

大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法对下肢大隐静脉曲张的效果观察

胡 威

嘉禾县中医医院 湖南郴州 424500

【摘要】目的 观察下肢大隐静脉曲张应用大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗效果。**方法** 随机抽取本院自 2016 年 1 月 -2017 年 2 月收治的 72 例下肢大隐静脉曲张患者, 根据不同的治疗方法将其分为对照组 (n=36)、治疗组 (n=36), 对照组实施常规治疗; 治疗组实施大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗, 分析两组治疗总有效率、临床指标、并发症发生率。**结果** 治疗总有效率对比显示治疗组高于对照组 ($P<0.05$); 临床指标、并发症发生率对比显示治疗组低于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 给予下肢大隐静脉曲张患者大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗, 效果显著, 既可改善临床指标, 又可降低并发症发生几率, 值得临床推广应用。

【关键词】 下肢大隐静脉曲张; 大隐静脉高位结扎; 主干顺行抽剥; 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法; 治疗效果

【中图分类号】 R654.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2017) 08-050-02

静脉曲张主要是由于管壁或静脉壁出现异常, 导致血液循环系统不能正常工作, 进而减慢血液流速, 使血液淤积在局部静脉血管里, 使血管出现膨胀、扩张, 使其呈现出弯弯曲曲状态。而下肢大隐静脉曲张属于最常见的一种症状, 临床表现为小腿酸胀、沉重感、皮肤瘙痒、色素沉着等, 有时还会出现软组织坏死、感染, 严重时还会引起截肢。在临床治疗中, 通常采用常规治疗, 但治疗效果并不理想。随着医疗技术的不断发展与进步, 采用大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗下肢大隐静脉曲张, 效果显著, 并发症少。本次研究针对下肢大隐静脉曲张应用大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗效果进行分析, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取本院自 2016 年 1 月 -2017 年 2 月收治的 72 例下肢大隐静脉曲张患者, 所有患者均符合下肢大隐静脉曲张诊断标准^[1], 并根据不同的治疗方法将其分为对照组 (n=36)、治疗组 (n=36)。治疗组男 20 例、女 16 例, 年龄 32-75 岁, 平均年龄 (53.9±10.8) 岁, 其中单侧 34 例、双侧 2 例; 对照组男 19 例、女 17 例, 年龄 31-76 岁, 平均年龄 (52.8±11.2) 岁, 其中单侧 35 例、双侧 1 例; 对比分析两组患者基线资料, 差异不明显, $P>0.05$ 。

1.2 方法

两组患者入院后, 均进行相应体征检查, 确诊病情后, 对照组实施常规治疗, 即给予患者大隐静脉高位结扎 + 主干逆行抽剥 + 分支曲张静脉多点抽剥术: 即作 3cm 切口于卵圆窝处, 对 5 属支进行高位结扎, 将主干离断, 然后将抽剥器由上往下逆行插入, 取 1cm 小口于抽剥器头不能远送的停留处, 裸化出主干, 将其离断后, 再伸出抽剥器头, 对主干进行分段抽剥, 抽剥直至内踝上方处; 然后对曲张静脉的分支实施点式剥除术, 结束手术^[2]。术后, 应用弹力绷带加压包括切口处, 并应用低分子肝素静脉滴注进行抗凝治疗, 同时给予患者草木犀流浸液片 (生晃荣养药品株式会社, 批准文号 H20160144) 治疗, 口服, 2-4 片 / 次, 3 次 / 天。治疗组实施大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗: 作 3cm 小切口于卵圆窝处, 对 5 属支进行高位结扎, 对主干实施离断, 然后结扎近端、备用远端, 取 1cm 小口于内踝上方的大隐静脉走行处, 对其实施裸化, 之后结扎远端, 开放近端后, 将抽剥器由下往上逆行插入, 在卵圆窝处直接将抽剥器送到, 将抽剥器头伸出, 一次性顺行抽剥主干^[3]。然后对出血点进行压迫止血 10 分钟, 将泡沫硬化剂注射于分支曲张静脉多点处, 泡沫硬化剂是用 1:4 比例的聚桂醇与空气配置而成的。

手术结束, 对腹股沟、内踝切口进行缝合, 常规实施抗凝治疗。术后应用弹力绷带进行加压包扎切口一个月。

1.3 分析指标

分析两组治疗总有效率、临床指标 (切口数量、切口总长度、术中出血量、手术时间)、并发症发生率。将治疗有效率分为三个等级, 即显效、有效、无效, 显效: 临床症状及体征全部消失, 静脉造影检查结果恢复正常; 有效: 临床症状及体征有所缓解, 静脉造影检查结果显示静脉曲张程度有所缓解; 无效: 治疗后临床症状、体征、静脉造影检查结果较治疗前无变化。治疗总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件进行数据统计, 计数资料采用 n, % 表示, 组间对比采用 χ^2 检验, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间对比采用 t 检验, $P<0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较治疗总有效率

