

عوارض غیر عفونی کاتترهای دیالیز صفاقی

دکتر سیما مازیار^۱

به غیر از عفونت که عارضه جدی کاتترهای دیالیز صفاقی است یک سری عوارض غیر عفونی هم وجود دارد که عبارتند از :

- نارسایی در برگشت مایع
- لیک اطراف کاتتر
- هرنی
- بیرون زدگی کاف کاتتر
- پرفوراسیون روده
- خونریزی

۱- نارسایی در برگشت مایع

بروزنارسایی در برگشت مایع حدود ۲۰-۵٪ می باشد . اگر چه این عارضه ارتباط مشخصی با تکنیک گذاشتن کاتتر ندارد ولی به نظر می رسد احتمال بروز آن در موارد یکه کاتتر از طریق پریتونئوسکوپ گذاشته شده کمتر باشد.

نارسایی در برگشت مایع معمولاً در اولین ماه بعد از گذاشتن کاتتر رخ می دهد و زمان آن بستگی به علت آن دارد.

علل نارسایی در برگشت مایع

- **Kinking** یا تا خوردگی کاتتر: تا شدن کاتتر سبب اشکال در وارد کردن و خارج شدن مایع از حفره پریتونئن شده و معمولاً خیلی زود بعد از گذاشتن کاتتر آشکار می شود.

۱- فوق تخصص نفرولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

- شدت اختلال در جریان مایع می‌تواند با وضعیت قرار گیری بیمار تغییر کند.
- جاگذاری نادرست کاتتر: جاگذاری نادرست سبب نارسایی در برگشت مایع شده و معمولاً طی چندروز بعد از کاتتر گذاری خود را نشان می‌دهد.
 - انسداد کاتتر توسط اومنوم: غالباً در عرض چند هفته بعد از جاگذاری کاتتر دیده می‌شود.
 - انسداد داخل لومن کاتتر: غالباً توسط ایجاد ترومبوز است و در مواردیکه مایع دیالیز خونی باشد احتمال آن بیشتر میشود.
 - یبوست: از علل ایجاد کننده اشکال در برگشت مایع که بر خلاف عوامل قبلی می‌تواند در هر زمانی از دیالیز صفاقی رخ دهد.

تشخیص

نارسایی در برگشت مایع معمولاً زمانی مشخص می‌شود که حجم مایع برگشتی کمتر از حجم مایع وارد شده به حفره صفاق باشد و شواهدی از لیک اطراف کاتتر وجود نداشته باشد. در این حالت معمولاً با انجام یک سری بررسیها و در صورت نیاز انجام رادیوگرافی علت را مشخص می‌کنیم. بررسیها شامل:

۱- بررسی از نظر تا خوردگی (kinking) کاتتر

تا خوردگی کاتتر در محل خروج از پوست به راحتی با برداشتن پانسمان محل کاتتر تشخیص داده می‌شود. گاهی تا خوردگی در قسمت زیر جلدی است خصوصاً در کاترهایی که دوکاف دارند و دو کاف آنها خیلی نزدیک به یکدیگر قرار گرفته اند و یا در حین ایجاد تونل در زیر پوست، کاتتر پیچ خورده باشد. در این مواقع عمدتاً نارسایی در برگشت مایع بلافاصله بعد از گذاشته شدن کاتتر مشخص میگردد. ممکن است میزان انسداد بر حسب وضعیت قرار گیری بیمار متغیر باشد.

در صورت تا خوردگی کاتتر باید با جابجایی آن و گاهی با برداشتن کاف سطحی بطوریکه قسمت بیشتری از کاتتر در خارج قرار گیرد انسداد را برطرف کرد.

