

中医护理干预治疗对突发性耳聋气滞血瘀型患者的睡眠改善及临床疗效观察

黄俊慧,陈春梅,朱媚玉

(佛山市第二人民医院耳鼻咽喉科,广东佛山 528000)

摘要 目的:探究中医护理干预治疗对突发性耳聋气滞血瘀型患者的睡眠改善,观察其临床疗效。方法:选取佛山市第二人民医院2021年2月至2022年12月收治的突发性耳聋气滞血瘀型患者,共60例。采用随机表法随机分为中医组和常规组,各30例。常规组患者采用常规临床护理干预,中医组患者采用耳尖放血、耳穴压豆、耳部按摩操及定时宣教四种中医护理干预。比较两组患者干预前后的疗效;比较两组患者干预前后的心理状态;比较两组患者干预前后的睡眠质量。结果:中医组、常规组的总有效率分别为96.67%、70.00%,中医组的疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者的症状自评量表(SCL-90)评分均低于干预前,且中医组低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者的匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分均低于干预前,且中医组改善程度显著高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:中医护理干预治疗疗效较优,可有效改善突发性耳聋气滞血瘀型患者的心理状态及睡眠质量。

关键词 中医;护理;突发性耳聋;气滞血瘀;睡眠改善

中图分类号:R473.76 文献标识码:A 文章编号:2095-9664(2024)01-0060-04

Observation on sleep improvement and clinical effect of nursing intervention of traditional Chinese medicine on patients with sudden deafness with qi stagnation and blood stasis

HUANG Junhui, CHEN Chunmei, ZHU Meiyu

(Department of Otolaryngology, Foshan Second People's Hospital, Foshan, Guangdong, 528000)

Corresponding author: HUANG Junhui, Email: Hjh191900@163.com

突发性耳聋是指感音神经性听力突然的损失,通常患者听力能力暂时性地下降到极点,过程持续数分钟或数小时不等,最长可持续至72小时。中医将突发性耳聋分为外邪侵袭型、肝火上炎型、痰火郁结型及气滞血瘀型四种类型,近年来,由于生活节奏加快及生活压力的增加,年轻人熬夜、作息不规律等不良生活习惯导致突发性耳聋的发生率有所上升且呈年轻化趋势,其中以气滞血瘀型突发性耳聋患者较为常见^[1-2]。临床通常以药物治疗作为主要手段,但有研究^[3]显示,突发性耳聋患者多数存在合并糖尿病的情况,使用糖皮质激素治疗突发性耳聋合并糖尿病患者时引起的不良事件时有发生,

减少药物的使用对于降低不良事件发生率有重要的意义,还能减轻患者治疗负担,有利于患者的健康。近年来,中医护理干预治疗突发性耳聋在临床上的应用逐年增多,也都取得了较好的疗效^[4-5]。本研究旨在研究耳尖放血、耳穴压豆等中医护理手段,对突发性耳聋气滞血瘀型患者的临床疗效,观察其对患者睡眠质量的改善情况,为气滞血瘀型突发性耳聋的护理积累一定的指导经验。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取佛山市第二人民医院2021年2月至2022

年12月收治的60例突发性耳聋气滞血瘀型患者。采用随机表法随机分为中医组和常规组,各30例。纳入标准:①符合《中华医学会突发性耳聋诊断标准》^[6]所述症状;②符合中医气滞血瘀型诊断标准^[7];③年龄分布18~75岁;④病人或其家属知晓本研究,并自愿签署知情同意书。排除标准:既往存在慢性听力下降情况;②因爆震性原因、耳外伤、药物性原因引起的耳聋;③患有先天性耳疾病者;④患有严重系统性基础病(糖尿病、风湿病、肝肾功能不全、癌症)者;⑤对本次研究器材过敏者;⑥妊娠期及哺乳期女性患者。本研究经佛山市第二人民医院伦理委员会审查通过。

