

بررسی نارسایی مزمن کلیه در مراجعین به بیمارستان ولی عصر (عج) استان مرکزی (اراک)

دکتر علی فانی *

چکیده

در این مقاله موارد نارسایی مزمن کلیه (Chronic Renal Failure (CRF) از شهرستانهای اراک، شازند آشتیان با جمعیت ۷۶۹۰۰۰ نفر که به بیمارستان ولیعصر (عج) (بیمارستان مرجع بیماریهای کلیوی) مراجعه کرده‌اند با روش موردی مشاهده‌ای طی مدت دو سال (خرداد ۷۶ تا آخر اردیبهشت ۷۸) مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که از ۱۲۷ مورد بیمار با نارسایی مزمن کلیه ۵۶ نفر (۴۴٪) زن و ۷۱ نفر (۵۵٪) مرد بوده است. میزان بروز سالانه ۸۲/۳ در میلیون نفر است، که ۲۱/۲۵٪ بیماران روستایی و ۷۸/۷۵٪ بیماران شهری و نسبت درصد جمعیت روستا به شهر ۴۴ به ۶۶ بوده است. به نظر می‌رسد که درصد کمتر بیماران در جمعیت روستایی ناشی از مشکلات اقتصادی اجتماعی در روند بررسی، تشخیص و پیگیری درمانی بخصوص در سنین بالاتر باشد و نشانه شیوع کمتر این بیماری در روستا نسبت به شهر نیست.

در این بررسی بالاترین شیوع را گلوومرولونفریتها و در درجه بعد فشار خون و بعد دیابت بخود اختصاص داده است که این روند در مقایسه با کشورهای غربی معکوس است و علت آن احتمالاً مشکلات اقتصادی و اجتماعی و عدم اعتقاد و آشنایی بیماران به اهمیت پیگیری و درمان منظم و استفاده از امکانات درمانی تخصصی بویژه در روستاهاست، بیماریهای کلیوی مادری و انسدادی در درجه چهارم اهمیت از نظر علت بروز نارسایی کلیه بوده‌اند.

در این بررسی از نظر جنسیت، گرچه نارسایی کلیه در مردان شایع‌تر بوده است ولی اختلاف معنی داری بین آنها وجود ندارد.

کل واژگان: نارسایی مزمن کلیه، گلوومرولونفریت، اورمی

مقدمه

مزمن کلیه (ESRF)^(۱) در نظر گرفته شده که با از بین رفتن پیشرونده و برگشت ناپذیر نفرونها و کاهش فیلتراسیون گلوومرولی که منجر به بروز سندروم اورمی مداوم (معمولاً "BUN>100 و CSEOT>10 می‌شود) همراه است و در صورت عدم استفاده از دیالیز، بیمار از

تعریف نارسایی مزمن کلیه: (CRF) به از بین رفتن پیشرونده و برگشت ناپذیر نفرونهای کلیوی همراه با کاهش فیلتراسیون گلوومرولی اطلاق می‌شود که سرانجام منجر به بروز سندروم اورمی مداوم نزد بیمار می‌گردد و در صورت عدم درمان مناسب و جایگزینی منجر به مرگ بیمار می‌شود.

نارسایی مزمن کلیه بعنوان مرحله نهایی نارسایی

* عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

1-End Stage Renal Failure

دست میرود.

شیوع سالانه نارسایی مزمن کلیه در آمریکا ۲۵۳، بالکان ۱۱۰، فرانسه ۶۱ نفر در میلیون گزارش گردیده است.

در ایران طبق آخرین آمار گرفته شده در پایان سال ۷۷ مراکز دیالیز ایران و انجمن حمایت از بیماران کلیوی، حدود هشت هزار بیمار با نارسایی مزمن کلیه تحت درمان همودیالیز قرار دارند (۲) و میزان شیوع سالانه روشن نیست و مطالعات مدون بررسی علل نارسایی مزمن کلیه را جزیک مورد که در مشهد توسط دکتر فرهودی و دکتر جهانیان بر روی ۴۹۸ بیمار با نارسایی مزمن کلیه انجام شده است نیافتیم (۳) که از تعداد ۳۲۱ مورد گلودیالیز، ۹۷ مورد پیلونفریت مزمن، ۴۳ مورد دیابت، ۱۹ مورد لوپوس و ۱۸ مورد کلیه پلی کیستیک گزارش گردید و به فشار خون بعنوان یکی از علل نارسایی مزمن کلیه اشاره ای نشده است.

