

# 腔镜下交通支静脉离断术治疗下肢静脉曲张性溃疡的临床疗效观察

刘少逵<sup>1</sup> 王红<sup>1#</sup> 郭林<sup>2</sup>

(1 天津中医药大学第二附属医院 天津 300150; 2 天津中医药大学 天津 300193)

**摘要:**目的:探讨腔镜下交通支静脉离断术治疗下肢慢性静脉性溃疡的疗效。方法:对 60 条静脉性溃疡患肢在腔镜下行交通支静脉离断术十大隐静脉高位结扎低位剥脱术。结果:术后肢体症状和浅静脉曲张消失,溃疡在术后 7~58 d 愈合。随访 1 年以上均无复发。结论:腔镜下交通支静脉离断术治疗下肢静脉性溃疡损伤小、并发症少、安全性高、复发率低,有较高的临床应用价值。

**关键词:**下肢静脉性溃疡;交通支静脉;离断术;腹腔镜

中图分类号:R 543.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.020

下肢静脉曲张性溃疡 (variceal ulcer of lower extremities, VULE) 是一种比较常见的外科周围血管病,它是下肢静脉性慢性功能不全常见的严重并发症之一<sup>[1]</sup>,并且是继发于下肢慢性静脉功能障碍最严重和难治的晚期并发症,在发达国家,正常人群静脉曲张的发病率可达 1%~2%,发展中国家的发病率更高<sup>[2]</sup>。该病以中老年人为主,严重影响患者的生活质量,并带来一系列社会经济学问题,已引起广泛的关注<sup>[3]</sup>。腔镜深筋膜下交通支离断术(subfascial endoscopic perforator vein surgery, SEPS)具有创伤小、恢复快的优点,大大缩短了患者的住院时间,近几年来已经成为治疗下肢静脉曲张比较理想的方法。我院近年来采用腔镜下交通支静脉离断十大隐静脉高位结扎低位剥脱术治疗下肢静脉曲张性溃疡 44 例,疗效满意。现报告如下:

下置入 Trocar 和电钩或超声刀,分离筋膜下的疏松组织,找到 2~5 支粗大交通支,分别用钛夹断开或超声刀切断;较小交通支可用电凝钩烧灼断开,操作范围需超过溃疡面近内踝平面。撤去腔镜后,行大隐静脉高位结扎低位剥脱术,腔镜切口采用粘膏粘合,其余伤口均采用皮下缝合,术后常规弹力绷带止血。第 1 天禁止患者下床活动,鼓励患者床上活动患肢,至少 500 下。第 2 天开始鼓励患者下床适量活动,第 3 天伤口常规换药。患肢弹力绷带需戴 1 个月。

## 2 结果

所有患者术后均无皮肤坏死、淤血、切口感染、深静脉血栓形成等并发症,色素沉着、瘙痒、疼痛等临床症状均明显缓解,所有溃疡在术后 7~58 d 愈合。60 条患肢随访 1 年均无复发或新生溃疡形成。评分情况见表 1。

表 1 SEPS 术前与术后 3~12 个月临床评分 ( $\bar{X} \pm S$ ) 分

症状体征	术前	术后
疼痛	0.96± 0.75	0.29± 0.43*
色素沉着	1.42± 0.55	1.01± 0.47
溃疡(面积)	1.22± 0.81	0.32± 0.43*
溃疡病程	2.08± 0.00	0.17± 0.51*
溃疡数目	1.06± 0.64	0.14± 0.38*

