

降;一次呼吸暂停事件定义为口鼻气流停止  $\geq 5s$ 。睡眠呼吸低通气指数 (apnea hypopnea index,AHI)  $\geq 5$  次/h, 伴随血氧饱和度降低 3%以上, 即可诊断为 OSAHS。但对于腺样体和扁桃体肥大已明确的是否一定要行多导睡眠监测才能确诊 OSAHS 仍有争议。Brouillette 等<sup>[1]</sup>认为夜间血氧饱和度检测阳性时可代替 PSG 检查, 只有在阴性时才需用 PSG 检查作为鉴别诊断。因此需对多项指数全面综合分析后, 才能作出儿童 OSAHS 的正确诊断。

腺样体是咽淋巴环的重要组成部分, 稍有肥大即可部分或完全堵塞后鼻孔, 导致上呼吸道阻塞。腺样体肥大是引起儿童 OSAHS 最常见的病因, 是正常腺样体对抗原刺激的一种反应, 是鼻咽喉炎反复发作导致腺样体与鼻咽黏膜的淋巴滤泡增生肥大的结果, 因此认为肥大的腺样体一定是有病变的。腺样体肥大的诊断目前临床上较多采用鼻内镜及鼻咽侧位片二种检查法, 因后者为间接性, 并易受吞咽动作、鼻咽分泌物淤滞等影响, 诊断正确率不如鼻内镜检查。依鼻内镜下腺样体堵塞后鼻孔范围划分<sup>[2]</sup>: I 度:  $\leq 25\%$ ; II 度:  $26\% \sim 50\%$ ; III 度:  $51\% \sim 75\%$ ; IV 度:  $\geq 76\%$ 。临床诊断的腺样体肥大指 III 度及 III 度以上伴有影响全身健康或邻近器官功能者。扁桃体肥大在儿童 OSAHS 中也很常见, 但扁桃体的大小是否与 OSAHS 有相关性目前仍有争议, Li 等<sup>[3]</sup>指出临床检查扁桃体大小与呼吸紊乱指数(AHI)无关, 但扁桃体与咽腔比值(TP)与 AHI 相关。

对大多数 OSAHS 患儿来说, 腺样体和(或)扁桃体切除术是最有效的治疗方式, 有效率达 90%以上<sup>[4]</sup>。传统的扁桃体和(或)腺样体切除术可在局麻下进行, 局麻下手术时间极短, 易引起扁桃体或腺样体残留、术后出血、术后复发、门齿脱落等并发症, 术后对儿童的心理产生严重的负面影响, 现已较少应用。全麻下扁桃体及腺样体手术时术者可从容进行, 但需注意术后呼吸道护理, 由于术中麻醉插管及术区反复刺激, 可引起上呼吸道的水肿, 术后 2h 内必须严密观察生命体征, 对于舌根肥厚的患儿, 拔出气管插管后有严重的打鼾及上呼吸道阻塞表现, 需使用类固醇激素减轻水肿, 同时

可使用鼻咽或口咽气道保持气道通畅, 避免气管切开。

肥大腺样体的治疗以手术为主。由于腺样体位置深且隐蔽, 加之腺样体与咽壁之间无纤维组织包膜, 因此传统的经口途径腺样体刮除法带有一定的盲目性, 全凭术者的临床经验和手感操作, 易导致近后鼻孔上缘、两侧咽鼓管圆枕处的腺样体组织残留及误伤邻近组织结构。鼻内镜下切除腺样体国内外均已报道。它以清晰明视替代了盲目操作, 病变切除彻底, 确保圆枕及鼻咽部其他结构免受损伤, 但因该手术创面大、出血多, 再则鼻咽部的解剖深且隐蔽等特殊致止血困难, 出血潜在性大而增加手术风险。

低温等离子射频消融技术是耳鼻喉科近年发展起来的一种新的微创技术, 其利用射频作用, 经对软组织深部的病变组织细胞产生强烈的分子运动, 在低温状态下打开分子链, 达到黏膜下组织的消融作用, 4~6 周后出现最佳的组织收缩效果, 加之术后的疤痕收缩作用, 使组织体积进一步缩小。在鼻内镜辅助下将它用于腺样体切除, 不但操作明视、准确, 而且不损伤表面黏膜及凝血功能, 在操作时出血极少, 故较电动负压切割术具有术时短、创伤小、周围组织损伤极少、切口反应及疼痛轻微、修复时间短和并发症少等优点。从本组病例疗效观察, 低温等离子射频消融技术能彻底有效地消除腺样体, 为腺样体切除术提供了一种安全、有效、微创的理想治疗术式。

