

文章编号:1005-6947(2006)12-0955-02

· 临床报道 ·

电凝加点式抽剥术治疗下肢静脉曲张:附120例报告

朱永斌, 朱云峰

(江苏省常州市第一人民医院 血管外科, 江苏 常州 213003)

摘要: 回顾性分析近2年来采用电凝加点式抽剥术治疗下肢静脉曲张120例患者的临床资料。术前标出静脉曲张部位,常规行大隐静脉高位结扎,继之电凝大隐静脉主干,点式抽剥法剥脱曲张静脉团,术后抬高患肢30°,穿循环驱动压力袜3个月。62例获得随访,随访时间2~19个月,腿部外观无明显手术瘢痕及静脉残留,1例术后1年后复发。提示电凝加点式抽剥术治疗下肢静脉曲张具有手术创伤小、操作简单易行、并发症低、术后静脉残留少、恢复快、复发率低等优点。

关键词: 静脉曲张/外科学; 下肢; 电凝术

中图分类号: R654.4 **文献标识码:** B

2004—2006年笔者共采用电凝加点式抽剥术治疗单纯下肢静脉曲张患者120例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组120例,共159条肢体;男63例,女57例;年龄22~78(平均46.2)岁。其中并发小腿溃疡22例,并发血栓性浅静脉炎13例,并发足靴区组织硬化46例。经彩色B超检查及深静脉造影等检查发现25例伴有交通支静脉瓣膜功能不全。

1.2 手术方法

术前经彩色多普勒标记出交通支血管的位置,以保证术中准确将其结扎切断。并以黑色记号笔标记出下肢曲张静脉走行。沿腹股沟皮纹处股动脉搏动点向内侧作2~3cm切口,游离出大隐静脉。于隐股点远侧0.5cm处高位结扎大隐静脉,并结扎各属支,向远端大隐静脉插入1根50cm长自制带绝缘层电凝棒至膝部,抬高患肢30°并用橡皮驱血带驱血,使之血管壁与电凝头充分接触,在大腿上段上止血带。电凝棒尾端与电刀相连,调整电凝功率大小,在将电凝棒缓缓退出过程中,每隔1cm电凝1次,每次持续时间约1s,直至完全退出电凝棒。于曲张静脉表面皮肤分别作2mm小切口,以蚊式血管钳拉出曲张静脉,逐段抽除。并于交通支标记部位分别结扎交通支血管。若并发血栓性静脉炎则需先挤出血栓后再拉出静脉。若并发溃疡则应切除溃疡坏死组织,足靴区硬化组织应以血管钳将其彻底破

坏清除。术毕,用棉垫纱布加压包扎,松止血带。术后常规抬高患肢30°,鼓励活动踝关节每天2000~3000次以促进静脉血液回流,预防深静脉血栓形成。术后72h解开包扎敷料即可穿戴循环驱动压力袜下床活动。术后8d拆线,继续穿循环驱动压力袜1~3个月。

2 结果

本组单肢手术时间30~60min,术后无曲张静脉残留,平均住院时间8d,其中随访62例,随访时间2~19个月,1例1年后复发。并发溃疡者均于1~4周内愈合;并发皮炎者于2~4周内好转;足靴区色素沉着者,3~6个月以后色素逐渐减轻。皮肤切口瘢痕3个月至半年后基本消失,皮肤愈合效果满意。1例术中电凝时皮肤烧伤,术后2周经坏死组织切除后I期愈合。

3 讨论

下肢静脉曲张传统的治疗方法有:(1)在大隐静脉高位结扎后,以抽剥器分段剥脱大隐静脉。不仅创伤大,容易残留,而且留下较大皮肤瘢痕,影响小腿美观,并且容易出现皮肤麻木等。(2)曲张静脉注射硬化疗法,不但容易导致深静脉血栓形成和皮肤过敏、局部疼痛、皮肤坏死及色素沉着等,且由于浅静脉没有抽剥、对于深浅静脉瓣膜功能认识不足,复发率很高,还易并发深静脉血栓。

电凝加点式抽剥术与上述手术相比较有如下优点:(1)手术创伤小、出血少(经驱血后出血极少仅约20~30mL),皮神经损伤少;手术时间短,仅需30~60min(避免了用抽剥器剥脱大隐静脉的繁琐)。(2)切口小(2~3mm),残留瘢痕少,小腿切口无需缝合。患者痛苦小且美观经济(腿部外观无明显手术瘢痕及静脉残留)。(3)术后恢复快,3d就能下床活动。(4)复发率低,残留少,不易遗漏(对于广泛、多

