

高压氧治疗突发性耳聋患者的疗效

贾晓玲

【摘要】 目的:观察高压氧治疗突发性耳聋的疗效。方法:突聋患者 86 例随机分为高压氧组和对照组各 43 例,均采用常规血管扩张剂、激素、神经营养药物治疗,高压氧组同时加用高压氧治疗。结果:治疗 20d 后,2 组临床疗效比较,高压氧组痊愈率及总有效率均明显高于对照组 ($P < 0.05$),且高压氧组治愈时间明显短于对照组 ($P < 0.05$)。结论:高压氧配合药物治疗对突发性耳聋疗效肯定,能有效缩短治疗时间,提高治愈率。

【关键词】 突发性耳聋;高压氧

【中图分类号】 R49;R764 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.02.020

突发性耳聋简称突聋,近年来其发病率逐年有所增加,其发病急,进展快,为耳科急症^[1]。单纯药物治疗往往花费较高,而且疗效不佳。本研究采用高压氧综合治疗突聋患者 43 例,疗效较好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 5 月~2011 年 8 月在我院耳鼻喉科住院治疗的突发性耳聋患者 86 例,均符合突发性耳聋的诊断标准^[2]。86 例随机分为 2 组各 43 例,①高压氧组,男 29 例,女 14 例;年龄 15~72 岁,平均 (43.0 ± 6.3) 岁;平均病程 (6.6 ± 4.2) d;耳聋轻度 (26~40dB) 5 例,中度 (41~60dB) 20 例,重度 (61~90dB) 18 例,并发眩晕 15 例。②对照组,男 27 例,女 16 例;年龄 16~71 岁,平均 (42.0 ± 5.9) 岁;平均病程 (6.4 ± 4.1) d;耳聋轻度 3 例,中度 21 例,重度 19 例,并发眩晕 17 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 2 组患者均常规给予尼莫通或尼莫地平 10~20mg 加入生理盐水中静滴,每日 1 次,10d 为 1 个疗程,共 2 个疗程。高压氧组同时加用高压氧治疗^[3],采用烟台产 YC2475/0.3-10V 中型 10 人空气加压舱,所有患者进舱前均予 1% 新麻液滴鼻,治疗压力 2.2ATA,治疗时间 105min (加压时间 20min,加压后 5min 开始吸氧,稳压吸氧 70min,中间休息 5min,总吸氧 80min,减压 15min) 采用面罩吸氧,氧浓度 100%,每天 1 次,连续 10d,10 次为 1 个疗程,共治疗 2 疗程。疗程间休息 2~3d^[3]。

1.3 评定标准 2 组治疗前后进行听力功能检查^[2],按语言区频率 250、500、1000、2000 及 4000Hz 的平均

值计算。痊愈:频率 250~4000Hz,各频率听力恢复正常或达到健康水平或达此次患病前水平;显效:上述频率平均听力提高 > 30 dB;有效:上述频率平均听力提高 15~30dB;无效:上述频率平均听力提高 < 15 dB。比较 2 组治愈所需时间。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t 检验,计数资料用百分率表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

治疗 20d 后,2 组患者听力下降、耳鸣、眩晕等状况均有不同程度改善。2 组临床疗效比较,高压氧组痊愈率及总有效率均明显高于对照组 ($P < 0.05$);且高压氧组治愈时间明显短于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗后临床疗效及治愈时间比较

组别	n	临床疗效(例)					治愈时间	
		痊愈	显效	有效	无效	痊愈率%	总有效率%	(d, $\bar{x} \pm s$)
高压氧组	43	32	5	4	2	74.4 ^a	95.3 ^a	24.3 $\pm$ 4.7 ^a
对照组	43	21	5	9	8	48.9	81.5	32.1 $\pm$ 5.0

与对照组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

突发性耳聋的病因与发病机制目前尚不明确,可能与病毒感染、过敏反应和血液循环障碍有关。有报道认为,血栓、血管痉挛、耳蜗血液循环障碍是突聋发生的一个重要原因,无论何种致病因素,内耳微循环障碍可能是突发性耳聋的一个共同病理基础^[4]。高压氧治疗可增加血氧含量、提高血氧分压、增加血氧弥散距离,改善和纠正内耳缺血缺氧状态,防止耳蜗听器毛细胞变性和坏死;对感染和过敏的听神经炎水肿,高压氧由于改善组织缺氧状态,使血管渗透性降低,控制水肿

收稿日期:2012-09-15

作者单位:湖南中医药大学第一附属医院高压氧科,长沙 410007

作者简介:贾晓玲(1973-),女,主管护师,主要从事高压氧临床及科研工作方面的研究。

的发展,并可促进水肿的消退;高压氧下血小板聚集率下降,血液粘稠度降低,红细胞脆性增加,破血亢进,促进溶血发生,有利于内耳血管“淤塞”的解除,血液循环得以改善,内耳组织代谢恢复,使听觉功能损害得以恢复。本文结果发现,高压氧配合药物治疗对突发性耳聋疗效肯定,能有效缩短治疗时间,提高治愈率。

【参考文献】

[1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻喉科学[M].北京:人民卫生出

版社,1998,1011-1014.

