

突发性耳聋别拖延，黄金治疗期要抓住

谢宇 重庆三峡医药高等专科学校附属奉节医院

“前一晚还好好的，早上起来突然听不见了！”生活中，这类突发性听力下降的情况并不少见，这就是医学上的“突发性耳聋”。很多人误以为是“上火”“累着了”，觉得休息几天就能好转，结果延误了最佳治疗时机，导致听力难以恢复甚至永久丧失。突发性耳聋是一种急性，治疗有严格的“黄金窗口”期，及时干预是挽救听力的关键。下面就为大家详细解读突发性耳聋的相关知识，帮大家科学应对。

一、认清突发性耳聋：不是“小毛病”，是急症

突发性耳聋是指突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失，通常在72小时内听力下降达到高峰，常伴随耳鸣、耳闷胀感，部分患者还会出现眩晕、恶心、呕吐等症状。需要注意的是，它不是普通的“耳朵不舒服”，而是一种需要紧急处理的疾病。

从病因来看，突发性耳聋的诱因复杂，常见的有病毒感染(如流感病毒、带状疱疹病毒)、内耳血液循环障碍(如血栓形成、血管痉挛)、精神压力过大、过度劳累、情绪剧烈波动等。这种疾病不分年龄，年轻人因长期熬夜、压力大也可能患病，且近年来发病率有上升趋势。更关键的是，若不及时治疗，受损的听觉神经可能发生不可逆损伤，最终导致永久性听力残疾，严重影响生活质量。

二、黄金治疗期：72小时内是关键，越早越好

突发性耳聋的治疗效果与治疗时机密切相关，医学上公认的“黄金治疗期”是发病后的72小时内。这是因为内耳神经细胞对缺血、缺氧非常敏感，一旦受损，短时间内就可能发生不可逆的损伤。在黄金期内及时干预，能有效改善内耳血液循环、减轻神经损伤，从而提高听力恢复的概率。

临床数据显示，发病3天内接受规范治疗的患者，听力恢复率可达70%—80%；超过72小时后，恢复率会显著下降；若拖延超过1个月，听力恢复的可能性就微乎其微了。因此，一旦出现突发性听力下降、耳鸣等症状，哪怕症状轻微，也必须立刻前往医院耳鼻喉科就诊，不要抱有“再等等看”的侥幸心理，更不能自行服用“降火”“消

炎”药物，以免延误病情。

三、科学应对：确诊后这样配合治疗与护理

首先，及时确诊。就诊后，医生会通过纯音测听、声导抗等检查明确听力损失的程度和类型，排除中耳炎、听神经瘤等其他疾病，确诊突发性耳聋后立即制定治疗方案。

其次，规范治疗。激素治疗是突发性耳聋综合治疗的核心，无论何种听力下降，都应将其作为关键手段。激素可减轻内耳黏膜炎症水肿、抑制免疫反应、改善内耳微循环，利于受损神经细胞修复。目前临床以综合治疗为主，核心药物有激素、改善内耳循环药物、营养神经药物；合并眩晕的患者会用止晕药物。部分患者需接受高压氧治疗，提高血氧含量，改善内耳缺氧，辅助神经修复。治疗时，患者要严格遵医嘱，按时用药，勿擅自停药或改变剂量。

最后，做好护理。治疗期间要保证充足的休息，避免熬夜和过度劳累；保持情绪稳定，减轻精神压力；远离噪音环境，避免用耳机听音乐、看电视等加重耳朵负担的行为；饮食清淡，避免辛辣刺激食物，戒烟戒酒，为听力恢复创造良好的条件。

四、预防为先：这些习惯能降低患病风险

突发性耳聋虽发病突然，但可通过良好的生活习惯提前预防。一是规律作息，避免长期熬夜，保证每天7—8小时睡眠，让身体和神经得到充分休息；二是调节情绪，学会释放压力，避免长期处于焦虑、紧张状态，可通过运动、冥想等方式放松身心；三是保护耳朵，避免长期暴露在噪音环境中，使用耳机时控制音量和时间，避免频繁掏耳朵损伤耳道；四是增强体质，坚持适度运动，预防感冒等病毒感染，若出现感冒、带状疱疹等疾病，及时治疗，避免诱发内耳损伤。

