维普资讯 http://www.cqvip.com

大，因此肌层中形成动脉网和长条状毛细血管网，则更能适应其功能。但由于本组实验只在碱性磷酸酶染色法中观察到了兔食管肌层中的长条状毛细血管网，是否是种属差异造成的，还有待于进一步研究。

本组实验发现，在食管各部器官内微血管的发育上，颈段前壁和胸上段后壁等部分的纵行肌内毛细血管网比其他部位略显稀疏，而其他各部分同层内毛细血管网眼密度无显著性差异。

有关食管血供的评价多年来一直是这项研究的核心问题，毫无疑问，这个问题的正确回答也更有临床价值。食管血供的评价应综合考虑器官内外的血管构筑情况来加以判断，从器官内血管构筑的角度来看，食管壁内动脉网的存在具有极其重要的意义：(1)它使整个食管的血供成为一个整体，从这个意义上说，食管的相对供血贫乏区是不存在的，因为食管壁内动脉网全长均一的发育程度，使不均衡的食管壁外血供在食管壁内变的均衡一致。(2)食管壁内动脉网能够代偿被阻断的某些器官外供血动脉的功能，这一点在食管外科中具有相当重要的意义。但是，食管壁内动脉网对器官外供血动脉功能的代偿不可能是无限的、无条件的，多大程度上壁内动脉网能够代偿器官外供血动脉的功能，是今后食管血管动力学及外科的基础性研究所面临的重要课题。

参考文献

1.Potter SF, Ilolyoke FA. Observation on the intransic blood supply of the esophagus. Arch Surg, 1950, 61:944-951.

2.Naidich JB. The origin of the left gastric artery. Radiology, 1978, 126:623-626.

3. Огнев В Практическом значении сосудистой системы нижнего отдела и начального отдела желудка. 1958.86.

4. Умовист Б В. Новые по изучению сосудистой системы дыхательного аппарата у человека Вопросы Грудной Хирургии, III, 1976:36.

(收稿：2001-08-01)

·个案与短篇·

阑尾切口内置引流和注药控制术后感染体会

张秀芹* 宋俭明* 张 霞** 曹秋莉**

近8年来，作者在420例阑尾切除中，对其中化脓、坏疽、穿孔者，因术中污染较重，且考虑术后可能并发切口感染的120例病人，采用切口内置引流和注药的方法，有效地控制了切口感染的发生。

一、资料和方法

1、一般资料：本组120例，年龄18~65岁，平均42岁。阑尾化脓穿孔者65例，阑尾坏疽穿孔者55例。发病后入院最早48h，最迟4d。

2、置管方法：备头皮静脉针胶管一条，剪去针头留注药接口，引流端用缝皮针刺3~5个侧孔。缝合切口时，将各层用生理盐水冲洗干净。皮下脂肪较薄者将引流管置于肌层，身体肥胖皮下脂肪较厚者，将引流置于脂肪层，引流管从切口下端引出。注药接口部分覆盖在切口纱布内。术后24h更换敷料，开始注药。每次用先锋5号2g溶解成5ml，从此接口注入，切口用酒精消毒后塞入切口纱布内，连续注药3~4d，切口无红肿、无疼痛、体温正常即可拔管，第二天拆线。

二、结果

置管120例，切口一期愈合119例。拆线后第4天，伤口出现红肿热痛3例，再次用氨卞青霉素每次2g，加2%的普鲁卡因5ml，每日2次，经切口周围封闭2例，1例敞开引流。

三、讨论

在污染过的切口内置一细管，一是代替常规的橡皮引流条，将创面内的渗血引流出来，不留细菌繁殖的场所。二是从管腔内注入抗生素，全身用药和局部用药相结合，使切口内较局限的污染灶，在未开始扩散之前，得到有效的控制，从而避免了切口并发感染的机会。通过120例置管观察，切口内的渗液和渗血经引流管周围渗透了1~2层纱布，说明它的引流作用并不差于橡皮引流条，由于它比橡皮引流条为细，所以在切口内基本不留死腔，而且能注药，不影响切口的一期愈合。

(收稿：2001-08-01)

* 作者单位：154721 黑龙江省汤原县第二人民医院外科

** 154002 佳木斯医学院附属第一医院医学系手术学实验室