

# 耳穴贴压联合中医护理在眩晕病中的应用

张银霞, 徐士媛 (银川市中医医院, 宁夏银川 750001)

**摘要:** 目的 分析眩晕病应用耳穴贴压联合中医护理的效果。方法 选取2020年4月~2022年2月我院收治的80例眩晕病患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 两组均接受常规治疗, 对照组予以常规护理, 观察组在对照组基础上予以耳穴贴压。对比两组生活质量、症状评分、依从性、负面情绪等指标。结果 干预后, 观察组生活质量、症状评分、依从性、负面情绪等指标均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 耳穴贴压干预可有效控制患者眩晕病病情, 改善患者眩晕症状, 减少负面情绪, 且患者治疗依从性高, 有利于保障临床疗效。

**关键词:** 眩晕病; 耳穴贴压; 心理弹性; 临床症状

眩晕病是内科较为常见的综合征, 具有较高发生率, 患者以耳鸣、头晕眼花、视物旋转为主要表现。该疾病的发病机制较为复杂, 一般认为与心理、过度疲劳等因素相关<sup>[1]</sup>。中医认为眩晕的病机是虚实夹杂、本虚标实, 以降逆化浊、通利脑窍为治疗原则, 强调内病外治理念, 且疗法独特, 应用广泛。现代生物学认为, 耳廓穴位和脏腑组织有对应位置, 一旦人体患病后, 耳廓相对应的穴位就会发生反应, 所以刺激耳穴对疾病治疗具有重要作用。但有学者提出, 在治疗期间, 若护理不当, 容易影响预后, 甚至加重症状, 增加患者痛苦<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨耳穴压豆联合中医护理在眩晕病中的应用效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取2020年4月~2022年2月我院收治的80例眩晕病患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组各40例。对照组21例女、19例男, 年龄45~74岁、平均( $58.67 \pm 2.76$ )岁, 文化水平: 初中及以下16例、高中12例、大专及以上12例。观察组22例女、18例男, 年龄43~72岁、平均( $58.32 \pm 2.74$ )岁, 文化水平: 初中及以下10例、高中11例、大专及以上19例。两组基本资料比较无明显差异 ( $P$

$> 0.05$ ), 可对比。

**纳入标准:** (1)基本资料齐全; (2)自愿参加; (3)已告诉家属本研究开展目的, 经衡量利弊后签字确认; (4)无认知异常; (5)表达能力正常; (6)未参与其他研究。

**排除标准:** (1)药物过敏; (2)精神障碍; (3)肝肾疾病; (4)脑部损伤所致的眩晕; (5)中途转院或退出; (6)严重器质性疾病。

### 1.2 方法

**常规治疗:** 嘱咐患者保持静卧状态, 避免声音和光线刺激, 缓解精神紧张; 之后展开对症治疗, 常用药物有非那根、甲哌氯丙嗪等。

#### 1.2.1 对照组行常规护理

①评估患者眩晕发作规律、时间等, 定期监测脉搏和血压, 确定眩晕严重程度, 分析诱发因素, 带领患者熟悉院内环境, 介绍医护人员, 消除陌生感。减少病房和周围环境噪声, 合理控制探视次数, 定时更换床单被罩, 保持室内温度与湿度, 提供舒适空间, 保障患者睡眠。②加强护理人员培训教学, 减少护理差错, 不定期抽查护理工作, 及时发现存在问题。

