文章编号:1000-5404(2005)02-0181-02

经验交流

股浅静脉瓣膜戴戒加曲张浅静脉剥脱术治疗原发性下肢深静脉瓣膜功能不全的疗效

Indirect loop valvuloplasty of superficial femoral vein plus superficial varicose stripping for primary incompetence of deep venous valve of the lower limbs

马 中,王 岭,凌 瑞,陈美芬,边杰芳,陈江浩 (第四军医大学西京医院血管外科,西安 710033)

我院血管外科自 1997 - 2003 年采用瓣膜戴戒加浅静脉剥脱术治疗原发性下肢深静脉瓣膜功能不全(primary deep venous insufficiency, PDVI)患者 19 例(31 例患肢),取得较好疗效,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

本组患者 19(男 15 女 4)例,男女比例为 4.5∶1,12 例为双侧病变,7 例为单侧病变,计 31 例患肢,病程 6 个月到 8 年,年龄 38 ~ 72 岁(平均 46.5 岁)。主要临床表现为小腿肿胀,久立或行走后明显加重,表浅静脉广泛迂曲、扩张,小腿足靴区皮肤营养障碍及溃疡形成。所有患肢术前均行下肢深静脉顺行造影以除外下肢深静脉阻塞,显示静脉明显扩张呈直桶状,瓣膜影模糊,尤其股浅静脉第一对瓣膜所在位置的竹节状形态消失,逆行造影以明确诊断,并显示患肢多量造影剂倒流超过膝关节平面达小腿或踝部,根据 Kistner 标准均为瓣膜返流Ⅲ ~ Ⅳ级,为中-重度损害。

1.2 手术方法

患者在椎管内或硬膜外麻醉下取股动脉搏动内侧纵行切口长 10 ~ 15 cm,行大隐静脉高位结扎剥脱术,主干抽出后浸于生理盐水中备用。进一步显露股总、股浅、股深静脉,于股深静脉汇入处稍下方辨清股浅静脉第一对瓣膜,该处静脉明显扩张、膨大,呈球形或纺锤形,瓣膜附着处管壁呈略带灰白色的"ω"外形,充分游离瓣膜近、远端股浅静脉约 2 cm,测得瓣膜游离缘处股浅静脉直径,通过计算该直径的 2/3 与圆周率(π)的乘积,即为所戴静脉"戒指"的长度。取大隐静脉近端血管段,按上述结果裁剪成 1 cm 宽度的静脉补片,包绕于股浅静脉膨大处,从而使得该处股浅静脉周径缩小 1/3,确保瓣膜根部及游离缘包绕在内,并以 7-0 Prolene 线间断固定于股浅静脉上下端的四周,以防移位导致手术失败。此时用指压法测试无返流,逐层关闭切口,术后勿须抗凝。

2 结果

19 例患者中 15 例(24 肢)术后症状消失或明显改善,表现为小腿肿胀消退或明显减轻,静息时凹陷性水肿(±),皮肤溃疡逐渐愈合或明显收缩;另有 3 例(5 肢)患者术后小腿肿胀减轻,久立或行走后仍较明显,凹陷性水肿呈阳性(++),皮肤溃疡面有所收敛、缩小;上述两组术前表现静脉性溃疡的 25 条肢体中,术后溃疡愈合或得到明显好转的为 19 条,好转率为 76%(19/25),1 例(2 肢)术后症状无改善的患者为 72 岁老年男性,病程 8 年,术后肿胀及溃疡未见明显变化。

3 讨论

PDVI 作为一种独立的临床疾病,占下肢静脉疾病的 40% ~ 50%,在下肢静脉外科中逐渐占据重要地位[1]。下肢静脉血液需克服重力回流至心脏有赖于 3 方面因素,即静脉瓣膜的单向阀门功能、小腿腓肠肌泵的收缩输送功能及胸腔和右心房的负压虹吸作用。由于某种原因造成深静脉瓣膜松弛、脱垂和关闭不全,可引起下肢静脉血倒流,从而使肢体远端静脉压升高,导致以肢体肿胀、皮肤营养障碍为主要表现的一系列症状。因此,许多学者相继采用各种下肢深静脉瓣膜重建术治疗 PDVI,如股浅静脉瓣膜修复术(腔内和血管壁外)、瓣膜移植术、瓣膜环缝术等等,这些手术以最具临床意义的股浅静脉第一对瓣膜为中心,设法通过手术重建来维持瓣膜的单向开放功能,均取得了一定的效果[2,3]。

