

درمان ترومبوز

نگارش

دکتر جواد هیئت

درمان ترومبوز که عبارت از جلوگیری از پیشرفت ترومبوز میباشد دو هدف

اصلی دارد :

۱- جلوگیری از آمبولی ریه

۲- جلوگیری از عوارض بعدی

معالجه ترومبوز از سه قسمت تشکیل شده :

۱- حرکت آکتیو و مبارزه با استاز (۱) سابقاً بیماران فلبیتی با بیحرکتی

معالجه میشوند بطوریکه در فیزیوپاتولوژی ترومبوز دیده شد بیحرکتی و استاز یکی از عوامل سه گانه ترومبوز است لهذا باید اینگونه بیماران را حرکت داد .

بهبتر است حرکت را بعد از دادن داروهای ضد انعقاد شروع کرد بیمار هر ساعت

ده دقیقه فلکسیون و اکتسانسیون پامیکند .

۲- داروهای ضد انعقاد - برای از بین بردن افزایش قابلیت انعقاد، این دارو

ها مانع ادامه انعقاد خون میشوند که مهمترینشان عبارتند از :

۱- هپارین - ۲- دیکومارل و مشتقات آن مانند ترومکسان .

۱- هپارین : هپارین یک دی ساکارید پلی مریزه است که بوسیله سلولهای

ماستزلن (۲) نسوج مخصوصاً جدار عروق ترشح میشود .

هپارین مانع انعقاد خون میشود و در هر دو مرحله انعقاد اثر میکند یعنی هم مانع

تشکیل ترومبین میشود و هم مانع اثر ترومبین روی فیبرینوژن میگردد .

اثرش آنی است و بعد از مدت کوتاهی تجزیه و دفع میشود از اینجهت باید یا

بطور متمادی بشکل پرفوزیون (۳) و یا هر چهار ساعت یکبار تزریق بشود. هپارین از

۱—mobilisation active

۲—mastzellen

۳—perfusion

از راه ورید تزریق میشود اخیراً هپارین قابل تزریق داخل عضله و زیر پوست بنام هپارین رتارد (۱) ساخته شده ولی در محل تزریق تولید هماتوم میکند.

در موقع تزریق هپارین باید همه روزه مدت انعقاد خون را اندازه گرفت بعد از تزریق تا یک ساعت به ۲-۳ برابر بالا میرود بعد از چهار ساعت بعد طبیعی بر میگردد بعلاوه دوز یکبار آزمایش تست تحمل هپارین T.T.H (۲) تکرار بشود.

نقطه تزریق باید پنج دقیقه ماساژ داده شود تا هم اتوم ندهد گاهی هپارین تولید ناراحتی (۳) و لرز و تب میکند بطوریکه باید دارو را قطع کرد.

مقدار هپارین: معمولاً چهار صدالی چهار صد و پنجاه میلیگرم در ۲۴ ساعت داده میشود ولی ممکنست در مواقع مهم مانند فلگماسیا و ترومبوز کات تا ۹۰۰ میلی گرم در روز داده شود. چند روز اول هر ۴ ساعت یکبار داخل ورید ۷۵-۱۵۰ میلیگرم تزریق میشود بعد از بهبودی مقدار هپارین و تعداد تزریقات را پائین میبریم.

مثلاً در ترومبوز ساق پا سه روز چهار صد میلیگرم و دوز ۳۰۰ میلیگرم و یک روز ۲۰۰ میلیگرم کفایت میکند.

برای پیش گیری: چهل و هشت ساعت بعد از عمل و یا زایمان شروع و ۲۵۰ میلیگرم در چهار نوبت تزریق میشود البته باید حرکت را نیز توأم نمود تا مؤثر باشد.

بیمار اگر ورم نداشته باشد میتواند از روز اول راه برود در فلگماسیا در مدت چهار روز ورم از بین میرود و از روز پنجم بیمار باید روزی چند ساعت راه برود اگر علیرغم هپارین ورم باقی بماند باید داروهای وازودیلاتا تا آورداد و قبل از برخاستن باند الاستیک بست.

بهترین داروهای رگ گشائنده کائین داخل شریان فمورال و یا انفیلتراسیون لومبر است. انفیلتراسیون لومبر دو بار در روز با ۲ سانتیمتر مکعب محلول $\frac{1}{100}$ نووکائین انجام میشود.

