

腔内激光闭合术结合高位结扎和点状抽剥治疗大隐静脉曲张

贲大刚, 李培生, 张杰, 孙发娣

[摘要] 目的: 观察腔内激光闭合术结合高位结扎和点状抽剥治疗单纯大隐静脉曲张的疗效。方法: 对采用腔内激光闭合术结合高位结扎和点状抽剥治疗的 8 例(11 肢) 大隐静脉曲张患者的疗效进行回顾性分析。结果: 8 例手术效果均满意, 近期临床症状消失; 随访 1~7 个月, 无复发及下肢肿胀。2 肢有胫前皮肤烧灼伤, 1 肢皮下淤斑。结论: 腔内激光闭合术联合高位结扎和点状抽剥术治疗大隐静脉曲张疗效确切, 并发症少, 是安全可靠的微创治疗方法。

[关键词] 静脉曲张; 激光疗法; 结扎

[中国图书资料分类法分类号] R 543.6 [文献标识码] A

Endovenous laser combined with high ligation and punctate stripping for treatment of great saphenous varicosity

BEN Da-gang, LI Pei-sheng, ZHANG Jie, SUN Fa-di

(Department of General Surgery, The Second Affiliated of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233040, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the therapeutic effect of endovenous laser treatment (EVLV) combined with high ligation and punctate stripping on simple great saphenous varicosities. **Methods:** The data of 8 patients (11 lower limbs) who had received EVLV plus high ligation and punctate stripping were retrospectively analyzed. **Results:** The outcome was satisfactory in all the cases, and the recent symptoms disappeared. No relapse of varicose vein or lower limb swelling was observed during the follow-up of 1-7 months. Two cases (2 lower limbs) had thermal burns of anterior tibial skin and 1 case (1 lower limb) subcutaneous ecchymosis. **Conclusions:** EVLV combined with high ligation and punctate stripping has affirmed effect in treatment of great saphenous varicosity with the advantage of few complications. It is a safe and reliable minimally invasive therapy.

[Key words] great saphenous varicosity; laser therapy; ligation

大隐静脉曲张是一种常见的周围血管疾病, 主要表现为下肢浅静脉隆起、迂曲、扩张, 甚至卷曲成团^[1], 下肢沉重及乏力感。晚期可出现皮肤萎缩、脱屑、色素沉着, 甚至湿疹和溃疡, 有时可并发出血及血栓性静脉炎, 严重影响患者的工作和生活。单纯性大隐静脉曲张的传统治疗方法是高位结扎、切断和剥脱大隐静脉主干及其分支, 手术创伤大。2008 年 10 月至 2010 年 1 月, 我院采用腔内激光 (endovenous laser treatment, EVLV) 结合高位结扎和点状抽剥术治疗单纯大隐静脉曲张 8 例(11 条患肢), 效果满意, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 8 例(11 肢), 男 6 例(9 肢), 女 2 例(2 肢); 年龄 45~70 岁。病史 3~30 年。均存在站立时小腿浅静脉曲张, 其中 4 肢并发色素

沉着, 5 肢肢体肿胀, 2 肢合并慢性溃疡。术前均做 Perthe 试验和 Trendelenburg 试验, 证实存在大隐静脉瓣膜和交通支功能不全; 深静脉彩色多普勒超声检查证实深静脉通畅, 股隐静脉瓣处血液倒流信号; 对伴有小腿肿胀和长期不愈的下肢慢性溃疡 4 例(5 肢), 行顺行性静脉造影, 除外深静脉血栓形成或瓣膜功能不全。

1.2 仪器设备 采用意大利 Quanta A 半导体激光治疗仪, 波长 808 nm, 功率 40 W; 600 μ m 口径激光光纤; 18G 套管穿刺针; 0.035 英寸超滑导丝; 5 F 多用途血管导管和常规手术器械。

