

لنگش متناوب^۱

۱- لنگش به طور کلاسیک به صورت شروع درد، فشار و ضعف در عضلات ساق پا بعد از پیاده روی و تشدید علائم تا حدی که پیاده روی ممکن نباشد و علائم بعد از یک دوره کوتاه استراحت برطرف شود، تعریف می‌گردد. بیماران به صورت تیبیک تنها ۱ تا ۳ بلوک می‌توانند راه بروند و بعد از آن مجبور به ایستادن و استراحت می‌شوند. شایعترین علت لنگش در جوامع غربی آترواسکلروز است. ریسک فاکتورهای مطرح برای بیماری عروقی محیطی شامل سیگار، دیابت، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی، مشکلات عملکرد هموستاتیک و نیز اختلال در متابولیسم هموسیستین می‌باشد. عوارض آترواسکلروز مانند انفارکتوس میوکارد و سکته باعث مرگ در این افراد می‌شود. مرگ و میر بیماران با بیماری عروق محیطی سالیانه ۷ درصد می‌باشد. شیوع لنگش به طور مشخص در میان‌سالی خصوصا در میان مردان افزایش می‌یابد.

۲- معاینات فیزیکی، فقدان یا کاهش نبض‌های محیطی و گاهی برویی شریانی فمورال و آئورت را مشخص می‌کند. رنگ پریدگی به هنگام بالا آوردن و قرمز شدن پس از پایین آوردن اندامهای درگیر، به همراه کاهش دمای پوست و آتروفی ضمامم پوستی (مانند کاهش مو و خشکی پوست) مطرح‌کننده وضعیت وخیم عروقی می‌باشد. به طور معمول در موارد تنگی آئورتو ایلیاک غیر وخیم، نبض‌های فمورال و دیستال در هنگام استراحت نرمال است. شاخص مچ پا - براکیال (ABI)^۲ یافته‌های معاینات نبض را

1 Intermittent Claudication

2 Ankle-Brachial Index

تایید می‌کند. بیمار با شواهد درگیری عروق محیطی^۱ باید تحت آزمایشات دقیق قلبی عروقی قرار بگیرد. معاینات شکمی نیز باید انجام شود، چرا که ۹٪ از این افراد درگیری آنوریسم آئورت شکمی دارند. معاینات عصبی شامل معاینه حرکتی، حسی و رفلکس‌های هر دو اندام تحتانی می‌باشند. ستون مهره کمری و عضلات آن باید از جهت وجود حساسیت، اسپاسم، درد در حداکثر بازشدگی یا SLR^۲ (بالا بردن پا به طور مستقیم) معاینه شوند.

۳- تست‌های غیر تهاجمی عروقی^۳ به تشخیص سطح انسداد شریانی کمک می‌کند و نیز می‌تواند پاسخ به درمان را پیش‌کش کند. این تست‌ها شامل اولتراسونوگرافی داپلر، اندازه‌گیری فشار خون منطقه‌ای اندام، تست ورزش، تست پر خونی واکنشی بعد از انسداد و تصویربرداری اولتراسونوگرافی داپلکس رنگی می‌باشد. این تست‌ها هم مجزا و هم به صورت ترکیب با بقیه تست‌ها بکار گرفته می‌شوند تا یافته‌های مربوط به شدت اختلال عملکردی و همودینامیک آترواسکلروز محیطی بدست آید.

۴- درمان‌های دارویی به طور موثر می‌توانند طبیعت و خطر بیماری‌های انسدادی عروق اندام‌های تحتانی را تغییر دهند. تعدیل شدید ریسک فاکتورها و درمان ضد پلاکتی (مانند آسپرین یا کلوپیدوگرل) اهداف اولیه هستند چرا که می‌توانند علاوه بر کاهش پیشرفت بیماری در اندام‌های تحتانی باعث کاهش ریسک مرگ به علت عوارض آترواسکلروتیک سیستمیک شوند. دیابت، سیگار، فشار خون بالا به عنوان بالا برنده ریسک مرگ و عامل پیشرفت بیماری در عروق اندام تحتانی شناخته شده‌اند. این فاکتورها مانند هایپرلیپیدمی باید کنترل شوند. ترک سیگار در زمینه برنامه‌های نظارتی به خوبی می‌تواند انجام شود. راه رفتن بدون درد تنها با ترک سیگار بدست نمی‌آید، پس غیر منطقی به نظر می‌رسد که انتظار چنین اتفاقی را فقط به علت ترک سیگار داشته باشیم.

