

血缺氧性脑病 71 例次,贫血 67 例次,腹泻并水电解质紊乱 61 例次,低血糖 58 例次,肺透明膜病、外科疾病各 53 例次,休克 44 例次,先心 39 例次,多器官功能衰竭 37 例次,胎粪吸入综合征 23 例次,化脑 19 例次,消化道出血 9 例次,癫痫 2 例次。818 例中属于市级医院转运者 344 例,县级医院转运者 345 例,乡镇卫生院转运者 127 例,2 例为农村家庭转运。单程转运时间为 30 min ~ 4 h 者 658 例。>4 h 者 149 例,>6 h 者 11 例。

**1.2 转运设备** 专用救护车、转运呼吸机、新生儿转运暖箱、多功能监护仪、便携式脉氧仪、微量血糖仪、微量输液泵、吸痰器、喉镜、气管导管、复苏囊、各种抢救药品等。

**1.3 转运方法** 院急诊室、NICU 设 24 h 电话,并与市内及半径 500 公里医疗机构成立急救转运网络。接到急救转运要求电话后先初步了解病情信息,并指导下级医院先行必要的处置。当救护人员到达当地医院后进一步对患儿病情综合评估,并向家属告知病情、转运途中可能发生的风险及后果,在取得家属同意后签订转运同意书。危重患儿建立 1~2 条静脉通道,进行心电、血压、呼吸、血氧饱和度生命体征监护。清理呼吸道,保持气道通畅,根据病情予鼻导管、面罩、持续正压给氧(CPAP)或机械通气高级生命支持。留置鼻胃管,定时回抽胃液观察,防止返流吸入气管窒息。烦躁、抽搐者予适当镇静,颅内压增高者予脱水利尿。监测血糖、尿量,低血糖患儿予相应处理,血糖恢复正常后输液泵维持输糖速度,防止血糖波动。依患儿胎龄、体重和日龄予适宜的暖箱温度保暖。对有气胸、胃肠穿孔、休克等危重症患儿应立即给予紧急处理,待病情稳定后再转运。

## 2 结果

本组 818 例患儿均安全转运到本院新生儿病区,并依病情分别置普通室、早产儿室或 NICU。无一例转运途中死亡。住院治愈和好转 722 例(88.26%),住院中放弃治疗 83 例(10.14%),死亡 13 例(1.59%)。死亡原因中死于肺透明膜极低出生体重儿 3 例,早产儿败血症并多器官功能衰竭 6 例,过期产败血症、先天性膈疝并肺发育不良、早产超低体重

儿并肺透和颅内出血、呼吸窘迫综合征各 1 例。

## 3 讨论

**3.1 早期急诊心肺复苏(CPR)、早期启动急诊医疗服务系统(EMS)、早期高级生命支持(ALS)四个环节是成功抢救危重症新生儿的主要措施<sup>[1]</sup>。及时、恰当的院前急救与早期高级生命支持可为患儿争取到生命复苏的最佳时间<sup>[2]</sup>,对降低死亡率和伤残率,提高生存率有重要作用。新生危重患儿由于病情严重,器官功能不成熟,代偿功能差,并发症发生率较高。如低氧血症可导致 MODS,而呼吸衰竭可以导致心跳停止,血糖紊乱可导致脑损伤等<sup>[3]</sup>(据统计,有半数早产儿在生后 24 h 可出现低血糖<sup>[4]</sup>,本组 58 例低血糖患儿中早产儿 49 例)。**

**3.2 我院为省级专科医院,下级医院由于诊治条件有限,大多危重症新生儿需要转我院治疗。本组 818 例患儿中,县和乡镇医院转运 472 例,占 57.70%(472/818)。其中早产儿 273 例,占 33.37%(273/818)。属于呼吸系统疾病者共 477 例,占 58.31%(477/818)。在转运的实践中,我们体会到:**(1)切实充分做好转运的各种急救设备、器械、药品等准备;(2)严格评估需转运患者的病情情况,科学确定转运方案;(3)转运中严格监测生命体征和病情变化,切实落实好中途转运中急救措施。(4)入院后应按病情轻重做好分类和诊治工作。

