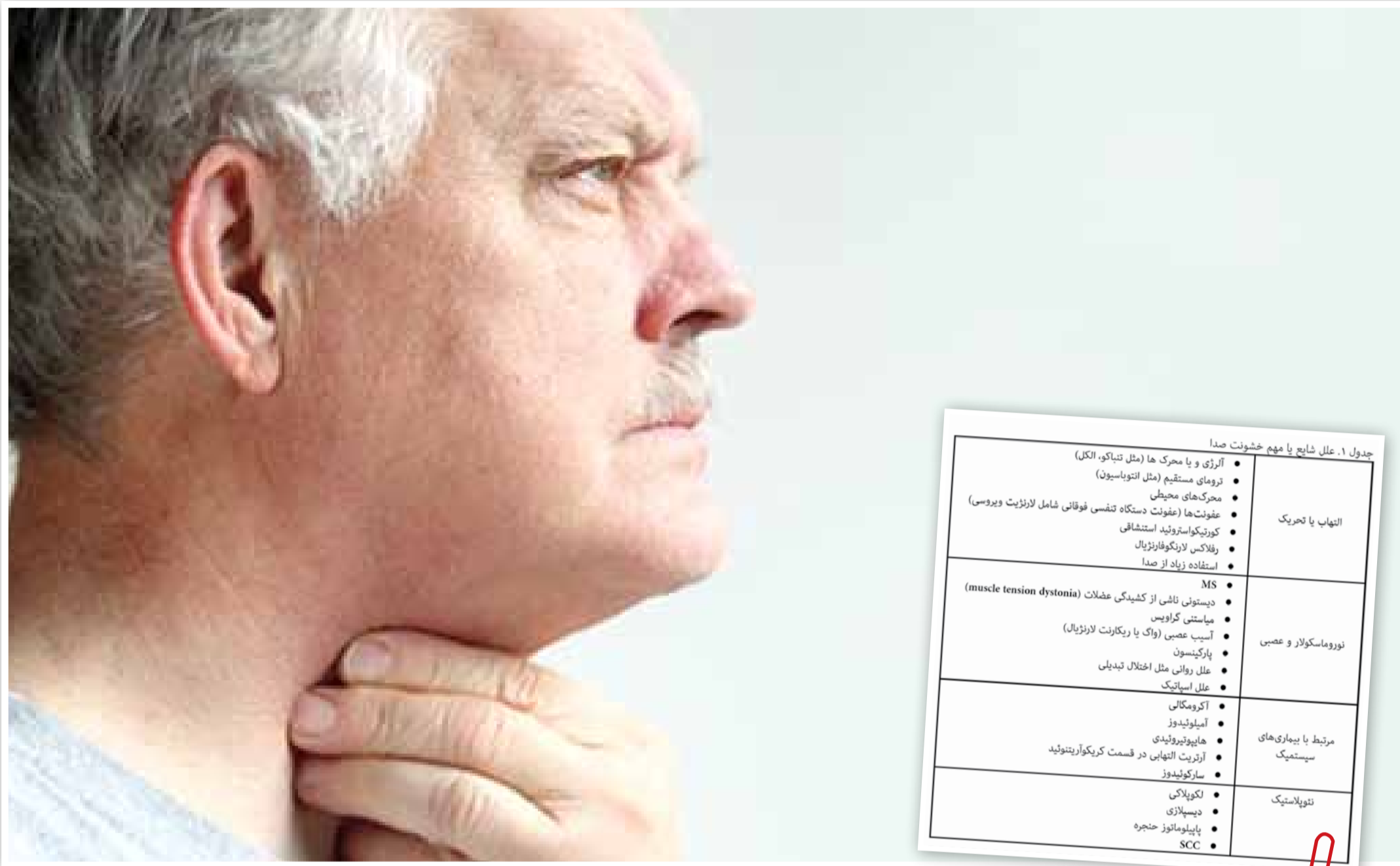


راهنمای بالینی بر خورد با بیمار مبتلا به خشونت صدا (۱)

وقتی صدای تان آن چیزی نیست که باید باشد



<ul style="list-style-type: none"> آرزی و یا محرک ها (مثل تنباکو، الکل) ترومای مستقیم (مثل انتوباسیون) محرک های محیطی عفونت ها (عفونت دستگاه تنفسی فوقانی شامل لارنژیت ویروسی) کورتیکواستروئید استنشاقی رفلاکس لارنژوفارنژیال استفاده زیاد از صدا 	التهاب یا تحریک
<ul style="list-style-type: none"> MS دبستونی ناشی از کشیدگی عضلات (muscle tension dystonia) میاستنی گراویس آسیب عصبی (واک یا ریکارنت لارنژیال) پارکینسون علل روانی مثل اختلال تبدیلی علل اسپانتیک 	نوروماسکولار و عصبی
<ul style="list-style-type: none"> آکرومگالی آمیوئیدوز هایپوتیروئیدی آرتریت التهابی در قسمت کریکواریتونوئید سارکوئیدوز 	مرتبط با بیماری های سیستمیک
<ul style="list-style-type: none"> لکوپلاکی دیسپلازی پاپیلوماتوز حنجره SCC 	نئوپلاستیک

