

一文读懂原发性下肢静脉曲张临床诊疗

丁建

杭州师范大学附属萧山医院，浙江萧山医院，邮编 311200

原发性下肢静脉曲张是高发的周围血管疾病，久站久坐、重体力劳动者等易发病，患者多有腿部酸胀、毛细血管扩张表现，病情较重时能看到蚯蚓样曲张血管。多数人只把它当成美观问题，不重视治疗，拖久了会让患者出现水肿、溃疡、血栓等并发症。本文会系统讲解该病的病因、分级、诊断、治疗与预防，帮助大众正确认识并规范处理。

一、什么是原发性下肢静脉曲张？

原发性下肢静脉曲张是下肢浅静脉出现的扩张、迂曲病变，发病是因为静脉自身结构存在缺陷，这类病变里大隐静脉曲张最为多见，和血栓、外伤等引发的继发性静脉曲张不同，发病根源是血管本身机能存在异常。下肢静脉瓣膜的作用和单向阀门类似，主要负责维持血液向心脏方向回流，避免血液发生倒流。这种疾病的病因分为先天和后天两类，先天因素包括静脉壁薄弱、瓣膜发育不良，血管弹性较差、闭合效果不理想；后天因素多是久坐久站、负重、肥胖、怀孕、运动量不足等情况，让静脉压力出现升高，使得瓣膜关闭不全、血液发生淤积，静脉逐步迂曲变形，形成恶性循环后最终发病。

二、临床 CEAP 分级

临床通用 CEAP 分级标准，将静脉曲张分为 6 个等级，病情逐级加重，症状从隐匿到不可逆损伤，是诊疗的核心依据，大众可自行对照筛查。

C0 级（潜伏期）：无任何血管凸起、红血丝等外观异常，属于隐匿发病阶段。典型表现为久站久坐后腿部沉重、酸胀、乏力，傍晚腿部轻微发沉，夜间易出现小腿抽筋，休息后症状可完全缓解，极易被忽视。

C1 级（毛细血管扩张期）：皮肤表面出现细微红色、紫色血丝或网状血管纹路，无血管凸起，无明显水肿、疼痛，主要影响美观，是早期干预的最佳阶段，及时养护可有效阻断病情进展。

C2 级（典型曲张期）：小腿、大腿内侧出现明显蚯蚓状、团块状凸起血管，站立、行走时凸起显著，平躺、抬腿后可减轻。多数人伴随久坐久站后酸胀不适，休息后可缓解，无皮肤及

水肿病变。

C3 级（水肿进展期）：在血管迂曲凸起的基础上，出现下肢持续性水肿，以脚踝、小腿下段最为明显，傍晚加重，晨起休息后略有缓解，常伴随腿部酸胀、沉重感加剧，长时间行走后疲惫感显著。

C4 级（皮肤营养病变期）：静脉长期淤血引发皮肤微循环障碍，出现不可逆皮肤损伤。表现为小腿皮肤发黑、色素沉着、干燥脱屑、瘙痒，局部皮肤变硬、粗糙，容易反复皮炎、湿疹，此时单纯养护已无法逆转病变。

C5-C6 级（溃疡期）：属于重度病变。C5 级为皮肤出现可愈合的陈旧性溃疡；C6 级形成反复发作、难以愈合的顽固性老烂腿，伴随渗出、感染，严重影响行走与生活，还可能诱发血栓性浅静脉炎、血管破裂出血等急症。

三、规范诊断：两步确诊，精准排查病情

原发性下肢静脉曲张的诊疗核心是精准分型、评估瓣膜功能，排除继发性病变，临床诊断流程简单、精准，主要分为体格检查与影像学检查两步。

首先是临床体格检查，医生通过站立位视诊、触诊，观察血管迂曲范围、皮肤状态、水肿情况，结合专项试验判断瓣膜功能与回流情况，初步明确病变静脉位置、病情严重程度，筛查基础发病特征。

第二类常用检查是下肢血管彩色多普勒超声，属于临床首选必备金标准检查，无创、无辐射，可重复，成像结果可清晰呈现浅静脉、深静脉的血管形态，准确判定静脉瓣膜闭合状态、血液倒流时长及血管扩张程度，可排查深静脉血栓、静脉阻塞等继发性病因。所得精准数据可直接用于后续治疗方案拟定，遇到复杂重症患者，必要时可配合静脉造影，进一步明确血管病变细节。

