



· 临床研究 ·

声带息肉手术后嗓音训练重要性

陈芳芳 (厦门大学附属中山医院 福建厦门 361004)

摘要: 声带息肉是耳鼻喉科的常见病,好发于职业用声者。支撑喉镜下行声带息肉结节摘除术是治疗该病的主要方法,对恢复和改变发音质量有明显效果,但术后需要合理采取声休、发音训练,导致了术后护理难度的增加。那么如何进行、何时进行,成为患者术后康复迫切需要解决的问题。为探讨系统健康教育对声带息肉患者术后发声训练及嗓音康复的干预效果,本文作者选择本院2012年9月-2013年6月确认患者136例,将系统健康教育方法应用于声带息肉患者术后整体护理中,取得理想效果。

关键词: 声带息肉 手术后 嗓音训练 重要性

中图分类号: R767.91 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)14-134-02

1 引言

近年来,随着社会经济的发展和水平的提高,声带息肉的发病率逐年增高。由于不懂科学的发声方法,很多人唱高音完全就是“喊”,一般人在讲话时,声带每秒钟振动上百次,唱高音时能高达1000多次。持续唱歌,尤其是连续唱高音时,声带黏膜会充血、水肿,甚至能导致血管破裂、出血。有时,仅一次强烈的用声就能诱发声带息肉。生活在噪声环境中,由于环境嘈杂,必须大声喊叫才能完成语言交流,长此以往,声带过度振动,易充血肥厚,摩擦挤压,久而久之引发声带息肉。随着耳鼻咽喉科诊治技术的不断发展,专业不断细化,对发音特征的认知及改造也逐渐深化。显微支撑喉镜术在临床的广泛开展,极大地满足了患者对术后声音恢复的需求。正确护理术后的发声同样极其重要,是保证术后恢复,防止术后复发的重要内容,本文对声带息肉摘除术后发声的护理体会进行归纳总结如下。

2 一般资料

选取本院2012年9月-2013年6月本院耳鼻咽喉科收治的136例行声带显微手术的声带息肉患者作为研究对象,均经过电子喉镜检查确诊。入选标准:(1)年龄在18~60岁;(2)知情同意,并且签署知情同意书。排除标准:(1)妊娠或哺乳期妇女;(2)咽喉炎、声带囊肿、声带小结、声带麻痹等其他疾病患者;(3)合并心、肝、肾、脑、造血系统等严重疾病者;(4)近1个月内有创伤、手术或者曾接受过嗓音、声乐训练的患者。

3 方法

3.1 术前

3.1.1 病情观察:密切观察患者的生命体征变化,尤其是呼吸形态的变化,注意患者有无呼吸困难和喉痉挛以及咳血现象,如有异常及时通知医生处理;术中损伤扁桃体和咽部黏膜、软腭所致,因该处组织血液供应丰富,稍有不慎损伤可能导致术中、术后创面出血、渗血,需仔细观察患者咽部有无出血、渗血及出血的量、性质、颜色等^[1]。

3.1.2 发声管理教育:责任护士负责对声带息肉发声训练患者的培训、指导及随访落实等工作。入院当日即选择适当的时机向患者讲解声带息肉的病因、发病机制,示范发声训练方法如打哈欠叹气练习、水泡音练习、咀嚼练习等,告知其自我管理在嗓音康复保健方面的重要性,取得患者康复治疗期间的理解与配合。

3.2 术后

3.2.1 病情观察:术后需绝对禁声7d,因术后声带过早活动,可使未痊愈的创面相互摩擦,不仅延长恢复期,还会使病变复发。禁发声期间,细心观察患者表达的信息。包括目光、表情、头、手等人体部位的姿态,认真观察患者的体态可判断其生理需求和心理活动,护士应细心观察,识别判断,及时处理。

3.2.2 发声休息的指导:住院期间向患者讲解禁声的目的及重要性,术后嘱患者注意声休,严格禁声7~14d;要求患者康复期内注意控制每天用嗓时间和连续发声的时间,日用嗓时间<3h,青少年变声期、妇女月经期尤其应加强嗓音的保护,保持稳定的情绪,避免滥喊乱叫,避免引起声带和有关肌肉过度疲劳^[2]。

3.2.3 术后发声管理教育:按“三、四、七”的原则常规进行术

后发声管理,即术后3d禁声,4d起练声,7d开始正常发声。发声要求:逐步进行低音调、短时间的发声训练,训练时间需<3min/次,3~5次/d,循序渐进即可,4周内逐渐过渡到正常。出院前责任护士应再次评估患者发声技巧,进行嗓音保健的知识宣教,嘱患者养成有利于嗓音康复的生活习惯行为,如禁烟酒,避免过度用声等行为^[3]。出院后2个月内责任护士以电话沟通的方式定期随访,了解患者发声训练及嗓音康复的情况并予指导。

3.3 嗓音训练方法

3.3.1 嗓音卫生教育:采用通俗易懂的语言,有针对性地进行疾病宣教和有关知识讲解,包括发声器官的解剖生理,用声有节制、注意声休,发声训练的必要性,良好生活习惯、体育锻炼、正确饮食、心理健康的重要性等。

