

- [J]. 中华胸心血管外科杂志, 2012, 28(5): 294-297.
- [5] 陈励, 茶春喜, 马鹏超, 等. 血浆 N 末端脑利钠肽水平和心脏超声心功能参数对心功能分级的评估价值[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2013, 27(5): 496-498.
- [6] Park KI. Plasma brain-type natriuretic Peptide level following seizure and syncope: pilot study [J]. J Epilepsy Res, 2014, 4(1): 14-17.
- [7] 郭伟, 方俊梅. 血浆脑利钠肽在不完全型川崎病患儿诊断中的临床意义[J/CD]. 中华危重症医学杂志: 电子版, 2014, 7(3): 202-204.
- [8] 陶志虎, 肖琦, 吕冬宁, 等. 胱抑素 C 联合氨基末端脑利钠肽前体对维持性血液透析患者心血管事件的预测作用[J]. 中华肾脏病杂志, 2014, 30(7): 506-511.
- [9] 张炯, 孙耕耘, 尤青海, 等. B 型利钠肽在呼吸系统疾病中
- 经验交流 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.03.039
- 的临床应用研究进展[J/CD]. 中华肺部疾病杂志: 电子版, 2014, 7(14): 83-86.
- [10] 狄亚珍, 吴菱, 钟世玲, 等. 血 N 末端脑利钠肽原及高密度脂蛋白胆固醇对川崎病心血管损害预测价值的研究[J]. 中华风湿病学杂志, 2014, 18(3): 170-175.
- [11] 徐浩, 杨涛, 周敏, 等. 脑利钠肽与慢性阻塞性肺疾病的相关性临床研究[J]. 中华全科医学, 2013, 11(5): 712-713.
- [12] 李亚清, 严建平, 许武林, 等. 双水平气道正压通气对老年慢性肺源性心脏病合并 II 型呼吸衰竭患者血浆 N-端脑利钠肽前体水平的影响[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(11): 1157-1160.

(收稿日期: 2015-08-28 修回日期: 2015-10-10)

1 328 例成人声嘶患者纤维喉镜检查结果分析

张晓莉, 张伶俐, 谭建国[△], 曾兴敏, 姚田庆

(重庆市第七人民医院耳鼻咽喉科 400054)

[摘要] **目的** 探讨成人声嘶患者的病因及临床特点。**方法** 对 1 328 例成人声嘶患者纤维喉镜检查结果及临床资料进行回顾性分析。**结果** 成人声嘶患者中女 772 例(58.1%), 男 556 例(41.9%), 女性明显多于男性, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。发病率较高的前 3 种职业分别为营销人员 439 例(33.1%), 教师 208 例(15.7%), 干部 206 例(15.5%)。前 6 种病因是分别是声带小结 390 例(29.4%), 慢性喉炎 272 例(20.5%), 声带息肉 263 例(19.8%), 声带麻痹 76 例(5.7%), 喉外(创)伤 63 例(4.1%), 喉癌 55 例(3.8%)。**结论** 成年人声嘶的患者性别比例女性明显高于男性, 用嗓较多的职业患者比例高, 声嘶原因以声带小结、慢性喉炎和声带息肉最为常见, 然而纤维喉镜检查是早期诊断声嘶的重要方法。

[关键词] 声嘶; 喉镜检查; 声带; 纤维喉镜; 检查; 发病率; 病因

[中图分类号] R768

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)03-0405-03

声嘶是常见临床症状之一, 患病率近年来呈上升趋势。声嘶主要由喉部本身的病变引起, 也可能是全身其他疾病在喉部的表现, 病因复杂且涉及多个学科。以往由于检查技术的限制, 很多声嘶患者常止步于症状学诊断, 造成一些漏诊、误诊。近年来随着纤维喉镜、电子喉镜、动态喉镜等检查技术的发展, 提高了对声嘶患者病因诊断的概率, 然而纤维喉镜在临床上可作为首选检查方法。现对本院 2011 年 1 月至 2014 年 5 月 1 328 例成人声嘶患者纤维喉镜检查的结果及临床资料进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 1 328 例, 所有患者均以声嘶为主诉, 病程 15 d 至 31 年, 其中 1 215 例(91.5%)病程为 1 年以内, 年龄 18~83 岁, 平均(36.5±9.1)岁。

