

Policy Brief
Tinnitus Management And Rehabilitation
Jafarzadeh S¹

1- Associate Professor, Department of Audiology, School of Paramedical and rehabilitation Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Tinnitus is the perception of sound without an external source, significantly impacting the quality of life for millions of people worldwide. Its prevalence tends to increase with age and is higher in men. This policy brief is based on a national protocol developed by the Ministry of Health.

Tinnitus can be classified according to various criteria. In terms of duration, it is categorized as acute (lasting several days to weeks) or chronic (lasting more than six months). Other classifications include the length of time the condition persists (temporary to permanent), its origin (somatic or neurophysiological), emotional effects, and related comorbidities such as hearing loss. The tinnitus management team typically consists of an otolaryngologist and an audiologist. The management process involves a thorough history-taking, hearing evaluations, and psychometric assessments, followed by a tailored treatment plan based on factors like the presence of hyperacusis, amplifiable hearing loss, psychological issues, and the overall degree of handicapping caused by tinnitus. Common treatments include the prescription of hearing aids, Tinnitus Retraining Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy combined with Sound Therapy, all facilitated by an audiologist. Regular follow-up appointments are crucial to preventing recurrence.

Keywords: Tinnitus, Hearing loss, Hyperacusis, Audiologist, Handicapping

Corresponding Author: Sadegh Jafarzadeh

Email: jafarzadehs@mums.ac.ir

ORCID: 0000-0001-8887-7509



Copyright © 2026 Mashhad University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

► Please cite this article as: Jafarzadeh S. Tinnitus Management And Rehabilitation. *JPSR* 2025; 14(4): 131-134
DOI: 10.22038/JPSR.2026.94815.2778.

خلاصه سیاستی

مدیریت و توانبخشی وزوز گوش

صادق جعفرزاده^۱

چکیده

وزوز، ادراک صدا بدون منبع خارجی است که کیفیت زندگی افراد بسیاری در سراسر جهان را کاهش داده است. شیوع آن با افزایش سن بیشتر است. این خلاصه سیاستی مبتنی بر پروتکل کشوری وزارت بهداشت تدوین شده است. وزوز بر اساس معیارهای گوناگون طبقه بندی می شود: از نظر زمانی به حاد (چند روز تا هفته) و مزمن (بیش از شش ماه) تقسیم می گردد. دیگر تقسیم بندی ها شامل تداوم (موقتی تا دائمی)، منشأ (سوماتیک یا نوروفیزیولوژیک)، تأثیرات هیجانی و اختلالات همراه (مانند کم شنوایی) است. تیم تخصصی مدیریت وزوز شامل متخصص گوش و حلق و بینی و شنوایی شناس است. فرآیند مدیریت وزوز شامل تاریخچه گیری، ارزیابی شنوایی و سایکومتریک، و سپس تعیین مسیر درمان بر اساس وجود بیش شنوی، کم شنوایی قابل تقویت، مشکلات روانی و میزان معلولیت ناشی از وزوز است. درمان های اصلی شامل تجویز سمعک، درمان بازآموزی وزوز و درمان رفتاری-شناختی همراه با صدا درمانی بوسیله شنوایی شناس می باشد. پیگیری منظم برای پیشگیری از عود ضروری است.

کلمات کلیدی: وزوز، کم شنوایی، بیش شنوی، شنوایی شناس، معلولیت

آدرس: میدان آزادی، پردیس دانشگاه، مجتمع آموزشی خوارزمی، دانشکده علوم پیراپزشکی و توانبخشی، گروه شنوایی شناسی

نویسنده مسئول: صادق جعفرزاده، jafarzadehs@mums.ac.ir ORCID: 0000-0001-8887-7509

۱- دانشیار گروه شنوایی شناسی، دانشکده علوم پیراپزشکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

وزوز به ادراک صوتی اطلاق می گردد که فاقد منبع مولد خارجی بوده (۱) و متمایز از توهمات شنیداری مرتبط با اختلالاتی نظیر اسکیزوفرنی و سایر انواع سایکوز می باشد. وزوز، افراد بسیاری در جهان را تحت تأثیر قرار داده (۲) و کیفیت زندگی، تمرکز و سلامت روان بخشی از مبتلایان را مختل می کند. این متن با تأکید بر پروتکل کشوری مدیریت و توانبخشی وزوز گوش وزارت بهداشت تهیه شده است. شیوع این پدیده با افزایش سن، روندی صعودی نشان می دهد (۳). در کودکان و افراد با شنوایی طبیعی، وزوز پدیده ای نادر محسوب می شود و آزاردهندگی وزوز در بیشتر افراد کم است (۴).

وزوز را می توان بر اساس معیارهای زمانی و ماهیت منشأ آن طبقه بندی کرد. وزوز حاد، که دوره آن از چند روز تا چند هفته به طول می انجامد، اغلب متعاقب عواملی چون عفونت های گوش، عوارض جانبی برخی داروها، ضربه به سر یا گردن، مواجهه با نویزهای بلند و اختلالات متابولیک بروز می کند. خوشبختانه، بسیاری از این موارد با مداخله درمانی مناسب، قابل رفع هستند. در مقابل، وزوز مزمن به وضعیتی اطلاق می شود که مدت آن از شش ماه فراتر رفته باشد (۵).