تزریق داخل شریان صبح پانزده دقیقه قبل از تزریق هپارین انجام میشود .
ممکنست استیل کولین نیز بکار برده شود .

مدت معالجه : اقل باید سه روز بعد از طبیعی شدن درجه حرارت و نبض ادامه
داد مدت انعقاد باید بالاتر از ده دقیقه باشد و ورم از بین رفته باشد .

مدت معالجه نسبت به مرحله ترومبوز فرق میکند مثلا برای ترومبوز ساق حد
اقل شش روز و برای فلگماسیاسه هفته معالجه با آنتی کواگولان لازم است .

در موقعیکه بعملی حرکت مقدور نیست باید چهار هفته هپارین یا ترومکسان
را ادامه داد (مدت لازم برای آندوتلیزاسیون (۱) لخته) .

عوارض هپارین : هپارین گاهی تولید خونریزی میکند در اینه موقع باید
هپارین را قطع کرد . سولفات دو پروتامین (۲) آنتی دوت هپارین است و باید داخل ورید
تزریق شود هپارین را نباید تا چهل و هشت ساعت بعد از ایمن تزریق کرد زیرا در
این موقع خطر خونریزی زیاد است .

نتیجه : هپارین مرگ رازشانزده درصد به کمتر از یک درصد تقلیل داده است
سرایت بطرف مقابل را از سی درصد به دو درصد و آمبولی ثانوی را از بیست و هشت در
صده به ۱/۳ درصد پائین آورده است .

عدم موفقیت - در موقعیکه لخته طویل و آزاد باشد مثلا در ترومبوز فمورال
هپارین کافی نیست .

برای جلوگیری از آمبولی های مکرر باید لیگاتور ورید را نیز توأم کرد .
همچنین در بیمارانیکه حرکت مقدور نیست مانند بیماران اورتوپدیک و بعضی
اعمال جراحی همچنین بعد از آمبولیهای مکرر روی بیماران قلبی گاهی هپارین موفق
به جلوگیری از ادامه انعقاد خون و آمبولی ریوی نمیشود در اینموارد هم باید با عمل
وریدی توأم نمود .

هپارین بشکل شیشه های ۵ سانتیمتری ۲۵ هزار و یا ۵ هزار واحدی موجود

است. هر صد واحد معادل یک میلیگرم است.

اخیراً هپارین را بصورت قرص هم ساخته اند.

دیکومارل: (۱) مانع ساخت پروترومبین میشود یعنی ضد ویتامین K اثر میکند. از راه دهان داده میشود بعد از یکالی دو روز تأثیرش شروع میشود و تا ده روز اثرش ادامه دارد.

روزی چهار صد الی ششصد میلیگرم داده میشود و باید باحرکت توأم باشد. در موقع معالجه باید هر روز پروترومبین خون (۲) اندازه گرفته شود. مقدار پروترومبین خون باید در موقع معالجه بین ۰.۱۰ - ۰.۳۰ باشد در موقع معالجه با دیکومارل خطر خونریزی زیادتر است (۵ درصد) خونریزی بشکل رعاف و خونریزی لثه و هماتوری (۳) و پورپورا (۴) تولید میشود و ۰.۰۰۱ باعث مرگ میشود برای بند آوردن خونریزی باید خون تازه و ویتامین K و پروترومبین تزریق کرد. در مواقع عدم کفایت کبد و کلیه و بیماری خونی و عدم تغذیه (۵) و همچنین در مواقعی که استعداد موضعی برای خونریزی باشد نباید داد.

اصولاً نباید دیکومارل به تنهایی داده شود مگر برای پیش گیری.

ترومکسان (۶): یکی از مشتقات دیکومارل است و مانند آن اثر میکند. خطر خونریزی کمتر و تأثیرش بهتر است بوسیله کارخانه گایگی سویس ساخته شده روز اول ۹۰۰ میلی گرم روزهای بعد ۶۰۰ میلی گرم داده میشود.

هر دو روز باید یکبار مقدار پروترومبین خون و t.t.h تعیین شود و قتی که پائین آمد مقدار دارو را نصف میکنیم.