中医组患者年龄分布于20~71岁,平均年龄(43.90±14.46)岁,其中男性15例,女性15例,左耳耳聋9例,右耳耳聋21例;常规组患者年龄分布于21~74岁,平均年龄(46.30±12.55)岁,其中男性14例,女性16例,左耳耳聋14例,右耳耳聋16例。两组患者年龄、性别、耳聋部位进行比较,差异无统计学意义($t=0.687, \chi^2=0.067, 1.763, P>0.05$)。

1.2 治疗方法

两组患者治疗疗程均为14 d,均进行心理干预、饮食指导、运动指导等措施。在此基础上,对照组采用临床常规突发性耳聋西药治疗方案^[8]进行治疗,采用泼尼松(华中药业股份有限公司生产),每日清晨顿服,服用3 d,若无效则停药,并更换为甲钴胺片(江苏四环生物股份有限公司)治疗,1片/次,3次/d;有效则继续服用2 d观察疗效。

中医组采用耳尖放血、耳穴压豆等中医护理手段。耳尖放血:于中医师指导下对患者耳尖部位实施按摩,耳尖充血充分后消毒,用针扎刺患者耳尖穴,挤压出10~13血滴,耳穴贴压:用带有王不留行的耳穴贴贴附耳穴,每日均匀按压3~4次,1次/4 min,直到局部有胀痛、酸麻、发热感。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效评估 患者护理前后通过纯音测听仪进行纯音听阈测试评估疗效^[9]:(1)显效:受损频率听力恢复至正常或患病前水平,或受损频率听力平均提高30 dB以上。(2)有效:受损频率听力平均提高15~30 dB。(3)无效:受损频率听力平均提高不足15 dB。

1.3.2 心理状态评估 采用症状自评量表^[10](symptom check list 90, SCL-90)评估两组患者干预前后的心理状态,包括抑郁、焦虑等9个分量表,分

值越低表示患者心理健康程度越好。

1.3.3 睡眠质量评估 采用匹兹堡睡眠质量指数^[11](Pittsburgh sleep quality index, PSQI)评估两组患者干预前后的睡眠质量,分值越低表示患者睡眠质量越好。

1.4 统计学方法

本研究所得数据采用SPSS 21.0软件分析处理数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

中医组、常规组的总有效率分别为96.69%、70.00%,中医组的总有效率高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者疗效分析[$n=30$,例(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
中医组	22(73.34)	7(23.33)	1(3.34)	29(96.67)
常规组	8(26.67)	13(43.33)	9(30.00)	21(70.00)
χ^2 值				14.733
P 值				0.001

2.2 两组患者心理状态评估

干预前,两组患者的SCL-90评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者的SCL-90评分均小于干预前,且中医组分数低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者SCL-90分数比较($n=30$)

组别	干预前(分)	干预后(分)
中医组	148.47±15.71	116.00±11.24 ^a
常规组	151.95±19.11	122.33±8.91 ^a
t 值	0.772	2.417
P 值	0.443	0.019

注:^a表示与干预前比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组患者睡眠质量评估

干预前,两组患者的PSQI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者的PSQI评分均小于干预前,且中医组分数低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组患者PSQI分数比较(n=30)

组别	干预前(分)	干预后(分)
中医组	18.46±3.12	11.39±3.64 ^a
常规组	19.10±3.78	13.19±2.18 ^a
t值	0.717	2.326
P值	0.476	0.024

注:^a表示与干预前比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 结论

现代医学认为,突发性耳聋与病毒感染、人体微循环障碍有关,通常以药物治疗手段为主。临床上治疗突发性耳聋的药物以糖皮质激素和改善内耳微循环的药物为主,但其成本高,毒副作用大,且存在耐受性问题^[12]。中医认为,气滞血瘀型突发性耳聋患者的主要症候为气机郁滞,血行不畅。当身体的脉络出现气滞或血瘀时,内耳因供血不足,导致前庭神经受损,引起听力暂时的下降及耳鸣耳聋的发生^[13]。《灵枢·口问》中记载:“耳者,宗脉之所聚也,十二经脉上结于耳”,耳部有许多穴位,通过刺激这些耳穴可以疏通经络,调和气血,促使气血正常运行,改善耳局部微循环状态^[14]。

