

بررسی کار آیی و عوارض گرافت‌های صناعی شریانی- وریدی (A-V graft) ناحیه کشاله ران در بیماران همودیالیزی

*دکتر ایرج باقی (MD)^۱ - دکتر حسین همتی (MD)^۱ - دکتر جواد سلیمی (MD)^۲

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان پورسینا

پست الکترونیک: ir_baghi_44@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۵/۲۹ تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۱/۱۸

چکیده

مقدمه: امروزه در بیماران دیالیزی که ورید محیطی خوبی برای ایجاد فیستول شریانی- وریدی ندارند یا ورید محیطی آنها به علت فیستول شریانی- وریدی (AVF) قبلی، دیگر قابل استفاده نیست، استفاده از گرافت‌های صناعی که شریان و ورید را به هم ارتباط می دهند و زیر جلد کار گذاشته می شوند، رو به افزایش است: در بیمارانی که در اندام فوقانی عروق مناسبی برای دستیابی عروقی (access) به هر دلیلی وجود نداشته باشد می توان از اندام تحتانی استفاده کرد. استفاده از گرافت صناعی در ناحیه ران به عنوان دستیابی عروقی به علت بالا بودن میزان عفونت و نیز خطر آمپوتاسیون اندام در ابتدا با اقبال جراحان همراه نبوده است. هدف: تعیین میزان عفونت و مدت زمان بازماندن (Patency) گرافت صناعی ناحیه کشاله ران در بیماران همودیالیز مرکز آموزشی- درمانی بیمارستان سینا. مواد و روش ها: این مطالعه به صورت آینده نگر انجام شده است. ۴۱ بیمار که تحت کارگذاری گرافت صناعی شریانی- وریدی با گرافت پلی تترافلورو اتیلن در ناحیه ران در فاصله سال های ۷۹ تا ۸۳ در بیمارستان سینا قرار گرفته اند، در این مطالعه وارد شدند. اطلاعات دموگرافیک و عوارض مربوط به گرافت طی حداقل یکسال پی گیری بیماران جمع آوری شده و با آزمون های کاپلان - مایر و log-rank تجزیه و تحلیل شدند. نتایج: در این مطالعه میزان بازماندن گرافت صناعی پلی تترافلورو اتیلن (PTFE) شریانی- وریدی ناحیه ران در ماه سوم، ششم و نهم و یکسال پس از کارگذاری به ترتیب ۷۶٪، ۷۰٪، ۶۷٪ و ۶۰٪ بود. در ۱۴ بیمار (۳۴٪) گرافت از کار افتاد که در ۲ مورد (۴/۸٪) به علت عفونت و در ۱۰ مورد (۲۴/۴٪) به علت ترومبوز بود. در ۲ مورد (۴/۸٪) هم به علت ایجاد پسودوآنورسم در مسیر گرافت بیماران دچار خونریزی شدند. در هیچ بیماری ایسکمی اندام دیده نشد. میزان عفونت در مرد و زن و در سنین مختلف تفاوتی نداشت. میزان بازماندن گرافت نیز ارتباطی با جنس و سن نداشت. نتیجه گیری: در مطالعه حاضر میزان عفونت و ترومبوز در دستیابی عروقی ناحیه ران بیشتر از بقیه مطالعات نبود. بنابراین در بیمارانی که عروق قابل استفاده برای ایجاد دستیابی عروقی در اندام فوقانی ندارند می توان از اندام تحتانی برای تعبیه دستیابی عروقی استفاده کرد.

کلید واژه ها: کاتتر ایندوئلیتیک/ گرافت ها/ همودیالیز

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۶، صفحات: ۴۹-۴۴

مقدمه

Steal یا عوارض ایسکمیک اندام فوقانی به علت مدخل (access) قبلی یا به علت ترومبوز وریدهای سابکلوین امکان کارگذاری گرافت صناعی برای دستیابی عروقی در اندام فوقانی مقدور نیست. در این افراد جراح ناگزیر از کارگذاری دستیابی عروقی (access) با گرافت صناعی در اندام تحتانی (در کشاله ران) است (۲ و ۳).

گرچه در بعضی از گزارش ها میزان عفونت و آمپوتاسیون اندام در دستیابی های عروقی با گرافت صناعی تعبیه شده در کشاله ران بالا بوده است (۲)؛ اما گزارش هایی

بستر عروقی برای دیالیز و عوارض ناشی از آن از علل مهم بستری شدن بیماران همودیالیزی در بیمارستان است، با توجه به طولانی شدن عمر بیماران همودیالیزی، تعداد بیمارانی که دچار عوارض دستیابی عروق (Vascular access) می شوند رو به افزایش است (۱). از آنجایی که تعدادی از بیماران کاندید خوبی برای فیستول های شریانی- وریدی به عنوان مدخل یا دستیابی عروقی (Vascular access) نیستند، استفاده از گرافت های صناعی برای مدخل (access) متداول شده است (۲، ۳ و ۴). از طرفی گاه به علت بروز سندرم