

ازکارهای بخش طبی ۱ بیمارستان پهلوی

بررسی ۲۲ مورد دیالیز صفاقی

دکتر محمدعلی نیکخوا * دکتر محسن نقیسی**

کلیه‌ها در بدن اعمال مهم و شگرفی را عهده دارند و باید اذعان کرد که با مطالعات و تحقیقات پی‌گیر و مداوم هنوز به تمام اعمال این عضو برجسته بدن وقوف کامل حاصل نشده است و در بین اعمال مختلف و مهم مکشوفه این عضو، دو عمل ذیل شاید بیش از همه حائز اهمیت هستند و تا حدودی چگونگی کار کلیه و اعمال نفوذ آن در این دو عمل برای مصنفان و فیزیولوژیست‌ها محقق و روشن شده است. این دو عمل مهم عبارتند از:

الف - عمل دفعی روی مواد از ته‌زائد ناشی از کاتابولیسم سلولی (کاتابولیت‌ها) و سموم از بدن.

ب - تنظیم محیط داخلی بدن (مایع خارج سلولی) از نظر میزان آب و الکترولیت‌ها و حالت اسید و باز و غیره.

لازم بیاد آوری نیست که کلیه‌ها در بدن اعمال دیگر شناخته شده دارند بخصوص امروز ترشحات داخلی آن بیش از پیش مورد دقت و توجه دانشمندان قرار گرفته است.

وقتی آسیب و آزرده‌گی کلیه‌ها بشدتی بود که اعمال عمده کلیه‌ها را متوقف نمود دو عمل فوق دستخوش اختلال قرار می‌گیرد. و نتیجه آن آشفته‌گی و بی‌نظمی عجیب در بدن بوده و همه علائم بالینی مختلف بیماران ترجمان این بی‌نظمی در محیط داخلی بدن می‌باشد.

* دانشیار بخش طبی ۱ بیمارستان پهلوی

** استادیار بخش طبی ۱ بیمارستان پهلوی

وقتی اعمال کلیه متوقف شد از يك طرف دفع و خروج مواد از ته زائد ناشی از کاتابولیسیم سلولی و سموم دیگر از بدن مختل شده منجر به احتباس این مواد سمی در بدن خواهد شد و از طرف دیگر يك بی‌نظمی و عدم تعادل در میزان آب و الکترولیت و حالت اسید و باز بدن بوجود می‌آید که بمراتب خطرناک‌تر از احتباس مواد سمی فوق است و هر يك از بی‌نظمی‌های مختلف داخلی به تنهایی قادرند بیمار را از پای در آورند.

بهبود و ترمیم آزرده‌گی کلیه‌ها و بطور کلی برگشت بحال اولیه گاهی بتأخیر می‌افتد و تدابیر طبی و استحفاظی، کافی جهت حفظ بیمار در این مدت بحرانی (مدتی که بیمار دچار آنوری است) نخواهد بود در چنین مواردی است که نیاز مبرم به استفاده از وسایل و تدابیر دیگری که تحت عنوان دیالیز است و تا حدودی کار کلیه‌ها را بطور موقت انجام می‌دهند بوجود می‌آید (دفع مواد از ته زائد و تنظیم محیط داخلی) و بدن فرصت کافی و مقاومت لازم را خواهد یافت تا در مقابل این بی‌نظمی تاب مقاومت آورده دوران خطرناک آنوری را پشت سرگذارد تا کلیه‌ها سلامت خود را بازیابند. از مدتها قبل فکر تهیه اسباب و انجام عملی که بتواند تا حدودی کار بعضی از اعضاء را هنگام بیماری و آسیب انجام دهد محققین و اطباء را بخود مشغول نموده است خوشبختانه تا امروز در مورد بعضی اعضاء توفیق‌هایی نصیب دانشمندان شده و بجرأت می‌توان ادعا نمود که پیشرفت در مورد کلیه از سایر اعضاء پیشی گرفته و گوی سبقت را ربوده است. در سال ۱۹۴۶ کلف (Kolf) پزشک جوان هلندی بسا عرضه نمودن کلیه مصنوعی ساده خود این فکر را در مورد کلیه جامعه عمل بخود پوشاند و از آن موقع گام بزرگی در درمان بیماریهای کلیه برداشته شد و در ابتدا این دستگاه در نارسائی کلیوی جاد قابل برگشت بکار رفت و بحق می‌توان ادعا نمود که تا کنون عدهٔ بیشماری از اینگونه بیماران در سراسر جهان بوسیلهٔ این دستگاه از مرگ حتمی نجات یافته‌اند.

