

备。在恢复期,患者意识清楚,病情较稳定,功能逐渐恢复,须应用各类偏瘫康复技术促进患者功能恢复。脑卒中常见的后遗症为患侧上肢运动、控制能力差及手功能障碍、面瘫、失语、吞咽困难、构音障碍、偏瘫步态、患足下垂及行走困难、血管性痴呆和二便失禁等<sup>[6]</sup>。因此,中风恢复期治疗和护理核心在于最大限度帮助患者恢复自理能力及劳动功能。中风患者中枢神经有重塑及再生能力。在临床康复治疗及护理的干预下,患者神经细胞可逐渐再生,从而恢复和重建功能活动。早期行肢体康复训练,可促进患者脑侧支循环建立及病灶周围组织重塑,促进健侧脑细胞代偿。

分期康复理疗护理是依据患者的临床表现,针对患者疾病发展的不同时期采用相应的护理方法,标本兼治。应用通经活血药物联合针刺、推拿按摩及肢体功能训练进行治疗及护理,不仅能帮助患者振奋阳气、开窍醒脑、促进脑部功能恢复,还有活血通络、益肾生髓、养心安神之功效。本次研究中,笔者将 200 例中风患者随机分为对照组 98 例,观察组 102 例,前者给予常规中风康复治疗及护理,后者则在前者基础上加以分期康复理疗及护理,结果:2 组治疗后 NIHSS 评分较治疗前降低、ADL 评分较治疗前升高,与本组治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组 NIHSS、ADL 评分改善情况

均与对照组更为显著,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组肌力及吞咽改善率分别为 66.67% 和 79.41%,均明显高于对照组 40.82% 和 55.06%,2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示:应用分期中医康复理疗对中风患者治疗及护理,能明显改善患者 NIHSS、ADL 评分及肌力和吞咽功能,促进患者神经功能恢复,效果明显,值得临床推广。

#### [参考文献]

- [1] 王威. 分期中医康复治疗在中风康复中的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2015, 13(24): 197- 198.
- [2] 尤黎明, 孙国珍, 袁丽. 内科护理学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 437- 441.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9- 94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 郭小妹, 丁美晖, 陈楚玲. 中风(脑梗死恢复期)中医护理方案临床应用评估[J]. 新中医, 2016, 48(1): 185- 187.
- [5] 王俊华, 贺青涛, 张嘉默, 等. 分期中医康复治疗在中风社区康复中疗效的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(19): 2058- 2060.

(责任编辑: 马力)

## 中医综合干预对突发性耳聋伴睡眠障碍疗效观察

彭丽丽, 李松键, 彭素清, 罗丽霞, 黄丽, 廖月红

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察综合干预措施对突发性耳聋伴睡眠障碍患者的疗效。方法: 将 60 例患者采用非随机对照临床观察研究方法分为 2 组各 30 例, 2 组均使用临床路径规范治疗, 对照组执行常规医嘱护理; 干预组采用常规护理基础上加上心理护理、耳穴压豆和鸣天鼓按摩导引方法等综合护理措施, 通过对比匹兹堡睡眠质量指数的变化, 观察 2 组患者的睡眠质量及听力的改善情况。结果: 睡眠障碍治疗总有效率对照组为 63.3%, 干预组为 93.3%, 组间睡眠总有效率比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 睡眠等级经秩和检验, 差异也有统计学意义 ( $Z=2.905, P=0.004$ )。听力改善总有效率对照组为 76.7%, 干预组为 86.7%, 干预组总有效率较对照组高, 2 组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。2 组听力分级采用秩和检验, 差异无统计学意义 ( $Z=1.352, P=0.177$ )。结论: 综合干预措施对突发性耳聋伴睡眠障碍患者的干预是安全有效的。

[关键词] 突发性耳聋; 睡眠障碍; 心理护理; 耳穴压豆; 鸣天鼓按摩

[中图分类号] R764.43 [文献标志码] A [文章编号] 0256- 7415 (2016) 07- 0249- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.108