1.2 方法 对纳入的不同年龄段患者的患病率及不同职业的患者进行统计分析, 得出不同年龄段各种声嘶疾病的发病率及不同职业的声嘶患病率。纤维喉镜检查方法: 检查前禁食、禁水 2~4 h, 患者取仰卧位, 1%丁卡因鼻腔及咽喉部黏膜表面麻醉, 日本 Olympus CLK-4 纤维喉镜从鼻腔进入(鼻腔进入困难者改经口腔进入)喉腔, 仔细观察并照相记录喉腔情况, 声带、室带色泽、动度, 声门闭合情况, 声门的对称性, 新生物部位、大小、形态、色泽并行彩色照相确认并打印记录。根据新生物大

小及性质, 对其进行活检或切除, 所有取出良性及恶性病变组织均经病理检查证实。

1.3 统计学处理 计数资料采用 SPSS19.0 统计学处理, 计数资料用率表示, 组间采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同性别的患病情况 声嘶患者中男 556 例(41.9%), 女 772 例(58.1%), 女性明显多于男性, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 各年龄段的患病情况 具体患病情况见表 1。其他: 包括癔病性失声 38 例(2.9%), 喉结核 26 例(2.0%), Reinker 间隙水肿 21 例(1.6%), 环杓关节脱位 17 例(1.3%), 喉乳头状瘤 16 例(1.2%), 声带囊肿 15 例(1.1%), 喉狭窄 15 例(1.1%), 声带血管瘤 13 例(1.0%), 声带血肿 12 例(0.9%), 声门偏斜 11 例(0.8%), 声带白斑 9 例(0.7%), 声带沟 7 例(0.5%), 喉角化症 7 例(0.5%), 喉真菌病 2 例(0.2%)。本组病例未包括急性喉炎及喉异物。

2.3 不同职业声嘶患病情况 营销人员(包括销售员、售房员、售票员、客服员、收银员、播音员、讲解员)439 例(33.1%), 教师 208 例(15.7%), 干部 206 例(15.5%)的发病率较高, 三者共 853 例(64.2%), 见表 2。

表 1 各年龄段的患病情况

项目	18~<30 岁(n)	30~<40 岁(n)	40~<50 岁(n)	50~<60 岁(n)	60~83 岁(n)	合计(n)	发病率(%)
声带小结	90	144	101	52	3	390	29.40
慢性喉炎	22	38	87	76	49	272	20.50
声带息肉	16	55	113	63	16	263	19.80
声带麻痹	2	6	10	26	32	76	5.70
喉外伤	2	12	16	20	13	63	4.10
喉癌	0	0	6	21	28	55	3.80
其他	39	38	45	51	36	209	15.70
合计	171	293	378	309	177	1 328	100

表 2 不同职业声嘶患病情况

项目	营销人员(n)	教师(n)	干部(n)	工人(n)	居民(n)	医务人员(n)	其他(n)	合计(n)	发病率(%)
声带小结	184	75	66	20	24	16	5	390	29.40
慢性喉炎	96	46	38	39	19	12	22	272	20.50
声带息肉	92	45	41	42	10	4	29	263	19.80
声带麻痹	10	7	22	16	7	1	13	76	5.70
喉外伤	9	8	7	21	6	1	11	63	4.10
喉癌	8	4	6	15	9	0	13	55	3.80
其他	40	23	26	45	30	4	41	209	15.70
合计	439	208	206	198	105	38	134	1 328	100

3 讨 论

声带小结 390 例(29.4%),患者中以 30~49 岁年龄段的职业用声人群(如营销人员、幼教、中小学教师、管理干部)发病率最多,这可能与其职业用嗓量多、强度大、持续时间长且缺乏科学用嗓的知识等特点有关^[1]。而且患者中伴有性格急躁,爱发脾气,讲话易激动,爱争强好胜等身心因素存在的比例较高^[2]。女性声带具有短而薄,音调较男性高,声带振动频率快,反复摩擦和碰撞易造成声带损伤致病,本研究也发现女性患病率明显高于男性^[3]。本研究还发现讲话时如伴有头位易偏于一侧,或下颏上抬,头部后仰,保持这种头位声门易偏斜,增加声带紧张度等不良的发声姿势患者发病率将增高。故长期用声过度或用声不当、不良的发声习惯是引起声带小结的主要诱因^[4]。因说话较多而出现声带的声带疾病如声带小结、息肉及喉炎等随着年龄的增长而递减的趋势,这可能与随年龄增长,性格改变、发声强度减弱、用嗓时间减少、声带病变也随之自限性消退有关。良好的发声指导和发声控制,以及嗓音矫治对声带小结的发生和诊治有重要作用^[5]。

