بررسی فراوانی اوسنتودیستروفی کلیوی در بیماران همودیالیزی

بیمارستان فاطمه زهرا ساری در سال 1377

مربی برزین (M.D.)* ام البنین تازیکی (M.D.)** پژوهشی (M.D.)***

چکیده

سابقه و هدف: اوسنتودیستروفی کلیوی ناشاندهنده عوارض اسکلتی در مراحل انتهایی بیماری مزمن کلیوی است. از آنجا که امروزه اکثر بیماران با استفاده از روش‌های نگهدارنده و دیالیز به مدت طولانی زندگی مانندند و تعداد زیادی از آنها از نوآوری گرفتن و دیده می‌شود که در صورت عدم درمان برای بیماران عوارضی را به وجود می‌آورند، این بررسی به منظور تیپسین میزان شیوع عارضه فوق در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز مراجعه کرده нам. در مطالعه زهرا ساریی در سال 1377 صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: تحقیق به روش توصیفی بر روی 41 بیمار مبتلا به نارسایی کلیه که به طور مداوم تحت همودیالیز (تخته‌ای سه بار و هر بار به مدت 4 ساعت) قادر داشتند و پس از توضع طرح خاصی به همکاری شدند، صورت گرفت. برای هر بیمار 9 کلیشه رادیوگرافی از دسته‌ها، رخ فنجین، رخ لگن، رخ جمجمه، رخ و ریخن فقرات کمری، و رخ زانوها به ترتیب گرفته و توسط رادیولوژیست مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: از 41 مورد 12 نفر (37%) و 19 نفر (46%) از میان 84 نفر (با میانگین سن 49 سال و محدوده سنی 16-70 سال بودند. تعداد 34 نفر (82%) از مجموع 41 مورد بررسی تغییرات رادیولوژیک به نفع اوسنتودیسترتو را نشان دادند که این تعداد 136% می‌باشد. درمان داده شده که این تعداد 116% می‌باشد. اوسنتودیسترتو را نشان دادند که این تعداد 116% می‌باشد. اوسنتودیسترتو را نشان دادند که این تعداد 116% می‌باشد.

استنتاج: میزان شیوع اوسنتودیستروفی کلیوی در بیماران همودیالیزی بیمارستان حضرت قاطعه زهرا ساریی نسبتاً بالا می‌باشد. این تحقیق به منظور تشخیص به نوع انجام گرفته تا برنامه‌ریزی از بروز نارسایی کلیوی از بروز عارضه آن تا نیشگیری به عمل آید. واژه‌های کلیدی: نارسایی مزمن کلیوی، اوسنتودیستروفی کلیوی، همودیالیز

مقدمه

اوسنتودیستروفی کلیوی (1) و اکتش اسکلتی بدن در بیماری مزمن کلیوی است. در گذشته این بیماران آنقدر زندگی می‌مانندند تا پلاکاس استخوانی در آنها ظاهر شود. اما با یک فرآیند تکنیکی در زمینه دیالیز و

1. Renal osteodystrophy

www.SID.ir
بررسی فراوانی اوتستوآستروزی کلیوی در

که بیشتر در بیماران دیالیزی دیده می‌شود و همراه با افزایش سطح هورمون PTH است. و ۲) شرایط هورمون A فاکتور Nمی‌باشد. در این بیماران با بولیویا ایکسقال مشاهده می‌شود و معنادارهای PTH با ترمیم آلپاپتی‌پیریدی در این بیماران است(۱). مجموعه غیرهای استخوانی حاصله غیرهای از (۱) اوتستوآستروزی (به‌طوری چپ) (۲) تغییرات استخوانی ناشی از هپاتیت‌اتریتوئیدی و (۳) اوتستوآستروزی.

اختلال در میزان هورمون پاتریپروتیدی و متابولیسم D ویتامین است. عامل عمد فیزیولوژیکی، سطح CRF در انسان (۱) مانند CRF هستند(۲). در انتدای PTH، CRF تحت تکنیک، تغییرات متابولیسم D ویتامین است. و ۲) پاتریپروتیدی و PTH دیاملیزی در این بیماران افزایش می‌یابد(۱). استخوانی ویگورا با علت افزایش فعالیت هورمون پاتریپروتیدی ایجاد می‌شود. شاخصات استخوانی به علت جنب مزایای استخوانی که توسط باتی فیوز Mixed disorders (۱) است. جایگزینی می‌شود، ایجاد می‌گردد. عبارت از ویگورا می‌باشد. علت مربوط به اوتستراستیموجود ویگورا در یک بیمار کلیوی می‌باشد و در اغلب بیوشی‌های این بیماران دیده می‌شود. اگرچه بیوشی‌های نمای بیماری استخوانی در این بیماران به صورت اوتستوآستروزی با ریکزی می‌باشد(۲).

