维普资讯 http://www.cqvip.com

夜节律是指夜间平均血压较白天下降10%以上，即杓型高血压.在血压昼夜节律消失的患者即非杓型高血压者，更易使靶器官损害并加重心肌缺血[9]。

二、本组资料观察发现，在高血压病患者伴有MI组中，除dSBP、24hDBPL、dSBPL、dDBPL和与无MI组无统计学差异外，其余各项BP指标均明显高于无MI组，尤其是夜间收缩压和舒张压负荷明显增高，与无MI组比较有显著性差异。根据血压昼夜节律是否消失，将高血压病患者分为血压昼夜节律正常组和血压昼夜节律异常组，经统计学处理得出后者较前者更容易发生心肌缺血。这可能与血压昼夜节律异常更易引起靶器官损害、加重心肌微血管病变和神经、体液的异常改变有关。

三、在高血压病的临床治疗中，除积极将血压控制在目标值以内只是其中一个目的，还应注意尽可能减少靶器官损害、改善预后。早期检测并逆转高血压患者的血压昼夜节律异常，有助于减少心肌缺血的发生和靶器官功能的损害。

参 考 文 献

1.王孝铭.高血压定义.见：刘力生，主编. 临床高血压病学.天津：科学技术出版社，1990.10－14.
2.张维忠，施海明，王瑞冬，等.动态血压参数正常值协作研究.中华心血管病杂志，1995,23:325－328.
3.左 梅，牟建军.24小时动态血压负荷程度与心功能的关系分析.中国循环杂志，2000,15:99－100.
4.王子时，刘长文，马 遂.动态心电图和监护心电图.见：杨钧国，李治安，主编.现代心电图学. 北京：科学出版社，1997.956－979.
5.陈佩贞，李昭骥，刘世明，等.高血压患者ST－T改变与冠心病关系的探讨.江西医学院学报，1999,28(1):35.
6.张 丽，常润英，李小鹰，等. 老年高血压左室肥厚患者的室性心律失常与心肌缺血.中华老年心脑血管病杂志，2001,3(5):308－310.
7.李小鹰，李 蕊，于 雯，等.老年高血压左心室肥厚患者心肌毛细血管病理改变特点.心肺血管病杂志，2002,21(1):5－7.
8.Asmar R, Benetos A, Pannier B, et al. Prevalence and circadian variations of ST－segment depression and its concomitant blood pressure changes in asymptomatic systemic hypertention. Am J Cardiol, 1996,77:384－390.
9.Mancis G, Rienzo M, Parati G. Ambulatory blood pressure monitoring use in hypertention research and clinical practice. Hypertention, 1995,21:510－519.

(收稿日期：2003－02－24)

·个案与短篇·

一种简易负压引流方法在皮肤软组织扩张术中的应用

覃 霞* 汪丽萍* 王 俊*

随着皮肤软组织扩张术在整形外科的广泛应用，其并发症的预防也越来越受到重视。在各种并发症中以血肿发生率最高，其产生常由于止血不彻底，或未放置引流。我科利用一次性注射器制成简易负压引流器，用于皮肤软组织扩张术后引流，既方便病人携带，又有效地防止和治疗了扩张术后血肿的形成。

一、资料与方法

1.临床资料：42例软组织扩张术者，男性23例，女性19例。年龄12～53岁。头皮瘢痕性秃发16例，颜面、颈部瘢痕12例，面部毛痣4例，四肢瘢痕10例。每个患者放置1～4个扩张器不等，共58个扩张器，每个扩张部位均留置负压引流。

2.方法：

(1)材料：①引流管：取一次灭菌输液器20－30 cm长，将一端制成多侧孔管。②负压引流装置：由一次性注射器制成，一般用10 ml注射器，若引流量少时可用5 ml注射器，量多时可用20 ml注射器或50 ml注射器。

(2)方法：术中彻底止血后，置入扩张器，缝合前将引流管多侧孔一端置于扩张器下方，妥善固定。另一端接一次性灭菌注射器，缓慢抽吸注射器活塞，直至引流管变扁呈负压状态，将针头帽嵌于活塞柄与针筒之间，针筒内负压的回吸作用使针头帽顶住活塞柄，这样就使注射器及引流管内保持负压状态，然后用胶布或绷带将注射器固定于包扎好的敷料上或旁边。当注射器内引流物超过注射器容量一半或引流管呈充盈状态，则需排出注射器内引流物，重新抽吸成负压状态并固定。

二、结果

42例共放置58个扩张器，置58个负压引流，血性引流量3～86 ml，平均引流量18 ml，大部分在术后48 h拔除引流管，少

(下转27页)

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学西南医院整形科

维普资讯 http://www.cqvip.com

二、外侧深面毗邻

三角肌外侧部深面毗邻肩关节囊外侧壁、冈上肌腱、肩峰下囊及由喙肩韧带与喙突、肩峰共同形成的"喙肩弓",肱骨上端及横过于骨肌之间的腋神经前支和旋肱后血管。

三、腋神经及分支体表投影

腋神经与旋肱后血管伴行,同穿四边孔,绕肱骨外科颈向前入肌,腋神经出四边孔处的投影位于肩峰平面下方(5.2±1.7)cm(3.9~7.0 cm);三角肌后缘前方(4.2±1.3)cm(2.9~5.8 cm)与肩峰前角与三角肌粗隆连线后方(1.3±1.1)cm(0.5~3.2 cm)处。腋神经在四边孔内(15.0±2.1)%或四边孔处(85.0±20)%先后分出小圆肌支、后支和前支。