1.3 手术方法 患者取平卧位, 连续硬膜外麻醉。先在腹股沟韧带下 1~2 cm 的股动脉搏动点内侧作一约 2 cm 长的切口, 显露大隐静脉, 逐一分离结扎所属各分支, 距股静脉约 0.5 cm 处切断大隐静脉, 近心端双重结扎, 远心端止血钳钳夹, 暂不结扎。在内踝上方扎止血带, 用 18G 套管针穿刺大隐静脉, 成功后退出针芯, 顺行置入直径 0.035 英寸超滑导丝至腹股沟大隐静脉断端, 退出穿刺套管针, 顺导丝

插入5F血管导管,退出导丝,导入激光光纤。如遇小腿大隐静脉血栓形成或严重扭曲,导丝、导管置入困难,可改从腹股沟大隐静脉断端逆行插管,双向会师。连接并打开激光治疗仪,设定发射功率(功率由具体情况确定)为10~12W,选择连续脉冲运行方式,每个脉冲持续时间为1s,间隔1s,脚踏开关控制,以0.5~0.6cm/s边发射激光边将导管和光纤同步缓慢外撤。助手用湿纱布沿光纤发光点加压,促使静脉壁闭合。本组3例(4肢)大隐静脉全段顺行一次插管成功,大隐静脉主干一次连续性腔内激光闭合。主干处理完毕后,对于大隐静脉曲张的分支,采用多点多次穿刺法,导入激光光纤,分步激光闭合治疗。

本组另5例(7肢)下肢静脉严重曲张、扭曲并伴有静脉血栓形成,穿刺后插管困难且双向置管仍难以会师,采用上下双向插管,主干分段腔内激光闭合,严重迂曲成团的曲张静脉段,采用多点、多处小切口分段点状抽剥。具体方法:在曲张静脉的表面作0.5~1.0cm长、顺皮纹走向的小切口,钝性分离曲张静脉段,将静脉段提出切口,单向卷动、牵拉使之伸直、延长,逐步分离并拉出曲张的静脉支,至终末端后切断并结扎静脉断端。

腹股沟切口和其他小切口用可吸收缝线行皮内缝合,过小切口亦可酌情不予缝合,创可贴对拢粘贴,患肢用弹力绷带加压包扎。

1.4 术后处理 抬高患肢,当日即可下床活动,酌情预防性使用抗生素1~2天。患肢弹力绷带包扎14天后改穿弹力丝袜1~3个月。

2 结果

8例手术均顺利完成,单侧肢体手术30~70min,住院5~10天。术后早期见3例(4肢)患者静脉走行区条索状硬块或曲张静脉处血栓样硬结现象,于2~3周内逐渐消退。胫前皮肤条形烧灼伤2例(2肢),皮下淤斑1例(1肢),均在术后2周内自然愈合。随访1~7个月,所有患者临床症状消失。皮肤活动性溃疡均于术后2~6周愈合,色素沉着多于术后3~6个月好转,无静脉曲张复发和深静脉血栓形成。

3 讨论

单纯性大隐静脉曲张病因为静脉壁软弱,静脉瓣缺陷及静脉内压力升高,导致静脉血液反流。治疗大隐静脉曲张采取的各种术式均以阻断静脉血液

反流为终极目的。大隐静脉高位结扎加主干及曲张静脉剥脱这一传统手术,几十年来一直是治疗大隐静脉曲张最主要和经典的手术方法。但该术式创伤大,出血多,手术时间长,术后肢体疼痛及活动受限,并且切口不美观。EVLT是国际上新开发应用的微创技术治疗大隐静脉曲张的一种新方法,1999年Min等^[2]率先将EVLT应用于临床,其作用机制是采用光导纤维把激光导入下肢静脉,通过发射激光,实现对血红蛋白较高选择性的热凝固及气化作用,使静脉腔内血液沸腾产生蒸汽泡,造成静脉内皮细胞和内膜的广泛热损伤,最终导致血管内壁凝固、收缩,达到同化、纤维化和永久性闭锁静脉血管的效果和治疗目的^[3]。

