مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (27) العدد (3) 2005
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Medical Science Series Vol. (27) No (3) 2005

التنقية الدموية عند مرضى القصور الكلوي المزمن في الساحل السوري

الدكتور إبراهيم سليمان*
الدكتور حسين سعيد **
مفيد محمد ***

(قبل للنشر في 2005/11/15)

□ الملخّص □

أجريت دراسة تفصيلية لمراكز التنقية الدموية في الساحل السوري، بلغ عدد المراكز ثمانية تتم التنقية الدموية فيها ل(294) مريضاً، وتحتوي هذه المراكز على(35) جهازاً، أي ما يعادل (8.4) مريضاً الكل جهاز.علماً أن النسبة تراوحت بين المراكز ما بين (2–14.4) مريضاً لكل جهاز. فيما بلغ عدد أخصائيي أمراض الكلية المشرفين على المرضى (11) أخصائياً، أي ما يعادل (26.7) مريضاً لكل أخصائي، في حين بلغ عدد أفراد الطاقم التمريضي (114) شخصاً أي ما يعادل (2.57) مريضاً لكل شخص.

بينت الدراسة التفصيلية للمرضى أن عدد المرضى الذكور(166) مريضاً (56.46% من عدد المرضى) مقابل (128) مريضة (43.54 من عدد المرضى). وقد شكلت الفئة العمرية (41. 50 سنة) النسبة الأكبر (19.05%) من عدد المرضى .

شكلت المشاكل الوعائية السبب الأكثر شيوعاً للقصور الكلوي النهائي لدى المرضى بنسبة (19.39%) وبالنسبة للزمن الذي مضى على بدء التحال لدى المرضى فإن النسبة الأكبر (43.2%) من المرضى تعود إلى(1.5 سنوات) على بدء التحال لديها. وقد أوضحت الدراسة أن غالبية المرضى(84.01%) يجرى لهم التحال بمعدل جلستين أسبوعياً، وبالنسبة لعدد الساعات الإجمالية الأسبوعية فإن (89%) من المرضى لا تتجاوز هذه الساعات (9). ومن خلال دراستنا لنوع المأخذ الوعائي المستخدم فإن غالبية المرضى (91.5%) يجرى التحال لديهم عن طريق الناسور الشرياني الوريدي. وبينت الدراسة أن(8.5%) من المرضى لديهم العامل الأسترالي إيجابي، في حين هناك (39.8%) من المرضى لديهم أضداد التهاب الكبد c إيجابية، وتبين أن هناك ما يقارب (50%) من المرضى فقط تلقوا الجرعات الثلاث الأساسية للقاح التهاب الكبد ب ، وفيما يتعلق بإعطاء الأريتروبوتئين فإن حوالي (93%) من المرضى يتلقونه، ولكن هناك فقط (29.59%) يتلقونه أسبوعياً.

وفي دراستنا تبين أن هبوط الضغط الشرياني هو الاختلاط الأكثر مشاهد ة لدى المرضى أثناء جلسات التحال وقد لوحظ بنسبة (34.7%) من المرضى، في حين شكل الضغط الشرياني غير المضبوط المشكلة الكبرى الأكثر مشاهدة لدى المرضى خارج جلسات التحال وبنسبة (31.29%).

* أستاذ في قسم الأمراض الباطنية. كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا.
** أستاذ في قسم الأمراض الباطنية . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا.
*** طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنية . كلية الطب جامعة تشرين .اللاذقية . سوريا.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (27) العدد (3) 2005
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Medical Science Series Vol. (27) No (3) 2005

Hemodialysis in Chronic Renal Failure on the Syrian Coast

Dr. Ibrahim Sulaiman [*]
Dr. Hossein Said**
Mofeed Muhammad***

(Accepted 15/11/2005)

□ ABSTRACT □

A detailed study was done for hemodialysis centers of the Syrian Coast, there were(8) centers, handling hemodialysis for (294) patients. These centers contain (35) dialysis machines, and that means (8,4) patients for each one(the ratio in these centers ranged 2 – 14,4 patients for each machine) .While the number of specialists were (11) doctors. This means (26,7) patients for each one.The number of nursing staff was (114) persons, and that means (2.57) patients for each one .

The study showed that the male patients were (166), (56,46% of the total patients), female patients were (128),(43,54% of the total patients). The large ratio (19,05%) was in the age group (41-50 years).