با توجه به اینکه امروزه بسیاری از بیماریها و مواردی که منجر به نارسایی مزمن کلیه می شوند با برخورد دقیق و آموزش بیماران و درمان صحیح منجر به کاهش بروز نارسایی کلیه می شود. در این مطالعه بر آن شدیم تا با یک بررسی آماری میزان شیوع نسبی و تعیین توزیع فراوانی عوامل مساعدکننده و زمینه ساز نارسایی مزمن کلیه را در شهرستانهای شازند و آشتیان اراک را روشن نماییم. با توجه به اینکه بیمارستان ولیعصر اراک (عج) بیمارستان مرجع بیماران کلیوی در شهرستان اراک بوده و نهایتاً بیماران با نارسایی کلیه از شهرستان شازند، آشتیان و اراک به این مرکز ارجاع می شوند، لذا بیمارانی که در این مرکز مورد بررسی قرار می گیرند بطور نسبی نمایانگر آمار بیماران با نارسایی کلیه در شهرستانهای فوق با جمعیت حدود ۷۶۹ هزار نفر براساس آخرین سرشماری می باشند (۴).

مواد و روش کار

بیمارانی که با تظاهرات نارسایی مزمن کلیوی که بطور

بستری و یا سرپایی به بیمارستان ولیعصر (عج) مراجعه نموده و یا ارجاع داده شده اند با روشهای زیر تحت بررسی قرار گرفتند:

۱- شرح حال، معاینه بالینی، سابقه بیماری و بررسی مدارک قبلی بیمار

۲- فرمول شمارش، هموگلوبین، ازت اوره خون، کراتینین، الکترولیت، کلسیم، فسفر، الکالین فسفاتاز قلیایی در صورت لزوم آزمایشات تخصصی دیگر.

۳- سونوگرافی کلیه ها

۴- در صورت لزوم از سی تی اسکن کلیه و ایزوتوپ برای تشخیص نهایی استفاده شده است.

۵- بیمارانی در این مطالعه وارد شده اند که از سه شهرستان اراک، شازند و آشتیان بوده اند و سایر موارد حذف شده اند و با توجه به نتایج بدست آمده از این مطالعه بیمارانی که در سونوگرافی و یا اسکن ایزوتوپ کلیه های اسکروتیک و ضمناً اورمی مداوم و آنمی مزمن و استئوپوروز داشته اند بعنوان نارسایی مزمن کلیه CRF مشخص و با روش زیر از نظر علت تفکیک گردیده اند:

۱- بیمارانی که در شرح حال و سابقه، دارای پروتئین اوری و خیز بوده و سوابق و مدارک آنها مؤید گلودیالیز بوده اند بدون سابقه دیابت در رده گلودیالیزها.

۲- بیماران با سابقه دیابت و سیر علایم بالینی دیابت نروپاتی در رده نروپاتی دیابتیک.

۳- بیماران با سابقه فشارخون مزمن بالا، بدون سابقه مشخص بیماریهای دیگر در رده نروپاتی هایپرتنسو. نهایتاً بیمارانی که در بررسی، اورمی مداوم بیش از سه ماه و کلیه های کوچک اسکروتیک داشته اند بعنوان Case وارد مطالعه شده اند.

جدول ۱- توزیع فراوانی نارسایی مزمن کلیه براساس علت از تاریخ ۷۶/۳/۱ لغایت ۷۸/۲/۳۱ در شهرستان‌های اراک، آشتیان و شازند

رودیف	علت	تعداد	درصدازکل	زن	درصدازکل	مرد	درصدازکل
۱	گلو مرونفریت‌ها	۳۵	۲۷/۵	۲۰	۱۵/۵	۱۵	۱۲/۵
۲	فشارخون بالا	۳۳	۲۶	۱۲	۹/۵	۲۱	۱۶/۵
۳	نفروباتی دیابتیک	۲۳	۱۸	۸۰	۷/۹	۱۳	۱۰/۱
۴	بیماریهای مادرزادی کلیه	۹	۷/۱	۳	۲/۵	۶	۴/۶
۵	عوارض حاملگی و زایمان	۵	۴	۵	۴	۰	۰
۶	اوروباتی انسدادی	۹	۷/۱	۱	۰/۸	۸	۶/۳
۷	رفلاکس مثانه به حالب	۲	۱/۶	۱	۰/۸	۱	۰/۸
۸	نامشخص	۱۱	۸/۷	۴	۳/۲	۷	۵/۵
	جمع	۱۲۷	۱۰۰	۵۶	۴۴/۱	۷۱	۵۵/۹