耳尖放血是中医传统的外部护理方法,其主要是通过针刺耳尖穴,放出少量血液。杨继湖的《针灸大成》记载“在耳尖上,卷耳取之,尖上是穴,治眼生翳膜”,可见我国古代就已在利于耳尖穴缓解疾病症状。目前临床上耳尖放血作为辅助护理手段已有实践,其效果也较为显著^[15]。耳穴压贴是通过王不留行籽等行血祛瘀、消肿止痛的中药,配合耳部穴位来调节人体脏腑功能,活络气血,从而缓解耳鸣、耳聋等症状,在临床上也有许多的研究^[16-17]表明其护理作用。耳部按摩操可以起到聪耳健脑,运气散瘀,减少耳鸣、耳聋、眩晕及小脑病变的风险^[18]。定时宣教可以让病人保持良好的生活习惯,减少不良习惯对突发性耳聋患者产生二次损伤。

本研究结果表明,中医组患者护理后的总有效率高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$),这表明中医护理后的突发性耳聋患者的听力有明显恢复;护理后,两组患者的心理状态及睡眠质量均有改善,且中医组改善幅度优于常规组($P<0.05$),与张婉容^[19]、张璟^[20]等人的研究结果相似。

综上所述,通过耳尖放血、耳穴压豆、耳部按摩操及定时宣教等中医护理手段可以有效恢复突发

性耳聋患者的听力,且对于患者的心理状态及睡眠质量有着很大的改善作用,有利于恢复患者的日常生活,同时减少药物的使用,对医疗资源的合理使用有很大的帮助,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 张亚男,郝玲,韩梅.突发性耳聋发病相关危险因素[J].中国老年学杂志,2021,41(5):1022-1024.
- [2] 杨龙,刘元献,刘霞,等.突发性耳聋的影响因素及中医体质特征分析[J].中国医药科学,2020,10(20):6-9+19.
- [3] 赵彬彬,夏寅,王辉.突发性感音神经性耳聋合并糖尿病患者激素治疗后血糖分级管理方案的研究[J].中国医刊,2022,57(1):77-80.
- [4] 陈伟兵.中西医结合治疗突发性耳聋的临床观察[J].中国中医药科技,2020,27(4):623-625.
- [5] 俞香玲,陈雅芳,葛燕萍,等.隔姜灸联合穴位埋针治疗气滞血瘀型暴聋的临床疗效观察[J].上海护理,2022,22(2):6-10.
- [6] 钟萍,卢兢哲,郑芸,等.2019年美国突发性聋临床实践指南(更新版)[J].听力学及言语疾病杂志,2020,28(4):474-479.
- [7] 付文洋,杨龙,丁盼,等.突发性耳聋中医体质特征的观察[J].辽宁中医杂志,2019,46(9):1902-1904.
- [8] 黄丹远.通窍活血汤联合西医常规疗法治疗气滞血瘀型突发性耳聋患者的临床疗效和对血流动力学的影响[J].中国药物经济学,2021,16(7):87-90.
- [9] 陆龙存,许廷生,梁秀兰.银杏叶提取物联合倍他司汀治疗突发性耳聋的疗效[J].临床合理用药,2023,16(12):148-150.
- [10] 毛海颖,王怡沁.单耳突发性耳聋患者心理健康状况的调查分析[J].长春中医药大学学报,2019,35(5):960-963.
- [11] 叶蓓,朱琳,任艳明,等.预见性告知护理联合情志干预对突发性耳聋伴耳鸣患者心理状态、睡眠质量的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(12):2152-2156.
- [12] 黎浩,朱尊义,谢菡,等.《美国AAO-HNSF突发性耳聋指南(2019更新版)》治疗方案解读[J].中国循证医学杂志,2023,23(7):755-759.
- [13] 崔静文,胡慧.从瘀论治突发性耳聋的理论探索和临床实践[J].环球中医药,2022,15(12):2440-2445.
- [14] 谢佩珠,黄俊慧,朱媚玉,等.耳穴贴压联合中药足浴通过干预睡眠质量治疗突聋疗效观察[J].国际医药卫生导报,2019(12):1881-1884.
- [15] 乔红伟,高晨明,刘增业,等.耳尖不同放血量对初期麦粒肿患者疼痛的影响:随机对照研究[J].中国针灸,2020,40(8):845-848.