Vascular disturbances formed the main common cause of chronic renal failure in our patients; the rate was (19,39%). The large ratio of patients (43,20%) beginning dialysis was from (1-5 years).

The study showed that the majority of patients (84,01%)do dialysis twice weekly, and the total weekly hours for (89%) of patients did not exceed (9) hours. The type of vascular route used in dialysis in most patients (91,5%) was arterio venous fistula .

The study also showed that (8,5%) of patients were HbsAg positive, while (39,8%) of patients were positive for HCV antibodies, about (50%)of patients only got the main three doses of hepatitis B vaccine. For erythropoietin (93%) of the patients took it, but only (29,59%) of the patients took it weekly .

Another finding in our study showed that the most common complication during dialysis was hypotension and its rate was (34,7%) while the main common problem of dialysis was uncontrolled hypertension and its rate was (31,29%).

[*]**Professor, Department Of Internal Medicine, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .**
****Professor, Department Of Internal Medicine, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria .**
*****Post Graduate Student, Department Of Internal Medicine, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria**

مقدمة نظرية:

اكتشفت الأسس العلمية لتنقية الشوائب عبر حجاب شبه حاجز (الديلزة) عام 1854، غير أن الاستخدام الفني للتنقية الدموية لعلاج القصور الكلوي الحاد لم يتم إلا في عام 1948 حيث بدأ متزامناً في هولندا والولايات المتحدة الأمريكية.

أما تطبيق التنقية الدموية الدورية كعلاج معاوض للقصور الكلوي المزمن فكان عام 1960 بعد تطوير استخدام المأخذ الوعائي، وأدى تطوير هذا المأخذ واستخدام الناسور الشرياني الوريدي عام 1972 إلى الزيادة المضطردة والسريعة للعلاج بالتنقية الدموية، وقد ساهم استخدام هرمون مكون الحمر والكالسيترول والأدوية الفعالة الخافضة لارتفاع ضغط الدم في تحسين نتائج هذا الشكل من العلاج المعاوض للقصور الكلوي النهائي.[1-2]

ولكن فإن التكلفة المرتفعة للعلاج الكلوي المعاوض تشكل عائقاً بسبب تأثيرها على برنامج الرعاية الصحية، وازدياد عدد المرضى المسنين، وتطوير وتحديث التقنيات المستخدمة في العلاج، وزيادة الأعداد المتوقعة لفئة هذه المرضى بالإضافة للجدل حول التكلفة الاقتصادية المترتبة على ذلك .[3-4-5]

تفيد الإحصائيات الوطنية التي تعتمد على استبيان يتعلق بمراكز التنقية الدموية والمرضى في متابعة الخدمات العلاجية المقدمة وفعاليتها بهدف تحسين النوعية العلاجية للتنقية الدموية. ...[6-7]

وعلى كل حال فإن تضاعف عدد مرضى التنقية الدموية المتوقع عام 2010 يدعونا للتخطيط لافتتاح مراكز جديدة، وزيادة سعة المراكز الحالية، بالإضافة لتشجيع استخدام التنقية البريتوانية وزراعة الكلى من أجل الحد ما أمكن من الازدحام وتخفيف العبء على المراكز الفعالة حالياً.[8-9-10]

أهمية البحث وأهدافه:

يقدم البحث فكرة شاملة حول واقع التنقية الدموية في الساحل السوري من حيث: أعداد المرضى، عدد أفراد الطاقم الطبي والتمريضي المشرف عليهم،عدد أجهزة التحال الموجودة في كل مركز، ومدى كفايتها بالنسبة لعدد المرضى من حيث عدد الجلسات الأسبوعية ومناقشة مدى الحاجة إلى تأمين أجهزة جديدة وإمكانية افتتاح مراكز جديدة للتنقية الدموية بسبب الزيادة المضطردة في أعداد المرضى من ناحية ، وطول فترة حياتهم من ناحية أخرى، كما يقوم البحث بدراسة تحلية المياه المستخدمة في جلسات التحال ومدى مطابقتها للشروط المناسبة ،والتأكد من وجود الفلاتر المناسبة في مراكز التحلية .

يقدم البحث شرحاً مفصلاً للأسباب الشائعة للقصور الكلوي المزمن عند المرضى، وجنسهم وأعمارهم ونسبة شيوع التهاب الكبد B و C لديهم ونوع المأخذ الدموي بالإضافة إلى مدى تلقيهم للقاح المضاد لالتهاب الكبد B وأخذهم للأريتروبوتئين. كما يدرس البحث المشاكل الكبرى التي يتعرض لها المرضى أثناء الجلسات وخارجها.

