

食管发音训练在全喉切除手术后语音康复中的疗效观察

颜少观 杨彩虹^{通讯作者}

厦门大学附属第一医院耳鼻咽喉头颈外科 福建厦门 361003

【摘要】目的 观察全喉切除术患者进行食管发音训练之后的临床治疗成效。**方法** 选取本省2018年6月~2019年9月之间接受全喉切除术治疗的患者67例,为治疗组,实施食管发音训练,观察食管发音训练对患者语音康复所产生的临床疗效。选取同期患者66例,未接受特殊治疗,以自行康复为主,为对照组。**结果** 经过食管发音训练以后,治疗组67例无喉患者全部可发出基音,占比100%;对照组3例可发出基音,占比4.55%;成效差异明显。显示食管发音训练对患者生活质量具有正向影响,患者对治疗效果评价升级。**结论** 对全喉切除术患者实施食管发音训练,可使这些术后无喉患者能够实现基音发生,减轻术后无喉患者心理失衡影响,增强其术后社会适应性,促进全喉切除术患者术后身心康复。

【关键词】 全喉切除术; 食管发音训练; 术后康复训练; 语音康复**【中图分类号】** R473**【文献标识码】** B**【文章编号】** 2096-0867 (2021) 02-064-02**前言:**

全喉切除术是针对喉癌患者的手术治疗手段,采用该治疗方式,需要把患者的喉体组织整体手术切除,接受该手术的患者在术后即成为“无喉者”,在常规情况下将彻底失去发声能力^[1]。食管发音训练是针对术后无喉患者制定的专项训练方案,通过科学的发音训练,无喉患者可以食管为发音器官,实现语言交流的目的。本次研究以本省2018年6月~2019年9月之间接受全喉切除术治疗的患者67例为研究对象,实施食管发音训练,另选取同时期自然恢复66例患者,对比成效差异,研究内容如下:

1 资料与方法**1.1 一般资料**

全部样本为表皮癌,Ⅰ~Ⅲ级不等。治疗组:选取本省2018年6月~2019年9月之间接受全喉切除术治疗的患者67例,男性67例,女性0例,全部为长期吸烟患者,年龄(47~73)岁,平均年龄(53±16.37)岁。对照组:选取同期全喉切除术患者66例,男性65例,女性1例,长期吸烟,年龄(48~73)岁,平均年龄(52±16.37)岁。差异无可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组未接受训练,术后正常康复。

治疗组进行食管发音训练训练周期3w,无喉患者采取集中学习的方式,当面指导和自由训练结合,在训练过程中对无喉患者发音问题及时纠偏,帮助其制定个性化计划。无喉患者发音训练应为梯度式加强训练强度,训练强度和频次应为:初次1次/d或2次/d,递增至(4~6)次/d,0.5h/次。训练过程为:(1)心理干预,引导患者放松,保持咽食部位处于松弛状态,可供空气顺畅出入。(2)指导患者学习如何发出基础语音,掌握吸气、注气、排气等发生方法。(3)患者练习将进气与排气动作不间断进行,并逐渐熟练掌握排气时机。(4)第一阶段训练结束后,若患者仍未掌握基音发生方法,则通过喝茶法与饮料法进行加强训练,寻找音感。

(5)食管发音的清晰度与患者发音时是否存在杂音密切相关,杂音与发音清晰度之间为负相关,食管发音过程中的常见杂音来自于口腔、气管等部位,包括咽杂音、气泡音、注气音、呃逆音、摩气音以及混杂音、混合音多种类型,针对不同杂音成因进行针对性纠正训练,可提升食管发音的清晰度,使无喉患者拥有更强的语言沟通能力。

1.3 统计学方法

以SPSS21.0软件处理患者数据,计数资料(发音进展、受教育程度、职业占比)采用 χ^2 检验,以(%)表示。计量资料采用t检验,以(均数±标准差)表示。 $P<0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

对照组术后6m成功发音2例,占比3.03%。术后12m成功发音3例,占比4.55%。术后12m,成功发音3例,发音成功率4.55%。3例均只可发出基音,无语言交流能力。