۲- بررسی از نظر یبوست

یبوست ناشی از کاهش حرکات روده عامل شایعی برای ایجاد نارسایی در برگشت مایع میباشد. در صورت وجود یبوست بیمار باید تحت درمان با ملینها مثل شیاف یا قرص

بیزاکودیل و یا انما قرار گیرد. البته باید از مصرف ملینهای حاوی منیزیم و یا انما حاوی فسفات خودداری گردد. بعد از اجابت مزاج مجدداً وضعیت کاتتر و برگشت مایع بررسی میشود که در نیمی از موارد نارسایی در برگشت با رفع یبوست بهبود می‌یابد.

۳- بررسی از نظر وجود فیبرین یا خون در مایع برگشتی

در صورت وجود فیبرین یا خون در مایع دیالیز باید حدود ۵۰۰-۲۵۰ واحد هپارین به هر لیتر مایع دیالیز اضافه شود. البته هپارین عمدتاً در پیشگیری از ایجاد لخته نقش دارد و در صورت بروز لخته اثر درمانی چندانی ندارد.

در صورت بی اثر بودن هپارین قدم بعدی استفاده از عوامل ترومبولیتیک خواهد بود. برای این منظور میتوان از فعال کننده پلاسمینوژن بافتی، استرپتوکیناز و یا اروکیناز استفاده کرد.

۴- بررسی از نظر چسبندگی سر کاتتر به بافتهای اطراف

در صورت عدم برطرف شدن نارسایی در برگشت مایع با اقدامات گفته شده، احتمالاً نارسایی به علت جابجایی کاتتر و چسبندگی اومنوم به سر کاتتر خواهد بود. بهتر است در این حالت با استفاده از رادیوگرافی شکم محل کاتتر مشخص شود. اغلب کاتترها یک نوار رادیو اوپیک دارند و در صورتیکه کاتتر نوار رادیو اوپیک نداشته باشد میتوان از تزریق ماده حاجب در داخل کاتتر سود جست. مرحله بعدی جابجا کردن کاتتر است بطوریکه از اومنوم فاصله پیدا کند. برای جابجایی کاتتر ۳ روش وجود دارد.

الف - جابجایی کاتتر بدون داشتن دید مستقیم یا غیر مستقیم: البته استفاده از رادیوگرافی ترجیح دارد ولی الزامی نیست. در این روش از یک malleable metal rod استفاده وسیعی میشود کاتتر که در یک حفره پریتونئ پر از مایع وجود دارد جابجا گردد. از این طریق برگشت مایع از کاتتر در ۳۰٪ موارد به حالت طبیعی برمیگردد.

ب - جابجایی کاتتر با استفاده از پریتونئوسکوپ: با استفاده از یک پریتونئوسکوپ و داشتن دید، کاتتر جابجا میشود. در صورتیکه بعد از جابجایی نارسایی در برگشت مایع ادامه یابد میتوان در همانزمان کاتتر را خارج و کاتتر جدیدی جایگزین کرد.

ج - جابجایی کاتتر با روش جراحی: در این روش از طریق جراحی و با دید مستقیم اومنوم کنار زده میشود و در صورت نیاز بطور موضعی اومنکتومی انجام میگیرد تا از

انسداد مجدد جلوگیری شود. این اقدام از طریق لاپاراسکوپی هم قابل انجام است. در کل میزان موفقیت بعد از یک ماه ۵۰٪ خواهد بود.

در صورتیکه تمام اقدامات و تلاشهای ذکر شده برای برطرف کردن نارسایی در برگشت مایع به نتیجه نرسد، تنها راه باقیمانده برداشتن کاتتر مسدود شده و گذاشتن یک کاتتر جدید میباشد.

گاهی اوقات انسداد در برگشت مایع بدنبال یک پریتونیت حاد رخ میدهد. در این حالت برخورد درمانی تا حدی متفاوت خواهد بود چرا که دیگر مسئله تا خوردن کاتتر و بیبوست مطرح نیست و به علت التهاب و تحریک پریتونن جابجایی کاتتر بسیار دردناک میباشد. بنابراین باید مدتی صبر کرد تا عفونت بطور نسبی درمان گردد و بعد از آن جهت جابجایی کاتتر اقدام شود. ضمناً علاوه بر آنتی بیوتیک باید بطور مناسب از هپارین و در صورت نیاز از ترومبولیتیکها استفاده نمود. در صورتیکه در مدت دوتا سه روز عفونت کنترل نشود و یا نتیجه کشت مایع، قارچ، سودومونا ویا استافیلوکوک اورئوس باشد، باید کاتتر خارج و بعد از دو هفته مجدداً جهت گذاشتن کاتتر اقدام گردد.

