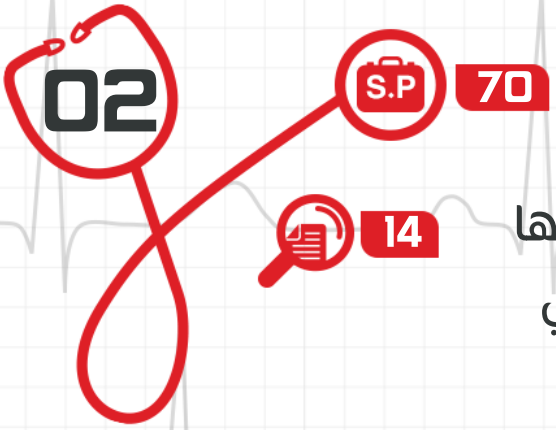


كلية الطب البشري
السنة الرابعة

الشقوق الجراحية والتئامها
وتغذية المريض الجراحي

د. حيان الشيخ يوسف

12/10/2019

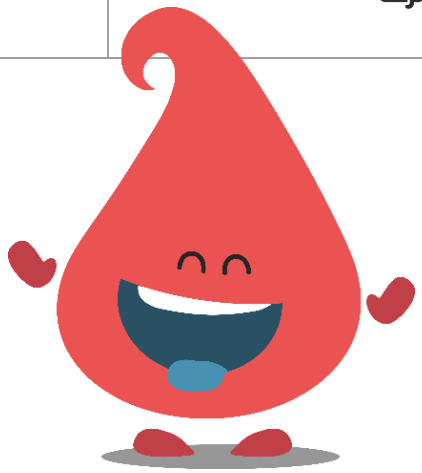
RBCs Medicine

جراحة عامة | Surgery

السلام عليكم

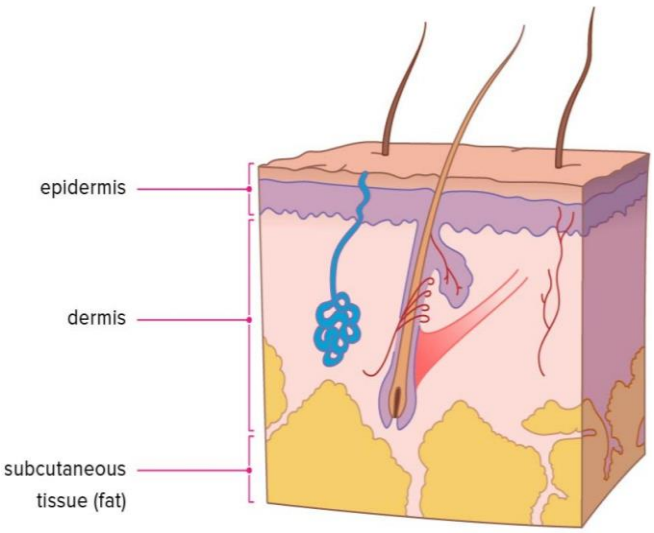
الفقرة	الصفحة
مقدمة عن الجلد	2
تصنيف الجروح	2
أطوار التئام الجروح	3
الالتئام في النسج المختلفة	5
الأخماج	7
كيف أختار الصادات الحيوية	7
أنماط إغلاق الجروح	9
التغذية للمريض الجراحي	10
الشقوق البطنية	11
الإرقاء والنزف	13

RBCs FRIENDS



مقدمة عن الجلد

يتكون الجلد عند الإنسان من ثلاث طبقات هي:



طبقة البشرة: تحوي خلايا الميلانين المولدة للميلانين والخلايا المولدة للكيراتين.

طبقة الأدمة: تكون غنية بالكولاجين وهناك أهمية له في الالتئام حيث يتحول الكولاجين من النمط الثالث إلى كولاجين من النمط الأول، إضافة إلى أنها غزيرة بالأوعية الدموية والأعصاب.

الطبقة الدهنية: تحوي نسيج ضام وخلايا دهنية.

التئام الجروح

يرتكس جسم الإنسان للأذية بتشكيل نسيج ندبي ولا يمكن العودة بالنسيج إلى ما كان عليه تماماً قبل الأذية.

الجرح: هو أذية في نسيج حي وليس نسيج متموت وهذا النسيج هو الجلد وتحت الطبقة الدهنية ويغطي نتوءات عظمية وأينما تواجد يغطى من الجسم وبالتالي هو نسيج حي.