دبستونی حنجره‌ای شناخته می‌شود، یک اختلال عصبی عضلانی با علت ناشناخته است که سبب کشش کنترل نشده روی عضلات حنجره‌ای شده و اسپاسم موضعی حنجره‌ای ایجاد می‌کند. اختلالات صدا با منشأ اعصاب و روان به طور کلی یک واکنش به استرس یا سایر اختلالات روانی مثل تمارض هستند. در آفونی تبدیلی conversion aphonia به‌طور مشخص نجوا کردن یا بیخ بچ کردن باقی مانده و سالم است اما صدای صحبت کردن از بین رفته که این حالت اغلب به دنبال یک حمله عصبی است. خشونت صدا می‌تواند تظاهراتی از بیماری‌های عصبی دژنراتیو متعددی باشد، مثل پارکینسون، میاستنی گراویس و اسکروز متعدد MS باشد اما خیلی نادر است که خشونت صدا تنها تظاهر این بیماری‌ها باشد.

بیماری های سیستمیک مرتبط
خشونت صدا ممکن است به دنبال چندین اختلال غدد درون‌ریز رخ بدهد. به‌طور قابل ملاحظه‌ای، هیپوتیروئیدی و آکرومگالی و آرتریت‌های التهابی مثل روماتیسم ممکن است حنجره را تحت تاثیر قرار داده و خشونت صدا ایجاد کند. سارکوئیدوز و آمیوئیدوز از علل کمتر شایع خشونت صدا هستند. آمیوئیدوز حنجره‌ای ممکن است تظاهراتی از بیماری سیستمیک باشد.

نئوپلاستیک
پاپیلوماتوز حنجره‌ای در بزرگسالان هم مثل نوزادان و کودکان به دنبال عفونت با HPV (ویروس پاپیلوماوی انسانی) اتفاق می‌افتد. لکوپلاکی حنجره‌ای ممکن است یک ضایعه خوش خیم پیش‌سرطانی باشد یا صراحتاً بدخیمی را مطرح کند. دیسپلازی یا لکوپلاکی مرتبط است و SCC رابطه بسیار نزدیکی با مصرف سیگار و الکل و رفلاکس لارنژوفارنژیال دارد. خشونت صدا اغلب اولین تظاهر SCC حنجره است اما سرفه، هموپتزی و درد حنجره یا دیسفاژی نیز اغلب وجود دارد. ■

ادامه دارد...
منابع:
دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

و مهم‌ترین علل آن در جدول شماره یک ذکر شده‌اند.
التهاب و عفونت
لارنژیت حاد یک علت شایع و خودمحدود شونده است که به‌طور خاص با خشونت صدا تظاهر می‌یابد. شایع‌ترین علل لارنژیت حاد یک دوره کوتاه استفاده مکرر از حنجره یا عفونت دستگاه تنفسی فوقانی است. علل کمتر شایع آن عبارتند از عفونت قارچی و باکتریایی. در بسیاری از بیماران التهابی و عفونی به جز لارنژیت حاد، خشونت صدا فقط یکی از چندین علامت بیماری را تشکیل می‌دهد. در آرژوی‌های راه‌های هوایی فوقانی که اغلب حنجره را درگیر می‌کنند خشونت صدا در همراهی با ترشحات بینی و سینوس است. لارنژیت اغلب با رفلاکس لارنژوفارنژیال مرتبط است. با وجود این، کرایتریای تشخیصی و مدیریت طبی اختصاصی آن هنوز بحث‌برانگیز است.

نوروماسکولار و اعصاب و روان
فلج تارهای صوتی می‌تواند یکطرفه یا دوطرفه باشد. تعداد زیادی از فلج‌های یکطرفه به علت آسیب‌های عصب ریکارنت لارنژیال است که طی جراحی‌های تیروئید، گردن، قلب و قفسه سینه یا در درگیری‌های مدیاستن و سرطان‌های قسمت‌های فوقانی ریه به‌وجود آمده است. شایع‌ترین علت فلج دو طرفه تارهای صوتی، جراحی‌های دوطرفه تیروئید است. همچنین طی ترومای مستقیم به حنجره (مثل انتوباسیون) ممکن است فلج تارهای صوتی اتفاق بیفتد. دبستونی ناشی از کشش عضله (muscle tension dystonia) به دنبال فشار حنجره‌ای یا خارج حنجره‌ای بیش از حد ایجاد می‌شود و علل این فشار فاکتورهای متعددی مثل کنترل تنفسی ضعیف، دریچه حنجره‌ای سفت، رفلاکس لارنژوفارنژیال و استرس است. اختلال تکلم ناشی از اسپاسم (دیسفونی اسپاسمودیک) که اغلب به عنوان