۲- لیک اطراف کاتتر

در بخش مربوط به عوارض غیر عفونی دیالیز صفاقی توضیح داده شده است.

۳- هرنی

در بخش مربوط به عوارض غیر عفونی دیالیز صفاقی توضیح داده شده است.

۴- بیرون زدگی کاف کاتتر

بیرون زدگی کاف کاتتر ناشی از عفونت محل خروج کاتتر (exit – site infection) ویا گذاشته شدن سطحی کاف می باشد. میزان بروز آن ۱۷-۳,۵٪ است و به روش گذاشتن کاتتر (جراحی یا غیر جراحی) و یا نوع کاتتر ارتباطی ندارد.

درمان

نیاز به برداشتن کاف یا برداشتن کاتتر بستگی به وجود یا عدم وجود عفونت دارد. در مواردیکه عفونت وجود ندارد میتواند اقدامات نگهدارنده را ادامه داد. در صورتیکه کاف آسیب

دیده باشد بهتر است در شرایط کاملاً استریل ، با بی حسی موضعی و باز کردن بافت زیر پوست اطراف محل خروج کاتتر ، کاف برداشته شود. ادامه یافتن التهاب ، عدم بهبود محل جراحی و عفونت اندیکاسیون برداشتن کاتتر میباشد.

۵- پرفوراسیون روده

پرفوراسیون روده میتواند در همان زمان گذاشتن کاتتر اتفاق افتد و یا هفته‌ها و ماه‌ها بعد به علت سائیدگی مزمن دیواره روده در اثر مجاورت با کاتتر . البته این عارضه شایع نیست و میزان بروز آن حدود ۱٪ میباشد. پرفوراسیون روده اکثراً در مواردی است که از کاتترهای semirigid استفاده می‌شود.

تظاهر کلینیکی

علائم کلینیکی پر فوراسیون روده ، تغییر رنگ مایع دیالیز بصورت خونی و یا آلوده به مدفوع ، رتانسیون مایع دیالیز ، اسهال (وارد شدن مایع دیالیز به لومن روده و در نتیجه وجود قند بالا در مایع اسهالی) و پریتونیت با باکتریهای گرم منفی خواهد بود.

درمان

این عارضه بسیار جدی است و باید سریعاً تشخیص داده شود و درمان شروع گردد. درمان عبارتست از متوقف کردن دیالیز صفاقی ، برداشتن کاتتر ، تجویز آنتی بیوتیک وریدی و ترمیم محل پرفوراسیون.

۶- خونریزی

خونریزی که بلافاصله بعد از گذاشتن کاتتر رخ می‌دهد اغلب به علت پارگی عروق خونی کوچکی است که در دیواره شکم قرار دارند. در مواردیکه بیمار اختلال انعقادی و یا اختلال پلاکتی در زمینه مصرف دارو یا اورمی داشته باشد امکان خونریزی شدیدتر وجود دارد.

درمان

در صورتیکه هماتوکریت مایع دیالیز کمتر از ۲٪ باشد مشکل جدی وجود ندارد و میتوان با اقدامات نگهدارنده از جمله تصحیح اختلالات انعقادی و انفوزیون هپارین بداخل مایع دیالیز جهت جلوگیری از انسداد کاتتر بیمار را تحت نظر داشت.

در هماتوکریتهای بالاتر از ۲٪ باید به عوارض جدی تر از جمله پرفوراسیون روده شک کرد و با اقدامات مناسب آزمایشگاهی و پاراکلینیک تشخیص را قطعی و اقدام درمانی مناسب را انجام داد.