

گزارش یک مورد نادر از ارتباط غیر عادی و تخلیه کامل ورید صافن کوچک به ورید صافن بزرگ

دکتر امیر افشین خاکی: استادیار گروه آناتومی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: AAKhaki@Canada.Com

دکتر مسعود پورفرهاد: استاد آناتومی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

دکتر فریدون دیبازر: دانشیار آناتومی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

محمد کریمی پور: مربی گروه علوم تشریحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

آراز معین: دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

چکیده

وریدهای صافنوس کوچک و بزرگ جزو وریدهای مهم و سطحی اندام تحتانی هستند که از شبکه وریدی پشت پا آغاز شده و سپس بسوی بالا طی مسیر می نمایند. ورید صافنوس بزرگ را میتوان طویل ترین ورید بدن نامید که ابتدا از جلوی قوزک داخلی پا عبور کرده و سپس در طول کنار داخلی ناحیه ساق و ران بطرف بالا صعود کرده و در انتهای مسیرش در ناحیه قدامی فوقانی ران به ورید فمورال ختم می شود. در حالیکه ورید صافنوس کوچک از مجاورت قوزک خارجی پا عبور کرده و سپس از خلف ساق پا بطرف بالا میاید تا از بین دو سر عضله گاستروکنیموس عبور کرده و به ورید پوپلیتال ختم گردد. در این مورد خاص وریدهای صافنوس بزرگ و کوچک در پای چپ کاملاً حالت نرمال و طبیعی خود را از نظر محل شروع، مسیر و انتها نشان میدادند در حالیکه در پای راست ورید صافنوس کوچک به ورید پوپلیتال ختم نشده و امتداد انتهایی آن بصورت ورید صافنوس فرعی به ورید صافنوس بزرگ ختم می شود (تصویر ۱ و ۲). ضمناً ورید صافنوس بزرگ نیز در طرف راست کاملاً مسیر نرمال و طبیعی خود را نشان میداد. لذا ذکر این مورد در جراحی های اندام تحتانی جهت همکاری جراح و سایر پزشکان جالب توجه خواهد بود.

کلید واژه ها: صافنوس، پوپلیتال، فمورال، ورید سطحی.

مقدمه

وریدها در بدن مسئول برگرداندن جریان خون بسوی قلب میباشند. وریدهای اندام تحتانی نیز از این قاعده مستثنی نمی باشند. وریدهای اندام تحتانی به دو دسته وریدهای سطحی و عمقی تقسیم می شوند (۱). وریدهای سطحی همانطوریکه از اسم آنها برمیاید در فاسیای سطحی اندام تحتانی قرار دارند ولی وریدهای عمقی همراه شریانها قرار گرفته و تقریباً همان مسیر را دنبال می کنند. یکی از نکات مشترک وریدهای سطحی و عمقی وجود دریچه های وریدی می باشد که به انتقال صعودی خون وریدی کمک می نماید (۲). وریدهای صافنوس بزرگ و کوچک از وریدهای سطحی عمده در اندام تحتانی می باشند (۳).

این وریدهای سطحی از شبکه وریدی پشت پا شروع می شوند. این شبکه وریدی در کناره های داخلی و خارجی پا با وریدهای حاشیه ای داخلی و خارجی مرتبط می شوند. البته وریدهای حاشیه ای وریدهای سطحی کف پا را نیز دریافت می نمایند و بنوعی منشا وریدهای صافنوس بزرگ و کوچک بشمار

لازم بتوضیح است که ورید صافنوس بزرگ یکی از درازترین وریدها در کل بدن بشمار آمده و از وریدحاشیه ای داخلی آغاز می شود. ابتدا این ورید از مجاورت قوزک داخلی پا با فاصله حدوداً یک اینچی عبور و بطرف داخل ناحیه ساق پا رفته و بطرف بالا صعود کرده و در کنار داخلی استخوان درشت نی قرار گرفته و بطرف مفصل زانو پیش می رود. سپس این ورید در ناحیه داخلی ران قرار گرفته و صعود می کند تا اینکه نهایتاً از سوراخ صافنوس عبور و به ورید فمورال ختم می شود (۴ و ۵).

