DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.04.032

21 例，年龄 21～45 岁）作为正常对照组，并同时与 26 例十二指肠球部溃疡（DU）患者（男 20、女 6 例，年龄 20～66 岁）比较。

1.2 检测方法

清晨空腹时抽取静脉血 4ml，分离血浆，采用放射免疫法分别测定血浆中 MTL、SS、Gas（药盒分别来源于解放军总医院基础所、第二军医大学生理教研室、美国 DPC 诊断试剂公司），按药盒说明书操作。

1.3 统计学处理

各指标的组间比较采用 t 检验。

2 结果

NUD、DU 正常对照组血中 MTL 水平分别为 481.22±198.49、337.5±79.11、339.33±40.44（$\bar{x}\pm s$，pg/ml，以下同）；SS 水平分别为 19.19±13.82、18.81±10.07、8.85±3.62；G_{17} 水平分别为 73.61±34.21、86.14±59.33、105.40±45.12。NUD 组 MTL 水平显著高于正常对照组和 DU 组（$P<0.01$），SS 水平亦显著高于正常对照组（$P<0.01$），但与 DU 组无显著差别。G_{17} 水平于各组之间无显著差异。DU 组 SS 水平亦高于正常对照组（$P<0.01$），MTL 水平则与对照组无差异。

3 讨论

MTL 是胃肠运动兴奋性调节因素之一，其血中水平与消化间期综合肌电呈一致的周期性变化，并参于启动餐后消化管运动，且是协调胃十二指肠运动的重要因素[2]。SS 和 Gas 主要参于胃酸分泌的调节，对胃肠道运动也有广泛的调节作用。

NUD 包括上腹部疼痛、饱胀、嗳气、烧心、反胃等各种上腹部不适，表现形式多样，其发生机制各异，主要表现为胃肠道运动和/或分泌功能的异常，有学者认为至少部分患者存在胃肠内分泌的紊乱，可能涉及胃肠激素（调节肽）分泌异常、调节失衡、激素受体敏感性改变等[1]，但有关这方面的具体研究尚很不深入。

本文结果初步表明，NUD 患者胃肠内分泌紊乱是肯定存在的，并与溃疡病有异同点，但至于上述改变的确切机制及病理生理意义尚难以判定。从 NUD 患者血中 MTL 水平普遍升高，而 DU 患者正常这一点来看，提示 NUD 患者胃肠动力学紊乱是相对突出的改变，这与临床所见是相符的，推测 MTL 升高在部分患者（如胃动过速者）可能是原发性的，在某些患者也可能是反馈性变化（如胃动过缓者）。另外，从 NUD 患者血中 SS 和 Gas 水平相似这一点来看，可以认为部分患者具有与溃疡病相似之处，值得探讨。我们在检测中发现有少部分患者明显偏离上述总体变化趋势，说明 NUD 患者的上述激素的变化亦存在一定程度的不均一性，似可进一步提示 NUD 的异质性。

关键词 消化不良；胃动素；胃肠激素

参考文献

1. Dal Monte PR. Non-ulcerative dyspepsia: Is treatment necessary? In Dobrilla G eds. Problems and Controversies in Gastroenterology. New York: Raven Press, 1986: 51～55
2. Tanaka M, et al: Gastrointestinal motor patterns: motilin as a coordinating factor. J Surg Res, 1989; 49: 325～331

（收稿：1991-11-07；修回：1992-04-23）

儿童后颅窝肿瘤围手术期侧脑室引流

童志恒 （第三军医大学新桥医院神经外科） 630037

1976 年以来，我科收住 15 岁以下儿童颅内肿瘤 118 例，其中后颅窝肿瘤 63 例，占 53.4%。50 例做了肿瘤切除，其中 46 例在围手术期做了脑脊液（CSF）外引流。本文着重讨论围手术期 CSF 引流的临床意义。

