

综合护理干预对突发性耳聋伴耳鸣的护理效果观察

王丹丹 秦冬梅 陈晓佳

武警黑龙江总队医院, 黑龙江哈尔滨, 150000;

摘要: 目的: 探析对突发性耳聋伴耳鸣患者提供综合护理干预的效果。方法: 于2023年1月—2024年12月内筛选62例对象, 均为突发性耳聋伴耳鸣患者, 依据随机数字表法分组, 对照组(31例)执行常规护理干预, 基于此, 实验组(31例)执行综合护理干预, 对比组间耳鸣改善效果、心理状态、生活质量评分、护理满意度。结果: 实验组的耳鸣改善效果优于对照组($P<0.05$)。实验组护理后心理状态评分相较于对照组均要低($P<0.05$)。实验组护理后生活质量评分相较于对照组均要高($P<0.05$)。实验组的护理满意度相较于对照组要高($P<0.05$)。结论: 为突发性耳聋伴耳鸣患者提供综合护理干预的效果显著, 可改善其心理状态, 促进耳鸣改善, 利于提升生活质量, 获取较高满意度。

关键词: 突发性耳聋伴耳鸣; 综合护理干预; 心理状态

DOI: 10.69979/3029-2808.26.02.039

引言

在耳部疾病类别中突发性耳聋伴耳鸣较为常见, 其会导致患者感应神经性听力损伤, 多伴有耳鸣症状, 发病后若治疗不及时会对听力造成严重损伤^[1]。针对该疾病临床多采取药物治疗, 可改善病症, 但无特效治疗方法, 部分患者接受系统治疗后听力依旧无法完全恢复, 导致患者容易产生负性心理, 再加上该疾病突发性, 导致其心理应激反应强烈, 对其治疗依从性构成干扰, 进而影响预后^[2-3]。因此, 治疗中辅以高质量干预措施, 改善患者心理状态, 提升其生活质量尤为重要。综合护理干预的核心为患者, 针对其个体状况对基础措施优化, 具有覆盖面广、个体性突出的优势, 相较于常规护理模式人文关怀性更强^[4-5]。对此, 本次研究观察并分析了为突发性耳聋伴耳鸣患者提供综合护理干预的效果, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2023年1月—2024年12月内筛选62例对象, 均为突发性耳聋伴耳鸣患者, 依据随机数字表法分组, 对照组(31例)16例分配为男性, 15例分配为女性, 年龄分布在18-65岁, 均值(41.36 ± 4.75)岁。实验组(31例)17例分配为男性, 14例分配为女性, 年龄分布在19-65岁, 均值(41.42 ± 4.85)岁。自然信息细致对比, $P>0.05$, 组间存在可比性。

纳入标准: ①确诊为突发性耳聋伴耳鸣; ②依从性较高; ③临床资料审核通过; ④对相关信息知晓, 同意参与研究者。

排除标准: ①先天性视听障碍者; ②精神疾病发作期者; ③同期参与其他研究者。

1.2 方法

对照组执行常规护理干预, 包括遵医嘱给药, 借助手册完成健康宣教, 叮嘱饮食、生活中注意事项; 动态观察病情变化, 定时维护病区环境等。

基于此, 实验组执行综合护理干预, ①健康教育: 借助视频+文字模式进行健康宣教, 并辅以健康手册, 制作详细宣讲视频, 详细说明疾病发生原因、治疗方案、潜在风险等, 强调治疗期间自我护理及风险识别要点, 及时解答患者疑问, 采取提问方式获取反馈, 并强化宣教。②心理护理: 采取结构化访谈方式, 借助手机打字功能与患者进行面对面沟通, 了解其心理状态, 并借助量表行量化评估, 基于此采取正念疗法、深呼吸训练、注意力转移法等措施, 并展示案例, 联合家属提供心理支持。③用药护理: 执行医嘱给药, 操作前借助文字、肢体语言告知患者静脉输注、口服用药流程, 全过程动态监测体征波动, 缩短巡视间隔, 加强穿刺者肢体固定, 调整管路高度, 观察有无渗液、回血等情况。④高压氧舱治疗护理: 入舱前行宣教, 叮嘱禁止携带物品, 并进行严格检查, 采取肢体及语言安抚, 舒缓患者不良情绪, 并指导咽鼓管调压方法、吸氧方法。治疗中对患者情绪变化、肢体语言持续观察, 合理调整治疗参数。⑤睡眠护理: 入睡睡前对患者行按摩护理, 选取风池、翳风等穴位促进局部血液循环, 缓解耳鸣引起的紧张感。同步引导患者进行深呼吸训练或渐进性肌肉放松, 降低交感神经兴奋度。叮嘱入睡睡前避免长时间观看手机、电视, 并调节室内光线、温度, 辅助睡眠。定时维护病区环境, 执行严格消杀处理。⑥生活护理: 叮嘱饮食禁忌, 包括避免食用辛辣、高脂类食物, 增加蔬菜摄入量; 定时通风, 做好个人卫生, 避免用力掏耳朵; 入睡时调整体位, 避免长时间对耳部造成压迫; 实施防跌倒三级预警, 拉

