DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.04.047



用的,为了今后更好的指导临床院内获得性肺感染防治工作的需要,有必要再制定一个提示诊断的参考条件;处于免疫低下的基础疾病、易感因素这些参考条件若具备,只要连续两次痰分离出相同的病原菌,即可考虑诊断。对原有呼吸系统基础疾病是否合并院内获得性肺感染常较难判断,应有严格的入院时胸片、痰菌培养作对照,对老年性慢阻肺患者,合并院内肺感染时,临床表现多不典型、发热、肺部罗音对诊断意义不大。

3.3 关于感染来源的判断

从本文分析,院内获得性支气管-肺感染以内源性多见(占60%),外源性感染次之;内源性感染多有引起机体免疫低下的基础疾病,如恶性肿瘤、白血病、慢性肺,胶原性、自身免疫性疾病;加之老年因素及广谱抗生素长期使用,导致呼吸道净化功能障碍,正常菌群失调,条件致病菌乘虚而入;在判断是否为内源性感染时,应注意病原菌是否常存在于呼吸道菌群作为参考;而侵袭性操作如呼吸道插管、气管切开、输氧装置被污染等,则常是外源性肺感染的主要来源。

**关键词** 医院感染;肺;诊断标准

**中图法分类号** R56

## 参考文献

1 邹 英,时风莉,府伟灵等.某综合医院医院感染连续现患率调查.重庆医药,1992;21(4):195

2 1990年全国肺部感染学术会议.医院内获得性支气管-部感染诊断标准(度行方案).中华结核和呼吸杂志,1990;13(6):372

3 高育瑶,张爱莉,蒋均泉等.全国肺部感染学术会议纪要.中华结核和呼吸杂志,1990;13(6):368

4 于润江.肺部感染的诊断.中华结核和呼吸杂志,1985;8(6):353

5 Bartllett JG. Bacteriology of expectorated sputum with quantitative culture and wash technique compared to transtracheal aspirates. Am Rev Respir Dis,1978;117:1019

(收稿:1994-08-25;修回:1995-06-16)

# 内镜下微波治疗胃息肉疗效观察

# Observation on effect of using microwave to treat gastric polyp by endoscope

胡淑碧 丁 玉 (第三军医大学附属新桥医院胃镜室)重庆,630037

我院自1990年开展内窥镜微波凝固治疗技术以来,用国产内镜微波治疗仪,治疗胃息肉42例,效果满意,现报告于下。

## 1 材料与方法

### 1.1 病例选择

凡经内镜检查发现有胃息肉的病例,单发息肉体积较小者(直径<0.5 cm),采用活检钳摘除或内镜微波凝固治疗;单发息肉直径在0.5~2 cm之间者或多发性息肉,均采用内镜微波凝固治疗;直径>2 cm的大息肉采用高频电切除或内镜微波凝固治疗。本组报告的42例,均系内镜微波凝固治疗者,活检钳摘除者和高频电切除者本文不作报道。

### 1.2 所用仪器

1.2.1 内镜 Olympus GIF-XQ200型电子胃镜,日本产品。

1.2.2 微波治疗仪 WNZ-B型内镜微波治疗仪,合肥华安医疗仪器厂研制。功率80~100 mA。足踏起动并定时控制。

### 1.3 治疗方法

接受内镜微波治疗的病例,均经过内镜常规检查筛选。术前准备与常规内镜检查相同。为减少胃蠕动,术前皮下注射硫酸阿托品0.5~1 mg和654-2 20 mg,以便于微波治疗仪电缆尖端与息肉准确接触。情绪紧张者术前肌注安定10 mg。插入内镜对准胃息肉后,经活检孔输送微波电缆。电缆前部须伸出内镜3~4 cm,其尖端有特殊金属,以便接触粘膜组织释放微波。根据息肉体积大小选用功率自80 mA到100 mA。足踏起动以凝固气化治疗,采用多次点灼,以见白色气雾及息肉变得比较平坦为度。对广基息肉应用针状电缆,自息肉中心插针;对带蒂息肉则用中心插针和基底两侧点灼相结合。