参考文献

[1]Fra nco RA Jr,Rosenfled RM,Rao M.First place-resident clinical science award 1999.Quality of life for children with obstructive sleep apnea[J].Otolaryngol Head Neck Surg,2000,123(1): 9~16  
 [2]张亚梅,赵靖,刘卫一,等.儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的诊治[J].中华耳鼻喉科杂志,2004,39(11): 654~657  
 [3]Brouillette R T,Morielli A,Leimanis A,et al.Nocturnal pulse oximetry as an abbreviated testing modality for pediatric obstructive sleep apnea[J].Pediatrics,2000,105(2): 402~412  
 [4]Li AM,Wong E,Kew J,et al.Use of tonsil size in the evaluation of obstructive sleep apnoea[J].Arch Dis Child,2002,87: 156~159  
 [5]Brower CM,Gungor A.Pediatric obstructive sleep apnea syndrome[J].Otolaryngol Clin North Am,2000,33(1): 49~75

(收稿日期: 2006-12-27)

## 乙型肝炎患者的心理特点及其护理

康梅芳

(浙江省丽水市中心医院 丽水 323000)

关键词: 乙型肝炎; 心理护理; 心理特点

中图分类号: R 473.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0004-01

心理护理是指在护理过程中, 根据医护心理学的理论, 通过人际交往影响或改变病人的心理状态和行为, 促进其疾病的康复或向健康方向发展。乙肝病人保持良好的心态, 配合治疗及护理, 对疾病的康复尤为重要。下面本人总结了乙肝病人的几种心理特点及相关的心理护理措施。

### 1 焦虑心理

乙肝病人从熟悉的工作、家庭环境来到陌生的住院病房, 而且是传染病房, 被隔离起来, 不能看到熟悉的家人, 周围都是陌生的面孔, 首先就产生了焦虑情绪, 一下子不能适

应病房生活。还有的病人住院四五天后由于花了一定的钱, 用了很多的药, 疗效不明显, 也产生了焦虑情绪。有些病人来自农村, 经济比较困难, 又是家庭的主要支柱, 病倒了经济来源就断了, 由此也产生焦虑心理。

针对以上病人的焦虑心理, 我们采取的心理护理措施如下: 病人刚入院时做好热情的接待工作, 做到“六个一”服务, 包括为病人铺好第一张床、送上第一壶水、倒上第一杯水、送上第一个微笑、订好第一顿饭、做好第一个入院宣教, 主动介绍自己和主管医师及《住院病人须知》, 以及(下转第 8 页)

膜层次不清,不断增生粘连。

### 1.3 手术方法

1.3.1 切除翼状胬肉 均在手术显微镜下进行,常规消毒铺巾,开睑器开睑。倍诺喜表麻,以2%利多卡因自胬肉颈部及体部与巩膜之间注入使之隆起。用剃须刀片自胬肉头部边缘作一切口,深至角膜前弹力层,虹膜恢复器自胬肉颈部穿过,向头部方向作钝性分离,用有齿镊抓提胬肉颈部,于胬肉颈部弧形剪开结膜,在胬肉上方、下方分别与正常结膜上皮、巩膜作钝性分离,至泪阜。切除胬肉头、颈、体部及其余变性结膜,复发性胬肉则切除所有结膜下瘢痕组织,并将巩膜表面刮除干净,角膜面残留的胬肉组织用刀片刮的方法去除干净。暴露的巩膜面适当烧灼止血。

1.3.2 制作角膜缘移植片 嘱患者眼球下转,自上方球结膜下注少许利多卡因使之与球筋膜分开,作与角膜缘为基底、与胬肉缺损区相应大小的“U”形带角膜缘组织(约含4mm结膜组织及0.5mm透明角膜),使其带有薄层角膜基质层。

1.3.3 移植片固定缝合 将带有角膜浅基质层的移植片,上皮面向上展铺在胬肉切除的缺损区,注意不要反转,植片的角膜缘侧与植床的角膜缘侧相吻合,用10-0进口尼龙线将植片与角膜缘周围正常结膜间断缝合,注意需要带缝线层巩膜,防止植片移位,缺损大小缝6~12针。上方取植片处可不予处理,若创面缺损过大,可将周围球结膜牵拉对位缝合。

1.3.4 术后处理 结膜囊涂红霉素眼膏,绷带单眼加压包扎3d,3d后拆除绷带,滴典必殊眼药水,每日4次,至术后2周,每2天裂隙灯显微镜观察角膜及植片情况,10d左右拆线,术后3个月~1年每月随访1次。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 (1)治愈:角膜创面愈合,透明光滑,无新生血管,移植片成活,颜色红润。(2)复发:角膜创面新生血管及胬肉组织侵入,结膜充血,局部组织增生,植片坏死,颜色苍(上接第4页)介绍同室的病友给新病人认识,使新病人迅速地熟悉周围的环境及同室病友,迅速地融入到病房生活中。护士做到语言文明、态度和蔼,告知病人隔离治疗只是暂时的,在病情允许及做好消毒隔离措施的前提下,允许家属探视。针对治疗效果不明显的病人,我们请来老病人现身说法,解除其焦虑心理,使其安心地配合治疗及护理。针对患者经济困难产生的焦虑心理,我们告知患者身体是革命的本钱,只有好身体才会有好工作,才能够挣钱,发动其亲友等凑款医治病人,以解病人的燃眉之急。

