

تقييم المريض قبل العمل الجراحي 1

Preoperative Health Status Evaluation

الأستاذ الدكتور محمد سبيع العرب

مقدمة :

● إن تقييم حالة المريض العامة والموضعية قبل العمل الجراحي القموي يجب المريض اختلاطات كثيرة والتي تكون في بعض الأحيان خطيرة ومميتة .

● إضافة إلى ذلك فإنه من خلال هذا التقييم يتم وضع مخطط علاجي صحيح من قبل الطبيب المعالج يسهل عمله

● ويجنبه المساءلة القانونية الشرعية عند حدوث أي اختلاط .

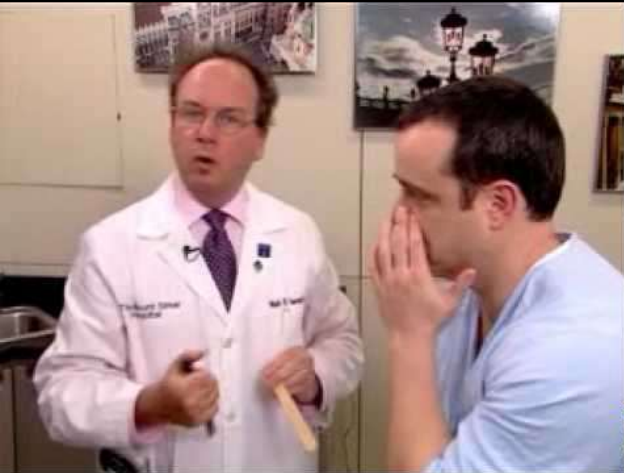
● ويرتكز هذا التقييم على مجموعة من الفحوصات السريرية والمخبرية والشعاعية .



التقييم العام للمريض قبل العمل الجراحي:

١. استجواب المريض والفحص السريري العام :

- يجب أن يكون الاستجواب دقيقا وشاملا بحيث يسأل المريض عن كافة الاضطرابات التي يمكن أن تصاب بها أجهزة الجسم من خلال أسئلة بسيطة ومركزة وفيما يلي أهم المشاكل التي يمكن أن نصادفها وكيفية التعامل معها:



المشاكل القلبية الوعائية

المشاكل الرئوية

المشاكل الكلوية

اضطرابات الكبد

اضطرابات الغدد الصم

المشاكل الدموية

الاضطرابات العصبية

الاضطرابات الأخرى

المشاكل القلبية الوعائية

أمراض القلب الناتجة عن نقص التروية الموضعية

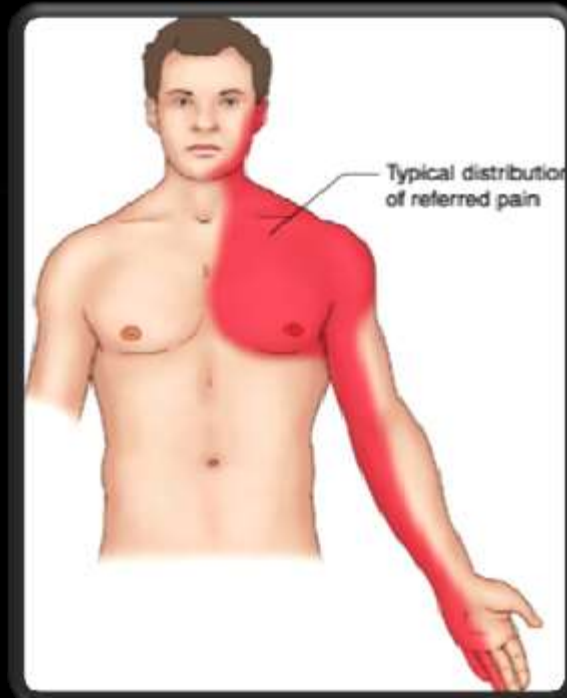
١- الذبحة الصدرية (خناق الصدر) : *Angina Pectoris*

- ان انسداد الشرايين القلبية نتيجة التضيق المستمر و/ او التشنج في واحد او اكثر من الشرايين التاجية وهذه تقود الى عدم توازن بين متطلبات العضلة القلبية من الاوكسجين وبين امكانية الشرايين التاجية على تزويد القلب بالاكسجين.

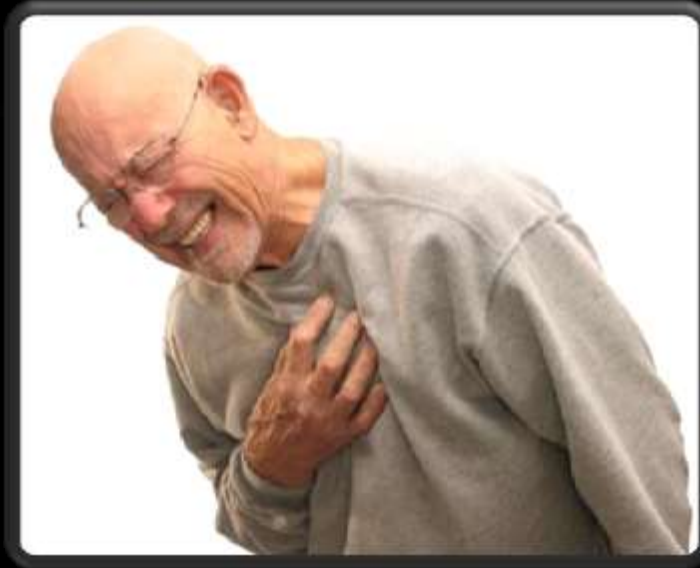


● إن حاجة العضلة القلبية الى الأوكسجين يمكن أن تزداد على سبيل المثال في حالة الإجهاد، القلق وعند هضم وجبة كبيرة.

● يشعر المريض باحساس **ضاغط او قابض** في المنطقة تحت القص والذي يمكن ان ينتشر الى الكتف والذراع الايسر والى منطقة الفك السفلي.



● إن مسؤولية طبيب الأسنان تجاه المريض الذي يملك تاريخ إصابة بالذبحة الصدرية تبدأ **باستجواب** هذا المريض عن الحوادث التي تثير النوبة وتكرار ومدة وشدة هذه النوبة، ومدى استجابتها للمعالجة الدوائية والإجراءات البديلة، كما **يجب اخذ استشارة طبيبه** بما يتعلق بالإصابة القلبية.



إذا كانت الذبحة تثار فقط خلال **إجهاد متوسط الشدة** وتستجيب بشكل سريع **للتروغليسرين** الفموي ولم تحدث مؤخرا أي نوبة شديدة فبذلك يمكن إجراء العمل الجراحي الفموي الاسعافي لكن مع **اتخاذ الاحتياطات اللازمة:**

• زيادة ورود الأوكسجين للقلب

• تطبيق بوتوكول إنقاص القلق (حيث إن القلق يزيد حاجة القلب للأوكسجين)

• إعطاء الأوكسجين الداعم أثناء العمل

• التحضير الدوائي بالتروغليسرين إذا كان المريض ميالا للإصابة بنوبة.

• أن يكون التخدير عميقا وكافيا





ولكن في حالة إن النوبة تحدث بعد إجهاد خفيف:

- نحتاج إلى جرعات متعددة من الترو غليسرين.

- وإذا لم تكن حالة المريض مستقرة

* تحدث النوبة على الراحة

* تتكرر مؤخرًا

* تكون شديدة

* تبدأ بسهولة

* تطول مدة النوبة

* استجابة غير متوقعة للمعالجة الدوائية

عندئذ يجب تأجيل العمل الجراحي حتى الحصول على الاستشارة الطبية.
وبشكل بديل يمكن إدخال المريض إلى المشفى إذا كانت الجراحة الاسعافية
ضرورية.



يجب الانتباه إلى عدم إعطاء كمية زائدة من
الابنفارين (الادرينالين) وذلك باستخدام طريقة حقن مناسبة وعدم
إعطاء أكثر من ٤ مل من محلول المخدر الموضعي مع الابنفارين
بتركيز ١:١٠٠٠٠٠ وذلك لجرعة إجمالية تعادل ٤.٠٠٠ مغ لكل
نصف ساعة.



