

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动压力袜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.

1.2 治疗方法

采用腰麻或硬膜外阻滞麻醉,常规腹股沟小切口,先结扎切断和抽剥膝上段大隐静脉主干。抬起患肢,以驱血带驱血,再另取1根驱血带结扎大腿中段,阻断患肢血流,在距溃疡后内侧约5cm处或色素沉着区外作一3mm小切口,以神经剥离子钝性分离深筋膜下间隙,并分离至溃疡底部筋膜下,如遇有阻力处则可能有穿通支静脉,则以剥离子的钩端将其轻轻拉断,在溃疡底部及周围分离出筋膜下间隙。然后,在术前标记的曲张静脉处作多个2mm左右的点状切口,分别抽剥出曲张静脉。腹股沟切口可吸收线皮内缝合,其余切口均无需缝合,术毕患肢加压包扎。

2 结果

本组均手术顺利,全组手术时间为22~48min,平均32min。术后浅静脉曲张消失,患肢酸胀、疼痛症状均有不同程度缓解。术后2~3d大多溃疡干燥、结痂。2例术后溃疡附近的点状切口出现少许渗液,经换药处理后分别于3,6d后愈合。患者均于术后3~7d出院,出院后继续在门诊或当地换药,门诊或电话随访。30条患肢溃疡愈合时间为术后8~35d,平均17.8d;其中1例溃疡面积较大,经门诊换药1周后再次创面植皮愈合。5例有足靴区的感觉减退,其余无并发症发生。

3 讨论

下肢静脉性溃疡多由深、浅静脉和穿通支静脉功能不全引起,其中穿通支静脉功能不全与溃疡发生的关系最为密切。功能不全的穿通支静脉,不能有效阻挡深静脉血液向浅静脉的反流,引起小腿浅静脉高压,局部淤血、微循环改变,导致皮肤营养障碍,继而可发生久治不愈的溃疡^[1],因此临床治疗下肢静脉性溃疡必须阻断穿通支的血液逆流引起的下肢静脉高压。大腿中下段的穿通支常与大隐静脉主干相连,大隐静脉抽剥术可将该部位穿通支破坏。但临床上较重要的穿通支主要分布在小腿中下段内侧足靴区,常有3~4支,与大隐静脉主干不直接相通^[2]。故传统大隐静脉抽剥术不能将该部位全部穿通支抽断,穿通支逆流未能得到彻底解决,常导致术后溃疡不愈或复发。

传统Linton切口深筋膜下结扎功能不全的穿通支对改善下肢症状,促进皮炎、溃疡的愈合有较好作用,但该类手术切

口大、切口并发症多、以及穿通支离断不完全而使该术式受到限制^[3-4]。近年腔镜筋膜下穿通支离断术(SEPS)治疗下肢静脉性溃疡已在国内开展,具有创伤小、切口并发症少、疗效确切等优点,但因操作略显繁琐以及受器械条件的限制,推广普及尚有距离。

笔者对合并轻度深静脉功能不全者采用点状切口抽剥手术,可将皮下曲张的浅静脉抽除、撕断,同时可将部分与浅静脉相通的穿通支撕断。位于溃疡底部的穿通支静脉,则采用点状切口行深筋膜下的穿通支离断术,仅需2~3mm的小切口,借助神经剥离子在深筋膜下作潜行分离,遇阻力处往往是穿通支所在部位,可用剥离子的钩端将穿通支轻轻拉断。因术中先作点状切口曲张静脉抽剥术会破坏正常的解剖层次,给筋膜下的潜行分离带来不便,因此笔者主张一般先作穿通支的离断术。本组均在下肢驱血后手术,穿通支的离断和曲张静脉的抽剥均在无血状态下进行,使操作变得更为简便,出血少,可明显缩短手术时间。分离深筋膜间隙仅凭手感操作,不如在腔镜下辨认穿通支来得直观,不过一旦掌握技巧,该操作异常方便快捷。

与SEPS相比,点状切口操作更简便易行,术中出血少,手术时间短,术后几乎不留疤痕,是一种值得推广的微创术式。术中正确分离深筋膜间隙是关键,注意不能在浅筋膜下分离,否则有导致术后溃疡周围皮肤缺血坏死,溃疡扩大可能。另外术后要注意加压包扎,防止术后深筋膜下间隙血肿或积液,甚至出现筋膜下感染。

参考文献:

- [1] Barwell J, Poskitt K, Whyman M. Role of superficial venous surgery in the treatment of venous ulceration [J]. Br J Surg, 1999, 86(11):1475-1476.
- [2] 张强,王跃东,李君达. 内镜下静脉穿通支离断术的临床应用[J]. 中国实用外科杂志[J], 2001, 21(5):278-279.
- [3] 程勇,赵渝,时德. 小腿深筋膜下内镜交通支离断术治疗下肢慢性静脉功能不全[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(7):417-419.
- [4] 钱建中,张海峰,金凯. 内镜下交通支结扎治疗下肢复发性静脉性溃疡[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(5):343-344.