注:与术前比较, \*P<0.01。

## 3 讨论

下肢静脉系统包括深静脉、浅静脉和交通支静脉 3 个系统,其中一个系统发生病变后,久之即可延及其他两个系统,引起患肢整个静脉的病变。重度 CVI 常是 3 个静脉系统病变综合因素的结果,但是交通支静脉功能不全在其中具有非常重要的作用。有研究表明<sup>[4-5]</sup>,下肢静脉曲张发生率在仅有浅静脉返流时为 6%,但在伴有交通支静脉功能不全时可上升至 30%,在深、浅静脉返流同时存在时,溃疡发生率为 33%,但在合并交通支静脉功能不全时可上升至 47%。临床 CEAP 分级重度者有 86%存在深静脉瓣膜返流,71%存在浅静脉功能不全,而 100%存在交通支静脉功能不全。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 5 月~2011 年 10 月我院共收治下肢静脉曲张性溃疡患者 44 例,患肢共 60 条,其中男 26 例,患肢 38 条,女 18 例,患肢 22 条;年龄 34~75 岁,中位年龄 58 岁。所有患者均有不同程度的下肢浅静脉曲张、足靴区皮肤色素沉着、皮炎以及足靴区活动性溃疡灶,病史均在 1 年以上,直径 2~8.5 cm。均行下肢顺逆行性静脉造影及下肢静脉彩超检查,均有不同程度的交通支静脉瓣膜功能不全,60 条深静脉瓣膜功能通畅,排除深静脉血栓。按 Kistner 法分度,46 条肢体为 I~II 度,14 条肢体为 III~IV 度。

1.2 手术方法 采用硬膜外麻醉。仰卧位,患者小腿略屈曲外展,膝部垫高,膝上 10 cm 绑扎止血带。在胫骨粗隆下 7~9 cm、胫骨内侧 3~5 cm 处做 10 mm 横切口,分离皮下,打开深筋膜,钝性分离筋膜下间隙,置入 10 mm Trocar 腔镜,筋膜下 CO<sub>2</sub> 充气,压力为 15 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 并维持。另在该切口内后方 4~6 cm 处做 5 mm 切口,在腔镜监视

# 通讯作者:王红, E-mail:ctwanghong@eyou.com

# 中药配合电脑中频治疗肩关节周围炎症 46 例疗效观察

周浩<sup>1</sup> 刘小敏<sup>1</sup> 聂建军<sup>2</sup>

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西省景德镇市第一人民医院 景德镇 333000)

**摘要:**目的:观察中药联合电脑中频治疗肩周炎的临床疗效。方法:对照组 40 例采用中药内服治疗,观察组 46 例在与对照组治疗相同的基础上配合电脑中频治疗。7 d 为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。结果:总有效率观察组 95.65%,对照组 82.50%,两组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。结论:中药联合电脑中频治疗仅治疗肩关节周围炎症疗效确切。

**关键词:**肩关节周围炎症;电脑中频;中药;中西医结合疗法

中图分类号:R 684.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.021

肩关节周围炎症(简称肩周炎)是肩周肌、肌腱、滑囊及关节囊等软组织的慢性损伤性炎症,属中医“肩痹”、“肩凝”等范畴。肩周炎大多发生在 40 岁以上中老年人,以 50 岁左右居多,又称“五十肩”,通常患这种病女性多于男性<sup>[1]</sup>。主要症状为肩周疼痛、肩关节活动受限或僵硬,疼痛可为静止痛,

金云法等<sup>[6]</sup>通过对 843 例下肢静脉曲张病人的临床体征和静脉造影资料进行分析,提出在交通支瓣膜功能不全时,下肢皮肤营养改变和溃疡的发生率呈增高趋势,有交通支逆流的皮肤营养改变和溃疡的发生率为 69.01%(452/655),而无交通支逆流的仅为 23.40%(44/188)。因此,对下肢静脉性溃疡的治疗应全面处理深静脉、交通支静脉和浅静脉 3 个静脉系统,而纠正交通支静脉功能不全成为治疗下肢静脉性溃疡的关键。Baron 等<sup>[7]</sup>报道了交通支静脉在下肢静脉溃疡形成中起着非常重要的作用。其原因主要有以下三个方面:(1)深静脉瓣膜关闭不全时,血液倒流,静脉压增高,可导致交通支静脉瓣膜功能不全。(2)交通支功能不全合并浅静脉功能不全时,浅静脉血液通过交通支倒流进入深静脉,导致深静脉血管扩张,同时加重了下肢瘀血,导致皮肤缺血缺氧和营养障碍。(3)“腓肠肌肌泵”功能异常,也可导致下肢静脉压力增高和瘀血。静脉长期淤血,血流氧含量下降,静脉压升高,毛细血管损伤,通透性增加,体液外渗,组织水肿,以及皮肤氧合作用降低,局部抵抗力下降,可因轻微外伤或感染促进溃疡形成。因此,下肢慢性静脉功能不全的临床表现尤其是皮肤改变是多种因素造成小腿局部微循环障碍所致,而交通支功能不全可能是导致皮肤改变的主要原因。