در کلیه مصنوعی که يك همودیالیز خارج بدنی است برای صافی از يك غشاء نیمه تراوی صناعی بنام سلوفان (Cellophane) استفاده می‌گردد که يك طرف آن خون بیمار و طرف دیگر آن مایع دیالیز جریان دارد. نقل و انتقال و تبادل یونی و مواد محلول در دو طرف آن بر حسب قوانین اسمزی و انتشار از جدار سلوفان خواهد گذشت. کلیه مصنوعی مخلوق کلف هلندی ابتدا در بستون بوسیله مریل (Merrill)

و بعد در پاریس بوسیلهٔ ریشه (Richet) تغییراتی یافت و تکمیل شد. امروز نمونه‌های مختلف بر اساس همان نمونه کلف ساخته می‌شود که ساده و کوچک و قابل حمل است و میتوان آنرا بسهولت در منازل و اطاق خود بیمار مورد استفاده قرار داد. بطوریکه کلیه مصنوعی که در ابتدا منحصر به بیمارستان‌های بزرگ و مجهز و مستلزم افرادی کاردان بود امروز بخاطر تکمیل دستگاه و سهولت کار به منازل بیماران برده می‌شود و در کنار تخت آنها بوسیله یک پرستار مورد استفاده قرار می‌گیرد و این کار در آتیه نزدیکی توسط خود بیمار انجام خواهد گرفت.

در سال ۱۹۶۲ اسکرابینر (Scribner) با قراردادن لولهٔ در شریان و ورید (شنت اسکرابینر)، امکان تکرار کلیه مصنوعی در بیماران مبتلا به نارسائی مزمن غیر قابل برگشت کلیه آغاز شد و این طریقه درمان برای بیماران مبتلا به نفریت مزمن امروز در سراسر جهان مورد توجه قرار گرفته است هم‌اکنون تعداد زیادی از بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه با این وسیله تحت مداوا بوده و این وسیله توانسته آنها را مدت‌ها زنده نگاهدارد ولی باید اذعان کرد که درمان با این وسیله هنوز مستلزم مخارج زیادی برای بیماران می‌باشد که انجام آن برای همهٔ بیماران مقدور نیست. کلیه مصنوعی بخش طبی ۱ بیمارستان پهلوی از آغاز کار بیشتر در مداوای نارسائی‌های حاد کلیه بکار رفته و کمتر در نارسائی‌های مزمن بکار برده‌ایم و موارد متعدد درمان با کلیه مصنوعی را منتشر نموده‌ایم ولی در آتیه ما تصمیم داریم بوسیلهٔ شنت اسکرابینر نارسائی‌های مزمن غیر قابل برگشت را با آن تحت مداوا قرار دهیم.

دیالیز صفاقی

روش دیگر از تصفیه‌های خارج کلیوی دیالیز صفاقی است که در داخل بدن با استفاده از پریتوان بعنوان صافی انجام می‌گیرد و بخاطر سهولت کار و مخارج کم این طریقه تصفیه امروز خیلی مورد توجه مراکز تخصصی بیماریهای کلیه است. و بتدریج جای کلیه مصنوعی را در این مراکز اشغال نموده است. در بخش طبی ۱ بیمارستان پهلوی از این وسیله نیز در درمان نارسائی‌های کلیوی استفاده می‌شود که اینک ۲۳ مورد آنرا مورد بررسی قرار می‌دهیم.