EVLT较传统的大隐静脉高位结扎加抽剥术后近期疗效相似,并发症无显著差异^[4]。大隐静脉高位结扎剥脱术并非一定能剥脱小腿段的大隐静脉,是造成术后复发的重要因素。EVLT能够使大隐静脉全程闭塞,术后静脉曲张复发率低、远期疗效好。但对于小腿部静脉曲张严重、迂曲呈团块状、足靴区有溃疡形成的肢体,超滑导丝一般难以通过小腿的曲张静脉团,因此,EVLT对于团块状曲张静脉以及溃疡区域的处理效果欠佳^[5]。对此,我们采取大隐静脉高位结扎、分段EVLT、结合多点状小切口抽剥术。本组有5例(7肢)采用上述3种术式联合治疗,疗效满意,术后创伤轻微。

EVLT具有手术操作简单、时间短、术中出血少、大隐静脉全程闭塞、远近期疗效更为彻底、住院时间短、复发率低、并发症少、切口小而且美观等优点,但该方法未行大隐静脉高位结扎,至少保留了1~2支汇入股静脉的分支,存在属支返流,导致大隐静脉属支的血栓性静脉炎及属支复发曲张^[6]。同时由于腹股沟下方脂肪较厚,激光光纤尖端到达处较难精确定位,插入过深易损伤深静脉。另一方面,部分浅静脉血栓脱落,可导致深静脉血栓形成或肺动脉栓塞,产生严重并发症,危及生命。我们将传统的大隐静脉高位结扎和EVLT相结合,较单纯EVLT有以下优点:(1)先行高位结扎并切断大隐静脉主干及其属支,避免血液反流;顺行插管至大隐静脉断端,确切证实激光光纤位置,防止损伤深静脉。(2)有效地防止血栓脱落的危险,术后无需使用抗凝剂。(3)防止大隐静脉纤维化不完全而导致的大隐静脉血液反流、再通。本组病例均采用EVLT联合大隐静脉高位结扎的手术方式,手术简单,并不延长手术时间,创伤小,而且手术切口(下转第141页)

3 讨论

DLBCL 是 REAL 分类的名称, Kiel 分类为: 中心母细胞、B-免疫母细胞、B-大细胞间变型, 属于侵袭性淋巴瘤。乳腺原发性淋巴瘤的临床表现通常与乳腺癌不能区分。常为无痛性肿块, 有时呈多结节状; 近 10% 的包块为双侧乳腺。根据最新 WHO 分类, 大部分乳腺原发性淋巴瘤的组织形态为 DLBCL, 少部分为 Burkitt 淋巴瘤、结外边缘区黏膜相关 B 细胞淋巴瘤、滤泡型淋巴瘤、B 或 T 细胞的淋巴瘤母细胞性淋巴瘤。乳腺恶性淋巴瘤可为原发性或继发性, 两者均少见。乳腺恶性淋巴瘤占乳腺恶性肿瘤的 0.12% ~ 0.53%, 占结外恶性淋巴瘤的 2.25% [2]。没有区分其原发性或继发性淋巴瘤的形态学标准。根据 Wiseman 和 Liao 提出原发性乳腺淋巴瘤的判断标准: (1) 足够充分的组织取材; (2) 淋巴瘤浸润区或周围有乳腺组织存在; (3) 除患侧腋窝淋巴结受累外, 无淋巴结淋巴瘤同时发生; (4) 不存在其他器官或组织的淋巴瘤病史。2 例均符合原发性标准。现通过免疫组织化学方法检测 CD10、bcl-6、MUM-1 的不同表达将 DLBCL 区分成 GCB-DLBCL(生发中心细胞样亚型, CD10、bcl-6 阳性、MUM-1 阴性) 和非 GCB-DLBCL(相对于前者, CD10、bcl-6 阴性、MUM-1 阳性)。不同结外部位 DLBCL 是有不同的分化特征, 乳腺常表达 CD10 和 bcl-6, 多数为 GCB-DLBCL [4]。有研究 [5] 表明, CD10、Mum-1 及 bcl-6 可作为 DLBCL 预后的预测指标, GCB-DLBCL 预后好于非 GCB-DLBCL。