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

1 临床资料

全组 50 例中，男 34 例，女 16 例，最小年龄 10 个月，平均 8.4 岁。脑室造影确诊 38 例，CT 扫描诊断 12 例。患儿病程最短 7d，最长 4.5 年，平均 7.6 个月，肿瘤肉眼全切 28 例(56.0%)，其余大部份或部份切除。肿瘤部位和病理性质见附表。18 例在手术同时做了侧脑室～枕大池分流。3 例手术切除困难，导水管下端未疏通，故在手术同时做了侧脑室～腹腔分流术。临床痊愈或好转出院 44 例(88.0%)，病情加重出院 2 例，死亡 4 例(8.6%)。

附表 50 例肿瘤部位和病理性质

部位	例数	病理性质	例数
小脑半球	14	髓母细胞瘤	24
小脑蚓部	25	星形细胞瘤	13
第四脑室	7	多形性胶质母细胞瘤	2
枕大池区	2	室管膜瘤	7
桥脑小脑角		脉络丛乳头状瘤	1
		上皮样囊肿	1
		血管母细胞瘤	1
		结核瘤	1
合计	50		50

2 脑室引流

46 例在围手术期做了 CSF 外引流。手术前全部采用右额钻孔，右侧侧脑室前角导入硅胶管，行持续开放外引流，引流管口高度略高于正常颅内压力(15～18cm)。术前引流时间最短 1d，最长 16d，平均 5.0 d。CSF 引流量 24 h 最多引流出 510ml，最少 280ml。手术后引流：13 例手术后即夹闭引流管，患儿无颅压增高，观察 24～48h 后拔除引流管。另外 14 例，试夹管后出现头痛、呕吐等症状，立即开放引流，症状很快缓解。另有 17 例术后持续开放引流，术后最长引流时间 9d，平均 2.5d。拔管前均试夹管 24～48h，无颅内压增高征象即行拔管。术后有 4 例几次行试夹管后均出现颅压增高，不能拔管，而做 Conray 脑室造影，证明导水管下端仍不通，脑室扩大，分别于手术后 7～18d 做了侧脑室-腹腔分流，术后第二天拔除脑室引流管。术前脑室引流后，立即或择期行 Conray 脑室造影，明确病变或梗阻部位。近期 12 例由 CT 扫描明确诊断，其中 8 例 CSF 引流后未再做脑室造影，另外 4 例未做脑室引流。

3 讨论

儿童颅内肿瘤好发于幕下。Jackson 报告儿童幕下肿瘤占颅内肿瘤的 52～60%。罗氏报告占 48.6%[1]，本文占 53.4%。后颅窝肿瘤影响 CSF 循环，而导致颅内压增高，引起梗阻性脑积水，因此幕上脑室都有显著扩张[2]。脑干和颅内其它结构受到压迫，随时可能发生枕骨大孔疝，危及患儿生命。此时颅内高压显著，在这种情况下，手术治疗的效果会受到很大影响，手术死亡率也很高。本组早期病例中，接诊时有 5 例已意识障碍，其中 3 例出现强直性痉挛，2 例小脑危象，呼吸不规则或呼吸暂停现象。此 5 例入院后，急诊做脑室引流，脑室造影，明确诊断后，对 2 例比较危重的急诊施行后颅窝探查，肿瘤大部切除加托肯氏手术，结果 2 例均在手术后 2d 到 4d 内死亡。而另外 3 例引流 3～6d，引流期间症状、体征明显改善。择期手术，3 例均做到肉眼肿瘤全切，术后恢复良好出院。对近期 12 例患儿，经 CT 扫描确诊后，4 例未做脑室引流，结果有 2 例术后死亡，占全部死亡病例中的 1/2。我们发现术前持续脑室引流后，几乎所有病例的颅内高压及其它症状体征可立即得到缓解，如头痛，头昏减轻或消失，呕吐得以控制。有 6 例引流 3d 至 4d 眼球震颤消失，5 例视乳头水肿减轻，19 例视力得到改善，其它如患儿精神状况明显好转，饮食增加，全身情况也有改善。从而使患儿能够耐受手术创伤的打击。更多地获得肿瘤全切和手术成功的机会。减少术后死亡率，我们总结围手术期，CSF 引流有如下一些优点：

