جریان‌های وریدی فرعی در گردن
وریدی عمیقی اندام تحتانی

دکتر اعتضاد مظفر

در کتاب‌های کالبد شناسی کلاسیک که عالیاً مورد مراجعه عموم کالبد شناسان و جراحان است شرح گردن خون سیاره گ اندام تحتانی بطور کلی نارسایی و حتی نادر است. این نکته بخصوص در مورد ضایعات وریدی اندام تحتانی و مواردی که اعمال جراحان بر روی این دسته از سیاره‌ها مورد لزوم است باعث عدم تشخیص و درمان صحیح می‌باشد و این امر بخصوص در درمان جراحی ترومبوز اندام تحتانی مصداق می‌باشد زیرا اطلاع صحیح و دقیق بر قابلیت تخیل جانی وریدی عامل مهمی است در تعیین و پیش بینی بیماری و درستی درمان.

بطور کلاسیک ورید های اندام تحتانی بعنوان شرح داده می‌شود که ورید های پیامده شرایان مهم ساق این شرایین درشت نی قدامی درشت نی خلفی و نازک نی درانتهای تحتانی حفره رکبی و ورید کی را می‌سازند. ورید رکبی بهمراه شرایان رکبی پس از عبور از حلقه سوییه نزدیک کننده تغییر نام داده و نام وریدرانی خوانده می‌شود. ورید رانی تا حلقه رانی ممتد است و پس از عبور از زیر قوس رانی بنام خاص‌های خارجی نامیده شده و با ورید هیپوگاستریک تشکیل ورید خاص‌های اصلی را می‌دهد.

از ورید‌های جانبی که به ورید رانی خنم می‌شود با ریز ورید رانی عمیقی نام

استادپردازار کالبد شناسی دانشکده پزشکی تهران
برد. در کتاب‌های آناتومی این ورید بعنوان ورید بی‌همیشه جانی ذکر می‌شود که از اورده عضلات شروع شده و همراه شریان رانی عمیق سیر کرده در ملدش اسکارپا به ورید رانی ختم می‌گردد.

باین ترتیب ملاحظه می‌شود که عقیده عمومی برای نست که ورید رانی و رانی تنها دستگاه گردش وریدی عمیق است که خون وریدی اندام تحتانی را بطرف بالا هدایت می‌کند و به سایر اورده‌ای که ممکن است عمل گردش جانی داشته باشد اشاره نمی‌شود. این است در حالیکه در کالبد شکافی های معمولی دیده‌ایم که ورید رانی عمیق وریدی بالنسبة درشت است و حتی غالباً بدرشتی ورید رانی است باین دلیل ترجیح داده شده است که نام وریدراینی را از حلقه سوم نزدیک کندنه تا اتصال وریدراینی عمیق بنام وریدراینی سطحی نامبرده شود که نشان دهنده برای برداشتن عمیق است.

لومین مطلبی که در کالبد شکافی ها بان برخوردهایم وجود وریدهای قمری در دو طرف وریدراینی و رانی است که اگر چه اورده باریکی هستند ولی در اکثر موارد وجود دارند و بوسیله وریدهای رابط بهم مربوط هستند. بنابر نکات فوق و دلایل تشخیصی و بالینی عدیده بهتر است دستگاه وریدی عمیق اندام تحتانی را دوستبام نمود: ۱- قسمتی از ورید خرید در بالای محل اتصال وریدراینی عمیق است بنام ورید رانی فوقانی (Upper segment).

۲- مجموع ورید های عمیق که در دو اتاق اتصال فوقال الذكر قرار دارد بنام ورید (Lower segment). های رانی تحتانی یا سطحی.

مقصود از بروز هایهای که موضوع مقاله حاضر است تعیین نقش وریدراینی جانی است در مواردی که انگست در وریدراینی پیش آمده است با علل درمانی ناچار به بستن ورید دراین ناحیه می‌شوند. در بیست و دو کالبد شکافی که با باین منظور Galloway و Mavor بنامه گزارش بانوام گزارش که با باین منظور روي ورید های اندام تحتانی انجام گردد باین نکات توجه یشتری شده است:
الف - اتصال وریدرانی عمیق بهارده حفره رگی.

ب - وجود ورید های قمروی شرایان رگی و رانی و محل اتصال آنها به ورید رانی.

نتایج تحت سه عنوان جدول بندی شده است:
الف - اتصالات وریدرانی عمیق با اورده حفره رگی.
ب - ارتباطات احتمالی بین اورده قمروی شرایان رگی و رانی.
ج - محل ختم اورده قمروی رگی و رانی.

