

ب) غیر ترومبوتیک : عفونت، ایسکمی، آنوریسم، هیپرتنشن وریدی، نروپاتی، نارسایی قلبی، خونریزی، سروما.

۱) خونریزی : در موارد تداوم خونریزی از محل سوزن همودیالیز، استفاده از فشار مستقیم  
۲) عفونت : دومین علت مرگ در بیماران دیالیزی را شامل میشود . عفونت فیستول % 20 از کار افتادن دسترسی عروقی می باشد.  
۳) آنوریسم : آنوریسم کاذب منجر به افزایش احتمال ترومبوز و عفونت گرافت ، خونریزی و درد میگردد.

۴) سروما : تجمع مایع غیر عفونی در اطراف گرافت به علت هماتوم، لنفوسل

#### کاتتر دائمی:

این نوع کاتترها دارای کاف می باشند و به مدت طولانی 6 تا 12 ماه (بطور معمول) قابل استفاده می باشند.

این کاتتر معمولاً در ورید ژوگولار داخلی قرار داده می شود ولی ممکن است در ساب کلاوین و اگر وریدهای مرکزی ادامه داشته باشند حتی در ورید فمورال قرار گیرد.

تفاوت با کاتترهای موقت اینست که : اولاً" بزرگترند.

ثانیاً" جریان خون بیشتری از آن میگذرد چون ۱- نوک آن در دهلیز راست قرار میگیرد ۲- قطر آنها بزرگتر است.

۱) اولاً" حدود ۴-۶ هفته بعد از عمل میتوان از فیستول استفاده کرد.

۲) به بیمار آموزش دهید قبل از هر تزریق عضو فیستول دار را با آب و صابون بشوید.

۳) فیستول را از نظر کارکرد ارزیابی کنید.

۴) حداقل با فاصله ی 3 انگشت با محل فیستول سوزن شریان را قرار دهید.

۵) از تزریق مکرر سوزن به یک نقطه پرهیزید.

۶) مرتباً" محل تزریق سوزن ها را تغییر دهید.

۷) با بتادین محل را به صورت دورانی تمیز و ضد عفونی کنید.

۸) پس از ضد عفونی یک دقیقه صبر کنید تا بتادین خشک شود.

۹) ترجیحاً" جهت سوزن شریانی باید به طرف جریان خون باشد.

۱۰) سوزن شریانی وریدی حدود 10 - 8 سانتی متر باید از هم فاصله داشته باشند و ترجیحاً" از دو رنگ جدا استفاده شود. این عمل از بازگشت مجدد خون جلوگیری می نماید

عوارض دسترسی عروقی:

الف) ترومبوتیک (شایعترین علت بستری بیماران دیالیزی در امریکا ترومبوز دسترسی عروقی است):

شایعترین دلیل از کار افتادن گرافت ایجاد ترومبوز و تنگی در محل آناستوموز وریدی می باشد.

۵- دقت نمایید که شایعترین عارضه ی فیستول ترومبوز میباشد که به علت سقوط فشار خون، تنگی فیستول، و عفونت ایجاد می گردد.

#### به بیمار آموزش دهید:

- روی دست فیستول دار به مدت طولانی نخوابد.
- از بستن دستبند، مچبند، ساعت و پوشیدن لباس با آستین های تنگ خودداری کند.
- از بی حرکتی مداوم دست فیستول دار پرهیزد .
- از خوردن داروهای پایین آورنده ی فشار خون بدون مشورت با پزشک پرهیزد.
- از حمل وسایل سنگین و ورود ضربه به دست عمل شده جلوگیری کند.
- برای برجسته شدن عروق فیستولا ورزش های زیر را انجام دهید

۱) دست را پایین تر از قفسه ی سینه قرار دهید.  
۲) خمیر یا توپ قابل ارتجاع را در دست گرفته و با فشار آن را باز و بسته نمایید (بیست بار تکرار بعد استراحت)

۳) بعد از چند روز بهتر است بیمار تورنیکیت ملایمی بالای عضو ببندد و این ورزش را انجام دهد (1 دقیقه)

#### نحوه ی تزریق سوزن:

پرستار باید قبل از هر تزریق دست ها را شسته و دستکش بیوشد سپس:

بسمه تعالی

موضوع:

راه های دسترسی عروقی

تهیه کننده: عباس مرادی

۱۳۹۹

بیمارستان ابن سینا نورآباد

## دسترسی عروقی

دسترسی عروقی بیشترین اهمیت در بیماران مبتلا به همودیالیز را دارد و معمولاً "جراح عروق با ایجاد یک شانت شریانی که عملی بسیار پر خطر است و نیاز به مهارت بالا دارد، به عروق دسترسی پیدا می کند.

**Optiflow** دستگاهی T شکل است که یک طرفش در انتهای سیاهرگ و طرف دیگرش توسط یک شکاف ریزد که در میان دیواره ی سرخرگ ایجاد می شود، جای می گیرد. این عمل بدون ایجاد یک بخیه دستی است. بعد از قرار دادن این دستگاه یک جریان سریع و بالا و مطمئن ایجاد می شود.



## کاترهای دائمی

### فیستول شریانی وریدی:

اساس این دسترسی عروقی آناستوموز ورید سطحی به شریان های اندام فوقانی می باشد که به چند صورت امکان پذیر است.

\*ورید سفالیک و شریان رادیال (شایعترین نوع است): به نام فیستول رادیو سفالیک یا فیستول مچ \*ورید سفالیک و شریان براکیال

\*در مواردی هم آناستوموز ورید بازلیک به شریان براکیال معمولاً 4 هفته بعد از عمل فیستول گذاری امکان همودیالیز وجود دارد. کمتر از دو هفته به هیچ وجه توصیه نمیشود. بین 4 - 2 هفته صرفاً بر اساس معاینه ی فیزیکی (وجود تریل مناسب و شواهد وجود فیستول مناسب از نظر جراح) توصیه می گردد.

### پس از عمل فیستول گذاری پرستاران باید:

- ۱- محل فیستول تازه را از نظر خونریزی، ترشح، قرمزی، تورم، تغییر رنگ و وجود درد بررسی کنند.
- ۲- علائم تب و لرز را در بیمار گزارش کنند.
- ۳- وجود ارتعاش (trill)
- ۴- به وسیله ی گوشی صدای جریان مخصوص خون (brueit) را به طور واضح بشنوید.