

## وریدهای واریسی

- ۱- در معاینه، وریدهای واریسی با توجه به مکان و ظاهر به ۳ نوع طبقه بندی می‌شوند:  
 واریس‌های تنه وریدهای صافن بزرگ و کوچک  
 رتیکولار: که وریدهای متسع و پر پیچ که متعلق به شاخه‌های اصلی صافن بزرگ و کوچک نباشد.  
 تلانژکتازی: ونولهای (وریدچه‌های) داخل جلدی در هر محلی که کوچکتر از 1 mm باشد.
- ۲- مکانیسم‌های بالقوه وراثتی شامل نقص کلاژن در دیواره ورید یا فقدان دریچه نگهبان<sup>۱</sup> در ورید فمورال، دقیقاً پروگزیمال به اتصال صافن به فمورال (که با درصد بالای ریفلاکس صافنوفمورال در فرزندان بیماران دارای وریدهای واریسی اولیه در مقایسه با کودکان کنترل در داپلکس تایید شده است) علت ایجاد واریس می‌باشد. علاوه بر نقص ارثی، استرس‌های اضافی برای ایجاد واریس‌های آشکار لازم است. شایعترین این استرس‌ها، حاملگی است.
- ۳- وریدهای واریسی اغلب در طول حاملگی وجود دارند (۷۰٪ یا ۸۰٪ در سه ماهه اول). این حالت شاید به دلیل سطوح بالای پروژسترون و تغییرات ایجاد شده در وریدها باشد. سایر فاکتورها شامل انسداد ورید ایلیاک داخلی ثانویه به رحم حامله، افزایش فشار داخل شکمی و نیز افزایش حجم کل خون و جریان خون اندام‌ها است. در این روند، نارسایی در محل اتصال صافنوفمورال باعث اتساع بخشهای دیستال و نارسایی پیشرونده رو به عقب دریچه‌ها می‌شود، به همین خاطر ورید صافن در اکثر طول خود

دچار نارسایی می‌شود ولی به ندرت واریسی می‌شود. شاخه‌های نازک تر متحمل تغییرات آنوریزی می‌شوند.

۴- ترومبوفلیت سطحی اغلب به همراه وریدهای واریسی می‌باشد. وریدهای در معرض خطر، واریس‌های اطراف زخم وریدی است. همچنین واریس‌های طولانی مدت در بیماران پیر در معرض ترومبوفلیت می‌باشند. بیماران با ترومبوفلیت سطحی ۲۰-۱۵٪ احتمال ترومبوز وریدی عمقی دارند و باید سونوگرافی داپلکس وریدهای عمقی انجام شود.

۵- بیماران غالباً از درد مبهم و سنگینی در ساقها شکایت دارند که در اواخر روز بدتر می‌شود. علائم با حاملگی و قاعدگی تشدید می‌شوند. سیستم طبقه بندی CEAP شامل نشانه‌های بالینی، اطلاعات سبب شناسی، اطلاعات آناتومیک و اطلاعات پاتوفیزیولوژی است. این تقسیم بندی در دهه قبل برای استاندارد کردن شدت بیماری و نتایج تحقیقات استفاده می‌شده است.

۶- تالانژکتازی‌های وریدی اغلب زیبایی ایجاد می‌کند تا اختلال عملکردی. زیبایی عامل غیر منطقی جهت اسکروتراپی کوچک و منطقه‌ای نیست، لکن بیمار باید عوارض بالقوه مانند پیگمانتاسیون دائمی در ناحیه و ترومبوز و زخم‌های اتفاقی در محل تزریق را مدنظر داشته باشد.

