DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.013

但在治疗前有病变的15例，治疗后10例病变消失。这说明在各种因素的影响下，胃十二指肠粘膜下出血及糜烂等病变不断地产生及消失。而与激素治疗无关。

本组资料还显示胃十二指肠病变加重或减轻与激素应用的剂量及有无激素其它副作用无关。这也提示这些病灶与激素治疗无关。

根据本文资料，我们认为常规剂量的皮质醇类激素治疗1个月不一定会引起胃十二指肠粘膜下出血、糜烂等病变。

参 考 文 献

1. 江绍基，等。《临床胃肠病学》第一版，上海：上海科学技术出版社，1981:318～319
2. Fenster LF. The ulcerogenic potential of glucocorticoids and possible prophylactic measures Med Clin North Am 1973; 57: 1289
3. Delaney JP, et al. Adrenal corticosteroids cause gastric cell hyperplasia. Gastroenterology 1979; 76: 913
4. Conn HO, et al. Nonassociation of adrenocorticosteroid therapy and peptic ulcer. N Engl J Med 1976; 294: 473
5. Messer J, et al. Association of adrenocorticosteroid therapy and peptic-ulcer disease. N Engl J Med 1983; 309: 21
6. Okada M, et al. Adrenocorticosteroid therapy and gastroduodenal lesions. Gastrointestinal Endoscopy 1985; 31 188

（收稿：1987.11.5；修回：1989.1.22）

迟发性尺神经炎（附24例报告）

吴梅英 （西南医院 骨科）

迟发性尺神经炎并非罕见，多于肘关节损伤数年后出现，尤其是合并肘外翻畸形时其发病率更高。它是尺神经的一种进行性慢性损害，临床主要表现为手部尺神经支配区域的神经障碍。我院自1975～1986年收治迟发性尺神经炎24例，采用神经内、外松解及神经前移术治疗，效果满意，兹报告如下：

临 床 资 料

24例中，男18例，女6例，年龄17～61岁。有肘部明确外伤史者19例。外伤距发病时间最长35年，最短2个月。19例合并有肘外翻畸形，其中17例外翻>20°。临床检查：所有病例均有环、小指感觉异常、麻木、疼痛，持物无力。17例伴有不同程度的骨间肌、小鱼际肌萎缩及爪形手畸形，夹纸试验阳性。7例可在肘部尺神经沟处触及增粗的尺神经，局部有压痛及放射痛。11例肌电图检查均显示为神经异常电位改变。

治疗方法

24例均行尺神经检查，松解及神经前移。单纯神经外松解10例，神经外松解加外膜切除束间松解14例。

术中所见

24例中，8例见神经和周围有不同程度粘连，但神经干本身肉眼观察尚无明显异常改变。其余病例除神经和周围有粘连外，尺神经沟处神经干充血、水肿、粗造，局部增粗变硬，范围2～4cm，或局部受压变细，受压上方增粗，神经外膜亦有不同程度的增厚。

结果评定

随访24例，最长10年，最短9个月。根据感觉、运动、肌萎恢复情况综合评定，分为优、良、可、差4级。结果见表

术式	数目	优	良	可	差
神经外松解－前移	10	4	4	2	0
神经内松解－前移	14	5	8	1	0

讨 论

1. 发病原因及其机制

本组24例中19例有肘部明确外伤史合并肘外翻畸形。肘外翻在20°以上者17例（80.9%）。因此，可以认为肘外翻是本病的

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

发病诱因。因肘外翻使尺神经遭受慢性牵拉性损伤，加之继发性骨增生改变，使肘管容积缩小。我们曾对部分患者行双侧尺神经沟轴位X线照片，发现患侧尺神经沟变浅并粗糙，证明肘管容积缩小。尺神经长期位于浅而粗糙的神经沟内，因肘关节伸曲活动，尺神经肘管内受到持续性机械性挤压、牵拉、摩擦，久之使神经干产生充血、水肿，变粗，肘管容积更加缩小。神经受压后，虽然神经外血管系统具有很大的弯曲性，以保证在变化体位时神经的血氧供应不受影响。但神经受到长期过度牵伸和压迫，使神经外血管系统张力增大血流量减少，引起神经外血供受阻。另一方面长期受牵拉摩擦的神经干除发生充血、水肿外，外膜亦将逐渐增厚，使神经内压增高，神经内、外压力增高，使神经内血管系统供血不足，整个神经供氧不足，如所周知，神经缺血，早期可出现脱髓鞘改变。后期瘢痕形成则加剧神经传导功能的损害。因此单纯机械牵拉摩擦仅是造成神经损害的原因之一，神经内、外压力增高，造成神经缺血，才是神经发生实质性损害的真正原因。

2. 治疗方法的选择

治疗的基本原则是神经松解减压及前移。根据术中不同病理发现，选择不同的手术方法。如术中仅见神经和周围有不同程度的粘连，而神经干本身无明显充血，水肿及外膜增厚。仅需行神经外松解及前移术，即可达到预期的疗效。本组有10例仅行外膜松解术，取得了满意疗效。如术中发现神经干本身有明显充血、水肿，外膜增厚者，则需行外膜切除神经内松解，以减少神经内压力。束间松解，除达到神经内减压外，并能促进神经内血运的恢复，改善神经缺血状态。本组14例行束间松解者，最快的术后第1天患肢麻木即有明显改善，10例在1周内，感觉有不同程度的恢复。

3. 关于神经前移的位置

传统的方法是将尺神经移位于肱骨内髁节侧皮下，由于皮下较浅，神经易受摩擦，触碰或滑动。因此目前国外有人主张将屈肌起点切开，然后将尺神经前移并埋于屈肌起点深面。他们认为此法有利于神经营养的恢复，还可避免尺神经在表浅位置受摩擦或触碰。但此法需将屈肌起点切断并重新缝合，增加术后固定时间，手术亦稍显复杂。我们前移的方法是，在前臂屈肌起点稍下方，掀起一肌膜瓣，将前移之尺神经固定于其中。此法简单，术后不要较长时间的制动，神经移位后有一定深度，血运较好，并有肌膜瓣固定，不易滑动。

参 考 文 献

1. 朱盛修，等。周围神经束膜减压术治疗灼性神经痛及其机理探讨。中华外科杂志 1984;22:281

2. Millesi, H. Microsurgery of peripheral nerves. World J Surg 1979;3:67

（收稿：1988.2.8；修回：1988.11.6）

副腮腺肿瘤的诊断和治疗探讨（附31例报告）

李忠禹 （新桥医院 口腔科）

大约1/5的人有副腮腺[1]，其肿瘤发生率明显低于腮腺[2][3]，因此易被忽视，致误诊和影响治疗。本文着重对1975～1985年我科经治的31例副腮腺肿瘤的诊断和治疗进行讨论。

临 床 资 料

男性18例、女性13例，年龄24～54岁、平均41岁，位于中颊部，右侧19例、左侧12例，病程（发现至就诊时间）2～7年、平均3.5年，良性16例，恶性15例，均未曾实行过手术或放疗。

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