عينة البحث:

تتناول عينة البحث جميع مرضى القصور الكلوي المزمن الموضوعين على العلاج بالتنقية الدموية في الساحل السوري وذلك في جميع المراكز. وهي:

مشفى الأسد الجامعي . المشفى الوطني في اللاذقية . المشفى العسكري في اللاذقية . المشفى الوطني في جبلة . المشفى الوطني في القرداحة . مشفى الباسل في طرطوس . المشفى العسكري في طرطوس . المشفى الوطني في الدريكيش.

طريقة البحث:

قمنا بزيارة جميع المراكز السابقة الذكر وذلك خلال النصف الأول من عام 2005 بحيث تم:

- دراسة عدد المرضى في كل مركز، عدد الأجهزة، نوع المحلول المستخدم، عدد أفراد الطاقم الطبي والتمريضي في كل مركز، وتحلية المياه المستخدمة أثناء التحال.
- دراسة حالة كل مريض على حده من حيث:

. الجنس والعمر والسكن وبعده عن مركز التحال وسبب القصور الكلوي النهائي لديه.

– تاريخ بدء التحال ،عدد الجلسات الأسبوعية ، مدة كل جلسة ، زيادة الوزن بين الجلسات ، وكمية بول 24 ساعة.

. نوع المأخذ الدموي الذي يستخدم أثناء التحال .

– العامل الاسترالي، عدد لقاحات التهاب الكبد B ، أضداد التهاب الكبد C، وإعطاء الاريتروبوتئين.

. المشاكل والاختلاطات الكبرى لدى المريض أثناء الجلسات وخارجها.

النتائج:

جدول رقم(1) يبين الدراسة التفصيلية لمراكز التنقية الدموية في الساحل السوري

المركز		مشفى الأسد الجامعي	المشفى الوطني اللاذقية	المشفى الوطني جبلة	المشفى الوطني القرداحة	المشفى العسكري اللاذقية	مشفى الباسل طرطوس	المشفى الوطني دريكيش	المشفى العسكري طرطوس	المجموع
عدد المرضى		54	61	19	4	17	130	4	5	294
عدد الأجهزة	سليمة	5	7	1	2	4	9	1	2	31
	معطلة	1	1	1	0	0	0	1	0	4
	كلية	6	8	2	2	4	9	2	2	35
نوع المحلول	بيكربونات	4	1	0	0	4	1	2	2	14
	اسيتات	2	7	2	2	0	8	0	0	21
عدد الأخصائيين		3	1	1	1	2	4	2	1	11
عدد أفراد الطاقم التمريضي		13	22	17	7	8	33	2	12	114
متوسط عدد المرضى لكل جهاز		9	7.6	9.5	2	4.2	14.4	2	2.5	8.4
متوسط عدد المرضى لكل أخصائي		18	61	19	4	8.5	32.5	2	5	26.7
متوسط عدد المرضى لكل ممرضة		4.15	2.77	1.11	0.57	2.12	3.93	2	0.41	2.57

ملاحظة :بالنسبة لعدد الأخصائيين فإن هناك بعض الأخصائيين يشرفون على المرضى في أكثر من مركز ولكن العدد الإجمالي لهم (11).

ملاحظة: بالنسبة للمتوسط الفعلي لعدد المرضى بالنسبة لكل جهاز أي عدد المرضى / عدد الأجهزة السليمة = 9.4 أما المتوسط الموجود في الجدول فهو متوسط عدد المرضى / عدد الأجهزة الكلية.

الدراسة التفصيلية لمرضى التنقية الدموية في الساحل السوري

جدول رقم (2) يبين تصنيف المرضى حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
عدد المرضى	166	128	294
النسبة المئوية	% 56.46	%43.54	% 100

جدول رقم (3) يبين تصنيف المرضى حسب العمر

الفئة العمرية	20≥	30-21	40-31	50-41	60-51	70-61	70<	المجموع
عدد المرضى	12	45	49	56	52	40	40	294
النسبة المئوية	%4.08	%15.31	% 16.67	%19.05	%17.69	%13.6	%13.6	%100

