تورّم الساقين والكاحلين: الأسباب وعلامات التحذير والعلاج

يُعد التورم حول الكاحلين وأسفل الساقين (الوذمة المحيطية) أحد أكثر الأعراض شيوعًا في الممارسة الطبية العامة، وقد تتراوح أسبابه بين الحميدة والخطيرة. عندما يكون التورم متماثلاً في كلتا الساقين ويزداد سوءًا على مدار اليوم، فإن **القصور الوريدي المزمن** والدوالي (varicer) هما أحد التفسيرات الأكثر شيوعًا [1].

كيف يحدث التورم الوريدي؟

عندما تضعف صمامات الأوردة في الساقين، يتدفق الدم إلى الخلف (الارتجاع - reflux). يؤدي هذا إلى ارتفاع مستمر في الضغط داخل الأوردة الصغيرة والشعيرات الدموية (ارتفاع ضغط الدم الوريدي)، مما يدفع السوائل إلى الأنسجة المحيطة. والنتيجة هي:

- تورم يكون في أسوأ حالاته في المساء ويتحسن في الصباح
- ثقل وألم في الساقين
- ظهور "علامة" مكان حافة الجورب
- على المدى الطويل، تلون بني في الجلد (ترسب الهيموسيديرين) وتغيرات جلدية حول الكاحل (التصلب الجلدي الشحمي - lipodermatosclerosis) [2]

أسباب أخرى لتورم الساقين

من المهم استبعاد الحالات الأخرى قبل البدء في العلاج:

السبب	الخصائص
قصور القلب	في الجانبين، ضيق في التنفس، زيادة في الوزن، تورم يمتد إلى الأعلى

السبب	الخصائص
قصور الكلى / المتلازمة الكلوية	في الجانبين، تورم في الوجه، وجود بروتين في البول (بيلة بروتينية)
أمراض الكبد	في الجانبين، استسقاء بطني (ascites)، يرقان
الوذمة اللمفية	غالبًا في جانب واحد، علامة ستيمر (Stemmer's sign) إيجابية، تورم صلب
تجلط الأوردة العميقة (DVT)	**حاد، في جانب واحد، مؤلم، ساخن - يتطلب تقييمًا طبيًا عاجلاً**
ناتج عن الأدوية	حاصرات قنوات الكالسيوم، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAID)، جابابنتين، الستيرويدات
قصور الغدة الدرقية	وذمة مخاطية (Myxedema) - تورم غير انطباعي

عادةً ما يوضح الفحص السريري الدقيق مع تحاليل الدم والموجات فوق الصوتية (إذا لزم الأمر) السبب [3].

متى يجب عليك طلب الرعاية الطبية العاجلة؟

اتصل بالطبيب أو قسم الطوارئ **فورًا** في الحالات التالية:

- تورم مفاجئ في ساق واحدة مصحوب بألم أو سخونة (اشتباه في تجلط الأوردة العميقة DVT)
- ضيق في التنفس أو ألم في الصدر (اشتباه في الانصمام الرئوي)
- تورم بعد فترة طويلة من عدم الحركة، أو بعد السفر بالطائرة أو السيارة
- ظهور تقرحات حول الكاحل
- ازدياد التورم على الرغم من رفع الساقين واستخدام الجوارب الضاغطة

يجب تقييم الاشتباه في تجلط الأوردة العميقة في نفس اليوم من خلال فحص دي-دايمر (D-dimer) والموجات فوق الصوتية الضاغطة [4].

تصنيف مراحل القصور الوريدي (CEAP)

الدرجة	العلامات السريرية
C0	لا توجد علامات مرئية
C1	توسع الشعيرات / الأوردة العنكبوتية
C2	دوالي مرئية
C3	وذمة (تورم)
C4	تغيرات جلدية (تصبغ، إكزيما، تصلب جلدي شحمي)
C5	قرحة وريدية ملتئمة
C6	قرحة وريدية نشطة

يُستخدم تصنيف CEAP دوليًا لتحديد درجة المرض وتوجيه خيارات العلاج [2,5].

التشخيص والتقييم

الفحص القياسي هو **الفحص بالموجات فوق الصوتية الدوبلر** لأوردة الساقين - وهو فحص غير مؤلم وغير جراحي يقيس ما يلي:

- وظيفة الصمامات في كل وريد
- مدة الارتجاع (إذا تجاوزت 0.5 ثانية في الأوردة السطحية تعتبر حالة مرضية)
- قطر الأوردة الرئيسية (الوريد الصافن الكبير والصغير)
- أي انسداد محتمل في الأوردة العميقة

يُعتبر الفحص بالموجات فوق الصوتية الدوبلر هو المعيار الذهبي لتشخيص القصور الوريدي المزمن [5].

علاج التورم الوريدي

العلاج التحفظي:

- **الجوارب الضاغطة المتدرجة** من الدرجة الثانية (23-32 ملم زئبقي) تقلل الوذمة بشكل ملحوظ في غضون 4-6 أسابيع [6]
- **رفع** الساقين لمدة 15-20 دقيقة، 3-4 مرات يوميًا

- **التمارين اليومية** - المشي لمدة 30 دقيقة على الأقل
- **إنقاص الوزن** في حالة الوزن الزائد - فكل كيلوغرام إضافي يزيد من الضغط الوريدي

العلاج داخل الوريد: في حالة وجود ارتجاع مؤكد في الأوردة الرئيسية، يعتبر **العلاج بالليزر داخل الوريد (EVLT)** هو الخيار الأول. أظهرت دراسة عشوائية كبيرة أن العلاج بالليزر داخل الوريد يحقق ما يلي:

- معدل إغلاق للوريد بنسبة 95% بعد 5 سنوات [7]
- انخفاض كبير في التورم والأعراض
- عودة أسرع إلى العمل مقارنةً بعملية نزع الوريد الجراحية التقليدية [8]

العلاج في Kirurgen.dk

نحن نقدم التشخيص باستخدام الموجات فوق الصوتية الدوبلر والعلاج بالليزر داخل الوريد (EVLT) ضمن إطار التأمين الصحي العام. اقرأ أيضًا عن تشنجات الساق و ثقل وتعب الساقين.

المراجع

1. Beebe-Dimmer JL, et al. *The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins.* Ann Epidemiol 2005;15(3):175-84.

2. Eklöf B, et al. *Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement.* J Vasc Surg 2004;40(6):1248-52.

3. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH. *Approach to leg edema of unclear etiology.* J Am Board Fam Med 2006;19(2):148-60.

4. Bates SM, et al. *Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: ACCP Guidelines.* Chest 2012;141(2 Suppl):e351S-418S.

5. Gloviczki P, et al. *The 2022 SVS/AVF/AVLS clinical practice guidelines for the management of varicose veins.* J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2023;11(2):231-61.

6. Partsch H, et al. *Classification of compression bandages: practical aspects.* Dermatol Surg 2008;34(5):600-9.

7. Rasmussen LH, et al. *Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins.* Br J Surg 2011;98(8):1079-87.

8. Hamann SAS, et al. *Five-year results of great saphenous vein treatment: a meta-analysis.* Eur J Vasc Endovasc Surg 2017;54(6):760-70.