慢性喉炎 272 例(20.5%),见于成人各年龄段。慢性单纯性喉炎在青年中的发病率较高,其可能的发病诱因与声带小结相同,有研究表明喉炎也可能是声带小结或息肉的早期病变。慢性肥厚性喉炎以中年患病较多,这可能与患者喜食辛辣食物,嗜烟酒,反复患上呼吸道感染,易大声讲话、吼叫有关。慢性萎缩性喉炎多见于 60 岁以上老年体弱患者,这可能与长期慢性炎症刺激及老年人机体退行性变有关^[6],表现为发声无力,声带黏膜萎缩,张力减低,声门闭合不全。

声带息肉 263 例(19.8%),其中以 35~55 岁年龄段发病为多,职业中以销售、教师、干部及工人的发病较高。且多数人喜食辛辣食物,有烟酒嗜好,滥用嗓音或用声不当,常在嘈杂噪

声环境下大声讲话、突然吼叫、饮酒时猜拳、上呼吸道感染时仍过多用嗓。女性在经期仍过多讲话或唱歌,高声喊叫。由于上述滥用、误用嗓音,以及咽喉反流等诱因^[7],易使声带发生剧烈摩擦,或碰撞造成损伤,黏膜下出血,Reinker 间隙水肿或血肿,形成息肉^[8-9]。应使患者不要滥用、误用嗓音,感冒后应及时就医,可预防和减少息肉的发生。若为咽喉反流引起者,予以抑酸,促胃动力药治疗,可缓解声嘶症状。

声带麻痹 76 例(5.7%),以 45 岁以上中老年患者为多。本研究发现单侧声带麻痹明显高于双侧声带麻痹。声带麻痹病因明确者占 93.4%,其中食管癌 11 例,纵隔肿瘤 9 例,肺癌 8 例,甲状腺癌 8 例,甲状腺腺瘤 1 例,鼻咽癌颈淋巴结转移 2 例,颅脑病变及外伤 17 例,胸部外伤及胸部、食管、纵隔手术后 8 例,颈部外伤及手术后 7 例,病毒感染所致 2 例,原因不明 3 例。可见由肿瘤及占位性病变更引起居首位,与 Poelmans 等^[3]报道一致,其次是颅脑病变引起。因声带麻痹所造成的误吸,由于老年人体弱,咳嗽反射差,可诱发或加重肺部感染等病变,给患者带来严重后果。因此,对声带麻痹患者除耳鼻喉专科检查和喉内镜检查外,还应常规胸部 CT、食管镜检查、甲状腺扫描及头颅 CT,磁共振成像(MRI)等检查,仔细分析,多科协作,以防漏诊、误诊^[10]。颈部、胸部、食管手术时,术中操作应仔细,不要误伤喉返神经。

喉外(创)伤 63 例(4.7%)。近年来由交通伤、工伤、斗殴引起的喉外(创)伤,喉部手术及麻醉插管引起的喉内伤等外(创)伤性声嘶患者明显增加,各年龄段及性别均有发生。对喉外(创)伤急诊患者,除救治生命外,应及时行喉整复手术及环杓关节复位术。喉部损伤黏膜应尽量保留,仔细对位缝合,以防喉狭窄。孙建松^[11]认为尽早手术探查及喉扩张,恢复喉组织结构的完整性,是成功治疗和预防喉狭窄等并发症的关键。

喉部手术及麻醉插管时应仔细操作, 尽量避免损伤正常组织。

喉癌 55 例(4.1%), 以 50 岁以上年龄段发病率高。Braakhuis 等^[12]报道近年来喉癌男性概率明显高于女性。对咽喉部不适、咳嗽、痰中带血、声嘶的患者, 纤维、电子喉内镜下可仔细观察喉腔, 可疑病变应进行活检, 或喉部 CT 等检查, 有助于喉癌的早期发现、早诊断、早治疗, 减少其漏诊、误诊, 可提高喉癌治愈率。

另外, 因就业压力大, 瘵病性声嘶患者近年也有增加, 本组 38 例(2.86%), 多见于 25 岁以下年轻女性, 常因精神紧张, 自我身心调节能力弱, 遇到较大的困难或挫折时, 往往会出现功能性声嘶, 予以心情疏导、心理暗示治疗可治愈^[13]。本组喉结核 26 例(1.96%), 主要为 30 岁以下青年患者及 60 岁以上老年男性患者, 应予重视及时诊治。

