DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.020

提前开始功能锻炼，防止重建关节术后粘连起了重要的作用。

（2）本术式应注意的事项：①手术适应症的选择要恰当，术前屈伸肘的肌力要有足够的强度，如肌力太弱，应于术前进行肌力训练一段时间，待肌力增强再手术。②本术式未用内固定，我们认为用克氏针内固定保持较大关节间隙并不十分需要，而清除干净关节内的积血与碎骨块确很重要，否则，易引起疤痕组织增生，妨碍肘关节活动。③本术式的困难在于为了保存三头肌腱不被切断，在开始切除时视野较小，而不是一目瞭然。要先切除桡骨头颈，才能显露肱骨小头与滑车，在逐步切骨时术野才逐步扩大，这对无骨科手术经验的医生来说显然有一定困难。然而，从病人肘关节功能的恢复来说，这种改进大有好处。

参 考 文 献

1. 抗美援朝卫生工作总结（战伤外科）。肘关节战伤。1953:557～559
2. 王桂生，主编。骨科手术学。第1版。人民卫生出版社，1985：756～760

（收稿：1989.12.20；修回：1990.07.09）

512例上消化道出血急诊内镜检查结果分析

王振华 蒋 强* 徐采扑 （西南医院 消化科）

本科于1979年3月至1989年3月作上消化道出血急诊内镜检查共512例，现将结果报告如下：

1 病 例 与 结 果

512例患者中，男406例，女106例。男女之比为3.8:1。年龄15岁～77岁，其中21岁～40岁256例，占50%。均在距末次出血48h内检查，有活动性出血、血凝块复盖或虽无出血的直接证据，但系唯一的活动性病灶，均诊断为出血的病因。

427例发现出血病灶，阳性率为83.4%。其中十二指肠球部溃疡（DU）250例(48.8%)，胃溃疡(GU)56例（11.0%），复合性溃疡4例（0.8%），十二指肠球炎（DF）35例（6.8%），食道静脉曲张25例（4.9%），糜烂性胃炎20例（3.9%），胃癌19例（3.7%），吻合口炎11例（2.1%），其它原因7例（1.4%）。除胃癌男性发病率较高外（17/406与2/106），两性出血病因无明显差异。随年龄增长，DU发病率下降，胃癌及胃溃疡发病率增长。

有无呕血分两组，呕血组240例，无呕血组272例。呕血组中糜烂性胃炎(6.6%)，食道静脉(曲张7.5%)，GU（15.4%）的发病率高于无呕血组，后者分别为1.5%，2.2%及7.0%。P均<0.01。糜烂性胃炎(80%)及食道静脉曲张（76%）最易发生呕血，吻合口炎（18.2%）很少呕血。这可能与胃易排空有关。呕血组中原因不明者30例（12.5%）低于无呕血组的20.2%，P<0.05。

对1987年8月以前急症胃镜检查认为出血原因不明的72例作回顾性调查。经临床观察，复查胃镜、X线钡餐、血管造影或手术证实，27例明确诊断，DU 7例，DF、糜烂性胃炎及食道静脉曲张各2例，GU 1例，胰腺癌1例，下消化道出血12例，包括结肠癌2例，结肠溃疡及回肠末端克隆氏病各1例，小肠血管瘤8例，小肠肿瘤2例及已确定为下消化道出血但未作进一步检查3例。其余45例，10例又有一次或数次出血，曾再次胃镜检查，35例未再出血，诊断均依然不明。

*重庆市第三人民医院进修医生

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

2 讨 论

多年来实践已证明急诊内镜检查安全、有效、准确性高，已成为上消化道出血首选检查方法。主要作用有：①提高出血源诊断的阳性率。②同时存在数个病灶时，可确定哪一个是出血源。③可在内镜下进行止血治疗。

急诊内镜检查出血源诊断的阳性率与检查时间有关，检查越早阳性率越高。Forrest[1]等报告，在出血后0 h～24h检查，阳性率78%，24h～48h为66%，48h后为32%。林氏[2]报告24h内为93.9%，24h～48h为74.1%。但早期检查有时胃内潴留大量血液及血凝块，视野不清，难以确定病灶。对此我们采取如下措施：①改变病人体位，可以显露积血部位的病灶。②根据血液颜色、粘稠度及量判断出血部位。靠近出血病灶血液粘稠，量多且鲜红，反之量少，稀释且为暗红及紫褐色。在靠近出血病灶处送水冲洗，有时可辨清病灶。③球腔血反流入胃，多为DU。④治疗数日后复查胃镜，常能明确诊断。

512例急诊内镜检查中，85例原因不明，阴性率为16.6%。对其中72例回顾性调查，体会如下：

（1）一般DU较易诊断，但位置特殊时容易漏诊。如于后壁盲区，球后段或靠近幽门的小溃疡等。本组有7例DU在复查或手术时确诊。

（2）内镜检查一般到球部即止。但在急诊内镜未发现出血病灶时，应尽可能深入探查。

（3）由于急诊内镜检查的开展，糜烂性胃炎的发病率明显增加[2][3]。但本组糜烂性胃炎仅占4.7%，明显低于其它报告。回顾检查过去的胃镜报告单，在过去认为诊断仍不明的45例中，有胃粘膜充血糜烂等描写的竟有14例之多。1例有粘膜糜烂渗血，但当时仍诊断为原因不明。说明以往掌握标准过严而致漏诊。

（4）在最后明确诊断的27例中，竟有12例为下消化道出血。对结肠出血者，只要仔细询问病史及观察血便颜色即易鉴别。困难在于小肠上端出血的鉴别。我们体会对黑便患者，尤其是从无呕血，多次急诊内镜检查未见出血病灶者，可作选择性腹部血管造影，小肠钡剂灌肠及小肠镜等检查，明确诊断。

参 考 文 献

1. Forrest JAH, et al. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974; 7877:394
2. 林庚金，等。急性上消化道出血诊断与治疗的若干进展。中华消化杂志 1982；2:161
3. 钱岳年。上消化道出血诊断及治疗的某些进展。第三届全军消化内科专业学术会议论文汇编 1986:175

（收稿：1989.12.05；修回：1990.07.04）

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