاب مخاط حلق گفته می‌شود که شایع‌ترین علت گلودرد است. اکثریت قریب به اتفاق موارد فارنژیت (حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد در بزرگسالان) منشأ ویروسی دارند و اغلب همراه با علائم سرماخوردگی مانند آبریزش بینی، سرفه و خفیف بودن تب هستند. درصد کمتری از موارد، به‌ویژه در کودکان، ناشی از عفونت باکتریایی استرپتوکوک گروه A هستند که به آن فارنژیت استرپتوکوکی گفته می‌شود.

تشخیص افتراقی بین فارنژیت ویروسی و استرپتوکوکی از نظر بالینی اهمیت زیادی دارد؛ ویژگی‌های مطرح‌کننده منشأ استرپتوکوکی شامل شروع ناگهانی گلودرد شدید، تب بالا، عدم وجود سرفه، بزرگی و حساسیت غدد لنفاوی گردنی قدامی، و وجود اگزودای چرکی سفید-زرد روی لوزه‌ها است. تشخیص قطعی معمولاً با تست سریع آنتی‌ژن استرپتوکوک یا کشت گلو انجام می‌شود.

درمان فارنژیت ویروسی حمایتی است و شامل مسکن‌ها برای کنترل درد و تب، غرغره آب‌نمک گرم و مصرف مایعات فراوان می‌شود. فارنژیت استرپتوکوکی با آنتی‌بیوتیک (معمولاً پنی‌سیلین یا آموکسی‌سیلین) درمان می‌شود؛ تکمیل کامل دوره آنتی‌بیوتیک، حتی پس از بهبود علائم، برای پیشگیری از عوارض نادر اما جدی مانند تب روماتیسمی حاد و گلوپروفریت پس از استرپتوکوک ضروری است. آموزش بیمار درباره اهمیت این تکمیل دوره درمانی، از وظایف کلیدی پرستاری است.

تونسیلیت به التهاب لوزه‌های کامی گفته می‌شود که می‌تواند منشأ ویروسی یا باکتریایی داشته باشد و اغلب همراه با فارنژیت بروز می‌کند. علائم شامل گلودرد شدید، دشواری در بلع، تب، بوی بد دهان و در معاینه، لوزه‌های بزرگ، قرمز و گاهی پوشیده از آگزودای سفید است.

تونسیلیت مکرر (معمولاً تعریف شده به صورت چندین دوره در سال طی چند سال متوالی) یا تونسیلیت مزمن که به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهد، می‌تواند نشانه‌ای برای در نظر گرفتن تونسیلیکتومی (جراحی برداشتن لوزه‌ها) باشد؛ سایر اندیکاسیون‌های جراحی شامل انسداد راه هوایی ناشی از بزرگی شدید لوزه‌ها (که می‌تواند باعث وقفه تنفسی در خواب شود) و سابقه آبسه پری‌تونسیلار است.

مراقبت پرستاری پس از تونسیلیکتومی نکات ویژه‌ای دارد: در ساعات اولیه پس از جراحی، مهم‌ترین اولویت پایش خونریزی است؛ علائمی مانند بلع مکرر (که می‌تواند نشانه خونریزی خاموش به داخل معده باشد)، استفراغ خونی یا خون روشن قابل مشاهده باید فوراً گزارش شود. بیمار باید در وضعیت دمر یا به پهلو با سر کمی پایین‌تر نگه داشته شود تا از آسپیراسیون ترشحات یا خون جلوگیری شود. تغذیه با مایعات خنک و غذاهای نرم و غیرتحریک‌کننده (اجتناب از غذاهای تند، ترش، داغ یا خشن) آغاز می‌شود و بیمار باید از سرفه یا فین کردن شدید که می‌تواند خطر خونریزی را افزایش دهد، پرهیز کند.

آبسه پری تونسیلار یکی از شایع ترین عفونت های عمقی گردن و سر است که معمولاً به عنوان عارضه یک تونسیلیت باکتریایی درمان نشده یا ناقص درمان شده رخ می دهد؛ در این حالت، عفونت از لوزه فراتر رفته و در فضای اطراف آن تجمع چرک ایجاد می کند.

علائم مشخصه این بیماری شامل گلودرد شدید و یک طرفه، تب بالا، دشواری شدید در باز کردن دهان (Trismus)، صدای «سیب زمینی داغ» (Hot Potato Voice) که ناشی از تورم بافت های اطراف حلق است، و ترشح بیش از حد بزاق به دلیل درد شدید هنگام بلع می باشد. در معاینه، جابه جایی لوزه و ملتحمه نرم کام به سمت خط وسط و تورم یک طرفه قابل مشاهده است.