بروتوكول إنقاص القلق :

قبل الموعد:

✘ يمكن إعطاء دواء منوم لتعزيز النوم في الليلة قبل الجراحة (اختياري).

✘ يمكن إعطاء دواء مهدئ في صباح اليوم الذي ستجرى فيه الجراحة (اختياري)

✘ نجعل الموعد صباحاً و لا نترك المريض ينتظر كثيراً في غرفة الاستقبال .

خلال الموعد:

الوسائل غير الدوائية للسيطرة على القلق :

✘ التأكيد على التواصل الشفوي المستمر (اجراء محادثة مع المريض لتشتيت انتباهه)

✘ يجب ألا نفاجئ المريض (ننبه المريض قبل أن نفعل أي شيء يمكن أن يسبب له القلق)



✘ تجنب الضجة الغير الضرورية

✘ يجب إبقاء المعدات الجراحية بعيداً عن نظر المريض

• الوسائل الدوائية للسيطرة على القلق :

✘ استخدام المخدرات الموضعية بحيث يكون التخدير عميق و لفترة كافية

✘ أو أكسيد الآزوت (nitrous oxide) - مضادات القلق داخل الوريد



بعد الجراحة :

● إعطاء تعليمات صارمة فيما يخص العناية بمنقطة الجراحة

● إعطاء المريض معلومات عن الاختلاطات المتوقعة بعد العمل الجراحي
مثل :

■ الوذمة والتنزف

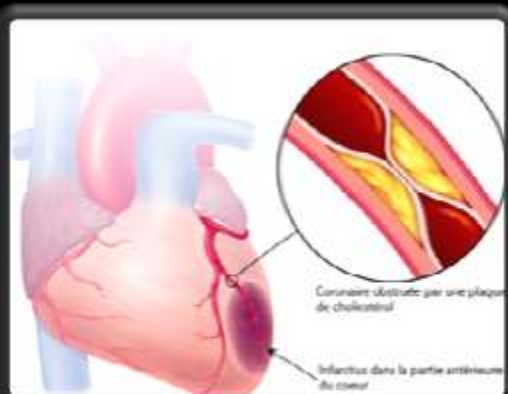
■ إعادة طمأنة المريض

■ إعطاء مسكن فعال

■ نطلب من المريض أن يتصل مع الطبيب إذا صادفته أي مشكلة غير متوقعة
● يتصل الطبيب مع مرضاه إلى المنزل في المساء بعد الجراحة ليتفقد
المرضى إذا أي مشكلة حصلت

٢-احتشاء العضلة القلبية: Myocardial Infarction

- ✗ إن احتشاء العضلة القلبية يحدث نتيجة نقص التروية الدموية مسبباً التمثوت الخلوي لمنطقة من القلب .
- ✗ إذا بقي المريض على قيد الحياة فإنه في الأسابيع القادمة سوف يستبدل النسيج المتموت بنسيج تنديبي غير قادر على التقلص.
- ✗ وبشكل عام يجب تأجيل العمل الجراحي حتى **انقضاء ٦ أشهر** على الإصابة بالاحتشاء.
- ✗ بعض المرضى يأخذون اسبرين أو مميعات دم أخرى مثل الوارفيرين لإنقاص تشكل الخثرات التاجية و هذا يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار .





✘ إن المرضى الذين يحتاجون جراحة فموية معينة **قبل مضي ٦ أشهر على الإصابة** يحتاجون الى **تصريح من الطبيب المختص**، وان وجدت حالة جراحية اسعافية فان الدخول الى المشفى هو امر ضروري لانجازها.

✘ اذا **مضى اكثر من ٦ اشهر** على الإصابة او كان هناك تصريح خطي فان تدير العمل الجراحي يكون بشكل مماثل لمريض الذبحة الصدرية.

✘ ان المخدرات الموضعية التي تحتوي على الادرينالين يمكن استخدامها اذا اعطيت بكميات مناسبة واستخدمت بتقنية السحب عند الحقن. كما يجب مراقبة العلامات الحيوية اثناء العملية.

المظاهر السريرية لنوبة إحتشاء القلب:

- ألم إنقباضي ، ضاغط أو حارق و ذلك في أسفل القص متشعب إلى الكتف والذراع الأيسر/أو الجانب الأيسر من الرقبة و الفك السفلي .
- يرافق هذا الألم عسر تنفس ، غثيان ، وهن ، خفقان في القلب و/أو شعور المريض بدنو أجله .
- في حال التأكد بأن هذه النوبة ناجمة عن مشاكل قلبية وذلك إما من تعرف المريض على الأعراض أو من قياسات أخرى عند ذلك نقوم بالإجراءات التالية:



1. إنهاء العمل فوراً
2. وضع المريض بوضعية نصف الاستلقاء
3. يعطى نثروغليسيرين (٠.٤ ملغ) حبوب أو بخاخ
4. يعطى الأكسجين
5. نفحص النبض وضغط الدم



• إذا زال الألم الصدري:

- يكون المريض قد تعرض لذبحة صدرية
- نعطي المريض أوكسجين لمدة 5 دقائق
- نعدل المعالجة لمنع حدوثها مرة أخرى

• إذا استمر الألم الصدري 3 د بعد إعطاء TNG:

- نعطي جرعة ثانية من TNG
- نراقب العلامات الحيوية

• إذا استمر الألم الصدري 3 د بعد إعطاء الجرعة الثانية من التروغليسيرين:

- نعطي الجرعة الثالثة من TNG
- نراقب العلامات الحيوية





• إذا استمر الألم الصدري 3د بعد الجرعة الثالثة :

