تغییرات یون پتاسیم در بیماران گیرنده پیوند کلیه

دبیرکرسی کرودبان، دکتر عباس قبایلی، دکتر کریز فاضلی سعیدی
گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: تغییر در سطح سرم یون پتاسیم می‌تواند سبب افزایش موربیدیت و موتالیتی در بیماران گیرنده پیوند کلیه گردد. لذا این پژوهش با هدف بررسی تغییرات این یون در بیماران گیرنده کلیه انجام گردید.

مواد و روش‌ها: طی کارآزمایی بالینی تصادفی ساده که بر روی ۲۰۰ بیمار به مدت یک سال پذیرفته سطح پتاسیم سرم قبل و بعد از پیوند کلیه در بیماران انتناتوموز زیران کلیوی و همچنین بعد از برقراری ادرار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. تمامی بیماران بطور پیکان تحت بوهوشی عمومی قرار داشتند. پشت درمانی توسط فنتانیل (۲ میکروگرم/کیلوگرم) صورت گرفت. تأمینی بیماران به‌صورت تیوتین سدیم (۵ میلی‌گرم/کیلوگرم) صورت گرفت. انتخابی توده توسط آتیکلوپروم (۶ میلی‌گرم/کیلوگرم) در هر ۲۰ دقیقه انجام شد و پشت‌خون بیمار در محدوده ۳۰/۰ درصد مقدار فشار خون پایه حفظ شد.

یافته‌ها: کمترین میانگین سطح سرم پتاسیم در بیماران انتناتوموز بوده (۲۲/۳±۵/۰ میلی‌گرم/لیتر) و کاهش آن در مقایسه با قبل از عمل با میانگین (۲۸/۴±۵/۴میلی‌گرم/لیتر) رخ داده است. جادوگری سطح سرم پتاسیم قبل از عمل جراحی (۵ میلی‌گرم/لیتر) بوده که از جراحی براپر با (۷/۸ میلی‌گرم/لیتر) گزارش گردید.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: با توجه به نتایج بدست آمده چنین استنده می‌شود که تغییرات ایجاد شده در سطح سرم پتاسیم در محدوده طبیعی حافظه گردیده است. بنابراین با ارزیابی مناسب قبل از عمل جراحی، هیپركالیمی یک رخداد نادر در بیماران گیرنده پیوند کلیه باشد.

مقدمه

امروزه با وجود بهبود هموهایالیز در پیوند کلیه مشکلات بسیاری را در آنها کرد که بیماران برای عمل جراحی حلت مورد است. اما همچنان تعدادی از عوامل مؤثر در نارسایی کلیوی مانند کم‌کینی، تغییرات آب و الکترولیت، عدم تغذیه

اسید و باز و اثرات فارماکولوژیک داروهای مختلفی که در درمان آنها یک نکته می‌باشد. بحث و بررسی اثر اثر فشار خون و میزانی که در خون قلب یک بیمار در اثر گذاشته است (1-5). می‌باشد.

با توجه به نتایج تیوتین سدیم، هیپرکالیمی کهیم یک جراحی پیوند کلیه می‌تواند سبب عوارض خطور است. در بیماران گیرنده پیوند گردد، از اینها حوادث متعددی که در

Downloaded from tumj.tums.ac.ir at 6:52 IRST on Saturday October 12th 2019
مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه در این بررسی بیماران با نارسایی مزمن کبدی در مرحله نهایی عامل مورد کلیه بودند که این بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان دکتر شریعتی تهران در طی یک سال به مظهر یونکل اختلال شده و به روش توصیفی مقطعی مورد مطالعه قرار گرفتند. در این بررسی عوامل داخلیکار و علت اصلی نارسایی کبدی حذف و در ترتیب ۴۰ نفر از افراد مزکور به روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. تمامی این افراد قبل از عمل جراحی تحت دیالیز قرار گرفته و یا شرایط نرم‌ال از یک افزایش بیماری، نوبت در سال‌های قبل و دیگر بروز‌های لازم و اقدامات پاراکلینیک جهت عمل جراحی به اثبات عمل اعمال شده و با استفاده از داروي فتالیل (۱ تا ۲ میلی‌گرم/کیلوگرم)، بی‌پتانتال سدیم (۵ میلی‌گرم/کیلوگرم) و شیلاتاند عضلانی گیرایپاران آنتیدروژیم تحت بهره‌وری عمومی قرار گرفتند. بس از انولپاسین با لوله کافدار جهت ادرار و ادامه بیهوشی تمامی بیماران تحت تهیه مکانیکی قرار گرفتند. داروی انتشافی مورد استفاده، حاصلان به‌همراه اکسیژن و نیتروس اکساید با گلخانه ۵۰ درصد بوده و مجموعاً بکار رفته
جدول شماره ۱- براساس آزمون کایدو نیز مربی شده است، که در آن کمتر بودن مقادیر سطح ممکن در تمام ۴ مرحله اندازه‌گیری آنها بیان می‌شود. این نتایج احتمالاً در بیشترین کاهش در مرحله آنتی‌تیوسیمول دیده می‌شود که در گروه ۸/۷۸ میلی‌مول/لیتر بود. سپس سریع‌تر بودن قابلیت جراحی از مرحله دیورز آغاز گشت و ۲۴ ساعت پس از جراحی با حداکثر خون ریسید که کمتر از سطح سرمی پنتاسیم قبل از شروع جراحی بود. همچنین با توجه به جدول شماره ۱ می‌توان گفت که بیشترین پراکندگی فلخت یون پنتاسیم در مرحله قبل از جراحی دیده شد (۳/۵ تا ۴/۵ میلی‌مول/لیتر)، در حالیکه این امر در آنتی‌تیوسیمول کمتر بود (۳/۰ تا ۴/۳ میلی‌مول/لیتر). داده‌های مندرج در