این بیماری یک اورژانس محسوب می شود، زیرا آبسه در حال بزرگ شدن می تواند راه هوایی را تنگ کرده یا در صورت پارگی، محتویات چرکی وارد راه هوایی شده و باعث آسپیراسیون شود. درمان معمولاً شامل تخلیه آبسه (با آسپیراسیون سوزنی یا برش و تخلیه جراحی) همراه با آنتی بیوتیک وریدی است. مراقبت پرستاری شامل پایش دقیق راه هوایی، آماده نگه داشتن تجهیزات مدیریت راه هوایی اورژانسی، کنترل مایعات وریدی در صورت ناتوانی بیمار در بلع کافی مایعات، و کنترل درد پیش و پس از تخلیه آبسه است.

اپی گلویت حاد التهاب شدید و به سرعت پیشرونده اپی گлот و بافت‌های اطراف آن است که می‌تواند در عرض چند ساعت راه هوایی را به طور کامل مسدود کند و یکی از خطرناک‌ترین اورژانس‌های گوش و حلق و بینی محسوب می‌شود. با گسترش واکسیناسیون هموفیلوس آنفلوانزا نوع B، بروز این بیماری در کودکان به طور چشمگیری کاهش یافته، اما همچنان در بزرگسالان و کودکان واکسینه نشده دیده می‌شود.

علائم کلاسیک این بیماری با حرف اختصاری «چهار D» شناخته می‌شوند: دیسفاژی (دشواری بلع)، درولینگ (ترشح بیش از حد بزاق به دلیل ناتوانی یا ترس از بلع)، دیسفونی (تغییر صدا، معمولاً خفه و آب‌دهانی) و دیسترس تنفسی (Distress). بیمار اغلب به طور غریزی در وضعیت تریپاد (نشسته، خم به جلو، چانه بالا و دهان باز) قرار می‌گیرد تا راه هوایی خود را حداکثر باز نگه دارد؛ این وضعیت نباید تغییر داده شود.

مهم‌ترین اصل مراقبتی در این بیماری این است که هرگونه معاینه حلق با آسپلنگ یا اقدام تحریک‌کننده، حتی گرفتن نمونه خون یا قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده، می‌تواند باعث اسپاسم حنجره و انسداد کامل ناگهانی راه هوایی شود؛ بنابراین بیمار باید تا حد امکان بدون تحریک، در آرامش و در وضعیتی که خودش راحت‌تر است نگه داشته شود و آماده‌سازی فوری برای مدیریت راه هوایی توسط تیم مجرب (معمولاً در اتاق عمل) در اولویت قرار گیرد. درمان شامل تثبیت راه هوایی (که ممکن است نیازمند لوله‌گذاری یا تراکتوستومی باشد) و آنتی‌بیوتیک وریدی است.

لارنژیت حاد التهاب حنجره و تارهای صوتی است که اغلب ناشی از عفونت ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی است، هرچند استفاده بیش از حد از صدا (مانند داد زدن طولانی مدت)، قرار گرفتن در معرض دود یا مواد محرک، و رفلکس معده به مری نیز از علل شایع آن هستند.

علامت اصلی این بیماری، گرفتگی یا از دست دادن کامل صدا (Aphonia) است که ممکن است با احساس خارش یا گلودرد خفیف، سرفه خشک و در برخی موارد تب خفیف همراه باشد. برخلاف اپی گلویتیت، لارنژیت حاد به ندرت راه هوایی را در بزرگسالان تهدید می کند، هرچند در نوزادان و کودکان کوچک به دلیل باریک بودن راه هوایی، التهاب مشابه می تواند علائم تنفسی قابل توجهی ایجاد کند.

درمان عمدتاً حمایتی است و شامل استراحت کامل صدا (پرهیز از صحبت کردن و به ویژه از زمزمه کردن که فشار بیشتری به تارهای صوتی وارد می کند)، افزایش رطوبت هوای تنفسی، نوشیدن مایعات فراوان و خودداری از سیگار کشیدن یا قرار گرفتن در معرض دود است. در صورت تداوم گرفتگی صدا بیش از دو تا سه هفته، به ویژه در افراد سیگاری، ارزیابی توسط متخصص گوش و حلق و بینی برای رد کردن علل جدی تر مانند ضایعات تارهای صوتی ضروری است.