3.1 手术前期

3.1.1 可立即消除高颅压对脑干及颅内其它重要结构的压迫，预防术前发生脑疝而死亡。

3.1.2 可缓解或消除高颅压所产生的症状体

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

征，如头痛、头晕、恶心呕吐、视力障碍等。

3.1.3 使精神状况好转食欲增加，争取时间纠正营养状况和水电解质紊乱。

3.1.4 可择期进行脑室造影和其它一些必需的检查。

3.1.5 可抵消由于脑室造影剂引起的 CSF 分泌过多反应和脑水肿。

3.2 手术期

3.2.1 因高颅压消除，小脑扁桃体疝得以缓解，可避免全麻插管，放置体位时可能发生的危险。

3.2.2 手术切开硬脑膜时，小脑不会从切口膨出，避免伤及脑组织和血管。

3.2.3 脑水肿已经缓解，脑压不高，易于牵拉脑组织，损伤小，容易显露肿瘤，使肿瘤全切机会增多，出血易于控制。

3.2.4 肿瘤切除后颅内压不会骤然下降。

3.2.5 视肿瘤切除范围，可在引流管内注入靛姻脂或美蓝，检查导水管是否疏通，从而决定是否做附加性手术(分流术)。

3.3 手术后期

3.3.1 手术结束一般可将引流管保留，但不开放引流，如患儿出现颅内压增高症状，即可开放引流。

3.3.2 可引流出手术所致的返流性血性 CSF，防止血性液体刺激引起的无菌性室管膜炎所致发热反应。

3.3.3 可避免由于颅内压骤减引起 CSF 分泌可多致继发性颅内压增高。

3.3.4 必要时可作脑室造影，了解导水管是否通畅和脑积水改善的情况。以决定是否需要分流。

3.3.5 防止皮瓣下积液或切口 CSF 漏。

关于围手术期 CSF 引流时间，我们体会如儿童被怀疑为后颅凹肿瘤，即使 CT 扫描明确诊断，脑室系统明显扩大，入院后应立即做脑室引流，然后视患儿情况，择期进行脑室造影或切除肿瘤。我们有一例术前引流最长 16d，在此期间共进行了 3 次 Conray 或空气脑室造影，最后才明确诊断，一般术前引流 4～7d 后，视情况择期手术较适宜。术后有 1 例最长引流 9d，该例因肿瘤部分切除，术后头痛、发热，引流出血性 CSF，6d 后好转，体温下降，CSF 清亮，至第 9d 拔除引流管，好转出院。总之术后引流时间应视病情而定。但不宜过久，如仍有脑积水，应及早做分流术。

关于引流期的并发症，我们认为有以下几点应引起注意：(1) 少数病例 CSF 引流量大，每日可达 400～500ml 以上，因此要注意患儿水电解质平衡，应及时检查，给予适当调整补充。(2) 感染：本组 40 例有 2 例(4.3%)发生脑室脑膜炎，均在术后数天发生高烧，腰椎穿刺或 CSF 引流中，证明有颅内感染，此 2 例手术中因 CSF 循环未复通，术中同时做了侧脑室-延髓池分流，因此并不能确定外引流所致的感染。即使如此，脑室引流仍潜在感染因素，如操作不当或引流过久，都可导致感染。因此在做引流期间，必须遵守无菌操作，引流管一般不在原切口直接引出，而应在切口旁开 4～5cm 处另戳孔引出管子并固定。此外应及时更换敷料和外接引流管及引流瓶，并做到严密消毒，确保各个接头处的牢固，防止脱落。(3) 脑室出血，由于脑室引流脑室压突然降低，可导致脑室内出血或其它远隔部位的硬膜下或硬膜外出血，因此在引流期间切记，CSF 不能放得过快，应使压力逐渐下降，直至固定于略高于儿童正常的脑压。本组有 1 例在手术时，引流瓶滑下，CSF 流出过多，导致了脑室出血，发现后立即纠正并作正常引流 3d 后出血停止。

我们认为围手术期采用外引流有许多优点，即使现在 CT 等技术能完全替代脑室造影。但不能替代脑室引流的优点。引流增加了手术的安全性和增加了肿瘤全切的机会，除少许病例外，其余多数病例术后恢复快，并发病少。本组临床痊愈或好转出院占 88.0%，而死