جدول رقم (4) يبين تصنيف المرضى حسب بعد مكان سكنهم عن مركز التنقية

بعد السكن عن مركز التحال	10≥ كم	25-11	50-26	75-51	75< كم	المجموع
عدد المرضى	119	65	64	30	16	294
النسبة المئوية	%40.48	%22.11	%21.77	%10.2	%5.44	%100

جدول رقم (5) يبين تصنيف المرضى حسب سبب القصور الكلوي النهائي لديهم

سبب القصور الكلوي النهائي		عدد المرضى		النسبة المئوية
التهابات الكبب والكلية		39		%13.25
التهاب حويضة وكلية مزمن		15		%5.14
مشاكل وعائية		57		%19.39
سكري		53		%18.02
حصيات بولية		24		%8.16
كلية عديدة الكيسات		18		%6.12
أسباب أخرى	داء سيستيني	3	39	%13.25
	مثانة عصبية	3		
	انسدادي	5		
	مشاكل الحمل	8		
	دوائي	12		
	داء نشواني	3		
	متلازمة ألبورت	1		
	بعدالجراحة	3		
	طلق ناري	1		
القصور الكلوي مجهول السبب		49		%16.67

جدول رقم (6) يبين تصنيف المرضى حسب الزمن الذي مضى على بدء التحال لديهم

الزمن الذي مضى على بدء التحال	≥ سنة	> سنة و< 5سنوات	> 5 سنوات و<10سنوات	10 –15 سنة	> 15 سنة	المجموع
عدد المرضى	82	127	63	15	7	294
النسبة المئوية	%27.90	%43.20	%21.42	%5.10	%2.38	%100

جدول رقم (7) يبين تصنيف المرضى حسب عدد جلسات التحال الأسبوعية

عدد الجلسات	3	2	1	متقطع	المجموع
عدد المرضى	11	247	33	3	294
النسبة المئوية	%3.75	%84.01	%11.22	%1.02	%100

جدول رقم (8) يبين تصنيف المرضى حسب المدة الإجمالية لجلسات التحال أسبوعيا

المدة الإجمالية	<8ساعات	8–9ساعات	10–11ساعة	≥12ساعة	المجموع
عدد المرضى	68	193	22	11	294
النسبة المئوية	%23.13	%65.64	%7.48	%3.75	%100

جدول رقم (9) يبين تصنيف المرضى حسب نوع المأخذ الدموي لديهم

نوع المأخذالدموي	ناسور شرياني وريدي	قثطرة وريد مركزي	طعم صنعي	المجموع
عدد المرضى	269	23	2	294
النسبة المئوية	%91.5	%7.82	%0.68	%100

جدول رقم (10) يبين تصنيف المرضى حسب كمية البول في 24 ساعة لديهم

كمية البول في 24 ساعة	طبيعي	متوسط	خفيف	معدوم	المجموع
عدد المرضى	50	48	96	100	294
النسبة المئوية	%17	%16.33	%32.67	%34	%100

جدول رقم (11) يبين تصنيف المرضى حسب زيادة الوزن بين جلسات التحال

زيادة الوزن (كغ)	1 >	2–1	3–2	4–3	5–4	5<	المجموع
عدد المرضى	37	66	56	70	45	20	294
النسبة المئوية	%12.59	%22.45	%19.05	%23.81	%15.30	%6.80	%100

جدول رقم (12) يبين العلاقة بين زيادة الوزن بين الجلسات وعدد الجلسات الأسبوعية

عدد الجلسات	زيادة الوزن	1 > كغ	2-1 كغ	3-2 كغ	4-3 كغ	5-4 كغ	5< كغ	المجموع
3		6	5	0	0	0	0	11
2		31	60	54	54	37	11	247
1		0	1	2	13	8	9	33
متقطع		0	0	0	3	0	0	3
المجموع		37	66	56	70	45	20	294

جدول رقم (13) يبين تصنيف المرضى حسب العامل الاسترالي لديهم

العامل الاسترالي	إيجابي	سلبي	المجموع
عدد المرضى	25	269	294
النسبة المئوية	% 8.5	% 91.5	%100

جدول رقم (14) يبين تصنيف المرضى حسب إيجابية أضداد التهاب الكبد C لديهم

أضداد التهاب الكبد C	إيجابية	سلبية	المجموع
عدد المرضى	117	177	294
النسبة المئوية	% 39.8	% 60.2	% 100