۷. کروپ (لارنگوتراکئوبرونشیت حاد)

کروپ یک عفونت ویروسی شایع دستگاه تنفسی فوقانی در کودکان، معمولاً بین سنین شش ماه تا شش سال، است که باعث التهاب و تورم ناحیه زیرگلوت (زیر تارهای صوتی) می‌شود. از آنجا که راه هوایی کودکان در این ناحیه به‌طور طبیعی باریک‌تر است، حتی تورم خفیف می‌تواند مقاومت قابل توجهی در برابر عبور هوا ایجاد کند.

علامت مشخصه کروپ، سرفه خشک و پارس‌مانند (Barking Cough) است که اغلب در شب بدتر می‌شود، همراه با صدای خشن هنگام صحبت کردن (Hoarseness) و استریدور دمی (صدای زیر و سوت‌مانند هنگام دم) که در موارد شدیدتر حتی در حالت استراحت نیز شنیده می‌شود. بیشتر موارد کروپ خفیف هستند و علائم طی چند روز به‌طور خودبه‌خود بهبود می‌یابند.

در برخورد اولیه با کودک مبتلا به کروپ، مهم‌ترین اقدام آرام نگه‌داشتن کودک است، زیرا گریه و اضطراب می‌تواند استریدور و دیسترس تنفسی را تشدید کند؛ به همین دلیل توصیه می‌شود کودک در آغوش والدین و در وضعیت راحت نگه داشته شود. هوای مرطوب یا خنک (مانند هوای بیرون در شب) می‌تواند به کاهش موقت علائم کمک کند. در موارد متوسط تا شدید، کورتیکواستروئید خوراکی یا تزریقی و در موارد شدیدتر، نبولایزر اپی‌نفرین برای کاهش سریع تورم راه هوایی تجویز می‌شود. والدین باید آموزش ببینند که در صورت مشاهده استریدور در حالت استراحت، دیسترس تنفسی شدید، رنگ‌پریدگی یا کبودی، بلافاصله به اورژانس مراجعه کنند.

۸. رفلکس لارنگوفارنژیال (LPR)

رفلاکس لارنگوفارنژیال به بازگشت محتویات اسیدی معده تا سطح حلق و حنجره گفته می‌شود؛ این وضعیت با رفلکس معده به مری (GERD) متفاوت است، زیرا در LPR ممکن است بیمار هیچ‌گونه سوزش سر دل کلاسیک را تجربه نکند و علائم عمدتاً در ناحیه گلو و حنجره بروز می‌کنند.

علائم شایع این بیماری شامل احساس مزمن وجود توده در گلو (Globus Sensation)، گرفتگی مکرر یا مزمن صدا، سرفه مزمن، نیاز مکرر به صاف کردن گلو، و گاهی احساس سوزش خفیف در گلو است. از آنجا که این علائم غیراختصاصی هستند، LPR اغلب به اشتباه با آلرژی، عفونت مزمن حلق یا سایر علل گرفتگی صدا اشتباه گرفته می‌شود و تشخیص آن نیازمند شک بالینی بالا است.

درمان شامل تغییرات سبک زندگی مانند اجتناب از غذا خوردن حداقل دو تا سه ساعت پیش از خواب، کاهش مصرف غذاهای چرب، تند، کافئین‌دار و نوشیدنی‌های گازدار، کاهش وزن در صورت اضافه‌وزن، و بالا نگه‌داشتن سر تخت هنگام خواب است. در بسیاری از بیماران، داروهای کاهنده اسید معده (مانند مهارکننده‌های پمپ پروتون) برای چند هفته تا چند ماه تجویز می‌شود. آموزش بیمار درباره پایبندی به این تغییرات سبک زندگی، حتی پس از بهبود علائم، نقش مهمی در پیشگیری از عود دارد.

دیسفاژی به دشواری در بلع غذا یا مایعات گفته می‌شود و می‌تواند ناشی از علل ساختاری (مانند تنگی مری، تومور یا وجود جسم خارجی) یا علل عملکردی-عصبی (مانند سکته مغزی، بیماری‌های عصبی-عضلانی یا ضعف عمومی در سالمندان) باشد. بر اساس محل مشکل، دیسفاژی به دو نوع دهانی-حلقی (Oropharyngeal)، که در آن بیمار در شروع بلع و هدایت غذا از دهان به حلق مشکل دارد، و مری (Esophageal)، که در آن احساس گیر کردن غذا پس از عبور از حلق رخ می‌دهد، تقسیم می‌شود.