وكذلك الجرح ممكن أن يكون عن **قصد أو عفوي**.

تصنيف الجروح

تصنف الجروح إلى:

- **حادة:** تكون الاختلاطات المرافقة لها قليلة والنتيجة النهائية هي جرح ملتئم بشكل جيد.
- **مزمنة:** مضى على حدوثها أكثر من 4 – 6 أسابيع وتشاهد في:
  1) الخشكريشة (قرحات الاضطجاع).
  2) مريض بعد عملية جراحية.
  3) مريض السكري.
  4) دوالي الساقين نشاهد قرحات تدعى قرحات دوالية.
  5) مكان مفجرات.
  6) بتر.

7) نشوء حرق.

- الجروح المرضوضة: مريض يأتي بعد حادث معه تمزق بالطحال وتمزق بالكبد أو بالساق ولكن غير واضحة وهذا ما يدعى بالجروح المغلقة حيث يكون الجلد سليم أو الجرح مفتوح ومعرض للوسط الخارجي.

- جرح العمليات: (الجرح النظيف) عن طريق الجلد.
- الجروح النظيفة الملوثة: لا يوجد التهاب ولكن هناك أذية في سبيل هضمي أو بولي أو تنفسي وإذا تركت لمدة يومين تصبح ملوثة.
- الجروح الملوثة: جرح مفتوح لأقل من 4 ساعات، حيث يأتي للجراح والذي يتدبر الحالة.
- الجروح الانتانية (الملتهبة): تكون مفتوحة لأكثر من 4 ساعات لوقت متأخر أو عند وجود خلايا ميتة أو خروج قيح.

مراحل الجرح:

الأذية ← التقبض الوعائي ← التخثر : تجمع الصفيحات ← حدوث الخثرة ← تطور المراحل

- بعد حدوث الجرح تحدث عدة آليات لاندماله علماً أن أول مرحلة هي مرحلة تجمع الصفيحات الدموية.

أطوار التئام الجروح

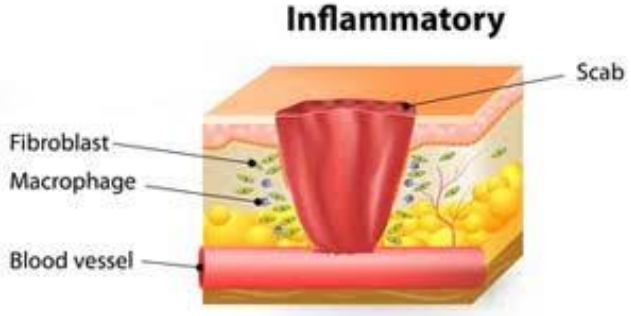
أول حدث هو كما ذكرنا تجمع الصفيحات الدموية ثم تتابع الأطوار الأربعة التالية:

الطور اللالتهابي (The inflammatory phase)

i. يدعى بالارتكاسي ويبدأ حالاً بعد الأذية ويدوم حتى ثلاثة أيام.

ii. بعد الأذية يوجد فترة عابرة ما يقارب عشر دقائق من تقلص الأوعية ويتبع بتوسع الأوعية الفعال.

iii. وتتوجه دفاعات المضيف نحو الحد من مقدار الأذية والوقاية من المزيد من الضرر.

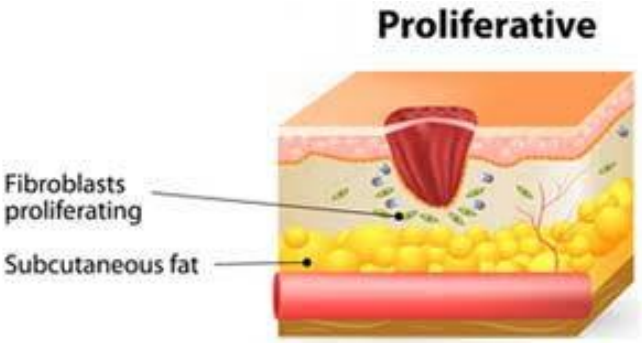


iv. ويبدأ الإرقاء بتشكل خثرة الفبرين المؤلفة من شبكة فبرينية مع صفيحات ، حيث تعمل كجسر تهاجر الخلايا الالتهابية إلى الجرح.

v. تشارك البالعات الكبيرة مثل العدلات في تنضير الجرح من خلال البلعمة الخلوية للجراثيم والحطام الخلوي الناتج عن الأذية، وتتحرر عوامل التخثر والسيتوكينات والتي تقلع عملية الالتئام.

