DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.04.031

血，出血面较大时只要辨清出血部位，手指压迫亦多能控制出血，至少可显著减少出血量，进而吸除积血，迅速用止血钉止血。

3.1.3 止血操作要正确。应尽量避免用纱布压迫止血，纱布虽可暂时止血，但松取纱布时出血仍将继续，如此反复填压纱布将延长止血时间，增加出血量，甚至贻误抢救时机。且骶前裸露的静脉纡曲扩张，管壁菲薄，反复用纱布填压易损伤血管壁增加新的出血点，使止血更困难。本组 1 例即在用纱布反复填压骶前远端出血点时损伤了近端骶前静脉，增加了出血量，延长了止血时间。对估计缝扎止血困难者不用缝扎止血，尤其是骶前远端出血，缝扎易造成静脉进一步撕裂，出血难以控制。

3.2 止血效果评价

已有研究表明[1]，骶前静脉包括骶前静脉丛和骶椎体静脉，二者交通并与椎管内静脉相沟通，实属缺乏静脉瓣的脊椎静脉的末端。且该系统与腔静脉也有许多交通枝，由此两系统形成大的静脉池。截石位时骶前区静脉处于最低位，因此一旦发生破裂出血严重且难于止住。而且血管周围缺乏疏松组织，加之周围的炎症反应，组织脆弱，一般的钳夹及缝扎难以奏效，反而易使出血面加深扩大，加重出血。若在分离过程中将骶前筋膜连同骶前静脉及骶椎体静脉从骶骨上撕脱造成一光滑骨面，骶椎体静脉缩回骨孔则一般止血方法更无能为力。而用不锈钢止血钉止血有以下优点：(1) 使用方便。可将止血钉消毒备用或需要时将止血钉用强力碘消毒 5min 即可使用。(2) 操作简捷。在助手帮助暴露良好的情况下，术者可一只手指压出血点，另一只手揿压止血钉，骶骨骨质较疏松易于嵌入，因此操作简便，止血迅速。(3) 止血确实。对血管壁破裂者，止血钉帽可将血管破口紧紧压迫在骶骨上而止血。对骶椎体静脉撕裂所致的骨孔出血，将止血钉紧紧嵌压于骨质封闭骨孔达到止血，(4) 副作用小。不锈钢钉对机体影响小，术后反应轻。通过对 7 例骶前大出血应用不锈钢止血钉止血，我们体会该法效佳，特别适用于骶前远端的大出血，是一种值得倡用的方法。

关键词 出血/外科手术；止血，手术；直肠种瘤/并发症

参考文献

1. 张东铭。肛肠外科解剖生理学。西安：陕西科学技术出版社，1989：117

(收稿：1991-12-16；修回：1992-02-20)

非溃疡性消化不良患者血中胃动素、生长抑素、胃泌素水平的初步观察

桂先勇 冷恩仁 张培炽 (第三军医大学大坪医院消化科) 630042
徐有奇 曹克荣 (第三军医大学大坪医院同位素室) 630042

非溃疡性消化不良(Non-Ulcer Dyspepsia，简称 NUD)患者临床上极为常见，由于不存在上消化道器质性病变和肝胆胰疾患，其发病机制不甚明了，一般认为，可能以胃肠动力学紊乱和胃肠内分泌失调尤为重要，但迄今国内研究极少。我们对 23 例患者空腹基础状态下血中胃动素(MTL)、生长抑素(SS)、胃泌素(Gas)水平作了观察，报告如下。

1 材料与方法

1.1 对象

23 例 NUD 患者全部经内镜、B 超、X 线及实验室等详尽检查，符合当前国际上通行的 NUD 诊断标准[1]，其中男 11 例，女 12 例，平均年龄 42(24～58)岁。以 50 例无上消化道疾患的健康献血员(男 29、女

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

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