برای اولین بار گانتر (Ganter) در سال ۱۹۳۳ متوجه حالت قابلیت نفوذپذیری غشاء پریتوان و استفاده از آن برای تصفیه گردید و مصنفین بعدی برای خروج اوره

و بعضی الکترولیت‌های دیگر از بدن بیماران مبتلا به اورمی به‌شستشوی پریتوان اقدام نمودند (Peritoneal lavage). در سال ۱۹۴۷ گزارش‌های متعددی در خصوص مداوای نارسائی حاد کلیه متعاقب انتقال خون‌های ناسجور بوسیلهٔ دیالیز صفاقی منتشر شد.

درفرانسه درو (Drot) در سال ۱۹۴۸ چند مورد دیالیز صفاقی را در بیماران مبتلا به اورمی متعاقب عفونت بعد از سقط و مسمومیت با کلرات دوسود گزارش کرد.

در سال ۱۹۵۰ استفاده از آن در مداوای خیزهای شدید نفروز لیپیدی (Nephrose lipoidique) منتشر شد وقتی کلیه مصنوعی معمول گردید تامدتی دیالیز صفاقی در بوته فراموشی قرار گرفت ولی از سال ۱۹۵۹ بعد دوباره دیالیز صفاقی توجه کارشناسان بیماریهای کلیه را بخود جلب نمود و بخصوص در کشورهای آمریکا و انگلستان استقبال عجیبی از آن در مداوای نارسائی‌های کلیه بعمل آمد. استفاده از آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف و جدید برای جلوگیری و مداوای عفونت احتمالی پریتوان و سهولت انجام آن و هزینه کم موجب شده که جای کلیه مصنوعی را اشغال نماید و امروز آمارها و گزارش‌های متعدد از این طریقه تصفیه خارج کلیوی در مجلات پزشکی جهان به چشم می‌خورد. در سال ۱۹۶۲ مریل با قراردادن لوله در جدار شکم استفاده تکراری از دیالیز صفاقی را جهت مداوای نارسائی‌های مزمن کلیه آغاز نمود و با این روش ازسوراخ نمودن مجدد شکم برای هر بار دیالیز صفاقی جلوگیری خواهد شد.

باید یاد آور شد که کلیه مصنوعی عمل تصفیه را خیلی سریع‌تر از دیالیز صفاقی انجام می‌دهد بطوریکه ۴ تا ۶ ساعت استفاده از کلیه مصنوعی مساوی با ۳۶ تا ۴۸ ساعت دیالیز صفاقی است. و امروز فقط در مواردی که نیاز بسرعت عمل باشد به کلیه مصنوعی متوسل می‌شوند و گرنه تقریباً همیشه می‌توان از دیالیز صفاقی استفاده نمود و کلیه مصنوعی بیشتر جهت انجام دیالیزهای تکراری برای مداوای بیماران مبتلا به نفریت مزمن بکار می‌رود و همانطور که قبلاً بیان شد کلیه‌های مصنوعی خیلی کوچک و قابل حمل ساخته شده که براحتی می‌توان جهت نارسائی مزمن کلیه حتی در خانه بیمار بکار برد.

درد و جدول ذیل معایب و محاسن هر یک از این دو طریقه تصفیه خلاصه شده است :

جدول ۱ - بررسی امتیازات و معایب کلیه مصنوعی

- | معایب | امتیازات |
|--|-----------------------------|
| ۱- لزوم استفاده از مواد ضد انعقادی | ۱- مدت کوتاه برای دیالیز |
| ۲- نیاز به خون برای پر کردن دستگاه | ۲- تقریباً همیشه مؤثر است |
| ۳- نیاز به افراد کاردان | ۳- توانائی زیاد در دفع سموم |
| ۴- لزوم یک مرکز مخصوص دیالیز | ۴- ناچیز بودن خطر عفونت |
| ۵- گاهی نیاز به همپارین درمانی موضعی در خارج بدن | |
| ۶- پیچیده و مشکل بودن عمل | |
| ۷- وجود خطرات ذیل : | |
| - خون ریزی | |
| - آریتمی قلب | |
| - تغییرات ناگهانی ترکیبات مایع خارج سلولی | |
| - شوک های هیپوولمی | |
| - اولیگوری های بعد از دیالیز | |
| ۸- بالاخره هزینه زیاد | |

