

نکات مهم در مورد مشاوره بیماران مبتلا به نارسائی کلیوی مزمن که می خواهند تحت عمل جراحی قرار گیرند:

- نوع عمل جراحی (ماژور یا مینور)؟ اورژانس یا الکتیو؟ و ریسک خونریزی و نیاز به تزریق خون و طول عمل جراحی سوال شود.

نکات مهم در مشاوره: کنترل فشار خون . وضعیت حجم . الکترولیتها به ویژه پتاسیم. زمان انجام دیالیز در نارسایی مزمن کلیه مرحله ۴ و ۵

۱ - فشارخون بیمارمونیتورینگ شود و درمحدود طبیعی حفظ گردد. درشرایط اورژانس برای درمان فشارخون های بالا می توان ازداروهای پارنترال زیربا دوزمناسب استفاده کرد.

labetolol – Hydralazin – TNG drip – Nitroprusside - Enalaprilat

۲ - وضعیت حجم مایعات بدن می بایست به دقت مونیتورینگ شود و بیمارقبل ازعمل وطی حضور دراطاق عمل ، می بایست وضعیت یوولمیک داشته باشد. اگر بیمارعلامت اورلود مایع (تنگی نفس ، JVP ↑ ، ادم ریوی) دارد، می بایست قبل ازعمل اصلاح شود. ودرحین عمل و پس ازآن وضعیت حجم مایعات بدن با مونیتورینگ CVP و یا معاینات مکرر (حدس غیرمستقیم فشارورید مرکزی ، معاینه ریه ها) دقیقاً تحت کنترل باشد.

۳ سدیم وپتاسیم خون درمحدوده نرمال باشد ، پتاسیم مابین ۳/۵ تا ۵ میلی مول درلیترسدیم مابین ۱۳۵ تا ۱۴۵ می بایست باشد. دراعمال جراحی اورژانس حداکثربا پتاسیم ۵/۵ درصورت مونیتورینگ ECG می توان اقدام به جراحی نمود.

۴ - هموگلوبین بیماردرجراحی های الکتیومی بایست با اریتروپویتین و ... قبل ازعمل مساوی و یا بیش از ۱۰ باشد. دراعمال جراحی اورژانس ، حداقل هموگلوبین می بایست بیش از ۷ باشد.

۵ - دربیماران دیالیزی ، اعمال جراحی درروزمابین دو روزدیالیز بیمارباید انجام شود. بهتراست بین دیالیزقبل ازجراحی تا عمل جراحی ۲۴ ساعت فاصله باشد. ازمصرف هپارین دردیالیزهای که طی ۴۸ ساعت پس ازجراحی انجام می شود باید پرهیز گردد.

۶ - مشاوره قلب جهت تعیین ریسک قلبی لازم است.

۷ - قند خون بیمارمی بایست درمحدوده نرمال باشد. دربیماران دیابتیک مشاوره غدد لازم است .

۸ - در اعمال جراحی الکتیو ، بیمار دیالیزی می بایست از دیالیز کافی و وضعیت تغذیه مناسب برخوردار باشد.

۹ - از دستی که بیمار فیستول شریانی - وریدی دارد، می بایست نهایت مراقبت گردد. عضو یاد شده تحت فشار قرار نگیرد، به عضو یاد شده سوزن زده نشود و از آن فشار خون گرفته نشود.

۱۰ - در مورد بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی مزمن که هنوز تحت دیالیز مزمن قرار نگرفته اند ، در مورد لزوم انجام دیالیز قبل از جراحی ، به طور موردی تصمیم گیری می شود. (با در نظر گرفتن GFR و ریسک جراحی و خونریزی و طول عمل و نیاز به مایعات و خون حین عمل و داشتن یا نداشتن Access)

۱۱ - کاتتر ورید مرکزی جهت مونیتورینگ CVP در اطاق عمل ، در طرفی که بیمار فیستول شریانی - وریدی دارد، گذارده نشود. همچنین کاتتر ورید مرکزی در ورید ساب کلاوین گذارده نشود. محل انتخابی جهت اقدام مذکور ورید ژوگولر داخلی راست است.

۱۲ - مسکن انتخابی در تسکین درد ، Fentanyl و استامینوفن است و تزریق پتیدین ممنوع است.

۱۳ - در صورت خونریزی غیر معمول پس از عمل جهت درمان آن ، اقدامات زیر قابل انجام است :

1-DDAVP 0/3 $\mu\text{gr}/\text{kg}$ IV or S.C or 3 $\mu\text{gr}/\text{kg}$ intranasal (حدود ۷ پاف از اسپری ۰/۱ $\mu\text{gr}/\text{mL}$ در هر بینی)

2- Cryo 8-10 unite

۱۴ - تجویز دارو به بیمار در مورد داروهای که دفع کلیوی دارد، می بایست با توجه به میزان فیلتراسیون گلومرولی باشد. دوز Loading آنتی بیوتیک Perioperative ، همان دوز معمول است ولی در مورد ادامه دارو ، می بایست تنظیم دوز صورت پذیرد.

۱۵ - داروهای ACE inh , ARB قبل از جراحی به دلیل خطر افت فشار خون حین بیهوشی و ایجاد نارسایی حاد کلیه قطع شود.

۱۶ - دیورتیکها قبل از جراحی قطع شود به استثنا نارسایی قلبی و تنگی نفس.

۱۷ - در بیماران پیوند کلیه قبل از جراحی ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلیگرم هیدروکورتیزون وریدی استرس دوز تزریق شود.

۱۸ - چک پتاسیم پس از جراحی و ویزیت مجدد از نظر وضعیت حجم بیمار انجام شود.

۱۹ - پروفیلاکسی انتیبیوتیک در بیماران که کاتتر دیالیز صفاقی یا کاتتر پرماکت یا گرافت دارند توصیه میشود