

المرشد العلاجي لمتلازمة مخرج الصدر

Thoracic Outlet Syndrome (Treatment Guidelines)

استطبابات المعالجة في متلازمة مخرج الصدر (T.O.S)

يجب أن توضع بشكل افرادي جداً.

1-العلاج المحافظ : (3-6 أشهر)

أساس العلاج المحافظ يعتمد على العلاج الفيزيائي و/أو العلاج بمضادات الالتهاب الالاستروئيدية.

2-العلاج الجراحي : يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار فقط اذا :

- وضع المرض الذي يحتاج الى نشاط يومي وتسبب له هذه المتلازمة إعاقة متابعة نشاطاته مثل (عازفين – رياضيين – مستخدمي الكمبيوتر).
- عدم الاستجابة للعلاج المحافظ مع استمرار الأعراض المزعجة.
- حدوث الاختلالات الوعائية (وريديّة – شريانية) + الاختلالات العصبية مثل : (أم دم شريانية – انطلاق صمات خثرية – وذمة وريديّة – خثار وريدي – أذية عصبية حسية شديدة)

المرشد العلاجي في التهاب الوريد الخثري العميق

{ (D.V.D) (Treatment Guidelines) }

1- التميع الأولي :

- ينبغي البدء بالتميع العلاجي فوراً عند وجود شك سريري عال وحتى قبل تأكيد التشخيص بتقنيات التصوير.
 - ينبغي العلاج التمييعي للخنثار غير العرضي مثله مثل الخنثار العرضي.
 - المرضى الذين يعانون من خنثار وريدي عميق من أي نوع أو شكل ينبغي ألا يُمنعوا من الحركة مالم يكن ذلك لتخفيف الألم الشديد.
- الهدف من العلاج الأولي :

- الوقاية من حدوث صمة رئوية (LE)
- الوقاية من نمو وتطور الخنثار.
- تنشيط انحلال الفيبرين في الجسم للحد من حدوث متلازمة ما بعد الخنثار (P.T.S)
- التميع الأولي يتم إما بنفس المميع المستخدم لاحقاً في مرحلة الصيانة ولكن بجرعات أكبر طبعاً، أو باستخدام مميع خلالي (NMH) أو فوندابارينوكس.
- قبل أي علاج تمييعي ينبغي إجراء تقييم أساسي للحالة التخثرية متضمناً تعداد الصفائح وتقييم الوظيفة الكلوية.
- إجراء تحري لتعداد الصفائح لتشخيص حدوث متلازمة نقص الصفائح المحرض بالهيبارين النمط 2 يكون إلزامياً فقط في حالات العلاج طويل الأمد بالهيبارين غير المجزأ ، وعند التطور الحاد (HIT) يجب استخدام المميعات المناسبة المرخصة لذلك.
- عند تطور (HIT) بشكل مبكر يمكن استعمال كل المميعات ما عدا الهيبارين الذي أحدثها حتى وإن لم تكن مرخصة بشكل صريح.

2- علاج الصيانة :

- ينبغي أن تتبع المعالجة الأولية بعلاج صيانة لمدة (3-6) أشهر.
- هدفها : الوقاية من تكرر مبكر للخنثار وللوقاية من تطور صمة رئوية. ويتم ذلك كما قلنا سابقاً بنفس المميع أو بواحد غيره .

حتى وقت قريب كانت مضادات فيتامين K المعالجة الوحيدة القياسية وكانت تضبط جرعتها لتحقيق INR بين 2-3 والدراسات كانت على وارفارين ولكن ومع ذلك لا توجد ملاحظات ضد استخدام فينوبروكومون أو أسينوكومارول.

مراقبة الـ INR تقلل نكس الخثرات ولكنها لا تخفف خطر حدوث نزوفات .
وأدوية DOAKs كلها ليست أقل من مضادات الفيتامين K بالفعالية والتأثير وهي أيضاً تخفف بشكل ملحوظ نسبة حدوث النزوفات الخطيرة وخاصة داخل القحفية منها.

ومن الفوائد العملية لـ DOAKs أنها فموية الاستخدام ، وعدم الحاجة لمراقبة التميع وضبط الجرعة، وكذلك عدم حدوث HIT2 مع استخدامها.
تصنيفها الكلوية تختلف حسب كل دواء منها ويجب الانتباه الى تخفيض الجرعات والى مضادات الاستطباب عند المرضى محدودى الوظيفة الكلوية.

- الـ NMH تبقى المعالجة القياسية للصيانة عند مرضى الأورام طالما أنه ولحد الآن لم يرخص استخدام الـ DOAKs لدى هذه المجموعة الخاصة من المرضى التي لديها خطورة عالية للنزوفات عادة.

● معالجة الصيانة طويلة الأمد : Apixaban

وبشكل متميز عن بقية الـ DOAKs ابدى بجرعة الصيانة المختبرة منه وبالبلغة (2.5 - 2) ملغ فعاليته وأيضاً لم يزد خطر النزوف مقارنة مع مجموعة البلاسيبو.

● المعالجة الضاغطة :

ينبغي البدء بها مبكراً على الساق المصابة لتقليل نسبة وشدة حدوث متلازمة ما بعد الخثار، وهنا تتسوى بالفعالية ضماد فيشر الضاغط مع الجوارب الضاغطة نمط 2 ، وان استخدام الجوارب الضاغطة حتى الركبة كافية عادة.

● إجراءات إعادة التقنية :

يمكن استخدامها في حالات الخثرات الفخذية الحرقفية وينبغي عملها باكراً ما أمكن عندما تكون مستطبة .

المعالجات مثل استئصال الخثرة واستعمال القناطر والمعالجة الحادة للخثرات ينبغي أن يحتفظ بها لأصحاب الاختصاص الخبيرين وفي مراكز مختصة وبعد اعطاء المريض كل المعلومات الكافية فيما يخص الفوائد والخطورات وبعد موافقته على ذلك بالتأكيد.