مقاله علمی

برگردان از:
۱-حسین محرم زاده: کارشناس علوم آزمایشگاهی،
شبکه بهداشت ودرمان مشگین شهر، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
۲- حسین حسین زاده میرک، کارشناس علوم آزمایشگاهی، مشکین شهر،
استان اردبیل

اوتیت خارجی
Otitis Externa

اوتیت خارجی التهاب گوش خارجی است و شامل تمام شرایط التهابی گوش، کانال شنوایی خارجی و سطح خارجی پرده گوش است که می تواند موضعی یا منتشر و حاد یا مزمن باشد.
اوتیت حاد منتشر نیز با نام گوش شناگر (swimmer's ear) وجود دارد.

همه گیری شناسی

- اوتیت خارجی یک شکایت شایع در مطب های عمومی است، و در۱تا۳ درصد جمعیت دیده می شود. نزدیک به ۱۰درصد از مردم حداقل یک بار این بیماری را در زندگی خود تجربه می کنند.
- بیشتر در بزرگسالان شایع بوده و در کودکان معمولاً در سن ۷ تا ۱۲ سالگی نیزدیده می شود.
- در انگلستان حدود ۳درصد از موارد مشاهده شده در مطب های عمومی به مراقبت های ثانویه ارجاع داده می شود.

عوامل خطر اوتیت خارجی

- آب و هوای گرم و مرطوب.
- شنا کردن.
- سالمندان.
- نقص ایمنی (به عنوان مثال، HIV).
- دیابت ملیتوس.
- باریک شدن مجرای گوش خارجی (به گونه ارثی یا اکتسابی باعفونت مزمن، اگزوستوز).
- انسداد مجرای طبیعی گوش—برای نمونه در کراتوز ابتورانس، جسم خارجی، سمعک، مجرای گوش پرمو.
- **موم ناکافی:** سرومن بسیار کم اغلب از طریق تمیز کردن بیش از حد ناشی می شود و می تواند مستعد کننده عفونت باشد زیرا عملکرد محافظتی سرومن کاهش می یابد واجازه می دهد تا pH کانال افزایش یابد.
- **تجمع موم:** سرومن بیش از حد می تواند منجر به انسداد، احتباس آب و مواد زاید و در نتیجه عفونت شود.
- شرایط پوستی: اگزما، درماتیت سبورئیک.
- درماتیت آلرژیک، آتوپیک یا تحریک کننده که بر اپیتلیوم کانال گوش تأثیر می گذارد.
- ضربه به کانال گوش - برای مثال، پس از به کار بردن پد پنبه ای، رادیوتراپی.
- **میکربی:** التهاب فعال گوش میانی، آلودگی با سودوموناس آئروژینوزا یا قارچ.
- پیامد تمپانوستومی
- رادیوتراپی گوش

اتیولوژی اوتیت خارجی

اوتیت خارجی ناشی از بهم خوردن تعادل لیپید یا اسید کانال گوش است.

اوتیت خارجی معمولاً عفونی است اما ممکن است ناشی از آلرژی، محرک یا شرایط التهابی باشد که همگی ممکن است زمینه ساز عفونت باکتریایی باشند.

- عفونت ها
- عفونت گوش خارجی معمولاً در ۹۰درصد نمونه ها باکتریایی و در ۱۰درصد آنها قارچی است. بیشتر نمونه ها دارای ارگانیسم های متعدد بوده که اکثریت آنها را Staphylococcus aureus و یا P. aeruginosa تشکیل می دهد.
- عفونت قارچی معمولاً به دنبال درمان طولانی مدت با آنتی بیوتیک ها، با یا بدون استروئیدها ایجاد می شود.
- ۹۰ درصد از عفونت های قارچی گونه های آسپرژیلوس را شامل می شود. و بقیه Candida spp هستند. عفونت با درماتوفیت ها نیز ممکن است رخ دهد و درماتیت سبورئیک ممکن است با عفونت با Malassezia spp همراه باشد.
- هرپس زوستر (سندرم رامسی هانت).
- عفونت ممکن است در یک فولیکول موی عفونی موضعی باشد و باعث ایجاد فورونکل یا اوتیت خارجی

موضعی شود، در این مورد Staphylococcus aureus شایع ترین عامل است.