[2] 中华医学会耳鼻咽喉科学会.中华耳鼻喉科学杂志编委.突发性耳聋的诊断依据和疗效分级[J].中华耳鼻喉科杂志,1997,32(2):72-72.

[3] 肖平田.高压氧治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2009,104-110.

[4] 高春锦,杨捷云.实用高压氧学[M].北京:学苑出版社,2007,38-39.

康复治疗对屈指肌腱损伤术后患者手功能的影响

张倩,宋姗姗,谭丽,冯诚诚,王晶晶

【摘要】 目的:探讨康复治疗对屈指肌腱损伤术后患者手功能的影响。方法:屈指肌腱损伤术后患者68例,随机分为观察组和对照组各34例,对照组给予临床常规治疗,观察组在此基础上加用康复治疗。采用手指总主动活动度(TAM)测定法及简易上肢功能检查进行测评。结果:干预8周后,观察组TAM评定及简易上肢功能评定的优良率明显高于对照组(均 $P<0.01$)。结论:康复治疗能明显改善屈指肌腱损伤术后患者的关节活动度、手指的灵活协调性。

【关键词】 手;屈指肌腱损伤;术后;康复

【中图分类号】 R49;R687.2 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.02.021

屈指肌腱损伤在手外伤中十分常见,肌腱修复后的粘连是影响功能康复的主要因素,因此早期的物理治疗和康复训练极为重要。我科对屈指肌腱修复术后患者采用综合康复治疗,效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009年9月~2012年3月入住我科的手部屈指肌腱修复患者68例,均为刀具或玻璃等切割伤,手指屈肌腱完全断裂。伤后就诊时间均 <24 h,随机分为2组各34例,①观察组,男16例,女18例;平均年龄 (26.50 ± 5.09) 岁;平均病程 (10.80 ± 1.94) d;共伤43指。②对照组,男22例,女12例;平均年龄 (27.97 ± 4.46) 岁;平均病程 (10.70 ± 1.74) d,共伤55指。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组患者均在臂丛神经麻醉下行清创、止血、指浅屈肌腱连接术。术后使手腕手指处于屈曲的固定位置,采用改善微循环的药物治疗,并抬高患肢。观察组术后加用综合康复治疗,①冷疗^[1]:在水袋中灌入冰水混合液体或冰水,敷于患部,术后2周内,每天

2次,每次10min;术后3~8周,每次于运动疗法后治疗10min,每天2次。②磁疗:采用DC-4型低频磁疗机治疗患肢,剂量40V,治疗15min,每日1次,2个月为1个疗程。③蜡疗^[1]:术后3~8周,运动疗法前,采用刷蜡法,将熔蜡槽内的蜡熔化并恒温在 $55\sim60^{\circ}\text{C}$,由手指远端向近端迅速而均匀地涂刷,每次刷蜡层的边缘不超过第一层,以免烫伤,直至蜡厚0.5cm时,外面再包一块热蜡饼,然后用塑料布包裹保温,每次20min,每天1次。④运动方案^[2]:手术后用低温热塑材料制作手夹板,维持腕 $20^{\circ}\sim30^{\circ}$ 屈曲、掌指关节 $45^{\circ}\sim60^{\circ}$ 屈曲、指间关节允许伸直位;将橡皮筋一端固定于指甲,其另一端通过掌心的滑车后用别针固定在前臂屈侧的热塑版上;在治疗师指导下,术后1~2d开始早期活动,利用橡皮筋牵引被动屈曲指间关节;在夹板范围内,主动伸指间关节,禁止主动屈曲指间关节及被动伸指间关节;维持近侧指间关节充分伸直位,在练习间隙及夜间用胶皮带固定近侧指间关节,在夹板内保持伸直位;术后1~4周,在夹板内进行单个手指的被动屈曲、伸直练习;术后4周,允许伤指主动屈曲;术后6周,轻度功能性活动;术后7周,抗阻力练习,使用塑料治疗泥练习,以维持手的抓握能力;术后8周,强化抗阻练习,增强肌力、耐力。

收稿日期:2012-11-01

作者单位:淄博市职业病防治院康复医学科,山东 淄博 255000

作者简介:张倩(1973-),女,主治医师,主要从事骨科及烧伤康复方面的研究。