突发性耳聋(以下简称突聋)是指突然发生的原因不明的感音神经性听力损失。目前关于突聋的发病机制仍存在争议, 主

要有 2 方面: 病毒感染学说及内耳供血障碍学说<sup>[1]</sup>。睡眠障碍中失眠和过眠最为常见<sup>[2]</sup>, 其中长时间失眠的患者主诉头

[收稿日期] 2016-01-23

[基金项目] 广东省财政厅项目 (2299901)

[作者简介] 彭丽丽 (1980-), 女, 护师, 主要从事五官科中西医结合临床护理工作。

痛、疲劳感、全身不适、工作能力低下并表现不安、焦躁、抑郁等精神症状,给针对性治疗带来困难。由于睡眠障碍存在不同的原因,西医对症治疗的效果往往不尽人意。笔者采用心理护理、耳穴压豆及鸣天鼓按摩导引等综合护理干预措施护理突发性聋伴睡眠障碍的患者,临床效果好,现总结如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 研究对象为 2012 年 1 月—2013 年 12 月于广东省中医院耳鼻喉科确诊的突聋并伴有短暂性睡眠障碍症状(以失眠为主)的住院患者共 60 例。采用非随机对照临床研究方法分为 2 组。对照组男 14 例,女 16 例;年龄 27~82 岁,平均(41.36±15.81)岁;合并高血压 4 例,糖尿病 2 例。干预组男 17 例,女 13 例;年龄 26~79 岁,平均(40.82±16.73)岁;合并高血压 2 例,糖尿病 1 例。2 组性别、年龄、合并疾病比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 病例选择 参照 2005 年中华医学会耳鼻咽喉-头颈外科分会制定的突聋诊断标准<sup>[9]</sup>。纳入标准①符合突聋诊断标准且伴有睡眠障碍症状者;②发病时间小于 1 周者;③年龄 18~82 周岁;④知情告知并签署同意者;⑤诊断标准依据最新的《CCMD-3 中国精神疾病分类方案与诊断标准》<sup>[4]</sup>失眠的诊断标准者;⑥匹兹堡睡眠质量指数(PSQI) $>7$ ,评定为短暂性睡眠障碍者。排除①伴随严重的心、肝、肾、肺等功能不全者;②有高血压、疼痛症等可能导致睡眠障碍病因的患者;③本次发病尚未治疗者;④有研究用药过敏史者;⑤妊娠、哺乳或有妊娠计划者;⑥伴随精神疾患等影响沟通者;⑦持续性睡眠障碍者或 PSQI 评定为持续性睡眠障碍患者。

## 2 干预方法

采用非随机对照临床研究方法,对同期接受治疗的患者进行比较分析。2 组患者均使用临床路径规范治疗,治疗具体方案参照中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制定的《突发性聋的诊断和治疗指南》<sup>[9]</sup>执行,对照组执行常规医嘱护理,主要包括健康教育、饮食指导、基础护理等。干预组在常规护理基础上实施针对性护理,包括心理护理、耳穴压豆及鸣天鼓按摩导引方法等康复护理。

2.1 常规护理 ①入院健康教育:在患者入院当天,护理人员向患者发放爱心卡,详细介绍病区环境、注意事项,并且介绍主治医师、主管护士的基本情况,让患者充分了解、适应新的环境。护理人员及时询问患者的临床症状,掌握患者的疾病基本情况,注意询问药物或者食物等是否有过敏史。提醒患者在治疗过程中保证高质量的睡眠及休息,尽量减少接触噪音或过大的声音,少使用手机、耳机等现代设备。②饮食护理:应告知患者在治疗过程中尽量低盐、清淡饮食、食用易消化的食物,严禁烟酒及辛辣食物的摄入。③中流量吸氧,每天 1 h。④出院指导护理:患者出院时,告知患者出院后的注意事项,做好疾病复发的预防,加强锻炼身体,保证适当的休息