نتایج - الف - در 38 درصد موارد ورید رانی عمیق مستقیماً با ورید رگی پیوند داشت و در 48 درصد این پیوند از راه یکی از شاخه های جانی بود باین ترتیب ملاحظه می شود که در 48 درصد موارد ورید رانی عمیق بهمراه یک راهانحرافی بالقوه قسمت تحتانی اورده عمل می کند.

در سه مورد ارتباط مایبین وریدرانی عمیق و ورید رگی وجود نداشت لکن در دو مورد انسخه مورد فوق ذکر ورید رانی عمیق با اورده قمروی شرایان رگی پیوند داشت بنابراین فقط دریک اندام می چه گونه ارتباطی بین ورید رانی عمیق و اورده حفره رگی وجود نداشت واین ورید بعنوان راه فرعی بکار نمی آید.

ب - اورده قمروی شرایان رانی و رگی در نهم موارد کالبد شکافی وجود داشت منشاً اورده قمروی رگی نامشخص بود. این اورده از یک شبکه متغیر وریدی شروع می شد که منشاً تقریباً از انتهای فوقانی عضلات دو قلوی خارجی و داخلی ساق بود و در واقع موارد این شبکه های وریدی با اورده های قمروی شرایان درشت نی خلفی ارتباط داشت.

در 38 درصد موارد اورده قمروی شرایان رگی با اورده قمروی شرایان رانی ارتباط داشتند - در بیشتر موارد، ارتباط وریدی قمروی شرایان رگی و رانی با ورید رانی عمیق مستقیماً در کلیه موارد با استثنای دومورد اورده قمروی شرایان رگی می توانند نقش راه ارتباطی فرعی را در جریان وریدی رگی رانی ایفا نمایند.
در 89 درصد موارد اندامهای قمی قدرتی تقیبی در میانه فاصله‌ی بین اتصال ورید رانی عمیق وقوس رانی به ورید رانی می‌پیوند و در طوله‌ی موانع ورید از موارد نیز به ورید رانی می‌پیوند و فقط در 2 درصد موارد این پیوند در پایین ورید رانی عمیق وجود داشت. باتوجه به مطالب گذشته شده ملاحظه می‌شود که اکثریت قریب به اتفاق اندامها یک راه ارتباطی فرعي بین قسمت تحتانی و قسمت فوقانی اورده اندام تحتانی وجود دارد. در 80 درصد اندامها این راه فرعي از دو دستگاه تشکیل شده و در دومود از سه مورد راه مخفیف (شکل 1) و (شکل 2) می‌باشد.

![شکل 1](https://example.com/image1)
![شکل 2](https://example.com/image2)

*عکس‌ها نشان می‌دهندِ ارتباطات داخلی و خارجی رنگ‌های تیره و گرمی‌وری که باعث افزایش نیروی ضدمایه و کاهش دمای زانوی اندام می‌شود. به طور مثال، این نشان می‌دهد که این راه فرعي از دو دستگاه تشکیل شده و در دومود از سه مورد راه مخفیف (شکل 1) و (شکل 2) می‌باشد.َ*

*این ورید نیز در سرده‌ای خود ارتباطاتی در پایین و بالای زانو با اروره‌ای عمیق دارد.َ*

*نوگرافی: جهت تایید نظریات و نتایج فوقالی ذکر می‌توان از ون‌گرافی اندام تحتانی نیز کمک گرفت. اشکال عمده در این روش اینستاکه ورید های بالایی زانو در وانگرافی کمک ظاهر می‌شود در حالیکه برای تطبیق ونگرافی بانکی بذست آمده.*
برای انجام و نوگرفی دو تکنیک شرح داده شده و مورد عمل است:

۱- و نوگرفی صعودی بدون بکاربردن تداری انسدادی.

۲- و نوگرفی مستقیم وریدراینی.

در و نوگرفی صعودی تزریق ماده حاچب در ریزید صافان انجام می‌گردد ویک سری تمرین‌های عضلانی برای تسیر جریان خون در عضلات خلف ساق توصیه می‌شود با این روش میتوان وریدهای قسمت تحتانی و قسمت ورقانی را بخوبی پر کرد و رادیوگرافی بطور سری انجام می‌شود. در و نوگرفی مستقیم وریدراینی تزریق مستقیماً در وریدراینی بلافصله پالین قوس را یا انجام نمود. در این روش وریدهای ورقانی بخصوص قسمت رانی و گتکی ظاهر می‌شوند.

در گزارشی که Galloway و Mavor ۷۸ بیمار مبتلا به ترومبوژ و نوگرفی انجام داده‌اند نتایج بقرار زیربوده است:

الف - جریان جانبی قسمت تحتانی، در قسمت تحتانی اندام تحتانی ورید های جانبی که تقریباً در تمام موارد بطور ۸۸درصدی می‌تواند زده شده است ورید رانی عمیق و
اورده قمری شریان رانی و ورید صاف داخلی است.