- يكون المريض قد تعرض للاحتشاء القلبي

- نطلب المساعدة الطبية الاسعافية

- إذا كان الألم شديد نحقن **سلفات المورفين SQ 2mg أو IV كل 3د** حتى يرتاح المريض

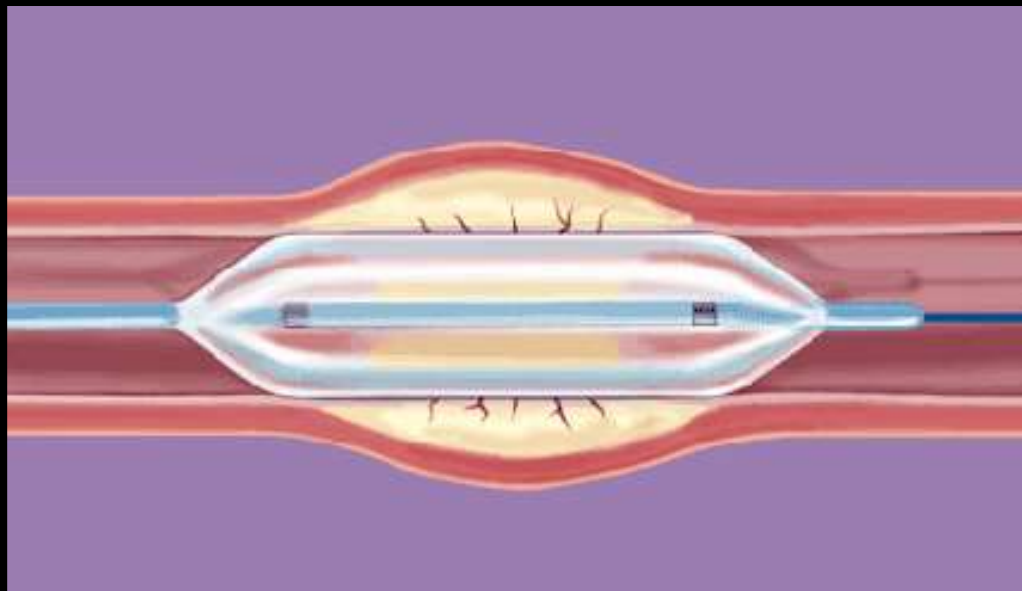
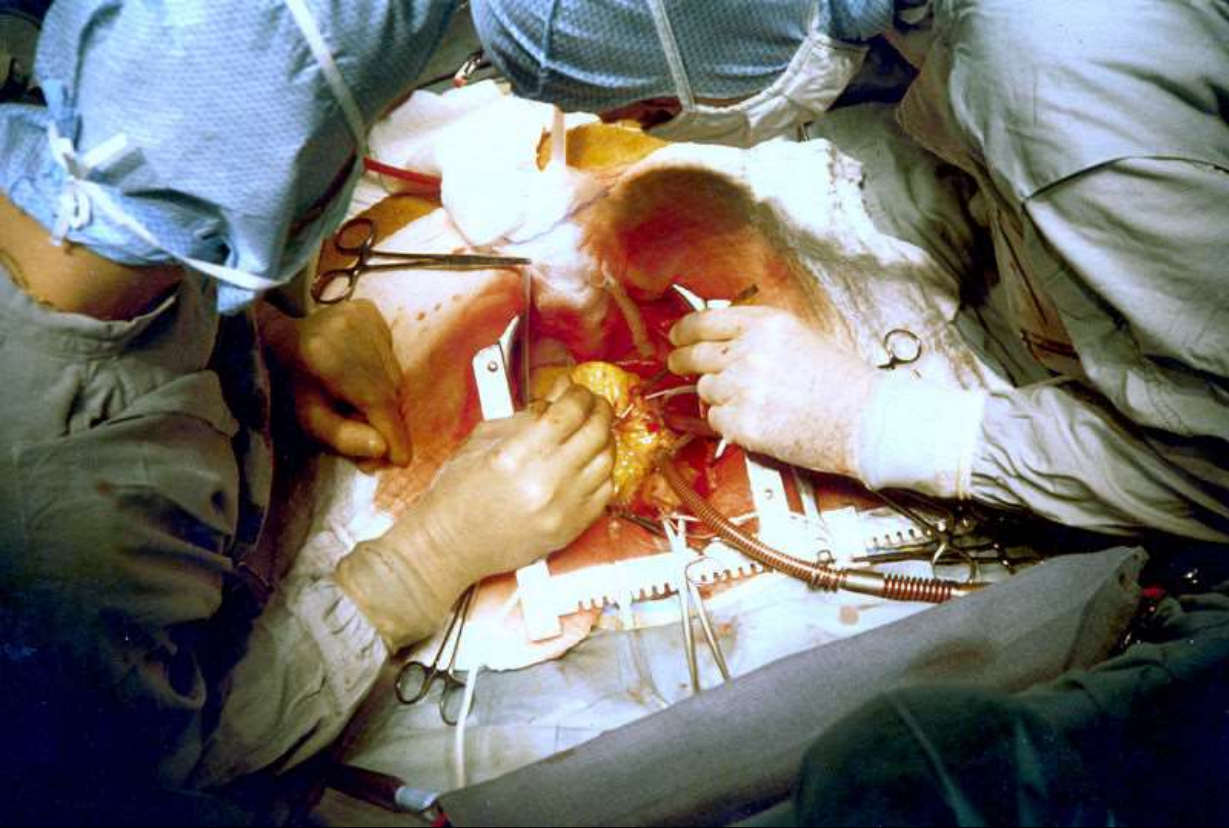
- نحضر المريض لينقل اسعافياً



٣-المجازات الاكليلية (Coronary arterial bypass grafting) :

بشكل عام وفيما يتعلق بالجراحة القموية فان المرضى الذين اجرؤا عملية المجازات الاكليلية يعاملون بنفس طريقة المرضى الذين لديهم اصابة سابقة بالاحتشاء القلبي، أي انه لا يتم انجاز العمل الجراحي الا بعد مرور ٦ اشهر على عملية المجازات الاكليلية، ولكن اذا كان ضروريا قبل ٦ اشهر يجب ان تتم استشارة الطبيب المختص.

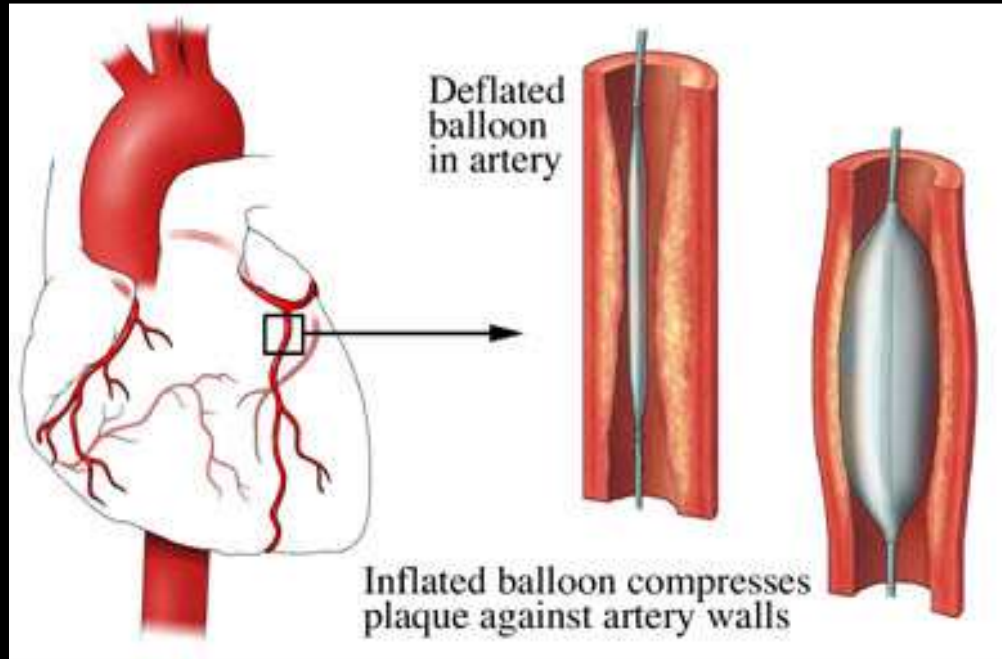
مع العلم ان المرضى الذين خضعوا لعملية المجازات الاكليلية لديهم تاريخ سابق للاصابة بالذبحة الصدرية او احتشاء قلبي او كليهما وبناء عليه يعاملون كما وصفنا سابقا.




٤-إعادة تصنيع الاوعية التاجية (coronary angioplasty):

× وهي عملية ادخال القثاطر الحاوية على البالون الى الشرايين التاجية المتضيقة بهدف اعادة تأسيس تدفق دموي كافي للقلب.

× واذا نجحت هذه العملية (بناء على اختبار جهد القلب) فان الجراحة الفموية يمكن اجراؤها مع نفس الاحتياطات المتبعة لمرضى الذبحة.





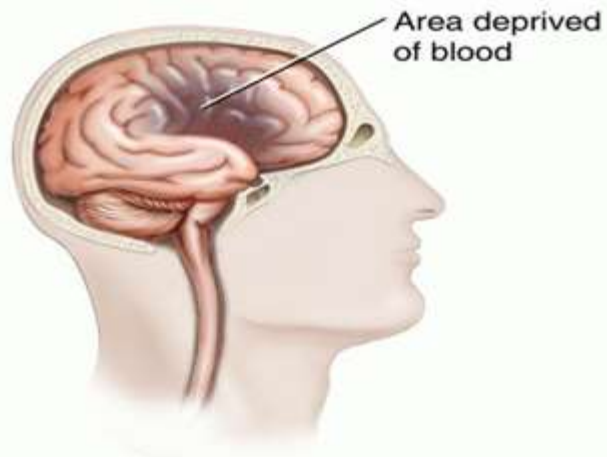
٥- الحادث الدماغى الوعائى (الجلطة الدماغىة - السكته):

Cerebral Vascular Accident (stroke)

- المرضى الذىن لدهم جلطة دماغىة دائما لدهم استعداد اكبر للاصابة بالحوادث العصبىة الوعائىة، وهم بشكل عام يعتمدون على الممبىعات الدموىة الموصوفة من قبل الاختصاصىى، واذا كان لدهم ارتفاع ضغط يأخذون ادوىة خافضة للضغط .
- اذ احتاج احد هؤلاء المرضى لجراحة فموىة فمن الافضل تأجلها لما بعد ٦ اشهر، كما يجب السيطرة على ارتفاع الضغط، وعند تقرير المعالجة يجب ان يطبق بروتوكول انقاص القلق، وتطبيق الاوكسجىن ومراقبة العلامات الحىوىة خلال الجراحة.
- واذا كان التركىن الدوائى ضرورىاً يمكن استخدام تركىز منخفض من اوكسىد الآزوت، وىجب الاتباه للادوىة الممبىعة التى يتناولها المربىض.