四、阶梯化治疗：分级对症，拒绝过度治疗

（一）保守治疗：适用于 C0-C2 级早期患者、术后养护人群

保守治疗的核心逻辑是降低静脉压力、减轻不适症状、延缓病情发展，目前没有办法通过这类方案彻底根治静脉曲张，可阻断轻症患者的病情加重趋势，是患者处于患病早期时的优先选择。生活方式调整是基础干预手段，要避免长时间久坐或久站，每间隔 1 小时起身活动 5-10

分钟，主动控制体重减少下肢承受的负重，不要穿版型过紧的裤子或袜子，久坐时不要跷二郎腿。休息时要将双腿垫高，保持位置高于心脏水平，促进静脉血液回流，日常要保持适度运动习惯，散步、游泳、踮脚训练这类活动，能锻炼小腿肌肉泵功能，帮助静脉血液回流。

第二是医用弹力袜辅助疗法，选用该方案需遵循医嘱挑选二级压力弹力袜，早上起床后即刻穿戴，上床睡觉前脱下，依靠外部形成的压力梯度推动静脉回流，缓解酸胀、水肿表现，减慢血管扩张的速度。如果患者症状表现比较明显，可在医生指导下服用静脉活性药物，增强静脉壁弹性、减轻局部淤血水肿，缓解身体出现的不适症状。

（二）微创治疗：适用于 C2-C4 级主流患者

微创治疗是目前临床主流方案，具有创伤小、恢复快、不留疤痕、住院时间短的优势，适配绝大多数中度静脉曲张患者。主要包括射频消融、激光消融、硬化剂注射三类。

射频消融与激光消融原理相近，通过热能闭合病变的静脉主干，阻断血液倒流，让迂曲血管逐渐纤维化闭合、吸收，精准靶向病变血管，不损伤正常组织，术后当天即可下床活动、出院，适合追求美观、快速恢复的患者。

硬化剂注射则是向曲张静脉内注射硬化药物，使血管内膜粘连闭合，操作简便、创伤极小，多用于细小曲张分支、毛细血管扩张的辅助治疗，单独使用适合轻症局部曲张患者。

（三）传统手术治疗：适用于 C5-C6 级重度患者

经典根治术式包含传统大隐静脉高位结扎+剥脱术，手术时结扎静脉根部，剥离有病变的曲张血管，根治效果彻底，复发率很低。不过这类术式创伤比较大，术后恢复周期偏长，适合血管严重迂曲扩张、合并大面积皮肤病变、顽固性溃疡、血栓性静脉炎的重度患者，是重症静脉曲张的兜底治疗方案。

五、术后养护与长期预防：杜绝复发关键

术后做好规范护理、长期坚持科学预防，是避免病情复发的核心。术后 1 到 3 个月要坚持穿戴医用弹力袜，不要做剧烈运动、不要长期负重，逐步恢复日常活动，促进下肢血液循环，避免出现淤血、水肿与复发的风险。还要定期复查血管超声，确认血管的恢复情况。

长期预防要避开核心诱因，平时久坐久站的人定时活动下肢，强化小腿肌肉锻炼；体重超标的人科学减重，降低下肢静脉压力；孕期女性做好腿部护理，避免长期卧床或久坐。日常杜

绝长期熬夜、过度劳累，保持规律作息，维持血管弹性。

六、常见误区避坑

临床里多数患者都存在相关认知偏差，很容易错过最佳治疗时机。其一，有患者觉得“静脉曲张不痛不痒就不用治”，轻症没有明显症状不代表不存在损伤，持续淤血会逐步破坏皮肤、血管组织，最终诱发不可逆的病变；其二，也有患者盲目信任按摩、热敷、民间偏方，手法不当的按摩可能让血栓脱落，引发肺栓塞这类致命风险，热敷会加重局部淤血的情况，加快病情的恶化速度；其三，另有患者拒绝接受手术、一直拖延治疗，病情进展到溃疡阶段后治疗难度会翻一倍，会留永久皮肤疤痕，对生活质量影响比较大。

原发性下肢静脉曲张是渐进性、不可逆的血管疾病，其诊疗核心在于“早筛查、早干预、分级治、重养护”。摒弃侥幸心理、走出认知误区，结合自身病情规范诊疗，做好长期养护，守护下肢血管健康。