

مقایسه دو روش جراحی برش وریدی سرپایی و خارج کردن در درمان واریس وریدی

دکتر منصور صفایی^۱، دکتر محمد مهاجر امیری^۲، دکتر وحید گوهریان^۳

چکیده

مقدمه: دو روش درمانی برش وریدی سرپایی^۴ (AP) و خارج کردن^۵ (ST) در درمان واریس وریدی^۶ مورد استفاده قرار می گیرند. در این مطالعه شاخص هایی که به نظر می رسد در این دو روش با یکدیگر متفاوت باشند ارزیابی گردیدند.

روش کار: طی یک مطالعه مقطعی تحلیلی، ۴۳ بیمار که جهت عمل ورید واریسی مراجعه کرده و با بهره گیری از یکی از روش های ST و یا AP جراحی شده بودند، بررسی گردیدند. شاخص های سن، جنسیت، نوع عمل، عوارض بعد از عمل، مدت بستری و طول مدت زمان عمل در تمامی بیماران ثبت گردید.

نتایج: تعداد ۱۹ و ۲۴ بیمار به ترتیب تحت اعمال جراحی AP و ST قرار گرفتند. از نظر جنسیت تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد. میانگین طول بستری و مدت عمل در گروه ST به طور معناداری طولانی تر از گروه PA بود. از نظر هماتوم، پاراستزی و شدت درد، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده گردید. **نتیجه گیری:** مدت زمان عمل، هماتوم، پاراستزی و شدت درد در دو روش AP نسبت به ST کمتر می باشد و از این رو می توان از روش AP در درمان واریس های وریدی بیشتر کمک گرفت.

واژگان کلیدی: برش وریدی سرپایی، عمل جراحی خارج کردن، واریس وریدی

- ۱- استاد یار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ۲- دستیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ۳- دستیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

- 4-Ambulatory phlebectomy.
- 5- Stripping .
- 6-Venous varice.
- 7- Great saphenous.
- 8- Small saphenous.
- 9- Popliteal.

سپس از طریق بی حسی موضعی در محل و برش چند میلیمتری بر روی پوست، وریدهای واریسی بسته شده و خارج می شوند. این روش به نظر می رسد با عوارض کمتر، قابل تحمل تر بودن برای بیمار و نتایج خوب از نظر زیبایی همراه باشد (۷و۶).

در این مطالعه سعی محققین بر این بود تا به مقایسه مدت زمان بستری، طول زمان عمل و عوارض بعد از عمل در دو روش جراحی AP و ST پردازیم تا از این طریق اطلاعات مفیدی را در خصوص مزایای این دو روش جراحی کسب نماییم.

روش کار

این پژوهش به صورت مقطعی تحلیلی و در طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۲ انجام پذیرفت. در این مطالعه ۴۳ بیمار که جهت درمان واریس اندام های تحتانی به بیمارستان های شهر اصفهان مراجعه کرده و تحت اعمال جراحی ST و AP قرار گرفته بودند، بررسی گردیدند.

در خصوص هر بیمار چک لیستی تهیه شد و در آن سن، جنس، نوع عمل، مدت زمان عمل جراحی، طول زمان بستری و عوارض عمل جراحی (هماتوم، پارستزی محل عمل و درد) آن ها ثبت گردید. در مواردی که احیاناً اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران ناقص بود، از طریق تماس با بیمار، اطلاعات چک لیست تکمیل می گردید.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 10 و آزمون های آماری تی^۳ و فیشر دقیق^۴ صورت گرفت. مقدار $p < 0.05$ به معنادار تلقی شد.

واریس وریدی شایع ترین تظاهر بیماری مزمن وریدی است که در عمل باعث ناتوانی و هزینه بهداشتی زیادی برای بیمار می شود. شیوع واریس های وریدی را در مردان و زنان به ترتیب ۱۵-۱۰ و ۲۵-۲۰ درصد عنوان کرده اند (۱). شیوع واریس های وریدی به خصوص در مردان با افزایش سن، بیشتر می شود (۲). هدف از درمان این بیماری، بهبود علایم و ظاهر بیماری است. رویکرد درمانی برای وریدهای واریسی اولیه به صورت محافظتی نظیر بالا نگه داشتن ساق پا و بانداز کردن و به شکل اسکروتراپی و جراحی است (۳).

روش سنتی جراحی واریس وریدی شامل قطع ارتباط ورید صافنوس بزرگ^۷ در محل اتصال ران یا ورید صافنوس کوچک^۸ در محل اتصال پوپلیته ال^۹ و سپس خارج کردن بعضی از شاخه های واریسی مشخص می باشد. این روش تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی صورت گرفته و با عوارضی چون هماتوم، عفونت و تخریب عصب صافنوس همراه است. حتی ممکن است بیماران بر اساس نوع کارشان ۱ تا ۳ هفته از سر کار رفتن محروم شوند (۳و۴). میزان عود را در این روش حدود ۲۰ درصد ذکر نموده اند (۵). در حال حاضر جهت درمان واریس وریدی روش های جایگزین دیگری مطرح شده است که از آن جمله می توان به برش وریدی سرپایی (AP) اشاره نمود. در این روش علاوه بر محل صافنی - رانی^۱، وریدهای واریسی برجسته در اندام تحتانی در هنگام ایستادن مشخص می شوند (این محل به احتمال زیاد مکان وریدهای پرفوران^۲ نارسا است).

1- Saphenofemoral.
2- Perforator.
3- T test.
4- Fisher's exact test.

تحت عمل جراحی ST به طور معنا داری بیشتر از گروه AP است.

