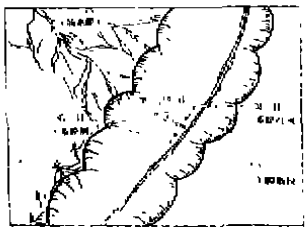
维普资讯 http://www.cqvip.com



附图 改进的Swenson手术方法

二、讨论和体会：1. 小儿先天性巨结肠的病因与诊断：先天性巨结肠的主要病因是直肠或乙状结肠肠壁间神经节细胞缺如。胚胎学的研究证明，是一种胃肠神经发育停顿、是外胚层神经脊细胞没有移行到肠壁内去之故。由于肠壁神经节细胞缺如，使病变肠管（直肠或乙状结肠）失去正常功能，处于痉挛状态，粪便不能排出而长时间滞留在结肠内导致其扩张、形成巨结肠。根据病变肠管的高低和长短，临床上分为普通型、短段型和特殊型三种。先天性巨结肠的临床表现主要有：新生儿期排出胎便时间延迟，以后表现便秘、腹胀，小儿发生营养不良甚至贫血。X线钡剂灌肠侧位拍片可见病变肠管分成狭窄、移行和扩张三部分，非常有助于诊断。此外，直肠测压，直肠粘膜活检或做乙酰胆碱酶活性检查等都可诊断。2. 小儿先天性巨结肠的治疗：先天性巨结肠的治疗包括非手术和手术两种方法。其手术方式较多，主要是根据类型而定，本组病例皆为普通型，所以采用改进后的Swenson's法。值得提出的是，无论选择哪一种术式，都要求术前纠正小儿营养不良，充分洗肠和适当的肠道消炎以保证手术成功。3. 改进"Swenson's"法的手术优点：我们认为，该术式具有操作简单，损伤小，可以一次达到根治的特点，最适合6个月以上小儿先天性普通型巨结肠的治疗。由于手术将游离病变肠段、切除、吻合分开操作，从根本上避免了腹腔与盆腔的污染；直肠末端与结肠吻合是一期进行，保持了结肠与直肠的连续性比较符合生理；吻合口是前高后低斜形也不会发生狭窄，故术后无需扩肛。本组虽有一例发生吻合口后方裂开，2例一年内出现污粪、以后都逐渐好转，无其他并发症。改进后的Swenson's法是治疗小儿先天性普通型巨结肠比较理想的术式。

（收稿：1998-11-21）

234-235 路政交通事故 医疗保险费用 管理 36

路政交通事故医疗保险费用管理的体会

王克奇* 何顺伦 宋善仪

R47.1

交通事故随着现代化交通的发展而逐年增多。我院1997年至1998年收治交通事故伤员住院747人，占总住院人数17424人的4.3%，是其它外伤病人341人的2.2倍。每次车祸受伤人数不等、伤情轻重不一，重者需住院治疗。住院医疗费用管理涉及到保险部门、交警、事故车主、医生、伤员五个方面。伤员在医疗过程中，要求医生开大处方、人情方、自费和保健药品，使得本来药品价格高昂，而费用剧增，保险方和车主因医疗费用难以承受，造成医院信誉降低，交警方在处理事故过程难度增大。如何保证各方面利益，特别是伤者医疗过程中的合法权益、院方必须做到因病施治，合理检查，合理用药，合理收费，是路政交通事故医疗保险制度实施成败的关键。保险方、交警方、院方加强管理运行机制的改革，完善管理制度和措施，提供优质的服务，合理收费，是达到上述目标的保证。

1996年以来，我院和保险方、交警方拟订合同，主要是对交通事故车方已投医疗保险伤员住院期间的管理措施，进行了认真有效的管理，收到了明显的效果。现将情况介绍如下。

一、完善运行机制和管理方案：1. 院方成立管理办公室，抽调素质好、坚持原则的医师、护理人员专门负责。人员分工，并明确各自岗位职责。2. 保险方、交警方与医院签定合同，规定各方任务和职责，规范管理措施及违章、违约的惩处办法。3. 院前急救和分诊，车祸伤发生后，交警通知医院参与抢救，重伤员住院治疗。入院标准，严格按照"卫生部疾病诊断标准"执行。入院时要求门诊病历完整，辅检资料齐全，经医疗管理办审核后办理入院，轻伤门诊治疗。4. 一律实行双联单，即：处方、辅检单、收费、治疗单、服药卡等复写留底查对。用药合理、准确与医嘱相符，按处方日开药。严禁开大处方、人情方、违者费用自付。认真书写病历，做到诊断有依据，治疗有方案，必要的辅检齐全，掌握疾病转归，及时动员病人出院。不准挂牌冒名顶替住院，否则，由主管医师付费。5. 病员转院，经科内会诊后提出，院领导