- إذاً أولاً نشاهد السيتوكينات والسيروتونين والكيناز التي تعمل على تقيض الأوعية لكي تساهم بعملية الإرقاء والترميم.

الطور التكاثري proliferative phase

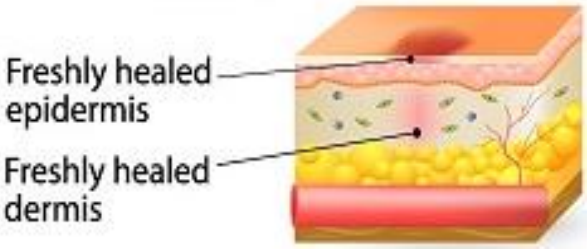


i. ويستغرق 4 – 21 يوماً وتتميز هذه المرحلة بتكون نسيج حبيبي.

ii. وخلال هذا الطور يتم إعادة تواصل الأنسجة حيث تقوم صانعات الليف المعزولة من الجرح بتركيب كمية أكبر من الكولاجين نمط 3 مقارنة بصانعات الليف غير المتواجدة في الجروح.

iii. كما تتكاثر الخلايا البطانية بشكل مكثف وتشارك في تشكيل الشعيرات الجديدة أي في تشكيل الأوعية، كما يلعب الكولاجين دوراً أساسياً في إتمام التئام الجروح.

طور النضج أو القولبة maturational



i. بدايته بالأسبوع الثالث ونهايته قد تمتد لتسعة أشهر أو سنة حيث يأخذ وقت كبيروفيه يحدث زيادة في قوة الجرح ناتج عن الكولاجين.

ii. ويتميز بإعادة تنظيم ألياف الكولاجين المصنعة من خلال التوازن بين تركيب الكولاجين وتفكيكه (حيث يتحول الكولاجين نمط3 إلى الكولاجين نمط 1 والذي يعطي الجرح المتانة والقوة ولكن لا يصل لقوة الجلد الطبيعي حيث يصل فقط إلى 80٪ منها).

iii. وتخضع جميع الجروح للانكماش مما ينقص من حجم الندبة.

- ملاحظة عالبيعة: يمكن أن تشاهد الأطوار الثلاثة في الوقت نفسه.

التظهر

i. تتم عن طريق تكاثر الخلايا الظهارية المجاورة وهجرتها إلى الجرح وبذلك يتم إعادة التواصل النسيجي وعودة الحاجز الخارجي للجرح.

ii. وقوة الشد للجرح تزداد بالتدريج وخلال ثلاثة أسابيع تصل حتى 30٪ للطبيعي وتصل حتى سنتين إلى 80٪ من النسيج غير المتأذي.

iii. ولكن لكل منطقة من الجسم خصوصية معينة مثلاً: فتحنا البطن ووجدنا ورم في الكولون وقطعنا الورم وأجريت مفاغرة ولكن إذا حدثت أمور غير طبيعية (شد زائد أو نقص تروية) فبالتالي أصبح لدي اختلاط.

الالتئام في النسج المختلفة

السبيل الهضمي:

- يبدأ الالتئام بالتقريب الجراحي أو الميكانيكي لنهايتي الأمعاء المقطوعتين والذي يشكل الخطوة الأولى في عملية الترميم، وفشل الالتئام يؤدي إلى الانفصال والتسرب والنواسير (مثلاً نقوم بإجراء عملية وبعد أسبوع يخرج البراز من البطن).
- والالتئام الزائد قد يسبب تضيقات في اللمعة، وتعتبر الطبقة تحت المخاطية القوة التوترية الأكبر والقدرة الأكبر على إمساك القطب في الأمعاء ويجب أن تبقى في الحسبان أثناء الترميم الجراحي وكذلك شفاء المصلية يعتبر أساسياً لتحقيق الإغلاق الكتيم بشكل سريع.
- وأن تكون المفاغرة خالية من الشد والتروية الدموية كافية ويجب تغذية المريض بشكل كافي وألا يكون هناك إنتان مرافق.