۷- بیش از ۱۵٪ بیماران با زخم‌های وریدی در سونوگرافی داپلکس دارای جریان بازگشتی دریچه‌های منحصر به سیستم وریدی سطحی می‌باشند و ممکن است از بستن وریدها و پرفوراتورها سود ببرند. این حالت به دلیل نارسایی پرفوراتورها ثانویه به جریان برعکس خون در صافن موقع ایستادن ایجاد می‌شود. ۸- بیمارانی که از قبل دارای ترومبوز وریدی عمقی و نارسایی وریدی عمقی می‌باشند از برداشت وریدی به روش جراحی به علت احتمال عود بالا و نیز شکست در تاثیرگذاری در تغییرات بعد از ترومبوز در سیستم عمقی سود نمی‌برند.

۹- دو مورد از شایعترین سندرم‌های مالفورماسیون وریدی، Klippel-Trenaunay و Sturge weber است. هر دوی این سندروم‌ها دارای هیپوپلازی یا آپلازی سیستم وریدی عمقی، واریس در سیستم وریدی سطحی، مالفورماسیون پوستی - مویرگی به رنگ شرابی هستند. برداشتن ورید سطحی در این بیماران فاجعه بار است چرا که اینها تنها وریدهای تخلیه کننده اندام هستند.

۱۰- آزمایش داپلکس وریدی (با استفاده از روش تخلیه کاف دیستال) برای شناسایی محل ریفلاکس دریچه‌ای به طور کلی در بیماران با لیپودرماتواسکلروز، زخم یا سایر تظاهرات نارسایی‌های وریدی شدید مزمن بکار می‌رود. همچنین در نقشه برداری سیستم پرفوراتور نیز کمک می‌کند. داپلکس وریدی در اغلب موارد درمان شده با اسکروتراپی به ویژه در تالانژکتازی نیاز نیست.

۱۱- واریس‌های ثانویه به طور شایع به علت ریفلاکس دریچه‌ای در سیستم وریدی عمقی و یا پرفوراتورها ایجاد می‌شوند و این اندام‌ها اغلب تغییرات پوستی، ادم و یا زخم‌های وریدی دارند. واریس‌های ثانویه ممکن است مادرزادی باشند، اما معمولاً بعد از ترومبوز ایجاد می‌شوند. این بیماران به خوبی با درمان فشاری جواب می‌گیرند اگرچه ترمیم بهتر زخم در موارد استفاده همزمان از اسکروتراپی اطراف زخم و درمان فشاری گزارش شده است. سایر دلایل نادر برای واریس‌های ثانویه فیستولهای

شریانچه - وریدچه (مانند سندروم (Parkes-weber) یا مالفورماسیون‌های وریدی (مانند سندروم Klippel-Trenaunay) می‌باشد.

۱۲- زمان پر شدن وریدی (VRT) <sup>۱</sup> با استفاده از فتوپلتیسموگرافی <sup>۲</sup> روش مطمئن و نسبتاً ارزانی برای ارزیابی بیماران دارای وریدهای واریسی می‌باشد. VRT‌های کوتاه (برای مثال کمتر از ۱۳ ثانیه، یا به طور آشکار سریعتر از ساق مقابل طبیعی) که فقط با کاف بالا تصحیح می‌شود، نشان دهنده نارسایی صافونومورال مجزا است. تصحیح با یک تورنیکه پایین ران ممکن است نشان دهنده پرفوراتور پایین ران نارسا متعاقب نارسایی صافونومورال باشد. تصحیح با تورنیکه بالای ساق با نارسایی صافن کوچک توجیه می‌شود. VRT‌های اندام که با تورنیکه در هر سطحی تصحیح نشود نشان دهنده نارسایی دریاچه‌ای ورید عمقی یا پرفوراتور است و اندیکاسیون برای اسکن داپلکس دارند. (شماره ۱۰ نگاه کنید)