دارای قرصهای ۳۰۰ میلی گرمی است لهذا روز اول سه قرص (دفعه اول یک قرص و نیم بعد هر ۶ ساعت نیم قرص) و روزهای بعد دو قرص میدهم در بیماران مسن

۱ - Dicoumarol

۲ - hematurie

۳ - dénutrition

۴ - taux de prothrombinemi

۵ - Purpura

۶ - Tromexan

و هیپاتیک که تر می‌دهیم خطر خونریزی ۳ در صداست در مواقع عمل پروستات و مغزو استعداد به خونریزی نباید داد.

جمع هیپارین دیکو مارل : (۱) هیپارین فوراً تأثیر می‌کند لهذا ابتدا با هیپارین شروع و بعد از ۳-۴ روز دیکو مارل داده میشود. در موقع دادن دیکو مارل اگر مقدار پروترومبین خون بیش از ۳۰ درصد باشد باید دو مرتبه هیپارین داد.

جمع هیپارین ترومکسان : ابتدا هیپارین داده میشود بعد از ۲ - ۴ روز ترومکسان می‌دهیم. این نوع معالجه رایج و بهتر نتیجه می‌دهد.

۳- اعمال جراحی : گاهی علیرغم معالجات با داروهای ضد انعقاد و حرکت ترومبوز متوقف نمی‌شود و در نتیجه عوارضی مانند آمبولی پیدا میشود در این موارد باید عمل جراحی کرد.

اعمال جراحی روی وریدی که دچار ترومبوز شده انجام میشود و چند نوع است:

۱- فلبکتومی (۲) - موندور (۳) برداشتن یک قطعه از ورید ترومبوزه است باید حدود فوقانی در ناحیه سالم باشد و از پائین هم هر چه بیشتر برداشته شود بهتر است این عمل در ترومبولیت انجام میشود.

۲- ترومبکتومی همراه با بنجیه (۴) عمل کمال مطلوب است باید تمام لخته برداشته شود و علاوه جدار ورید سالم باشد (۵).

۳- قطع ورید بعد از آوردن لخته مرکزی (۶) - در این عمل بعد از باز کردن ورید در ناحیه سالم و در آوردن لخته یک قطعه از ورید را قطع می‌کنیم و درمی‌آوریم این عمل را به غلط لیگاتور می‌گویند و بیشتر از سایر عملها انجام میشود.

این عمل ممکنست بر حسب پیشرفت ترومبوز در روی وریدهای مختلف انجام گیرد ولی بیشتر روی ورید فمورال سطحی انجام میشود :

۱ - association

۲ - phlebectomie

۳ - Mondor

۴ - thrombectomie suivie de suture

۵ - thrombectomie par expression de Dos Santos

۶ - ligature Veineuse après thrombectomie d'aval

- الف - لیگاتورورید فمورال سطحی
 ب - « « « عمقی
 ج - « « « مشترک در زیر قوس صافن
 د - « « « در بالای قوس صافن
 ه - « « « ایلیاک

گاهی ممکنست مجبور شویم وریدهای طرف مقابل را هم به بندیم ولی اگر معالجات با داروهای ضد انعقاد توأم باشد، ممکنست از عمل دو طرفی صرف نظر نمود.
 و- لیگاتورورید اجوف تحتانی: در مواردیکه ترومبوز باین ورید سرایت کرده انجام میشود.

مکنست از راه خارج صفاقی (۱) و یا ترانس پری تونتال (۲) عمل کرد. مکنست لیگاتور ساده و یا با قطع توأم باشد.

بعلاوه سمپاتیک را هم میشود در آورد. از راه داخل صفاقی ممکن است ورید های تخمدانی را هم بست و سمپاتیک های دو طرف را در آورد.

بعد از عمل باید داروهای ضد انعقاد داد و آنفیلتراسیون لومبر کرد استیل کولین و پروستگمین تزریق کرد باند از الاستیک و جوراب الاستیک داد بیمار هر چه زودتر باید راه برود.

نتیجه اعمال جراحی: بسیار خوب است ولی گاهی با وجود عمل جراحی آمبولی دیده میشود مخصوصاً در بیماران قلبی.
 بعلاوه بعد از بهبودی شکل (۳) دیده میشود.

برای جلوگیری از عود بیماری باید لیگاتور در محل انشعاب وریدی بشود تا بن بست (۴) باقی نگذارد بعلاوه ترومبوس بالارا با اسپیراسیون بیژون آورد و حرکت داد و داروهای ضد انعقاد تجویز نمود.