جدول ۲ - بررسی امتیازات و معایب دیالیز صفاقی

- | معایب | امتیازات |
|--------------------------------|------------------------------------|
| ۱- لزوم مدت طولانی برای دیالیز | ۱- نیاز کم بافراد کاردان |
| ۲- توانائی ضعیف در دفع سموم | ۲- سهولت انجام کار |
| ۳- موجب بالا رفتن دیافراگم | ۳- سادگی عمل |
| ۴- خطرات ذیل موجود است : | ۴- نیاز خیلی کم به مواد ضد انعقادی |
| - پریتونیت | ۵- بدون نیاز به مراکز دیالیز |
| - خون ریزی | ۶- بدون نیاز به خون |
| - سوراخ شدن روده یا مثانه | ۷- مورد استفاده در اطفال |
| - خیز زبر جلد | |
| - درد شکم | |

روش عمل دیالیز صفاقی - دیالیز صفاقی یک طریقه نسبتاً ساده است که غیر از قرار دادن لوله در داخل حفره صفاق بقیه کار آن بوسیله یک پرستار آزموده و تمرین یافته انجام خواهد گرفت. ابتدا مثانه را بوسیله لوله ای کاملاً خالی می نمایم

زیرا خطر پاره شدن مثانه همیشه موجود است. در زیر ناف در خط وسط بوسيله تروکار مخصوص لوله دیالیز را در صفاق قرار میدهیم ممکن است در ابتدا دولیتر از مایع دیالیز سریع وارد حفره صفاق نمود (بوسيله يك سوزن نمره ۱۴) و سپس بوسيله تروکار لوله گذاری در حفره صفاق نمود. تمام این اعمال باید در اطاق جداگانه و تمیز و بالباس تمیز شبیه به يك عمل جراحی انجام شود زیرا کوچکترین بی احتیاطی عفونت صفاق را موجب خواهد شد. لوله را بجدار شکم ثابت نموده و بوسيله يك سه راه ورود و خروج مایع دیالیز به داخل شکم انجام می گردد ابتدا دولیتر مایع داخل شکم وارد میشود (در کودکان يك لیتر و گاهی کمتر) بعد ۴۵ دقیقه تا یکساعت مایع را در حفره پریتون نگه داشته و سپس آنرا خارج می کنیم. این عمل مدت ۳۶ تا ۴۸ ساعت باید ادامه یابد در ضمن دیالیز گاه گاهی اوره و الکترولیت های خون باید بررسی شوند وقتی این عناصر بمیزان مطلوب رسیدند باید دیالیز قطع شود. در بازار محلولهای دیالیز آماده در شیشه های يك یا دو لیتری وجود دارد که از نظر ترکیب شبیه پلاسماي بدون پروتئین است و بصورت ایزوتونیک و هیپرتونیک (بر حسب مقدار گلوکز) موجود است.

جدول ۳ - ترکیب مایع دیالیز

نوع مایع دیالیز	دکستروز گرم در صد	سدیم میلی اکیوالان در لیتر	پتاسیم میلی اکیوالان در لیتر	منیزیم میلی اکیوالان در لیتر	کلر میلی اکیوالان در لیتر	استات میلی اکیوالان در لیتر
محلول ایزوتونیک	۱۳۶	۱۴۱	۳۳۶	۱۷۵	۱۰۰	۴۵
محلول هیپرتونیک	۶۳۴	۱۴۱	۳۳۶	۱۷۵	۱۰۰	۴۵

محلولها معمولاً بدون پتاسیم تهیه می شوند چنانچه پتاسیم بیمار در حدود طبیعی بود پتاسیم در حین عمل بآن اضافه می شود تا غلظت فوق بدست آید (بصورت محلول کلرور دوپتاسیم).