治疗组显效 28 例、有效 8 例、无效 2 例, 治疗总有效率 94.4% (34/36); 对照组显效 19 例、有效 9 例、无效 8 例, 治疗总有效率 77.8% (28/36), 组间对比差异明显, $\chi^2=4.181$, $P<0.05$ 。

2.2 比较临床指标

临床指标比较治疗组低于对照组, $P<0.05$, 见表 1。

表 1: 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$; n=36)

组别	例数 (n)	手术时间 (h)	术中出血量 (ml)	切口数量 (个)	切口总长度 (cm)
治疗组	36	1.5±0.5	18.5±6.0	2.0±0.5	3.0±0.4
对照组	36	2.0±0.3	26.0±6.0	4.1±1.3	7.0±1.2
P	--	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 比较并发症

治疗组出现小腿神经损伤 1 例、皮下硬结 1 例, 发生率 5.6% (2/36); 对照组出现小腿神经损伤 2 例、皮下硬结 3 例、切口感染 3 例, 发生率 22.2% (8/36), 组间对比差异明显, $\chi^2=4.181$, $P<0.05$ 。

3 讨论

下肢大隐静脉曲张属于多发病、常见病, 临床表现为皮肤营养障碍、蚯蚓状肿物等, 对患者生活质量造成严重影响^[4]。在临床治疗中, 通常采用常规治疗, 但由于常规治疗切口数量较多, 具有切口长、创伤大等缺点, 不利于创口快速恢复, 再加上下肢刀痕过多, 影响美观。随着医疗技术的不断发展与进步, 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法的出现, 能极大

(下转第 53 页)

2.3 比较患者治疗前后的肾上腺激素分泌情况

在各时段血浆皮质醇方面, 治疗后水平显著低于治疗前 ($P < 0.05$); 在各时段 ACTH 方面, 治疗前后比较无显著性差异 ($P > 0.05$), 数据详见表 3。

表 3: 比较患者治疗前后的肾上腺激素分泌情况 ($\bar{x} \pm s$)

时间	皮质醇 (nmol/L)		ACTH ($\mu\text{g/L}$)	
	8:00	24:00	8:00	24:00
治疗前 (n=30)	604.5 $\pm$ 43.5	94.5 $\pm$ 8.5	26.6 $\pm$ 5.1	7.5 $\pm$ 2.1
治疗后 (n=30)	504.5 $\pm$ 52.5	42.5 $\pm$ 7.5	25.1 $\pm$ 5.0	6.5 $\pm$ 2.3
t 值	8.0334	25.1253	1.1503	1.7586
P 值	0.0000	0.0000	0.2547	0.0839

3 讨论

HPA 轴是人体神经内分泌调节系统, 其功能主要为调节糖、脂肪、蛋白质及水盐代谢, 与免疫系统、中枢神经系统一起组成了精细、复杂的内分泌神经免疫体系, 共同协调机体功能, 保持内环境稳定^[3]。经临床研究显示, T2DM 患者均伴有不同程度的 HPA 轴功能改变, 多数呈活性增强状态, 导致血浆皮质醇、ACTH 水平升高, 并出现昼夜节律紊乱的现象。由此说明, 在糖尿病高血糖与胰岛素抵抗中, 皮质醇发挥了十分重要的作用。

胰岛素可发挥促进葡萄糖进入细胞、抑制糖异生、加快葡萄糖利用、抑制神经元电生理活动等作用; 同时, 还可以影响脂肪代谢, 促进脂肪合成, 抑制脂肪分解, 从而降低血

液中脂肪水平^[4]。通过短期强化胰岛素治疗, 可稳定、有效的降低患者血糖, 恢复胰岛 B 细胞功能, 促进胰岛素分泌, 进而实现预期治疗目标, 甚至还可以改善患者糖、脂代谢紊乱及炎症状态, 促进 HPA 轴功能恢复。本文研究结果显示, 除 ACTH 之外, 患者治疗后各指标均显著低于治疗前 ($P < 0.05$), 与吴学虎、姜菊、闫稳平等^[5]的文献报道基本相符, 说明短期强化胰岛素治疗 T2DM 的效果显著。

