

## 浅静脉分段缝扎治疗下肢静脉曲张

赵宏升, 李正银, 杨保强, 陈应东, 颜德坤  
(云南省农垦总局第二职工医院, 云南 德宏 678400)

[关键词] 原发性下肢静脉曲张; 分段缝扎; 高位结扎

[中图分类号] R654.4 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 03-0128-02

原发性下肢静脉曲张治疗方法日趋繁多, 但各种方法在发挥其优势的同时仍存在与之相关的应用条件限制及并发症发生. 云南省农垦总局第2职工医院自2000年5月至2011年5月采用曲张浅静脉分段缝扎治疗原发性大隐静脉曲张56例, 收到良好临床效果, 现报道如下.

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本组56例, 男32例, 女24例, 年龄25~72岁, 平均45.2岁. 双侧32例, 单纯右侧8例, 单纯左侧16例, 共88侧肢体. 病程1~32a, 平均14a. 全部病例术前均明确诊断为原发性大隐静脉曲张伴瓣膜功能不全.

#### 1.2 手术方法

硬脊膜外麻醉或局麻; 术前让患者站立标出曲张静脉行径, 有小腿溃疡者先清创覆以无菌纱布, 采用Linton经典术式高位结扎大隐静脉及5大属支(或3~4支), 尽可能向远端游离主干结扎切断, 同时结扎术野中发现的交通支. 然后即采用分段缝扎法处理大腿和小腿曲张的浅静脉. 具体方法如下: 用中号三角形弯缝针, 穿上4号线, 在曲张静脉的一侧进针, 绕过该静脉的深面, 然后从静脉的另一侧出针, 进针点和出针点应尽量靠近该静脉. 于打结前用纱布团由近向远端逆向挤压静脉, 两线头交叉勒紧, 再在交叉点上放1纱粒结扎, 力度适中, 使缝扎的浅静脉完全闭塞即可. 然后按上述方法自上而下分段缝扎. 手术中应注意: (1) 一般在大腿中下段1/3结扎1~2道, 小腿视静脉曲张程度, 每隔2.5~5cm缝扎1道, 曲张的静脉越粗, 间距越要求相应缩短; (2) 必须将各缝扎

点间静脉内的血液排空, 以免血栓形成后再通, 使曲张浅静脉节段性复发. 若曲张的浅静脉内已有静脉石形成, 应尽量用小切口把血栓取出后再缝扎, 否则局部硬块明显; (3) 如有足靴区溃疡者, 则围绕溃疡边缘间断缝扎曲张静脉, 以闭塞周围浅静脉, 创面再次清创后涂红汞并包扎; (4) 内踝前的大隐静脉紧贴骨膜并与隐神经相邻, 为避免副损伤, 于内踝前大隐静脉走向上横切口1.5cm, 分离出大隐静脉2~3cm结扎切断, 缝合切口1~2针; (5) 术后处理, 用弹性绷带包扎下肢全长2~4周, 抬高患肢30°, 注意足趾活动及小腿部肌肉舒缩, 以防深静脉栓塞; (6) 术后14d将丝线拆除, 如拆除过早可使曲张静脉复发.

### 2 结果

全组病例术后下肢静脉曲张均治愈, 拆线早期皮肤缝针处有“蚂蝗征”现象, 3个月后全部消失, 不留痕迹, 亦无皮肤索状物, 8例合并溃疡者, 4周内愈合随访最长达8a, 均未见复发, 无局部麻木症状.

### 3 讨论

静脉壁软弱, 静脉瓣膜缺陷和浅静脉内压力持久地升高, 是引起浅静脉曲张的主要原因<sup>[1]</sup>. 大隐静脉高位结扎及分段缝扎, 消除了大隐静脉瓣膜缺陷所致的静脉逆流, 这是下肢静脉曲张最主要的病理和生理基础, 一系列的临床症状和体征由此发展而来<sup>[2]</sup>. 同时, 缝扎和术后弹力绷带包扎

(下转第132页)

[作者简介] 赵宏升 (1960~), 男, 山西长治市人, 医学本科, 副主任医师, 主要从事外科临床工作.