محلولهای هیپرتونیک در مداوای خیزهای شدید و بطور کلی برای کشیدن آب از بدن بکار خواهد رفت و در سایر موارد از محلول ایزوتونیک استفاده می شود. برای جلوگیری از عفونت احتمالی پریتون به محلول دیالیز از آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف میتوان اضافه نمود (از تتراسیکلین وریدی ۱۲۷۵ میلی گرام برای هر لیتر یا آنتی بیوتیک دیگر) بعضی از مصنفین از ابتدا آنتی بیوتیک اضافه نمی کنند

وصبر میکنند تا موقعی که رنگ مایع دیالیز خروجی از شکم کدر شود (و در اینصورت احتمال عفونت صفاق بود) آنتی بیوتیک را به محلولهای دیالیز اضافه خواهند نمود توصیه می شود در صورت امکان گاه گاهی از مایع دیالیز خروجی از شکم کشت انجام شود و در صورت مثبت بودن فوراً آنتی بیوگرام نموده و آنتی بیوتیک انتخابی بکار رود. برای جلوگیری از رسوب فیبرین در سوراخهای لوله صفاق بهر دو لیتر مایع دیالیز مقدار خیلی جزئی در حدود ۲۵ تا ۳۱ میلی گرام هپارین اضافه خواهد شد. در پایان کار باید کوشش نمود که تمام مایعات داخل حفره صفاق خارج شده و سپس لوله را بیرون کشیده و جای آنرا پانسمان می کنیم یک نمونه از مایع خروجی برای کشت فرستاده می شود در حین کار باید نبض و فشار خون بیمار بخصوص در صورت امکان وزن بیمار مورد بررسی قرار گیرد و در ورقه ای ثبت گردد در همین ورقه مقادیر ورود و خروج مایع دیالیز در ساعت های معین نیز نوشته خواهد شد. در موارد ذیل حتی المقدور از بکار بردن دیالیز صفاقی خودداری می گردد:

چسبندگیهای زیاد قبلی در صفاق - صدمات و سوختگی های جدار شکم -
گانگرن امعاء شکمی - پیوندهای تازه ازت - هماتوم زیاد در داخل صفاق - وجود
درن در شکم - اختلال انعقادی شدید .

بطور کلی در موارد ذیل از دیالیز (کلیه مصنوعی یا دیالیز صفاقی) میتوان استفاده نمود:

- ۱ - نارسائی حاد و مزمن کلیه (اغماء - تشنج - بهت و گیجی و ناراحتیهای عصبی - پیشرفت سریع بیماری) .
- ۲ - احتباس شدید آب در بدن (خیزهای شدید و مقاوم بدرمان در جریان نارسائی قلبی و سندرم نفروتیک - خیز حاد ریه) .
- ۳ - اختلال و بی نظمی در الکترولیتها (زیادی پتاسیم خون - کمی یا زیادی سدیم خون - آسیدوز متابولیک) .
- ۴ - مسمومیت های حاد دارویی .
- ۵ - اغماء کبدی .

در بخش طبی ۱ بیمارستان پهلوی ۲۳ مورد دیالیز صفاقی در سه سال اخیر انجام گرفته است هفده مورد آنها دچار نارسائی مزمن کلیه بوده و شش مورد بقیه مبتلا به نارسائی حاد کلیه بوده اند . و در جدول ذیل مشخصات آنها بطور اختصار قبل از دیالیز ذکر شده است . مدت دیالیز بین ۱۰ ساعت تا سه روز بوده است .