综上所述, T2DM 患者应用短期强化胰岛素治疗后, 可显著降低血糖、血脂、皮质醇水平, 加快 HPA 轴功能恢复, 值得临床进一步借鉴与应用。

【参考文献】

- [1] 陆雷群, 马晓英, 陈玲等. 初发 2 型糖尿病胰岛素强化治疗后不同治疗方案对胰岛 β 细胞功能的影响 [J]. 临床内科杂志, 2014, 31(2):108-109.
- [2] 鲍灵珠, 沈飞霞, 高祖华等. 短期胰岛素强化与西格列汀联合二甲双胍治疗初诊断的 2 型糖尿病的对比研究 [J]. 中国现代医生, 2017, 55(11):55-58.
- [3] 王艳冰. 短期强化胰岛素治疗早期 2 型糖尿病的疗效分析 [J]. 按摩与康复医学, 2015, 6(18):131-132.
- [4] 刘炳丽, 孙进, 胡蕴等. 短期胰岛素强化治疗对初诊 2 型糖尿病临床缓解的影响因素 [J]. 江苏医药, 2015, 41(24):3002-3004.
- [5] 吴学虎, 姜菊, 闫稳平等. 短期强化胰岛素治疗对初诊 2 型糖尿病患者下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响 [J]. 医学综述, 2015, 10(5):893-895.

(上接第 49 页)

能够促进机体 β_2 受体兴奋, 舒张气道平滑肌, 减少嗜碱性粒细胞脱颗粒与肥大细胞, 增加上皮纤毛摆动幅度, 降低微血管通透性, 能够显著促进患者排痰、缓解气喘、呼吸困难等症状, 对炎症因子的释放起到抑制作用, 促进肺部通气^[2]。但因为慢阻肺急性加重期的发病机制较为复杂, 因此如果单穿采用特布他林会延长治疗疗程。②糖皮质激素能够降低毛细血管的通透性, 对炎症因子与溶酶体酶释放起到抑制作用, 缓解患者支气管痉挛, 对肺泡功能的完整性起到保护作用^[3]。通过应用特布他林与糖皮质激素的联合应用, 可以发挥两种药物的协同作用, 强化治疗效果, 促进肺通气功能的改善。

综上, 联合给予特布他林与糖皮质激素对慢阻肺急性加重期患者具有非常理想的临床疗效, 提高肺通气功能, 不良反应少, 在临床上具有较高的应用价值, 值得广泛推广。

【参考文献】

- [1] 谢兴旺, 焦绪亮, 刘传凤. 糖皮质激素联合特布他林在慢阻肺急性加重期患者中的治疗效果评价 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(13):47-49.
- [2] 冯安平. 慢阻肺急性加重期应用糖皮质激素联合特布他林治疗临床疗效分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(11):35.
- [3] 江焰平. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的价值 [J]. 当代医学, 2017, 23(24):161-162.

(上接第 50 页)

的提高下肢大隐静脉曲张治疗效果。

本次研究显示: 治疗总有效率治疗组 94.4%、对照组 77.8%; 临床指标治疗组较低; 并发症发生率治疗组 5.6%、对照组 22.2%, $P < 0.05$ 。大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法可有效弥补常规治疗的不足, 通过对大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥, 能极大的降低分支静脉血管的压力, 再进行分支曲张静脉泡沫硬化剂注射治疗, 可促进血管萎缩、管腔机化闭塞, 既可实现微创治疗, 又可提高治疗效果, 同时还可提高治疗安全性, 效果显著^[5]。

综上所述, 下肢大隐静脉曲张应用大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗效果显著, 值得临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 黄智勇, 李昭辉, 郭伟昌, 等. 大隐静脉高位结扎加点状剥脱联合泡沫硬化剂治疗下肢静脉曲张的临床应用研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(34):23-24+26.
- [2] 查俊华, 徐清华, 吴醒. 泡沫硬化剂联合主干高位结扎抽剥治疗大隐静脉曲张的临床观察 [J]. 中外医学研究, 2016, 14(25):129-130.
- [3] 徐庆, 肖启明, 路鹏. 大隐静脉曲张高位结扎主干剥除术联合泡沫硬化剂治疗下肢静脉曲张的体会 [J]. 中国社区医师, 2016, 32(19):42+44.
- [4] 卢钦荣, 李思荣, 卢裕, 等. 大隐静脉高位结扎 + 主干顺行抽剥 + 分支曲张静脉泡沫硬化剂注射疗法治疗下肢大隐静脉曲张的临床研究 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(9):48-50+53.
- [5] 邓武坚, 李强, 颜斐斐, 等. 大隐静脉高位结扎抽剥联合曲张静脉泡沫硬化剂注射及 TriVex 旋切术治疗下肢静脉曲张 [J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(9):2081-2082.

(上接第 51 页)

疗的疗效确切, 推广应用价值较高。

【参考文献】

- [1] 罗奕, 曾佳学, 韩亚力, 等. PFNA 治疗老年股骨粗隆间骨折的效果观察 [J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(10):37-37.

- [2] 连俊锋, 邓志荣, 杨乐. 老年股骨粗隆间骨折 PFNA 和 PFN 内固定疗效比较 [J]. 中国骨科临床与基础研究杂志, 2016, 8(5):298-303.
- [3] 赵钢, 林佳声, 尹肇. PFNA 与 DHS 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折疗效比较 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(22):117-119.