节最小 2 mm × 1 mm, 并清楚地显示其形态、大小、数目及性质, 说明彩超对甲状腺结节的敏感性高于 CT 及放射性核素. 本研究显示, 单纯实性结节占甲状腺结节总数的 41.38%, 其声像以实质低回声多见; 恶性甲状腺结节中, 实性结节 (尤其是低回声结节) 的比例明显高于囊性结节; 彩超诊断甲状腺囊、实性结节的准确率为 100%.

总之, 本研究显示彩超检查甲状腺体积及结节准确、可靠、分辨率高、重复性好, 对人体无损伤, 是甲状腺体检、复查和随访的最佳方法. 据报道, 彩超诊断良性病变的准确率为 86%、恶性病变为 82%, 超声引导细胞学检查的准确率为 94 ~ 98%<sup>[5]</sup>. 甲状腺彩超检查和细胞学穿刺诊断是筛查和早期诊断甲状腺癌可靠方法. 因此, 对彩超检查高度怀疑甲状腺癌者, 必要时可行超声引导下细针穿刺细胞学检查, 以免误诊.

#### [参考文献]

- [1] 滕卫平. 甲状腺癌规范化诊治及医源性甲减研讨会纪要[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2007, 23(6): 571.
- [2] KHOO M L, ASA S L, WRITTERICK I J, et al. Thyroid calcification and its association with carcinoma [J]. *Head & Neck*, 2002, 31(2): 380.
- [3] 戴璇璇, 何秋香, 吕超, 等. B超引导下细针穿刺对触诊阴性甲状腺结节的诊断价值[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2009, 25(5): 416.
- [4] BONNEMA S J, BENNEDA EK F N, LADENSON P W, et al. Management of the nontoxic multinodular goiter a north American survey [J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2002, 87(1): 112.
- [5] 王芳, 张春光. 超声诊断甲状腺结节的临床应用价值[J]. 吉林医学, 2011, 32(20): 4 109.

(2012-01-17 收稿)

(上接第 128 页)

引起的组织反应, 使浅静脉段逐渐纤维化, 最后血管闭合, 达到治疗下肢静脉曲张的目的.

传统的大隐静脉剥脱术在过去几十年里一直成为大隐静脉曲张的最主要的和标准的手术方法, 疗效确切<sup>[2]</sup>. 但该手术创伤大, 并发症多, 术后卧床时间长, 影响患者功能恢复及美观. 该术式能简单、快速的处理所有曲张静脉, 手术创伤小, 疤痕少且隐蔽, 术后恢复快, 安全有效, 易被患者接受.

近几年开展的众多治疗大隐静脉曲张的微创方法, 在发挥了微创优势时, 也存在着不足: (1) 多需要借助特殊设备才能完成手术; (2) 需要根据患者条件和医院条件选择实施; (3) 存在与之相关的并发症: 静脉穿破、血栓、血肿、感染、皮肤烧伤及术后局部组织皮肤感觉麻木等<sup>[2]</sup>.

经皮浅静脉连续或者分段切断结扎术, 在经过

静脉浅面的皮肤组织时, 容易穿破静脉形成血肿. 因为曲张的浅静脉紧贴皮下组织, 给缝合带来一定难度. 其次, 对缝线要求较高, 一般为尼龙线. 这种改良后的术式和其他术式的适应症是一致的, 操作更简单安全, 可在局麻下进行, 尤其适合老年患者或者伴有各器官功能不全患者, 用 4 号丝线即可, 有利于基层卫生院开展实施.

#### [参考文献]

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 639.
- [2] 张岩, 李苍秋, 权沛沛. 大隐静脉曲张手术治疗进展[J]. 临床医学, 2008, 28(4): 116.

(2012-02-02 收稿)