

واریس

Varicose Veins



نویسنده مسئول:
دکتر غلامحسین کاظم زاده

Gholam Hossien Kazemzadeh; MD
E-mail: kazemzadehg@mums.ac.ir

دانشیار گروه جراحی و جراحی عروق، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

قبل از هرگونه اقدام مداخله‌ای برای درمان واریس بایستی حتماً سونوگرافی کالر داپلر سیستم وریدی اندام شامل بررسی وریدهای عمقی، سطحی و پرفراکتور هم از لحاظ ترومبوز و هم از لحاظ نارسایی انجام شود. هدف سونوگرافی کالر داپلر مشخص کردن مسیرهای وریدی انرمال، مشخص کردن منشأ ریفلاکس و نیز وریدهای هدفی که بایستی درمان شوند و نگهداشتن وریدهای سالم می‌باشد. درمان: در درمان واریس و عوارض آن تخصص‌های مختلف پزشکی از جمله جراحان عروق، متخصصین پوست، جراحان پلاستیک و دیگر تخصصها درگیر هستند برای تصمیم‌گیری در مورد درمان، یک بررسی دقیق و ارزیابی از انتظارات بیمار از نتیجه درمان باید صورت گیرد. درمانهای مختلفی برای واریس ذکر شده است که دقیقاً به درجه واریس، سن بیمار، وضعیت سلامتی عمومی و علائم بیمار ارتباط دارند و شامل عدم درمان، درمان محافظتی با کمپرسین، اسکروتومی یا در درمان جراحی (باز یا اندووسکولاری) می‌باشند.

ابتدائاً باید درمان‌های هدفمند برای اصلاح اختلال زمینه‌ای و کاهش فشار وریدی انجام شود. درمانهای غیرمداخله‌ای که بیشتر برای جلوگیری از گسترش وریدهای واریسی بکار می‌رود شامل اصلاح شیوه زندگی، کاهش ایستادن و نشستن طولانی‌مدت، کاهش مواجهه با حرارت و آب بسیار گرم و جکوزی، پاندهروی و تحرک منظم، خودداری از فعالیت ورزشی سنگین و کاهش وزن است. همچنین استفاده از جوراب‌های ویژه که دارای اندازه، فشار و بافت مناسب باشد نیز جهت جلوگیری از گسترش وریدهای واریس سطحی توصیه می‌شود. در موارد پیشرفته، از این درمان‌ها می‌توان استفاده کرد. درمانهای اندووسکولاری شامل اندولیز تراپی، رادپوفیکوتنسی (وای از بین بردن انرمال)، و استفاده از بخار یا Steam ablation (برای واریس‌های پیشرفته با نارسایی درجه‌های) برای وریدهای واریسی موضعی، جراحی موضعی کوچک با برشهای ۲ میلیمتری و در نهایت برای عروق تالاکتازی و ضایعات عکوتونی شکل از اسکروتومی می‌توان استفاده کرد. درمان فشاری بعد از عمل اسکروتومی با استفاده از جورابهای ای فشار ۲۰-۴۰ mmHg برای مدت ۲۴ ساعت بعد از درمان وریدهای ریتولاری تالاکتازی و برای ۱۰-۷ روز بعد از حذف وریدهای واریسی می‌باشد. بیماران پس از عمل جراحی می‌توانند فعالیت‌های روزمره خود را از سر بگیرند ولی بایستی از فعالیت‌های ورزشی هوائی سنگین یا اندامهای تحتانی برای ۲ هفته اجتناب کنند. همچنین از مصرف آسپرین، ایبوپروفن و دیگر ضادتهاپ‌ها بایستی حداقل برای ۲۸ ساعت بعد از اسکروتومی اجتناب شود.

واریس یا وریدهای واریسی (Varicose Veins) پدیده‌ی عروقی نسبتاً شایعی است که عمدتاً در اندام تحتانی و به شکل وریدهای منبسط و پریپروم در زیر پوست دیده می‌شود. شیوع واریس بین ۵ تا ۳۰٪ در بالغین می‌باشد. واریس معمولاً با علامت خاصی همراه نیست اما می‌تواند درد کنگ و مبهم خفیف تا لخته در ورید مینتال، ترومبولیت سطحی و ندرتا زخم‌های وریدی (Stasis Ulcer) ایجاد کند. باید در نظر داشت که واریس در عمده موارد مشکل بالینی خاصی ایجاد نمی‌کند و برای بیمار نقص ظاهری است که اهمیت و ارجحیت دارد. واریس همچنین خود را به صورت درجات مختلفی از تالاکتازی، وریدهای عکوتونی شکل و یک واریس پیشرفته با نارسایی درجه‌های ممکن است خود را نشان دهد. واریس می‌تواند اولیه یا ثانویه باشد. واریس ثانویه ناشی از یک اسناد و یا مشکل در سیستم ورید عمقی است که وریدهای سطحی جایگزین رگ عمقی شده باشند. عوامل مختلفی در ایجاد و پیشرفت واریس اولیه مؤثرند از آن جمله می‌توان سابقه فامیلی، حملگی و تغییرات هورمونی، شیوه زندگی نامناسب، چاقی و عدم تحرک و در نهایت سن بالا را نام برد.

معاینات و اقدامات تشخیصی: با توجه به اینکه در اندام تحتانی واریس به ندرت برای بیمار ایجاد مشکل می‌کند، پرخورد و احتمالاً درمان آن بستگی به شدت آن دارد. در برخورد بالینی صحیح با بیمار دچار واریس بایستی یک شرح حال دقیق از علائم بیمار اخذ شود و علل غیرعروقی (خصوصاً بیماری‌های ارتوپدی و شریانی) رد شوند. نکات مهمی که بایستی در شرح حال بیمار مشخص شوند شامل موارد ذیل می‌باشند: ۱- سابقه ترومبوز ورید عمقی (DVT) - ۲- سابقه ترومبولی یا وجود ریسک فاکتورهای عمده در DVT قبلی ۳- استفاده از قرص‌های ضدبارداری OCP ۴- جزئیات دقیق از مداخلات جراحی عروقی قبلی در معاینه بالینی بیمار واریس بایستی موارد ذیل رعایت شوند:

نزدت برای بیمار ایجاد مشکل، کتیه ران و قسمت تحتانی شکم بایستی معاینه شوند و این نکات بایستی مخصوصاً ارزیابی و مکتوب شوند: ۱- توزیع محدود وریدهای واریسی (معاینه‌کننده بایستی مخصوصاً وجود واریس صاف و دیگر وریدهای واریسی بزرگ یا مزاحم را قید کند) ۲- وجود اسکارها و تغییرات پوستی ناشی از بیماری‌های مزمنورینی (بم، ضایعات پیکماتاسیون، لیپودرمانواسکلروز، اولسراسون) ۳- وضعیت شریانی (نش‌ها یا اندکس (ABI) ۴- بررسی دیگر فاکتورهای مؤثر روی هاپیرتانسین وریدی (حرکتی، چاقی، سفتی ناحیه فوکز یا حجم کم عضلات ناحیه ساق)

لغفا به این مقاله از ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۲ منتشر شد.
کل این مقاله: ۶۶۱۰
شماره پیامک مجله: ۳۰۰۰۷۸۲

نحوه انتشار: داخلی - انتشار شماره مقاله
نوعه صحیح انتشاردهی (مجانحه انتشار شما): ۲۰ - ۲۰۱۲ - ۶۶۱۰

Reference:

Cronenwett JL, Johnston KW. Rutherford's Vascular Surgery, 8th ed. Philadelphia, USA: Elsevier Saunders; 2014.