总之，突发性耳聋不是“小毛病”，拖延就医的代价可能是永久失聪。牢记“72小时黄金治疗期”，出现突发性听力下降等症状时立刻就诊，同时养成良好的生活习惯，才能有效守护听力健康。

肺结核患者的居家护理要点

曾思兰 重庆市合川区人民医院

肺结核是由结核分枝杆菌引起的呼吸道传染病，主要通过飞沫传播。患者居家治疗期间，家人的科学护理、防护不仅能帮助患者更快康复，还能有效避免自身被感染。很多家庭会陷入“不敢靠近”或“过度防护”的误区，其实只要找对方法，就能在守护患者的同时，守住全家健康。下面就从防护、护理、支持三个核心方面，分享实用的居家护理技巧。

防护优先，需要做好三件事，避免交叉感染。

第一种：分室居住，减少接触：如果家里空间允许，让患者单独住一间通风好的房间，尽量减少与家人共用客厅、餐厅等公共区域。患者房间要保持每天开窗通风2—3次，每次30分钟以上，新鲜空气能稀释室内病菌，降低传播风险。

第二种：做好个人防护，避免飞沫传播：家人进入患者房间时，要佩戴一次性医用口罩或N95口罩，口罩要覆盖口鼻，接触患者后及时摘下口罩并洗手。患者咳嗽、打喷嚏时，要用纸巾或手肘捂住口鼻，用过的纸巾要密封后丢弃，不要随地吐痰。

第三种：日常清洁消毒，不留病菌死角：患者的生活用品要单独使用，比如碗筷、水杯、毛巾、衣物等，每周用开水煮沸15—20分钟消毒，或用含氯消毒剂浸泡后清洗。房间地面、家具表面每天用消毒剂擦拭一次，门把手、开关等高频接触部位要重点消毒。

从饮食、用药、生活习惯入手，助力患者康复。

第一步：饮食调理：高蛋白、高热量、易消化：要给患者准备富含蛋白质的食物，比如鸡蛋、牛奶、瘦肉、鱼虾等，帮助修复受损的肺部组织；多吃米饭、面条等主食，保证热量供应；搭配新鲜蔬菜和水果，补充维生素，促进消化。避免让患者吃辛辣、油腻、生冷的食物，同时禁止患者吸烟饮酒，减少对肺部的刺激。

第二步：用药监督：按时按量，全程不中断：肺结核治疗需要6—9个月甚至更长时间，规律服药是治愈的关键，家人要做好“监督

官”。可以把药物分成每日剂量，放在固定的药盒里，提醒患者按时服用，避免漏服、断服或自行减药。还要注意观察患者服药后的反应，如果出现恶心、呕吐、皮疹、视力模糊等不适，及时记录并联系医生。

第三步：生活护理：规律作息，适度活动：让患者保证充足的睡眠，每天睡够7—8小时，避免熬夜劳累。病情稳定后，可鼓励患者在室内适度活动，比如散步、打太极等，避免剧烈运动，逐步增强体质。同时要保持患者衣物干燥清洁，出汗后及时更换，避免着凉感冒加重病情。

第四步：症状观察：留意咳嗽、咳痰、发热变化：每天观察患者的咳嗽、咳痰情况，如果痰量减少、颜色从黄色转为白色，说明病情在好转；如果出现持续高热、咯血、呼吸困难等症状，要立即送医。定期提醒患者复查，按照医生要求做痰检、胸部影像学检查，以便及时调整治疗方案。

心理支持，能够给予患者关爱与鼓励，缓解焦虑。

第一步：多沟通，少指责：不要因为患者患病就疏远、指责，要多和患者聊天，倾听他们的感受，了解其需求。比如患者担心病情复发时，要耐心安慰，告诉他们只要规律治疗，绝大多数肺结核都能治愈；避免说“你怎么这么不小心染上病”这类话，以免加重患者心理负担。

第二步：营造轻松的家庭氛围：可以和患者一起看电影、听舒缓的音乐，或做一些简单的手工，转移其对病情的注意力。家人正常的生活节奏能让患者感受到“自己没有被特殊对待”，减少孤独感，增强康复的信心。