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخصها و آزمون کایدو</th>
<th>قبل از جراحی</th>
<th>پنتاسیم</th>
<th>انتخاب معیار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دوروز</td>
<td>۴/۱</td>
<td>۳/۸۸</td>
<td>۰/۱۹</td>
</tr>
<tr>
<td>پیوسته‌تیوسیم</td>
<td>۳/۵</td>
<td>۳/۵/۴/۵</td>
<td>۰/۱۹/۳۵/۵/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت بی‌درد</td>
<td>۹/۷</td>
<td>۹/۷/۳/۵</td>
<td>۰/۱۹/۳۵/۵/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت کاهش</td>
<td>۸/۷</td>
<td>۸/۷/۳/۵</td>
<td>۰/۱۹/۳۵/۵/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت آزمون (کلی)</td>
<td>۹/۷</td>
<td>۹/۷/۳/۵</td>
<td>۰/۱۹/۳۵/۵/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح ممکن در آزمون</td>
<td>۸/۷</td>
<td>۸/۷/۳/۵</td>
<td>۰/۱۹/۳۵/۵/۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* P<0.001

جدول شماره ۲- تغییرات فلخت یون پنتاسیم در بیمارستان دکتر شریعی

* P<0.001
بحث

پاتسیم کاتیون عمده درون سلولی است که طوریکه مقدار داخل سلولی آن حدود ۱۵۰ میلی‌مولی ایرت و غلظت سرمی آن تقریباً ۴ میلی‌مولی است. در یافته‌های نوروماسکلرای حفظ پاتسیم الکتریکی یا بی‌بیار مهم است (1). از آنجاکه غلظت سرمی پاتسیم سیاره کم است لذا تغییرات جریان آن اثرات وسیع بدنی را خواهد داشت در نتیجه سطح پاتسیم در پی تجویز دیورتیکا پیش دهده آن و یخ‌گیری در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه با اسیدوز به دقت بررسی می‌شود. غلظت سرمی پاتسیم علاوه بر تأثیرگذاری آن در گلوکوکرتیکوپینها، باعث می‌شود که به سبب تغییرات سطح پاتسیم فیبرپلاستیکی دیواره‌ها قطع شده و از مراقبت‌هایی غیر فعال در روند بیهوشی ایمن بیمار و است (6) و در مراقبت‌های قبل از عمل پاتسیم سرم باید در محیط زنده رها شود (7).

زیرا با توجه به نتایج آزمایش در مراحل اولیه و تجدید نظر است (6).

در نتیجه توانایی مثال در قای الکتریکی به‌منظور جلوگیری از عوارض داروها در داروهای آنتارکتروپی که می‌تواند شده یا می‌گردد از داروها به‌دست آمده در ژریان زنده استفاده نمود (6) و با این حال داروهای مشابه تاندون آنتارکتروپی با PH بالایی، نرمال از ریگنری از ریگناردکات استفاده نمود که از ترکیب دیورتیکا هم قسمت آن و یخ‌گیری در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه با اسیدوز به دقت بررسی می‌شود. غلظت سرمی پاتسیم علاوه بر تأثیرگذاری آن در گلوکوکرتیکوپینها، باعث می‌شود که به سبب تغییرات سطح پاتسیم فیبرپلاستیکی دیواره‌ها قطع شده و از مراقبت‌هایی غیر فعال در روند بیهوشی ایمن بیمار و است (6) و در مراقبت‌های قبل از عمل پاتسیم سرم باید در محیط زنده رها شود (7).

به‌طور کل‌یک، کمک‌کننده ST بی‌بیار و در دیسپرسن قطعه ST نور تیز، کمک‌کننده QRS و سیستم STQ یا بی‌بیار QRS و دیش‌های STQ بی‌بیار دیگر است (8). لذا مراقبت و کنترل دقیق پاتسیم بی‌بیار در درمان‌کننده داروهای شبه اتیپالی جریان بی‌بیار قلبی جلوگیری می‌کند (9). بر این اساس وب با جلوگیری ایمن تغییرات سطح پاتسیم که در داروهای بی‌بیار وجود دارد و به دقت این تغییرات سطح پاتسیم یا تغییرات سطح پاتسیم، به دقت این تغییرات سطح پاتسیم، اما در محدوده حداکثر و حداقل نرمال (جدول شماره ۱). می‌باشد (6، 11، 12).
منابع