## 2 悲观、抑郁心理

慢性乙肝病人得知自己得的是慢性病,又没有什么特效药,有的还会转变为肝硬化、肝癌,由此产生了悲观、厌世、抑郁的心理,有的病人表现为沉默少言、愁眉苦脸、闷闷不乐,对周围的人和事没有任何兴趣,对医务人员的问话也爱理不理。还有的病人特别是重型慢性乙型肝炎病人,拒绝口腔护理、翻身、抽血等,甚至自暴自弃,放弃治疗,甚至出现轻生的念头。

对于有悲观、抑郁心理的病人,我们做到主动和他们沟通,告知患者乙型肝炎虽然没有特效药,但现在的抗病毒治疗药物如拉米夫定、阿德福韦、恩替卡韦等已挽救了一大批乙型肝炎病人,也延缓了乙型肝炎向肝硬化发展的脚步。随着科

实用中西医结合临床 2007年8月第7卷第4期  
白,萎缩脱落。

2.2 手术结果 随访期内152眼治愈,2眼复发,均为复发性胬肉,且结膜下瘢痕粘连较重者,此次手术后瘢痕粘连减轻。

## 3 讨论

翼状胬肉是以结膜下纤维血管异常增生为特征的眼表疾病,发展到一定程度时可引起视力障碍、散光、眼部不适等,严重影响患者的身心健康。其发病机制目前尚未明确,可能与紫外线的照射损害角膜缘干细胞、气候干燥、接触风尘有一定关系<sup>[1]</sup>,也可能与手术创伤、术后炎症反应及原有致病原因有关,目前翼状胬肉的治疗主要以手术为主,传统的单纯切除容易复发,国内报道其复发率为20%~70%<sup>[2]</sup>,羊膜移植虽大大降低手术复发率,但也存在取材不便、排斥反应、局部反应重等缺点。基于角膜缘干细胞理论,近年逐渐发展了自体角膜缘干细胞移植,角膜缘干细胞位于角膜缘基底部,含有丰富的蛋白酶,具有增殖潜力高、细胞周期长、分化程度低、呈向心运动等特性,可稳定受损角膜表面,阻止新生血管的侵入及假性胬肉的形成<sup>[3]</sup>,角膜缘上皮移植为胬肉切除区提供了新的干细胞组织,为重建角膜缘Vogt栅状皱纹、阻止结膜血管侵入及重组角膜表面起了很重要的作用<sup>[4]</sup>。本组的结果显示,自体角膜缘干细胞移植较常规方法能较好地促进角膜上皮的修复,减少瘢痕形成,提高术后视力,明显降低胬肉的复发,取材方便,无排斥反应,符合原有生理结构,复发率低,并发症少,是一种合理、有效、安全的手术方式。

### 参考文献

[1]刘祖国.眼表疾病学[M].北京:人民卫生出版社,2003.588-598,43-52,369  
[2]惠延年.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.73~74  
[3]杨德胜.眼科治疗学[M].北京:人民卫生出版社,1983.376  
[4]孙轶军,张一凡.带角膜上皮自体角膜缘干细胞治疗翼状胬肉[J].眼外伤职业眼病杂志,2004,26(11):782

(收稿日期:2007-01-19)

学技术的迅猛发展,乙肝的难关一定会攻克。我们指导患者听听轻音乐,看看搞笑的幽默、笑话、娱乐报纸,以此转移患者的注意点。对于有抑郁心理的病人,我们要多关心、多理解、多观察,转移其周围的危险物品,指导患者家属严密陪护,讲解以往重型乙型肝炎病人治愈的例子,打消病人放弃治疗、轻生的念头。

## 3 多疑心理

慢性乙型肝炎病人特别是处于更年期的女病人,会变得敏感、多疑,特别关注自己身体的一些小变化,有时连自己的心跳、呼吸和胃肠道蠕动的声音也能听到。她们十分重视自己的各项化验检查,想第一时间知道自己的化验结果,经常揣测别人尤其是医生护士谈话的含义,迫切想知道各项治疗的目的及效果。

针对有多疑心理的病人,我们指导病人朗诵诗歌,多和同室病友聊天或下棋等,以分散其注意力,分散其对自身躯体变化的过多注意。对于各项化验结果,尽量在第一时间告诉病人,碰到治疗效果不明显的化验结果,语气异常委婉,让病人有一个接受的过程。对于病人的问话尽量回答,关于治疗方面的问题,也请主管医师作一详细的回答,以打消病人的疑虑心理。

(收稿日期:2006-06-20)