سکلهای بعد از عمل عبارتند از واریس ورم و درد و اختلال ترومبیک مانند زخم

۱ - extra peritoneal

۲ - transperitoneal

۳ - sequelles

۴ - cul de sac

ساق پا. سبب این سگلهها خود بیماری فلبیت است. برای جلوگیری از سگله باید ترومبوز را در موقعیکه هنوز پیشرفت نکرده معالجه و عمل نمود زیرا نسبت باعمال مختلف که در مراحل مختلف ترومبوز انجام میشود فرق میکند:

مثلاً لیگاتور ورید فمورال سطحی حداقل اختلال رامیدهد. لیگاتور ورید فمورال مشترک و ایلیاک خارجی سگله مهمی مانند ورموز ختم پا باقی میگذارد.

از اینجهت این دو ورید را فقط در مواقعیکه خون بآنها چسبیده و جدار ورید التهابی باشد میتوانیم قطع کنیم.

لیگاتور ایلیاک اولیه و ورید اجوف تحتانی کمتر سگله میدهد. بعد از عمل فوق ورم در هر دو پا ایجاد میشود که در ظرف ۱۲ روز با حرکت و برخواستن خوب میشود ولی بالاخره سگله فلگماتیای يك و یا دو طرفی تولید میشود. برای تخفیف سگله، هومانس (۱) دستورات زیر را داده است: باید پای تخت بیمار را بالا نگاهداشت بیمار باید فوراً حرکت کند (حرکات بدالاز) بانداژ الاستیک و جوراب الاستیک، مدت‌ها موقع استراحت پاها بالاتر از تنه باشد.

رو بهمرفته نتایج آنی اعمال جراحی روی وریدها خوب است ۹۵ درصد خطر آمبولی از بین میرود.

هرچه زودتر انجام بگیرد نتیجه بعدی بهتر خواهد بود. موارد تجویز معالجه در بیماری ترومبوز آمبولیک: برای تعیین نوع معالجه باید سه نکته را در نظر گرفت:

۱- نوع ترومبوز

۲- زمینه (۲)

۳- جواب بداروهای ضد انعقاد

بر حسب نوع ترومبوز اندیکاسیون بشرح زیر است :

الف - ترومبوز ساق پا - در ترومبوز ساق پا ۶-۱۰ روز معالجه باهپارین کافیت حداقل باید دو گرم هپارین داد: سه روز روزی چهارصد میلیگرم و دو روز روزی سیصد میلیگرم و دو روز روزی دویست میلیگرم. بعلاوه روزی یکبار بیست سانتیمتر محلول نوکائین یک در صد در اطراف و داخل شریان فمورال تزریق می کنیم .

البته از روز اول حرکت می دهیم اگر ورم باشد در موقع بلند شدن و راه رفتن باند الاستیک می بندد .

با این ترتیب بیماری خوب میشود و سکل هم ندارد .

ب - ترومبوفلبیت ساق و ران (۱) و یا ترومبوفلبیت سورو کورال (۲) در این مرحله هپارین ۱۲-۲۰ روز باید تزریق شود معمولاً ورم تا ۴-۵ روز مانع راه رفتن میشود معذالک از روز اول معالجه باهپارین حرکت را توأم می کنیم مریض باید در وضع دکلیو (۳) (پاهابالا و تنه پائین) بخوابد . روزهای اول ۴۵۰-۶۰۰ میلیگرم هپارین تزریق می کنیم بعد از بلند شدن روزی ۳۰۰ بعد از آنکه بتواند راه برود ۲۰۰ میلیگرم تزریق می کنیم بعداً به صد میلیگرم در روز تقلیل می دهیم .

ممکنست بعد از یک هفته معالجه باهپارین با ترومکسان ادامه دهیم .

بدین ترتیب بیماری در مدت سه هفته خوب میشود ولی سکل کاملاً از بین نمیرود و بعد از مدتی ورم و اختلال تروفیک و زخم پیدا میشود .

پ- فلبو ترومبوز ساق و ران (۴) این مرحله از ترومبوز بواسطه آمبولیهای مکرر و یا فلبوگرافی تشخیص داده میشود .

در این مرحله باید هپارین را با عمل توأم کرد زیرا هپارین به تنهایی قادر به از

۱ - Phlegmatia alba dolens

۲ - thrombophlebite suro-crurale

۳ - déclive

۴ - phlebo-thrombose surocrurale

۳- در موقع ترومبوز فمور و ایلیاک ترونکولر (۱) عمل ترومبکتومی با بخیه ورید فمورال می‌کنیم.