本研究采用 CEAP 分类中临床评分来比较肢体临床症状体征的状况和评估治疗结果,发现除色素沉着外,其他临床症状体征均有明显改善( $P < 0.01$ ),而且无术后伤口感染、皮肤坏死、出血等并发症,结果显示,采用 SEPS 治疗下肢慢性静脉性溃疡,效果好,并发症少。

夜间加重,也可为运动后加重,严重者可见肩部肌肉萎缩。起病原因是在肩关节周围软组织退行性病变的基础上,肩关节有直接或间接的损伤,或累积性劳损,或肩关节局部受寒等。本病部分患者在 12~24 个月可自行痊愈,但时间长,痛苦大,即使自愈也将遗留不同程度的功能障碍,60%的患者不能

实施传统的大隐静脉高位结扎抽剥多数溃疡能愈合,但因小腿的交通支倒流仍未得到解决,这往往是溃疡复发的主要原因。下肢静脉交通支结扎术因为术后常有切口延迟愈合、皮肤坏死和切口感染等并发症,使其应用受到限制。Hauer<sup>[8]</sup>在远离病变部位的皮肤上作切口,应用内镜技术断离交通支静脉获得成功,有效解决了术后切口并发症的难题。该手术由于有效结扎深筋膜下交通支,能促进溃疡愈合,减少浅静脉曲张和溃疡的复发。

腔镜深筋膜下交通支离断术(SEPS)选择远离病变区域皮肤手术切口进行操作,避免了慢性溃疡对手术切口造成的污染,减少了切口感染的发生,也避免了在营养障碍的皮肤上作切口,具有创伤小、恢复快的优点,大大缩短了患者的住院时间,在临床中收到了良好的疗效。

## 参考文献

- [1]王深明.下肢深静脉瓣膜功能不全的外科治疗[J].中国普外基础与临床杂志,2006,13(6):629-631
- [2]Nicolaidis AN. Investigation of chronic venous insufficiency [J]. J Circulation, 2000, 102(12): 126-163
- [3]Nick JM London, Richard Donnelly. ABC of arterial and venous disease: Ulcerated lower limb [J]. BMJ, 2000, 320(10): 1 589
- [4]Neglen P, Raju S.A comparison between descending phlebography and duplex doppler investigation in the evaluation of reflux in chronic venous insufficiency: a challenge to phlebography as the gold standard [J]. J Vasc Surg, 1992, 16(5): 687-693
- [5]Lurie F, Kistner RL, Elclouf B. Surgical management of deep venous reflux: long term [J]. J Semin Vasc Surg, 2000, 15(1): 50-56
- [6]金云法,张柏根.交通支瓣膜功能不全在下肢静脉曲张中的意义[J].上海第二医科大学学报,1994,14(1):1-4
- [7]Baron HC, Saber AA, Wayne M. Endoscopic subfascial surgery for incompetent perforator veins in patients with active venous ulceration [J]. Surg Endosc, 2001, 15(1): 38-40
- [8]Hauer G. Endoscopic subfascial discussion of perforating veins preliminary report [J]. Vasa, 1985, 14(1): 59-61

(收稿日期: 2012-02-24)