- التهاب پوست

علل التهاب پوست عبارتند از:

- درماتیت سبوروئیک
- آکنه
- پسوریازیس
- اگزمای آتوپیک
- لوپوس اریتماتوی سیستمیک
- تحریک کننده ها
- داروهای موضعی، سمعک یا گوش گیر
- عوامل تشدید کننده، مانند ضربه به گوش ناشی از اجسام خارجی در گوش، پدهای پنبه، سرنگ گوش یا سمعک.
- آب در گوش شناگران به ویژه آب های آلوده.
- مواد شیمیایی از جمله اسپری مو، رنگ مو و سرمنولیتیک ها.

علائم اوتیت خارجی

علائم اصلی اوتیت خارجی درد و خارش است. همچنین ممکن است ترشح و کاهش شنوایی وجود داشته باشد. یافته های اتوسکوپی عبارتند از:

- ورم، ترشح و قرمزی کانال گوش
- پرده تمپان متحرک.
- درد همراه با حرکت تراگوس یا لاله گوش.
- لنفادنوپاتی بناگوش.

اوتیت خارجی به طور کلی با هر یک از موارد زیر شدیدتر است: مجرای گوش ادماتوز باریک شده و توسط مواد زائد پوشیده شده است.

- از دست دادن شنوایی.
- ترشح از گوش
- لنفادنوپاتی منطقه ای
- گسترش سلولیت به خارج از گوش
- تب.

اوتیت حاد منتشر

- درجه حرارت متوسط (کمتر از ۳۸ درجه سانتیگراد) و لنفادنوپاتی.
- تورم منتشر است.
- درد با خارش احتمالی متغیر است.
- حرکت دادن گوش یا فک دردناک است.
- ممکن است ترشحات غلیظ خفیفی وجود داشته باشد که ممکن است بعداً خونی شود.
- ممکن است شنوایی دچار اختلال شود.
- عفونت باکتریایی شایع است.
- گوش شناگر یک اصطلاح قابل جانشینی با اوتیت خارجی حاد است و در حالی که شیوع آن در شناگران نسبت به غیر شناگران حدود پنج برابر بیشتر است.
- لازم نیست شناگر باشید تا گوش شناگر داشته باشید.

با این حال، این اصطلاح اغلب به اوتیت خارجی حاد ناشی از باقی ماندن آب در گوش پس از شنا و ایجاد یک محیط مناسب برای رشد باکتری ها اشاره دارد.

اوتیت خارجی مزمن

- اگر به دلیل عفونت باشد معمولاً قارچی است. بیماری های پوستی زمینه ای، دیابت، سرکوب سیستم ایمنی یا استفاده از قطره آنتی بیوتیک، ممکن است به بروز آن کمک کنند.
- علائم مانند اوتیت حاد منتشر است. ترشح و خارش شایع است.

عفونت قارچی سطحی

- تمایل به مزمن شدن دارد.
- شکایات ناشی از خارش و ناراحتی است.
- ترشح از گوش متغیر است.

آبسه

- عفونت موضعی کوچک همراه با درد شدید در گوش و تورم موضعی کانال.
- تب خفیف است (کمتر از ۳۸ درجه سانتیگراد).
- ممکن است لنفادنوپاتی گوش خلفی وجود داشته باشد.
- معاینه اوریسکوپی می تواند بسیار دردناک باشد.
- اگر ضایعه بترکد، درد ناگهانی کاهش می یابد.

درماتیت تماسی

- درماتیت تحریکی معمولاً با لیکنفیکاسیون موذی شروع می شود.
- تظاهرات اوتیت خارجی آلرژیک (خارش، اریتم و ادم) سریع تر آشکار می شود.
- اگر اوتیت خارجی علیرغم درمان مرسوم ادامه داشت، باید به آلرژی که معمولاً به آمینوگلیکوزید گمان برد.
- ممکن است Patch testing ضروری شود که روشی برای تعیین علل ایجاد واکنش آلرژیک در بیماران است.