دید می‌شود) پوشش ناکافی بیمه است. هدف این متن بالا بردن آگاهی نسبت به خشونت صدا (دیسفونی) توسط همه پزشکان و کمک به تعیین شرایط نیازمند مداخله پارسیدی بیشتر است. تشخیص دیسفونی دقیقاً بر پایه ویژگی‌های بالینی است و نیاز به آزمون بیشتری ندارد و خشونت صدا یک علامت است که توسط بیمار یا همراه او مطرح شده و توسط پزشک یا هردو تشخیص داده می‌شود. بعضی از بیماران با کوچک‌ترین تغییراتی که مشاهده کنند، برای کار ناتوان شده و کاهش قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی‌شان رخ می‌دهد. برخی دیگر با بیماری قابل ملاحظه مثل بدخیمی هم ممکن است اختلال کمی در کارایی صوتی‌شان ایجاد شود.

آناتومی و کارکرد حنجره
حنجره یک ساختار پیچیده است که در تنفس، عمل بلع و صداسازی نقش مهمی دارد. گستره آن از قاعده زبان تا تراشه است. چارچوب حنجره از غضروف کریکوئید، تیروئید، آریتنوئید، اپی‌گلوت، کورتیکولیت و کوئی فورم تشکیل شده که با لیگامان‌ها و غشاها به هم وصل‌اند و به کمک عضلات داخلی و خارجی حرکت می‌کنند. تارها یا چین‌های صوتی به طور اولیه مسئول تولید صدا هستند. ساختارشان غشایی است و به غضروف آریتنوئید و تیروئید مرتبط‌اند و در وسط حنجره کشیده می‌شوند. عصب‌دهی حنجره توسط عصب سورپور و ریکارنت لارنژیال است که شاخه‌هایی از عصب واگ هستند. صداها به علت لرزش اپی‌تلیوم تارهای صوتی که ناشی از عبور هوای ریه است، تولید می‌شوند و نوسانات حاصل در فشار هوا امواج صوتی را ایجاد می‌کند. برای تولید صدا باید لبه‌های تارهای صوتی به‌اندازه کافی به هم برسند تا در اثر عبور هوا از حنجره، لرزش ایجاد شود. غضروف آریتنوئید و عضلات مرتبط با آن مسئول حرکت و کشش تارهای صوتی هستند. طنین صدا و رزونانس امواج صوتی با فرم و حرکت لب‌ها، فک، زبان، کام نرم و سایر اجزای سخن گفتن تعیین می‌شود.

علل خشونت صدا
علل خشونت صدا شامل تغییرات پاتولوژیک التهابی، اختلالات نوروماسکولار، شرایط عصبی و روانی و بیماری‌های سیستمیک و نهایتاً نئوپلازم است. شایع‌ترین

واژه خشونت صدا hoarseness و دیسفونی dysphonia اغلب به جای هم به‌کار می‌روند. اگرچه خشونت صدا یک علامت تغییر کیفیت صدا است و دیسفونی یک تشخیص است، دیسفونی عموماً به عنوان اختلالی در تولید صدا تعریف می‌شود که می‌تواند روابط اجتماعی و حرفه‌ای را مختل کند. خشونت صدا یک کیفیت خشن و ناهنجار در صدا است. خشونت صدا به طور کلی یک کیفیت غیرطبیعی در صداست که تظاهرات آن به صورت‌های زیر می‌تواند باشد: صدای گرفته، صاف کردن مکرر صدا، صدای خشن و گوش‌خراش، لرزنده، ضعیف یا زیر و بمی افزایش یا کاهش یافته صدا. اگرچه خشونت صدا شکایت شایعی در مراجعه کنندگان به پزشک خانواده است اطلاعات وسیعی از آن در دسترس نیست. خشونت صدا ممکن است علامت اصلی باشد اما در اغلب موارد در همراهی با سرفه، تنگی نفس، تب، و مشکلات بلع است. اگرچه این دو واژه هم‌معنی نیستند، در این گایدلاین واژه خشونت صدا (hoarseness) انتخاب شده، چون برای بیماران و پزشکان و سایر افراد غیرمتخصص شناخته شده‌تر است و هدف این بحث هم جنبه‌های دیگر دیسفونی نیست.