推测肿瘤细胞起源于生发中心或生发中心后 B 细胞, 可发生在结内和结外, 原发结外的可高达 40%, 最常见结外部位是胃肠道(胃和回盲部), 其他部位如皮肤、中枢神经、乳腺、骨、睾丸、软组织、腮

腺、肺、女性生殖道、肝、肾、脾和 Waldeyer 环 [6]。

鉴别诊断: (1) 乳腺浸润性癌: 主要表现为纤维性间质内浸润的癌细胞巢, 可见到乳腺导管或小叶结构或见过渡形态, 瘤细胞 CK 阳性。(2) 上皮肌上皮瘤: 瘤细胞含有丰富嗜酸性胞质或透明胞质, 围绕上皮细胞增生, 挤压小管, 肿瘤细胞 S100、SMA、p63 阳性 [7]。(3) 髓外白血病(粒细胞肉瘤): 瘤细胞胞质少, 嗜碱性, 核染色质呈块状, 可见核仁, 瘤细胞 MPO 阳性。

乳腺原发性 DLBCL 虽然发生较少, 但随着对其研究的深入, 其报道也会逐渐增多, 尤其是在术中快速诊断时, 不要误诊为乳腺浸润性癌, 因为它跟乳腺癌的治疗和预后是完全不一样的, 只需单纯切除肿块加化疗。

[参 考 文 献]

- [1] 许良中. 乳腺病理学 [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1999: 205.
- [2] Kuroda H, Tamaru J, Takeuchi I *et al.* Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast [J]. *Breast Cancer*, 2007, 14(3): 317 - 322.
- [3] 程虹, 戴林, 郭双平, 等. 乳腺及女性生殖器官肿瘤病理学和遗传学 [M] // Fattaneh A, Tavassoli, Devilee P. 世界卫生组织肿瘤分类及诊断标准系列. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 127 - 129.
- [4] 陆锦标, 李小秋, 张培红, 等. 结外弥漫性大 B 细胞淋巴瘤的免疫表型和分化特征及预后的比较 [J]. *中华病理学杂志*, 2007, 36(7): 470 - 473.
- [5] 叶子茵, 曹严兵, 林桐榆, 等. 弥漫大 B 细胞淋巴瘤免疫表型与预后的关系 [J]. *中华病理学杂志*, 2007, 36(10): 654 - 659.
- [6] 周小鸽, 陈辉树. 造血与淋巴组织肿瘤病理学和遗传学 [M] // Jaffe ES, Harris NL, Stein N, 等. 世界卫生组织肿瘤分类及诊断标准系列. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 187 - 192.
- [7] 关剑, 江昌新. 原发性乳腺神经内分泌癌 1 例 [J]. *诊断病理学杂志*, 2009, 16(6): 451 - 458.

(本文编辑 刘璐)

(上接第 138 页) 在腹股沟处, 穿衣容易掩盖, 患者乐于接受。治疗大隐静脉曲张采用多种手术方式联合互补, 可有效地提高手术疗效和安全性, 减少手术并发症的发生。

[参 考 文 献]

- [1] 冯友贤. 血管外科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 504 - 514.
- [2] Min RJ, Zimmet SE, Lsaacs MN *et al.* Endovenous laser treatment of the incompetent greater saphenous vein [J]. *Vasc Interv Radiol*, 2001, 12(10): 1167 - 1171.

- [3] Proebstle TM, Leher HA, Kargl A *et al.* Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940-nm diode laser: thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser generated steam bubbles [J]. *Vasc Surg*, 2002, 35(4): 729 - 736.
- [4] 赵正国. 腔内激光与剥脱术治疗大隐静脉曲张的对比观察 [J]. *第四军医大学学报*, 2007, 28(17): 1592.
- [5] 张丽峰, 何春水, 曾伟, 等. 腔内激光闭合术联合点式切口治疗下肢静脉曲张 [J]. *中国普通外科杂志*, 2008, 17(6): 620 - 622.
- [6] 唐言华, 耿协强, 耿玲, 等. 大隐静脉曲张腔内激光治疗术与抽剥术临床疗效比较 [J]. *西南国防医药*, 2009, 19(4): 397 - 398.

(本文编辑 章新生)