جدول رقم (15) يبين تصنيف المرضى حسب عدد جرعات لقاح التهاب الكبد B التي تلقونها

عدد الجرعات	3 ≤	2	1	0	مجهول	المجموع
عدد المرضى	148	23	17	75	31	294
النسبة المئوية	% 50.34	%7.82	%5.78	%25.52	%10.54	%100

جدول رقم (16) :العلاقة بين إيجابية أضداد التهاب الكبد c والزمن الذي مضى على بدء التحال

الزمن الذي مضى على بدء التحال	عدد المرضى الكلي	عدد المرضى إيجابيي أضداد التهاب الكبد C	النسبة المئوية
≤ سنة	82	10	% 12.07
1< و 5>	127	38	%29.91
5≤ و 10>	63	48	%76.19
10 –15	15	14	%93.3
15 <	7	7	%100
المجموع	294	117	%39.8

جدول رقم (17) يبين تصنيف المرضى حسب إعطائهم الاريتروبوتين

إعطاء الارتروبوتين	أسبوعياً	كل أسبوعين	متقطع	لا يعطى	المجموع
عدد المرضى	87	33	153	21	294
النسبة المئوية	%29.59	%11.22	%52.06	%7.13	%100

جدول رقم (18) يبين تصنيف المرضى حسب الضغط الشرياني

وضع المريض من ناحية ارتفاع الضغط	عدد المرضى	النسبة المئوية
ارتفاع ضغط مشخص غير مضبوط	92	%31.29
ارتفاع ضغط مشخص مضبوط	108	%36.74
ليس هناك ارتفاع ضغط	94	%31.67
المجموع	294	% 100

جدول رقم (19) يبين تصنيف المرضى حسب وجود قصة زرع كلية ناكس

وجود قصة زرع كلية ناكس	نعم	لا	المجموع
عدد المرضى	7	287	294
النسبة المئوية	%2.38	%97.68	% 100

جدول رقم (20) يبين المشاكل التي يعاني منها المرضى أثناء جلسات التحال

المشاكل أثناء التحال	هبوط الضغط الشرياني	متلازمة عدم التوازن	اضطراب النظم القلبي	العرواءات	اقياء	النزوف	الحوادث التحسسية
عدد المرضى	102	25	19	36	79	37	58
النسبة المئوية	%34.7	%8.5	%6.46	%12.24	% 26.87	%12.58	% 19.72

جدول رقم (21) يبين المشاكل الكبرى لدى المرضى خارج جلسات التحال

المشاكل الكبرى خارج جلسات التحال		عدد المرضى	النسبة المئوية
الضغط الشرياني غير المضبوط		92	%31.29
فرط البوتاسيوم العرضي		41	%13.94
الحبـــن		34	%11.56
وذمة الرئة		38	%12.92
مشاكل قلبيــة	انصباب التامور	14	%4.76
	نقص تروية قلبية	27	%9.18
	قصور قلب	8	%2.72
	اعتلال عضلة قلبية	4	%1.36
مشاكل أخرى	نقص سكر دم متكرر	5	%1.70
	نزف هضمي	5	%1.70
	مشاكل عصبية كبرى	9	%3.06
	انصباب جنب	19	%6.46
	انخفاض كالسيوم مع كسور واختلاجات	4	%1.36

مناقشة نتائج البحث:

ـ بلغ عدد مراكز التنقية الدموية في الساحل السوري (8) مراكز، يجرى التحال الدموي فيها لـ (294) مريضاً وذلك من خلال (35) جهازاً، منها(14) جهازاً تستخدم البيكربونات و(21) جهازاً تستخدم الأسيتات ، وهذا في الحقيقة لا يتناسب مع التوجهات في أغلب المراكز العالمية التي تميل لاستخدام البيكربونات. متوسط عدد المرضى لكل جهاز(8.4) وإذا أخذنا بعين الاعتبار أن هناك (4) أجهزة من ضمن الأجهزة السابقة لم تكن تحت الاستخدام أثناء القيام بالدراسة ترتفع النسبة إلى (9.4) وهي كذلك نسبة عالية مقارنة مع النسب العالمية والتي لا تزيد عن(4)مرضى لكل جهاز. وبالنسبة لعدد الأخصائيين المشرفين على المرضى فقد بلغ (11) أخصائياً، أي هناك ما يعاد لـ (26.7) مريضاً لكل أخصائي، في حين بلغ عدد أفراد الطاقم التمريضي (114) ممرضاً وممرضة، أي ما يعادل (2.57) مريضاً لكل ممرض أو ممرضة. مع العلم بأن متوسط عدد المرضى لكل جهاز تراوح بين المراكز ما بين (2 . 14.4)، وكذلك بالنسبة لمتوسط عدد المرضى لكل أخصائي تراوح بين المراكز ما بين (2 . 61)، ونفس الأمر بالنسبة لمتوسط عدد المرضى لكل ممرض أو ممرضة (4.15.0.41).جدول-1.