高床栏,床头设置警示标识,并叮嘱家属时刻陪伴患者。

1.3 观察指标

耳鸣改善效果:借助耳鸣严重程度评估表,1~6分划分为轻度,7~10分界定为中度,11~18分划分为重度,19~21分判定为极重度。

心理状态:借助 SAS 量表(指代:焦虑自评量表,国际称谓:Self-Rating Anxiety Scale):60~69分归类为中度,重度标线为>69分,轻度界定线为50~59分。SDS 量表(代指:抑郁自评量表,国际学名:Self-Rating Depression Scale),中度基准线为63~72分,>72分界定为重度,轻度界定线为53~62分。

生活质量评分:借助 GQOLI-74 量表(指代:生活质量评分量表,国际称谓:Generic Quality of Life Inventory-74)为准,维度涵盖4个,条目细化为20

个,以5级评分法为定量标准,上下限在20~100分,评分越高提示生活质量越高。

护理满意度:选取自拟量化框架,满意基线设定60~89分;非常满意划分在≥90分;不满意基线设定<60分。总满意率=满意率+非常满意率。

1.4 统计学分析

全程数据选择 spss27.0 系统计算, ($\bar{x} \pm s$) 用于计量资料(心理状态、生活质量评分)表达,t 检验,n (%)用于计数资料(耳鸣改善效果、护理满意度)描述,配以 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为数据存在差异。

2 结果

2.1 耳鸣改善效果

实验组的轻度率更高, $P<0.05$,见表1。

表1 耳鸣改善效果对比 n (%)

组别	n	轻度	中度	重度	极重度
实验组	31	20 (64.52%)	10 (32.26%)	1 (3.23%)	0 (0.00%)
对照组	31	12 (38.71%)	13 (41.94%)	6 (19.35%)	0 (0.00%)
χ^2	--	4.133	0.622	4.026	0.000
P	--	0.042	0.430	0.045	1.000

2.2 心理状态

护理前组间 $P>0.05$, 护理后, 实验组的值均较低, $P<0.05$, 见表2。

表2 心理状态对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SDS		SAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	31	59.12±6.38	35.26±4.71	58.65±6.32	32.16±3.69
对照组	31	59.34±6.25	46.05±4.85	58.72±6.29	40.12±4.87
t	--	0.137	8.886	0.044	7.253
P	--	0.891	0.000	0.965	0.000

2.3 生活质量评分

护理前组间 $P>0.05$, 护理后, 实验组的值均要高, $P<0.05$, 见表3。

表3 生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	心理功能		物质生活	躯体功能			社会功能		
		护理前	护理后		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	31	60.35±5.39	90.26±5.24		68.65±6.47	85.47±8.36	63.35±6.38	91.06±6.06	59.23±4.28	88.95±8.06
对照组	31	60.84±5.48	82.06±5.68		68.69±6.59	80.14±8.29	63.42±6.49	81.45±6.78	59.37±4.36	81.69±8.47
t	--	0.355	5.908		0.024	2.521	0.043	5.884	0.128	3.457
P	--	0.724	0.000		0.981	0.014	0.966	0.000	0.899	0.001

2.4 护理满意度

实验组的值更高, $P<0.05$, 见表4。

表 4 护理满意度对比 n (%)

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意率
实验组	31	20 (64.52%)	10 (32.26%)	1 (3.23%)	(30) 96.77%
对照组	31	16 (51.61%)	8 (25.81%)	7 (22.58%)	(24) 77.42%
χ^2	--	--	--	--	5.167
P	--	--	--	--	0.023