ج- ترومبوز وریدهای سطحی اطراف پائین: سه نوع ترومبوز سطحی دیده می‌شود:

۱- ترومبوز واریکوز تنها (۲) در این موقع راه رفتن با باندا لاستیک کفست بیمار نباید بستری بشود اگر مجبور بستری شدن باشد باید داروهای ضد انعقاد داد. همچنین ممکنست وریدهای سطحی ترومبوز را در آورد.

۲- ترومبوز واریکوزیکه منجر به ترومبوز عمقی هم شده باشد مثل ترومبوز عمقی معالجه می‌شود.

۳- ترومبوز در وریدهای واریکوزیکه بعد از ترومبوز عمقی تشکیل شده (۳) مانند ترومبوز عمقی است باید با هیپارین و حرکت و از ویلاتا تور معالجه کرد تا ترومبوز متوقف بشود.

بطور کلی در مواردیکه حال مریض مساعد برای حرکت و تزریق داروهای ضد انعقاد باشد تجویز عمل محدود و در دو مورد فلبوترومبوز سوزو-ک-رورال و ترومبوز ایلیاک اجوف است.

ولی در مواردیکه خطر خونریزی و یا عدم امکان حرکت موجود است باید هر چه زودتر لیگاتور ورید فمورال سطحی کرد.

مورد عمل بر حسب جواب بداروهای ضد انعقاد- اگر علیرغم تزریق هیپارین آمبولی پیدا شود باید حتماً عمل کرد فقط اگر آمبولی ریه یعنی در روزهای هشتم تا دهم باشد و تکرار نشود ممکنست عمل را بتعویق انداخت زیرا این آمبولی بر اثر رامولیسمان پوریفرم (۴) تولید می‌شود.

۱ - tronculaire

۲ - Throm-variqueuse isolé

۳ - throm. d' un reseau de suppléance post Phlébitique

۴ - ramollissement puriforme

همچنین در موقع عدم تحمل نسبت به هپارین و یا نبودن هپارین باید عمل کرد .
اگر بعد از لیگاتور باز آمبولی پیدا شود باید ورید فمورال سطحی طرف دیگر
را لیگاتور کرد .

اگر بعد از لیگاتور هر دو طرف باز آمبولی پیدا شود باید ورید اجوف تحتانی
را بست .

پیش گیری از بیماری ترومبوآمبولیک (پرو فیلاکسی) : برای جلوگیری از
ترومبوز و عوارض آن باید نکات زیر را رعایت کرد :

در موقع عمل از استعمال کات کوت حتی الامکان خودداری کرد .

بعلاوه داروهای آنتی هیستامینیک بکاربرد .

برای مبارزه با استاز باید قبل از عمل مدت بستری شدن را حذف و یا کوتاه
کرد و بعد از عمل حرکت و بیمار را زودتر از بستر بلند نمود . بعلاوه داروهای آنالپتیک
عروقی (۱) (مانند افدرین و غیره) و اکستره تیروئید (از روز دوم عمل) مفید است .
در اشخاص مسن و مبتلا بسرطان و بیماران استخوانی که باید در گچ بمانند
همچنین اشخاصی که سابقه بیماری وریدی دارند و یا اشخاص چاق و بیماران قلبی جبران
نشده (۲) و در بیمارانی که زمان انعقادشان پائین میرود باید داروهای ضد انعقاد
استعمال نمود .

از داروهای ضد انعقاد برای جلوگیری ترومبوز دیکومارول و یا هپارین
داده میشود .

دیکومارول از روز دوم عمل تا روزیکه باسانی بتواند بلند شود داده میشود
ولی ممکنست تولید خونریزی بنماید .

هپارین را در ۴ ساعت اول بعد از عمل نباید داد و روزی دو یست میلی گرم کافیت
در موقعیکه مریض نمیتواند حرکت کند چهار تزریق داده میشود به محض شروع بحرکت
روزی سه تزریق و به محض شروع برخاستن دو تزریق و موقعیکه بتواند راه برود یک

تذریق موقع عصر کافیست .