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

亡率很低(8.6%)。

关键词 儿童;颅窝,后;脑室肿瘤;引流

参考文献

1. 罗世祺 李德泽 李 立。小儿颅内肿瘤 1534 例分析。中华神经外科杂志,1985;1(3):146~150

2. 孔繁金。手术前后侧脑室持续引流术的应用。中华外科杂志,1961;9(5):389

(收稿:1992-01-29;修回:1992-04-23)

直肠下段癌根治会阴造口术——附 65 例临床分析

单治堂 罗云生 唐开业 康晓保 (第三军医大学新桥医院普外科肛肠组) 630037

以往治疗直肠下段癌均采用腹会阴联合直肠肛管切除、腹部乙状结肠造口术,由于粪流改道给患者带来生活上不便和精神上巨大痛苦。我科于 1984 年以来对直肠下段癌根治后改用会阴部原位造口的方法,近 2 年对直肠下段癌恶性程度不高或较早期的直肠下段癌又采用了保留外括约肌和耻骨直肠肌的手术方法共施行 65 例。此种术式,改善了患者的生活质量,有助于术后排便功能恢复,近、远期疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

本组 65 例,男性 40 例,女性 25 例。年龄最大 72 岁,最小 23 岁。肿瘤部位距肛缘 3cm 以下 25 例,3~6cm 40 例。病理诊断:直肠腺癌 43 例,粘液腺癌 9 例,直肠低分化腺癌 10 例,直肠腺鳞癌 2 例,直肠低分化腺癌并发直肠肉瘤 1 例。术式:乙状结肠折叠、会阴部造口术 25 例,乙状结肠折叠、保留外括约肌 6 例,保留耻骨直肠肌、会阴部造口术 28 例,Ⅰ期股薄肌肛门成形术 1 例,Ⅱ期股薄肌肛门成形术 5 例。术后并发症:造口粘膜外翻 9 例,其中 3 例因粘膜外翻过多,再次行粘膜部分切除术。会阴部伤口感染裂开 4 例,3 例术后会阴造口有轻度狭窄,诉腹胀、排便困难,每次解便需 20~30min,经服缓泻剂与扩肛治疗好转。术后平均住院 21d。

随访结果:得到随诊的 55 例,随诊时间 1~6 年 40 例,不满 1 年的 15 例。除 5 例外余 50 例均未发现复发病灶。38 例已恢复工作,有 3 例会阴部瘢痕组织增生,有肿块,术后 1 年半活检证实复发,2 例腹腔内和肝脏转移 2 年后全身衰竭死亡,余 12 例身体较差未恢复工作,但无复发。会阴部人工肛门功能满意者 35 例,15 例会阴部需要带垫,有 5 例功能较差者又行股薄肌成形术,术后 1~3 年肛门功能恢复较满意。现每日排便 2~3 次,有时 2~3d 大便 1 次。

2 讨 论

国内有人报道[1,2]直肠下段癌经 Miles 手术后行结肠折叠、会阴部造瘘的优点是肿瘤达到了根治、手术操作简便、避免了腹壁造瘘,术后无严重并发症,缩短了住院时间,近、远期疗效满意。

乙状结肠折叠、会阴部造口术,据文献报道[3,4,5,6]因肛门内外括约肌并非控制排便所必不可少的部分,而耻骨直肠肌及其形成的"新直肠角",对粪便下降有机械性障碍作用。关于结肠折叠瓣的作用,由于乙状结肠远端折叠后,缩小了肠腔,人为形成一折叠瓣,有缓冲和减慢近端结肠蠕动的传输,阻挡延缓大便排出,增强水分的重吸收,使粪便相对浓缩成形。同时因盆腔内近端结肠内压力增大,增加了对盆壁组织刺激,有利于新建的"直肠肛门"反射或抑制反射的产生,故多数病例在结肠形成的粪便积存到一定量时产生一定压力,使肠蠕动加强产生便意,故术后控制排便较满意。

保留外括约肌及肠折叠会阴造口术,因保留的外括约肌有神经支配[7],故对大便有节制能力,同时行肠折叠也是为了增强肛门的节制

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