درمان‌های دارویی دیگر که به جای عوامل خطر، بیماری محیطی را هدف می‌گیرند شامل پنتوکسی فیلین و سیلوستازول می‌باشد. پنتوکسی فیلین علائم لنگش را با افزایش انعطاف پذیری گلوبولهای قرمز و اصلاح جریان مویرگی بهبود می‌دهد. نشان داده شده است که این دارو در مقایسه با دارونما بهبود متوسط علائم را به همراه دارد که سودمندی بالینی آن را زیر سوال می‌برد. سیلوستازول از تجمع پلاکتی جلوگیری می‌کند، وازودیلاتاسیون را افزایش می‌دهد، از تکثیر سلولهای عضله صاف جلوگیری می‌کند و سطوح HDL و تری گلیسرید را کاهش می‌دهد. این دارو در دوز 100 mg دو بار در روز موثرتر از پنتوکسی فیلین بوده است. بهبود از ۳۵ تا ۱۰۰ درصد متغیر بوده است. آزمایش دارو در بیماران علامت دار توصیه شده است. دارو باید حداقل ۳ ماه قبل از تصمیم درباره موثر بودن آن مصرف شود. (شوارتز)

1 Peripheral Arterial Disease (PAD)

2 Straight leg Rising

3 Non Invasive Vascular Laboratory

بیماران با ناتوانی متوسط در راه رفتن یا با نیاز به راه رفتن اضافی به میزان متوسط کاندیدهای ایده آل برای برنامه‌های نرمش می‌باشند. ایجاد عادت نرمش می‌تواند باعث ارتقاء ظرفیت عملکردی افراد مبتلا به لنگش شود.

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که برنامه‌های ورزش باعث افزایش زمان پیاده روی بدون درد تا ۱۸۰٪ و افزایش زمان حداکثر پیاده روی تا ۱۲۰٪ در افراد مبتلا به لنگش می‌شود. بهبودی در سرعت و مسافت پیاده روی (۶۵٪ و ۴۴٪)، هزینه کاری (۳۱٪) و عملکرد فیزیکی (۶۷٪) می‌باشد. موفقیت در برنامه‌های همراه با نظارت نسبت به برنامه‌های انجام شده در خانه بالاتر بوده است. کاهش وزن نیاز به گردش خون را کاهش می‌دهد و باعث افزایش توانایی راه رفتن می‌شود. این راهکارها می‌توانند لنگش را کاهش دهند، از میزان بروز اتفاقات تهدید کننده اندام بکاهند و همچنین میزان درمان‌های تهاجمی را کاهش دهند و در نهایت باعث افزایش بقای دراز مدت شوند.

۵- لنگش متناوب اندیکاسیون نسبی برای باز ساخت عروقی می‌باشد و تنها بعد از طی یک دوره درمان غیر جراحی موردنظر قرار می‌گیرد.

۶- جراحان برای بیمارانی که تنها علائم لنگش را دارند توصیه به عمل جراحی نمی‌کنند و تصمیمات آنان می‌تواند با هم فرق کند. سن، بیماری‌های طبی همراه، نیازهای کاری و ترجیحات سبک زندگی باید مدنظر قرار گیرد. لنگشی که زندگی بیمار را مختل کند یا سبک زندگی را شدیداً متأثر کند، حتی در مواردی که بیمار ریسک پایین داشته باشد، می‌تواند اندیکاسیون قابل توجهی برای جراحی ترمیمی باشد. جراح باید بیمار را برای مدتی تحت نظر داشته باشد و نیز بیمار باید تعهد لازم جهت تعدیل ریسک فاکتورها مانند کاهش وزن و ترک سیگار را اعلام نماید. در کل اعمال جراحی بیشتر در موارد بیماری مجزای پروگزیمال نسبت به موارد دیستال شریانهای فموروپوپلیتال صورت می‌گیرد.