#### 1.2.2 观察组行耳穴贴压联合中医护理

取肝、肾、神门、脾、交感、降压沟等穴位, 选择光滑、硬度与大小适宜的王不留行籽, 不能选择尖角种子, 避免按压过程中损伤皮肤; 若种

子发霉则不能使用,并且耳部皮肤存在破溃、炎症等情况都不能贴压,以防感染。取患者坐位,暴露耳部穴位,检查皮肤有无污垢或破损情况,确定穴位前告诉患者要及时表达穴位感受;在疾病相对应区域内,利用均匀压力寻找压痛点,患者会出现躲闪、皱眉等反应,此时应告知患者仔细体会压痛程度,最为明显的痛感为耳穴压豆的治疗点;如果找不到压痛点,可以根据病情选择对应3~4个穴位。使用酒精棉球消毒2次皮肤,等到皮肤干燥后用镊子夹取王不留行籽胶布,正确粘贴在选取的穴位上方,并询问患者有无胀痛或疼痛感觉,以能耐受为度。为患者演示正确按压方式,力度不可过大,不能揉搓,每次按压45~60 s,每日4~5次。同时配合中医护理,进一步改善病情,具体为:(1)护理人员需强化操作培训,确保可以准确选取穴位,以及操作手法正确。若患者穴位周边发生破损情况,要立即消毒处理,等到皮肤愈合后再进行操作。(2)情志护理:主动和患者沟通,掌握心理状态,评估心理弹性水平,展开针对性指导。(3)膳食调理:为患者制定膳食方案,正确选择低胆固醇、高维生素、清淡、低脂肪食物,或者展开针对性指导,如肝火亢盛者多

食用芹菜、山楂、紫菜等,少食油腻、过咸食物;肾气亏虚者多食用银耳、甲鱼等,禁止食用辛辣刺激类食物;痰瘀互结者少食用生冷荤腥、肥甘厚腻等食品,素体肥胖者适量控制饮食,存在高血压的患者不宜过饱。

### 1.3 观察指标

(1)采用VSS-SF量表评估眩晕症状发生情况,包含视物旋转、耳鸣等,总分5分,分值越高越差<sup>[3]</sup>。(2)评定患者心理弹性(CD-RISC量表,包含乐观、坚韧、自强)及负性情绪(抑郁SDS量表,焦虑SAS量表)情况。(3)利用SF-36量表,测定生活质量,包括总体健康、生理职能等,总分100分,分值越高越好。(4)对比患者治疗依从率。

### 1.4 统计学分析

用SPSS 20.0分析数据, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组眩晕症状评分比较

护理后,观察组眩晕症状评分均低于对照组( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组眩晕症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	耳鸣		头晕眼花		恶心呕吐		视物旋转		坐立难安	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	3.56 ± 1.08	2.19 ± 0.88	3.47 ± 1.05	2.24 ± 1.04	3.26 ± 1.12	2.13 ± 0.97	3.44 ± 1.14	2.76 ± 1.06	3.09 ± 0.96	2.03 ± 0.54
观察组	40	3.21 ± 1.06	1.02 ± 0.64	3.18 ± 1.03	1.16 ± 0.95	3.15 ± 1.09	1.05 ± 0.84	3.22 ± 1.12	0.95 ± 0.23	3.06 ± 0.94	0.72 ± 0.15
t		1.463	6.800	1.247	4.849	0.445	5.323	0.871	10.554	0.141	14.783
P		0.148	0.000	0.216	0.000	0.657	0.000	0.387	0.000	0.888	0.000

### 2.2 两组心理弹性及负性情绪比较

护理后,观察组乐观、自强、坚韧评分高于对

照组,焦虑、抑郁评分低于对照组( $P < 0.05$ )。

见表2。

表2 两组心理弹性及负性情绪比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	乐观		自强		坚韧		焦虑		抑郁	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	5.26 ± 1.06	6.89 ± 1.23	17.12 ± 1.62	21.62 ± 2.34	21.46 ± 2.47	26.37 ± 2.67	60.75 ± 3.67	46.53 ± 2.84	58.69 ± 3.12	43.26 ± 2.48
观察组	40	5.59 ± 1.08	9.88 ± 1.34	17.38 ± 1.65	29.64 ± 2.45	21.75 ± 2.49	38.65 ± 3.05	60.43 ± 3.65	22.18 ± 1.87	58.32 ± 3.13	20.05 ± 1.52
t		1.379	10.396	0.711	14.972	0.523	19.160	0.391	45.290	0.530	50.466
P		0.172	0.000	0.479	0.000	0.602	0.000	0.697	0.000	0.598	0.000