综上所述, 声嘶病因涉及众多领域的不同学科, 需临床各科室, 共同参与是提高诊治水平的基本保证。对声嘶患者应及时就诊, 需行纤维喉镜或电子喉镜检查, 以及相关的头部、颈部、胸部、食管等检查, 结合病史仔细分析、认真鉴别, 及时发现病因, 予以对症治疗, 不能盲目简单推断, 造成漏诊、误诊而延误治疗时机。

参考文献

- [1] van Houtte E, Claeys S, Wuyts F, et al. The impact of voice disorders among teachers: vocal complaints, treatment-seeking behavior, knowledge of vocal care, and voice-related absenteeism[J]. J Voice, 2011, 25(5): 570-575.
 - [2] Martins RH, Pereira ER, Hidalgo CB, et al. Voice disorders in teachers: a review[J]. J Voice, 2014, 28(6): 716-724.
 - [3] Poelmans J, Feenstra L, Tack J. Determinants of long-term outcome of patients with reflux-related ear, nose, and throat symptoms[J]. Dig Dis Sci, 2006, 51(2): 282-288.
- 经验交流 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.03.040

- [4] Speyer R. Effects of voice therapy: a systematic review[J]. J Voice, 2008, 22(5): 565-580.
- [5] 李翠娥, 周涛, 陶泽璋. 老年嗓音[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2011, 19(1): 87-90.
- [6] 张华, 何敏, 赵琦. 汉族和维吾尔族声嘶病因分布差异性分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(24): 1138-1140.
- [7] 李丽娜, 张延平, 周凤书, 等. 咽喉反流与声带息肉之间的相关性研究[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(6): 431-433.
- [8] 杜建群, 杨宝琦, 刘吉祥. 声带息肉和声带小结的诱因分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2007, 15(3): 214-215.
- [9] 牛燕燕, 倪道凤. 155 例声带麻痹患者的临床分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2011, 19(3): 231-234.
- [10] Dankbaar JW, Pameijer FA. Vocal cord paralysis: anatomy, imaging and pathology[J]. Insights Imaging, 2014, 5(6): 743-751.
- [11] 孙建松. 闭合性喉外伤临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2014, 21(6): 319-321.
- [12] Braakhuis BJ, Leemans CR, Visser O. Incidence and survival trends of head and neck squamous cell carcinoma in the Netherlands between 1989 and 2011[J]. Oral Oncol, 2014, 50(7): 670-675.
- [13] 马丽娟, 卢华. 声带小结术后致瘵病性失声一例[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2001, 9(3): 144.

(收稿日期: 2015-08-18 修回日期: 2015-10-24)

双腔起搏治疗对急性下壁心梗合并三度房室传导阻滞患者的影响

陈艺娜, 张晓萍

(河南省三门峡市中心医院心脏重症监护室 472000)

[摘要] 目的 研究双腔起搏治疗对急性下壁心梗合并三度房室传导阻滞患者血清脑钠肽、心肌肌钙蛋白水平及心功能的影响。方法 对比接受双腔起搏治疗的急性下壁梗死合并三度房室传导阻滞患者(观察组)、健康者(对照组)治疗前后的血清脑钠肽及心肌肌钙蛋白指标水平及观察组患者治疗前后的心功能指标水平, 分析患者治疗后射血分数(LVEF)与二尖瓣舒张早期的峰值流速(E)/舒张晚期的峰值流速(A)(E/A)及 Sra 的相关性。结果 在经过治疗后, 观察组的血清脑钠肽及心肌肌钙蛋白指标水平虽然显著降低, 但仍高于对照组的水平, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后 1 个月的 E/A、LVEF 及 Sra 水平均分别显著高于术前 1 d 的水平, 术后 3 个月除上述指标的水平更加显著增加后, LAEF 水平较术前 1 d 亦显著增加, 而 LAVmin 及 LAVmax 水平较术前 1 d 显著降低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。LVEF 与 Sra 水平呈正相关。结论 双腔起搏对急性下壁梗死合并三度房室传导阻滞的患者进行治疗, 可明显改善其血清脑钠肽和心肌肌钙蛋白水平, 改善心功能。

[关键词] 心脏起搏, 人工; 心肌梗死; 心脏传导阻滞; 急性下壁心肌梗死; 三度房室传导阻滞; 血清脑钠肽; 心肌肌钙蛋白; 心功能

[中图分类号] R541.7

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)03-0407-03

对于急性下壁心梗合并三度房室传导阻滞患者的治疗, 选择双腔起搏疗法能够帮助心房、心室逐渐恢复至正常激动顺