– فيما يتعلق بتحلية المياه المستخدمة في جلسات التنقية فقد قمنا بزيارة جميع وحدات المعالجة في جميع المراكز وتأكدنا من وجود الفلاتر الخاصة بتنقية المياه من الشوائب والعناصر الأخرى غير المسموح بوجودها في المياه ولكن لا يوجد في أي من المراكز أي مخبر يجري التحاليل الضرورية للتأكد من حسن التنقية ووجود النسب المطلوبة من جميع العناصر، ويتم استخدام المياه مع الافتراض سلفا بذلك.

ـ بلغ عدد المرضى الذكور (166) أي ما يعادل(56.46%) في مقابل(128) أنثى (43.54%) وقد شكلت الفئة العمرية (41 .50 سنة) النسبة الأكبر(19.05%) ثم الفئة العمرية (51 . 60 سنة) وبنسبة(17.69%) في حين شكل المرضى الذين أعمارهم أقل من أو يساوي (20)سنة ما نسبته (4.08%) فإن (13.6%) من المرضى كانت

أعمارهم أكثر من (70) سنة. وقد بينت الدراسة أن (40.48%) من المرضى يسكنون في مناطق لا تبعد أكثر من (10) كم عن مركز التحال، في حين هناك (5.44%) من المرضى يبعد سكنهم أكثر من (75) كم عن مركز التحال ، فيما تراوح بعد مكان سكن بقية المرضى بين (11 .75) كم .جدول-2-3-4.

. شكلت المشاكل الوعائية السبب الأكثر شيوعاً للقصور الكلوي النهائي عند المرضى وبنسبة (19.39%) في حين احتل الداء السكري السبب الثاني وبنسبة (18.02%)، وإذ شكلت التهابات الكبب والكلية ما نسبته (13.25%) فقد بقيت (16.67 %) من الحالات مجهولة السبب .جدول 5.

ـ بينت الدراسة أن (27.9%) من المرضى بدأ التحال لديهم منذ أقل من سنة في حين هناك (43.2%) من المرضى بدأ التحال لديهم منذ (1 . 5 سنوات) ، وقد وجدنا أن هناك (7)مرضى (2.38%) قد مضى على بدء التحال لديهم أكثر من (15 سنة)، علماً أن أطول فترة لاحظناها كانت (18سنة)، وهذا يدل على الأهمية الكبيرة للتنقية الدموية في تحسين معدل البقيا عند مرضى القصور الكلوي المزمن. هذا وإن غالبية المرضى (84.01%) يجرون التحال بمعدل جلستين أسبوعياً، وبالإجمال فإن هناك حوالي (89%) من المرضى لا تزيد ساعات التحال الأسبوعية الإجمالية لديهم عن (9 ساعات)، في حين هناك (3.75%) من المرضى فقط تفوق ساعات التحال الأسبوعية الإجمالية (12 ساعة) وهذا مؤشر هام على عدم كفاية التحال للمرضى في الساحل السوري .جدول 6-7-8.

. أظهرت الدراسة أن الناسور الشرياني الوريدي هو المأخذ الوعائي المستخدم عند (91.5%) من المرضى ،في حين أن (7.82%) من المرضى يجرى التحال لديهم عبر قثطرة الوريد المركزي، بينما هناك مريضان فقط يستخدمان الطعم الصنعي .جدول-9.

. فيما يتعلق بزيادة الوزن بين جلسات التحال فقد لاحظنا أن حوالي (35%) من المرضى فقط يزداد الوزن لديهم أقل من (2كغ) في حين أن البقية تفوق زيادة الوزن لديهم (2كغ) ومهم هنا أن نشير إلى أن هناك (20) مريضاً تفوق زيادة الوزن لديهم (5كغ) ومن المهم أن نؤكد على العلاقة الهامة بين زيادة الوزن وعدد الجلسات الأسبوعية ويتضح ذلك جليا في الجدول الذي أنشأناه لهذه الغاية ويكفي أن نشير إلى أن جميع المرضى الذين يجرون التحال ثلاث جلسات أسبوعياً لا تتجاوز زيادة الوزن لد يهم (2كغ) في حين أنه من أصل (33) مريضاً يجرون جلسة واحدة أسبوعياً هناك (30) منهم تفوق زيادة الوزن لديهم (3كغ) .جدول-11-12.