与高质量的睡眠;注意饮食,调节情志;尽可能的避免接触噪音环境。

2.2 心理护理 据研究,焦虑情绪很可能是突聋发生的一个重要的诱因,另一方面突聋发生后患者对疾病的发生和发展不理解,也极易产生焦虑情绪<sup>[9]</sup>。由于突聋患者的起病急,情绪低落、焦虑,担心疾病的治疗效果,担心疾患的进一步发展,影响自己及家人的生活。护理人员在与患者沟通交流时,态度要温和亲切,尽量取得患者的信任。应积极了解患者的心态,详细解说病情,消除患者的疑虑,减少消极情绪,使患者保持良好的心态,主动配合治疗。对处于疾病发展不同阶段的患者有针对性的进行心理护理,入院初期以健康教育为主,详细向患者讲解疾病的发生、发展及预后,尽量避免时刻关注耳鸣、耳聋的状况,放松心情;治疗中期多以鼓励为主,鼓励患者积极接受治疗,消除极端思想,解除心理负担,积极开展康复治疗;治疗后期特别关注疗效改善不明显的患者,积极引导患者乐观的生活态度,告知患者注意保护健耳,饮食及情志调护,定期复查。

2.3 康复护理 文献研究表明,中医保健按摩可达到疏通经络、运行气血等目的,亦是导邪外出的一种自我治病保健方法<sup>[9]</sup>。康复护理主要使用中医的方法包括耳穴压豆和鸣天鼓疗法。耳穴压豆:耳穴压豆又称耳穴埋籽,治疗者给患者使用耳穴探测仪进行经络穴位测评后,在患者耳朵上找出阳性反应点,用王不留行籽贴压穴位,通过患者自行按压,刺激耳廓上的穴位或反应点。通常选用的耳穴包括心、肝、肾、皮质下、内分泌、外耳、内耳等<sup>[7]</sup>。贴穴药物 3 天 1 换,持续 10 天。鸣天鼓:先搓热两手掌心,用掌心按摩两侧耳廓,待有热感后,两手掌心紧贴两耳,两手食指、中指、无名指、小指按在两侧枕部,两手中指相触,将两食指翘起叠在中指上面,用力滑下,重重叩击脑后枕部,即可闻及洪亮清晰之声如击鼓,左右手分别 24 次,最后同时 24 次。鸣天鼓每天晨起 1 次,持续 10 天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 包括治疗前后的症状、体征、睡眠质量评估、相关因素是否改变等。睡眠质量评估采用 PSQI 评定,以 PSQI $>7$  为界值<sup>[9]</sup>,判断失眠的敏感性和特异性分别为 98.3% 和 90.2%。量表由 9 道题组成,前 4 题为填空题,后 5 题为选择题;其中第 5 题包含 10 道小题。18 个条目组成睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍 7 项内容,每项内容按 0~3 等级计数,累积各项计数为总 PSQI。总分范围为 0~21,数值越高,表示睡眠质量越差。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件包进行统计分析。计数资料采用构成比、频数及率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用两样本独立  $t$  检验。等级资料组间比较采用秩和检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疗程结束后评价睡眠障碍症状改善情况,疗效评定标准参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>。痊愈:症状、体征及有关实验室检查基本正常;有效:症状及体征减轻,实验室检查有改善;无效:症状无改变。同时进行听力检测,评价突聋的治疗效果,疗效判定参照文献标准<sup>[10]</sup>, $(\text{患耳初始听阈} - \text{患耳最终听阈}) / (\text{患耳初始听阈} - \text{对侧健耳听阈}) \times 100\%$ 。痊愈:纯音测听气导平均听阈 $\leq 25$  dB;有效: $\geq 50\%$ 为有效;无效: $<50\%$ 为无效。

4.2 2组睡眠障碍疗效比较 见表1。睡眠障碍治疗总有效率对照组为63.3%,干预组为93.3%,组间睡眠有效率比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),睡眠等级经秩和检验,差异也有统计学意义( $Z = 2.905, P = 0.004$ )。提示干预组方案对改善突聋伴睡眠障碍患者失眠症状效果更佳。

表1 2组睡眠障碍疗效比较

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效率(%)	$\chi^2$ 值	P值
对照组	30	12	7	11	63.3	7.954	0.005
干预组	30	22	6	2	93.3		

4.3 2组听力改善疗效比较 见表2。听力改善总有效率对照组为76.7%,干预组为86.7%,干预组有效率较对照组高,2组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。2组听力分级采用秩和检验,差异无统计学意义( $Z = 1.352, P = 0.177$ )。

