

عوارض دسترسی عروقی:

عوارض مرتبط با دسترسی عروقی عامل شیوع بستری بیماران دیالیزی مزمن است. در ایالت متحده، خرابی دسترسی عروقی شایع ترین عامل بستری و در بعضی مراکز باعث بیشترین تعداد روز بستری در بیمارستان، با بیماری نارسایی پیشرفته کلیه است. به طور کلی عوارض به دو گروه تقسیم می شوند: که عبارتند از:

الف) عوارض ترومبوتیک:

ترومبوز دسترسی عروقی نیازمند به اقدام درمانی جهت باز گشایی مجدد و افزایش طولانی مدت کارایی می باشد، اقدامات درمانی جهت برداشتن لخته دسترسی عروقی شامل ترومبکتومی به روش جراحی و یا تجویز مواد دارویی می باشد. بیش از ۸۵ درصد موارد ترومبوز دسترسی عروقی همراه با تنگی می باشد و در حال حاضر درمان دارویی برای حل این مساله وجود ندارد. ایجاد تنگی دلیل اصلی از کار افتادن گرافت در محل آناستوموز (پیوند وریدی) است.

❖ معیارهای بالینی وجود تنگی:

- ترومبوز مکرر
- خونریزی طولانی مدت بعد از خارج نمودن کانول دیالیز (به علت هیپرتانسیون وریدی)
- ادم قابل توجه اندام
- سروما

اندازه گیری رسیر کولیشن (بازگشت مجدد خون) می تواند منجر به شناسایی تنگی خروجی دسترسی عروقی قبل از بروز ترومبوز می گردد.



فیستولی که به علت تنگی خصوصا در انتهای ورید جریان خون کمی دارد، معمولا بازگشت مجدد خون را باعث می گردد، بعلاوه قرار نگرفتن صحیح سوزن ها و انتخاب فواصل نزدیک تزریق می تواند موجب بازگشت مجدد خون گردد صفر بودن در صد رسیر کولیشن به معنای عدم وجود رسیر کولیشن و کیفیت دیالیز مطلوب است افزایش این مقدار نشانگر بازگشت مجدد خون بوده و از کیفیت دیالیز می کاهد.

ب) عوارض غیر ترومبوتیک شامل: خونریزی عفونت، آنوریسم کاذب، تروما، هایپرتانسیون وریدی، نوروپاتی و نارسایی قلبی

ب) عوارض غیر ترومبوتیک:

شامل: خونریزی عفونت، آنوریسم کاذب، تروما (آسیب)، افزایش فشارخون وریدی، اختلال عصبی و نارسایی قلبی



مرکز آموزشی درمانی، بیمارستان سینا
شهرستان زرنند



عوارض دسترسی عروقی

گروه هدف: بیماران
واحد آموزش به بیمار

تاریخ بازنگری : زمستان ۱۴۰۲

هماتوم کوچک و لنفوسل معمولاً بدون اقدام درمانی به مرور زمان برطرف می شود، ولی سروما نیاز به دخالت جراحی دارد.

• هیپر تانسیون وریدی:

ادم خفیف اندام فوقانی به علت افزایش فشارخون وریدی، یافته شایعی در بیماران همودیالیزی می باشد. تظاهر این عارضه در بعضی موارد بصورت ادم شدید و در بعضی موارد اولسر و گانگرن اندام می باشد. نارسایی سیستم وریدی و همچنین انسداد وریدی منجر به بروز این عارضه می گردد.

منبع:

کتاب پرستار و دیالیز

• خونریزی:

در موارد تداوم خونریزی از محل سوزن همودیالیز، استفاده از فشار مستقیم بر روی محل خونریزی بدون انسداد فیسٹول شریانی/وریدی و یا گرافت حداقل به مدت نیم ساعت نیز در کنترل خونریزی موثر می باشد.

• افزایش احتمال عفونت:

عفونت مسئول 20 درصد از کار افتادن دسترسی عروقی می باشد. اختلال سیستم ایمنی سلولی، اختلالات تغذیه ای و نوع دسترسی عروقی، از عوامل اصلی می باشد.

• آنوریسم کاذب :

منجر به افزایش احتمال ترومبوز و عفونت گرافت، خونریزی و درد می گردد.

• سروما:

تجمع مایع غیرعفونی در اطراف گرافت بعلمت هماتوم، لنفوسل و یا سروما