العظام:

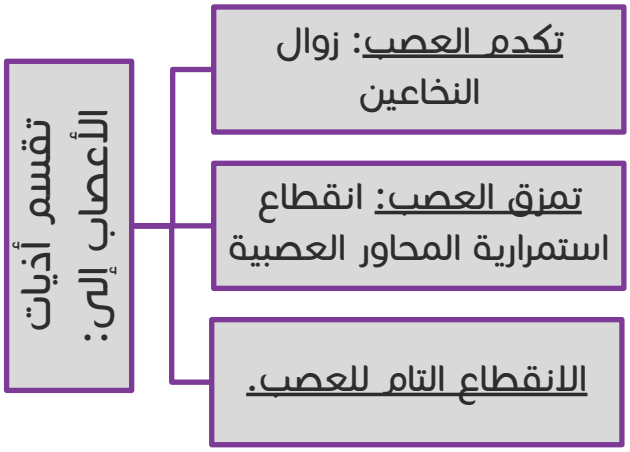
- بعد الأذية بـ3 – 4 أيام يتشكل النسيج الرخو (ويسمى الدشبذ الرخو) جسراً بين القطعتين العظميتين المتباعدتين.
- يليه طور الدشبذ القاسي حيث يتم تمعدن الدشبذ الرخو وتحوله إلى عظم وقد يستغرق ذلك 2 – 3 أشهر مؤدياً إلى التئام تام للعظم.

الأوتار:

- قد تتعرض الأوتار إلى الأذيات مثل التمزق والتكدم والانقطاع.

- والتئام الأوتار مماثل لمناطق الجسم الأخرى، ولكن يحتاج إلى تثبيت المفصل المصاب إلى المدة الكافية للالتئام لمنع تباعد الحواف.

الأعصاب:



العوامل المؤثرة على التئام الجروح

العوامل الجهازية:

- التقدم في السن.
- الأمراض الاستقلابية (السكري، سوء التغذية، عوز الفيتامينات).
- السرطان واستخدام الأدوية (أدرياميسين، الستيروئيدات) التي تضعف من التئام الجروح.
- استخدام الأشعة المؤينة (وتؤدي إلى أذية الخلايا البطانية مع التهاب بطانة الشرايين مما يؤدي إلى الضمور والتليف وتأخر الترميم) والتثبيط المناعي.

العوامل الموضعية:

- مثل: الأذية الميكانيكية، الانتان، الوذمة، وجود أجسام أجنبية في الجرح.
- نقص التروية للجرح يمكن أن ينتج من أسباب موضعية كالتنخر الحاصل في الجرح والتقبض الوعائي الموضعي أو الشد الزائد على الانسجة أو لأسباب جهازية مثل نقص الحجم أو القصور القلبي. ولها تأثير بخصوص نقصان الأوكسجين وكذلك التدخين يؤدي إلى حدوث التقبض الوعائي ويؤدي إلى نقص تروية محيطية ويمكن أن يؤدي إلى عدم التئام الجرح.

- كما أن تناول جرعات كبيرة من الستيروئيدات والاستخدام المزمن لها يؤدي إلى نقص تركيب الكولاجين وزيادة معدلات الخمج في الجروح.
- كما يساهم الداء السكري في زيادة معدلات الأخماج وفشل التئام الجروح.
- كما أن نقص الوارد الغذائي مثل عوز فيتامين A وC وعوز المعادن (الزنك، الحديد) والألبومين يؤثر بشكل كبير على التئام الجروح.

الأخماج

- ☑ تشكل الظهارة الطبقة المانعة من دخول الجراثيم المتواجدة على سطح الجلد إلى الأنسجة العميقة حيث تؤدي الجراحة أو التمزق في الظهارية إلى دخول الجراثيم إلى الطبقات العميقة.
- ☑ في إنتان الجروح فإن وجود مستويات محددة من الجراثيم تسرع من التئام الجروح وتشكيل النسيج الحبيبي أما إذا تجاوز تعداد الجراثيم في الجرح (10 قوة 5) لكل سم مكعب من النسيج أو إذا وجدت المكورات العقدية الحالة للدم فسوف يؤخر الالتئام وذلك لنقصان الأوكسجين في النسيج.
- ☑ واستخدام الصادات يجب لحظة إجراء الشق. لذلك إضافة الصادات بعد حدوث التلوث الجراحي هو إجراء غير فعال في الوقاية من أخماج الجروح بعد العمل الجراحي.
- ☑ وبالنسبة للجرعات الكيماوية للسرطانات يفضل البدء بها بعد 10 -14 يوم بعد إغلاق الجرح وكذلك تأجيل الجراحة على الأقل 3 - 4أسابيع بعد الجرعة القصوى للتشعيع وتجنب العلاج الشعاعي على الأقل 3 – 4أسابيع بعد الجراحة وذلك من أجل تسريع اندمال الجرح.