این نوع وزوز می تواند ناشی از علل مذکور باشد، اما با احتمال بیشتری در افراد مبتلا به کم شنوایی مشاهده می شود (۶). اگرچه برای اغلب موارد وزوز مزمن، درمان قطعی و ریشه کن کننده ای وجود ندارد، با به کارگیری راهکارهای مدیریتی مناسب می توان نشانه های آزاردهنده آن را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

از منظر قابلیت تشخیص توسط دیگری، وزوز به دو دسته اصلی تقسیم می شود. وزوز عینی (Objective) گونه ای نادر از وزوز است (تنها ۱٪ از کل موارد را شامل می شود) که صادر شده از آن را می توان توسط معاینه کننده و در نزدیکی گوش بیمار نیز شنید. این پدیده اغلب منشأ جسمی دارد و می تواند ناشی از اختلالات عروقی نظیر تومور گلوموس ژگولار، تنگی شریان کاروتید یا سایر ناهنجاری های عروقی مرتبط با گوش، تحت فشار قرار گرفتن عصب شنوایی، یا علل مکانیکی همچون عملکرد غیرطبیعی شیپور استاش، میوکلونوس کامی، اختلالات مفصل گیجگاهی-فکی و اسپاسم عضله رکابی باشد. در مقابل، وزوز ذهنی (Subjective) بسیار شایع تر است. یک علت عمده آن، وجود کم شنوایی می باشد. درک وزوز مزمن، معمولاً نتیجه فعالیت بیش از حد در نواحی مرکزی

دستگاه شنوایی، به‌ویژه قشر شنوایی، است. به بیان دیگر، آسیب‌های وارده به سیستم شنوایی، تعادل میان فرایندهای تحریکی و مهارتی مرکزی را برهم زده و سبب می‌شوند مسیرهای تحریکی در زمان‌هایی که نباید فعال باشند (مانند محیط‌های آرام)، به فعالیت پردازند و در نتیجه، فرد وزوز را ادراک کند.

تقسیم‌بندی

بروز زمانی: وزوز از نظر تداوم به پنج دسته تقسیم می‌شود: خود به خودی (کوتاه مدت و زودگذر)، موقتی (ناشی از نویز یا دارو)، گاه‌گاهی، متناوب و دائمی. تنها وزوزهای متناوب و دائمی مستلزم ارزیابی و توانبخشی کامل هستند. زمان شروع: وزوز حاد (کمتر از چند ماه) نیاز به بررسی فوری برای رد علل پزشکی اورژانسی دارد. وزوز مزمن (بیش از ۶ ماه) اغلب نیازمند مدیریت توانبخشی است.

منشاء: وزوز سوماتیک (ناشی از عوامل عروقی، عضلانی، فکی و...) معمولاً قابل شنیدن توسط معاینه‌گر (آبجکتیو) است و اغلب نیاز به ارجاع پزشکی دارد. وزوز نوروفیزیولوژیک یا سبجکتیو، منشأ کم شنوایی داشته و هدف اصلی مداخلات توانبخشی شنوایی‌شناسی است.

تأثیرات هیجانی: تمایز بین «درک» وزوز و «واکنش» به آن حیاتی است. حدود ۲۰٪ مبتلایان، واکنش شدید (استرس، اضطراب، اختلال خواب) نشان می‌دهند. ابزارهایی مانند پرسشنامه ناتوانی وزوز (Tinnitus Handicap Inventory; THI) و مقیاس بصری آنالوگ (VAS-A) برای سنجش میزان آزاردهندگی به کار می‌روند. اختلالات همراه: شناسایی و مدیریت هم‌زمان کم شنوایی، بیش‌شنوی (هایپراکوزیس)، میزوفونیا، فونوفوبیا و مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب (با استفاده از پرسشنامه Hospital Anxiety Depression Scale; HADS) برای موفقیت درمان وزوز ضروری است.

مسیر ارجاع

تیم اصلی شامل متخصص گوش و حلق و بینی (مدیر ارجاع و درمان پزشکی) و شنوایی‌شناس (مدیر فرآیند توانبخشی) است. سایر تخصص‌ها (روانپزشک، نورولوژیست، متخصص فک و صورت و...) به عنوان پشتیبان عمل می‌کنند. مسیر ارجاع استاندارد به این شکل است:

۱. پزشک عمومی یا خانواده پس از معاینه، بیمار را به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع می‌دهد (مگر در موارد

اورژانسی روانپزشکی).

۲. متخصص گوش و حلق و بینی، پس از ارزیابی اولیه و رد موارد اورژانسی پزشکی (مانند کم شنوایی ناگهانی)، بیمار را بر اساس نیاز به سایر تخصص‌ها (مانند روانپزشکی برای مشکلات شدید اضطرابی، متخصص فک و صورت برای مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی و...) یا به شنوایی‌شناس ارجاع می‌دهد.