治疗组训练6m后,发音成功60例,占比89.55%。训练12m后,发音成功64例,占比95.52%。训练结束后,本次研究参与患者全部可发音,发音成功率达到100%。39例发音清晰,具有电话通话能力,可顺利进行语音交流。17例发音连贯性较弱,可间断式发音,可语音交流但障碍明显。11例可发出基音,不具有语音交流能力。对比成效差异,寻找差异成因,可知训练连贯性、完整性和恒久性与训练后发音水平为正相关关系。

对照组成功率4.55%(3/66)和恢复情况远低于治疗组100%(67/67)($P<0.05$)。此研究表明,食管发音训练可帮助全喉切除术后无喉患者重新获得发音及语音交流能力,但在训练中,应对学习发音的患者进行发音训练和心理引导,使无喉患者明确食管发音训练的成效性与训练持续性之间的关系,增强无喉患者语音康复的信心和决心,督促和引导无喉患者坚持发音训练,最终实现重新获得发音能力。

3 讨论

相关研究显示,接受全喉切除手术的无喉患者98.63%具有身心失衡表现,失去发音能力之后,大部分患者感到社会交际平衡感缺失,部分患者具有明显的自卑表现,这些无喉患者在术后通常具有强烈的社交回避意愿,生存和生活质量都明显降低^[4]。在该项目中,无喉患者将练习以食管作为发音器官,重新获得发音能力。训练成功之后,无喉患者可通过空气咽入并存储在食管中,然后以胸压和收缩环咽肌的方式,将食管上端以及下咽黏膜作为振动源,通过嗝气动作促使振动源发音^[5]。患者以食管部位作为新的发音器官,并非简单易行的发音方式,而是要求患者接受专业辅导与科学训练,患者在训练中,先学习将空气吞咽入喉,并把吞咽的空

(下转第67页)

义 ($\chi^2=5.278, P<0.05$)。见表2

组别	n	电解质紊乱	低血压	体温升高	寒战
观察组	39	1	1	1	0
对照组	39	4	5	4	2

3 讨论

人工肝血浆置换主要通过引出患者体内血液,分离全血中的血浆并弃去,之后采用等量的人血白蛋白或新鲜冷冻血浆等置换液进行补充,可在清除体内致病因子和代谢毒素的同时对体内所需物质进行补充,进而有效挽救重症肝炎患者生命。但血浆置换是一种侵入性治疗,需要进行大量异体血浆置换,所以在治疗过程中实施有效的预防措施显得尤为关键。

重症肝炎患者在人工肝血浆置换治疗过程中因对治疗方法及疾病了解较为缺乏,使患者产生焦虑等不良情绪,严重影响治疗效果。本文中,观察组 HAMA 评分明显低于对照组,表明护理干预可有效缓解患者焦虑程度,提高治疗配合度。护理干预中护理人员主动与患者进行交流和沟通,告知患者注意事项及配合护理和治疗的重要性,并指导正确呼吸,改善患者不良情绪,使患者以最佳心态接受治疗^[3];同时,护理干预在患者进行治疗的过程中严格遵守无菌操作,并密切

观察患者血管及穿刺部位情况,有效减少不良情况发生。本文中,观察组并发症发生率较对照组明显降低,证实护理干预可有效改善患者预后,促进患者康复。护理干预措施中密切关注患者各项体征,并针对可能出现的并发症实施针对性预防措施,进而有效降低患者并发症发生率;同时,护理干预实施穿刺部位护理、留置管护理及饮食护理,在为患者提供充足营养的同时有效减少不良情况^[4]。

综上所述,护理干预可有效减轻人工肝血浆置换治疗重症肝炎患者焦虑程度,降低并发症发生率,改善患者预后。

参考文献:

- [1] 高萌,傅云峰,张亚男,等.重症肝炎患者血浆置换治疗的临床疗效观察[J].中国输血杂志,2016,29(1):64-67.
- [2] 石荣静.循证护理在重症肝炎患者常规护理及其并发症预防中的作用分析[J].国际护理学杂志,2014,33(11):3025-3027.
- [3] 吴娟娟,黎华茂,等.预见性护理在重症肝炎患者并发症护理中的应用效果[J].国际护理学杂志,2015,34(8):1014-1016.
- [4] 贾运乔,周彩丽,冯小涛,等.人工肝血浆置换术治疗重症肝炎疗效观察[J].河北医药,2016,38(18):2811-2813.