سایر بیماری های پوستی

اگر درماتیت سبورئیک یا درماتیت آتوپیک زمینه ساز عفونت

باشد، معمولاً یافته های موضعی از آن بیماری وجود خواهد داشت.

اوتیت خارجی نکروز دهنده(بدخیم)

- اوتیت خارجی تهدید کننده زندگی به استخوان های ماستوئید و تمپورال گسترش می یابد.
- عامل آن معمولاً P. aeruginosa یا S. aureus است.
- مبتلایان بیشتر از میان بیماران سالمند دیابتی یاکسانی بانقص ایمنی، هستند.
- شدت درد و سردرد بیشتر از علائم بالینی جلوه گر است.
- فلج عصب صورت یک علامت قرمز است اما لزوماً با پیش آگهی ضعیف تری همراه نیست.
- **معیارهای تشخیص عبارتنداز:**

درد. ادم.اگزودا.بافت گرانولاسیون (ممکن است در محل اتصال استخوان و غضروف وجود داشته باشد).

میکروآبسه . اسکن استخوان مثبت یا شکست درمان موضعی.

spp Pseudomonas در کشت میکروبیولوژیک

ویژگی های اضافی معمول:

- دیابت. درگیری عصب جمجمه. رادیوگرافی مثبت. یک بیماری زمینه ای ناتوان کننده.

سرکوب سیستم ایمنی—مثلادر،HIV/AIDS، یا شیمی درمانی.

- سنین بالا. اشکال بیماری آتیپیک غیر معمول نیست.

اسکن استخوان تکنسیوم برای رد استئومیلیت مورد نیاز است. توموگرافی کامپیوتری ممکن است در پیش بینی میزان درگیری جمجمه مفید باشد.

روش های بررسی و تشخیص اوتیت خارجی

استفاده از سوآب به طور کلی توصیه نمی شود، اما اگر درمان اوتیت خارجی ناموفق باشد یا وضعیت غیر معمول به نظر برسد، ممکن است مفید باشد. اگر درمان با شکست مواجه شد یا اوتیت خارجی به طور مکرر عود کرد، از سواب برای دید میکروسکوپی از نظر باکتری و قارچ و کشت میکروبی، باید استفاده کرد. برای کاهش آلودگی بهتر است یک سوآب از قسمت داخلی مجرای گوش با دقت زیاد گرفته شود.

مواردی که شناسایی ارگانیسم می تواند از نظر درمانی کمک کننده نباشد:

- هنگامی حساسیت باکتریایی گزارش شده ممکن است با پیامدهای بالینی مرتبط نباشد زیرا حساسیت ها برای تجویزهای سیستمیک تعیین می شود. در استفاده موضعی غلظت های بسیار بالاتر آنتی بیوتیک کارایی دارد. تقریباً همه باکتری ها ی بازیابی شده به این غلظت های آنتی بیوتیکی حساس هستند.
- نمی توان از نتایج کشت تشخیص داد که آیا ارگانیسم های جدا شده عامل عفونت هستند یا آلاینده اند. به ویژه، قارچ ها پس از استفاده از قطره های ضد باکتری (که باکتری های فلور طبیعی راسرکوب می کنند)، وجود دارند، اما عامل اصلی التهاب نیستند.
- در صورت امکان، سلامت پرده تمپان باید ارزیابی شود. ممکن است مشاهده آن غیرممکن باشد اما سوراخ شدن آن ممکن است دارای نشانه های زیر باشد:
- شخص می تواند طعم داروی استفاده شده در گوش را بچشد.
- وقتی بینی شخص کیپ می شود می تواند هوا را از گوش خارج کند.
- دارای لوله تمپانوستومی درجا باشد.

