

动血液分析仪。经给患者采末稍静脉血，经稀释后加入血液分析仪自动分析，打印出 PLT、PDW、MPV 值。整个测定过程科学、规范符合要求。

3 结果

3.1 各组患者血小板参数检验结果见表 1。

表 1 各组患者血小板参数检验结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别    | n   | PLT ( $\times 10^9/L$ ) | PDW (fi)         | MPV (fi)         |
|-------|-----|-------------------------|------------------|------------------|
| 对照组   | 100 | 180.26 $\pm$ 42.58      | 15.82 $\pm$ 3.56 | 12.64 $\pm$ 1.36 |
| 慢性肝炎组 | 18  | 166.42 $\pm$ 37.56      | 14.68 $\pm$ 3.20 | 10.84 $\pm$ 1.12 |
| 肝硬化组  | 100 | 76.58 $\pm$ 24.65*      | 14.22 $\pm$ 2.60 | 8.78 $\pm$ 1.00* |

注：\* 与正常组比较， $P < 0.001$ ，与慢性肝炎组比较， $P > 0.001$ 。

从表中可以看出，肝硬化组 PLT 和 MPV 比慢性肝炎组和正常对照组显著降低 ( $P$  均  $< 0.001$ )，但 PDW 在三组间未见显著差异 ( $P$  均  $> 0.05$ )。

3.2 各年龄组各级肝硬化患者血小板检测结果，见表 2。

表 2 各年龄组各级肝硬化患者血小板参数检测结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 各年龄组<br>分 级 | n  | PLT ( $\times 10^9/L$ ) | PDW (fi)         | MPV (fi)         |
|-------------|----|-------------------------|------------------|------------------|
| A 级         | 36 | 94.58 $\pm$ 38.25       | 15.45 $\pm$ 2.76 | 10.98 $\pm$ 1.86 |
| B 级         | 34 | 92.40 $\pm$ 22.35       | 16.11 $\pm$ 3.52 | 10.98 $\pm$ 2.23 |
| C 级         | 30 | 64.82 $\pm$ 36.56*      | 13.98 $\pm$ 2.46 | 7.78 $\pm$ 1.12* |

注：\* 与年龄组 A 比较  $P < 0.05$ ，与年龄组 B 级比较  $P > 0.05$ 。

肝硬化患者血小板系数之间相关分析 PLT 与

MPV 呈正相关关系 ( $r = 0.833, P < 0.001$ )，PLT、MPV 与 PDW 之间无显著相关关系。

讨 论

本文统计结果显著慢性肝炎和肝硬化患者，PLT 数量和 MPV 体积比正常对照组显著降低，说明血小板参数 PLT 和 MPV 的改变与肝损害程度有一定关系。机理可能包括以下几点：肝炎病毒通过多种因素，释放血小板活化因子导致肝窦内皮细胞损伤，微循环障碍及血栓形成发生肝损害。脾功能亢进，肝硬化时，脾脏增大，使血小板破坏增多，寿命缩短，脾结构紊乱伴有异常细胞分布。因此，脾功能亢进是慢性肝炎及肝硬化时血小板减少原因之一。骨髓造血障碍，肝炎病毒对骨髓巨核细胞系统有明显的抑制作用，骨髓本身的异常病理变化是慢性肝炎及肝硬化患者血小板下降的重要原因。

本文结果显示慢性肝炎及肝硬化不仅 PLT 减少且 MPV 降低，说明血小板体外聚集能力显著障碍，功能差，血小板的减少与肝损害的程度成正比。血小板体积一方面反映了骨髓中巨核细胞增生代谢及血小板生成情况。因此，对肝病患者在作肝功能化验的同时也查血小板计数及平均血小板体积的变化，分析血小板参数，尤其是对慢性肝炎及肝硬化患者的血小板功能及凝血异常的判断具有重要意义。

(收稿：2005-05-23)

## 滑动性腹股沟疝 30 例诊治体会

杨凌示范区医院外科(712100) 刘会侠

滑动性腹股沟疝发病率低，约占腹股沟疝 3%~6%。我院自 1991 年 7 月~2004 年 3 月共收治滑动性腹股沟疝 30 例，均行手术治疗治愈，现报告如下。

### 临床资料

30 例中，男 27 例，女 3 例，年龄 36~80 岁，平均 61.6 岁，右侧 26 例，左侧 4 例。最长发病 40 年，最短半年，其中伴急性嵌顿 4 例，复发疝 2 例，前列腺增生症 14 例，脑血管意外致偏瘫 2 例。下滑脏器及在直疝、斜疝中分布：下滑脏器为卵巢 2 例，全属斜疝；为盲肠 3 例，全属斜疝；为升结肠 1 例，属斜疝；为乙状结肠 1 例，属斜疝；为膀胱 23 例，属直疝 9 例，斜疝 14 例直疝。临床表现：伴有排尿困难，膀胱刺激症状者 5 例，因疼痛不能耐受疝带压迫者 2 例，疝块还纳后患侧较健侧饱满者 6 例，便秘者 2 例，消化

不良者 1 例。伴有局部疼痛者 10 例，除包块外无任何不适者 5 例。30 例均行手术治疗，术中确诊下滑脏器为膀胱者，术后留置尿管 5~7d，无切口感染及复发。