### 2.3 两组生活质量评分比较

护理前,两组生活质量相比无明显差异( $P$

$> 0.05$ );护理后,观察组生活质量评分高于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	精力		生理职能		社会功能		心理功能		总体健康	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	51.23 ± 2.46	67.24 ± 3.29	53.14 ± 2.56	68.36 ± 3.75	50.34 ± 2.37	67.38 ± 3.72	55.09 ± 2.67	70.03 ± 4.18	51.47 ± 2.58	68.36 ± 3.94
观察组	40	51.58 ± 2.47	97.48 ± 4.53	53.39 ± 2.58	98.42 ± 4.73	50.68 ± 2.39	98.75 ± 4.66	55.32 ± 2.68	99.12 ± 5.46	51.76 ± 2.62	98.85 ± 4.82
t		0.635	34.161	0.435	31.496	0.639	33.274	0.385	26.756	0.499	30.975
P		0.527	0.000	0.665	0.000	0.525	0.000	0.702	0.000	0.619	0.000

### 2.4 两组治疗依从性比较

观察组治疗依从率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

见表4。

表4 两组治疗效果及依从性比较 [n (%)]

组别	n	完全依从	部分依从	不依从	总依从
对照组	40	23 (58.00)	6 (15.00)	11 (28.00)	29 (73.00)
观察组	40	36 (90.00)	3 (8.00)	1 (3.00)	39 (98.00)
$\chi^2$					9.804
P					0.002

## 3 讨论

眩晕指的是各种病因导致患者对空间关系定位发生障碍,从而产生运动错觉,经常感觉身体转动或外界环境旋转,并存在恶心呕吐、耳鸣等情况<sup>[4-6]</sup>。其发病机制复杂,前庭功能、神经、脑部反射通路中,无论哪个环节出现问题,都会造成眩晕。而在治疗期间,患者情绪容易受到影响,病程较长的患者还存在焦虑、抑郁情况,影响平衡功能,增加跌倒风险,降低生活质量,所以需加强护理配合,预防风险事件。

常规护理为基础服务,虽有一定效果,但预后不理想,对患者负面情绪无较大改善。耳朵是一个全息胚,其表面皮肤分布的穴位可以对应人体组织的脏腑、器官等<sup>[7]</sup>,所以对耳穴实行特定刺激,可促使气血运行,调节阴阳失衡,改善脏腑功能。

耳穴贴压是将王不留行籽贴压在皮质下、神门、

交感等穴位,起到持续刺激耳穴作用,可提神醒脑、益气补血、清心除躁。其中,皮质下刺激能够定惊安神;交感穴贴压可以刺激自主神经促使功能调节,改变循环状态;神门穴贴压可安定心神、补益心气<sup>[8]</sup>。本研究结果显示,观察组心理弹性、症状评分、生活质量等指标均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明耳穴贴压+中医护理可改善患者微循环状态,调节紊乱生理功能,提高身体功能,缓解负面情绪及症状表现,促进疾病康复,使患者心神安定、气血通畅。

综上所述,耳穴贴压干预可有效控制患者眩晕病病情,改善眩晕症状现,减少负面情绪,且患者治疗依从性高,有利于保障临床疗效。

### 参考文献

- [1] 古丽玲,梁玉婷,唐彩.耳穴贴压配合中医药膳治疗围绝经期失眠症的临床效果[J].中国实用医药,2020,15(17):155-157.
- [2] 张少明,贺小卉.耳穴贴压联合抗高眩方治疗原发性高血压病眩晕的临床研究[J].广州中医药大学学报,2019,36(11):1767-1771.
- [3] 谢磊,钟荣玉,曾燕慧,等.耳穴贴压中医护理操作在眩晕中的应用体会[J].医学信息,2020,33(1):208.
- [4] 韩红玲,杨婵娟.耳穴贴压在眩晕护理中的应用效果分析[J].中外医疗,2020,39(28):155-157.
- [5] 马丽萍.耳穴贴压配合中医药膳治疗围绝经期失眠症的临床效果分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(1):63-65.
- [6] 刘丽莹.藏药在肝炎治疗中的应用及其护理[J].中国民族医药杂志,2021,27(2):74-75.
- [7] 陈晓琳,张水生,刘寅,等.中医特色护理耳穴压豆法对前庭性偏头痛患者临床疗效及生活质量影响的研究[J].双足与保健,2019,28(3):127-128.
- [8] 杨芳.循经刮痧联合耳穴贴压法对项痹病眩晕不寐患者中医护理干预效果[J].中国卫生标准管理,2016,7(36):255-257.