

- 学, 2010, 22 (4): 226-229.
- [2] 董化江, 单娜娜, 罗悦晨, 等. 左旋精氨酸对急性心肌缺血/再灌注损伤大鼠内皮素-1 的影响. 中国危重病急救医学, 2011, 23 (12): 731-733.
- [3] 杨俊玲, 尹金植, 李青山, 等. 实验性肺纤维化小鼠 IL-1 和 TNF- α 的动态表达及其意义. 吉林大学学报 (医学版), 2007, 33 (3): 522-525.
- [4] Wang JX, Tang W, Shi LP, et al. Investigation of the

immunosuppressive activity of artemether on T-cell activation and proliferation. Br J Pharmacol, 2007, 150 (5): 652-661.

- [5] 李建生, 刘敬霞, 于海滨, 等. 大鼠自体血栓结合线栓阻塞大脑中动脉制备脑缺血模型的建立与评价. 中国危重病急救医学, 2006, 18 (5): 272-274.
- [6] 屠呦呦. 青蒿及青蒿素类药物. 北京: 化学工业出版社, 2009: 1-100.

(收稿日期: 2012-11-02) (本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

改良电凝刀头微创治疗大隐静脉曲张 191 例

张绍华, 刘清浩

(河北省东光县医院外科, 河北 沧州 061600)

本院 2007 年 6 月至 2011 年 12 月使用自行改良的电凝刀头电凝曲张的浅表静脉加用改良的小切口大隐静脉主干全程剥脱手术方法治疗大隐静脉曲张患者 191 例, 效果较好, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般情况: 191 例患者中男性 142 例, 女性 49 例; 年龄 30~70 岁。左侧大隐静脉曲张 77 例, 右侧 63 例, 双侧 51 例, 共 242 条患肢。术前均行下肢深静脉通畅试验及彩色多普勒超声检查, 诊断为单纯性下肢静脉曲张, 无深静脉瓣膜功能不全。

本研究符合医学伦理学标准, 并经医院伦理委员会批准, 所有治疗方法均取得患者或家属的知情同意。

1.2 电凝刀头的改良: 一般电凝治疗使用塑料套管针, 其缺点是塑料套管在电凝时易遇热软化或融化, 另外塑料套管针与电极柄的连接不很牢靠, 以上缺点使手术操作不方便, 易使皮肤灼伤。改良的电凝刀头材质采用直径为 1.0 mm 碳钢条, 长约 6~8 cm, 留 2 cm 尾端与刀柄连接, 余部磨细相当于 7~9 号针头粗细, 表面涂以不黏的绝缘层, 留针尖部 3~4 mm 不加涂层。优点是电刀头与电极手柄接触紧密导电性好, 加不黏涂层后既绝缘, 又隔热, 表面光滑便于操控。

1.3 手术方法: 硬膜外麻醉 (或腰麻) 后取平卧位, 腹股沟皮纹下方股动脉内侧行 1 cm 左右横切口, 解剖分离出大隐静脉主干, 结扎但暂不切断。内踝前内侧行 0.5~0.8 cm 横切口, 游离出大隐静脉, 远端结扎后向近心端插入一次性抽剥器至腹股沟部, 再次确认结扎血管为大隐静脉主干后双重结扎大隐静脉主干后切断。引出剥脱器头端后暂不进行大隐静脉剥脱, 此时先用改良的电凝刀对标记的所有曲张浅静脉逐一穿刺电凝, 包括没有标记过的微细的蜘蛛状曲张静脉。电凝完毕顺行全程剥脱大隐静脉, 如果有剥脱不全可再逆行剥脱 1 次, 如还有剥脱不全可加剥离子后再顺剥 1 次, 如此反复至完全剥脱。对于静脉曲张较重成团块状者抽剥器不能一次自踝部贯穿至腹股部, 可在受阻部位加做一个 1.0 cm 切口, 分两段来完成全程抽剥。大隐静脉主干全程抽剥完毕用敷料覆盖后, 弹力绷带自足踝部向上加压包扎直至腹股沟处切口下缘, 结束手术。

1.4 结果: 所有病例均于次日开始下床活动, 每个刀口缝合 1 针, 每条患肢最多缝合 3 针, 均一期拆线, 无一例感染。术后 2 d 更换敷料时可见所有曲张浅表静脉及蜘蛛状曲张小静脉经电凝后硬化干瘪。有近 1/3 的患者在大隐静脉主干走行方向出现大小不等的瘀斑, 日后可自行吸收消退无需特殊处理。有 7 例患者出现点状散在小面积皮肤灼伤, 经换药处理短时间内自行愈合。有 1 例患者由于出院后长时间蹲坐, 术后半个月出现小腿深静脉血栓, 经及时治疗好转。术后随访 3 个月至 3 年, 近期及远期疗效均满意, 除前述 1 例外无深静脉血栓形成发生, 无浅表静脉曲张复发。对于有血栓的静脉团块适度电凝不用刻意手术剥除, 3~6 个月内可完全激化吸收。有皮肤溃疡的会逐渐愈合, 营养不良状况也会逐渐改善。

2 讨论

大隐静脉曲张的治疗有多种方法, 如硬化剂注射、环形缝扎、激光治疗、射频消融、透光旋切等, 但目前手术治疗仍是主要的方法。传统手术方法为高位结扎大隐静脉主干及属肢全程剥脱大隐静脉主干, 分段切除浅表曲张静脉, 效果肯定。但由于手术切口过多、过长, 创伤较大, 术后恢复慢。

硬化剂注射短期内静脉曲张会消失, 但由于没有高位阻断主干静脉和交通静脉的逆流, 会有较高的复发率, 并有发生深静脉血栓形成和肺栓塞等严重并发症的可能。激光、射频消融及刨吸所需设备价格昂贵, 并有一定的复发率和并发症的发生。

传统的手术方法是高位结扎大隐静脉主干及 5 个分支。本方法是在高位游离大隐静脉时遇到几个分支即结扎几个分支, 但对于扩张增粗的分支一定要结扎。本组患者中只有 1 例患者 1 个分支也没有找到, 一般都能找到 2~3 支以上。对于肥胖及分支静脉扩张的患者, 高位结扎大隐静脉后的顺行插入剥脱器就是辨认大隐静脉的方法之一。电凝时注意高频电刀的电凝强度选择不要过大, 电凝时间的掌握以电凝时一手食指轻触电刀尖端相对应的部位, 如能感到指尖下的轻微振动放电感为最佳, 触不到放电振动感时以电凝 3~5 s 为宜。在标记的浅表静脉部位多点进行电凝, 包括静脉腔内、静脉壁及周围组织。

(收稿日期: 2012-10-16)

(本文编辑: 李银平)