### 讨 论

1 滑动性腹股沟疝诊断问题：一般没有特殊临床表现，术前不易确诊。本组术前确诊 6 例，怀疑 4 例，在术中得到证实，其余 20 例均在术中确诊。笔者认为以下几点对滑动腹股沟疝有诊断价值：(1) 术前详细询问病史，原先应用疝带有效，以后逐渐出现疼痛不能忍受疝带压迫者。本组有 2 例，与内脏器官对压迫牵拉疼痛定位明确有关。(2) 伴有排尿困难膀胱刺激症状者。本组有 5 例，术中证实为膀胱，术后随访症状消失。(3) 疝块还纳后，患侧较健侧饱满者。本组有 6 例，可能与疝内容物是疝囊一部分，疝囊不能入腹有关。(4) 对病程年龄大的特别要警惕本病。(5) 术中发现疝囊脂肪组织丰富，剥离时易出血者，下滑脏器可能为膀胱。因为膀胱脂肪组织丰富，血液循环丰富，剥离时出血多，如果为腹膜外脂肪层就无此特点。

(下转第 904 页)

没有必要花费时间和精力对这类问题给予过多的限制。实际上,过分的强调模式化,在很大程度上会影响护士的应变能力与应变意识,这对教学环节与实践环节都是不利的。

### 3 缩小教学与临床护理差距的途径

3.1 院校协作,共同制定出多元化的基护操作标准:护理操作的最终目标就是最大限度的给病人提供优质服务,保证其身心健康的维持和促进。因此,操作标准的制定标准之一就是在科学的基础上保证病人的安全与舒适,所以对不同的操作内容应与有着不同的侧重点。如:病人的生活护理应以舒适为主;而注射、输液、输血等直接涉及到病人生命安全的就应以规范化为主。另一个标准就是应遵循功利性的原则,尽可能做到节约护理资源与护士精力,达到经济实用的原则。第三个标准即在以上两个标准的前提下,将有些操作可能有多种可行性的方法在应用时同时写出,并标出方法 1、方法 2。

3.2 开通医院与学校直接对话的通道:教学与实践的各行其道是教育界的老话题,只不过在护理学方面表现更加突出。尽管采取了不少措施,但两者之间仍难沟通,教学的规范化是科学化的体现,而实践中的经验积累又是学科有生命力的体现。但是由于缺乏沟通而导致了教学中的规范在实践中一部分派不上用场,使护生走向临床护理时出现了许多不适应的局面。将医院与学校紧密地结合在一体,必须积极创造条件,多开展一些

双方护理技术操作方法的探讨与比赛,借助这些机会进行交流,以发现不同点,有助于将这一操作过程中的有关问题的认识引向深入,达到共识。这样,可以互相学习,取长补短,形成院校之间更为实用、合理的技术操作流程,使教学与实践之间既有统一标准,又有百家争鸣。也只有这样,才能够使护生将所学的基护操作灵活的运用于各类规模医院的临床护理之中。

3.3 教师与临床护士的直接沟通:由于多年来一直继承着学校的师资定职定责地担负着教学工作,而医院的代教老师则是在临床第一线工作,这一体制加大了医院与学校之间的差距,同时又限制了教学与实践的相互直接沟通。所以,要缩小其差距,应在采取学校的护理教师与医院临床代教老师实行定期的座谈交流的方式,这才是最有效、最直接的沟通方法。

3.4 紧紧抓住护生毕业实习的良机:护理教学中的见习与实习,是一年一度的医院与学校之间交流的最佳时机,互相交换意见并互相反馈当前护理教学中变化着的护理操作过程与医院护理实践的新经验、新信息、新技术,然后在今后的教学中,在正规的技术操作的基础上,将这些新经验、新信息、新技术讲授给学生,使学生在校期间,即对医院的临床护理的某些“非正规”的经验有所接纳,同时,又解决了长期存在着的教学与实践不能紧密结合的现状。

(收稿:2005-01-06)

(上接第 849 页)

(6) 每次做腹股沟疝手术时应想到本病。

2 疝囊处理 滑动性腹股沟疝疝囊在处理上非常重要,处理不当,既易损伤下滑脏器,术后又易复发。滑动疝用常规疝囊高位结扎并不能堵塞其下滑通道,下滑脏器不可能满意回纳至腹腔,应采取疝囊成形术。具体方法是在疝囊内将疝囊后壁切开,通过一定缝合再建一个与下滑脏器无关的疝囊,并使下滑脏器无腹膜覆盖部分“腹膜化”,才能使下滑脏器还纳入腹腔<sup>1</sup>,进一部完成疝囊高位结扎。此方法适合各种下滑脏器的处理。

3 修补方法 滑动性疝随着年龄增大有发病率增高趋势<sup>1</sup>,所以老年患者居多,本组平均年龄 61.6 岁。老年人因腹横筋膜缺陷、破坏或缺损,加之疝囊处理困难,易造成手术失败复发。98 年前一般采取内环修补后加强腹股沟管后壁的方法,对于滑动性斜疝后壁缺损不严重

的,内环修补后采取 Bassini 法的修补术,对于腹股沟管后壁破坏或缺损大的滑动性斜疝,直疝采取 Shouldice 手术,98 年后随着修补材料聚丙烯成型补片问世,用 Bard'S 补片加强后壁或 Rutkow 手术(疝环充填+成形补片无张力修补术),具有不破坏正常解剖结构、没有缝合张力、创伤小、恢复快、不限制体力活动、复发率低(1%)<sup>2</sup>等优点,减少了滑动疝复发因素,因为无张力、疼痛轻可早期下床活动,也减少了老年人术后肺部、泌尿系及心脏等系统并发症。

### 参考文献

- 1 吴阶平,裘法祖主编 黄家驹外科学 第 6 版 北京:人民卫生出版社,2004:916~917
- 2 彭力辉 无张力疝修补术治疗老年巨大腹股沟斜疝 28 例 中国临床医生,2001;29(292):42

(收稿:2005-05-02)