

[文章编号] 1000-2200(2005)06-0563-02

语音训练对腭裂儿童心理状况的影响

陈 静, 涂冬梅

[摘要] 目的: 探讨语音训练对腭裂儿童心理状况的影响。方法: 对腭裂术后实行或未实行系统语音训练的儿童的语音清晰度及心理状况进行测定。结果: 未实行语音训练儿童的汉语语音清晰度明显低于实行语音训练的儿童($P < 0.001$), 因而引起显著的自卑、抑郁、社交退缩等病态心理。结论: 系统语音训练不但可提高腭裂儿童语音清晰度, 而且可有效地促进腭裂儿童的心理康复, 提高其生活质量。

[关键词] 腭裂/外科手术; 语音训练; 心理治疗; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 782.22; R 493 [文献标识码] A

腭裂是口腔颌面外科最常见的先天性畸形之一, 腭裂使患者在心理发育过程中存在不同程度的自卑、孤僻等心理缺陷。因此, 正常语音功能的恢复在腭裂的序列治疗中居重要地位^[1], 针对腭裂儿童特有的腭裂音质进行语音治疗, 其目的是最大限度的恢复其正常的语言功能^[2], 从而促进其人格发育, 提高其生存价值。本文通过对 24 例腭裂儿童进行系统语音训练, 探讨语音训练对腭裂儿童心理状况的影响。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对照组为 1997 年 3 月~1998 年 7 月在我院行腭裂修补术后唇裂二期修复未进行语音训练患儿 24 例, 其中男 16 例, 女 8 例; 年龄 10~17 岁。不完全性腭裂 7 例, 单侧完全性腭裂 14 例, 双侧腭裂 3 例。观察组为 2001 年 1~12 月在我科进行腭裂修补并进行系统语音训练的儿童 24 例, 其中男 15 例, 女 9 例; 年龄 5~18 岁。不完全性腭裂 8 例, 单侧完全性腭裂 12 例, 双侧腭裂 4 例。

1.2 方法 对照组随机行腭咽闭合功能、语音清晰度及心理状况测试; 观察组在腭裂术后 1 个月进行系统语音训练, 1 年后复诊, 进行同样测试。

1.2.1 语音训练方法 (1) 腭咽闭合训练。软腭部按摩: 按摩软腭部, 向上向后, 动作应轻柔, 逐渐加大力量 3~6 次/天, 每次 10 min。吹气训练: 可吹羽毛、棉花等轻质物品, 也可吹气球, 开始可将气球拉软后再吹, 直至能将大的新气球吹起。训练发高音、长音, 可用 a-o-a 练习, 注意声音不能出现“断音”现象, 反复练习至需吸气, 反复进行 8~12 次; 用 i-u-i 练习, 声音连续, 反复 8~12 次。(2) 构音器官训练: 即唇与舌体运动操, 通过练习张口、展唇、圆唇、撮

唇、咬唇、双唇互压、鼓腮吹气、伸舌、卷舌等综合性训练, 为构音训练打基础。(3) 综合发音和拼音矫正训练: 按元音、辅音、双声词、短句、短文等顺序依次训练。

1.2.2 行能测试 (1) 汉语语音清晰度测字表^[3]; (2) 吹气试验; (3) Achenbach 儿童行为量表 (CBCL)。

1.3 统计学方法 采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

观察组的语音清晰度及吹气试验均明显高于对照组($P < 0.001$) (见表 1)。观察组儿童的抑郁、体诉和社交退缩心理障碍均低于对照组($P < 0.05 \sim P < 0.005$) (见表 2)。

表 1 两组患儿语音清晰度和吹气试验结果比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	语音清晰度(%)	吹气试验结果(s)
对照组	24	92±6	35±5
观察组	24	42±6	10±5
t	—	28.87	17.32
P	—	< 0.001	< 0.001

表 2 两组患儿心理评定结果(n)

分组	n	抑郁	交往不良	体诉	社交退缩
对照组	24	15	7	15	17
观察组	24	8	1	2	4
合计	48	23	8	17	21
χ^2	—	4.09	3.75	15.39	14.31
P	—	< 0.05	> 0.05	< 0.005	< 0.005

3 讨论

3.1 腭裂语音影响患儿心理发育 腭裂儿童虽然经手术为完全的腭咽闭合、正确发音创造了条件, 但如不进行系统的语音训练, 仍难以形成完好的腭咽

[收稿日期] 2004-12-21

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 口腔科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 陈 静(1973—), 女, 安徽蚌埠人, 护师。