总之，肺结核患者的居家护理，既要“科学防护”防感染，也要“细心护理”促康复，更要“暖心支持”解心结。家人的陪伴是患者康复路上最强大的力量，只要遵循科学的方法，就能让患者在熟悉的家庭环境中安心治疗，同时守护全家的健康。

老年人心理康复中应对孤独与抑郁的情绪调节技巧

张豪 重庆市第十三人民医院

随着年龄增长，亲友离世、退休失角色、躯体疾病、子女远居等“丧失事件”的接踵而至。全国抽样调查显示，≥60岁人群抑郁症状发生率约25%，中重度抑郁为7%—10%；孤独感发生率更高达60%。长期孤独会使抑郁风险增加2.3倍，心脑血管疾病死亡率上升26%。心理康复不仅是“让心情好一点”，更是“让寿命多一点”。孤独是“主观感受到的社交缺口”，而非“客观人数的多少”。有些老人住养老院，身边都是人，却觉得“没人懂我”；也有人居山居村，却与猫狗、花草、邻居形成稳定互动，孤独感很低。因此，心理康复的核心是“提升积极情绪+重建社会连接”，而非简单“找人陪”。

一、我们应该如何应对孤独，下面将给大家介绍“三大宝典”希望能够帮助到大家。

(一)自我疗愈的方法

“书写疗愈”：每天睡前写5分钟“情绪日记”，只记录“今天最强烈的情绪+触发事件+身体感觉”，不求逻辑。

“正念呼吸”：坐稳，闭眼，注意力放在“吸气—凉、呼气—热”的感觉上，走神就温柔拉回，每天10分钟。

“优势提醒”：写下“我一生最自豪的三件事”，贴在床头；每天朗读1次，有助于增强“我能行”的信心。

“行为激活”：可以尝试用1小时为单位规划一天，优先安排那些让自己感到愉悦或有价值的活动，比如阳台种菜、给孙女发语音。

(二)身体调节，让身体快乐起来

补充“阳光+维生素D”：每天10:00前或16:00后晒太阳20分钟，暴露面部+前臂，可合成约800 IU维生素D，降低炎症因子IL-6，改善情绪。

“节律运动”：中等强度(能说话不能唱歌)的运动(太极、八段锦等)每周≥150分钟，运动后即刻血浆内啡肽升高，相当于“自带吗啡”。

“腹式深呼吸+哼唱”：吸气4秒—鼓腹，呼气6秒—收腹并哼唱“嗯——”，延长呼气时间可激活副交感神经，5分钟内使心率下降5—8次/分。

“睡前温水泡脚”：40℃左右泡脚15分钟，配合10分钟冥想音

频，可缩短入睡时间约10分钟，减少夜间觉醒1次。

(三)科技助攻，让我们心情好一点

1、我们可以设置“智能音箱”陪聊，如“每日新闻+天气预报+老歌点播”，AI语音交互有助于打破独处时的寂静感。

2、我们可以通过手机打卡情绪小程序，如“银龄心情打卡”，每天30秒勾选表情，后台自动生成“情绪曲线”，连续3天评分<3即弹出心理热线提示。

3、我们可以使用电视K歌软件，与异地老友同屏合唱，视觉+听觉同步，实现远程同屏合唱，比单纯语音聊天更能有效减轻孤独感。

4、我们可以通过头戴式VR眼镜播放“桂林山水/樱花雨”3D场景，结合背景音效，体验反馈显示：15分钟可降低主观紧张度30%。

二、情绪急救“120”——出现这些信号请老年朋友立即求助：

(一)持续两周每天大部分时间心情低落、兴趣减退。

(二)体重一个月内下降≥5%，或失眠≥4晚/周。

(三)多次出现“活着没意思”“不如结束了”等言语或百度“如何自杀”

(四)合并严重躯体疾病(心梗、脑卒中、癌症)且拒绝治疗。

如果出现上述情况中的一种或多种，可拨打24小时心理援助热线(如400—821—1215)心理咨询，同时尽快在家属陪同下前往综合医院心身科或精神卫生中心就诊，必要时住院。