ورید صافنوس کوچک از وریدهای حاشیه ای خارجی مبدا گرفته و در بخش طرفی وتر آشیل واقع می شود و سپس به خلف ساق رفته و به صعود خود بطرف بالا ادامه میدهد. این ورید در مسیر خود همراه با یک عصب سطحی مهم بنام عصب سورال می باشد که بنوبه خود از شاخه های عصب تیبیال بوده و همراه این ورید در فاسیای سطحی خلف ساق قرار می گیرد (۶). ورید صافنوس کوچک در بخش تحتانی حفره رکیبی از بین سرهای

و داخل مفصل مچ پا گذر کرده و به ناحیه ساق پا می‌آیند. در این بخش ورید صافنوس کوچک در خلف ساق چپ بطرف بالا صعود کرده همراه عصب سورال بخوبی قابل مشاهده می‌باشد. در ناحیه حفره پوپلیتال چپ این ورید به ورید پوپلیتال چپ منتهی می‌شود (تصویر ۴). ورید صافنوس بزرگ نیز در طرف چپ از طرف داخل ساق و ران صعود کرده در انتها به ورید رانی ختم می‌شود (تصویر ۳). در طرف راست پس از شروع نرمال و عادی وریدهای صافنوس کوچک و بزرگ در پای راست هر دو ورید از ناحیه پای واقعی به ناحیه ساق پا وارد شده‌اند. ورید صافنوس بزرگ راست نیز مسیر عادی خود را در طرف داخل ساق و ران بطرف بالا طی نموده و به ورید فمورال راست ختم شده است (تصویر ۳). اما ورید صافنوس کوچک راست پس از اینکه بصورت عادی از خلف پا شروع شد و به خلف ساق پای راست آمد در این ناحیه همراه عصب سورال قرار دارد. سپس این ورید در طرف راست بجای اینکه به ورید پوپلیتال راست ختم شود، بدون اینکه هیچ گونه ارتباط مشخصی با آن داشته باشد تا روی سر داخلی عضله گاستروکنیموس بالا می‌آید و از طریق دو ورید سطحی دیگر که به نظر می‌رسد ورید صافنوس فرعی باشند به ورید صافنوس بزرگ ختم می‌شود. یعنی ورید صافنوس کوچک راست هیچگونه ارتباطی با ورید پوپلیتال ندارد (تصویر ۱ و ۲).

عضله گاستروکنیموس عبور نموده و فاسیای عمقی را سوراخ و کمی بالاتر از مفصل زانو به ورید پوپلیتال ختم می‌شود. این ورید با وریدهای عمقی ناحیه پشت پا در ارتباط است. همچنین ورید صافنوس کوچک تعدادی وریدهای سطحی را در ناحیه ساق پا دریافت نموده و بطور معمول چندین ارتباط وریدی را در ناحیه فوقانی و داخلی اندام تحتانی با ورید صافنوس بزرگ نشان می‌دهد که عمدتاً میتوان به ورید صافنوس فرعی اشاره نمود (۷). در اکثر موارد ورید صافنوس کوچک به دو شاخه تقسیم می‌شود که یکی بنام ورید صافنوس فرعی به ورید صافنوس بزرگ منتهی و دیگری به ورید پوپلیتال ختم می‌شود. ورید صافنوس کوچک خون بخش خارجی پا و مچ پا و خلف ساق را به ورید پوپلیتال میریزد.