此外,尚有人采用"U"形肌襻代瓣膜置于腘动静脉之间治疗先天性下肢深静脉主干瓣膜缺如及深静脉血栓形成后血栓完全再通者,有效率达 80%以上[4]。尽管这些术式的疗效被许多文献所肯定,但由于手术操作较为复杂,术中须阻断血流,切开静脉,术后易导致静脉血栓形成及长期药物抗凝,因此,临床推广应用受到限制。

本组患者术前经深静脉逆行造影均为Ⅲ ~ Ⅳ级返流,且除外深静脉阻塞或先天性瓣膜缺如等"戴戒"术禁忌证,采用股浅静脉瓣膜戴戒加浅静脉剥脱术治疗,术后总有效率为 93.5%,静脉性溃疡好转率达 76%,术前其他症状也获明显改善,而且手术操作简便,术后勿须抗凝,适于普遍开展。治疗重度 PDVI,如果不纠正浅静脉系统的静脉倒流,仅实施股浅静脉瓣膜戴戒或成形则效果不佳[5]。事实上,PDVI 往往同时伴发浅静脉曲张,本组患者即高达(28/31)90.3%,由于大隐静脉位置表浅,缺乏周围组织有力支撑和保护,血液倒流可致静脉迂曲、扩张,进一步可引起交通支瓣膜受损,从而造成足靴区营养障碍和经久不愈的溃疡。因此,同时处理曲张的浅静脉对预后尤为重要。与阔筋膜相比,采用自体静脉作为环缩材料,取材方便,材质均匀,亦易于按需裁剪及防止术后瘢痕挛缩。

研究表明,PDVI 的存在使得腓肠肌长期承受逆向血流的冲击,导致肌泵功能破坏,而肌泵功能的衰退程度与静脉倒流性疾病的严重程度直接相关[6]。所以,对临床确诊的重度患者,应主张积极手术,防止肌泵不可逆损害,本组 1 例无效者,可能与此有关。

作者简介:马 中(1965 -),男,河南省孟州市人,博士,主治医师,主要从事血管外科疾病的病因及治疗方面的研究。电话:(029)83375271

收稿日期:2004-06-02;修回日期:2004-12-26

关键词:深静脉;瓣膜功能不全;瓣膜成形
中图法分类号:R654.405 文献标识码:B

参考文献：

[1] Evans C J, Fowkes F G, Ruckley C V, *et al*. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study[J]. J Epidemiol Community Health, 1999, 53(3): 149－153.

[2] 王深明，胡作军，黄雪玲，等. 下肢深静脉瓣膜重建术的疗效分析[J]. 中国实用外科杂志，2001，21(5)：273－275.

[3] Kistner R L, Eklof B, Masuda E M. Deep venous valve reconstruction[J]. Cardiovasc Surg, 1995, 3(2): 129－140.

[4] 单　平，汪忠镐，戴丐国，等. 胭静脉外袢成形术治疗下肢静脉倒流性疾病的疗效再评价[J]. 中华普通外科杂志，2003，18(9)：519－520.

[5] 张柏根，张纪蔚. 原发性下肢深静脉瓣膜功能不全的手术治疗[J]. 中国实用外科杂志，2001，21(5)：310－311.

[6] Araki C T, Buck T L, Padberg F T, *et al*. The significance of calf muscle pump function in venous ulceration[J]. J Vasc Surg, 1994, 20(6): 872－879.