كيف أختار الصادات الحيوية

1. أختاره حسب العملية بالإضافة لتوقع العامل الممرض مثلاً E.coli أعطيها أميكاسين.
2. يجب عدم وجود مقاومة عند القيام بالزرع.
3. يجب أن تكون نفوذيته باتجاه العضو سريعة مثلاً خراج كبد لا نعطي الصاد بالطريق الفموي لأنه لن يفيد وإنما يعطى بالطريق الوريدي.
4. يجب أن تكون المراضة الجانبية قليلة ونصف عمره طويل وكلما كان نصف عمره أكبر كلما كان أفضل.
5. مراعاة سعر الصاد.

ملاحظة:

بالنسبة لانتانات الجروح اختيار الصاد يجب أن يتم حسب طريقة إدخاله قبل العمل الجراحي، في الخارج لا يعطى صاد حيوي أما هنا فيعطى مثلاً قبل المرارة بنصف ساعة أو قبل عمليات الزائدة وذلك بسبب الخوف من عدم عقامة الأدوات وغيرها.

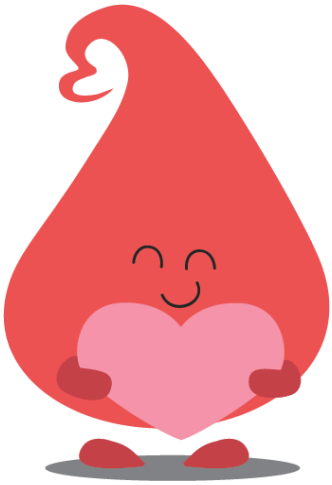
وحسب نوع العمل الجراحي، وأثناء العملية فمثلاً لدينا عملية بولية لمدة 4 ساعات يأتي طبيب التخدير ويعطي جرعة أخرى من الصاد الحيوي (في حال العملية أكثر من 4ساعات نعطي جرعة ثانية من الصاد الحيوي لتجنب الانتان).

العوامل المتعلقة بالمريض

1) السن.
2) الجنس.
3) الوزن (فالبدين لديه عوامل انتانية كثيرة).
4) أمراض أخرى (سكري – فشل كلوي) لو بقي في العناية أكثر من 3 أيام.
5) الأدوية المثبطة للمناعة.

عوامل متعلقة بالمناعة

1) نوع الجراحة ومكانها (عملية أنبوب هضمي تختلف عن الثدي أو المثانة أو إذا كانت عملية إسعافية محضرة تختلف هنا).
2) مريض أجرى جراحة سابقة.
3) تطبيق المدة للصاد الحيوي قبل العمل الجراحي.
4) وضع جسم أجنبي (رقعة, صفيحة, مفصل).
5) هبوط ضغط, نقص أكسجة, نقص حرارة.



هذه العوامل كلها أساسية في التئام الجروح

ملاحظة:

هناك عوامل أخرى تتعلق بالمريض حيث يجب حلاقة مكان العملية والغسيل والتعقيم بالبوفيدون وعوامل متعلقة بالجرح حيث يجب اتخاذ إجراءات العقامة من وضع غطاء للرأس يمنع نزول الشعر على الجرح.

ومن العوامل المتعلقة بالجرح أيضاً

1) خسارة الدم (نقص تروية).
2) ورم دموي.
3) وجود تسريب من الجرح.

أنماط إغلاق الجروح

الالتئام بالمقصد الأول: التئام الجرح النظيف الذي حدث بسبب الشق الجراحي حيث يتم إغلاق الجرح مباشرة بالخياطة البسيطة.

الالتئام بالمقصد الثاني: يترك الجرح مفتوحاً حيث يلتئم بتشكل النسيج الحبيبي وانكماشه نظراً للتلوث الجراحي بالجراثيم والضياع النسيجي.

الالتئام بالمقصد الثالث: فهو الإغلاق البدئي المتأخر ويشمل المشاركة بين الطريقتين الأولى والثانية، ونلجأ له في حالة الجروح المترافقة بإنتان، ويجرى التنضير المتكرر مع تطبيق الصادات الموضعية أو الجهازية، وحين يصبح الجرح جاهزاً يجرى تداخل جراحي كالخياطة أو تطعيم الجلد.

معالجة الجروح

- أخذ القصة حول الظروف المحيطة بالأذية ثم يفحص الجلد بحذر، ويقيم عمق الجرح وشكله وامتداد الأنسجة المتموتة ووجود الأجسام أجنبية والأوساخ وبعد ذلك نقوم بغسيل الجرح ويتم تحت التخدير الموضعي.
- إعطاء الصادات في حال وجود خمج واضح في الجرح وفي حال وجود عدة عوامل ممرضة مثل حالة التلوث البرازي يجب استخدام الصادات واسعة الطيف. والوقاية من الكزاز وأفضل محلول للغسيل هو المحلول الملحي النظامي.
- بعد تخدير الجرح واستقصائه وغسله وتنضيره، يتم خياطته **بخيطان غير قابلة للامتصاص أو الملاقط المعدنية المصنوعة من الفولاذ الغير قابل للصدأ** ثم يغطى الجرح بالضمادات والهدف منه هو تأمين البيئة المثالية للالتئام وتزال الملاقط أو القطب بعد 7 – 10 أيام.

- في حال حصول ضياع مادي واسع في الجلد مثل الحروق، ويجب استعمال المعيضات الجلدية للوقاية من النخر والخمج وتأمين البيئة التي تسرع حدوث الشفاء وهذه الطعوم تكون إما جزئية السماكة من البشرة مع جزء من الأدمة، أو كاملة السماكة تشمل كامل البشرة والأدمة
- ونضع للمريض ضماد جاف إذا كانت الجراحة بدئية و رطب (سيروم مالح) إذا كان الجرح مفتوح بالمقصد الثاني.

التغذية للمريض الجراحي

- هي تعويض النقص الحاصل من السوائل والبروتينات والفيتامينات والسكريات.

تعويض السوائل

- تمثل السوائل الوريدية معالجة الخط الأول لنقص حجم الدم. ويمكن أن تنقذ حياة المريض فتعطينا الوقت اللازم للسيطرة على النزف والحصول على الدم اللازم في حالة الاضطرار له.
- يجب أن نعوض السوائل عند وجود جروح حيث نعطي 4 مل لكل كغ والبروتينات نعطي 1,5 مل لكل كغ (عادة يوصى المريض بالإكثار من البيض واللحم لأنه يفيد في التئام الجروح) وإذا لم يأكل نعطيه ألبومين vit Ag الذي يساعد في صناعة البروتين و Vit C الذي يساعد على صناعة الكولاجين.

- تمثل المحاليل البلورانية التي تماثل درجة تركيزها درجة تركيز الصوديوم في البلازما (المحلول الملحي النظامي) أو المحاليل المتوازنة (محلول رنجر) سوائل تعويضية فعالة. أما محاليل الغلوكوز تعتبر سوائل تعويضية رديئة.
- يجب تسريب السوائل التعويضية البلورانية بمقدار يماثل على الأقل 3 أضعاف المقدار المفقود وهي محاليل جيدة للإنعاش.

المحاليل الغروانية: (ألبومين – دكستران) سوائل تعويضية لم يثبت أنها تتفوق على البلورانيات بالإنعاش، وينبغي تسريبها بمقدار العجز في الدم.

يمكن إعطاء السوائل داخل العظم أو الفم أو المستقيم أو تحت الجلد عند تعذر إعطائه بالوريد وعند الضرورة القصوى.

سوائل الصيانة: تستخدم لتعويض الخسارة الفيزيولوجية العادية لتي تحدث عن طريق الجلد والرئتين والبراز والبول وأمثلة عليها:

- 5٪ دكستروز

ويمكن إعطاء السوائل بطرق أخرى مثل: عن طريق الفم أو الأنبوب الأنفي المعدة، أو تفميم المعدة.

