维普资讯 http://www.cqvip.com

进行，必要时坐、卧位比较，左、右侧比较，用药前、后比较。如血压过高（收缩压>26.6kpa）、过低（舒张压<7.9kpa）上升、下降幅度过大（>5.3kpa），均应与医师联系。(3)抗高血药的选用：硝普纳通过降低血压阻力而降低动脉血压，无反向性心率加快作用，埃莫络尔(esmolol)用于轻、中度高血压病人，在利尿药和β受体阻滞药的基础上，可协同降压。Losartan是一种新型高血压降压药，它是一种血管紧张素Ⅱ受体拮抗药。在AT受体上置换血管紧张素Ⅱ，对缓激肽NO及前列腺素几乎无影响，其代谢产物EXP-3174则有重要活性，是产生长效作用的主要成份。中枢性高血压药：α甲基双羟苯丙胺酸新药rilmenidine，moxonidine等，这类药物主要通过抑制交感和降低血浆去肾上腺素水平。致外周血管阻力和血压下降，而心排血管和心率一般维持稳定。Rilmenidine moxonidine病人耐受比α_2受体激动药好，未见停药反跳现象。

(4)并发症观察：血压持续升高，可导致左心衰竭，早期尽管后负荷增加，左室收缩功能维持正常。一旦肥厚心脏供氧不足时就会出现心力衰竭，应报告医师，并积极抢救。

（收稿：2001-06-14）

大腿前内侧S形切口应用体会

王建华* 孙承文* 王 平*

大腿下1/3段手术入路以前外侧、外侧、后外侧为常用切口。显露股骨下端及内髁，同时探查股动、静脉及腘动、静脉上段，探查坐骨神经下段及胫神经、腓总神经上段。大腿内侧S形切口为一不常用手术入路。总结我院三年16例应用体会，现介绍如下：

一、资料与方法

1．临床资料：本组共16例，男11例，女5例。年龄9岁～54岁，平均26岁。股骨下端内侧及股骨内髁部肿瘤14例，股骨髁部骨折伴血管损伤2例。术后切口Ⅰ期愈合11例，Ⅱ期愈合5例，腓总神经损伤1例。

2．方法：取平卧位、患肢外旋、膝关节屈曲30度。在大腿中下1/3处内侧纵形切口，上起缝匠肌中下1/3处内侧缘，沿缝匠肌的内侧缘弧形向远端到股骨内髁，然后沿缝匠肌内侧缘内侧向后、向下至缝匠肌止点。切开皮肤、皮下，沿切口向两边咯分离皮下脂肪，显露筋膜。辩认缝匠肌内侧缘。注意保护大隐静脉及隐神经。切开筋膜，沿缝匠肌、股薄肌间隙进入，将缝匠肌牵向外侧，将股薄肌牵向后下，可见包绕内收肌管及股血管鞘的脂肪，仔细小心分离后显露内收肌管及股血管鞘，切开内收肌管及血管鞘，显露股动脉、股静脉。向后外仔细分离可显露坐骨神经及胫神经、腓总神经，沿血管向上、向下分离，切断股动脉膝关节支，进入腘窝，可适当分离腓肠肌于股骨内髁部附丽，以扩大术野。至此可于肌间隙分离至股骨骨膜，切开、剥离骨膜可处理股骨内髁部的骨折。探查股动、静脉，腘动、静脉上段的损伤，并可行修补、吻合。探查神经。探查肿瘤并给予处理。

二、结果和讨论

骨科手术入路的选择是决定手术成功及愈后关键因素。总结经验，该入路有以下特点：

股骨下1/3段内侧骨肿瘤、股骨内侧髁部骨肿瘤、股骨内髁骨折伴血管神经损伤的入路，均有兼顾骨骼、血管、神经，有时须扩大手术野。该内侧入路上端为股动脉内收肌管切口，向下延伸后经过缝匠肌，股薄肌之间进入膝关节内侧后方，以显露神经、血管及膝关节后方病变。必要时可以改为膝关节后方“S”形切口以利于对腘动脉全程及胫、腓神经的探查。

内侧入路为肌间隙进入，显露血管与神经，解剖清楚，对于神经给予保护，避免误伤，对于血管的分支很容易看清，并一一结扎之，术中失血较少。对于股中间肌、股直肌、髌上囊干扰损伤不大，术后能使膝关节功能很快恢复正常。术后造成膝关节粘连，功能障碍机率较少。该内侧入路特点是富于变化，对于术中需要延长切口及扩大术野具有非常有利的解剖学条件。该内侧入路手术体位给操作带来一定方便。在此体位下探查血管及神经不会因操作困难而多次移动体位，减少感染的机率，该内侧入路应注意保护大隐静脉及隐神经。在向切口两侧游离皮下脂肪时不要过宽，否则易致脂肪液化，本组发生5例，由于体位膝关节外下方应用沙袋妥善保护，以防止长时间压迫造成腓总神经损伤。本组发生1例。这些损伤均可通过术者的努力，使之能够避免，应予足够重视。

该内侧入路的这些特点，对于股骨干下1/3段内侧，股骨内髁部的肿瘤，股骨内髁骨折需探查神经血管的手术，确是一个较好的手术入路。

（收稿：2001-08-13）

* 作者单位：024076 内蒙古赤峰平庄煤业集团总医院外科