DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.019

参 考 文 献

1. Tanet T. Isolated cardiac preparatuins: Model of instrinsic myocardial dysfunction in circulatory shock. Circ shock 1985; 15:227
2. Taegtmeyer H, et al. Utilization of energy-providing substrates in the isolated rat heart. Biochem J 1980; 186:701
3. Neely TR, et al. Effect of pressure development on oxygen consumption by isolated rat heart: Am J Physiol 1967; 212:804
4. 施新猷，主编。医学动物实验方法。第1版。北京：人民卫生出版社，1983:140

（收稿：1989.01.03；修回：1989.09.14）

经验交流

肘关节成形术的改进与体会

吴先道 （大坪医院 骨科）

“肘关节叉形成形术”[1][2]是陈景云在抗美援朝时设计的一种手术，近30年来作者对陈氏法作了一些改良，效果更为满意，共施行40例，但随访1年半以上者只18例，简介如下：

1 临 床 资 料

本组18例中，男性13例、女性5例。年龄13岁～57岁（平均27.3岁）。除1例类风湿性肘关节炎强直外，余均系陈旧性肘关节骨折、脱位等所致僵直或严重功能障碍。手术距伤后时间为6周～16年，平均22.1个月。术前肘关节活动范围12例10°～25°，6例完全强直于非功能位，11例创伤性关节炎症状较重，术后伤口均一期愈合。随访结果：除2例出院后未注意配合功能锻炼，肘活动在40°～100°外（伸直为中位0°），其余均恢复屈肘20°～140°或完全正常（0°～135°），患者满意。

2 手 术 方 法

2.1 陈景云式“肘关节叉形切除成形术”的要点是：将肱骨下端凿成向上的弧形，保留内、外上髁骨质及前臂伸、屈肌总腱膜附着点，鹰嘴凿成杵状，保留肱三头肌的附着，“新关节”有足够的间隙（约2 cm），有利于屈伸活动，又可防止侧方脱位。

2.2 改良要点：①不切断三头肌腱形成舌瓣，只将三头肌腱两侧副腱膜纵向切开，然后用骨膜剥离器将三头肌腱与肱骨下端剥离开显露鹰嘴窝，再纵向切开后关节囊；②桡骨头切除2cm～2.5cm后，用骨刀逐步切除肱骨内外髁（包括滑囊）、肱骨小头、上至鹰嘴窝上缘造成“∩”形较前法“∧”为宽；③不切除鹰嘴突，将其纳入肱骨下端凹内，然后试行屈伸肘至无何障碍为止，如鹰嘴上长有多余骨痂或关节面不平应修整。术后用石膏托固定肘关节于90°，7天～14天后，开始被动与主动肘功能锻炼。

3 体 会

3.1 施行本术式效果较为优良的原因是：采用了陈氏肘关节叉形切除术的合理部分，即保留原肱骨下端内外上髁，前臂屈伸肌总腱膜附丽处。本术式不切断肱三头肌腱，从而伸肘的肌力能较完整的保存，不切除鹰嘴，保证其在肘关节的生物力学中的杠杆作用，这就可大大

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

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