۷- لنگش تنها در درصد بسیار کمی از بیماران به ایسکمی تهدید کننده اندام تبدیل می‌شود. مداخلات رادیولوژیک و جراحی فقط در مواردی که اثر بخش و طولانی اثر باشند، مورد توجه قرار می‌گیرند و تنها در زمانی اجرا می‌شوند که پیش آگهی طولانی مدت آنها برای بیمار و اندام درنظر گرفته شوند. از آنجا که میزان عوارض درمان جراحی به طور مشخص بالاتر از درمان غیر جراحی است، جراحی بدون انجام یک دوره درمان غیر جراحی مناسب نباید لحاظ شود.

۸- اگر علائم و یافته‌های بالینی نشان دهنده ناتوانی شدید باشد یا بقای اندام را تهدید کند، آرتریوگرافی انجام می‌شود. آرتریوگرافی برای بدست آوردن اطلاعات آناتومیکی انجام می‌گیرد که به جراح در انتخاب و برنامه ریزی محل جراحی کمک می‌کند. آرتریوگرافی می‌تواند مشخص کند که چه موقع بیماری انسدادی قابل رفع با آنژیوپلاستی با بالون از طریق جلدی (PTLA)^۱ می‌باشد.

۹- تنگی کانونی با طول کمتر از 10 cm در شریان ایلیاک اصلی (شیوع ۱۰ - ۱۵٪ در بیماران) مناسبترین مورد برای PTLA می‌باشد و دارای پیش آگهی بلندمدت و کوتاه مدت عالی می‌باشد. PTLA برای موارد منتشر یا موارد به طور کامل مسدود شده بیماری ایلیاک بجز در مواردی که بیمار کاندید

¹ Percutaneous Transluminal Balloon Angioplasty

مناسب برای عمل جراحی نباشد انجام نمی‌شود. این به خاطر خطر بالای بروز عوارض و نیز انسدادهای عود کننده می‌باشد. استنت‌های داخل عروقی ممکن است اتساع عروقی طولانی تری نسبت به PTLA به ویژه هنگامی که بیمار در خطر بروز تنگی مجدد باشد ایجاد کنند. استنت‌ها برای جدایی انجام شده با PTLA مخصوصاً در ایلیاک خارجی مفید هستند. PTLA در منطقه فموروپولیتال با خطر شکست بالا و مدت زمان پایداری کم همراه است که این به خاطر ضایعات طولانی و انسداد کامل همراه می‌باشد.

۱۰- در حضور بیماری عروق محیطی در مناطق مختلف با اختلال آشکار همودینامیکی تصمیم‌گیری پیچیده تر است. یکی از موارد مورد توجه، سهم نسبی هر یک از سطوح انسدادی نسبت به کل کاهش در جریان و میزان احتمال موفقیت بالینی بعد از عمل جراحی و مداخله می‌باشد. تحلیل دقیق نسبت خطر به سود باید با درک کامل با بیمار بحث شود. چنانچه مداخلات چند سطحی و پیچیده برای کسب اهداف بیمار مورد نیاز باشد، اکثر بیماران و پزشکان درمان ورزشی و طبی را ترجیح می‌دهند.

۱۱- بای پس اینفرا اینگوینال برای رفع لنگش، دوام ۵ ساله به میزان ۵۷ تا ۷۲٪ را ایجاد می‌کند. بیماران درگیر لنگش به همراه عروق دیستال طبیعی به طور کلی نتایج بهتری نسبت به بیماران که انسدادهای پیشرفته دارند، داشته‌اند (دوام ۵ ساله بالاتر از ۸۲٪ و میزان مرگ و میر ناشی از عمل کمتر از ۳٪). عوارض ناشی از همه انواع جراحی ایجاد میانبر عروقی اندام‌های تحتانی شامل خونریزی (کمتر از ۳٪)، ترومبوز پیوند (۲٪ تا ۲۰٪) و عفونت پیوند (۶-۲٪) می‌باشد.

۱۲- بازساخت آئورتو فمورال اغلب برای درمان لنگش به کار می‌رود، چرا که اعتقاد بر این است که لنگش در بیماری‌های آئورتو ایلیاک با خطر پیشرفت به ایسکمی وخیم همراه است. پایداری پنج ساله ۸۵-۹۵٪ است و مرگ و میر ناشی از عمل کمتر از ۵٪ است. پیوند میانبر عروقی فموروپولیتال ریسک عمل پایین دارد. با این وجود دوام طولانی مدت آن نیز کم است.

ایسکمی مزمن تهدید کننده اندام