جدول ۴ - بررسی وضع بیماران با نارسائی مزمن کلیه قبل از دیالیز صفاقی

شماره	جنس و سن	حالت اغماء	اوره خون	سدیم خون	پتاسیم خون	تشخیص بیماری
۱	مرد ۴۰	بدون اغماء	۳۱	۱۴۰	۵۸	سرطان کلیه
۲	مرد ۳۰	با اغماء	۵۲	۱۲۲	۸	گلومرولونفریت مزمن
۳	زن ۲۱	با اغماء	۳۳۵	۱۴۵	۴۳	گلومرولونفریت مزمن
۴	زن ۲۵	با اغماء	۲	۱۳۲	۴۲	نفریت مزمن
۵	زن ۳۹	با اغماء	۴۲۰	۱۴۴	۴۸	نفریت مزمن
۶	مرد ۲۷	بدون اغماء	۴	۱۲۴	۳۶	نفروآنژیواسکلروز
۷	زن ۳۱	با اغماء	۳	۱۲۶	۴۶	گلومرولونفریت مزمن
۸	زن ۲۰	با اغماء	۲۷۰	۱۳۶	۶۲	نفریت مزمن
۹	مرد ۳۴	بدون اغماء	۳۸	۱۴۰	۴۷	نفریت مزمن
۱۰	زن ۳۶	با اغماء	۴	۱۴۰	۶	پیلونفریت مزمن
۱۱	زن ۲۵	بدون اغماء	۳	۱۲۶	۴۷	نفریت مزمن
۱۲	مرد ۵۴	بدون اغماء	۴۵	۱۳۰	۶۵	نفروآنژیواسکلروز
۱۳	زن ۴۵	بدون اغماء	۲۵	۱۳۰	۷۵	نفروآنژیواسکلروز
۱۴	زن ۱۴	با اغماء	۵۵	۱۳۵	۴۲	پیلونفریت مزمن
۱۵	مرد ۲۳	-	۳	۱۴۰	۶۴	گلومرولونفریت تحت حاد
۱۶	مرد ۲۳	-	۱۳۰	۱۲۸	۴۴	سندرم نفروتیک و خیزشده
۱۷	مرد ۲۵	-	۲۶۰	۱۳۲	۴۵	نفروپاتی تحت حاد

اوره بر حسب گرم در لیتر و سدیم و پتاسیم بر حسب میلی اکیوالان در لیتر

جدول ۵ - بررسی وضع بیماران با نارسائی مزمن کلیه بعد از دیالیز صفاقی

شماره	اوره خون	سدیم	پتاسیم	حالت اغماء	وضع بیمار متعاقب دیالیز
۱	۲۲۰	۱۲۰	۴۰۶	--	۴ روز بعد فوت نمود
۲	۳۳۵	۱۳۶	۶۰۶	از اغماء خارج	۸ روز بعد فوت نمود
۳	۳	۱۲۴	۴۰۲	»	۱۱ » » » »
۴	-	-	-	با اغماء	» »
۵	۲۰۵	۱۴۰	۵۰۷	از اغماء خارج	۵ » » » »
۶	۲۶۴	۱۳۶	۳۰۶	»	با بهبودی نسبی مرخص شد
۷	۱۰۵	۱۳۰	۴۰۱	»	۷ روز بعد فوت نمود
۸	۱۰۳۶	۱۲۶	۴۰۱	»	با بهبودی مرخص گردید
۹	۱۰۸	۱۳۷	۴۰۷	»	۱۳ روز بعد فوت
۱۰	۲۰۵	۱۳۸	۴۰۷	»	۱۲ روز بعد فوت
۱۱	۲۰۱	۱۲۸	۴۰۸	»	با بهبودی نسبی مرخص
۱۲	۱۰۵	۱۳۵	۴	-	۱۵ روز بعد فوت
۱۳	۱	۱۴۲	۴	-	۸ روز بعد فوت
۱۴	-	-	-	با اغماء	فوت نمود
۱۵	۲	۱۲۸	۴	-	با بهبودی نسبی مرخص شد
۱۶	۱۰۲۰	-	-	-	۱۴ روز بعد فوت
۱۷	-	-	-	-	فوت نمود

اوره خون بر حسب گرم در لیتر - سدیم و پتاسیم بر حسب میلی اکیوالان در لیتر خون

همانطور که ملاحظه میشود بیمارانی که در بخش طبیبی ۱ تحت مداوای با دیالیز صفاقی قرار گرفته اند ۶ مورد دچار نارسائی حاد کلیه و بقیه مبتلا به نارسائی مزمن پیشرفته کلیه بودند از ۶ مورد نفروپاتی حاد چهار مورد گلو مریولو نفریت حاد و دو مورد توبولو نفریت حاد بوده و در سری نارسائی مزمن کلیه تنها یک مورد دچار سرطان کلیه بود و بقیه دچار نفریت مزمن بودند در بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه با استثناء ۴ مورد بقیه تقریباً مراحل انتهائی بیماری خود را طی می کردند بطوریکه در دو مورد فرتمان پریکارڈ نیز ظاهر شده بود .

