维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

大隐静脉曲张症 10 例手术治疗体会

天津大学医院外科 马国平

（天津，邮政编码 300072）

大隐静脉曲张症是一种常见病，在成年人中其发病率约占 9%。本病特征为下肢浅静脉系统呈伸长、扩张而迂曲状态。往往并发小腿慢性溃疡，经久不愈。教师中因长久站立讲课以及伏案久坐备课其发病率更高，因此在大学医院中开展此手术治疗更有重要意义。大隐静脉曲张，近 10 年来由于血管外科的进展，对其研究逐渐深入，已形成一系列新的观点，无论是在发病机制、病理生理、诊断方法，还是治疗原则等方面都有了新的认识和进展。在大学医院中因条件所限，选好手术适应症行大隐静脉高位结扎加剥脱术及筋膜下交通支静脉结扎术，对大多数患者仍不失为简便而有效的治疗方法。尚未开展较复杂的深静脉瓣重建性手术。

一、一般资料：我院外科在 1994 年中共收治 10 例大隐静脉曲张病人，男性 8 例，女性 2 例，最大年龄 62 岁，最小年龄 20 岁，病史最长 40 年，最短 3 年，其中教师 6 例，干部 2 例，学生 2 例。小腿下段出现色素沉着和溃疡者 2 例。

二、提高手术质量改进方法防止并发症：术前在大隐静脉充盈下按其走行用龙胆紫液画好标记，便于术中处理。因平卧后曲张静脉隆起不明显，标记后有利于手术的操作，节省时间，能准确的剥脱或结扎曲张的静脉，减少损伤减少出血。

我们体会到选用股根部斜切口，更为合理，能充分显露大隐静脉汇入股静脉处及其分支，便于解剖分离，但是切口要足够大。大隐静脉位于皮下，避免粗暴盲目深分离或过于牵拉，以免损伤或误伤股静脉导致大出血。

先行结扎处理大隐静脉主干及其所有属支后，再行由近端向远端剥脱大隐静脉为宜，为防止血栓进入股静脉。静脉剥脱器我们做了改进。取 2 根长 45cm 直径分别为 4mm 和 3mm 的紫铜棒，前端为钝圆头，后端打孔可容纳穿过 10 号粗丝线，以剥脱器导入粗丝线后，穿入血管内，即将剥脱之静脉段，在静脉段的近端将粗丝线与静脉端壁缝扎在一起，以粗丝线在远端抽脱。

较粗剥脱器用于大腿静脉，较细剥脱器则用于小腿静脉。此静脉剥脱器使用方便灵活。剥脱器插入静脉时要轻柔，要持续缓慢用力，不要太粗暴，否则容易穿透静脉。遇到阻力处不要强行剥脱，造成静脉撕裂，因为此处有属支或交通支的存在。可在此处行皮肤小切口，将其静脉结扎切断后，再继续完成剥脱静脉术。

在剥脱小腿部大隐静脉时，很容易损伤隐神经。因为这条神经在膝关节平面穿出深筋膜进入皮下组织，它贴近大隐静脉的后侧与之伴行。如将大隐静脉从踝部向上方剥脱抽出时，可因剥脱器的探头被卡在紧贴于大隐静脉的隐神经分叉处，极易造成隐神经的损伤。我们在行此处手术时均由膝部向下方剥脱抽出，同时细心解剖，操作准确，避免了隐神经的损伤。术后无一例有患肢皮肤感觉改变或消失者。小腿部曲张片状静脉团，可取纵形皮瓣式清除并行结扎切断穿过深筋膜的静脉交通支，同时解除深浅交通支瓣膜关闭不全Ⅰ至Ⅱ级者。

高位结扎必须完全扎除大隐静脉主干及其所有属支，血管断端结扎必须牢固。如滑脱可发生出血或血肿，剥脱大隐静脉必须完全彻底，否则术后容易复发。

三、术后处理：术毕用厚层敷料加弹力绷带均匀加压包扎，可减少大隐静脉床渗血、淤血及残留分支静脉段闭锁。弹力绷带包扎范围可从足前部至腹股沟部。时间是 4 周至 6 周。

Res and pittalls. sury clin N Amer 1986; 46 (5): 1088.