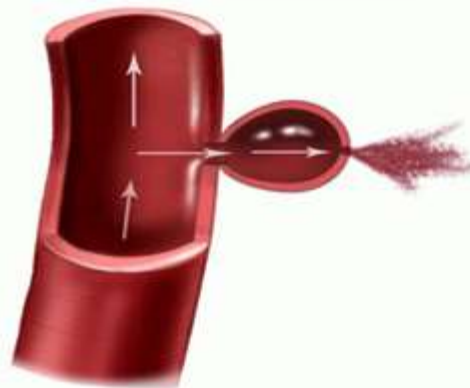
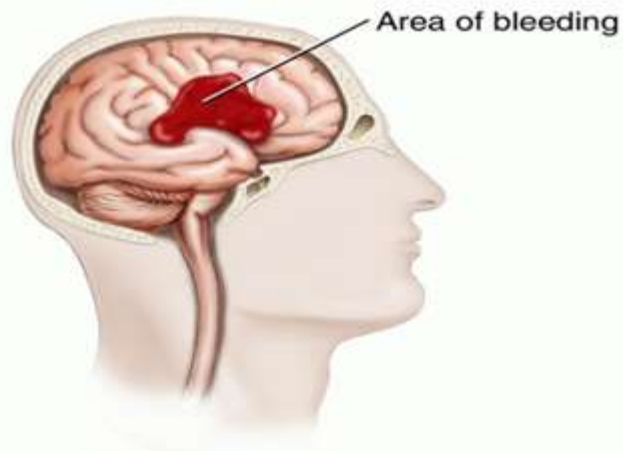
Types of Stroke

Ischemic Stroke



A thrombus or embolus blocks blood flow to part of the brain.

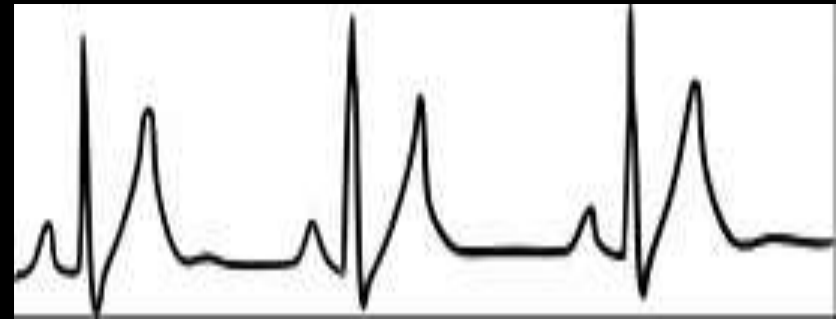
Hemorrhagic Stroke

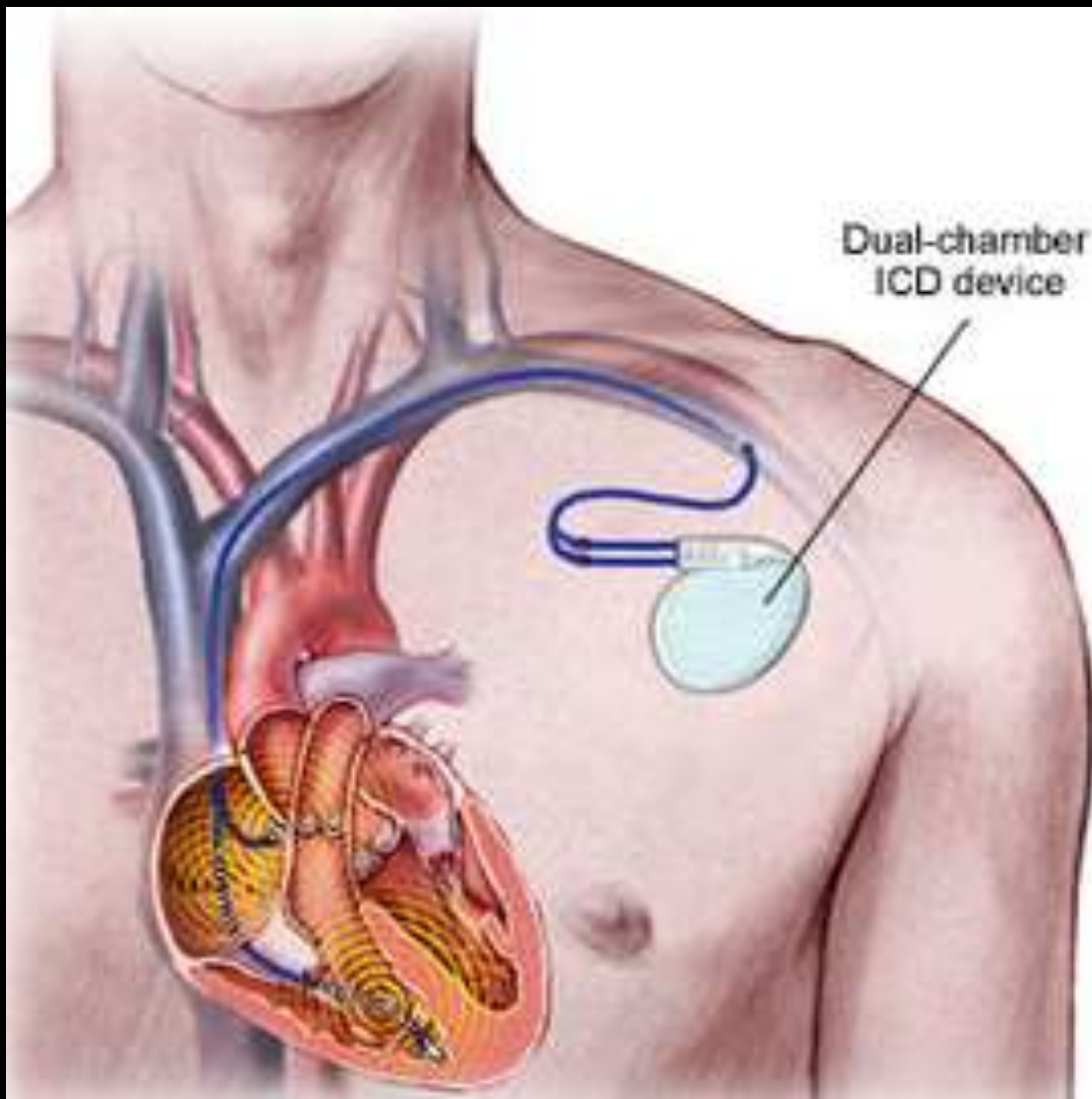


Blood spills out from break in blood vessel in brain.

٦- اضطراب النظم القلبي: Dysrhythmias

- ان المرضى المؤهقين للاصابة باضطراب النظم القلبي او المصابين به عادة ما يكون لديهم تاريخ لاصابة قلبية بنقص التروية، حيث يحتاجون الى اجراءات خاصة كتحديد كمية الادرينالين المستخدم بـ ٤.٠.٠ ملغ.
- كما يجب اخذ المعالجة بالمميعات ووجود ناظم قلب دائم بعين الاعتبار، حيث ان ناظم القلب لا يشكل مضاد استطباب للجراحة ولا يوجد أي دليل على ضرورة استخدام صادات حيوية وقائيا (contemporary 1993)
- ولكن يجب عدم استخدام المشروط الكهربائي، ويجب مراقبة العلامات الحيوية.