۱۳- درمان مهم و مؤثر در بیماران با وریدهای واریسی جوراب واریس می‌باشد. این جورابها فشاری معادل 20 - 30 mmHg دارند و باید در طول روز پوشیده شوند. درمانهای اضافی در بیمارانی بکار می‌رود که علی‌رغم درمان فشاری دچار تشدید علائم می‌شوند یا دچار علائم لیپودرماتواسکلروز باشند. اسکروتوراپی در وریدهای واریسی کوچکتر از 3 mm و در تلائن‌کننازی‌ها مؤثر می‌باشد. مواد اسکروزان شامل سالین هیپرتونیک (۲۳/۴٪ تا ۱۱/۷٪) تترا دسیل سولفات سدیم و (۰/۲۵٪ - ۰/۱۲۵٪) پلیدوکانول (۰/۵٪) می‌باشد. وریدهای بزرگتر ابتدا از کوچک به بزرگ و از پروگزیمال به دیستال درمان می‌شود. تزریق حجم‌های کوچک 0.25-0.5 ml برای کاهش ارتشاح از عروق انجام می‌شود. بعد از تزریق بانداژ الاستیک دور پا انجام می‌شود و تا ۵ - ۳ روز نگه داشته می‌شود تا جدار وریدهای ملتهب روی هم بخوابد و مانع تولید ترومبوز شود. بعد از باز کردن بانداژ الاستیک جوراب واریس حداقل باید تا ۳ هفته مصرف شود. (شوارتز)

۱۴- بستن ورید صافن به همراه ۲ تا ۷ شاخه در کشاله (با یا بدون برداشت ورید صافن) برای ریفلاکس صافونومورال استفاده می‌شود. گزارش‌های مختلف نشان دهنده میزان بالای عود بستن در مقایسه با بستن و برداشت ورید هستند. ورید صافن به طور طبیعی نیاز به برداشت خیلی پایین تر از زانو ندارد. این امر از نورالژی صافن جلوگیری کرده و به پرفوراتورهای مهم زیر زانو که به جریان قوس خلفی متصل است آسیب نمی‌رساند. در زیر زانو جایی که شاخه‌های خلفی و قدامی به صافن بزرگ می‌رسند، مبدا واریس‌های بزرگ را مشخص کرده و کمک به بستن پرفوراتورها زیر فاشیا می‌کند. بیشتر از یک سوم از بیماران واریس‌های بیشتری در عرض ۵ - ۱۰ سال پیدا می‌کنند که احتمالاً به علت تشکیل عروق جدید در محل اتصال صافونومورال می‌باشد.

۱۵- در استفاده از امواج رادیویی از پروب داخل عروقی برای از بین بردن ورید به وسیله گرمای کنترل شده استفاده می‌شود. نتایج اولیه اثر بخشی آنرا در بستن ورید صافن و شاخه‌های آن بیان می‌کند.

کارآزمایی تصادفی شده کوچک، بازگشت به کار بهتری را علی رغم هزینه بالا در مقایسه با عمل جراحی برداشتن عروق نشان می‌دهد.

۱۶- بستن پرفوراتورها با آندوسکوپی یا روش ساده شده آن به صورت برش عرضی و دستگاه بلند آندوسکوپی، روش‌های جدیدی برای درمان نارسایی پرفوراتورها است. تحقیقات مختلف بیان کننده میزان ترمیم ۸۰ درصد یا بیشتر در عرض ۱ سال می‌باشد ولی میزان عوارض زخم‌ها بالاست.

۱۷- درمان فشاری سنگ بنای درمان لیپودرماتواسکلروز و زخم وریدی است. کلید اصلی تحمل بیمار است. پوشیدن جوراب‌های کشی مشکل است. جوراب‌های زیپ دار، وسایل کمکی و اخیراً ارتوزهای پا به تحمل بیمار را کمک می‌کند. به علاوه بالا بردن متناوب ساق‌ها در طول روز (به طور ایده آل هر ۲ ساعت به مدت ۱۰ دقیقه) مهم است.

۱۸- بیماران با فیستول شریانی - وریدی مادرزادی با روش‌های مداخله‌ای درمان آمبولی بهتر درمان می‌شوند. این تکنیک‌ها امروزه حمایتی هستند. جراحی در این بیماران مسیرهای عروقی را که برای دسترسی تداخلی آینده لازم هستند را از بین می‌برد و درمان آینده را پیچیده می‌کند.



# آمبولی شریان محیطی