3 讨论

突发性耳聋的病机目前并不明确，内耳供血障碍学说、病毒感染学说为临床主要学说，此外精神紧张、生活不规律、情绪波动较大等因素也可诱发该疾病^[6]。该疾病早期缺乏特异性表现，一般在 72h 内突然发生听力降低症状，且伴有耳鸣、眩晕、耳闷胀感，严重时会引起耳石症，对患者身心健康有消极影响^[7]。临床治疗可改善听力下降、耳鸣等症状，但治疗周期较长，再加上疾病对患者自理能力、社会功能的影响，导致其容易产生负性心理，降低个体依从性，不仅影响治疗效果，还会干扰预后，使得患者生存质量降低^[8]。常规护理模式在临床中的应用侧重于治疗辅助，具备一定应用价值，但实施中人文关怀性缺乏等缺陷明显，导致难以满足患者全面需求，护理效果达不到预期^[9]。

本次研究结果显示，实验组耳鸣改善效果优于对照组（ $P<0.05$ ），原因分析为，综合护理干预的核心理念建立与生物-心理-社会医学模式之上，其针对患者个体状况及治疗方案对基础措施优化，并针对疾病特点采取个性化全方位干预措施，如针对疾病方面，通过优化用药、高压氧舱治疗等护理措施，可保障疗效^[10]。结合认知、心理干预可提升患者依从性，减少个体影响因素，从而减少治疗中风险，促进患者病症尽快改善。心理状态测定中，实验组护理后的值显著更低（ $P<0.05$ ）。护理后生活质量评定示，实验组的值均较高（ $P<0.05$ ），实验组的护理满意度更高（ $P<0.05$ ），原因分析为，综合护理干预对患者个体关注度较高，针对其个体需求及影响，借助视频等动态信息载体配以文字解说可使患者对疾病相关信息有充分了解，并指导自我护理要点，以此不仅可纠正错误认知，减轻患者心理负担，还利于提升患者配合度及自我护理意识。同时，辅以个性化心理干预，从多维度提供支持，通过正念训练、案例展示可增强患者自我效能，辅助缓解负性心理，联合家属提供情感支持可进一步缓解患者负性心理，对提升其疾病积极应对方式有一定作用，以此可使患者积极配合治疗，减少不规范行为，从而保障治疗效果。此外，加强饮食、睡眠及生活指导，以此可为患者营造舒适环境，减轻听力下降及陌生环境对其个体睡眠的影响，睡眠方面采取穴位按摩干预技术可辅助患者放松身心，促进血液循环，对提升其睡眠效率有积极作用。并且在入睡前管控患者电子设备使用时间，避免蓝光抑制褪黑素分泌，调节设

备声音可减少噪声对患者耳鸣恢复的影响。通过饮食调控不仅可改善患者饮食习惯，还可减少刺激性饮食对其病情的消极影响。加强生活指导可促使患者自理能力进一步提升，由此在多维度、系统、个性化的护理服务下可促进患者病情尽快改善，促使其生活质量提升，从而获取较高满意度。

综上，为突发性耳聋伴耳鸣患者提供综合护理干预可改善其心理状态，促进耳鸣改善，利于提升生活质量，获取较高满意度。

参考文献

[1] 虎娟,魏友洪,王治荣,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]. 中外医药研究,2024,3(28):125-127.

[2] 纪小云,陈阿如,冯金铭. 强化式护理干预在突发性耳聋患者中的应用及对生活质量的影响[J]. 中外医疗,2024,43(5):151-154.

[3] 钱嘉,杨姗. 优质护理在突发性耳聋患者治疗中的应用效果及其对心理状态的影响[J]. 中国当代医药,2024,31(4):184-187.

[4] 张芸. 共情护理对突发性耳聋伴耳鸣患者情绪状态及应对方式的影响[J]. 当代护士(上旬刊),2024,31(2):128-131.

[5] 倪元芳,孔祥芝. 综合护理在突发性耳聋伴耳鸣门诊患者中的应用效果[J]. 中华养生保健,2024,42(1):96-99.

[6] 张晓玲,陈海丽,章敏,等. 集束化干预对突发性耳聋患者焦虑和抑郁情绪的影响研究[J]. 浙江创伤外科,2023,28(12):2361-2362.

[7] 王丹,刘培培. 全面护理在突发性耳聋患者护理中的作用[J]. 航空航天医学杂志,2023,34(7):856-858.

[8] 黄普艳,司江勇. 综合护理干预对突发性耳聋伴耳鸣的护理效果观察[J]. 黑龙江中医药,2021,50(5):232-233.

[9] 王丽云. 综合护理干预对突发性耳聋伴耳鸣患者的影响分析[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(10):159-162.

[10] 韦慧. 综合性护理干预对突发性耳聋伴耳鸣患者不良情绪的影响分析[J]. 心理月刊,2021,16(2):183-184.