维普资讯 http://www.cqvip.com

表5 成人联合主瓣腱索支配[%(例)]

名称	一群乳头肌		二群乳头肌		三群乳头肌		无乳头肌	
	有腱索	无腱索	有腱索	无腱索	有腱索	无腱索	有腱索	无腱索
前外瓣	0(0)	0(0)	33.3(3)	66.6(6)	71.4(5)	28.0(2)	0(0)	0(0)
后外瓣	0(0)	100(1)	0(0)	100(11)	0(0)	100(1)	0(0)	0(0)
后内瓣	81.3(13)	18.7(3)	86.1(62)	13.9(10)	100(3)	0(0)	100(1)	0(0)

表6 成人副瓣腱索支配[%(例)]

名称	一群乳头肌		二群乳头肌		三群乳头肌	
	有腱索	无腱索	有腱索	无腱索	有腱索	无腱索
前内副瓣	25.0(11)	75.0(33)	0(0)	0(0)	100(4)	0(0)
后内副瓣	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	100(1)	0(0)
前外副瓣	25.0(2)	75.0(6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
后外副瓣	0(0)	100(22)	0(0)	100(1)	9.1(1)	90.9(10)

3 讨论

从观测结果可见，主瓣主要由2群乳头肌支配，而1群乳头肌支配者则乳头肌条数增多或配合有较多腱索支配。内瓣主要由内群乳头肌和较多条腱索支配，前瓣主要由圆锥群和前群2群乳头肌支配，大多数无室壁腱索。后瓣由1群和2群乳头肌支配者大致相等，前者主要由后群乳头肌支配，后者主要由后群和内群乳头肌支配，后瓣大多数无腱索支配。外瓣主要由前群和后群2群乳头肌支配，大多无腱索。后内瓣主要由内群和后群乳头肌支配，大多配合有内壁腱索，前外瓣主要由前群和后群2群乳头肌支配，大多无室壁腱索，后外瓣主要由前群和后群2群乳头肌支配，大多无室壁腱索。

副瓣一般只有1群乳头肌支配，而且大多数不伴有室壁腱索。此外，前内副瓣和后内副瓣尚存在只有腱索而无乳头肌支配的范例。

主瓣游离缘乳头肌支配多为2群乳头肌支配或1群的2个以上的乳头肌支配。乳头肌群个数与腱索支配有一定关系，1群乳头肌支配者则个数增多，2群乳头肌支配者则个数相对减少。乳头肌和室壁腱索的个数呈反比关系。支配瓣叶的乳头肌个数少者则支配瓣叶的室壁腱索数目多，反之，乳头肌个数少而室壁腱索数目多。主瓣的乳头肌与腱索支配没有明显性差别。

[参考文献]

[1] 谭德炎，左焕琛. 三尖瓣的应用解剖学研究[J]. 解剖学杂志，1994，17(2)：93－97.
[2] 纪承寅，周春娜，周亚平，等. 超声检测乳头肌长度与角度的解剖研究[J]. 中国临床医学影像杂志，1997，8(4)：271.
[3] Kocak A, Govsa F, Aktas EO, et al. Structure of the human tricuspid valve leaflets and its chordae tendineae in unexpected death. A forensic autopsy study of 400 cases[J]. Saudi Med J, 2004, 25(8): 1051－1059.

(编辑：余汇洋)

·个案与短篇·

门诊注射室病员心理变化及护理干预

曹 佩，王丽红，喻启玲，张淑霞 (第三军医大学附属西南医院门诊部，重庆 400038)

[关键词] 心理变化；护理干预；门诊注射室
[中图分类号] R395.5；R452 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)04－0257－01

医院门诊注射室是医院护理工作的窗口和重要组成部分，是和外界接触最频繁的一个部门，护理工作的好坏直接反映医院的护理整体水平。为了能够更好的为门诊病人服务，作者调查了2003年5月至11月门诊注射室的137例患者，分析了门诊注射室病员心理变化并提出了护理干预。现报告如下。