3.3.2 放松训练:包括躯干、四肢、声带、肩部、颈部和项背部的放松。放松训练时患者取仰卧位,进行腹式呼吸(吸气时气流柱向深部下降到胸腔的底部,而呼气时气流为自然呼出),同时口微微张开,使软腭处于打哈欠的启动状态,声带、双唇震动发“嘟~”音。

3.3.3 呼吸吐纳:患者双脚分开站立,双臂自然下垂,用鼻进行缓慢吸气,自然呼气,然后快速吸气,自然呼气,再进行缓慢吸气,口唇微张,缓慢均匀呼气,注意维持膈腹肌的平衡,勿过饱吸气、太尽呼气。

3.3.4 起音及放松喉肌的训练:首先练习声带不震动的“h”音,熟练后练习其他的清音,最后练习元音,发声时口腔中的舌根肌、舌尖、软腭等自然放松,用拇指、食指及中指感受喉肌是否松弛,若喉体不易移动,进行纠正。其次训练嗓音声学:发声时,呼气适中,口自然打开,下颌向下移动,逐渐练习在明显的鼻腔共鸣中说单字、双字词、四字词及句子,有语意停顿的地方都可以换气,同时尽量减慢说话的速度、减弱声音强度。

3.4 康复指导

一是指导患者戒烟酒,避免进刺激性强及干硬食物;加强体育锻炼,增强体质,注意休息,喉头若有出血的情况,可能会遇到出血量较大的情况,此时患者应及时返回医院就医^[4]。二是为了防复制病菌感染创口,声带息肉手术后要避开去公共场所解救、这是避免预防感冒、咳嗽的重要方法。三是患者需要多进行锻炼,这有助于血液活动速,从而完成伤口的修复、仰卧起坐就是一种可以坚持锻炼的方法。

4 总结

声带息肉近年来发病率逐渐增高,为了保持良好的发声生理状态,以免损伤声带,产生息肉,必须修身养性,陶冶情操,养成冷静从容的生活习惯,遇事不怒,不高声呼叫,做到有控制地发声。此外还须戒除烟酒嗜好,避免感冒和上呼吸道感染,做到合理用声,这些都是减少声带息肉的发生,并提高声带息肉术后的护理质量的前提。科学的用嗓可以有效预防声带息肉的发生及复发。科学的术后发声的护理方法是声带息肉术后护理的关键。护理人员应充分做好个体护理对声带息肉患者术前、术中、术后进行详细具体的教育和指导,让患者学到了引起声带息肉的病因、临床表现、术前术后注意事项、嗓音保健、出院健康教育指导等方面的知识,增加了护士与患者的交流机

(下转第137页)



脉中层,形成梭形动脉瘤,瘤壁较厚,不易破裂,炎症细胞以淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性粒细胞渗出为主。血管腔肌成纤维细胞增生,导致血管腔狭窄,可促进局部血栓形成。

川崎病具有相对独特的实验室检查异常。白细胞计数通常升高, $\geq 10000/uL$,中性粒细胞计数超过70%,通常在80%-90%。白细胞核左移通常不常见,提示为无菌性炎症。本组病例白细胞计数均明显升高,但未能进行分叶核计数。纤维蛋白原和纤维蛋白原产物通常明显升高,提示内皮细胞功能障碍。血清炎症因子IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-1 β 持续刺激、损伤血管内皮细胞,血管内皮细胞坏死、脱落,导致血管炎症^[6]。FDP和D-二聚体可以反应内皮细胞损害的严重程度。随着病情进展,肢端的硬性水肿可引起血清白蛋白水平降低,通常可低于2g/dl。本组病例肢端硬性水肿患儿均发生低蛋白血症,但未低至2g/dl,无肢端硬性水肿患儿,均未发生低蛋白血症,与报道相吻合。与IL-6、IL-1 β 诱导急性反应蛋白CRP与血清淀粉样蛋白A明显升高。本组病例不完全KD血清 $\geq 40mm/h$ 发生率(100%)远远高于CRP $\geq 30mg/dl$ 发生率(33.3%),说明不完全KD小婴儿IL-6、IL-1 β 诱导急性反应蛋白CRP能力发育尚不充分。中性粒细胞破坏、内皮细胞损伤和其他细胞和脏器损害引起LDH明显升高。血管内皮细胞损害及血管炎症导致的血管通透性增加,炎症因子及中枢神经系统血管炎刺激中枢渗透压感受器引起SIADH,共同引起了低钠血症^[7]。