از ۱۷ مورد نارسائی مزمن کلیه فقط در چهار مورد متعاقب دیالیز صفاقی

جدول ۶ - بررسی وضع بیماران با نارسائی حاد کلیه قبل از دیالیز صفاقی

شماره	جنس و سن	حالت اغماء	اوره	سدیم	پتاسیم	ذخیره قلبیائی	تشخیص
۱	مرد ۳۰	با اغماء	۳۰۲۵	۱۴۰	۶	۲۰	توبولونفریت حاد
۲	زن ۱۴	-	۱۰۹۰	۱۳۵	۷۰۲	-	گلو مریولونفریت حاد
۳	زن ۲۵	-	۳۰۳	۱۴۸	۷۰۹	۴۰۵	گلو مریولونفریت حاد
۴	مرد ۱۸	با اغماء	۱۰۹۰	۱۳۸	۶۰۹	-	گلو مریولونفریت حاد
۵	زن ۱۹	با اغماء	۳۰۵	۱۲۰	۸۰۵	۸	گلو مریولونفریت حاد
۶	مرد ۲۳	-	۲۰۷۰	۱۴۰	۶۰۸	۱۵۰۸	توبولونفریت حاد

جدول ۷ - بررسی وضع بیماران با نارسائی حاد کلیه بعد از دیالیز صفاقی

شماره	اوره	سدیم	پتاسیم	ذخیره قلبیائی	حالت اغماء	وضع بیمار بعد از دیالیز
۱	۲۰۱۰	۱۳۵	۴	-	از اغماء خارج	بهبودی
۲	۱۰۷۰	۱۴۰	۵	-	-	فوت
۳	۱۰۴۰	۱۳۸	۴۰۲	۱۰	-	فوت
۴	۱۰۳۰	۱۲۸	۴۰۵	-	از اغماء خارج	بهبودی
۵	۱۰۸۰	۱۴۳	۵۰۴	۱۳۰۴	»	بهبودی
۶	۲	۱۲۶	۴۰۷	-	-	بهبودی

بهبودی حاصل شد و بیماران از اغماء خارج شدند و با وضع نسبتاً متعادلی مرخص گردیدند ولی بقیه بیماران با وجودیکه بعد از دیالیز صفاقی از اغماء خارج شدند فقط بین چندروز تا چند هفته حالشان نسبتاً خوب بود و بعد حالشان مجدداً وخیم شد و فوت نمودند. کالبدشکافی دومورد آنها که میسر شد نفریت مزمن پیشرفته و اسکروزه را نشان داد. از بررسی آمار کوچک فوق چنین استنباط می گردد که دیالیز اعم از کلیه مصنوعی یا دیالیز صفاقی در نارسائی حاد قابل برگشت فوق العاده مؤثر و نجات بخش

است و حال آنکه در نارسائی مزمن کلیه بخصوص در مراحل انتهائی و پیشرفته چندان مؤثر نیست و تعداد آنهائی که دچار حمله حاد مزمن باشند زیاد نیست و تنها با تکرار مداوم کلیه مصنوعی یا دیالیز صفاقی است که آنها را میتوان برای مدتی زنده نگاه داشت .