(上接第64页)

气存储在食管指定部位,继而以特殊方法将气体排出。经过杂音纠正与消除,无喉患者的发音水平将得到优化,从而实现恢复基本沟通能力。

本次研究中,对照组未经特殊干预,自然恢复后,有3例(占比4.55%)患者可发音,但仅限于发出基音。治疗组训练后,全部可发基音,且部分患者可进行语言交流。二者发音恢复情况差异明显,显示食管发音训练具有明显的训练成效,对发音恢复的影响效果与未经训练的患者差异显著($P<0.05$)。

综上,全喉切除术后无喉患者在面临失声困境的同时,心理压力与情感失衡都是不可忽视的术后影响,因为失去语言沟通能力,所以无喉患者在生活、工作方面都需要应对种种困难。除食管发音之外,术后无喉患者也可借助其他方式实现再度发声,例如人工喉、电子喉以及发音管等,将这些发音辅助设备植入人体,可使无喉患者再次拥有发音交流的能力,但与食管发音相比,以上发音方式从经济角度和发音体验而言,往往具有一定的弊端,掌握了食管发音方法以后,

发音成效良好,经济成本较低,对调节无喉患者生理和心理适应性都更加有益。长期应用此方法,对术后无喉患者的嗅觉恢复也有正向影响。

参考文献:

- [1] 李颖.早期行为干预在喉癌患者行全喉切除术中的护理效果[J].医学食疗与健康,2020,18(08):164-165.
- [2] 陈学珍,黄银香.手术室护理路径在全喉切除手术配合中的应用效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(05):40.
- [3] 张静.全喉切除术后人工气道的全程护理管理[J].国际医药卫生导报,2017,23(03):426-429.
- [4] 姜翠翠.老年喉癌患者全喉切除术的护理[J].医学食疗与健康,2019(13):12+14.
- [5] 周燕燕.人文关怀护理干预措施在全喉切除术患者中的应用[J].中国研究型医院,2019,6(04):43-46.
- [6] 李红霞.手术室护理路径在全喉切除手术配合中的应用效果分析[J].中外女性健康研究,2017(09):130-131.

(上接第65页)

表1:两组患者的临床指标对比

组别	例数(n)	住院时间(天)	治疗费用(元)
观察组	60	15.65±4.26	31500.65±2875.58
对照组	60	20.89±3.25	36980.54±2785.26
t 值		7.5751	10.6029
P 值		0.0000	0.0000

3 讨论

临床路径护理是一种以现代医学护理服务作为基础的方式,具有计划性以及预见性,可以降低住院所用的时间以及费用,使护理工作可以有针对性的进行,与常规护理相比,可以提高医务人员工作效率的同时,减少医疗资源的消耗^[2-3]。

临床护理路径主要是以患者的“治疗时间”为横坐标,以“护理内容”为纵坐标,如“入院接待”“环境熟悉”“综合评估”“接诊诊断”“相关检查”“用药叮嘱”“治疗护理”“护理完善”“饮食指导”“日常干预”“健康教育”“出院计划”

等,而制定的一个护理服务预期计划表,以便护理工作有针对性地进行。而在后期护理过程中,患者什么时候应该进行什么样的检查、治疗及护理,或者患者病情情况如何,又或者治疗进度怎么样、什么时候出院为宜等,均有预见性的进行阐述、记录和指导,从而达到了让医院的护理服务,不再盲目进行,而是非常科学且有计划、有预见性地进行。

根据上述材料,在老年股骨颈骨折患者护理时,使用临床路径护理干预,有助于患者的康复,值得广泛应用,减少住院费用。

参考文献

- [1] 邓珊,陈少群,郭强忠等.临床路径在老年股骨颈骨折患者护理中的效果观察[J].贵阳中医学院学报,2013,35(4):206-208.
- [2] 颜丽,任艳莉.临床路径在老年股骨颈骨折患者护理中的应用效果[J].现代中西医结合杂志,2015(7):782-784.
- [3] 邓珊,陈少群,郭强忠等.临床路径在老年股骨颈骨折患者护理中的效果观察[J].贵阳中医学院学报,2013,35(3):217-218.