

· 经验交流 ·

原发性大隐静脉曲张门诊病例分析

梁发启

(解放军总医院血管外科, 北京 100853)

【关键词】 静脉; 静脉瓣; 交通支; 老年人

【中图分类号】 R543.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-5403(2011)02-0183-02

1 临床资料

2006年7月至2009年11月,笔者在解放军总医院登记所诊原发性大隐静脉曲张668例,男性322(556条肢)例,女性346(621条肢)。年龄15~83(平均54)岁。男性≤30岁9例,31~40岁25例,41~50岁110例,51~60岁108例,61~70岁44例,71~80岁21例,80岁≥5例;女性≤30岁8例,31~40岁39例,41~50岁96例,51~60岁112例,61~70岁69例,71~80岁18例,80岁≥4例。所有患肢均行下肢超声波检查,其中外院检查男性63肢;女性84肢。深静脉反流男性41%(227/556);女性45%(279/621)。患者病情及职业见表1、表2。男性322例中

超体重者273例(85%),其中,小腿溃疡者85例,发生率26.%(85/322);女性346例中超体重者305例(88%),其中,小腿溃疡者101例,发生率29%(101/346)。小腿溃疡多为超体重者,男性85例溃疡中83例肥胖,肥胖者占溃疡的97%(83/85)。双侧下肢静脉病变284肢,小腿溃疡85肢,占双下肢病变的30%(85/284);女性101肢溃疡中,仅1例体重不超标。双侧下肢静脉病变334肢,小腿溃疡97肢,占双下肢病变的29%(97/334)。男性有家族史者99例(31%),99例中,肥胖者74例,占75%(74/99);女性有家族史者118例(34%),118例中,肥胖者93例,占79%(93/118)。女性生育后者324例,为女性的94%(324/346)。

表1 患者病情

(n)

性别	静脉曲张			肿胀	色素沉着	湿疹	溃疡	治疗复发		
	左肢	右肢	双肢					注射硬化剂	手术	激光
男	143	129	284	470	137	79	85	21	53	8
女	156	131	334	610	177	87	101	27	52	14

表2 患者职业

(n)

性别	农民	工人	干部	教师	炊事员	售货员	个体职业者	理发员	医生	无业
男	68	59	77	24	18	31	21	9	9	9
女	57	51	56	28	19	53	52	13	5	12

2 讨论

2.1 本组病例特点

本组统计病例不是流行病学调查,大多数患者在他院就诊或多家医院诊治后来我院,临床症状较重、肥胖者、双侧病变者较多。肥胖者小腿溃疡发生率高。但所反映的问题不够全面,仅供参考。

2.2 部分相关发病因素

原发性大隐静脉曲张发生的原因本组与文献报道类同^[1]。本组从职业上看,干部比例较高(男性24%;女性16%),因本院所辖主要为部队大机关,干部多;外地来诊者也以干部为多;有些职业如会计、律师、办公室白领也归属于干部。其发病主要与他(她)们久坐有关。其次,农民较多,与部队家属有关。本组有家族史者中,女性比例远低于Engelhorn等^[2]报告的71%,但肥胖有家族史者

本组远高于文献报告^[1]。妊娠是下肢静脉瓣功能不全的重要原因之一,本组结果明显高于文献报道(66%)^[2],因不是流行病学调查,仅供参考。

2.3 治疗后复发原因

2.3.1 手术失误 (1)8例大隐静脉主干股段仍存在。超声波检查及再次手术证明大腿段大隐静脉结扎遗漏,手术仅结扎部分大隐静脉分支,但仅遇1例大隐静脉全程存在。(2)大隐静脉残端过长,其主要分支未完全结扎。股外侧浅静脉支3例;股内侧浅静脉2例;阴部外静脉4例;腹壁浅静脉5例;旋髂浅静脉7例。手术失误的原因主要是解剖关系不清楚,误将大隐静脉分支当主干结扎,更有甚者,2例股浅静脉误认为大隐静脉予以结扎。股浅静脉在卵圆窝处位于股动脉的内后方;大隐静脉入口当然也在股动脉内后方;大隐静脉干位于股动脉的内前方,斜向内下走行,除其近段分支外,其他分支少而细小;分