علائم هشداردهنده دیسفاژی که باید جدی گرفته شوند شامل سرفه یا خفگی حین غذا خوردن، خروج غذا از بینی، صدای خس‌خس یا «مرطوب» پس از بلع (که می‌تواند نشانه ورود مواد به راه هوایی باشد)، کاهش وزن غیرارادی و پنومونی‌های مکرر (که می‌توانند نشانه آسپیراسیون مزمن و خاموش باشند) است.

ارزیابی اولیه پرستاری بلع پیش از شروع هرگونه تغذیه دهانی در بیماران پرخطر (مانند بیماران پس از سکته مغزی یا با سطح هوشیاری کاهش یافته) ضروری است. مراقبت‌های عمومی شامل نگه‌داشتن بیمار در وضعیت نشسته یا نیمه‌نشسته (حداقل ۹۰ درجه) هنگام غذا خوردن و حداقل تا سی دقیقه پس از آن، دادن لقمه‌های کوچک و غذای با قوام مناسب (که ممکن است بر اساس ارزیابی گفتاردرمانگر، غلیظ‌شده توصیه شود)، اجتناب از عجله در تغذیه و مشاهده دقیق بیمار حین خوردن برای علائم آسپیراسیون است. در بیماران با دیسفاژی شدید یا پایدار، ممکن است تغذیه جایگزین مانند لوله تغذیه ضروری شود.

سرطان‌های حلق و حنجره در مقایسه با سایر بیماری‌های این جزوه کمتر شایع هستند، اما تشخیص زودهنگام آن‌ها تأثیر قابل توجهی بر پیش‌آگهی بیمار دارد؛ عوامل خطر اصلی شامل مصرف طولانی‌مدت سیگار و الکل، و در موارد فزاینده‌ای، عفونت با ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) است.

پرستار باید نسبت به علائم هشداردهنده‌ای که نیازمند ارجاع سریع برای بررسی تخصصی‌تر هستند، هوشیار باشد: گرفتگی صدای مداوم بیش از سه هفته که با درمان‌های معمول بهبود نمی‌یابد، دیسفاژی پیش‌رونده، احساس مداوم توده در گلو که با گذشت زمان بدتر می‌شود، توده قابل لمس در گردن، کاهش وزن غیرقابل توضیح، و خلط خونی. وجود هر یک از این علائم، به‌ویژه در افراد با سابقه مصرف سیگار یا الکل، باید بیمار را برای ارزیابی تخصصی گوش و حلق و بینی و در صورت نیاز، بررسی‌های تصویربرداری یا نمونه‌برداری ارجاع دهد. آموزش عمومی درباره این علائم هشدار و اهمیت مراجعه به‌موقع، بخشی از نقش پیشگیرانه پرستار در جامعه است.

۱۱. 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.

بیماری	خلاصه درمان	مراقبت پرستاری کلیدی
فارنژیت حاد	ویروسی: حمایتی (مسکن، مایعات، غرغره آب نمک)؛ استرپتوکوکی: پنی سیلین / آموکسی سیلین	آموزش تکمیل کامل دوره آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عوارض
تونسیلیت	درمان دارویی؛ در موارد مکرر/مزمّن یا انسداد راه هوایی، تونسیلکتومی	پس از جراحی: پایش دقیق خونریزی، وضعیت دمر/پهلوی، غذای نرم و خنک
آبسه پری تونسیلار	تخلیه آبسه (سوزنی یا جراحی) + آنتی بیوتیک وریدی	پایش راه هوایی، آماده سازی تجهیزات اورژانسی، مایع وریدی در صورت ناتوانی بلع
اپی گلو تیت حاد	تثبیت فوری راه هوایی (احتمالاً لوله گذاری) + آنتی بیوتیک وریدی	عدم تحریک بیمار (بدون آسپیراسیون)؛ حفظ وضعیت تریپاد؛ آماده سازی فوری تیم راه هوایی
لارنژیت حاد	حمایتی: استراحت صدا، رطوبت، مایعات فراوان	آموزش پرهیز کامل از صحبت/زمزمه و مراجعه در صورت تداوم بیش از ۲-۳ هفته
کروپ	هوای مرطوب/خنک؛ کورتیکواستروئید؛ در موارد شدید نبولایزر اپی نفرین	آرام نگه داشتن کودک؛ آموزش والدین درباره علائم هشدار استریدور در استراحت
رفلاکس لارنگوفارنژیال	تغییر سبک زندگی + مهارکننده پمپ پروتون	آموزش اجتناب از غذا پیش از خواب و بالا نگه داشتن سر تخت
دیسفاژی	بر اساس علت؛ تنظیم قوام غذا طبق ارزیابی گفتاردرمانی	ارزیابی بلع پیش از تغذیه، وضعیت نشسته حین غذا، مشاهده علائم آسپیراسیون
علائم هشدار سرطان حلق/حنجره	ارجاع تخصصی برای بررسی و نمونه برداری	شناسایی و گزارش زودهنگام علائم هشدار؛ آموزش عمومی پیشگیرانه