四、腋神经分支特点及分布

腋神经分出小圆肌支、后支和前支三支。其中,小圆肌支入肌前长(1.5±0.5)cm(0.9~1.8 cm),经该肌外侧缘上、中1/3交点入小圆肌;后支入肌前长(2.7±1.7)cm(1.3~5.3 cm),分布三角肌后1/5-1/4;前支主干长(3.0±0.7)cm(2.3~3.5 cm),贴附三角肌深面前行,沿途分数支分布于三角肌前部、外侧部和后部的前1/2。

五、腋神经前支解剖特点及投影

腋神经前支分出后,向前行在肩峰前角至三角肌粗隆连线交点位于肩峰平面下方(6.2±1.4)cm(5.0~7.4 cm),即三角肌全长上2/5与3/5的分界处,其终支在三角肌前缘的后方(3.1±1.4)cm(1.7~4.7 cm)和肩峰前角与三角肌粗隆连线前方(3.0±2.1)cm(0~4.1 cm)处入肌。

讨 论

一、肩关节手术入路为众多医学者所关注,Hoppenfeld等认为对于此类手术应以外侧入路为最佳[1],而从解剖观察的统计数据表明,肩关节手术采用外侧入路切口全长约占肩峰前角至三角肌粗隆连线的2/5,其下端不低于肩峰平面下方(6.2±1.3)cm(5.1~7.4 cm),与叶斌[4]所报道的数据基本一致,比在肩峰向下5.0 cm以内选择入路切口位置略低[5]。三角肌的形态、大小虽然存在一定的个体差异,但腋神经和旋肱后血管的关系及与三角肌的位置关系相对恒定,故本文认为手术入路切口(下端)的位置应选择在三角肌的上2/5范围内最为安全可靠。

二、为防止损伤腋神经和旋肱后血管,应该根据三角肌形态特点及深部血管、神经的走行和分支、分布的特点,纵行分离三角肌纤维做一标志,以防止过多的向远侧分离[4];向前分离不要过深,以防止误入腋窝,引起腋窝内腋动脉或臂丛等血管、神经损伤[6]。在行骨膜剥离钝性分离时,向后分离不要超过1 cm以免损伤腋神经主干[5]。

参 考 文 献

1. Hoppenfeld S. Surgical exposures in orthopadeics: the anatomic approach. Philaolelphia: JB lippineatt Company, 1984. 46-53.
2. 苗 华, 周建生. 骨科手术入路解剖学. 合肥: 安徽科技出版社, 1995. 27-38.
3. 克伦肖. AH坝贝尔. 骨科手术大全. 上海: 上海翻译出版公司, 1991. 58-59.
4. 叶 斌, 于光生, 苗 华, 等. 肩关节手术外侧入路与解剖. 解剖与临床杂志, 1997, 2:61.
5. 叶 斌, 于光生, 苗 华, 等. 肩关节后侧手术入路与解剖. 解剖与临床杂志, 1996, 1:18.
6. 王根本, 金保纯. 临床解剖学. 北京: 北京人民出版社, 1988:166-177.

(收稿日期:2003-02-17)

(上接25页)

部分引流量多者延长至3~5 d拔管,引流口自行愈合,42例无1例发生血肿。行简易负压引流的患者,床上活动和下床行走均不受限制,不必担心因活动使引流管与注射器的接头处脱落而影响负压引流,引流物的颜色、性状及引流量的多少可随时观察。

三、讨论

1.出血和血肿形成是皮肤软组织扩张术最常见的早期并发症,通过留置负压引流,既能及时发现活动性出血,又能及时排除积血,防止血肿及继发感染。

2.简易负压引流器的优点:(1)携带方便:将注射器固定于术区敷料上或旁边,避开关节部位,患者一般床上活动如翻身、坐起或下床行走不受影响;(2)便于观察:一次性注射器针筒为透明塑料制成,引流物的颜色、性状、引流量多少变化可随时发现,拔管指征也容易掌握,当管内引流液变为少量淡黄色血清样液体时,即可拔除引流管;(3)计量准确:由于一次性注射器的刻度清晰,可准确记录引流量,误差在1 ml以内。

3.注意事项:(1)操作中注意无菌,防止逆行感染,引流物量少时,可每天更换注射器2~3次,量多时应适当增加更换次数,更换时将引流管反折,防止引流液逆流入伤口引起感染;(2)注射器固定时应避开关节部位,引流管不要扭曲或牵拉太紧。

应用一次性灭菌注射器制成简易负压引流装置,不仅可用于皮肤软组织扩张术后引流,也可用于其他引流量在200 ml左右的伤口引流,效果均较好。

(收稿日期:2003-01-07)