در بعضی مواقع برای جلوگیری از ترومبوز باید قبلاً عمل لیگاتوروری نبودی نمود
مثلاً در بیماران مبتلا به واریس و یا مسن که باید بستری شوند در موقع شکستگی
زانو و ران و عمل پروستات و عمل در بیماران قلبی و بیماران مسن و چاق لیگاتوروری
فوراًل سطحی میکنند .

در بیمارانیکه سابقه فلبیت و یا بیماران قلبی دکمپانسه (۱) لیگاتوروری
اجوف تحتانی میکنند .

سکل فلبیت و یا بیماری بعد از فلبیت (۲)

بیمارانیکه مبتلا به ترومبوز و فلبیت میشوند بعد از بهبودی دچار عوارضی میشوند
که سکل فلبیت نامیده میشود این عوارض معمولاً بعد از مدتی (۱-۱۰ سال) پیدا میشود
و مهمترین آنها عبارتند از : واریس . درد . ورم . اختلال تروفیک جلدی و
عوارض قلبی و استخوانی .

عوارض فوق ممکنست بدون سابقه فلبیت پیدا شود در اینموارد ترومبوز بطور
مخفی (۳) سیر نموده بطوریکه بیمار و طبیب متوجه آن نشده اند بعقیده سرول (۴)
قریب نصف ترومبوزها بطور مخفی سیر میکنند و بعد از مدتی با ظهور سکل آشکار
میشود .

۱- واریس : در نتیجه بسته شدن وریدهای عمقی و اصلی مانند پوپلیته و فورال
وریدهای کولاترال سطحی پائین ورید بسته شده گشاد میشود و خون از این وریدها
بطرف قلب بر میگردد ابتدا سیستم صافن داخلی گشاد میشود بعد از مدتی سیستم صافن
داخلی بعلت گشادی زیاد دچار استاز میشوند و بجای آن سیستم صافن خارجی و ورید
ژاکومینی (۵) و خلفی ران گشاد میشود .

ضمناً وریدهای عمقی ران قابلیت نفوذ خود را مجدداً بدست میاورند (۶)

۱ — décompensé

۲ — maladie post-phlébitique

۳ — thrombose latente

۴ — Servell

۵ — jacomini

۶ — répermeabilisé

برقراری مجدد جریان (۱) وریدهای عمقی نه تنها بازگشت خون را تأمین نمیکنند بلکه بعلت نداشتن دریچه در موقع ایستاده سبب استازو برگشت (۲) خون بطرف پائین میشود و اریس های بعد از فلپیت معمولاً یکطرفی هستند ولی ممکنست بعلت سابقه فلپیت دو طرفی در هر دو پا باشند در این موقع ممکنست باواریس معمولی (۳) اشتباه بشوند و عواقب وخیمی بعلت عمل تولید کنند از اینرو در بیمارانیکه مبتلا باواریس مهم میباشد قبل از عمل باید بافلبوگرافی وریدهای عمقی را معاینه کرد.

درد : معمولاً در موقع ایستادن ظاهر میشود راه رفتن کمتر دردناک است گاهی شبها پیدا میشود و مانع خواب میشود.

ورم - معمولاً بعد از یکسال پیدا میشود اغلب عصرها ظاهر میشود گاهی زیاد و دائمی است در هر صورت عصرها بیشتر میشود.

در پیدایش ورم غیر از استازوریدی استازولنفووی و اسپاسم دخالت دارد زیرا در ناحیه ترومبوزیک را کسیون التهابی در اطراف ورید وجود دارد که تمام ورید و شریان و عصب را احاطه میکند.

اختلالات تروفیک جلدی : اختلالات جلدی عبارتند از پیگمانتاسیون (۴) و پوست خیلی کوتاه (۵) و زخم.

پیگمانتاسیون در ثلث تحتانی داخلی ساق پا پیدا میشود و قهوه‌ای رنگ است اغلب پوست این ناحیه آتروفیک میشود.

در بعضی اوقات در ثلث تحتانی ساق پوست بعلت آتروفی شکل مخصوصی پیدا میکند چربی زیر پوست از بین رفته و پوست آتروفیک و کشیده شده باینحالت پوست خیلی کوتاه گفته میشود.

زخم معمولاً دیرتر از سایر عوارض ظاهر میشود و در ثلث تحتانی سطح قدیمی داخلی ساق و یا پشت قوزک داخلی پیدا میشود منظره آن مثل (۶) است و بغلط اولسر

۱ - répermeabilisation

۲ - reflux

۳ - varices essentielles

۴ - pigmentation

۵ - la peau trop courte

۶ - atone

واریسی (۱) گفته میشود.