1 资料与方法

本组137例，男87例，女50例。年龄5～72岁。大专以上占35例，高中33例，初中及以下69例。工人26例，农民24例，教师18例，公务员27例，学生42例；急诊42例，平诊95例；接受肌肉注射者62例，关节腔注射20例，静脉注射22例，胸腹腔穿刺及药物泵注射等33例。对137例患者进行问卷调查，收回问卷137份。

2 结果

本组病例有90例到注射室后由于各种原因产生恐惧心理(65.7%)，其中52例害怕注射；23例怕护士操作欠熟练；5例怕药物刺激。病员认为护理人员在工作中技术水平重要的占63.2%，而认为工作态度更重要的占35%。

3 讨论

3.1 语言是护士与病员沟通的重要工具

选择恰当的称呼往往是我们与病人建立良好关系的起

(下转273页)

[收稿日期] 2005－01－15 [修回日期] 2005－02－20

维普资讯 http://www.cqvip.com

膜缺血。胡怀彬认为当视网膜缺血时,细胞ATP酶活性下降及谷氨酸释放增加,最终导致细胞内Ca^{2+}超载,反应氧大量产生,诱发调亡的产生[6]。③兴奋性氨基酸。Dreyer认为高眼压使受损细胞膜通透性增加,谷氨酸溢至细胞外,高眼压或缺血缺氧损害了Muller细胞清除细胞外谷氨酸的能力[7]。细胞外高浓度的谷氨酸过度刺激了其在细胞表面的受体,尤其是NMDA受体,引起细胞膜内的Ca^{2+}通道开放,结果是细胞内Ca^{2+}超载。过多的Ca^{2+}激活了许多钙敏感酶如一氧化氮合成酶(NOS),生成一氧化氮(NO),其具有自由基性质。大量的Ca^{2+}内流能在线粒体内抑制ATP合成,形成的反应氧中间产物均具有损害性,二者结合导致DNA碎裂。另外在Ca^{2+}内流介导的一系列反应中,通过严重耗尽细胞内能量而间接导致细胞死亡;某些状况下,NO也激活p53,最终导致调亡。④一氧化氮。一氧化氮是无机小分子气体,属自由基结构,高度活泼,弥散速度快,半衰期短,极不稳定。细胞内Ca^{2+}超载,激活NOS,催化L-精氨酸产生NO。NO的存在激活细胞内第二信使cGMP,进一步激活蛋白激酶,通过一系列机制影响细胞代谢过程;刺激RGC产生大量的超氧化物诱导RGC调亡;引起细胞核酸亚硝酰化,破坏DNA的螺旋结构,导致细胞损伤;与某些铁原子结合,抑制与细胞呼吸有关的关键酶的活性,破坏神经元。⑤神经生长因子的损害作用。实验表明,当视网膜缺血,视乳头小星形胶质细胞的数量增加、活性增强,并释放神经生长因子,该神经生长因子可直接杀死视网膜神经元。⑥缺锌。锌主要分布在眼视网膜色素上皮层和感光细胞的内节。实验表明,锌可降低缺血时RGC的死亡率,通过下调NMDA受体活性可阻止GABA-A受体对缺血导致的神经节细胞损害而起保护作用。缺锌可提高RGC对缺血的敏感性。

2.3 视网膜缺血再灌注损伤对中枢视觉系统的影响

近年的研究表明,急性青光眼致视网膜缺血再灌注损伤会向中枢视觉系统发展,青光眼可能是整个视觉系统的一种神经退变性疾病。近20年来,研究表明在中枢神经系统,如果一组神经元受到损害,那么在其通路远端的承担相同功能的第二组神经元,可能会出现退行性改变。如果视网膜神经节细胞的轴突被切断,那么不仅输送到外侧膝状体(LGN)的远端轴突会发生变性,与这些轴突形成突触的LGN神经元也将发生变性。在某些情况下,位于视皮质的第三组神经元也会变性[8]。在实验性青光眼模型中观察到的LGN和视皮质神经元特异性蛋白的表达变化究竟是跨神经元变性的结果,还是独立的可塑性变化,或者两者兼而有之,仍需进一步研究。

目前大部分有关青光眼脑损害的证据均来自实验性青光眼动物模型,人们对人青光眼脑部变化的了解相当有限,有待于采用多学科的方法评价青光眼中枢视觉系统的变化,更好的认识这一疾病。

[参考文献]

[1] Sharp FR, Sagar SM, Hichs K, et al. c-fos mRNA, Fos, and Fos-related antigen induction by hypertonic saline and stress[J]. J Neurosci, 1991, 11(8):2321-2331.