总而言之，孤独与抑郁都不是年轻的“标配”，而是可以被识别、被干预、被逆转的心理状态。大家在日常生活中努力把“一个人”变成“一群人”，把“闷在心里”变成“笑在脸上”。书写、正念、行为激活是“自我药方”；邻里、爱好、代际互动是“社交处方”；阳光、运动、深呼吸是“身体处方”；智能音箱、VR、小程序是“科技处方”。当这四股力量汇流时，“一个人”的世界就会重新热闹起来。请记住：调节情绪不是年轻人的专利，老年生活也可以“心里有光，眼里有笑”。从今天开始，选一种技巧，迈出第一步——您值得被世界温柔以待，也有能力温柔以待自己。

从医院回到家，老年人康复期的过渡指南

陆真宣 重庆市梁平区中医院

出院不是康复的终点，而是居家调养的新起点。对老年人来说，从医院的专业照护切换到家庭环境，若衔接不当，可能影响康复效果，甚至引发意外。这份实用过渡指南，帮长辈平稳度过“出院适应期”，让康复之路更顺畅。

回家前，需要做好3项准备，筑牢安全防线。

第一项：环境改造要贴心：清理客厅、走廊的杂物，确保通道无障碍物；在卫生间安装防滑垫和扶手，床边可放置夜灯，方便起夜；将常用药品、水杯、遥控器等放在长辈伸手可及的地方，避免频繁弯腰或踮脚。

第二项：康复工具早准备。根据医嘱，提前准备好助行器、拐杖、轮椅、血压计、血糖仪等器械，确保型号合适、功能正常。若需要吸氧、雾化等治疗，提前调试好设备，熟悉使用方法。

第三项：照护人员明确分工。明确家人谁主要负责日常照护、谁陪同复诊、谁采购药品和食材，避免责任不清导致遗漏。如果需要护工协助，提前联系好并告知护工长辈的病情和护理要点。

到家后，做到适应+照护，双管齐下。

刚回家的1—2周是适应关键期，既要帮长辈适应环境，也要做好科学照护：

第一种：作息饮食慢慢调：医院作息较规律，回家后尽量延续住院时的作息，避免熬夜或睡懒觉。饮食以清淡、易消化、营养均衡为主，多吃蔬菜、水果和优质蛋白，少盐少糖少油腻。若长辈有吞咽困难，可将食物做成糊状或软烂状，喂食时速度放慢，防止呛咳。

第二种：康复训练别中断：按照医生指导的方案坚持训练，比如肢体活动、吞咽练习、呼吸训练等。训练时要循序渐进，不要急于求成，若出现头晕、心慌、疼痛等不适，立即停止休息。家人可在旁陪同鼓励，提升长辈的依从性。

第三种：日常监测不松懈：每天定时测量血压、血糖，记录体温、食欲和排便情况。若长辈有慢性病或术后恢复期，还要留意伤口有无红肿、渗液，以及用药后的反应，发现异常及时记录并联系医生。

用药与复诊，更要牢记2个关键，避免踩坑。

第一个，用药规范是核心：将所有药品分类整理，用标签注明药名、剂量、服用时间和方法，避免漏服、错服。不要擅自增减药量或停药，即使症状好转，也需咨询医生后再调整。若同时服用多种药物，要注意间隔时间，避免药物相互作用。

第二个：复诊随访要及时：牢记医生约定的复诊时间，提前整理好康复期间的监测记录和疑问，复诊时一并告知医生。如果回家后出现病情变化，比如突发呼吸困难、意识模糊、伤口感染等，不要等复诊，立即就医。

最后，还需要给予患者心理关怀，给足其安全感，康复更高效。

老年人出院后可能会因角色转变、担心病情反复而产生焦虑、孤独等情绪，家人的陪伴和鼓励至关重要：①多花时间陪伴聊天，聊聊家常、讲讲身边趣事，缓解长辈的心理压力；②鼓励长辈做一些力所能及的家务或兴趣活动，比如浇花、看报纸、听戏曲，帮助其找回生活掌控感；③若长辈情绪低落明显，多给予肯定和安慰，必要时可寻求心理医生的帮助。

从医院到家庭的过渡，是老年康复的“关键一公里”。做好环境准备、规范照护流程、重视用药复诊、关注心理状态，就能帮长辈平稳度过适应期，逐步恢复健康。家人的耐心陪伴和科学照护，就是长辈在康复路上最坚实的后盾。