مواد و روش‌ها

نمونه مورد مطالعه در این تحقیق بهنگام تشریح اندام تحتانی در یک جسد مرد ۴۳ ساله در سالن تشریح دانشکده پزشکی تبریز بدست آمد. بدین ترتیب که ابتدا برش جلدی جهت تشریح پوست ناحیه خلف ساق در طرفین راست و چپ انجام شد. بدین منظور با یک برش عمودی و دو برش عرضی فوقانی و تحتانی پوست خلف ساق را بطرفین باز کردیم. در فاسیای سطحی ناحیه خلف ساق دو عنصر تشریحی مهم یعنی ورید صافنوس کوچک و عصب سورال را مشاهده نمودیم. پس از کنار زدن سایر بافتهای سطحی مسیر ورید صافنوس کوچک را در هر دو پای راست و چپ بطرف بالا و پائین امتداد دادیم و بدلیل حساسیت ایجاد شده جهت بررسی وسیع تر پوست ناحیه پشت پا را نیز تشریح نموده و باز کردیم تا هر گونه واریشن های احتمالی را در مبدا و ابتدا ورید صافنوس کوچک نیز مشاهده نماییم. جهت انجام این کار یک برش جلدی را بصورت عرضی در ناحیه قدامی مفصل مچ پا زده و سپس از بخش میانی این برش یک برش عمودی را در پوست پشت پا زده و پائین می‌آوریم تا به پوست بخش میانی دو انگشت اول و دوم وصل نماییم. سپس یک برش عرضی دیگر را نیز در قاعده انگشتان پا زدیم. بدین ترتیب پوست ناحیه پشت پا را برداشته و در فاسیای سطحی این ناحیه شبکه وریدی پشت پا را در معرض دید قرار دادیم و ارتباطات داخلی و خارجی آنرا با وریدهای مارجینال داخلی و خارجی مشاهده نمودیم. سپس برای مشاهده و مطالعه دقیق تر و کاملتر وریدها و اعصاب آنها را با رنگهای اصلی خودشان رنگ آمیزی نموده تا بهتر و بیشتر در معرض دید و مطالعه قرار بگیرند.

یافته‌ها

بر اساس مطالعات انجام شده بر روی هر دو پای فرد مورد بررسی مشخص گردید که در پای چپ فرد مورد مطالعه وریدهای صافنوس کوچک و بزرگ بطور نرمال از شبکه وریدی پشت پا در خلف پای چپ شروع شده و بترتیب از طرف خارج



بحث

وریدهای صافنوس بزرگ و کوچک از وریدهای سطحی عمده در اندام تحتانی میباشند لذا مطالعه دقیق آنها از نظر جراحی های عروقی اندام تحتانی و مطالعه و تشخیص واریس های موجود در وریدهای پا و سایر نکات کلینیکی مهم میباشند. همانطور که میدانید وریدهای صافنوس بزرگ و کوچک از وریدهای مارجینال داخلی و خارجی در کناره های داخلی و خارجی پا مبدا گرفته و سپس بطرف ناحیه ساق رفته در فاسیای سطحی این ناحیه بطرف بالا صعود میکند (۱). ورید صافنوس بزرگ در سطح داخلی ساق و ران در فاسیای سطحی بطرف بالا صعود میکند و نهایتاً به ورید فمورال ختم می شود (۵). در حالیکه ورید صافنوس کوچک تا حفره پوپلیتال صعود کرده و حد فاصل سرهای داخلی و خارجی عضله استروکنیموس به ورید پوپلیتال ختم می شود (۲). اصولاً اکثراً مطالعات انجام گرفته مبنی بر این می باشند که گاهی از اوقات ورید سطحی دیگری بنام ورید صافنوس فرعی بعنوان رابط حد فاصل وریدهای صافنوس کوچک و بزرگ قرار گرفته و بخشی از خون ورید صافنوس کوچک را به ورید صافنوس بزرگ تخلیه می نماید (۱). در حالیکه در این تحقیق مشخص گردید که ورید صافنوس کوچک راست مطلقاً به ورید پوپلیتال راست ختم نمی شود بلکه توسط دو ورید سطحی که میتوان آنها را وریدهای صافنوس فرعی نامید از ناحیه خلف اندام تحتانی بطرف داخل و بالا رفته و به ورید صافنوس بزرگ ختم می شود. لذا از این نظر نتایج این تحقیق با مطالعات

می رسد که در این مورد و یا سایر موارد مشابهی که خون ورید صافنوس کوچک به ورید صافنوس بزرگ تخلیه می شود با افزایش میزان و جریان خون در ورید صافنوس بزرگ سبب ایجاد برجستگی غیرعادی در محل ورود ورید صافنوس بزرگ به ورید فمورال شده و ما را به یک تشخیص غلط رهنمون سازد.