اختلالات قلبی - در بعضی از اینگونه بیماران دردهای شبیه آنژین پیدا میشود ولی در الکتروکاردیوگرافی تغییراتی دیده نمیشود.

تغییرات استخوانی: چنانچه ترومبوز در سالهای کودکی پیدا شود پای بیمار طویل تر میشود زیرا در نتیجه استازورید استخوانها طویلتر میشود.

بعلاوه در بیمارانی که مدتهاست مبتلا به اولسر بعد از فلبیت هستند در ثلث تحتانی ساق پا پریوستیت پیدا میشود.

در بیمارانی که بعلت معالجه غلط با بیحرکتی معالجه شده اند سفتی مفاصل نیز مشاهده میشود.

معمولا این بیماران چاق شده و در راه رفتن تنگ نفس پیدا میکنند.

سکل ترومبوفلبیت نسبت به نوع ترومبوز متفاوت است.

مثلا بیمارانی که مبتلا به فلگماسیا شده اند بعد از ده سال همه مبتلا بورم پا میشوند در هفتاد درصد آنها سفتی پوست ساق پا و در پنجاه درصد زخم پیدا میشود همچنین در بیمارانی که مبتلا به فلگماسیای دو طرفی و فلبیت ورید اجوف تحتانی شده اند غیر از عوارض فوق واریس وریدهای جدار شکمی و مقعد و روده راست (۲) و اطراف راشی نارسائی (۳) پیدا میشود.

معالجه سکل فلبیت: معالجه عوارض بعدی فلبیت مشکل و لازمست بیمار هم با طبیب تشریک ساعی داشته باشد ابتدا معالجات طبی باید انجام داد در صورت عدم موفقیت باید عمل جراحی نمود.

معالجات طبی: برای از بین بردن ورم باید جوراب و باندها الاستیک داد شبها پای تخت بیمار باید بلندتر باشد.

انفیلتراسیون لومبر بانو کائین و داروهای گشاد کننده عروق خیلی خوب اثر

۱—ulcère variqueuse

۲— ano-rectal

۳— impotence

میکند آبهای معدنی هم مفید است .

بیمار باید از سرما و آفتاب و ضرب و کشیدن دود پرهیز کند اگر معالجات فوق مؤثر واقع نشد باید عمل کرد .

عمل جراحی : بهترین اعمال جراحی که در عوارض فلبیت مؤثر اند عبارتند از فلبکتومی (۱) و سمپاتکتومی لومبر (۲)

فلبکتومی عبارت از قطع و در آوردن يك قطعه از ورید ترومبوزه است با این عمل اولاً برگشت خون (۳) از بین میرود بعلاوه يك نوع سمپاتکتومی انجام میشود و قسمت عمده رفلکسهاییکه در نتیجه انفلاماسیون مزمن ادوانتیس (۴) و رید ترومبوزه ایجاد و تولید اسپاسم و عوارضی مانند ورم و زخم میکنند از بین میرود .

فلبکتومی گاهی کافیست ولی اغلب برای آنکه تأثیر معالجه قطعی باشد باید با سمپاتکتومی لومبر توأم باشد .

در بیماران مسن و مبتلایان بدیابت و چاق باید به فلبکتومی قناعت کرد سمپاتکتومی راهم باید با فلبکتومی توأم کرد تا نتیجه مطلوب حاصل شود .

تأثیر اعمال فوق در روی درد و زخم بسیار خوبست گاهی ممکن است در محل التیام زخم درد بماند در این موقع سیکانریس را در میاوریم و پیوند پوستی میکنیم .

در روی ورم نیز اعمال جراحی مؤثر است ولی گاهی قدری باقی می ماند سابقاً برای معالجه زخم عمل سیر کومولاسیون (۵) میکردند این عمل عبارت بود از قطع دایره های پوست و نسج زیر پوستی در بالای زخم در زیر زانو با این عمل کولاترالهای مفید هم قطع میشوند و مفید نیست امروزه بهترین درمان سمپاتکتومی با فلبکتومی است

نتیجه :

بیماری ترومبوز و فلبیت اغلب در اندام پائین پیدا میشود شروع آن بیشتر از وریدهای ماهیچه پا (۶) میباشد .