收稿日期:2006-06-28; 修订日期:2006-10-08。

作者简介: 朱永斌,男,江苏常州人,江苏省常州市第一人民医院主治医师,主要从事血管外科疾病方面的研究。

通讯作者: 朱永斌 E-mail:zyb2000@sina.com。

文章编号:1005-6947(2006)12-0956-02

· 临床报道 ·

点状切口穿通支离断术治疗下肢静脉性溃疡

张喜成, 田鹏, 陈一尘, 赵登秋

(徐州医学院附属淮安市第二医院 血管外科, 江苏 淮安 223002)

摘要:为探讨点状切口筋膜下穿通支离断术治疗下肢静脉性溃疡的可行性和临床疗效,笔者对28例(30条肢体)下肢静脉性溃疡患者,先常规膝上段大隐静脉高位结扎抽剥术,患肢驱血后在溃疡后内侧作点状切口,以神经剥离子作筋膜下离断穿通支静脉,再作点状切口抽剥患肢曲张静脉。术后全组患肢症状均有不同程度改善,溃疡均在术后8~35d(平均17.8d)愈合。提示点状切口穿通支离断术治疗下肢静脉性溃疡简便安全,疗效可靠,手术时间短,值得推广。

关键词:静脉曲张溃疡/外科学;下肢;外科手术/方法

中图分类号:R654.4 **文献标识码:**B

下肢静脉性溃疡临床常见,穿通支静脉瓣膜功能不全引起的下肢静脉高压,是静脉性溃疡发生的主要原因。我科自2004年8月~2006年4月采用点状切口作深筋膜下穿通支离断术治疗下肢静脉性溃疡28例,疗效满意,报告如下。

收稿日期:2006-09-18; **修订日期:**2006-11-06。

作者简介:张喜成,男,江苏淮安人,徐州医学院附属淮安市第二人民医院副主任医师,主要从事周围血管病的基础与临床方面的研究。

通讯作者:张喜成 E-mail:zhangxicheng@163.com。

发的曲张静脉点式抽剥法效果更明显)。

电凝术是将大隐静脉内膜灼伤,辅助局部压迫使血管腔粘连闭合,虽然大隐静脉主干未剥脱,但其闭塞后与剥脱的效果相同,同时减少其分支于交通支的损伤,避免了剥脱术中常出现的皮下血肿和淤血^[1]。点式抽剥术切口不缝合,能早期下床活动,术中出血少,手术时间短,不妨碍美观,瘢痕小,局部复发率低^[2]。研究^[3]表明,点式抽剥术不但可纠正浅静脉系统病变,而且还有利于改善深静脉系统功能。

患肢驱血后再电凝大隐静脉,以免大隐静脉内血液太多而影响电凝效果。电凝隔1cm电凝1次,持续时间约1s,皮下脂肪较少者时间适当缩短。以破坏大隐静脉内壁、腔内血栓形成为目的,同时应避免灼伤静脉周围组织和损伤隐神经。在膝关节下方电凝时应特别注意,电凝时间不宜太长,此处皮下脂肪组织较少,容易导致皮肤烧伤。本组1例术中电凝时因时间控制不当发生皮肤烧伤。

抽剥曲张静脉时,可在其描记线上间隔4~5cm连续作2~4个微小切口一次抽剥,抽出全部曲张静脉而不宜

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男21例,女7例;年龄29~75(平均46.3)岁。病史3~23年,左下肢19例,右下肢7例,双下肢2例,共30条肢体。全组均表现为小腿不同程度的酸胀沉重、疼痛感、浅静脉曲张、足靴区皮炎、色素沉着等,溃疡直径1.5~5.0cm。其中4例曾做过大隐静脉的高位结扎抽剥手术。患者术前均作深静脉造影和彩色多普勒检查,提示均有穿通支静脉功能不全、深静脉倒流0~II级。1例有手术史者造影仍见大隐静脉显影。本组患者均已排除其它病因所致溃疡。

拉断。切忌用血管钳用力撑大切口或钳夹皮肤,以减少术后手术瘢痕。交通支静脉瓣膜在下肢静脉性溃疡中发挥重要作用^[4]。因此,术中结扎交通支静脉将促进溃疡愈合,大大降低复发率。术毕包扎时大腿内侧、踝部及足背纱布应加厚,以减少软组织淤血。下床活动后穿戴循环驱压力袜3个月可降低复发率。

参考文献:

- [1] 宋学,宋国权,崔春国.电凝和皮内缝扎治疗原发性大隐静脉曲张[J].中国普通外科杂志,2003,12(6):480.
- [2] 褚延魁,马庆久,高德明.下肢静脉曲张治疗现状[J].中国普通外科杂志,2005,14(12):940-942.
- [3] Bergan JJ. Venous Reflux: Guideline for Management [J]. Vasc Surg, 1997, 31(3):786-789.
- [4] Nicolaide AN. Surgical management of deep venous reflux [J]. Vasc Surg, 1997, 31(6):289-292.