همچنین لازم بتذکر می باشد با توجه به اینکه برگشت دادن خون وریدی بطرف قلب از اهمیت ویژه ای از نظر حفظ و تداوم جریان خون نرمال بدن و تنظیم فشار طبیعی خون برخوردار است و نیز با توجه به اینکه وریدهای سطحی اندام تحتانی مکان مناسبی جهت ایجاد واریس میباشند. لذا مطالعه و بررسی واریشن های احتمالی میتواند از این نظر نیز حائز اهمیت خاص باشد.

در انتها لازم بتوضیح است که هدف نگارندگان این مقاله در معرض دید قرار دادن این مورد جالب برای همکاران پزشک علی الخصوص جراحان محترم و سایر همکاران بخش آناتومی میباشد که با مطالعه و تکیه بر آن به دانش و اندوخته های علمی خویش بیافزایند تا در مواجهه با مواردی از این قبیل بر ایشان ناآشنا نباشد.

قبلی منطبق و نمی باشد. نکته مهم دیگر اینست که بدلیل وجود یک پمپ عضلانی که با توجه به فعالیت عضلات خلف ساق سبب تسهیل در برگشت خون وریدی از اندام تحتانی بطرف قلب می باشد و نیز با توجه به وجود ارتباط وریدی ما بین ورید صافنوس بزرگ و وریدهای عمقی اندام تحتانی (۳) در حالت عادی فشار خون وریدهای سطحی اندام تحتانی برابر است با ارتفاع ستون خون از همان نقطه تا قلب (۱)، لذا احتمال می رود تخلیه خون ورید صافنوس کوچک به ورید صافنوس بزرگ باعث افزایش غیرعادی میزان خون موجود در ورید صافنوس بزرگ شده و این افزایش فشار باعث اشباع و دژنراسیون تدریجی ورید صافنوس بزرگ شده و براحتی این ورید را یک مکان مناسب جهت واریس در اندام تحتانی می نماید که متعاقباً میتواند زمینه ساز پدید آمدن زخمهای فراوانی در اندام تحتانی باشد. نکته مهم دیگر این است که در برخی از اعمال جراحی برای درمان واریس های اندام تحتانی ورید صافنوس کوچک را لیگاتور می نمایند لذا شناسایی و آشنایی جراحان با این نوع از واریشن ها میتواند حائز اهمیت باشد.

همچنین برخی از اوقات در محل ورود ورید صافنوس بزرگ به ورید فمورال یک برآمدگی خاص بچشم می خورد که بهنگام سرفه کردن یا وارد کردن هر گونه فشار و کشش برجسته تر می شود که میتواند از سوی جراحان اشتبهاً بنام یک عارضه فتق رانی تلقی گردد (۴). حال با تکیه و استناد به یافته های این تحقیق بنظر

References

1. Williams P.L, Warwick R, Dyson M, Bannister L.H. Grays Anatomy, 37 th ed. Chwrcill Livigston, 1989; 813- 814.
2. Chaurasia B.D. General Anatomy, CBS publishers, 3 th ed. 2001; 87.
3. Chaurasia B.D. Humam Anatomy, Regional and applied. CBS Publishers, 3 th ed. 1998; 80-81.
4. Anson B.J, Maddock W.G. Surgical Anatomy, 2th ed, Saunders. 1958; 953- 954, 1043- 1053.
5. Romanes G.H. Cunningham´ s manual of practical Anatomy, 5 th ed, Oxford medical publitions 1987; 190-200.
6. Singh I. Text book of anatomy, 3 th ed, Jaypee publisher, 1999; 333- 334.
7. خاکی الف الف، کریمی خ، آناتومی عمومی، نشر تازه های طب، چاپ سوم، تبریز، ۱۳۸۳، ص ۹۸ تا ۱۰۷.