- [16] 黄玮,刘焯,张卫蕙,等. 王不留行子耳穴贴压联合常规治疗对超重型2型糖尿病患者的临床疗效[J]. 中成药,2020,42(12):3369-3371.
- [17] 廖燃,陈沁,吴润华,等. 定喘汤加减联合耳穴贴压治疗痰热郁肺型咳嗽变异性哮喘临床观察[J]. 时珍国医国药,2021,32(12):2954-2956.
- [18] 李琰,黄丽萍,陈青萍. 中医综合护理对耳鸣患者负性情绪及临床症状的改善作用[J]. 中西医结合护理(中英文),2018,4(10):87-90.
- [19] 张婉容,蔡伟伟,梁健刚,等. 针刺疗法对突聋患者生活质量及焦虑抑郁状态的影响[J]. 中华耳科学杂志,2020,18(6):1060-1065.
- [20] 张璟,关玲. 耳穴贴压疗法治疗海勤人员睡眠障碍的疗效观察[J]. 解放军医学院学报,2022,43(9):966-970.
- (收稿日期:2023-08-08)
(本文编辑:张翔)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

2024年本刊可直接使用缩写的常用词汇

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| 获得性免疫缺陷综合征(AIDS) | 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) |
| 丙氨酸转氨酶(ALT) | 苏木精-伊红染色(HE) |
| 活化部分凝血活酶时间(APTT) | 人类免疫缺陷病毒(HIV) |
| 天冬氨酸转氨酶(AST) | 重症监护病房(ICU) |
| 体质量指数(BMI) | 干扰素(IFN) |
| 血压(BP) | 白细胞介素(IL) |
| 牛血清白蛋白(BSA) | 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) |
| 心脏监护病房(CCU) | 磁共振成像(MRI) |
| 计算机断层摄影术(CT) | 四甲基偶氮唑盐(MTT) |
| 变异系数(CV) | 核因子 κ B(NF- κ B) |
| 二甲基亚砷(DMSO) | 自然杀伤细胞(NK细胞) |
| 心电图(ECG) | 一氧化氮(NO) |
| 乙二胺四乙酸(EDTA) | 动脉血二氧化碳分压(PaCO ₂) |
| 脑电图(EEG) | 动脉血氧分压(PaO ₂) |
| 酶联免疫吸附测定(ELISA) | 磷酸盐缓冲液(PBS) |
| 红细胞沉降率(ESR) | 血小板(PLT) |
| 胎牛血清(FBS) | 精制结核菌素试验(PPD) |
| 美国食品药品监督管理局(FDA) | 凝血酶原时间(PT) |
| 甲型肝炎病毒(HAV) | 红细胞(RBC) |
| 血红蛋白(Hb) | 反转录-聚合酶链反应(RT-PCR) |
| 乙型肝炎病毒核心抗体(HBcAb) | 严重急性呼吸综合征(SARS) |
| 乙型肝炎病毒核心抗原(HBcAg) | 十二烷基硫酸钠-聚丙烯酰胺凝胶电泳(SDS-PAGE) |
| 乙型肝炎病毒e抗体(HBeAb) | 总胆固醇(TC) |
| 乙型肝炎病毒e抗原(HBeAg) | 甘油三酯(TG) |
| 乙型肝炎病毒表面抗体(HBsAb) | 辅助性T淋巴细胞(Th) |
| 乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg) | 肿瘤坏死因子(TNF) |
| 乙型肝炎病毒(HBV) | 凝血酶时间(TT) |
| 丙型肝炎病毒(HCV) | 世界卫生组织(WHO) |