## 参考文献

- 1 许峰,黄栋. 2007 年我国儿科临床医学研究进展[J]. 中国实用儿科杂志,2008,23(5):321-323.
  - 2 李壁如,王莹,杨燕文,等. 儿科急诊心肺复苏特点与预后分析[J]. 临床儿科杂志,2007,25(11):890-893.
  - 3 汤鸣,梁星群,乔萍. 缺氧缺血性脑病血胰岛素和血糖变化[J]. 实用儿科临床杂志,2004,19(8):666-667.
  - 4 金汉珍,黄德珉,官希吉,主编. 实用新生儿学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2001:192-200,813-818.
- [收稿日期 2009-05-13][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

## 经验交流

# 电子肠镜下大肠息肉电切治疗 180 例临床体会

孙丙军

作者单位: 451200 河南,巩义市中医院肛肠外科

作者简介: 孙丙军(1958-),男,大学本科,副主任医师,研究方向:肛肠外科疾病诊治

**【摘要】目的** 探讨电子肠镜下运用高频电切方法摘除大肠息肉的可行性及临床疗效。**方法** 180 例患者采用日本 PENTAX3830MK 电子肠镜配合 olympus PSD-20 型高频电烧灼器及附属设备,摘除大肠息肉,并观察临床疗效。**结果** 180 例中腺瘤性息肉 130 例(72.3%)、炎性息肉 31 例(17.2%)、不典型增生及腺瘤癌

变患者 19 例(10.5%),一次治愈 171 例(95%),二次治愈 9 例(5%),其中穿孔 1 例。结论 在电子肠镜下运用高频电切行大肠息肉摘除术,疗效可靠,病人易接受,可有效地防止和降低大肠癌的发生率,值得临床推广应用。

【关键词】 大肠息肉; 电子肠镜; 电切治疗

【中图分类号】 R 656.9 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674 - 3806(2009)10 - 1089 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2009.10.34

Clinical experience of 180 cases of electrovaporization for large intestine polyps under video colonoscopy

SUN Bing-jun. Gongyi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan 414041, China

【Abstract】 Objective To discuss the feasibility and clinical effects of electrovaporization for large intestine polyps under video colonoscopy. Methods A total of 180 cases were treated with electrovaporization under the Japanese PENTAX 3830 MK colonoscopy by olympus PSD-20 for the extirpation of large intestine polyps and the clinical effects were observed. Results There were 130 cases of adenomatous polyps (72.3%), 31 cases of inflammatory polyps (17.2%), 19 cases of hyperplasia and adenoma cancerization (10.5%), 171 cases were cured in the first treatment (95%), 9 cases were cured in the second treatment (5%), perforation occurred in 1 case. Conclusion Electroevaporization for large intestine polyps under videocolonoscopy is reliable and acceptable, it can prevent cancer in large intestine, it deserves extending in clinic.

【Key words】 Large intestine polyps; Video colonoscopy; Electroevaporization

2001 ~ 2008 年,我科采用在电子肠镜下行高频电刀大肠息肉切除术共治疗患者 180 例,疗效良好,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组男性 102 例,女性 78 例;年龄 12 ~ 83 岁,平均年龄 47 岁。门诊治疗 125 例,住院治疗 55 例。临床症状:有结肠炎病史、大便习惯改变者 82 例(45.6%);大便潜血阳性者 45 例(25%);大便明显带血者 42 例(23.3%);无临床症状,体检时发现息肉者 11 例(6.1%)。息肉位于直肠乙状结肠者 72 例,降结肠 48 例,横结肠 46 例,升结肠及回盲部 14 例。单枚息肉患者 65 例,2 ~ 5 枚息肉患者 80 例,5 ~ 10 枚者 26 例,10 枚以上的 9 例,最多 1 例患者达 52 枚。息肉直径 0.3 ~ 2.8 cm。息肉的病理分类及形态见表 1 ~ 2。