如何为危重患者实施安全的肠内营养支持？

徐海燕 重庆市沙坪坝区陈家桥医院

对危重患者来说，营养支持不是“吃饱饭”那么简单，而是和药物、手术同等重要的“救命治疗”。肠内营养作为首选的营养支持方式，是通过鼻胃管、鼻肠管等途径，将营养制剂直接送到胃肠道，帮助患者维持体力、对抗疾病。但危重患者病情复杂，身体虚弱，肠内营养支持必须“安全第一”，稍有不当就可能引发呕吐、误吸、感染等风险。今天就用通俗的语言，讲讲如何为危重患者做好安全的肠内营养支持。

为啥危重患者要优先选择肠内营养？

危重患者(比如严重创伤、重症感染、术后危重等)身体处于高消耗状态，自身进食能力丧失或不足，若不及时补充营养，会快速出现体重下降、免疫力崩溃，甚至加重病情。肠内营养的核心优势是“符合生理”：肠道是人体最大的消化吸收器官，也是重要的免疫屏障。通过肠内营养，既能直接为身体提供能量和营养，还能刺激肠道蠕动，维持肠道菌群平衡，避免肠道功能衰退。相比静脉营养，肠内营养更安全、并发症更少，还能降低治疗成本，是危重患者营养支持的首选。

安全肠内营养的核心：做好这5点，规避风险

第一点：选对“时机”。

①一般在患者病情稳定、血流动力学平稳(血压、心率正常)、胃肠道功能基本恢复(比如有肠鸣音、无严重呕吐腹泻)后，尽早启动，通常是入院后24—48小时内；

②若患者存在严重休克、消化道大出血、肠梗阻等情况，需先控制病情，待禁忌证解除后再逐步启动；③避免拖延：错过最佳启动时间，肠道功能会快速衰退，后续营养支持难度会大大增加。

第二点：选对“途径”。

①鼻胃管：最常用、操作简单，通过鼻插管入胃部，适合胃肠道功能较好、无明显呕吐风险的患者；

②鼻肠管：通过鼻插管入小肠，适合胃动力差、容易呕吐误吸的患者(比如昏迷、脑梗后吞咽困难)，能减少食物反流风险；③胃造瘘/空肠造瘘管：适合需要长期肠内营养的患者(比如长期昏迷)，通过手术在腹部造口置入管道，更舒适、方便护理。

第三点：选对“营养剂”。

①标准配方：适合大多数胃肠道功能正常的危重患者，营养均衡，容易消化；②高蛋白配方：适合严重创伤、烧伤、感染的患者，能补充身体消耗的大量蛋白质，帮助组织修复；③易消化配方：适合胃肠道功能较弱的患者(比如老年、术后初期)，营养成分更易吸收，减少胃肠道负担；④特殊配方：比如糖尿病患者专用配方(低糖)、肝肾疾病患者专用配方(低蛋白、低磷)等。

第四点：规范“输注”。

①速度要慢：不能一次性快速推注，初期从低速(20—40毫升/小时)开始，观察患者有无呕吐、腹胀等不适，若无异常再逐步增加速度，最大不超过120毫升/小时；

②方式要稳：优先使用营养泵持续输注，能精准控制速度，避免手动推注导致的速度波动；③温度要适宜：营养剂温度保持在37—40℃(接近人体体温)，过冷会刺激胃肠道引发腹痛腹泻，过热会损伤黏膜。可使用专用加热器，或提前将营养剂从冰箱取出回温。

第五点：做好“监测”。

①胃肠道反应：观察有无呕吐、腹泻、腹胀、腹痛等，若出现频繁腹泻，可能是营养剂浓度过高或速度过快，需及时告知医生调整；

②误吸风险：对于昏迷或吞咽困难的患者，输注时要保持床头抬高30—45°，输注后半小时内不改变体位，防止食物反流进入气管；若患者出现咳嗽、呼吸困难，可能是发生误吸，需立即告知医护人员。

对危重患者来说，安全的肠内营养支持是“救命的营养”，需要医生、护士和家属的共同配合。医生负责评估病情、制定个性化方案，护士负责规范操作和监测，家属负责理解配合、协助观察。只有每一个环节都做到位，才能让营养支持真正发挥作用，帮助患者早日脱离危险、恢复健康。如果身边有危重患者需要肠内营养支持，相信专业医护人员的判断和操作，就是对患者最有效的帮助。