支的行走方向向两侧的斜度较大。大隐静脉有 5 个分支者仅占 37%^[3], 有的两个分支共干, 熟知这些关系可杜绝或减少上述失误。另外, 与麻醉不佳、术野显露差不无相关。所以, 对单存大隐静脉结扎的“简单”手术决不可忽视。

2.3.2 腹股沟部新生血管形成 文献报道 2 年新生血管发生率为 18%^[4]。Van 等^[5]报道 5 年股部血管再生、静脉反流率 35%; 而膈部高达 50%, 新生血管形成的主要原因与静脉持续性高压有关, 尤其在大隐静脉高位分支结扎不全时, 更易复发。

2.3.3 静脉扩张 下肢静脉在站立、端坐、腹压增加时静压增高, 尤其在深静脉瓣膜、交通支静脉功能不全的状态下静脉压更形增高, 使未切除的静脉、细小静脉扩张, 曲张, 再出现症状。

2.3.4 小腿交通静脉未结扎或结扎不完全 国内对交通支静脉重视不够, 本人门诊所遇复发者, 交通支基本未结扎。虽然文献报告小腿有数十条交通静脉^[6], 但重要交通支有 5 支^[7], 在慢性下肢静脉功能不全者, 这些交通静脉未结扎是症状未完全消除、溃疡不愈合或复发的重要原因之一^[8]。

2.3.5 未纠正功能不全深静脉瓣膜 CEAP (clinical, etiological, anatomical, physiological classification)^[9] C₃~C₆ 级、双下肢有慢性淤血表现者, 多半有深静脉瓣膜功能不全^[10-12]。Roka 等^[12]报道, 慢性下肢静脉功能不全者, 即使行浅静脉及交通静脉手术, 也是不成功的。笔者自 1987 年实施股浅静脉瓣膜环包术纠正深静脉瓣膜功能不全近 3000 条下肢, 小腿溃疡复发率不足 0.1%。Lurie 等^[11]强调, 深静脉瓣膜功能纠正后, 小腿溃疡得以愈合。所以, 纠正深静脉瓣膜功能不全是非常重要的。

2.3.6 微创治疗 静脉腔内注射硬化剂、激光、射频、冷冻腔内治疗等, 较手术治疗有较高复发率。Theivacumar 等^[4]报告, 治疗后 12 周, 复发率达 60%。主要因为上述治疗不能完全、充分破坏静脉内膜、交通支静脉。本组统计复发 170 肢, 手术 105 肢 (62%), 硬化治疗 48 肢 (25%), 激光 22 肢 (13%)。三组复发不均衡, 可能与接受治疗的比例有关。

2.4 治疗选择

2.4.1 单纯浅静脉曲张 单纯大或小隐静脉曲张, 多数无明显症状, 有症状也较轻, 如有时小腿胀, 个别有小腿肿、甚至点片状皮肤改变。此型保守治疗无效时, 宜选用常规结扎、抽剥加点状小切口曲张静脉切除。激光、射频、皮下 Triver 刨吸、硬化剂治疗, 酌情选用。在微创治疗时, 同时行隐静脉高位结扎, 以减少复发机会。

2.4.2 原发性隐静脉曲张并交通支功能不全 症状体征较重的下肢静脉曲张, 会出现小腿水肿或伴有小片状色素沉着、皮肤湿疹、无或有易治愈性小溃疡 (CEAP 分级 C₃~C₆)。在病变处上方常有功能不全的交通支^[7]。超声波检查、上升性 (顺行性) 静脉造影可提供不全交通支的部位。治疗应行浅静脉处理及交通支结扎。手术前, 患者站立位仔细检查交通支的位置, 并做好标记, 术中筋膜外或筋膜下将其结扎, 有条件者也可内镜下结扎。