شدت و ماهیت غیرهای استخوانی که در بیماران اورمیک دیده می‌شود ممکن است از یک بیمار تا بیمار دیگر متفاوت باشد. بعضی از این علت‌های عبارتند از سن بیمار، نوع بیماری زنی‌های دلیل، طول مدت نارسایی کلیوی، رژیم غذایی، نوع درمان، و مدت زمان دیالیز(۳). بیوشی استخوانی روش استاندارد طلایی

1. Chronic renal failure
در مردان بیش از زنان بوده است. سن بیماران بیش از 45 تا 70 سال بوده و ROD ۶۴ درصد در گروه سنی ۴۰ تا ۷۰ سال قرار داشتند.

ביםماری زمینه‌ای عامل ایجاد CRF در کل بیماران مورد بررسی در جدول شماره ۱ یک دارهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی علل اوتودیستروفی در ۴۱ بیمار

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیماری</th>
<th>تعداد از کل</th>
<th>بروز</th>
<th>ROD</th>
<th>زمینه‌ای</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dیابت</td>
<td>۴۵</td>
<td>۱۳</td>
<td>۲۴/۱</td>
<td>۵۲/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>ناشنوایی</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۲</td>
<td>۲۶/۰</td>
<td>۷۹/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>گلومولار‌نفتیت</td>
<td>۲</td>
<td>۲</td>
<td>۱۰۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلیپالی‌کیسپت</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
<td>۱۰۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>هیپرآسیتوس</td>
<td>۲۸</td>
<td>۲</td>
<td>۷۱/۴</td>
<td>۲۸/۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مواد و روش‌ها

تحقیق به روش توصیفی بر روی ۴۱ بیمار از کل ۵۰ بیمار دیالیزی که پس از توزیع طرح موافقت به نهی کلیه از آنها شدید صورت گرفت (۲ مورد فوت و ۷ مورد عدم همبستگی). علائم رادیولوژیکی هر بیمار در فرم مخصوص انت‌گردید.

اطلاعات کلی بیماران شامل سن، جنس، شغل، سواد، نوع بیماری زمینه‌ای، سن شروع، طول مدت دیالیز در فرم اطلاعاتی شماره ۱ تیپ شدند. ضمناً نتایج آزمایشات بیوشیمیایی هر بیمار از جمله میزان کلسیم، فسفر، آلکان، فسفات و اوره، و کریاتین که همه‌اندازه با آخرین مراجعه بیمار تیپ شده بود، در همان فرم درج گردید.

نتایج

از ۴۱ بیمار دیالیزی مورد بررسی ۲۲ نفر (۵۳ درصد) مرد و ۱۹ نفر (۴۷ درصد) زن بودند. در مجموع، ۲۳ نفر (۵۶درصد) نمایشات رادیولوژیکی به نفع اوتودیستروفی کلیه را نشان دادن که از این تعداد ۴۱ درصد مرد و ۲۹ درصد زن بودند. شکسته و سه درصد از مردان دیالیزی و ۶۷ درصد از زنان دیالیزی علائم رادیولوژیکی ROD را نشان دادند، بنابراین فراوانی ابتلا به ROD
موردی که آلکان فسفات آنها طبیعی بوده علاونی رادیولوزیک یا پارامینه‌پلیس را نشان خواسته، علاونی آنها شامل کلیفیکاسیون عروق، اوتستونی، و یا تغییرات کیستیک بوده است.

بحث

آمار مراکز مختلف دیماک که روی شروع اوتستونی را در کلیشه‌ها به‌طور کلی از این نظر، تفاوت قبل و بعد با یکدیگر دارند. یکی از علل این اختلاف آمادگی است مرتبه به استفاده از تکنیک‌های مختلف رادیولوزیک در مراکز مفاوت باشد.

در تحقیق حاضر، از 21 بیمار دیالیزی 13 نفر (33.71 درصد) داداهال یکی از علاونی اوتستونی را در کلیشه‌ها نهی شده نشان دادند. در یکی از گروه شروع علاونی رادیولوزیک 5/7 درصد ذکر شده است (1). در مطالعه مشابهی که در تهران (بیمارستان‌های طالقانی و لایی ناز) بر روی 40 نفر دیالیزی توسط رهبر و همکاران در سال 1377 صورت گرفته است، بیشتر 5/7 درصد گزارش شده است (2). میزان شروع ROD در آن بیماران میثاق به اوتستونی را خفیف (استودیک کمی) بوده‌اند. از آنجا که تشخیص اوتستونی خفیف با استفاده از رادیولوزیک ساده دیق نیست و اهمیت سایر علائم اوتستونی را بزرگترین ساده‌ترین روش (از جمله پیامدهای سالم و ناهمگن) از مطالعه حجار‌نامه‌نشده‌اند، به نظر می‌رسد که نباید با دیده‌بردی نگری آن که اصلاً از روز اوتستونی (که نهده استخوانی بودن اختلال در سیستم اوتستونی استخوان) در بیماران یک‌باری به رOD نیست زیرا معمولاً اوتستونی در این بیماران همراه با افزایش اوتستونی می‌باشد. در مجموع به

جدول شماره 2: شروع علاونی مشابه دیالیزی را حسب کلیشه

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیمار</th>
<th>دست</th>
<th>جسم</th>
<th>زاویه</th>
<th>قله سه‌بلند</th>
<th>این</th>
<th>فقرات کم‌ریز</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>74</td>
<td>40</td>
<td>37</td>
<td>44</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره 3: شروع مشابه دیالیزی در 27 بیمار