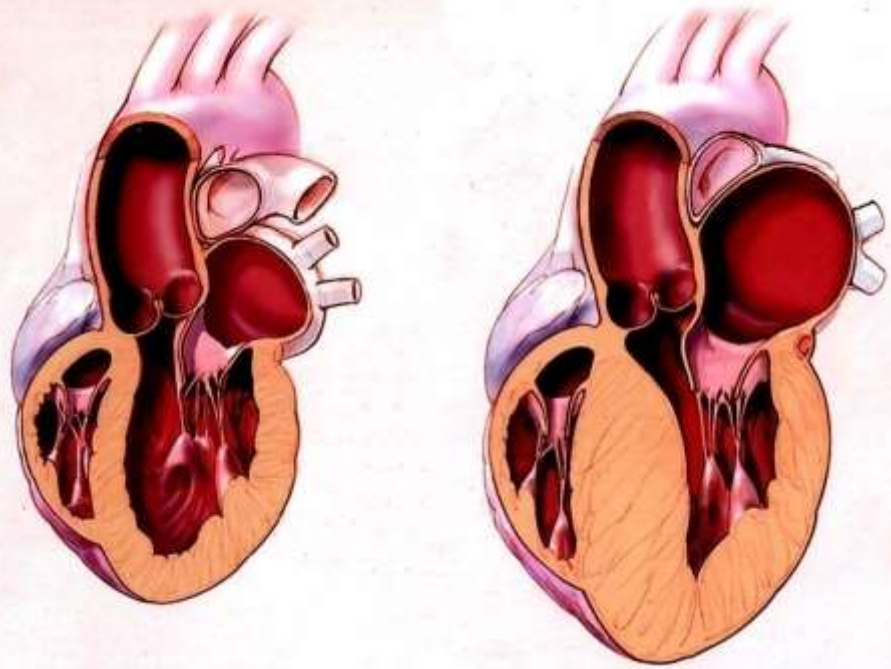



Dual-chamber
ICD device

٧- فشل القلب الاحتقاني (اعتلال القلب التضخمي)

Congestive Heart Failure (hypertrophic cardiomyopathy)

- يحدث هذا المرض عندما لا تستطيع عضلة القلب المصابة ضخ الدم الذي يتطلبه الجسم او عندما يطلب الجسم كميات دم فوق قدرة القلب على ضخها.
- عندها يبدأ القلب بالتضخم في الحجم وذلك في نهاية المطور الانبساطي، يصبح اقل فعالية في الضخ، مسببا عودة الدم الى الاوعية الدموية الرئوية والكبدية والمساريقية.
- وهذا بالنتيجة يؤدي الى وذمة رئة واضطراب في عمل الكبد وسوء امتصاص الاغذية من الامعاء. ضرر في الاطراح الكلوي مما يؤدي الى سوائل زائدة تزيد من التحميل الوعائي.





✘ إن أعراض قصور القلب الاحتقاني تتضمن:

- زلة تنفسية اضطجاجية
- زلة تنفسية ليلية نوبية
- توذم الاقدام

✘ هناك أعراض أخرى لقصور القلب الإحتقاني مثل زيادة الوزن، زلة تنفسية اجهادية، و ضعف عام.

✘ إن مرض قصور القلب الاحتقاني الخاضعين للعناية الطبية عادة يخضعون لحمية تخفيض الصوديوم لإنقاص احتباس السوائل و يتناولون مدرات البول لإنقاص الحجم داخل الأوعية، و يتناولون غليكوزيدات قلبية مثل الديجوكسين لتحسين فعالية القلب، و في بعض الأحيان يتناولون التترات، مثبطات بيتا، و مثبطات قنوات الكالسيوم البطيئة لتقليل كمية العمل المطلوبة من القلب.





• إن المرضى الخاضعين لحمية غذائية و معالجة دوائية يمكن إنجاز العمل الجراحي الإسعافي بأمان.

• يجب تطبيق بروتوكول انقاص القلق و اعطاء أوكسجين الداعم.

• المرضى الذين لديهم زلة تنفسية اضطجاجية يجب أن يبقوا بوضعية الجلوس خلال العمل .

• المرضى الغير خاضعين للمعالجة من الأفضل تأجيل العمل الجراحي حتى تتم السيطرة على الوضع أو يمكن إنجاز العمل الجراحي في المستشفى.

٨- امراض القلب المؤهبة لالتهاب شغاف القلب الاتتاني:

صمام القلب الصناعي



أغلب شذوذات القلب الخلقية



أمراض الصمام الروماتيزمية



أمراض الصمام التنكسية



التضييق تحت الأبهري الضخامي مجهول السبب



إصابة سابقة بالتهاب القلب الجرثومي



تدلي الصمام التاجي





• للوقاية من التهاب شغاف القلب يتم إعطاء الصادات الحيوية وذلك وفق تعليمات مركز الباسل لأمراض جراحة القلب :

- قبل ساعة من التداخل ٣غ أموكسيسلسن فمويًا (٦حبات عيار ٥٠٠ملغ) + غاراماييسين

- (١ملغ/كغ) عضليا أو وريديًا

- بعد ٦ساعات من الجرعة الأولى ١.٥ غ أموكسيسلس ٣حبات

المشاكل الرئوية

الربو Asthma

- إن الربو الحقيقي يتضمن نوبات من التضيق للقصبات الرئوية منتجاً **أزيز و زلة تنفسية** نتيجة عوامل نفسية أو مناعية أو اتنائية أو كيميائية أو مزيج من هذه العوامل
- مريض الربو يجب أن يسأل عن **العوامل المؤهبة** للنوبة و تكرارها و شدتها و الأدوية المستخدمة و استجابة النوبة لهذه الأدوية.
- مرضى الربو يجب أن يسألوا عن **الحساسية للأسبرين** بسبب العلاقة بين هذا النوع من الحساسية التي تكون ذات تكرار عالي و مرضى الربو
- يعتمد المرضى على معالجة دوائية موضوعة من قبل الطبيب المختص معتمدة على شدة و تكرار و سبب المرض.



- المرضى الذين لديهم ربو شديد يحتاجون إلى موسعات قصية من مشتقات Xanthine مثل theophylline وإلى corticosteroids
- Cromolyn: يمكن استخدامه للوقاية من هجمة حادة و لكن يصبح غير فعال عندما يحدث التشنج القصبي
- العديد من المرضى يحملون أمينات مقلدات للودي مثل (epinephrine, metaproterenol) على شكل بخاخ يستخدمونه عند بدء النوبة .
- إن تدبير مرضى الربو يتضمن المعرفة بدور القلق في تحريض التشنج القصبي

Cromolyn



theophylline

corticosteroids





- الجراحة يجب أن **تؤجل** اذا كان هناك **انتان** في الطرق التنفسية أو **وزير**
- وعندما نقرر العمل الجراحي يجب تطبيق برنامج انقاص القلق و اذا كان المريض يأخذ **الكورتيكوستيروئيدات** يجب **استشارة الطبيب** حول حول ضرورة زيادة الكورتيكوستيروئيدات خلال العمل الجراحي
- **استخدام أوكسيد الأزوت** آمن عند مرضى الربو و خاصة عند المرضى الذين تتعرض عندهم النوبة بالقلق
- و يجب **توافر** أدوية مثل **الأدرينالين** القابل للحقن و **الثيوفيلين**.
- يجب **تجنب** **مضادات الالتهاب الغير ستيروئيدية** اذا كانت تسبب نوبة ربو و ذلك حسب الاستعداد الشخصي

نوبة الربو:

١. وزيز (مسموع مع أو بدون سماع طيبة)

٢. ضيق بالتنفس (تنفس جهدي)

٣. تسرع القلب

٤. سعال

٥. قلق

في الحالة الشديدة:

١. ضيق تنفس شديد مع توهج المنخرين واستخدام عضلات إضافية للتنفس

٢. ازرقاق الأغشية المخاطية وسرير الأظافر (منبت الأظافر)

٣. تورد الوجه

٤. قلق شديد

٥. تشوش عقلي

٦. تعرق





عند حدوث النوبة يكون تصرف الطبيب كمايلي :

١. انتهاء العمل فورا

٢. وضع المريض بوضعية الجلوس

٣. إعطاء الموسعات القصية على شكل بخاخ

salbutamol ,Metaproterenol ,Isoproterenol , (Epinephrine) مثل
(butovent* ventoline*)

وإعطاء الكورتيزون على شكل بخاخ (*clenil beclomethasone)

٤. إعطاء الأوكسجين

٥. مراقبة العلامات الحيوية



الأمراض الرئوية الانسدادية المزمنة : Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

عادة تحدث بسبب التعرض الطويل الأمد للتخريش الرئوي مثل التدخين الذي يسبب النفاخ لنسج القصبات الرئوية

إن القصبات تتعطل و تفقد خواصها المرنة و تصبح منسدة بسبب الوذمة المخاطية و الافرازات الزائدة و تشنج القصبات مؤدية إلى المظاهر السريرية ل COPD



الأمراض الرئوية الانسدادية المزمنة : Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

④ إن هؤلاء المرضى يعانون من ضيق في النفس عند الاجهاد المتوسط و الخفيف

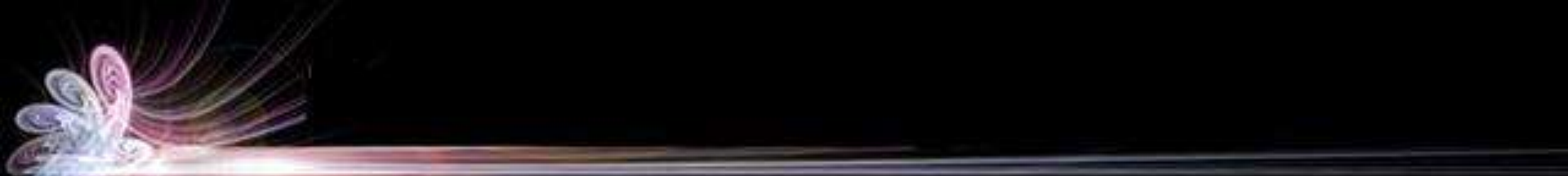
④ و يكون عندهم **سعال مزمن** منتجاً لكميات كبيرة من الافرازات السميقة و التهاب مستمر بالطرق التنفسية و **صدر برميلي** الشكل و يزمون شفاههم لكي يستطيعوا التنفس و يكون لديهم صوت وزيز مسموع عند التنفس



④ المرضى الذين لديهم **COPD** يعتمدون على الموسعات القصية مثل **الثيوفيلين** و في الحالات الأكثر شدة على **الكورتيكوستيروئيدات** عندما يكون هؤلاء المرضى يستخدمون الكورتيكوستيروئيدات يجب على طبيب الأسنان أن يهتم لاعطاء كميات داعمة قبل الجراحة .

④ المسكنات و المنومات و المخدرات التي تثبط التنفس يجب عدم استخدامها

④ يجب ابقاء المريض بوضعية قائمة عند العمل على كرسي طبيب الأسنان حتى يتمكن من التعامل بشكل أفضل مع المفرزات الرئوية الغزيرة.



❷ أخيراً إن إعطاء أوكسجين خلال العمل الجراحي يجب ألا يستخدم في الحالات الشديدة إلا إذا نصح الطبيب بذلك.

❸ على العكس عند الناس الأصحاء حيث إن **ارتفاع معدل CO2** يكون المحرض الرئيسي للتنفس و لكن عند مرضى COPD يصبحون معتادين على ارتفاع CO2 الشرياني و لكن يعتمدون على انخفاض معدل الأوكسجين الشرياني لتحريض التنفس

❹ و إذا تركيز الأوكسجين ارتفع بواسطة إعطاء أوكسجين فإن نقص الأكسجة الذي كان المريض يعتمد عليه لتحريض التنفس سوف يزول و يتعرض المريض لانخفاض معدل التنفس بشكل جدي.

❺ توقيت العمل الجراحي يفضل **بعد الظهر**

❻ أخيراً يجب الإلتباه إلى عدم إعطاء مركبات ال **THEOPHYLLINE** وال **MACROLIDES** معاً لأن ذلك يسبب تسمم هضمي عصبي بسبب زيادة جرعة ال THEOPHYLLINE الحرفي الدم



المشاكل الكلوية

غسيل الكلية : Renal Dialysis

- المرضى الذين يحتاجون لغسيل كلية دوري يحتاجون إلى اعتبارات خاصة خلال الجراحة.
- إن المعالجة بالغسيل الكلوي تتطلب وجود **تحويلة وريدية شريانية (وصلة كبيرة بين الشريان و الوريد)** التي تسمح للنقل الوعائي أن يتم بسهولة.
- و يستخدم الهبارين الذي يسمح للدم لينتقل بسهولة خلال جهاز الغسيل الكلوي بدون حدوث خثرات
- المرضى الذين يحملون تحويلة يجب أن يعطوا **صادات حيوية وقائياً** خلال العمل الجراحي و ذلك لتجنب اتان التحويلة و يمكن لطبيب الأسنان استخدام التحويلة لإدخال أدوية اسعافية إلى الوريد في الحالات الاسعافية





- من الأفضل إجراء الجراحة في اليوم الذي يلي الغسيل الكلوي و هذا يسمح للهارين المستخدم في عملية الغسيل لأن يختفي مفعوله ويكون المريض في أحسن وضع فيزيولوجي من حيث المكونات الدموية و منتجات الاستقلاب
- يجب تجنب الأدوية التي يتم استقلابها عن طريق الكلية أو يمكن أن تستخدم مع تعديل الجرعات حتى نمنع حدوث تسمم جهازي
- إن مفعول الأدوية يزول بعد الغسيل الكلوي لذلك نحن بحاجة إلى جرعات إضافية
- يجب تجنب الأدوية التي تكون سامة للكلية مثل مضادات الالتهاب غير ستيروئيدية
- ويسبب الحوادث الكثيرة للإصابة بالتهاب الكبد عند مرضى الغسيل الكلوي يجب أخذ الاحتياطات اللازمة



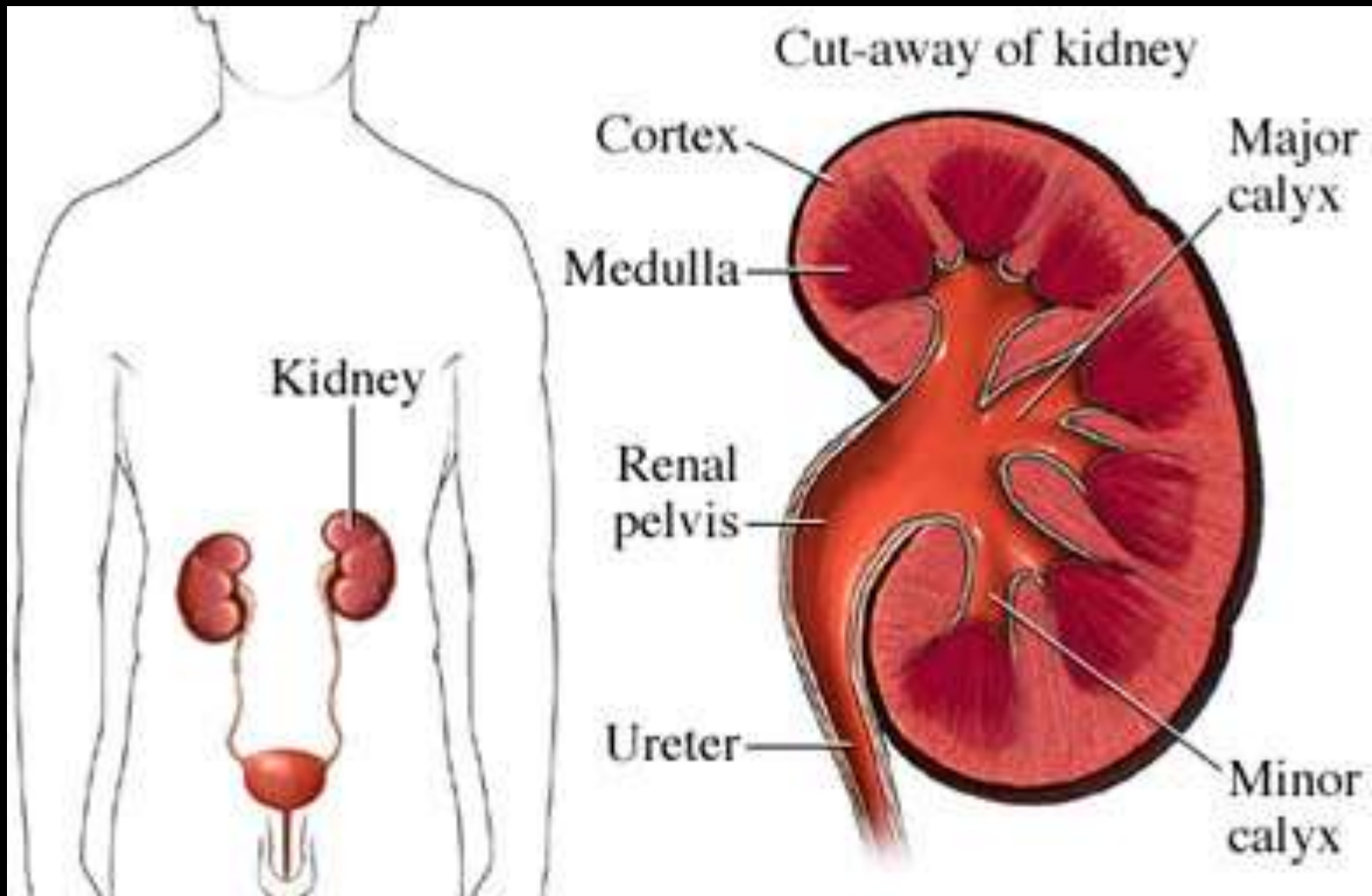
● يجب الانتباه إلى أن العظم يأخذ مظهر مختلف على الصورة الشعاعية بسبب فرط نشاط مجاورات الدرق الثانوي عند المرضى الذين عندهم فشل كلوي.

● إن الشفافية الشعاعية المشاهدة يجب ألا تجعل الطبيب يشك بوجود آفات مرضية أخرى.

القصور الكلوي المزمن: Chronic Renal Insufficiency

GFR (glomerular filtration rate) :

- وهو معدل الإرتشاح الكبيبي القيمة الطبيعية 100 إلى 125 ml/min وهذا القياس مفيد لمعرفة صحة الكلية
- مرضى القصور الكلوي الخفيف إلى المتوسط يكون ال GRF 25-50 ml/min عادة يتحملون العمل الجراحي إذا تم التديير بالشكل المناسب
- مرضى القصور الشديد يكون GRF <10 ml/min حيث تصبح المخاطر أكثر من المعتاد



■ المشاكل التي يمكن أن تحدث عند هؤلاء المرضى:

١. فقر الدم
٢. اليوريميا (uremia) هي التي تؤدي إلى نقص في قدرة الصفائح على التكدس ونقص في تحرر العامل الثالث للصفائح مما يؤدي إلى مشاكل نزفية
٣. التهاب تامور القلب أو الانصباب
٤. ارتفاع بالضغط
٥. تخرّب في الجهاز المناعي مع زيادة القابلية للإصابة بالإنتان الجرثومي والفيروسى والفطري
٦. زيادة بوتاسيوم الدم
٧. تخلخل عظمي في الفك السفلي بسبب فرط نشاط مجاورات الدرق الثانوي



الإجراءات المتبعة لتدبير المشاكل الناجمة عن القصور الكلوي

قبل الجراحة:

- ✗ السيطرة على معدل بوتاسيوم الدم بإعطاء مدرات البول الطارحة للبوتاسيوم
- ✗ إعطاء الصادات الحيوية وقائيًا
- ✗ يمكن إجراء صورة للصدر أو ECG (مخطط كهربائية القلب) للتحقق من مشاكل سوء وظيفة القلب وشغاف القلب
- ✗ يمكن إجراء تنقية الدم للتغلب على مشكلة اليوريميا



أثناء العمل الجراحي:

- ✘ مراقبة المؤشرات القلبية بعناية للانتباه إلى عدم انتظام القلب أو التحميل الزائد للسوائل
- ✘ إعطاء سوائل داخل وريدية في بعض الحالات النوعية لتعويض السوائل والدم المفقود (يجب أن تكون خالية من البوتاسيوم)
- ✘ إذا كان هناك تحويلة (SHUNT) يجب أن تحمى من الرض
- ✘ يجب أن يتم إرقاء النزف بشكل دقيق إذا كان المريض قد خضع لتنقية الدم بعد الجراحة فوراً

بعد الجراحة:

✘ في جراحة الفم والأنف عادة يبتلع المريض كمية من الدم التي تؤدي إلى ارتفاع نيتروجين الدم عندها يجب إجراء تنقية الدم بأسرع وقت ممكن (لأنه يمكن أن يؤدي إلى تلف دماغي)

✘ المشكلة التي تواجه الجراح والمخدر هي وصف الأدوية التي تؤثر على الكلية .

✘ الأدوية التي يجب أن تتجنبها أو تستخدم بحذر:

✘ المصادات الحيوية (سيفالوسبورينات، البنسلينات، السلفات)

✘ مضادات الإلتهاب الغير ستيروئيدية

✘ مرخيات عضلية غير مزيلة للاستقطاب

✘ تجنب enflurane مخدر استنشاقى

زرع الكلية أو أي عضو آخر Renal Transplant or other organs

✘ ان المرضى الذين قاموا بزرع الكلية او أي عضو آخر يحتاجون الى ادوية لتحمي وظيفة العضو المنقول حيث يأخذ هؤلاء المرضى الكورتيكوستيروئيدات لذلك عادة ما يحتاج هؤلاء المرضى الى جرعات داعمة من الكورتيكوستيروئيدات قبل العمل الجراحي.





✘ أغلب هؤلاء المرضى يأخذون **ادوية مثبطة للمناعة** التي يمكن ان تسبب عدوانية الانتانات التي تكون عادة بسيطة في الانسان السليم، لذلك يكون استخدام **الصادات الحيوية** بفعالية اكبر وكذلك الادخال للمشفى بشكل مبكر أكثر ضمانة.

✘ يجب استشارة الطبيب المختص فيما يخص الحاجة للصادات الوقائية.

✘ **السيكلوسبورين A:** وهو دواء مثبط للمناعة يستخدم بعد زراعة الاعضاء يمكن ان يسبب ضخامة لثوية.

✘ ان الجراح يجب ان يتعرف عليها ولا ينسبها خطأ الى مشاكل بالصحة الفموية.

✘ المرضى الذين زرع لهم كلية عادة ما يكون لديهم ارتفاع ضغط شديد، يجب أخذ العلامات الحيوية قبل اجراء الجراحة الفموية.



ارتفاع الضغط Hypertension

✘ ان ارتفاع ضغط الدم المزمن الذي يكون مجهول السبب يسمى **ارتفاع ضغط اساسي**، وان ارتفاع الضغط الخفيف او المتوسط يكون (الضغط الانقباضي اقل من ٢٠٠، والانبساطي اقل من ١١٠) عادة لا يشكل مشكلة في الجراحة القموية الاسعافية.

✘ **يواجه الجراح مشكلتين أساسيتين عند مرضى ارتفاع التوتر الشرياني :**

• الأولى هي أن ارتفاع التوتر الشرياني يمكن أن يتلف العديد من الأجهزة العضوية وخاصة القلب والكلى والدماغ.

• الثانية المرضى الذين يخضعون إلى المعالجة

الدوائية للسيطرة على ارتفاع التوتر الشرياني

هذه الأدوية تؤدي إلى تأثيرات أخرى في الجسم.