表 1 180 例大肠息肉病理分类构成

Table with 3 columns: 息肉类型, 例数(%), 构成比(%). Rows include 腺瘤性息肉 (管状腺瘤, 绒毛状腺瘤, 混合型腺瘤), 炎性息肉, 不典型增生息肉, 息肉癌变.

表 2 息肉大小及形态 [n(%)]

Table with 4 columns: 大小(cm), 例数, 无蒂, 有蒂. Rows include size categories from 0.3-0.5 to 2.1-2.8, and a total row.

1.2 治疗方法 (1)术前准备:术前 5 h 口服硫酸镁 60 g,并大量饮水以清洁肠道。必要时配合生理盐水灌肠。(2)仪器和设备:应用日本 PENTAX 3830MK 电子肠镜并配合日本 olympus PSD-20 型高频电烧灼器及所附属的圈套器、热活检钳等设备。(3)操作方法:采用彩色视频观察下的三人操作法。患者取左侧位或仰卧位,进镜达病灶处,操作者仔细观察息肉的形态及大小并固定镜头,充气至结肠腔张开暴露息肉后待肠管稳定后,选用合适的热活检钳或圈套器,小的无蒂息肉可用热活检钳钳夹通电摘除,有蒂或大的息肉必须用圈套器套扎摘除。钳夹切除息肉时,必须注意只能钳夹息肉的上 2/3 部分,通电烧灼正好达粘膜层,息肉摘除后局部粘膜变白稍凹陷为恰到好处,严防钳夹过度导致穿孔。较大息肉套扎时,必须使圈套丝达息肉基底部,边收紧边通电,选用混合凝切电流较为合适。对于分叶状息肉可分多次圈套切割。电切摘除后,尽量将息肉全部拖出肠外并取活体组织送病理检查,仔细认真观察电切部位及息肉残端有无出血,是否切得干净,若有出血可用生理盐水清洗并抽吸后进行局部止血,然后缓慢退镜,抽出肠内气体,术毕。切除三枚以上息肉的患者必须住院观察 72 h,并禁食、补液和给予适当的抗生素治疗。

2 结果

180 例患者在电子肠镜下手术治疗一次治愈者 171 例,两次治愈者 2 例,其中 1 例 52 枚息肉,一次手术摘除 26 枚,1 个月后再次摘除剩余息肉;另 1 例 18 枚息肉 1 次手术摘除 10 枚,剩余第二次全部摘除,这 2 例患者半年后肠镜复查,均肠壁光滑未发现再发息肉。有 6 例患者均为巨大息肉,用圈套器从基底部套扎摘除后送病理检查,发现有癌细胞,其中 4 例开腹手术做肠段切除,另有 2 例由于蒂较长,1 月后复查原息肉生长部位摘除后肠粘膜光滑未发现异常,患者拒绝再行开腹手术。1 例患者为升结肠息肉,由于患者贫血,息肉摘除

后,出现腹痛腹胀发热,考虑可能为局部穿孔,开腹探查结果发现息肉摘除时浆膜层洞穿2 mm,修补后痊愈。

### 3 讨论

**3.1** 电子结肠镜在大肠疾病中的检查、诊断及治疗中有重要作用<sup>[1,2]</sup>。我院几年来从做肠镜检查的1700例患者中,查出大肠息肉及腺瘤180例,约占10.5%。其中许多患者无明显临床症状。从年龄组分析,中老年人大肠息肉患病率高,且癌变的比例也高。因此,应将40岁以上的人群作为重点人群,当因肠道疾病或直肠肛门疾病就诊无明显临床症状时应尽量做电子结肠镜检查,大便潜血阳性的患者,必须做电子肠镜的检查,以防漏诊。