درمان‌های طبی، جراحی و رفتاری برای مدیریت خشونت صدا وجود دارد. در بین جمعیت عمومی فقط ۵/۹ درصد افراد با خشونت صدا به دنبال درمان هستند. به‌طور مشابه در معلم‌ها فقط ۱۴/۳ درصدشان با پزشک یا پاتولوژیست کلام (speech pathologist) مشاوره داشته‌اند و این در حالی است که صدای سالم از ملزومات حرفه‌شان است. در بعضی از شرایط بهبود کاملی از خشونت صدا ممکن است به‌دست نیاید و مسئولیت پزشک شامل، کم کردن خشونت صدا، بهینه‌سازی درک و توقعات واقع‌بینانه است. نداشتن آگاهی درباره خشونت صدا و علل آن مانعی برای مراقبت‌های مناسب است. در میان میانسالان، اشخاص به‌طور شایعی خشونت صدا را به افزایش سن‌شان نسبت می‌دهند. چنین گمان‌هایی ممکن است اقدامات درمانی را به بیندازد بیاندازد یا مانع مراجعه شود، بنابراین بهبود آموزش در بین تمام کادر سلامت و همچنین مراقبت‌های طبی کافی برای کاهش میزان خشونت صدا لازم به نظر می‌رسد. یک علت برای طلب نکردن درمان برای مشکلات کارکرد صوتی (در فرد خواننده) و در موارد تهدید کننده حیات (که در بیماران با سرطان

خشونت صدا یک تظاهر شایع در بزرگسالان در کلینیک ENT است. نزدیک به ۱/۳ درصد از افراد در طول زندگی‌شان دچار اختلالات صدا می‌شوند. خشونت صدا در بزرگسالان با سن ۶۵ سال یا کمتر از آن، شیوع دوره‌ای ۲۹/۹ درصد (درصدی از مردم که در برخی از دوره‌های زندگی‌شان مبتلا شده‌اند) و شیوع نقطه‌ای (مقطعی) ۶/۶ درصد (درصدی از مردم که در زمان خاصی مبتلا شده‌اند) دارد. همچنین مطالعات مقطعی دیگری در زمینه اختلالات صدا شیوع دوره‌ای بالایی را حدود ۲۸/۸ درصد در جمعیت عمومی یافته است. زنان بیشتر از مردان در معرض قرار دارند و نسبت زنان به مردان ۶۰ به ۴۰ است. خشونت صدا می‌تواند تمام گروه‌های سنی را درگیر کند. در بین کودکان میزان شیوع از ۳/۹ درصد تا ۲۳/۴ درصد متغیر است و بیشترین گروه سنی درگیر را ۸ تا ۱۴ ساله‌ها تشکیل می‌دهند. باقی ماندن مشکلات صدا تا ۴ سال یا بیشتر پس از تشخیص در ۳۸ درصد کودکان، مطرح کننده اهمیت مداخلات زودهنگام است. به‌علاوه، میانسالان در ریسک ویژه‌ای با شیوع نقطه‌ای ۲۹ درصد و بروز دوره‌های ۴۷ درصد قرار دارند. همچنین خشونت صدا در بعضی گروه‌ها مثل معلم‌ها شایع‌تر است (۵۸ درصد). خشونت صدا، علاوه بر آسیب به سلامت و کیفیت زندگی منجر به ویزیت‌های مکرر مراقبت سلامت و ضرر سالانه فراوان به علت غیبت‌های کاری می‌شود. برای مثال، بیماران با خشونت صدای ناشی از بیماری‌های نورولوژیک (مثل پارکینسون، دیسفونی اسپاسمودیک، لرزش صدا یا فلج تار صوتی) در مقایسه با بیماران قلبی-احتقانی، نارسایی قلبی، آنژین و بیماران انسدادی مزمن ریه، درجات شدیدی را از کاهش سلامت عمومی ناشی از کیفیت زندگی گزارش کرده‌اند. خشونت صدا همچنین ممکن است کارهای وابسته به صدا را مختل سازد. در جمعیت عمومی ۷/۲ درصد از اشخاص به علت مشکلات صوتی کارشان را برای یک روز یا بیشتر در سال از دست می‌دهند و این میزان در معلم‌ها به ۲۰ درصد افزایش می‌یابد. شرایط متعددی می‌تواند باعث خشونت صدا شوند، مثل یک التهاب ساده تا مسائل سیستمیک پیچیده مثل شرایط نورولوژیک یا سرطانی که حنجره را درگیر کرده است. خشونت صدا اغلب توسط علل خوش‌خیم یا خودمحدود شونده ایجاد می‌شود اما ممکن است تظاهراتی از یک بیماری جدی یا پیش‌رونده باشد که به مدیریت و تشخیص فوری نیاز دارد.