3. 刘沼魁，等编译．老年人常见外科问题．第一版，上海：上海科学技术文献出版社．1983：89～95.

（本文承蒙叶光华教授指导，在此一并致谢）

（收稿日期：1995—11—14）

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

17 例新生儿急腹症的影像特点与手术体会

鞍山钢铁公司立山医院小儿外科 杨铁成

（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R726.561

新生儿急腹症以先天性消化道畸形多见，一经诊断应积极手术。自 1985 年以来我们收治各种新生儿急腹症 17 例，在诊察中发现其 X 线影像检查具有一定特点，现结合病案分析将新生儿急腹症的影像特点和诊治体会进行报告。

临床资料

一、一般资料：本组病例男性占 9 例，女性占 8 例。日龄：1～3 天，其中发病最早为生后 4 小时，最晚 71 小时，平均住院日为 14.5 天。

二、新生儿各种急腹症的分类及其 X 线影像检查特点，见附表。

附表：新生儿急腹症分类及 x 线影像特点

分类：	胃肠穿孔	膈疝	胎粪性腹膜炎	肠闭锁	肠旋转不良	肠套迭	肛门闭锁
例数：	5	2	1	3	1	1	4
腹部X线影像特点	横贯全腹腔的巨大液平面。	胸腔可见充气肠管呈“蜂窝状”改变	除可见巨大液平面外还有“钙化斑”改变。	左、右上腹出现“双气泡”或“三气泡”征	除可见“双气泡”征外，稀钡灌肠时发现回盲部位于左上腹部。	空气灌肠发现套迭处有“杯口”状改变。	生后 24 小时，倒立位可见气体位于直肠盲端。
占%：	29.4	11.8	5.9	17.6	5.9	5.9	23.5

三、治疗转归：本组病例全部经手术治疗，手术方式包括有胃、肠穿孔修补术，膈疝修补术，闭锁狭窄肠段切除术及肛门成形术等。结果被治愈 13 例，死亡 4 例（占 23.5%），术后经 3 至 10 年随访，治愈小儿生长发育正常。

讨论和体会

一、新生儿各种急腹症的 X 线影像特点问题：新生儿急腹症以先天性消化道畸形为多见。有人做过统计，先天性畸形占小儿外科疾病 50% 以上，而胃肠道畸形竟高达 9%。我们认为导致新生儿急腹症发生的病因主要是由于胎儿期发生的腹腔内脏畸形，其次为腹腔感染。但由于小儿与成人相比较在各系统等方面都存在有一定的差异，所以当发生各种急腹症时表现的症状和体征与成人也很不一样。从本组病案分析看，新生儿发生的一些急腹症在成人组是看不到的。例如胎粪性腹膜炎，先天性肠闭锁，肛门闭锁等等，由于这种特殊性的存在首先，便决定了新生儿急腹症的 X 线影像检查必然要具有一定的特点。此外，我们在工作中还发现既使新生儿与成人同患一种急腹症时，其 X 线影像检查的结果也不相同。例如：胃肠穿孔，当成人进行 X 线立位腹透时往往会发现胃泡消失，膈下有游离气体，腹腔内液平面却很少见。然而新生儿则不同，当进行此项检查时可发现腹腔内有横贯全腹的巨大液平面。又如十二指肠梗阻，新生儿的 X 线影像检查可发现“双气泡症”（左右上腹各有一液气泡改变），而成人却很少见

术后抬高患肢 20 度，24 小时后可下床活动。亦可在床上伸屈膝关节和踝关节活动或下肢肌肉交替抽动活动每日 3～5 次，每次 5～15 分钟，以预防下肢深静脉血栓形成，促进淋巴液及静脉血回流，减少肿胀。要避免下垂小腿不动或持久站立，以免影响回流造成肿胀。

（本文承我院顾问李本澄主任医师指导，特此致谢！）（收稿日期：1995—03—27）