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| ۱ — phlebectomie | ۲ — sympathectomie lombair |
| ۳ — reflux | ۴ — adventice |
| ۵ — circumullation | ۶ — mollet |

يك عده از ترومبوزها بعد از عمل جراحی و یا ضربه استخوانی پیدا میشود
(ترومبوز جراحی)

عده دیگر بعد از زایمان و سقط جنینی پیدا میشود (ترومبوز زایمانی)
دسته سوم ترومبوزها ایست که در بیماران داخلی مخصوصاً قلبی پیدا میشود
(ترومبوز طبی)

در تولید ترومبوز سه عامل مؤثر است ۱ - ضایعه آندوتلیال ۲ - استاز ۳ -
افزایش قابلیت انعقاد خون (۱)

اغلب دو عامل از سه عامل فوق باهم اثر میکنند و یا یکی باعث دیگری میشود
مثلاً استاز باعث افزایش قابلیت انعقاد خون میشود در موقعیکه ضایعه آندوتلیال
موجود است ترومبوز از ناحیه ضایعه مذکور شروع میشود.

بعد از تشکیل ترومبوز در هر حله بالینی و آناتومیکی پیدا میشود.

مرحله اول مرحله فلبوترومبوز (۲) است که علائم بالینی خیلی کم و خطر
آمبولی زیاد است.

مرحله دوم مرحله ترومبو فلیت است و بر اثر چسبندگی لخته خونی به جدار
ورید و اسپاسم حاصله در جدار و بسته شدن راه پای جانبی پیدا میشود علائم بالینی در
این مرحله آشکار (ورم، درد، تب، تاکی کاردی عدم توانائی حرکت) و احتمال آمبولی
ریه خیلی کم است (نابلوی فلگماسیا)

سابقاً این دو مرحله ترومبوز را دو نوع بیماری تصور میکردند ولی امروزه این
عقیده مورد قبول نیست.

در تشخیص ترومبوز غیر از علائم بالینی علائم خونی و رادیولوژیک خیلی مهم
است بهترین علامت خونی کوتاه شدن زمان انعقاد و تست تحمل به هپارین (۳)
میباشد.

رادیوگرافی با تزریق ماده حاجب یددار (دیودن (۱) آبکی) در داخل ورید انجام میگیرد تزریق در روی ورید پشت پا (شاخه صافن داخلی) و یا ورید قدامی قوزک خارجی (شاخه صافن خارجی) انجام میشود. در ورید هائیکه ترومبوز موجود است عدم اپاسیفیکاسیون (۲) حفره بعلاوه ترسیم کولاترال موجود است در صورتیکه در حال طبیعی شاخه های جانبی ظاهر نمیشوند.

رادیوگرافی بیشتر در موقع عوارض بعدی بکار میرود.
برای درمان ترومبوز و فلبیت سه روش موجود است:
۱- حرکت.

۲- داروهای ضد انعقاد مانند هپارین و دیکومارل و ترومکسان.

۳- اعمال جراحی روی وریدها.

با معالجات فوق ترومبوز متوقف و فلبیت خوب میشود ولی در صورتیکه ترومبوز وریدهای فمورال و ایلیاک و بالاتر سرایت کرده باشد بعداً عوارضی بنام سکل تولید میشود.

این عوارض عبارتند از واریس، ورم، درد سفتی و پیگمانتاسیون و زخم ساق پا گاهی هم دردهای شبیه به آنژین و پریوستیت (۳) در انتهای تحتانی ساق پدید میآید.
این عوارض گاهی بوسیله درمانهای طبی مانند انفیلتراسیون لومبر و جوراب و بانداستیک معالجه میشوند در صورت عدم موفقیت با اعمال جراحی مانند فلبکتومی و سمپاتکتومی لومبر معالجه میشوند.

برای جلوگیری از ترومبوز لازمست عللی که باعث ترومبوز میشود از بین برد در موقعیکه استعداد به ترومبوز موجود است باید داروهای ضد انعقاد بعنوان جلوگیری داد بعلاوه همه روزه بیماران عمل شده را از نظر ترومبوز تحت معاینه قرار داد تا در صورت پیدایش ترومبوز هر چه زودتر معالجه را شروع کرد زیرا معالجه هر چه زودتر شروع بشود تأثیر آن بیشتر و سکل بعدی کمتر خواهد بود.

۱- diodone

۲- opacification

۳- periostite