

*کاتتر

دو دسته از کاتتر های فعلی عبارتند از:

کاتتر دیالیز حاد یا بدون کاف وتونل

کاتتر کاف دار

کاتتر های دیالیز حاد برای دیالیز حاد مناسب ترند و در حال حاضر در دسترسند و در هوای اتاق سفت و در دمای بدن نرم هستند تا صدمه به جدار عروق را به حداقل برسانند

به منظور جلوگیری از گردش مجدد خون دو مجرا بالایی و پایینی وک کاتتر حداقل دو سانتی متر از هم فاصله دارند

حداقل جریان خون در در این کاتترها 300 میلی لیتر با پمپ خون دستگاه است که در عمل جریانی در حدود 250 و یا کمتر در دقیقه میباشد

جریان خون همیشه در کاتترهایی که در ورید ژیگولار راست قرار گیرد نسبت به ژیگولار چپ بیشتر است

مهمترین مشخصه کاتترهای دیالیز حاد راحتی نصب و مناسب بودن برای استفاده فوری است. و مهمترین عامل محده‌کننده آن عفونت است .

کاتترهای کافدار

این کاتترها از جنس سیلیکون و نرم و قابل انعطاف است و عوارض ترومبوژنیک کمتری نسبت به کاتتر دیالیز حاد دارد

این کاتتر ها در دسترسی عروقی دایمی استفاده میشوند

و عمر بیشتر و متفاوت تری دارند در بعضی مطالعات 74% کارایی یک ساله و 44% کارایی دو ساله داشته اند و معمولا در ورید ژیگولار داخلی قرار داده میشوند و ممکن است در ورید ساب کلاوین و اگر ورید مرکزی انسداد داشته باشد در ورید فمورال قرار گیرد .



انواع دسترسی عروقی در همودیالیز

تهیه و تنظیم: ساره عاشوری

بهار 1403

بیمارستان ولیعصر بوانات

تاریخ بازنگری 4 سال بعد

***دیالیز و روشهای دسترسی به عروق**

در بیمارانی که دچار نارسایی کلیه میشوند نیاز به انجام همودیالیز میباشد تا بتوان مواد زائد (کراتینین، فسفات، اوره و ...) و آب اضافی از خون را حذف کرد.

برای این عمل دسترسی به عروق بزرگی که بتواند جریان خون زیادی از بدن خارج کرد نیاز است

به طور کلی برای دسترسی به عروق سه روش وجود دارد.

1- فیستول (fistula)

2- گرافت (graft)

3- تونل کاتتر (tunnel catheter)

***فیستول**

انواع فیستول

شریانی وریدی

بهترین روش دسترسی عروقی که 5-7 سال و گاهی 10 سال قابل استفاده خواهد بود. معمولاً 4-6 ماه قبل از شروع همودیالیز میبایست اقدام به ایجاد فیستول کرد. اساس ایجاد فیستول اناستاموز وریدهای سطحی به شریانهای اندام فوقانی است که به چهار روش انجام میشود.

الف. انتها به انتها: انتها شریان و ورید را به هم وصل میکنند که به علت قطع خونرسانی ناحیه دیستال مناسب نیست

ب: پهلوی به پهلوی: شایع ترین نوع فیستول است

ج: انتها ورید به پهلوی شریان: بهترین نوع فیستول است

د: انتها شریان به پهلوی ورید

این اناستاموزها به طور شایع بین ورید سفالیک و شریان رادیال یا بین ورید سفالیک و شریان براکیال ایجاد میگردد.

عمل جراحی دسترسی عروقی باید ابتدا در دست غیر غالب فرد و در قسمت دیستال اندام انجام شود

در مورد دیابت و افراد مسن و جنس فرد فیستول براکیوسفالیک در الویت میباشد اگرچه احتمال ایسکمی اندام بیشتر میباشد.

پس از عمل فیستول گذاری پرستاران میبایست عوارضی همچون ترومبوز عفونت و ادم ایسکمی و خونریزی را به بیمار آموزش دهد و مراقبتها را انجام دهد

***گرافت**

گرافت ها را میتوان در اشکال مستقیم حلقوی و انحنادار تعبیه نمود

گرافت ها گاهی در دیستال انجام میشوند

و شایع ترین نوع میباشد

اگرچه بعضی مدافع استفاده فوری از گرافتها برای دیالیز هستند چسبندگی و نل زیرجلدی و گرافت نیاز به دو تاسه هفته زمان دارد.

هماتوم بالقوه (ناشی از کانولاسیون زودرس تونل) ممکن است دسترسی عروقی را تخریب کنند بهبودی آن زمانی است که ادم و قرمزی برطرف شده و به راحتی قابل لمس باشد

جهت تزریق سوزن در گرافت به این صورت است که: سوزن شریانی در قسمت انتهایی تر و حداقل 3 سانتی متر دور تر از محل اناستاموز وارد میشود

و سوزن وریدی باید به سمت قلب و به فاصله 5 سانتی متر بالاتر از سوزن شریانی است.