**3.2** 本组电子结肠镜下息肉切除术病例中有13例病理报告为不典型性增生,有6例为腺瘤癌变,这6例腺瘤癌变的息肉均为巨大息肉,直径超过2cm。我们的体会,凡发现病理报告为不典型性增生或腺瘤癌变的患者,2年内每3个月行一次肠镜检查为宜,如局部无变化,2年后可改为每半年或1年行一次肠镜跟踪检查。

**3.3** 大肠腺瘤性息肉较多出现不典型增生,很多学者认为是大肠癌的前驱病变,息肉虽小,但必须重视,应尽量摘除。

早期发现和及时治疗大肠息肉能很好地防止和降低大肠癌的发生。随着科学技术的进步,人们对于先进设备的认知、接受程度日渐提高,电子结肠镜的应用比较广泛,因此,大肠息肉的检出率也明显提高,镜内切除和治疗也很方便。

**3.4** 电子结肠镜下大肠息肉摘除术要求操作人员必须熟练掌握操作技术。大肠息肉切除术分高频电圈套切除术、热活检钳夹凝切除术和电凝烧灼切除术等。对直径0.3~0.5 cm的半球状息肉,须用热活检钳摘除或灼法切除,对于大息肉或巨大有蒂息肉采用圈套丝套扎法,必须套扎在基底部或根部,边通电边收紧套扎丝,防止撕裂导致大出血。无论大息肉或小息肉摘除之后,需用电子镜反复检查创面情况、是否充分止血等。

### 参考文献

- 1 张东铭,主编. 大肠肛门局部解剖与手术学[M]. 安徽科技出版社,1998:307-308.
- 2 吴阶平,裘法祖,主编. 黄家驷外科学[M]. 人民卫生出版社,1996:1209-1216.

[收稿日期 2009-04-07][本文编辑 韦挥德 刘京虹]

## 经验交流

### 肾盂旁囊肿的诊断与治疗(附13例报告)

陈春廷

作者单位: 537000 玉林,广西玉林市第二人民医院

作者简介: 陈春廷(1953-),男,大学本科,副主任医师,业务副院长。研究方向:泌尿系统及男科疾病的诊断与治疗

**[摘要]** 目的 总结肾盂旁囊肿的诊断和治疗经验。方法 回顾性分析13例肾盂旁囊肿患者临床特征,比较B超、CT、IVU等检查方法的诊断价值,总结囊肿去顶减压术的治疗效果。结果 11例囊肿去顶减压术或囊肿切除术者均于术后随访3~42个月,全部病例均恢复良好,无复发、无并发症;2例合并高血压患者术后血压恢复正常。2例无症状者未治疗,观察随访2~3年,病变基本稳定。结论 B超、CT及IVU是诊断肾盂旁囊肿的有效方法,B超可作为首选。开放性囊肿去顶手术是理想的治疗方法。

**[关键词]** 肾盂旁囊肿; 诊断; 囊肿去顶减压术

**[中图分类号]** R 692.7 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)10-1091-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.35

**Diagnosis and treatment of parapelvic cyst: reports of 13 cases** CHEN Chun-yan. *The Second People's Hospital of Yulin, Guangxi 537000, China*

**[Abstract]** **Objective** To conclude the diagnosis and treatment experience of parapelvic cyst. **Methods** The clinical characteristics of 13 cases of parapelvic cyst were analyzed retrospectively. These cases were examined with type-B ultrasound, CT and IVU for evaluating their diagnostic value and making a summary about the efficacy of renal cyst decortication. **Results** Eleven cases received the renal cyst decortication or exsection, these cases were followed up for 3 to 42 months after operation. No recurrence and complications occurred; in 2 cases with hypertension their blood pressure returned to normal value; in the another 2 cases of no symptoms not received operation and fol-