✘ ان العناية بمرضى الضغط يتضمن استخدام بروتوكول انقاص القلق، ومراقبة العلامات الحيوية، ان المخدرات المرضعية الحاوية على الادرينالين يجب استخدامها بحذر، وبعد الجراحة يجب نصح المرضى ان يبحث عن عناية طبية من اجل ارتفاع الضغط.

✘ ان العمل الجراحي عند مرضى ارتفاع الضغط الشديد (الانقباضي ٢٠٠ او اكثر، والانبساطي ١١٠ او اكثر) (contemporary 1993) يجب ان يؤجل حتى تتم السيطرة على الضغط.

✘ ان الجراحة الاسعافية يمكن ان تتجز في

المشفى لكي تتم السيطرة على اضطرابات الضغط .



انخفاض الضغط Hypotension

× يلاحظ عندما يقف المريض بعد المعالجة ويحدث خصوصاً عند الأشخاص الخاضعين للعلاج بمشبطات بيتا ينصح بأن يقف المريض ببطء بعد انتهاء العمل.

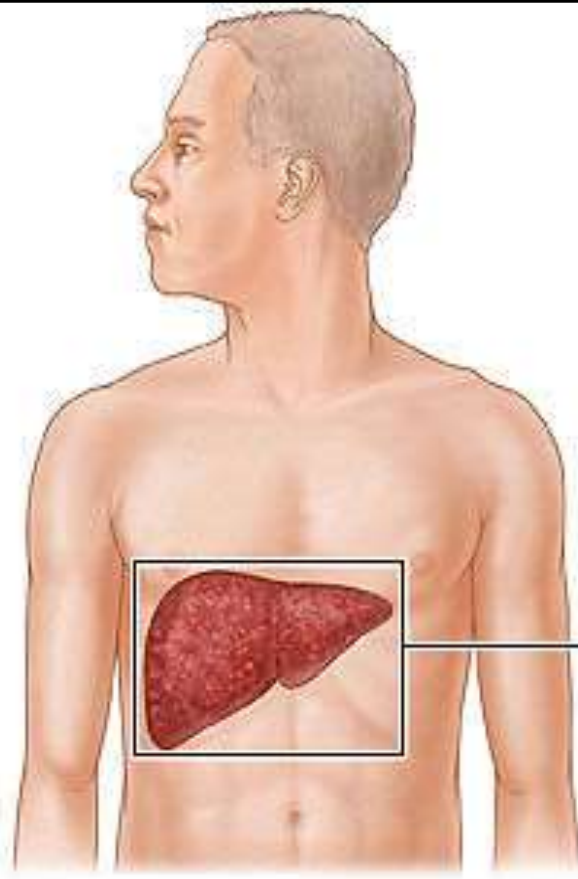
× كما أن الكزيلوكائين يمكن أن يزيد من تأثير هذه المركبات على القلب ويطيئ الدوران



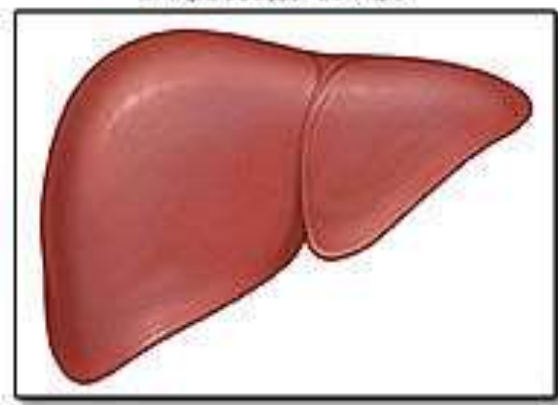
اضطرابات الكبد

سوء وظيفة الكبد: Impaired Liver Function

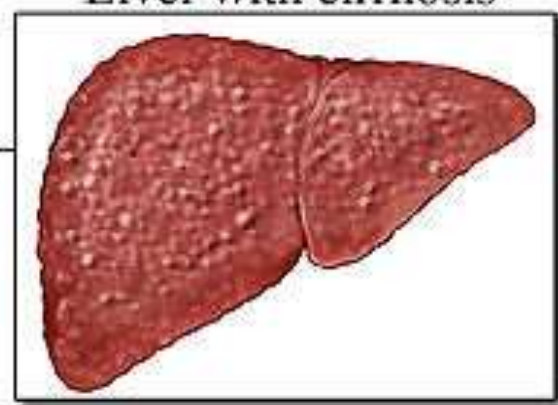
- ان المرضى الذين يعانون من اضطراب في الكبد نتيجة الامراض الاتانية، الادمان على الكحول، او الاحتقان الوعائي او الصفراوي يحتاجون الى اجراءات خاصة لانجاز الجراحة الفموية.
- ان تغيير الجرعات او حتى حذف بعض الادوية بالنسبة لتلك التي تعتمد باستقلابها على الكبد هو امر ضروري.
- ان انتاج عوامل التخثر ٢ - ٧ - ٩ - ١٠ المعتمدة على الفيتامين K يمكن ان يتعطل في امراض الكبد الشديدة لذلك فإن الحصول على زمن البروترومبين (PT) وزمن الثرومبوبلاستين الجزئي (PTT) يمكن ان يكون مفيدا عند مرضى امراض الكبد الشديدة (حيث أن PT:15-11 ثانية بالنسبة المئوية : ٧٠-١٠٠ PTT% : ٢٥-٤٠ ثانية)



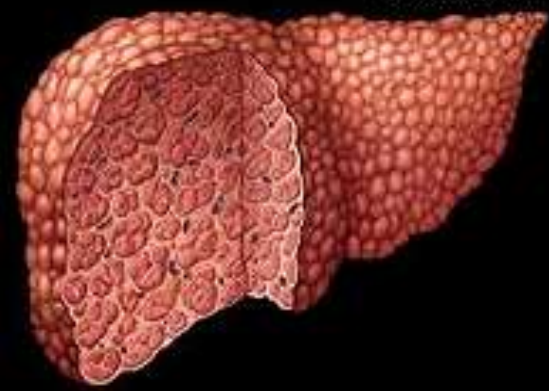
Normal liver



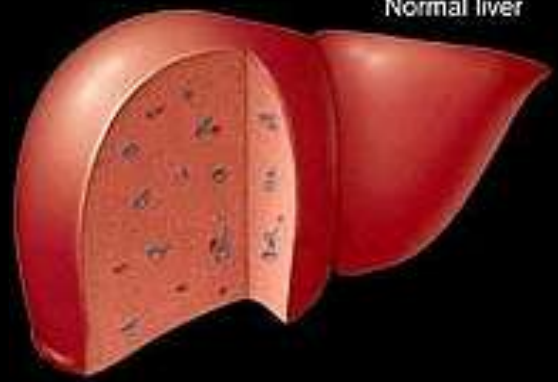
Liver with cirrhosis



Cirrhotic liver



Normal liver





● ان ارتفاع ضغط الوريد البابي الناتج عن امراض الكبد يمكن ان يسبب فرط وظيفة الطحال الذي يسبب تحطم الصفائح منتجا نقص الصفائح هذ المشكلة تظهر بتناول زمن Ivy .

● ان المرضى الذين يعانون من سوء وظيفة كبد شديد يمكن ان تتم الجراحة لهم في المشفى لانهم يعانون من نقص في استقلاب التروجين الناتج عن الدم المبلوع الذي يمكن ان يسبب اعتلال دماغي.

● وأخيرا واذا لم يكن هناك سجل لمريض الكبد فإنه يمكن ان يرجح احتمال حمله لفيروس التهاب الكبد، وعندئذ يجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة من قبل الجراح.

A close-up photograph of a butterfly with yellow wings and black stripes feeding on a pink flower. The butterfly is positioned in the center-left of the frame, with its proboscis inserted into the center of the flower. The background is a soft-focus field of similar pink flowers and green leaves. In the top right corner, there is a pink thought bubble containing the text "THANK YOU" in bold black letters.

THANK YOU