وریدانی عمّقی بزرگترین اورده فوقالذکر است که از حفره رکیب شروع شده و به محل اتصالش در حدود برجهنگی کوچک ران ختم می‌گردد.

در مرادی که انسداد در قسمت میانی وریدانی موجود نباشد باوجودیکه ورید همیشه قابل رویت است ولی غالباً باریک بوده و ارتباط با اورده حفره رکیب کمتر مشخص است درصورتیکه باوجود انسداد این ارتباطات به اندازه کافی مشخص وقابل رویت است.

اورده قمری شریان رانی در موقع انسداد بطور قابل توجه ملاحظه‌ای متسع شده ووجود ارتباط‌کننده دور ورید قمری که مخصوص این نوع ورید هاست قابل رویت است.

این اورده از حفره رکیب شروع می‌شوند و در حدود انتهای ورید رانی عمّقی ختم می‌شوند. محل اتصال این وریدها متغیر است گاهی به وریدانی وندرت بهورید خاص‌های خارجی‌پاخانقراهای اصلی ختم می‌گردد.

سومین جریان جانبی قسمت تحتانی ورید صاف داخلی است.

این ورید توسط ورید های سوراخ کننده یا ارتباطی با وندرت ورید عمّقی دردبانگی محل انسداد مرتبط بوده و بخوبی نشان داده شده است. این وریدها در موقع انسداد جریان عمّقی بطور قابل توجه ملاحظه‌ای متسع شده‌اند و نکته مهم این است که با وجود اتساع زیاد‌گامه دریچه‌های لانه کبودری در این ورید‌ها باقی مانده و بطور طبیعی عمل می‌کند.

ب- جریان جانبی قسمت فوقانی- جریان جانبی فوقانی را می‌توان پیدا کردن تقسم کرد:

۱- جریان وریدی یکطرفی که عبارتست ازورید خاص‌های داخلی و وانقراهای جانبی آن مثل ورید سدادی.

ورید کمربندی صعودی- اورده قمری شریان خاص‌های خارجی و خاص‌های اصلیی که به ورید کمربندی صعودی یا به ورید اجوف تحتانی مربوطه، بالاخره در اورده ورید خاص‌های خارجی که تشکیل شده ازپوند وریدهای چرخی داخلی ران و ورید چرخی خاص‌های عمّقی.
کناره‌های وریدی فرعی در گردش وریدی

۲- کناره وریدی دو طرفی که از پوئوند وریدی بین اورده یکطرف با طرف مقابل واژه‌ای نشان دهنده که ممکن است در مرکز از شیوه وریدی سطحی، اسکروتال و وریدی با اورده سطحی اپیگاسترتیک و شری می‌باشد و مربوط به وریدی 

(Inguiino axillary anastomosis) 

به سطحی نشان می‌دهد که از وریدی های مثانی، پروستاتی، ریای آدنوم و گلوی خاجی.

این کناره‌های وریدی در طریق خاصی با طرف مقابل پوئوند می‌گردد. پوئوندی به طوری که می‌تواند برطرفی در موارد انسداد خون وریدی از طرف مقابل خاصی تعلیق می‌گردد.

در اینجا به دو مطلب تعریف داده شده که که اسکروتال، طرف آراس باشد نارسایی وریدی ظاهر می‌شود در صورتی که گردد انسداد نیاز به فرآیند باشد که باعث بیشتر شدن کرده وریدی خوانده شود.

بالا راه‌های از جریان جانبی پوئوند با طرف مقابل استفاده گردید نارسایی وریدی بروز خواهد کرد.

تحقیقات آزمایشگاه کالبدشناسی طهران

در آزمایشگاه کالبدشناسی دانشکده پزشکی تهران دروی نازده جسدی در

اندام تحتانی بی‌پایان راه‌های فرعی وریدی اندام تحتانی تحقیق شده است:

۱- در هفت جسد بین ۱۴ اندام پوئوند وریدی رانی عمق با ورید کبی مشاهده شد (۷۴٪)

۲- در هفته‌های اندام وریدی قمری شریان رانی وریدی وجود داشت که در

هرد مورد به وریدی در بالای اتصال فوق الذکربندمیشده (۶۰٪) و در برخی موارد

وریدی قمری قابل تعقیب بود.

۳- در ۹ مورد از هفته‌های فوق الذکربندمورد پوئوند وریدرانی عمق باور نیز وجود داشت و در ۹ مورد بقیه این پوئوند دیده نشد.

بنا بر این بطور کلی در ۷۷٪ موارد حداکثر یک راه فرعی وریدی های قسمت

تحتانی اندام تحتانی را به قسمت بالا ارتباط می‌داد.
References