* 作者单位：637300 四川省南部县人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

审批，方能转院。6. 住院日、住院医疗费用的管理，住院日以单病种平均住院日为准。医疗费用以单病种平均住院费用上浮10%进行总体控制。住院日医疗费用标准均以上年统计标准为依据。7. 自费药品必须执行自费。危重病员抢救时需用自费药品部份，由主管院长批准后使用。

二、加强监督和约束机制：1 考虑到医疗服务市场的特殊性及医生在参与医疗费用控制中的特殊作用。应围绕实施医疗保障制度政策，医生利益的影响和支持态度，探讨合理有效控制方法。对思想认识不足的，要加强教育。路政交通事故伤员的医疗保险执行的关键在医院，加强医院层层责任，严格按照缺席进行管理。保险方、交警方定期对病员及其用药、费用进行核查，特别是费用超标的处方、辅检等逐一核查，对违规者一查到底。管理办公室每日查对各种单据，医院对科室每周三进行抽查。发现问题及时处理，考核评分与工资、奖金挂钩。2. 伤员方控制。交通事故伤员医疗费用完全由保险方和车方负担，伤者要求用好药、高档检查、"一人住院全家吃药"，医疗费用控制比公费、劳保医疗难。所以，怎样提高伤者及家属费用开支节约意识、配合医疗至关重要。3. 通过近三年来的实施，保险部门对此管理方式非常满意，一是基本控制医疗保险费用在正常标准范围。未实行管理前的1995年人均医疗费用3156.40元，日平均费用92.40元。实施后人均费用2111.02元，日平均费用84.87元；二是减少保险方和车方的矛盾，根据投保金额大小，车方负担医疗费用5～30%。医疗费用控制减少了车方的负担；三是各方矛盾相对减少，有利伤者的治疗；四是通过上述措施几年的管理实施，取得了各方信赖、有助于车祸伤员的统一管理，实际上使医院两个效益也得到了充分发挥。

路政交通事故伤员医疗保险，是我国保险事业的发展，是社会医疗保险制度的组成部分。医疗保险和医疗管理如何有机结合，给将要开展的职工医疗保险在管理方面一个借鉴。

（收稿：1999-03-30）

空肠巨大憩室扭转致肠梗阻一例报告

王 伦*

一、临床资料：患者男，48岁，因上腹绞痛5小时于98年8月16日急诊入院。5小时前无明诱因上腹部绞痛，伴恶心、呕吐、轻度腹胀，排便排气停止。既往无排便异常，慢性腹泻、便秘及大便变细。以肠梗阻初诊收住院。体查：被动膝胸位或蜷曲侧卧位，全腹丰满，未见肠型及蠕动波，软，剑下脐上明显压痛，无反跳痛及肌卫，莫菲氏征阴性，麦氏点无压痛。肝、脾、肾未扪及，全腹未扪及包块。肠鸣亢进。化验：Hb136g/L、WBC 10.2×10⁹/L，N89%，血、尿淀粉酶正常。腹透提示：右上腹可见一明显扩张积液肠袢，并可见一长液平，考虑肠梗阻。手术所见：距屈氏韧带50cm处空肠有一约35×15cm巨大囊性包块，位于对肠系膜缘，从肠壁突出，表面凹凸不平，粗糙，其颈部沿空肠顺时针扭转360°，远端肠管空虚，近端肠管充气扩张。行空肠及包块扭转复位术后，梗阻即行解除，肿块穿刺抽出肠内容物、积血，考虑为空肠壁上巨大憩室。切开囊颈壁，见空肠肠腔与憩室颈口部相通，肉眼可见囊壁内层为肠粘膜，囊内为肠内容物及积血，肠管壁无坏死、血运良好，行憩室切除术，肠修补术，顺利结束手术。术后病理诊断为后天性空肠憩室并出血、坏死。

二、讨论：小肠憩室并不罕见，大多位于空肠上段或回肠，常为多发，而本例为单发，分先天和后天两类，前者少见，后者居多。其病因尚未完全明了，一般常因肠系膜血管进入肠壁处为一局部肠壁薄弱，由于肠蠕动及肠内容物的关系使肠管内压力增高，使薄弱处之肠壁向外膨出而形成憩室，其颈口部与肠管相通。较小憩室很少引起临床症状，当发生憩室炎时可出现腹痛、腹泻、梗阻、出血或穿孔坏死等。若为较大憩室，可引起肠扭转，考虑与患者突然体位变动有关。临床依扭转所致梗阻程度、体征、X线以及B超等辅助检查，不难作出肠梗阻诊断，但对憩室的诊断仍有困难，而常需剖腹探查方可确诊。手术治疗是本病的主要措施，根据憩室大小、数量、憩室间距离、与肠腔相通面积等，可采取：1. 憩室肠段切除、肠吻合术，适用于短距离内多个者或憩室并发肠扭转、坏死者。2. 局部切除术、肠修补缝合术，适用于单个或穿孔憩室者。3. 肠切除或小肠区段切除，适用于憩室互相距离较远者。

（收稿：1999-04-08）

* 作者单位：553302 贵州省纳雍县中岭镇卫生院