الشقوق البطنية

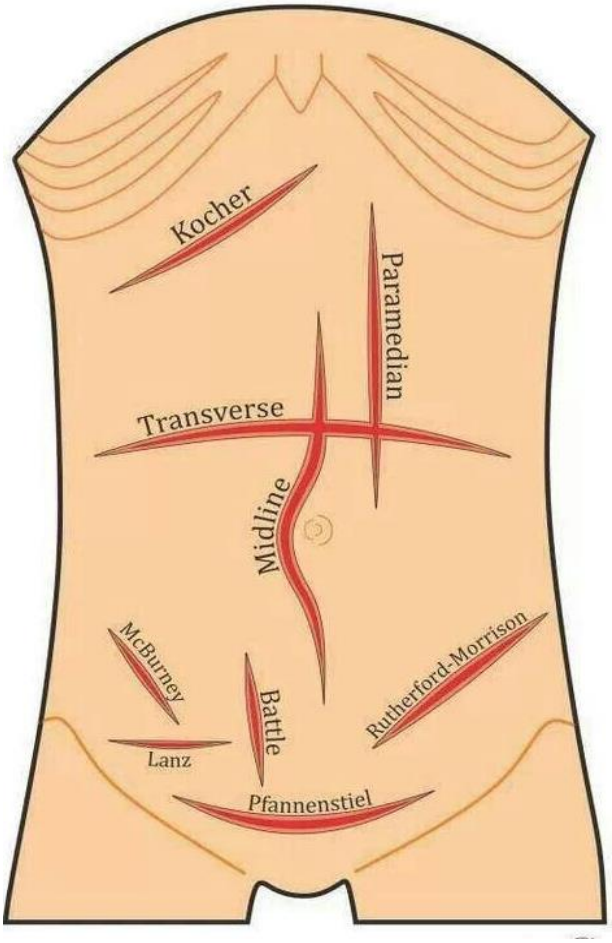
الطولانية:

فوق السرة أو تحتها على الخط الناصف، أو عبر المستقيمة البطنية، الشقوق الطولانية جانب الخط المتوسط أسفل السرة.

المائلة:

وأهمها:

شق ماكبورني لاستئصال الزائدة، شق كوخر تحت الأضلاع في استئصال المرارة والطحال.



شق بفانشتيل السفلي فوق العانة للحالات النسائية والبولية (شق أفقي)

شق معترض أو مائل شرسوفي من أجل المعدة والكولونات والبنكرياس، انغلاف الأمعاء

الشق البطني الصدري ويمتد الشق من البطن إلى الصدر (تضيقات المري السليمة والخبيثة، بعض الفتوق الحجابية، أعلى المعدة، استئصال الفص الكبدي الأيسر) وفي أذيات القسم العلوي للبطن النافذة وغير النافذة المترافقة مع أذيات الحجاب الحاجز أو أذية صدرية.

إغلاق البطن يتم إما بواسطة **الخيوط الممتصة** (الفيكريل، الديكسون، الكروميك) وتستخدم في الطبقات تحت الجلد **وغير الممتصة** (النايلون، الحرير، الخرزات المعدنية) للجلد

- في اختبار الشق البطني يجب توفر ما يلي:
- 1 – سهولة الوصول إلى العضو المراد إجراء العمل الجراحي عليه وبطول كافي لإجراء المداخلة الجراحية والانتباه لعدم تلوث الجرح.
- 2 – سهولة تمديد هذا الشق بالاتجاهين, وأن يكون الشق آمن وغير مؤذي.
- 3 – يجب أن يكون الجرح البطني قابل للإغلاق مع جدار بطن قوي, والانتباه للحالة الجمالية عندما تسمح حالة لمريض لذلك.

الاختلاطات:

تكون قريبة أو بعيدة (الورم الدموي، الانتان، واندحاق الجرح الآتي واللاحق، وحدوث خراجات أو ضعف في الجدار).

A. **الانتان:** يحدث نزح، ألم، احمرار، تورم، زيادة الحرارة، تعداد الكريات البيض يرتفع.
B. **الجدرة:** عبارة عن نمو زائد للبشرة وتكون حسب طبيعة الشخص وتشاهد عند السود أكثر من البيض.

تذكرة:

- الصـــفيحات: هي أجزاء من النواات لا تحتوي على نوى يبلغ قطرها 2 -4 مكرون وأعدادها بين 150 – 400 ألف في الملم مكعب.
- العامل الرئيسي في تشكل الصفيحات هو الترومبوبيوتين.
- الصفيحات في الحالة الطبيعية عند إنسان طبيعي لا تلتصق أما عند حدوث جرح يتعرى الكولاجين تحت البطانة الوعائية والبطانة أيضاص وهذا يؤدي إلى التصاق الصفيحات.

