

مقایسه نتایج دو روش لیگاتور و اندورافی از طریق ورید جهت بستن فیستول شریانی - وریدی در بیماران مبتلا به همودیالیز مزمن

جلال‌الدین خوشنویس^۱، هومن خواجهی^۲، پژمان خوارزم^۳، غلامحسین کاظم‌زاده^۴، علی کاویانی^۵، محمد زینل‌زاده^۵،
علیرضا صابری‌قوچانی^۵، محسن طالبیان^۵

^۱ استادیار، گروه جراحی عمومی و عروق، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
^۲ جراح عمومی
^۳ جراح عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۴ استادیار، گروه جراحی عمومی و عروق، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
^۵ دستیار، گروه جراحی عمومی و عروق، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: تعداد پیشرونده‌ای از بیماران مبتلا به نارسایی کلیه همودیالیزی، بدلیل انجام پیوند کلیه و عدم نیاز به فیستول‌های شریانی- وریدی (AVF) و یا بروز عوارض جدی، به بستن آن نیاز پیدا می‌کنند. چندین روش اندوواسکولر و یا جراحی باز، برای بستن AVF مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مطالعه، ما دو روش رایج جراحی باز را که در بیمارستان شهدای تجریش از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۴ انجام شده است با یکدیگر مقایسه کردیم.

روش بررسی: در یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده، ۱۴۰ بیمار بطور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. در ۷۰ بیمار، لیگاتور سه گانه و در ۷۰ مورد دیگر، اندورافی از طریق لومن ورید انجام شد. هر بیمار تا مدت ۶ ماه بعد از عمل جراحی، تحت پیگیری قرار گرفت و میزان موفقیت، عود تریل و عوارض دو روش مذکور با یکدیگر مقایسه شد.

یافته‌ها: از ۱۴۰ بیماری که در آنها بستن AVF انجام شده بود، در ۲۶ مورد (۱۸/۵۷٪) عمل جراحی طی ۶ ماه پیگیری به شکست انجامید. از این ۲۶ مورد، ۲۴ مورد در گروه لیگاتور سه گانه و ۲ مورد نیز در گروه اندورافی از طریق ورید بودند. بازگشت تریل یا سمع بروئی در محل بستن AVF در گروه لیگاتور سه گانه، ۳۷/۱۴ درصد و در گروه اندورافی، ۲/۸۵ درصد بود.

نتیجه‌گیری: روش اندورافی از طریق ورید به دلیل موفقیت بالاتر و میزان عوارض و شکست پائین‌تر، تکنیک مطلوب‌تری جهت بستن AVF است.

واژگان کلیدی: فیستول شریانی- وریدی، لیگاتور سه گانه، اندورافی از طریق ورید.

مقدمه

چشمگیری افزایش یافته است (۱). تخمین زده می‌شود که از کل بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و نیازمند همودیالیز، بیش از ۶۰ درصد از طریق فیستول یا گرافت شریانی- وریدی دیالیز می‌شوند و نیاز به آن در هر سال ۲ تا ۴ درصد افزایش می‌یابد (۱).

دیالیز از طریق فیستول شریانی- وریدی که در آن از وریدهای خود بیمار استفاده می‌شود، نسبت به کاتترهای ورید مرکزی

تعداد بیماران با نارسایی پیشرونده و غیر قابل بازگشت کلیه که نیاز به همودیالیز مداوم دارند طی دو دهه اخیر بطور

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان شهدای تجریش، بخش جراحی عمومی و عروق، دکتر جلال‌الدین خوشنویس (email: jkshosh20012002@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۹/۱۲