تشخیص افتراقی اوتیت خارجی

- ممکن است اجسام خارجی وجود داشته باشند.
- ضربه به موم می تواند باعث درد و ناشنوایی شود. قطرات، آن را متورم می کند و می تواند قبل از برداشتن آن را تشدید کند.
- اوتیت میانی دردناک است، اما اگر پرده تمپان بترکد، درد متوقف می شود و ترشح به دنبال آن ایجاد می شود.
- ترشح مزمن گوش با اوتیت میانی چرکی مزمن و احتمالاً کلستاتوم همراه است.
- اگر گوش با کانالی متورم شده که در اثر تماس به راحتی خونریزی می کند، باید به بدخیمی گمان برد.
- درد می تواند از سینوس اسفنوئیدال، دندان، گردن یا گلو سرچشمه بگیرد.
- باروتروما که بیشتر غواصان را تحت تأثیر قرار می دهد و به طور معمول، کسانی که اخیراً پرواز کرده اند. با این حال، می تواند ناشی از ضربه به گوش باشد.
- بیماری پوستی، همانطور که در قسمت علائم بالینی در بالا ذکر شده است.

درمان و کنترل اوتیت خارجی

هدف از درمان عبارت است از:

- برای رفع علائم از جمله درد.

- برای درمان عفونت.
- برای کاهش خطر عود.
- برای جلوگیری از عوارض

درمان و کنترل اوتیت خارجی برای بزرگسالان و کودکان یکسان است:

اوتیت حاد خارجی

- معمولا با قطره های موضعی درمان می شود.
- فتیله گوش (ear wick) و حذف مواد زاید برای تمیز کردن کانال و تسهیل درمان موضعی می تواند مفید باشد.
- اگر درمان اولیه با شکست مواجه شد، در تشخیص تجدید نظر شود.
- اگر سلولیت یا لنفادنوپاتی گردنی وجود داشته باشد، آنتی بیوتیک های خوراکی ممکن است کاربرد داشته باشند اما به ندرت در درمان موارد بدون عارضه مفید هستند.
- بیماران با علائم سیستمیک نیاز به بررسی یک روزه گوش و حلق و بینی دارند و ممکن است برای دریافت آنتی بیوتیک داخل وریدی بستری شوند.

اوتیت خارجی مزمن

اوتیت خارجی مزمن آن است که بیش از سه ماه پایدار باشد. اغلب تغییراتی در فلور طبیعی از طریق درمان صورت گرفته است. تمرکز بر تلاش برای شناسایی علت زمینه ای (احتمالا یک بیماری پوستی مانند اگزما) یا عوامل تشدید کننده است.

- موارد زیر را درنظر بگیرید:
- شستشوی نامناسب مجرای شنوایی
- ادامه آسیب بوسیله از دستکاری یا شنا کردن.
- ضعف درکارآمدی درمان.
- حساسیت تماسی به درمان موضعی پیشین ممکن است به مشکل جدید بیانجامد.
- استفاده بیش از حد از قطره های ضد باکتری، منجر به عفونت قارچی می شود.
- بیماری زمینه ای پوست.
- سمعک، شمع های گوش، یا مشکلات آناتومیکی، مانند تنگی مجرای گوش
- اگر علت مشخصی یافت نشد، هفت روز قطره گوش اسید استیک ۲٪ همراه با قطره گوش کورتیکواستروئید تجویز کنید.
- اگر مشکوک به رشد قارچ باشد، ممکن است یک داروی ضد قارچی موضعی مانند محلول کلوتریمازول ۱٪ امتحان شود. سواب زدن توصیه شده است.
- درمان ممکن است دشوار باشد و در این شرایط ممکن است نیاز به ارجاع باشد.
- سایر درمان های آزمایش شده شامل تاکرولیموس است.

اوتیت خارجی نکروزان

- اوتیت خارجی نکروز کننده یا بدخیم در ۹۰ درصد موارد توسط P. aeruginosa ایجاد می شود.
- درمان خوراکی و موضعی با کینولون ها (برای شش تا هشت هفته تجویز می شوند) معمولاً مورد نیاز هستند. ایجاد مقاومت به سیپروفلوکساسین می تواند م شکل ساز باشد.
- اگر مشکوک به اوتیت خارجی نکروز کننده یا بدخیم باشد، باید فوراً به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع شود.

درمان اوتیت خارجی

- درمان های موضعی

قطره های موضعی معمولاً مؤثر هستند، مگر اینکه سلولیت منتشر شود یا بیمار از نظر سیستماتیک ناخوش باشد. در یک بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۲۱ دریافتند که داروهای موضعی برای ۷۷ تا ۹۵ درصد موارد در مراقبت های اولیه تجویز می شود. در بیشتر موارد گرینش مداخله موضعی تأثیر قابل توجهی بر نتیجه درمانی دارد.