本组病例数较少,一些实验室检查指标如抗利尿激素、血清淀粉

样蛋白、细胞因子等检查未能纳入常规检查,不能与相关理论研究进行验证。

参考文献

- [1] 李晓辉,李瑞艳,吴泰相等.川崎病与病原微生物关系的meta分析[J].临床儿科杂志,2013(1):69-72.
- [2] Hoshino S, Tsuda E, Yamada O. Characteristics and fate of systemic artery aneurysm after Kawasaki disease[J]. J Pediatr, 2015.
- [3] Takahashi K, Oharaseki T, Yokouchi Y, et al. Kawasaki disease: basic and pathological findings[J]. Clin Exp Nephrol, 2013, 17: 690-693.
- [4] Shulman ST, Rowley AH. Kawasaki disease: insights into pathogenesis and approaches to treatment. Nature Reviews/ Rheumatology, 2015, 475-482.
- [5] Stoner L, Sabaier MJ. Use of ultrasound for non-invasive assessment of flow mediated dilation. J atheroscler thromb 2012; 19(5): 407-421.
- [6] 方润婷,张锦光,尹冬梅,等.川崎病患儿血浆纤维蛋白原、D二聚体和急性反应蛋白的动态变化及意义[J].中国医学创新,2012, 9(16): 5-7.
- [7] Skin JI, Kim JH, Lee JS, et al. Kawasaki disease and hyponatraemia. Pediatr Nephrol 2006(21): 1490-1491.

(上接第132页)

炎患者进行比较,观察组成功改善了患者的血淀粉酶水平。

综上所述,对于急性胆源性胰腺炎患者,治疗方法选择十二指肠内镜+复方大柴胡汤,可以将患者的胃肠道功能早期恢复,将患者胰腺循环功能显著改善,避免出现疾病并发症的情况,凸显急性胆源性胰腺炎疾病治疗过程中的应用价值。

参考文献

- [1] 周祖邦,哈继伟,李淑兰等.超声引导下联合置管治疗急性胆源性胰腺炎的探讨[J].中国超声医学杂志,2015, 31(4): 340-343.

(上接第133页)

综上所述,对风湿免疫疾病患者进行预防治疗能降低肺部感染的发生率,患者满意度高^[7]。

参考文献

- [1] 孙汉臻.风湿免疫疾病中肺部并发症的预防治疗及护理[J].中国医药指南,2013, (20): 351-352.
- [2] 刘红丽.探讨临床护理干预对风湿免疫疾病中肺部并发症患者的临床效果[J].中国保健营养(下旬刊),2013, 33(5): 2483-2484.
- [3] 吴秀.风湿免疫疾病中肺部并发症预防及护理体会[J].按摩

[2] 周洪斌,蒋能孟.急诊十二指肠镜联合早期肠内营养治疗老年急性胆源性胰腺炎的临床疗效[J].中国老年学杂志,2015, 1(3): 673-675.

[3] 杨廷旭,张正坤,孙庆棠等.老年重症急性胆源性胰腺炎早期内镜与手术治疗比较[J].中国老年学杂志,2012, 32(4): 840-841.

[4] 陈明.超敏C反应蛋白联合淀粉酶在急性胆源性胰腺炎的诊断价值[J].中国实验诊断学,2015, 6(4): 575-578.

[5] 栾鑫源,秦鸣放,吴瑜等.清胰汤对急性胆源性胰腺炎患者血浆D-二聚体水平的影响[J].山东医药,2015, 1(29): 20-22.

与康复医学(下旬刊),2012, 3(12): 56-57.

[4] 汪江霞.探讨风湿免疫疾病中肺部并发症的预防治疗以及护理[J].大家健康(中旬版),2014, (2): 224-224.

[5] 苏瑞芳.风湿免疫疾病中肺部并发症的预防治疗及护理[J].中国实用医药,2014, (33): 195-195.

[6] 张学武.风湿免疫疾病中肺部并发症的预防治疗[J].现代养生B,2014, (1): 73-73.

[7] 张婷.风湿免疫疾病中肺部并发症的预防及护理体会[J].大家健康(下旬版),2014, 8(4): 612.

(上接第134页)

会,使患者由入院到出院都能得到很好的照顾,护理工作也变得积极主动,对待患者热心、耐心、细心,让患者有一种亲切感、信任感、安全感,医护人员视患者如亲人,患者也视其如亲人,建立了融洽的护患关系,大大地提高了患者的满意度。

参考文献

- [1] 侯丽达.声带息肉摘除术的围手术期护理[J].中国实用医药,

2010, 5(1): 214-215.

[2] 曹林红,宋述灵,张凤云.声带小结及声带息肉的围手术期护理[J].牡丹江医学院学报,2010, 31(4): 78-79.

[3] 严香菊.健康教育在声带息肉围手术期中的应用[J].中国误诊学杂志,2012, 12(2): 317-318.

[4] 李菁.手术室护理工作潜在风险与防范对策[J].解放军医药杂志,2011, 23(2): 96-98.

(上接第135页)

参考文献

- [1] 徐碧辉.整体护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭中的效果[J].国际护理学杂志,2014, 33(5): 997-1000.
- [2] 高中,郑伟.慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭患者经纳洛酮与无创呼吸机联合治疗的临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2015, 67(30): 40-41.

[3] 万小兵,陈宇洁,陆海英.无创呼吸机辅助治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的临床效果研究[J].实用心脑血管病杂志,2015, 9(17): 96-98.

[4] 梁宇.无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的临床意义研究[J].大家健康(学术版),2015, 3(31): 80-81

[5] 梁久红,伍惠谊.无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者65例临床疗效观察[J].内科,2015, 5(23): 690-691.