闭合,难以纠正已形成的不正确的发音习惯,任其发展,使语音仍然十分难懂,因此怕受到其他儿童的耻笑和模仿,这使患儿产生自卑心理,对集体活动、社会交往会自动采取有意识的退缩,甚至是敌对表现,或由于家长的过分保护使患儿缺乏同正常儿童的交往,并失去接触社会的机会,从而导致封闭心理,故未受语音训练儿童的抑郁、交往不良等心理障碍表现明显高于受语音训练儿。

3.2 腭咽闭合功能的强化训练 腭裂术后语音不清主要是腭咽闭合不全,腭裂语音最常见的特点是高鼻音、鼻漏气和代偿性不良语音习惯,腭裂术后由于瘢痕挛缩,肌肉解剖结构异常及不良发音习惯,严重影响语音功能,因此,腭咽闭合训练是语音训练过程中最关键的一步,且宜早进行。一般在术后1个月开始,此时手术局部肿胀已消退,及早进行腭咽闭合训练能有效地软化瘢痕组织和增加软腭的长度^[4],促进腭部肌肉的感觉及运动功能的恢复,减轻和消除下颌唇舌运动的不良习惯,使气流改道,减轻鼻音。语音训练中应注意以下几点:首先,按摩腭部瘢痕动作要轻柔,不能引起任何发射性恶心;其次,练习发高音、长音时,要求先深吸气,慢吐气,吹气时间愈长愈好。

3.3 集体训练和个别训练相结合 通过对上述腭裂患儿的语音训练发现,要改善和巩固语音训练效果,最好对腭裂患儿共同存在的问题进行集体训练,训练时家长共同参与,请专家指导,纠正不良的发音

习惯。然后,针对每个儿童不同的语音障碍和心理状态,进行个别训练。对害羞、寡言儿童应主动与其接触、交朋友,消除其恐惧心理,及时发现并表扬每一细微的进步,从而增强儿童的自信心,对孤僻、怕社交的儿童为其尽可能多的创造特殊环境让其表现自己,使其在心理上满足感,以此提高其表现欲和对语言的兴趣。同时还须将娱乐、趣味融入训练中,充分激起儿童对语言学习的兴趣,调动其积极性。

3.4 语音训练对促进腭裂儿童心理康复作用 语音训练对腭裂儿童心理发育具有积极作用。腭裂儿童通过系统的语音训练,语音清晰度明显提高,其语言功能提高以后,因腭裂语音引起的自卑、抑郁的腭裂儿童的病态心理明显改善,其自信心、表现欲增强,性格逐渐开朗,能积极参加社交活动,主动与人交往。本文 CBCL 测定结果显示,受语音训练儿童心理测定的抑郁、体诉和社交退缩等心理因素均低于未受语音训练儿童($P < 0.05 \sim P < 0.005$)。由此可见,对腭裂儿童进行系统的语音训练能有效促进其正常语言及人格的发育。

[参 考 文 献]

- [1] 吴海生,蔡来舟.实用语言治疗学[M].北京:人民军医出版社,1995:176.
- [2] 王光和.唇腭裂的序列治疗[M].北京:人民卫生出版社,1995:338.
- [3] 王国民,朱川,袁文化,等.汉语语音清晰度测字表的建立和临床应用研究[J].上海口腔医学,1995,4(3):125~127.
- [4] 邱蔚六,张震康.口腔颌面外科学[M].北京:人民卫生出版社,2000:414.

[文章编号] 1000-2200(2005)06-0564-02

。临床护理。

视网膜脱离围手术期体位护理

田 静,王剑锋

[摘要] 目的:探讨视网膜脱离围手术期体位护理的意义。方法:在一般护理的基础上,进行术前、术后特定的体位护理。结果:视网膜脱离体位护理可以帮助患者顺利渡过围手术期。结论:围手术期体位护理能减少患者手术并发症,对提高手术患者视力有积极的作用。

[关键词] 视网膜脱离;眼疾病/外科手术;护理

[中国图书资料分类号] R 774.13 [文献标识码] A

视网膜脱离是临床上常见的致盲性眼病,其中以孔源性视网膜脱离最多见^[1]。视网膜脱离时,因视网膜下液的重力作用及眼球活动,可使视网膜脱离的范围逐渐扩大。因此,在手术治疗的基础上,根据视网膜脱离的不同部位,在围手术期加强体位护理,对于提高视网膜脱离治疗的成功率具有重要意

义。我科近年来开展了以体位护理为基础的视网膜脱离围手术期护理,现作报道。

1 临床资料

2001~2004年,我科收治单眼视网膜脱离患者38例,其中男30例,女8例;年龄17~63岁。术前使用阿托品扩瞳,绘制眼底图,标明视网膜脱离的范围以及裂孔的位置和大小。采用巩膜外冷凝加压术21例,巩膜外冷凝加压术联合环扎术17例,其中联

[收稿日期] 2005-07-05

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 眼科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 田 静(1973-),女,安徽宿州人,护师。