- اسید استیک در هفته اول موثر و قابل مقایسه با آنتی بیوتیک/استروئید است. با این حال، زمانی که طول درمان فراتر از یک هفته باشد، کمتر موثر است. بنابراین فقط برای موارد خفیف توصیه می شود.
- شواهد برای موثر بودن قطره های استروئیدی تنها، بسیار محدود است.
- آنتی بیوتیک های موضعی برای همه موارد به جز خفیف ترین موارد توصیه می شود. حساسیت های آزمایشگاهی معمولاً از آنجایی که آزمایش با استفاده از غلظت های به دست آمده در دوز سیستمیک انجام می شود با پیامدهای بالینی مرتبط نیستند. غلظت های بسیار بالاتر آنتی بیوتیک با کاربرد موضعی فراهم است. تقریباً تمام باکتری های بازیابی شده به غلظت آنتی بیوتیک موجود در گوش موضعی حساس هستند. بنابراین انتخاب داروها توسط عوامل دیگری مانند در دسترس بودن، خطرات سمیت گوش یا حساسیت تماسی، هزینه و دوز و تمایل به محدود کردن توسعه مقاومت باکتریایی تعیین می شود:
- فرمول ملی بریتانیا (BNF) نئومایسین یا کلیوکینول را توصیه می کند که عفونت های قارچی را نیز پوشش می دهد..
- در صورت سوراخ شدن پرده گوش، آمینوگلیکوزیدها نسبتاً

منع مصرف دارند، زیرا می توانند اتوتوکسیک باشند و با احتیاط به عنوان درمان خط دوم استفاده می شوند، با این حال به ندرت پس از یک دوره کوتاه مدت می توانند باعث درماتیت تماسی شوند.

- استروئیدهای توصیه شده بتامتازون، هیدروکورتیزون، پردنیزولون، دگزامتازون و فلومتازون هستند.
- خطر عفونت قارچی ثانویه یا آلرژی با طولانی شدن دوره درمانی افزایش می یابد. حساسیت تماسی ناشی از قطره های موضعی بیشتر در نتیجه مصرف آنتی بیوتیک ها به ویژه آمینوگلیکوزیدها یا مواد نگهدارنده است.
- اگر تورم گسترده کانال شنوایی وجود دارد، ear wick (فتیله گوش) را در نظر بگیرید (ممکن است نیاز به ارجاع گوش و حلق و بینی برای کمک به شستشوی مجرای شنوایی داشته باشد). که باید با ترکیب آنتی بیوتیک-استروئید آغشته شود و در مجرای شنوایی قرار داده شود. گاهی اوقات برای کاهش ادم مجرای گوش با یک ماده قابض مانند استات آلومینیوم یا استروئید آغشته می شود:
- قرار دادن فتیله گوش در گوش معمولاً مستلزم ارجاع است.
- فتیله گوش باید حداقل هر دو یا سه روز یکبار تعویض شود.
- در صورت عدم استفاده از فتیله گوش ، بیمارانی که مجرای گوش متورم دارند، باید قطره ها را در حالی که در سمت دیگر با گوش آسیب دیده دراز کشیده اند از بالا توی گوش بچکانند، پس از آن به مدت ۱۰ دقیقه این وضعیت را حفظ کنند.
- قطره های پراکسید در گذشته یک "درمان خانگی" توصیه شده برای گوش شناگران بوده است که موم را حل می کنند وآن را اسیدی و باکتری کش می کنند و نقش پیشگیرانه ای دارند، اما هیچ مدرک منتشر شده ای برای قطره های پراکسید در درمان عفونت فعال یافت نشده است.
- برخی از تاکرولیموس به عنوان یک درمان موضعی در اوتیت خارجی مقاوم به درمان مزمن استفاده می کنند.

بیمارانی که از قطره های آنتی بیوتیک یا استروئید استفاده می کنند ، حداقل یک هفته باید از قطره استفاده کنند. اگر بعد از هفته اول علائم داشتند، باید قطره ها را تا زمان برطرف شدن علائم ادامه دهند. علائم تا حداکثر هفت روز دیگر برطرف می شوند. در بیمارانی که علائم آنها بیش از دو هفته ادامه داشته باشد باید شکست درمان در نظر گرفته شود و درمان جایگزین آغاز گردد.