2.4.3 原发性隐静脉曲张并深静脉瓣膜功能不全并交通支功能不全 此种类型相当常见, Marston 等^[10]指出, 慢性静脉功能不全者, 均有深静脉反流 (有深静脉瓣膜功能不

全)。据笔者的有限经验及结合本组统计特点: 有家族史、肥胖、双侧病变、症状、体征明显、治疗后复发者常提示有深静脉瓣膜功能不全。超声波检查假阴性率较高, 诊断的金标准仍是下行性 (逆行性) 静脉造影, 有条件时血管镜检查不无帮助。

此型的治疗较复杂, 需处理浅静脉、交通支静脉及矫正功能不全的深静脉瓣膜, 即“三位一体”的联合性治疗。小腿溃疡巨大时, 宜避开溃疡行大切口筋膜下交通支结扎, 或内镜下结扎, 但踝上及踝后交通支受筋膜、韧带的影响, 内镜不易到达, 难以结扎。若因溃疡不便切口时, 待溃疡愈合后行二期手术结扎, 预防复发。

深静脉瓣膜修复有多种方法^[7], 总体上分 4 类: 静脉切开直视下修复; 静脉移位; 带静脉瓣静脉段移植; 静脉壁外修复, 如静脉瓣窦壁还包术、带戒术、肌襻成型术^[1]等。

2.4.4 老年患者的治疗 60 岁以上的患者, 身体状况不一, 治疗选择因人而异。75 岁以下者, 可以选择常规的治疗方法; 75 岁以上的老年人, 不提倡深静脉瓣膜修复, 采取简单的浅静脉及交通支静脉处理后, 对运动量小的患者, 保守治疗, 即抬高患肢、弹性外支持可以达到良好效果。

【参考文献】

- [1] 张培华. 临床血管外科学[M]. 第 2 版. 北京: 科学出版社, 2007: 501-504.
- [2] Engelhorn CA, Engelhorn AL, Cassou MF, *et al.* Patterns of saphenous reflux in women with primary varicose veins[J]. J Vasc Surg, 2005, 41(4): 645-651.
- [3] Muhlberger D, Morandini L, Brenner E. Venous valves and major superficial tributary veins near the saphenofemoral junction[J]. J Vasc Surg, 2009, 49(6): 1562-1569.
- [4] Theivacumar NS, Darwood R, Gough MJ. Neovascularization and recurrence 2 years after varicose vein treatment for sapheno-femoral and great saphenous vein reflux: a comparison of surgery and endovenous laser ablation[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2009, 38(2): 203-207.
- [5] van Rij AM, Jones GT, Hill GB, *et al.* Neovascularization and recurrent varicose veins: more histologic and ultrasound evidence[J]. J Vasc Surg, 2004, 40(2): 296-302.
- [6] de Rijcke PAR, Schenk T, ven Gent WB, *et al.* Surgical anatomy for subfascial endoscopic perforating vein surgery of laterally located perforating veins[J]. J Vasc Surg, 2003, 38(6): 1349-1352.
- [7] 梁发启. 血管外科手术学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 427-429.
- [8] van Gent WB, Hop WC, van Praag MC, *et al.* Conservative versus surgical treatment of venous leg ulcer: a prospective, randomized, multicenter trial[J]. J Vasc Surg, 2006, 44(3): 563-571.
- [9] Welch HJ. Surgical options for the treatment of venous ulcers[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2004, 38(2): 195-202.
- [10] Marston WA, Brabham W, Mendes R, *et al.* The importance of deep venous reflux velocity as a determinant of outcome in patients with combined superficial and deep venous reflux treated with endovenous saphenous ablation[J]. J Vasc Surg, 2008, 48(3): 400-406.
- [11] Lurie F, Kestner RL, Eklof B. Surgical management of deep venous reflux[J]. Semin Vasc Surg, 2002, 15(1): 50-56.
- [12] Roka F, Binder M, Böhler-Sommeregger K, *et al.* Mid-term recurrence rate of incompetent perforating veins after combined superficial vein surgery and subfascial endoscopic perforating vein surgery[J]. J Vasc Surg, 2006, 44(2): 359-363.