جدول ۲، عوارض اعمال جراحی مورد استفاده در درمان واریس وریدی را بیان می نماید. نتایج این جدول حاکی از وجود اختلاف معنادار آماری بین عوارض اعمال جراحی (هماتوم، پارستزی و درد) بین دو گروه AP و ST می باشد.

در این پژوهش ۲۴ بیمار (۵۵/۴ درصد) به شیوه ST و ۱۹ بیمار (۴۴/۶ درصد) به شیوه AP مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱، شاخص های ارزیابی شده رادر دو گروه مورد مطالعه نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود، طول مدت زمان عمل جراحی و بستری بیماران

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار گروهی از شاخص های مورد ارزیابی بیماران تحت اعمال جراحی قطع وریدی سرپایی (AP) و خارج کردن (ST) در درمان واریس وریدی

مدت بستری (روز)	طول مدت عمل (دقیقه)	سن (سال)	نوع عمل جراحی
۰۰/۱۲ ± ۱/۳۱	۴۸/۹۴ ± ۱۱/۰۶	۴۷/۳۱ ± ۱۲/۵۲	AP
۲/۸۳ ± ۱/۰۲	۸۴/۱۶ ± ۲۲/۳۴	۴۲/۷۹ ± ۱۲/۷۱	ST
p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۵	p-value

جدول ۲. مقایسه عوارض اعمال جراحی قطع وریدی سرپایی (AP) و خارج کردن (ST) در درمان واریس وریدی

شدت درد				پاراستزی		هماتوم		نوع عمل جراحی
۳	۲	۱	۰	منفی	مثبت	منفی	مثبت	
—	—	۶	۱۳	—	۱۹	۱۸	۱	AP
۱۷	۷	—	—	۱۱	۱۳	۸	۱۶	ST
p < ۰/۰۰۱				p < ۰/۰۰۱		p < ۰/۰۰۱		p-value

بحث

رسید که عوارض عمل شیوه AP بسیار نادر است و بستگی به اندیکاسیون های جراحی و مهارت جراح دارد.

با توجه به یافته های فوق به نظر می رسد که عمل شیوه AP به دلیل عوارض کمتر، مدت بستری کوتاه تر و مدت زمان عمل کمتر، جایگزین مناسبی برای روش ST (به خصوص در افراد مسن که خطر بیهوشی بالاتری دارند) می باشد. همچنین از نظر هزینه سطح رضایت مندی بیمار نتایج مفیدی را برای بیمار در پی خواهد داشت (۱۱،۱۰).

با توجه به آن چه بیان شد، بررسی تأثیرات طولانی مدت روش های جراحی ST و AP به ویژه از نظر میزان عود در بیماران عمل شده نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

در این مطالعه هماتوم در عمل جراحی به شیوه AP به طور معناداری کمتر از روش ST بود که دلیل آن را می توان وجود آسیب کمتر بافت های عروقی و زیر جلدی در روش AP دانست (۸). همچنین بروز پارستزی در عمل جراحی AP به طور معناداری کمتر از روش ST بود. در روش AP، عروق به صورت موضعی بسته می شوند و به علت آسیب حسی کمتر، پارستزی با بروز پایین تری همراه است. شدت درد نیز به طور معناداری در گروه AP کمتر بود که ناشی از تخریب بافتی کمتر محل عمل در روش AP نسبت به ST می باشد. مدت زمان عمل و بستری بعد از عمل در روش ST به طور معناداری بیشتر از شیوه AP بود که بر خلاف نتایج اسکاوی^۱ (۹) می باشد که متوسط زمان بستری در هر دو گروه را حدود ۲ روز عنوان نموده است. در این پژوهش متوسط زمان عمل در روش AP تقریباً مشابه مطالعه اسکاوی بود ولی زمان عمل در روش ST، ۳۰ دقیقه

طولانی تر از یافته های وی بدست آمد. در بررسی ما برخلاف یافته های الیونسیا^۱ (۷) هیچ گونه ترومبوفلیت و یا نکروز پوستی مشاهده نگردید. راملت^۲ (۸) در تحقیق خود به این نتیجه

1- Olivencia.

2- Ramlet.

1000 consecutive cases. *Dermatol Surg* 1997; 23(1); 51-53.

منابع

1. Call A. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81(2):167-73.
2. Evans CJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and woman in the general population: Edinburgh vein study. *Epidemiol Community Health* 1999; 53(3): 149-53.
3. Weiss RA, Dover JS. Laser surgery of leg veins. *Dermatol Clin* 2002; 20(1): 19-36.
4. Kuyz X, Kahn SR. Chronic venous disorder of the leg epidemiology, outcomes diagnosis and management: summary of an evidence – based report of the veins task force venous insufficiency: *Inter Angiol* 1999; 18(2): 83-102.
5. Porter JM. Monetaol –Reporting standards in venous disease an update. International consensus committee on chronic venous disease. *J Vase Surg* 1995; 21(4): 635-45.
6. De Roos KP. Muller’s ambulatory phlebectomy for varicose veins of the foot. *Dermury* 1998; 24(4): 465-70.
7. Olivencia JA. Ambulatory phlebectomy for varicose veins of the foot. *Dermatol Surg* 1997; 23(4): 279-82.
8. Ramelet AA. Complications of ambulatory phlebectomy. *Dermatol Surg* 1997; 23(1): 947-54.
9. Scavee V, Lesceu O. Hook phlebectomy vs Transilluminated powered phlebectomy for varicose vein surgery. *Eur J Vasc Endovas Surg* 2003; 25: 473-75.
10. Olivencia JA. Complication of ambulatory phlebectomy: review of