## 2 结果

### 2.1 治疗病例及息肉状况

本组共治疗42例,男31例,女11例,年龄15~72岁。息肉大部分位于胃窦,其次是胃体。单发息肉30例(30颗),多发息肉12例计28颗。广基息肉33颗,带蒂息肉25颗,共58颗。病理组织学检查证实,炎性息肉40例,其中6例伴杯状细胞化生;腺瘤样息肉2例。42例患者胃息肉详细情况及微波凝固治疗情况见表1、2。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表1 42例患者胃息肉分布

| 息肉所在部位 | | 息肉类型 | | | | 息肉大小 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 胃窦 | 胃体 | 广基 | 带蒂 | 单发 | 多发 | <0.5 cm | 0.5～2 cm | > 2 cm |
| 43颗 | 15颗 | 33颗 | 25颗 | 30颗 | 28颗 | 25颗 | 21颗 | 12颗 |

表2 微波凝固治疗情况

| 功率(mA) | | | 时间(s) | | | 次数 | | | 治疗数/息肉总数 | 灼除率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <0.5 cm | 0.5～2 cm | >2 cm | <0.5 cm | 0.5～2 cm | >2 cm | <0.5 cm | 0.5～2 cm | >2 cm | | |
| 80 | 80～100 | 100 | 3～5 | 3～10 | 5～10 | 1 | 1～2 | 1～2 | 58/58 | 100% |

### 2.2 治疗结果

经一次来室治疗灼除56颗，占96.6%；经二次来室灼除2颗，占3.4%，总有效率为100%。2例多发性息肉导致幽门不全性机械梗阻，经治后梗阻立即解除。

### 2.3 术后观察

术后一般观察3～4 h，息肉>2 cm者术后留观1 d，给予庆大霉素8万 u，口服，日三次，吃无刺激半流质饮食，3 d后即可恢复工作。42例未发生明显出血、穿孔等重要并发症。

术后3月、6月随访共完成17例，均经内镜检查，未见息肉复发。

## 3 讨论

内镜微波治疗胃息肉的疗效是肯定的[1,2]，成功率达100%。对广基型多发性胃息肉，本疗法既方便又可经一次(个别二次)性凝固气化灼除，疗效满意。本组1例72岁高龄多发性胃息肉患者，息肉位于胃窦幽门管，形成不全性幽门机械梗阻，十分痛苦，经内镜微波治疗1次，立即解除了梗阻，显示出本疗法快速、高效、安全、经济的优越性。

实施内镜微波疗法必须首先熟练掌握常规内镜检查技术，切忌微波电缆损伤正常组织、凝固点灼深浅要适度，谨防胃壁穿孔[1～3]。

微波凝固气化所用功率、时间要选择适当，以短时间、多次数点灼为宜，这样受胃蠕动的影响小，不易使内镜过热，安全可靠。<0.5 cm的胃息肉看到一个灼除一个，我们一次可灼除10多个；>2 cm者分1～2次灼除。我们认为，应根据胃息肉大小，决定治疗功率、时间和次数。

鉴于本疗法治疗胃息肉有诸多优点，建议倡导内镜医师掌握和开展内镜微波凝固治疗技术，以使本疗法进一步推广，为病人服务。

**关键词** 息肉；内窥镜；微波治疗

**中图法分类号** R573

### 参考文献

1 张志宏，董申武. 内镜微波治疗胃肠道息肉214枚. 内镜，1991，8(1)：41

2 陆华生，黄士言. 经内镜微波摘除消化道息肉的研究. 内镜，1990，7(1)：43

3 崔国亭，卜祥振，宋汴敏. 内镜微波治疗消化道息肉临床疗效评价. 内镜，1993，10(3)：165

(收稿：1994-08-30；修回：1995-06-05)

# 腹腔癌胚抗原对预测大肠癌腹腔内播散的意义

# Significance of carcinoembryonic antigen test to forecast colorectal cancer metastases in abdominal cavity

孙念绪 杨顺兴 詹新恩 (第三军医大学附属西南医院普通外科) 重庆，630038

大肠癌隐匿性腹膜播散与复发的诊断，尽管诊断技术、方法不断进步，甚至行剖腹探查仍难以确诊，临床上常在出现腹水等体征后才明确诊断，此时已失去治愈的时机。我们于1990年3月起利用腹腔癌胚抗原(CEA)测定诊断大肠癌腹膜播散与复发，并对高危病人采用低渗、高温化疗药液腹腔灌洗，取得了良好的效果，现报告如下：

## 1 材料和方法

1990年3月至1993年6月，对40例(直肠癌31例、结肠癌9例)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net