۲-شستشوی گوش

اگر جرم گوش یا مواد زائد مانع از اثر داروی موضعی شود، تمیز کردن مجرای شنوایی خارجی pH را کاهش داده و باعث افزایش فعالیت قطره های گوش آمینوگلیکوزید می گردد. شستشوی ملایم با سرنگ یا میکرو ساکشن روش های معمول هستند. احساس می شود که با این تمیز کردن نفوذ دارو بیشتر می شود و خطر عفونت های بعدی کاهش می یابد و ممکن است چندین بار در هفته مورد نیاز باشد. اگر پرده تمپان سالم نباشد معمولا از استعمال سرنگ خودداری می شود.

- درمان‌سیستمیک

آنتی بیوتیک های خوراکی معمولاً مورد نیاز نیستند. آنها ممکن است در موارد زیر کابرد داشته باشند :

- حال کلی بیمار خوب نباشد.
- وجود لنفادنوپاتی بناگوش.
- شواهدی از گسترش عفونت دیده شود.
- آنتی بیوتیک انتخابی فلوکلوکساسیلین (یا اریترومایسین در صورت وجود حساسیت به پنی سیلین) است زیرا عفونت معمولاً ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس می باشد.

یک بررسی مروری نشان داد که آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی که به‌طور تجربی تجویز می‌شدند، بیشتر آموکسی‌سیلین/ کلاوولانیک اسید بوده است که باکتری های معمولی موجود در این عفونت ها را پوشش نمی دهد.

- مشاوره در مورد مراقبت از خود
- عوامل تشدید کننده را حذف یا درمان کنید.
- به بیماران توصیه کنید گوش را خشک نگه دارند و از سواپ پنبه یا گوش گیر استفاده کنند.
- از پشم پنبه برای بستن گوش حاوی ترشحات خودداری کنید مگر اینکه ترشحات آنقدر زیاد باشد که به دلایل زیبایی لازم باشد. در صورت استفاده،آن را شل نگه دارید و بطور مرتب تغییر دهید.
- از شنا بپرهیزید و تا زمان حل شدن ، سعی کنید از ورود آب به گوش جلوگیری کنید.

عوارض اوتیت خارجی

- کم‌شنوایی موقت یا سنگینی گوش
- اوتیت حاد خارجی ممکن است مزمن شود. در صورت تداوم علائم و نشانه‌ها، عفونت گوش خارجی معمولاً برای بیش از سه ماه مزمن در نظر گرفته می‌شود.
- اگر شرایطی مانند یک سویه نادر باکتری، یک واکنش پوستی آلرژیک، یک واکنش آلرژیک به قطره گوش آنتی بیوتیک یا ترکیبی از یک عفونت باکتریایی و قارچی وجود داشته باشد که درمان را دشوار می کند، در این صورت عفونت های مزمن شایع تر است.
- عفونت بافت عمقی (سلولیت): به ندرت، اوتیت خارجی ممکن است منجر به گسترش عفونت به لایه های عمیق و بافت های همبند پوستی شود.
- آسیب استخوان و غضروف (اوتیت خارجی نکروزان):عفونت به پوست و غضروف گوش خارجی و

استخوان های قسمت پایین جمجمه سرایت می کند و باعث درد شدید فزاینده می شود. ممکن است ماستوئید را درگیر کرده و باعث ایجاد فلج عصب صورت شود. افراد مسن و افراد مبتلا به دیابت یا سرکوب سیستم ایمنی در معرض خطر بیشتری هستند. اوتیت خارجی نکروز کننده به عنوان اوتیت خارجی بدخیم نیز شناخته شده است اما این یک بیماری بدخیم نیست.

- اگر گوش شناگر (swimmer's ear) به اوتیت خارجی نکروز کننده تبدیل شود، ممکن است گسترش هماتوژن منجر به سپسیس شود. این عارضه نادر می تواند تهدید کننده زندگی باشد.