（编辑　陈聪连）

经验交流

文章编号：1000-5404(2005)02-0182-01

针灸配合按摩治疗脑瘫流涎症18例临床观察

Clinical observation of curative effects of acupuncture and massage in treatment of slobbers in 18 cerebral palsy children

牛小军　（四川省达州市中心医院康复医学科，达州 635000）

流涎症是脑性瘫痪（C.P）患儿常见的并发症，占脑瘫的25%～35%。流涎不仅严重影响脑瘫患儿的生活质量，而且易被社会歧视。2000年11月至2002年12月，我科共收治18例脑瘫合并流涎症的患儿，通过针灸、按摩、口操治疗取得了一定疗效。现报告如下。

1　临床资料

18例脑瘫患儿诊断根据1988年全国小儿脑性瘫痪座谈会确定的诊断标准[1]。男11例，女7例，2例合并癫痫；年龄1岁2个月～20岁。全部病例符合教师流涎分组法（TDS）Ⅱ～Ⅴ级。其中Ⅱ级3例，Ⅲ级9例，Ⅳ级4例，Ⅴ级2例。治疗时间最短1个月，最长9个月。全部病例排除口腔真菌感染、腭裂等疾病。

均采取综合治疗，同时做针灸、按摩、口操治疗。针刺地仓透颊车，承浆，上廉泉，三阴交，隐白1次，每次30 min，10次为1疗程[2]。用点、按、揉、施术患儿面颊及口周部，1次/d，每次5 min；指导患儿有顺序做张口、缩口、吸吮、磨擦牙龈、咀嚼、吞咽的动作，每次20 min，2～3次/d。

2　结果

疗效评定标准为教师流涎分级法（TDS）。Ⅰ级：不流涎；Ⅱ级：小量或偶尔流；Ⅲ级：不时地流；Ⅳ级：经常流，但不成线；Ⅴ级：成线地流，胸前常常弄湿[3]。治疗结果见表1。

表1　不同流涎级治疗效果

病情分级	例数	显效	有效	无效
Ⅱ	3	0	3	0
Ⅲ	9	3	5	1
Ⅳ	4	1	3	0
Ⅴ	2	0	1	1

3　讨论

脑瘫患儿的流涎症主要是由于口腔运动功能障碍，吞咽功能异常和口腔括约肌功能不全，使患儿不能正常通过吞咽清除口腔唾液所致。

吞咽活动由口腔、咽、喉和食管肌肉一系列复杂而连续的兴奋和抑制过程组成，一般分为口期、咽期、食管期3个期。X线影像研究表明，伴流涎的脑瘫患儿吞咽活动的咽期和食管期与正常患儿无差别。但其口腔肌肉协调功能明显障碍，使吞咽过程起始（口期）受阻。近期研究表明[3]，伴流涎和不伴流涎的脑瘫患儿，下意识吞咽频繁均较正常儿童少，而且伴流涎的脑瘫患儿吞咽动作常无效和不协调，口唇闭合缺乏同步性。

通过18例不同流涎患者治疗后的临床观察，采用针灸治疗能减少唾液的分泌，增强口咽括约肌功能，提高吞咽频率，同时颊口周部的按摩可使口唇、舌、下腭的肌肉紧张度改善，无意识的吸吮、吞咽、咀嚼等动作减少。应用口操经过对口唇、颊部功能的反复训练，能有效的增强口腔运动功能的协调。因此采用中医针灸配合按摩作为对脑瘫流涎的康复具有一定作用。

关键词：针灸；按摩；脑瘫流涎症

中图法分类号：R742.305　　文献标识码：B

参考文献：

[1] 韩济英. 脑性瘫痪中西医治疗与康复[M]. 北京：人民卫生出版社，2000. 296－297.

[2] 李文瑞，何保义. 实用针灸学[M]. 北京：人民卫生出版社，1999. 577－580.

[3] 梁　松，李维斌，刘洪涛，等. 脑性瘫痪流涎54例疗效分析[J]. 现代康复，2001，5(9)：87.

（编辑　刘洪斌）

作者简介：牛小军（1964－），女，四川省达州市人，主治医师，主要从事创伤病损所致各关节功能障碍的康复方面的研究。电话：(0818)2955456

收稿日期：2004-10-07；修回日期：2004-12-27