[2] Hsu CY, An G, Liu JS, et al. Expression of immediate early gene and growth factor mRNAs in a focal cerebral ischemia model in the rat[J]. Stroke, 1993, 24(12 suppl) 178.

[3] Murphy TH, Worley PF, Baraban JM. L-type voltage-sensitive calcium channels mediate synaptic activation of immediate early genes[J]. Neuron, 1991, 7(4): 625-635.

[4] Sheng M, Creenberg ME. The regulation and function of c-fos and other immediate early genes in the nervous system[J]. Neuron, 1990, 4(4): 477-485.

[5] Van Buskirk EM, Cioffi GA. Glaucomatous optic neuropathy[J]. Am J Ophthalmol, 1992, 113(4): 447-452.

[6] 胡怀彬.青光眼视神经保护治疗的进展[J].眼科,2002,11(5):308-312.

[7] Dreyer EB, Zurakowski D, Schumer RA, et al. Elevated glutamate levels in the vitreous body of humans and monkeys with glaucoma[J]. Arch Ophthalmol, 1996, 114(3): 299-305.

[8] 戴毅.青光眼与中枢视觉系统[J].国外医学眼科学分册,2003,27(4):209-212.

(编辑:兰阳军)

(上接257页)

点[1]。到注射室进行治疗的病人,常需要数天甚至一天数次注射,如能记住病人的名字,则更能让病员感到护士的关注,从而消除紧张、恐惧心理。要善于抓住与病人交谈的契机。无论病员做何种注射前,都必须用语言与病员进行沟通,以解除其思想顾虑和负担,取得积极配合。谈话要有针对性,与病员交谈不是闲聊,而应是有主题,有目的的交谈。要针对病员年龄,性格,职业的不同,选择不同谈话方式和内容,要紧紧围绕病员的病情和治疗。不要海阔天空,漫无边际,要善于控制谈话的局面,将谈话控制在对治疗有帮助的范围内。要多安慰和鼓励病员,人身逆境,面对不幸时,希望得到别人的安慰和鼓励。对于老人及感情脆弱的病人,要多用安慰性语言。对于小孩,要多用鼓励性语言。

3.2 善用非语言交流

非语言交流是不使用语言的交流,通过人的目光、表情、动作和空间距离等来进行人与人之间的信息交流。非语言交流除了能辅助有语言的作用外,还具有较强的表现力、吸引力,又可跨越语言不通的障碍。所以比语言性信息更富有感染力。非语言交流的信息是不间断的,而语言交流的信息是间断的。而非语言交流的信息是连续的,只要人与人在一起就会自然而然地传递信息[2]。因此,有人认为非语言交流的重要性甚至超过语言性沟通在为病员进行注射时,要善用非语言交流。护理过程中常用的非语言信号系统包括面部表情,目光接触,身体的姿势和运动,以及必要的触摸(对儿童、重病员)。有时对病员的关心体贴,可以体现在一个细微的动作中。如摸摸发热病人的额头,在为病员注射完毕后帮病人把衣袖放下。病员在注射室由于各种原因产生恐惧心理,不仅影响治疗效果,而且也体现了护理工作的好坏。通过与病员语言沟通、非语言交流和高超熟练的业务操作能力等护理干预,不仅能服务于病员,还可以提高自己的专业理论水平与交往技能,医院也可因此而产生明显的社会和经济效益,使门诊注射室真正成为医院的窗口。

[参考文献]

[1] 江华容,张晓芳,朱春丽,等.内科住院病人有关护理问卷调查结果与分析[J].护士进修杂志,1997,12(3):46.

[2] 喻启玲.非语言交流在门诊体检工作中的应用[J].局解手术学杂志,2005,14(2):封三.

(编辑:左艳芳)