جدول ۲- توزیع فراوانی نارسایی مزمن کلیه براساس سن از تاریخ ۷۶/۳/۱ لغایت ۷۸/۲/۳۱ در شهرستان‌های اراک، آشتیان و شازند

گروه سنی برحسب سال	تعداد	درصدکل	زن	درصدازکل	مرد	درصدازکل
۵-۱۵	۱	۰/۸	۰	۰	۱	۰/۸
۱۶-۲۵	۹	۷/۱	۵	۳/۹	۴	۳/۲
۲۶-۳۵	۱۲	۹/۵	۷	۵/۵	۵	۴
۳۶-۴۵	۱۸	۱۴/۲	۱۰	۷/۸	۸	۶/۲
۴۶-۵۵	۲۷	۲۱/۲۶	۱۳	۱۰/۲۵	۱۴	۱۱
۵۶-۶۵	۳۵	۲۷/۶	۱۳	۱۰/۲۵	۲۲	۱۷/۳۵
۶۶-۷۵	۲۳	۱۸/۱	۸	۶/۳	۱۵	۱۱/۷
۷۶	۲	۱/۶	۰	۰	۲	۱/۶
جمع	۱۲۷	۱۰۰	۵۶	۴۴/۱	۷۱	۵۵/۹

از مجموع ۱۲۷ بیمار مورد مطالعه، در ۲۰ نفر با عمل پیوند کلیه با موفقیت انجام شد و ۳۳ نفر فوت کردند

نتایج

کل جمعیت هر سه شهرستان براساس آخرین سرشماری ۷۶۹۰۰۰ نفر بوده است که چهارصد و سی و یک هزار نفر آن ۴۳۱۰۰۰ شهری و ۳۳۸۰۰۰ نفر روستایی و از بیماران تشخیص داده شده ۱۰۰ نفر

شهری و ۲۷ نفر روستایی بوده‌اند.

در این مطالعه که از اول خرداد ۷۶ تا پایان اردیبهشت ۷۸ انجام شده با بررسی موارد قطعی نارسایی مزمن کلیه و افتراق آنها از موارد نارسایی حاد کلیه نتایج زیر بدست آمد:

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی مجموعاً ۱۲۷ مورد بیمار با نارسایی مزمن کلیه در طی دو سال تشخیص داده شد که با توجه به جمعیت تحت پوشش که طبق آخرین سرشماری ۷۶۹۰۰۰ نفر در شهرستانهای اراک، شازند و آشتیان بوده است، میزان بروز سالانه حدود ۸۲/۳ نفر در میلیون است که مسلماً شامل همه بیماران با نارسایی مزمن کلیه در این منطقه نمی‌شود ولی با توجه به آنچه که در مقدمه بیان شد تا حدودی برآورد واقع‌گرایانه از میزان نارسایی مزمن کلیه است. از ۷۶۹۰۰۰ جمعیت این سه شهرستان ۴۴٪ روستایی و ۶۶٪ شهری و از ۱۲۷ بیمار مورد مطالعه و تشخیص داده شده ۲۷ نفر، (۲۱/۲۵٪) روستایی و ۱۰۰ نفر (۷۸/۷۵٪) شهری بوده‌اند به نظر می‌رسد که مشکلات مراجعه و تشخیص و پیگیری درمانی در روستاها عامل ارزشیابی پایین‌تر بیماران روستایی از میزان واقعی بوده باشد.

در این مطالعه از ۱۲۷ مورد بیمار مزمن کلیوی ۵۶ نفر زن (۴۴/۱٪) و ۷۱ مورد مرد (۵۵/۹٪) بودند. با توجه به جدول شماره یک گلو مرونفریت با ۲۷/۵٪ در صدر عوامل زمینه ساز نارسایی کلیه و فشارخون با ۲۶٪ در ردیف دوم و دیابت با ۱۸٪ در ریف سوم است که در مقایسه با کشورهای غربی (طبق مطالعه انجام شده در آمریکا در سال ۱۹۹۵ از ۲۵۷۲۶۶ مورد بیمار با نارسایی مزمن کلیه)، ۳۱/۴ درصد دیابت نروپاتی ۲۴/۸٪ فشارخون ۱۸/۲ گلو مرونفریت و ۴/۹٪ کلیه پلی کیستیک (۶ و ۵) به نظر می‌رسد مشکلات اقتصادی، اجتماعی در پیگیری درمانی گلو مرونفریت‌ها و فشارخون در روند ناقص درمانی عامل این تغییر و

جابجایی در ایران باشد.

بیماری‌های مادرزادی با شیوع ۸/۸٪ از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است. از نظر توزیع سنی بیشترین بیماران در گروه سنی ۶۵-۵۶ سالگی قرار دارند و بیشترین عامل نارسایی مزمن کلیه نیز در مجموع فشارخون و دیابت در بین بالغین است و در سنین نوجوانی و جوانی بخصوص در میان بانوان گلو مرونفریت‌ها و ازکولیت‌ها عامل عمده نارسایی مزمن کلیه می‌باشد.

۶۸/۵٪ بیماران بعد از سن میان سالی (بعد از ۴۵ سالگی) مبتلا به نارسایی کلیه می‌شوند (جدول شماره ۲) که فشارخون، دیابت و اوروپاتی‌های انسدادی و بیماری‌های مادرزادی بخصوص کلیه پلی کیستیک عامل عمده نارسایی مزمن کلیه در این گروه‌های سنی بوده‌اند.

از میان جمعیت مورد مطالعه ۲۰ نفر پیوند موفق داشته‌اند و سی و سه نفر فوت شده‌اند که بیشتر در گروه سنی بالا و بیمارانی که تواماً بیماری‌های دیگری مانند ایسکمی قلبی، سکنه‌های مغزی، اوروپاتی‌های انسدادی و کانسرها و عوارض دیگر همراه داشته‌اند بوده است.

از طرف دیگر نارسایی کلیه در زمینه بیماری‌های زنان و زایمان به میزان ۴٪ از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است.

در پایان موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱- با توجه به اینکه در ایران نیز مانند سایر کشورها گلو مرونفریت و فشارخون و دیابت عامل اصلی نارسایی مزمن کلیه است از طریق وسایل ارتباط جمعی و چاپ تراکت، می‌توان روش درست پیشگیری و اهمیت کنترل و پیگیری درمانی این بیماری‌ها بویژه گلو مرونفریت‌ها و فشارخون را به مردم آموزش داد و روند ابتلا به نارسایی مزمن کلیه را کاهش داد.

۲- از طریق مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری با تشکیل پرونده و پیگیری منظم در آموزش و راهنمایی

بیماران سعی در پیشگیری از بروز عوارض دیررس این بیماریها نمود.

۳- بانوان باردار تحت مراقبت دقیقتر قرار گیرند و سنین مناسب باروری آموزش داده شود و در صورت بروز عوارض از طریق مراکز بهداشتی درمانی پیگیری جدی تری بخصوص در جهت پیگیری عوارض بعد از سقط و زایمان و درمان آنها با ایجاد شبکه صحیح ارجاع و ایجاد ارتباط متقابل بین بیمارستان و مرکز ارجاع دهنده نمود.

REFERENCES

- ۱- نشریه مرکز همودیا لیز ایران، تهران، ۱۳۷۱، جلد اول، ص ۵۶-۵۲.
- ۲- نشریه انجمن حمایت از بیماران کلیوی، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۴۷، جلد سوم، ص ۴۸-۵۱.
- ۳- م. فرهودی، دکتر م. جهانیان، بررسی های بالینی و آزمایشگاهی ۸۶۴ مورد بیمار مبتلا به نارسایی کلیه دکتر مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی، مشهد سال سی ام، زمستان ۱۳۶۸، ۱۱-۳۲.
- ۴- مرکز بهداشت استان مرکزی، آخرین سرشماری جمعیتی، نشریه مرکز بهداشت، ۱۳۷۵، ص ۱۰-۱.
- 5- Fauci, B., Harrison's principles of internal medicine,, New York, McGraw-Hill, 1995, 2, 14th ed., PP: 1513-1514.
- 6- Mary, S., Renal failure in patients with hypertension, Am. J. Kid. Dis., 1997, 30(2),41-46.