表2 2组听力改善疗效比较

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效率(%)	$\chi^2$ 值	P值
对照组	30	12	11	7	76.7	1.002	0.317
干预组	30	17	9	4	86.7		

#### 5 讨论

据统计2012—2013年,本院突聋住院患者中有70%伴有不同程度的睡眠障碍,因此,在时间窗内及时治疗的同时,也需要关注睡眠障碍等伴随症状的处理。目前医学界对突聋的病因认识仍无突破性进展,由于病因不明,治疗上有很大的盲目性,现有的治疗方式多为对症治疗,因而疗效还没有达到最好水平。临床观察发现,突聋的发病率呈现明显上升趋势,许多因素如精神刺激、压力、睡眠障碍、疲劳、熬夜等可以诱发,情绪的因素亦会对其预后造成影响<sup>[11]</sup>。在与住院患者沟通的过程中,发现此类患者大多个性要强,追求完美,性格急躁、敏感、多虑,由于起病突然,耳鸣、耳聋甚至伴有眩晕呕吐的症状相当明显,大部分患者会恐惧紧张,而且在治疗初期,一旦疗效不佳,患者焦虑不安加重,甚至悲观抑郁,出现明显的睡眠障碍,多以失眠、多梦、易醒为主要表现。对于此类患者西医多数使用安眠镇静的手段,但随之带来的副作用和依赖性也很难祛除。基础护理只能协助临床诊疗,不能解除患者内心的恐惧及忧虑,笔者尝试在基础护理的基础上以人为本,大力开展心理护理及中医特色康复护理,包括耳穴压豆、

鸣天鼓按摩导引等方法,因耳与人体经络有密切关系,《灵枢·口问》曰:“耳者,宗脉之所聚也。”耳穴压豆运用王不留行籽贴压刺激耳穴,通过经络气血的循环作用,而达到治疗的效果。使用耳穴压豆法不仅能收到毫针、埋针法同样的疗效。《河间六书》曰:“双手闭耳如鼓者,是谓鸣天也。由脉气流行而闭之于耳,气不得泄,冲耳中,故闻之也。”通过鸣天鼓按摩导引方法使耳部脉络气血通畅,加强脑部的血脉流通,起到聪耳醒脑的功效。这些中医的特色疗法动作简单易学,过程无痛苦,动作简单易学,患者容易接受,治疗后患者的总PSQI及各成分分数均显著降低,足以证明睡眠质量得到改善。作为护理人员,如何从护理的角度,通过细致观察和科学分析大样本临床病例资料,寻求心理护理和康复护理的有效手段,从而提高患者治愈率,降低残障发生,是今后研究的重要课题。

#### [参考文献]

- [1] 李丽亚. 突发性耳聋综合治疗及心理护理[C]//2011年浙江省医学会耳鼻咽喉头颈外科学学术年会论文汇编. [出版地不详], 2011: 147-148.
- [2] 何晓明, 李文涛. 睡眠障碍病人的护理[J]. 国外医学: 护理学分册, 1996, 15(4): 147-150.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会. 突发性聋的诊断和治疗指南(2005年, 济南)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外杂志, 2006, 41(8): 569.
- [4] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案)[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39: 141.
- [5] He G, Liu S. Quality of life and coping styles in Chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization[J]. Cancer Nurs, 2005, 28(3): 179-186.
- [6] 曹灵. 中医护理干预在突发性耳聋患者康复中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2013, 10: 178-179.
- [7] 严满红. 耳穴埋籽治疗耳鸣耳聋的疗效观察和护理[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(6): 113-115.
- [8] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志, 1996, 5(29): 103-107.
- [9] 梁文杰, 方朝义, 沈莉, 等. 实验诊断学在现行《中医病证诊断疗效标准》中的应用分析[J]. 河北中医药学报, 2011, 26(2): 47-48.
- [10] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 23.
- [11] 鲍凤香. 突发性聋综合护理干预研究进展[J]. 护理研究, 2013, 3(27): 676-678.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)