۳. ارجاع به شنوایی‌شناس با دو هدف تشخیصی (انجام آزمون‌های شنوایی و وزوز) و درمانی (شروع فرآیند مدیریت و توانبخشی) صورت می‌پذیرد.

فرآیند مدیریت و توانبخشی

شنوایی‌شناس به عنوان رهبر تیم توانبخشی، این مراحل را دنبال می‌کند:

۱. **تاریخچه‌گیری جامع و ارزیابی‌ها:** شامل ارزیابی کامل شنوایی، ارزیابی سایکواکوستیک وزوز (تعیین بلندی، زیرومی و قابلیت پوشش) و ارزیابی سایکومتریک (بررسی تأثیر وزوز بر زندگی با ابزارهایی مانند THI و HADS). تمامی افراد دارای وزوز باید تحت ارزیابی قرار بگیرند و موارد دارای وزوز مزمن یا آزاردهنده باید تحت توانبخشی قرار گیرند (۷).

۲. تعیین مسیر درمان بر اساس پاسخ به سؤالات

کلیدی:

- آیا بیش‌شنوی وجود دارد؟ درمان بیش‌شنوی در اولویت قرار می‌گیرد.
- آیا کم شنوایی قابل تقویت وجود دارد؟ در صورت لزوم، تجویز سمک (۸) به عنوان اولین قدم مداخله انجام می‌شود.
- آیا مشکلات اضطرابی/افسردگی بارز وجود دارد؟ در این صورت ارجاع همزمان به روانشناس/روانپزشک صورت می‌گیرد.
- میزان آزاردهندگی وزوز چقدر است؟ این مورد با نمره THI تعیین می‌شود: نمره THI کمتر از ۵۶: بیمار وارد برنامه درمان بازآموزی وزوز (Tinnitus Retraining Therapy; TRT) می‌شود (۹) که ترکیبی از مشاوره تخصصی و صدا درمانی در یک دوره ۸ تا ۱۸ ماهه است. نمره THI بیشتر از ۵۶: بیمار وارد برنامه درمان رفتاری-

منابع

1. Dalrymple SN LS, Philman S. Tinnitus: Diagnosis and Management. Am Fam Physician 2021; 103(11): 663-671.
2. Grundfast KM, Jamil TL. Evaluation and Management of Tinnitus: Are There Opportunities for Improvement? Otolaryngol Head Neck Surg 2023; 168(1): 45-58.
3. Jarach CM LA, Scala M, van den Brandt PA, Cederroth CR, et al. Global Prevalence and Incidence of Tinnitus: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Neurol 2022; 79(9): 888-900.
4. de Gruy JA LW, Vu TH, Paul O, Lee C, Spankovich C. Prevalence and predictors of problematic tinnitus. Int J Audiol 2025; 64(4): 307-313.
5. Mazurek B HG, Dobel C, Kratzsch V, Lahmann C, Sattel H; Guideline group. . Chronic Tinnitus. Dtsch Arztebl Int 2022; 119(13): 219-225.
6. Shapiro SB NK, Naples JG, Samy RN. Hearing Loss and Tinnitus. Med Clin North Am 2021 105(5): 799-811.
7. Esmaili AA RJ. A review of tinnitus. Aust J Gen Pract 2018; 47(4): 205-208.
8. Hoare DJ E-JM, Sereida M, Akeroyd MA, Hall D. Amplification with hearing aids for patients with tinnitus and co-existing hearing loss. . Cochrane Database Syst Rev 2014; 31(1): CD010151.
9. Han M YX, Lv J. Efficacy of tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: A meta-analysis and systematic review. Am J Otolaryngol 2021; 42(6): 103151.
10. Landry EC SX, Simeone CN, Tidball G, Lea J, Westerberg BD. Systematic Review and Network Meta-analysis of Cognitive and/or Behavioral Therapies (CBT) for Tinnitus. Otol Neurotol 2020 41(2): 153-166.

شناختی (۱۰) توسط شنوایی‌شناس می‌شود که پروتکل فشرده‌تری شامل تکنیک‌های روانشناختی و صدا درمانی در ۸ تا ۱۲ جلسه است. صدا درمانی جزئی از هر دو برنامه است.

۳. پیگیری دوره‌ای: پیگیری منظم (یک ماهه در ابتدا و سپس شش ماهه) پس از اتمام درمان برای پایش نتایج و پیشگیری از عود ضروری است. در صورت نیاز، مشاوره تکمیلی ارائه می‌شود.

نتیجه گیری

مدیریت وزوز با هدف یکسان‌سازی خدمات، کاهش سردرگمی بیماران و ارتقای کیفیت مراقبت از افراد مبتلا به وزوز، بر اساس شواهد علمی و با تمرکز بر نقش محوری شنوایی‌شناس در توانبخشی و همکاری متخصص گوش و حلق و بینی در تشخیص و ارجاع پزشکی طراحی شده است. موفقیت درمان منوط به همکاری فعال بیمار و پیگیری منظم است.