ارجاع

در صورت مشکوک بودن به اوتیت بدخیم ، آن را اورژانسی در نظر بگیرید. وضعیت های زیر مشکوک به اوتیت بدخیم هستند:

- درد و سردرد شدیدتر از علائم بالینی است.
- در محل اتصال استخوان به غضروف کانال گوش، بافت گرانولاسیون وجود دارد، یا در مجرای گوش، استخوان در معرض دید قرار دارد.
- عصب صورت فلج شده است (افتادگی صورت درسمت ضایعه).

و در موارد زیر به دنبال مشاوره با متخصص باشید:

- علایم علیرغم درمان بهبود نیافته و شکست درمان غیر قابل توضیح است.
- درمان با یک کینولون انجام شده است.

در صورت وجود موارد زیر ارجاع به مراقبت های ثانویه را در نظر بگیرید:

- سلولیت گسترده
- درد یا ناراحتی شدید.
- ترشح قابل توجه یا تورم وسیع مجرای شنوایی و میکروساکشن یا جاگذاری wick گوش مورد نیاز است.

پیش آگهی اوتیت خارجی

اغلب موارد اوتیت خارجی در عرض چند روز پس از شروع درمان برطرف می شود. این عارضه تمایل به عود دارد مگر اینکه عوامل اصلی آن مورد توجه قرار بگیرد.

پیگیری اوتیت خارجی

دو گروه نیاز به پیگیری خاص دارند:

- بیماران مبتلا به عفونت های مکرر که ممکن است کلستاتوم زمینه‌ای داشته باشند. در این بیماران غشای تمپان کاملا قابل رویت باشد، که ممکن است تنها پس از میکروساکشن امکان پذیر باشد.
- بیمارانی که ممکن است بیماری سیستمیک زمینه‌ای داشته باشند و مستعد علائم پایدار هستند.

پیشگیری از اوتیت خارجی

پیشگیری از اوتیت خارجی متکی بر به حداقل رساندن عوامل ایجاد کننده است. می توان به بیماران توصیه کرد:

- گوش خشک بعید است که عفونی شود، بنابراین مهم است که در حین شنا یا حمام کردن، گوش‌ها را عاری از رطوبت نگه دارید.
- هر مایعی را بعد از شنا یا حمام کردن از گوش خارج کنید.
- هنگام شنا از گوش گیر استفاده کنید.
- از شنا در آب های راکد یا آلوده خودداری کنید.
- از حوله خشک یا سشوار برای خشک کردن گوش استفاده کنید.
- در صورت پوسته پوسته شدن یا وجود جرم بیش از حد گوش، گوش ها را به طور دوره ای تمیز کنید.
- برای حذف موم از سواب پنبه ای استفاده نکنید. آنها موم و مواد زاید عمیق تر در کانال گوش جمع می کنند و لایه محافظ را از بین می برند. در این صورت جرم گوش بیشتر خارج می شود و پوشش داخلی را مختل می کند و یک محیط ایده آل برای عفونت ایجاد می کند.
- شناگران گاهی اوقات قبل و بعد از شنا سعی می کنند گوش را اسیدی کنند. محلول هایی که امتحان شده است شامل موارد زیر می باشد:
- یک قسمت سرکه سفید با یک قسمت الکل: یک قاشق چایخوری در هر گوش چکانده شود و بعد از ۱۰ دقیقه شستشو داده شود.
- محلول پراکسید ۳درصد: تقریباً نیمی از یک قطره چکان حاوی محلول داخل مجرای گوش ریخته شود اضافه بر حل کردن سرومن خاصیت ضد باکتریایی نیز دارد، اگرچه برخی از پزشکان فکر می کنند که پراکسید ممکن است به بافت سالم آسیب برساند، بنابراین زیاد توصیه نمی شود.
- روغن زیتون یا قطره های موم اختصاصی برای کاهش تجمع موم که ممکن است آب را به دام بیاندازند، نیز می توانند مفید باشند.

منبع:

This is a translation into Farsi of an article originally published in English :Dr Hayley Willacy ,Otitis Externa and Painful, Discharging Ears. Available from patient info doctor, Last updated :5:2022.