۱۲. جدول مقایسه‌ای بیماری‌های شایع حلق

بیماری	شروع	خطر راه هوایی	علامت کلیدی افتراقی
فارنژیت حاد	تدریجی تا نسبتاً سریع	خیر	اگزودای لوزه در نوع استرپتوکوکی
تونسیلیت	تدریجی	به‌ندرت (در بزرگی شدید)	لوزه‌های بزرگ و ملتهب
آبسه پری‌تونسیلار	پیش‌رونده طی ۱-۲ روز	بله	صدای سیب‌زمینی داغ، تریس‌موس، انحراف یو‌وولا
اپی‌گلوتیت حاد	سریع (ساعات)	بله (بحرانی)	چهار D: دیسفاژی، درولینگ، دیسفونی، دیسترس
لارنژیت حاد	تدریجی	خیر (در بزرگسالان)	گرفتگی/از دست دادن صدا بدون درد شدید
کروپ	سریع، اغلب شبانه	بله (در کودکان)	سرفه پارس‌مانند و استریدور دمی
رفلاکس لارنگوفارنژیال	مزمن، تدریجی	خیر	احساس توده در گلو بدون سوزش سر دل

۱۳. چک لیست ارزیابی پرستاری حلق

- ☐ ارزیابی فوری وضعیت راه هوایی (استریدور، دیسترس تنفسی)
- ☐ بررسی توانایی بلع بزاق و وجود درولینگ
- ☐ بررسی کیفیت صدا (طبیعی، خفه، گرفته، بی صدا)
- ☐ مشاهده وضعیت بدنی بیمار (تریپاد یا وضعیت راحت انتخابی)
- ☐ بررسی وجود تب و شروع و سرعت پیشرفت علائم
- ☐ بررسی یک طرفه یا دوطرفه بودن گلودرد و تورم
- ☐ پرسش درباره دیسفاژی، کاهش وزن یا علائم مزمن (بیش از ۳ هفته)
- ☐ خودداری از معاینه تحریک کننده حلق در بیمار با شک به اپی گلو تیت
- ☐ آماده نگه داشتن تجهیزات مدیریت راه هوایی در بیماران پرخطر
- ☐ مستندسازی دقیق یافته ها و گزارش فوری علائم هشدار به پزشک

☆ در هر بیمار با شکایت حلق، ارزیابی راه هوایی همیشه اولویت اول است، پیش از هر اقدام تشخیصی دیگر.

☆ درولینگ، صدای خفه، وضعیت تریپاد و استریدور، علائم هشدار می‌هستند که نیازمند اقدام فوری‌اند.

☆ در بیمار با شک به اپی‌گلوتیت حاد، هرگونه معاینه تحریک‌کننده حلق می‌تواند باعث انسداد کامل راه هوایی شود و باید اجتناب شود.

☆ تکمیل کامل دوره آنتی‌بیوتیک در فارنژیت استرپتوکوکی برای پیشگیری از عوارض دیررس ضروری است.

☆ پس از تونسیلکتومی، بلع مکرر بدون علت مشخص باید همیشه به‌عنوان نشانه احتمالی خونریزی خاموش در نظر گرفته شود.

☆ گرفتگی صدای مداوم بیش از سه هفته، به‌ویژه در افراد سیگاری، نیازمند ارزیابی تخصصی برای رد علل جدی‌تر است.

☆ ارزیابی تولنایی بلع پیش از تغذیه دهانی در بیماران پرخطر، از مهم‌ترین اقدامات پیشگیری از آسپیراسیون است.

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

Kliegman RM, et al. Nelson Textbook of Pediatrics. ۲۱st ed. Elsevier; ۲۰۲۰

Bickley LS. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. ۱۳th ed Wolters Kluwer; ۲۰۲۱