الإرقاء والنزف

النزف:

خروج الدم من الحيز داخل الوعائي (شريان، وريد) وعند حدوث النزف يحدث الإرقاء على مراحل وهي:

1) تفرز السيتوكينات والهيستامين التي تساعد على التقبض الوعائي.
2) تجمع الصفيحات.
3) التخثر الدموي.
4) يحدث حل الفيبرين.

الإرقاء:

- ✓ **التقبض الوعائي عند حدوث الأذية:** يحدث هذا التقبض في جدار الوعاء حيث تتقبض العضلات الملساء وهذا يساهم في عملية الإرقاء.
- ✓ **تتجمع الصفيحات وتشكل خثرة ويتحرر حمض الأراشيدونيك** وهو مقبض وعائي وكذلك البراديكينين وكلها تساهم في عملية التقبض الوعائي من أجل الإرقاء.
- ✓ الانقطاع الكامل للوعاء يؤدي إلى انقباضه بشكل أسرع من الانقطاع الجزئي.
- ✓ إذاً الارتكاس يؤدي إلى تجمع الصفيحات ضمن خثرة عديمة الشكل **في مرحلة غير عكوسة.**

ملاحظات ختامية

- ↙ **ال NSAIDS والأسبرين** تعاكس عمل الصفيحات وحياتها لذلك نطلب إيقافها قبل 7أيام من العمل الجراحي.
- ↙ للتخثر مسارين داخلي وخارجي **ويلتقي المسارين في العامل X** ثم العامل الثاني (البروترومبين) ثم العامل الأول (الفيبرونوجين) ثم تتشكل الخثرة بتحول الفيبرونوجين إلى فيبرين.

- أي خلل في هذه العوامل وليكن نقص في عامل مثلاً الكلس أو نقص العامل الثامن (الناعور) يؤدي إلى خلل في التخثر، وكذلك عوز فيتامين K أو تناول الوارفرين يؤثر على العوامل 2 –7 – 9 – 10.
- يتم استبدال الخثرة في جدار الوعاء بنسيج ضام من ضمن الوعاء ويحدث استمرارية جريان في الوعاء.
- عوز العامل الثاني يسبب الناعور C.
- عوز العامل الثامن يسبب الناعور A.
- حسب العامل المفقود يجب أن أعوض لذلك يجب تعويض المريض قبل العملية ببلازما طازجة مجمدة.
- الأدرينالين: إعطاؤه يؤدي إلى تقبض الوعاء (حقناً).
- أثناء نقل الدم ممكن أن تنتقل أمراض مثل الإيدز _ التهاب الكبد B أو C – الملاريا فتحدث مضاعفات نتيجة لانتقال العدوى.
- نقل وحدات كثيرة من الدم يسبب نقص صفيحات عن طريق التمدد.
- السبب الغالب في النزف الجراحي هو آلية ميكانيكية حيث يجب أن يحدث إرقاء كامل.
- فيتامين Kعند نقصه نعطيه قبل العملية ب 6 ساعات لمعاكسة الوارفرين.
- PT يستخدم لقياس وظيفة الفيبرونوجين والعوامل 2 -5 – 7 - 10.
- PTT يستخدم لقياس وظيفة الفيبرونوجين والعوامل 2-5 -9 – 10 – 12 – 13.
- الوارفرين يطيل زمن PT.
- الاختلاطات الشائعة لنقل الدم هي حدوث تفاعلات حرارية والأعراض المعتادة هي الحرارة والعرواءات، وعند حدوث ذلك نوقف تسريب الدم للمريض.
- الأسبرين: يبدأ تأثيره خلال ساعتين وهو غير عكوس ويستمر لمدة 7 أيام وتأثيره يكون على الصفيحات لذلك يجب إيقافه قبل العملية ب 7 أيام.
- عدد الصفيحات عند المريض أعلى من 50ألف يعني إرقاء جراحي مناسب وزمن نزف طبيعي، ويجب ألا يقل عدد الصفيحات عن 20 ألف /ملم مكعب.
- تطاول زمن النزف يمكن أن يكون ناتج عن نقص الصفيحات أو نقص عامل فون ويلبراند.
- وضع القهوة على الجرح تصرف غير مجدي ويضيع وقتنا بغسل الجرح.