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیمار</th>
<th>باستونی</th>
<th>باستونی‌کرierz</th>
<th>نمای Salt and pepper</th>
<th>رOD</th>
<th>کدکرلیتیز</th>
<th>رآکسیدپروتست</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>15(5)</td>
<td>10(4)</td>
<td>9(0)</td>
<td>4(1)</td>
<td>24</td>
<td>10(5)</td>
<td>10(5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

توجه

جدول تعداد (درصد)

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیمار</th>
<th>باستونی</th>
<th>باستونی‌کرierz</th>
<th>نمای Salt and pepper</th>
<th>رOD</th>
<th>کدکرلیتیز</th>
<th>رآکسیدپروتست</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>15(5)</td>
<td>10(4)</td>
<td>9(0)</td>
<td>4(1)</td>
<td>24</td>
<td>10(5)</td>
<td>10(5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مواد و ابزار

14 مورد آن‌ها از منطقه‌های مختلف در استان یزد جمع‌توده شده است. در آن بیماران ROD در بیمارستان دیالیزی میثاق به اوتستونی را خفیف (استودیک کمی) بوده‌اند. از آنجا که تشخیص اوتستونی خفیف با استفاده از رادیولوزیک ساده دیق نیست و اهمیت سایر علائم اوتستونی را بزرگترین ساده‌ترین روش (از جمله پیامدهای سالم و ناهمگن) از مطالعه حجار‌نامه‌نشده‌اند، به نظر می‌رسد که نباید با دیده‌بردی نگری آن که اصلاً از روز اوتستونی (که نهده استخوانی بودن اختلال در سیستم اوتستونی استخوان) در بیماران یک‌باری به ROD نیست زیرا معمولاً اوتستونی در این بیماران همراه با افزایش اوتستونی می‌باشد. در مجموع به
نظریه‌ریس آماری تحقیق حاضر به آمار کتیک مرجع تجزیکری گذاشته‌می‌شود.

در مطالعه حاضر مشخص شد که فراوانی نسبی در موارد زیر افزایش نشان می‌دهد: 1- سنین بالای 40 سال 2- مبتلا به ایستگی CRF و 3- بیماری که به سبب طولانی‌تری دیالیز می‌شود.

در بررسی رابطه‌گرایی بیماران، بیشترین 

تغییرات استخوانی در روابط‌گرایی دست‌ها دیده شد. (۷۲ درصد) که این بافت به کمتر مراجع مطبوعات دوردست (2) مشابه عیلامت نیز جذب زیربروپروستن بوده است. (۸۵ درصد) که در دست راست بیمار دیده شد. میزان شروع جذب زیربروپروستن در مطالعه تعداد ۱۵ درصد (۴) و در مرکز خارجی (با استفاده از روش‌های Magnification ۴۰ درصد و در سواز در کمتر از نموده شد. در مجموع از نظر مجله درگیری و تثبیت شروع علایم با یافته‌های بیماران ما تطبیقی با آن‌ها در سایر مراجع ذکر شده مطابقت دارد. (۴). طرح‌های پرتروتاسیو-استرولوپاسی کمتر و به نمایش یافته باوگوپلومیک این است. استحصال بیماران و بدون CRF با انتخابی و وجود میکروکاردیونیک می‌باشد. بر اساس مطالعات با عمل آمده کمتر از ۲ درصد بیمارانی که مبتلا به CRF شوند می‌باشد (۹). در تحقیق حاضر در ۲۴ مورد (۴۸ درصد) این علائم مشاهده شد.

پیشنهاد می‌شود برنامه‌های غربالگری در مورد جمع‌می‌شود در معرض و حمایت از جمعیت مبتلایان به CRF و هیرتاسیون انجام گیرد. زیرا هر همکاری که به وجود می‌آید خود به خود به سمت بیماران انتها کلیوی (ESRD) (پیشرفت می‌کند. شروع سالانه تقییاً ۲۰۰ مورد در هر میلیون نفر، و میزان شروع ۱۰ مورد در هر میلیون نفر می‌باشد. (11)

1. End Stage renal disease
و شدت بیماری استخوانی مربوط به آلومینیوم کاست.

سیاسگزاری
با تبدیل از سرکارخانه مدت زمان کافی که در توجه طرح برای بیماران همکاری مثبت نمودند، همچنین از پرسش و پاسخ‌های بیمارستان فاطمه زهراء، ساری جهت تهیه رادیوگرافی تا شکر متناییی.

6. رهبر، خسرو؛ سركادي، مجتبی؛ حجتی، شهری. بررسی شیوع اوتودزیستروپی و ارتباط شدت آن با زمان شروع درمان در بیماران تحت درمان با همودیالیز طی سال 1378. مجله پزوهشی، سال پنجم، شماره 17، بهار 79: 46- 47.
7. حیدری، بهزاد. ایتولوژی نارسایی کلی در بیماران همودیالیزی استان مازندران در سال 1377. مجله علمی پزوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران.