

文章编号:1005-6947(2004)01-0060-02

· 临床报道 ·

下肢深静脉瓣膜包窄术 89 例分析

尹乐平, 冯超, 顾毅, 刘彤

(四川省人民医院 血管外科, 四川 成都 610072)

摘要: 选择经静脉造影确诊为原发性下肢静脉瓣膜功能不全的 89 条患肢行股浅静脉包窄术。85 条患肢随访 2~4 年, 疗效良好者 77 条肢体, 轻度肿胀 8 条肢体; 1 例溃疡复发, 1 例皮肤营养性病加重。经彩色多普勒检查, 3 例存在轻度反流。提示深静脉瓣膜包窄术手术简便、安全, 不必阻断、切开深静脉, 只要操作正确, 术后并发症少, 效果持久、满意, 有推广应用价值。

关键词: 静脉机能不全/外科学; 静脉造影术; 股浅静脉包窄术

中图分类号: R543.6; R816.2

文献标识码: B

自 1997 年 1 月~2002 年 8 月, 我科应用股浅静脉瓣膜包窄术治疗原发性下肢深静脉瓣膜功能不全患者 85 例(89 条患肢), 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 50 例, 女 39 例。左下肢 44 例, 右下肢 35 例, 双侧 4 例, 共有患肢 89 条。年龄 35~78(平均 57.3)岁。病程 2~48(平均 17.4)年。其中 6 例曾行曲张大隐静脉剥脱结扎或硬化剂注射术。全组病例均无深静脉血栓形成病史。

1.2 临床表现

89 条(100%)均有浅静脉曲张, 患肢肿胀 71 条(79.8%), 久立后患肢小腿沉重感 74 条(83.1%), 足靴区色素沉着 36 条(40.4%), 溃疡形成或有溃疡史 32 条(36.0%)。

1.3 特殊检查

本组均行深静脉逆行造影, 深静脉反流 Kistner 分级标准为 II~III 级。

1.4 手术方法

患者平卧, 于患肢大腿根部股动脉内侧做纵行切口, 长 6~8 cm。游离股深和股浅静脉, 在股浅静脉近侧找出第一对瓣膜, 手指勒血证实有血液反流, 同时测量该处股浅静脉周长。取患肢大隐静脉一段(缺失者用 ePTFE 人工血管材料), 宽 1.5~2 cm, 长为所测周长的 2/3。以 7-0 的 prolene 缝线包绕缝合于瓣膜处的股浅静脉管壁外, 使管腔缩窄约 1/3。手指勒血试验证实无血液反流。同时作大隐静脉高位结扎抽剥术, 腔镜下交通支结扎(2001 年 3 月后), 溃

疡创面皮下游离术。术后患肢加压包扎, 抬高患肢 15°, 早期活动。术后静脉滴注低分子右旋糖酐 500 ml 每日 1 次及适量抗生素, 共 5~7 d。

2 结果

术后 1 个月内 89 条患肢的症状和体征均完全或基本消失, 溃疡创面在 2 周内愈合。术后发生深静脉血栓 4 例, 淋巴瘘 2 例。85 条患肢随访 2~4 年, 疗效良好者 77 条占随访病例的 90.6%; 轻度肿胀 8 条, 占 9.4%, 合并局部浅静脉复发 6 例, 占 7.1%; 溃疡复发 1 例, 占 1.2%; 皮肤营养性病加重 1 例, 占 1.2%(溃疡复发及皮肤营养性病加重者均未行腔镜下交通支结扎)。经彩色多普勒检查, 3 例存在轻度反流。

3 讨论

Kistner^[1]指出, 股浅静脉内位置最高的第一对瓣膜是下肢静脉中最坚韧的瓣膜, 能承受近侧静脉主干中血流重力作用, 在保持下肢静脉正常的血流动力学方面起重要作用。因此, 设法维持这一对瓣膜的单向开放功能便能防止和治疗下肢深静脉瓣膜功能不全。解剖学资料表明, 90% 的股浅静脉中存在这一对瓣膜。目前各种治疗原发性下肢深静脉瓣膜功能不全的手术方法正基于此原理。

下肢深静脉瓣膜包窄术属于血管外间接瓣膜成形术^[2], 该术式的适应证主要是 Kistner 分级 I~II 级的患者, 静脉造影病变瓣膜的结构和形态基本正常, 即无瓣膜缺如、畸形、撕裂、萎缩、极度纤薄。重度下肢静脉瓣膜功能不全者, 由于瓣膜缘严重松弛, 包窄不能使游离缘相互靠拢, 不能紧密对合, 倒流血液不能完全阻断, 而过度缩窄血管会引起回流障碍。笔者认为严格选择合适的患者和精细正确的手术操作是该术式取得良好效果的关键之一。笔者的经验是:(1)包窄的部位和宽度应选择瓣膜所在处。这样当

收稿日期:2003-04-22; 修订日期:2003-11-10。

作者简介:尹乐平(1957-), 男, 江西永新人, 四川省人民医院副主任医师, 主要从事血管外科方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)01-0061-02

· 临床报道 ·

经皮透视性曲张静脉团刨削术 10 例报告

姜伟庆, 叶吉祥, 杨力, 乔世铭, 周雄文

(上海市杨浦区中心医院 普外科, 上海 200090)

摘要: 报告利用关节镜和关节刨削器开展下肢曲张浅静脉团刨削术 10 例。单纯性大隐静脉曲张 6 例和原发性下肢深静脉瓣膜功能不全伴浅静脉曲张 4 例, 肢体均有曲张成团的曲张浅静脉。该手术方法切口少而小, 疼痛轻, 切口均一期愈合, 无手术并发症发生。随访 6~12 个月, 肢体曲张成团浅静脉均消失, 无复发, 近期疗效满意。提示下肢曲张静脉团刨削术系一治疗下肢曲张成团的曲张浅静脉的好方法。

关键词: 静脉曲张/外科学; 浅静脉团刨削术

中图分类号: R543.6 **文献标识码:** B

隐股静脉高位结扎及抽剥术是治疗下肢静脉曲张的经典手术。近年来对抽剥术作了很大改进, 主要是采用多个小切口分段结扎曲张静脉^[1], 但对于弯曲成团的曲张静脉抽剥困难, 仍需要长切口, 出血多, 手术时间长, 手术瘢痕大。近年国外开展经皮透视性曲张静脉团刨削术 (transilluminated powered phlebectomy, TIPP) 治疗曲张成团的曲张静脉, 疗效满意^[2,3]。我院自 2001 年 10 月~2002 年 3 月, 利用关节镜和

关节刨削器开展经皮透视性曲张静脉团刨削术 10 例, 近期疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 6 例, 女 4 例。平均年龄 (53.2 ± 5.4) 岁。左下肢 5 例, 右下肢 5 例。临床表现根据 CEAP 系统分级^[4]: C₃ 8 例, C₄ 2 例; 肢体均有曲张成团的曲张浅静脉。经多普勒双功彩超和深静脉造影检查证实为单纯性大隐静脉曲张 6 例, 原发性下肢深静脉瓣膜功能不全伴浅静脉曲张 4 例。

收稿日期: 2002-03-22; **修订日期:** 2002-11-07。

作者简介: 姜伟庆 (1966-), 男, 江苏高淳人, 上海市杨浦区中心医院主治医师, 主要从事下肢血管疾病方面的研究。

血液倒流瓣膜窦充盈时, 由于管腔狭小, 将两个松弛的瓣叶游离缘限制在管腔正中而相互靠拢, 不致向下方翻转。若在瓣膜远侧缩小管腔, 这只有在松弛的游离缘向下翻转, 堵塞狭窄的管腔后, 才能制止血液倒流, 术后瓣叶不断受逆向重力牵拉, 可能导致瓣叶萎缩。包窄的宽度应大于正常瓣窦远端宽度 5mm。(2) 包窄的材料采用自体大隐静脉或 ePTFE 人工血管材料。尽管有报道自体材料作为环缩材料存在可能变形和瘢痕挛缩的问题, 但笔者随访的病例显示效果均良好, 而但更远期效果有待观察。(3) 该手术成败的关键在于包窄的程度应适当, 即不能太松, 起不到恢复病变瓣膜制止血液倒流的功能; 也不能过度包窄, 造成回流障碍及可能造成患肢持续肿胀, 甚至静脉血栓形成。包窄的程度以包窄后的静脉管壁及全瓣环缩至原周长的 1/3~1/4 为宜^[3]。从本组资料看, 术后虽然仍存在深静脉反流和发生深静脉血栓者, 但均占少数。但这些问题可能与恰当的包窄程度有关, 这也正是该手术的难点。术中顺、逆行造影观察造影剂经过包窄的瓣膜有无回流障碍或反流, 以明确包窄的瓣膜程度是否恰当, 可能是解决该难题的方法。

对于患肢存在溃疡的患者, 除腔镜下结扎深静脉交通

之外, 还常规将溃疡处皮下完全游离, 这样溃疡愈合时间明显缩短, 本组随访病例未见复发。而未行腔镜下结扎深静脉交通的患肢出现复发或皮肤营养性病加重。这说明必须彻底断绝溃疡区域淤滞的静脉血流, 使患肢异常静脉血流动力学得到改善, 患肢局部血循环才会改善而有利于溃疡的愈合, 防止溃疡复发。这也证明, 深静脉瓣膜功能重建与交通支的结扎、隐静脉抽剥相结合能更有效地治疗慢性复发性溃疡^[4]。

参考文献:

- [1] Kistner RL. Primary venous valve incompetence of the leg[J]. Am J Surg, 1980, 140(2): 218-224.
- [2] 陈翠菊, 黄毓琪. 股静脉瓣膜戴戒术治疗下肢深静脉原发性瓣膜功能不全[J]. 中华外科杂志, 1998, 26(2): 74-76.
- [3] 姜伟庆, 叶吉祥, 杨力. 下肢深静脉瓣膜包窄术缩窄比例的个体化初探[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(6): 455-458.
- [4] Sottirual VS. Surgical correction for recurrent venous ulcer[J]. J Cardiovasc Surg, 1991, 32(2): 104-109.