جدول ۸- درمان ۲۳ مورد نارسائی کلیه با دیالیز صفاقی

نارسائی مزمن کلیه ۱۷ مورد	نارسائی حاد کلیه ۶ مورد
گلو مریولو نفریت مزمن ۷ مورد	گلو مریولو نفریت حاد ۴ مورد
پیلو نفریت مزمن ۲ مورد	توبولو نفریت حاد ۲ مورد
نفرو آنژیواسکلروز ۴ مورد	بهبودی ۴ مورد
نفریت مزمن ۳ مورد	فوت ۲ مورد
سرطان کلیه ۱ مورد	
بهبودی ۴ مورد	
فوت ۱۳ مورد	

بررسی آمارهای مراکز تخصصی بیماریهای کلیه کشورهای خارج نیز مؤید آمار بخش طبی ۱ بیمارستان پهلوی است و برای نمونه آمار ذیل که از یکی از مراکز بیماریهای کلیه انگلستان است در اینجا مورد دقت قرار میگیرد چنانچه ملاحظه میشود نسبت مرگ و میر در نارسائی حاد کلیه که با دیالیز (کلیه مصنوعی یا دیالیز صفاقی) درمان شده اند نسبتاً کم است بطوریکه در يك سری ۵۸ درصد و در سری دیگر ۶۰ درصد مرگ و میر داشته اند و حال آنکه نسبت مرگ و میر در سری نارسائی مزمن کلیه فوق العاده بالا بوده بطوریکه در يك سری از ۳۵ مورد که با دیالیز صفاقی تحت مداوا قرار گرفته اند ۲۹ نفر فوت نموده اند (۸۳ درصد مرگ و میر) و در سری دیگر که ۶ نفر مبتلا به نارسائی مزمن کلیه بوده و با کلیه مصنوعی مداوا شده اند همگی فوت نموده اند (۱۰۰ درصد مرگ).

خلاصه و نتیجه

کلیه مصنوعی و دیالیز صفاقی دو طریقۀ تصفیه خارج کلیوی هستند که امروز در مداوای نارسائی های کلیوی اعم از حاد یا مزمن نقش عمده ای را بازی می کنند دیالیز صفاقی بخاطر سهولت کار و سادگی دستگاه و هزینه کم امروز خیلی مورد توجه

مراکز بیماریهای کلیوی است بطوریکه بتدریج دیالیز صفاقی جای کلیه مصنوعی را در این مراکز گرفته است .

کلیه مصنوعی امروز بیشتر برای مداوای نارسائیهای مزمن غیر قابل برگشت با روش تکراری بکار میرود و با وجود تکمیل این دستگاه هنوز مستلزم هزینه هنگفتی برای بیمار میباشد بهمین جهت برای درمان همهٔ بیماران نفریت مزمنی میسر نیست . دیالیز صفاقی غالباً برای درمان نارسائیهای حاد کلیه است ولی در موارد دیگر نیز مورد استفاده قرار خواهد گرفت .

در این مقاله ۲۳ مورد بیمار مبتلا به نارسائی کلیه (۶ مورد حاد و ۱۷ مورد مزمن) در بخش طبیبی ۱ بیمارستان پهلوی تحت درمان قرار گرفته اند از ۶ مورد نارسائی حاد کلیه چهار مورد گلو مرنلو نفریت حاد و دو مورد توبولو نفریت حاد داشتند که از این عده ۴ مورد با بهبود کامل از بیمارستان مرخص شدند. از ۱۷ مورد نارسائی مزمن کلیه تنها چهار مورد بهبودی نسبی یافته و بقیه چون مراحل انتهائی بیماری خود را طی میکردند فوت نمودند .

Reference ماخذ

- 1- W. B. Thomson. Peritoneal Dialysis' British medical journal April 1967 page 932.
- 2- Robert. E. Stevens Peritoneal Dialysis JAMAS Dec. 1964 page 1119 Vol 190 No 13
- 3- J. Anderson Hemodialysis in infants and Small children British medical journal 19 May 1965 page 1405
- 4- JAMESE Clark M. D. Indications for dialysis the medical clinic of north America Dept. 1965 No 5
- 5- J. H. Stewart. L. A Tuckwell peritoneal and Hemodialysis the Quarterly Journal of medicin No 189 July 1966
- 6- Russell A. Palmer, treatment of chronic renal failure by prolonged pritoneal dialysis. New England Journal of medicin 1966 No 5