ـ بينت الدراسة أن (8.5%) من المرضى لديهم العامل الاسترالي إيجابي، في حين هناك (39.8%) لديهم إيجابية أضداد التهاب الكبد c، علماً أن هناك (50.34%) من المرضى فقط تلقوا الجرعات الثلاث الرئيسية لالتهاب الكبد ب ، و(7.82%) تلقوا جرعتين و(5.78%) جرعة واحدة ، بينما توزعت النسبة الباقية بين مرضى لا يعرفون شيئاً عن اللقاح ومرضى نبهوا إلى أخذه لكنهم لم يأخذوه لجهلهم بأهميته أو أماكن إعطائه. وبالنسبة لأضداد التهاب الكبد C فقد لاحظنا علاقة لصيقة بين إيجابيتها وزمن بدء التحال لدى المريض ويكفي أن نشير إلى أن جميع المرضى الذين مضى على بدء التحال لديهم أكثر من (15 سنة) هم إيجابيو أضداد التهاب الكبد C وكذلك الحال بالنسبة لـ (14) مريضاً من أصل (15) مضى على بدء التحال لديهم (10- 15 سنة) في حين هناك (10) مرضى من أصل (82) بدؤوا التحال خلال السنة الأخيرة لديهم إيجابية هذه الأضداد.جدول-13-14-15-16.

. بالنسبة لإعطاء الأريتروبوتئين فإن (29.59%) من المرضى يعطونه أسبوعياً، مقابل (11.22%) يعطونه كل أسبوعين، و(52.06%) يعطونه بشكل متقطع، في حين هناك (7.3%) لا يعطونه نهائياً ، ونشير هنا إلى العامل الأساسي في إعطاء الأريتروبوتئين للمريض هو في المركز الذي يجري التحال فيه إذ أن هناك مراكز يؤمن فيها

أسبوعياً ومراكز كل أسبوعين ومراكز بشكل متقطع ومراكز لا يؤمن بها نهائيا. ولكن تبقى هناك حالات فردية قليلة يستطيع المريض فيها شراء الأريتروبوتئين على حسابه .جدول-17.

- فيما يتعلق بوضع المرضى من ناحية ارتفاع التوتر الشرياني فقد لاحظنا أن حوالي(68%) من المرضى مشخص لديهم سابقاً ارتفاع توتر شرياني ، حيث هناك (36.74%) لديهم ارتفاع توتر شرياني مشخص ومضبوط، في حين هناك (31.29%) لديهم ارتفاع توتر شرياني مشخص وغير مضبوط، وبالمقابل هناك(31.97%) من المرضى ما تزال قيم الضغط الشرياني ضمن الطبيعي .جدول-18.

- شكل هبوط الضغط الشرياني الاختلاط الأكثر مشاهدة لدى المرضى أثناء جلسات التحال وبنسبة (34.7%) في حين حلت الإقياءات في المركز الثاني بنسبة(26.87%) في حين لوحظت كل من الحوادث التحسسية والنزوف والعرواءات ومتلازمة عدم التوازن بنسب (19.72%- 12.58%- 12.24%- 8.5% على لتوالي)، في حين لوحظت اضطرابات النظم القلبي عند (19) مريضاً (6.46%) وهي في (15)حالة كانت تسرع قلب جيبي فقط و(3) حالات خوارج انقباض متعددة وحالة رجفان أذيني .جدول-20.

-يعتبر الضغط الشرياني غير المضبوط المشكلة الأساسية الأكثر مشاهدة لدى المرضى خارج جلسات التحال إذ لوحظ أن (31.29%) في حين لوحظت نسب متقاربة لكل من فرط البوتاسيوم العرضي ووذمة الرئة والحبن وهي على التوالي (13.94%- 12.92%- 11.56%) جدول-21.

-أخيراً فقد لاحظنا خلال دراستنا أن هناك (7)مرضى فقط (2.38%) قد أجروا سابقاً عملية زرع كلية إلا أن النكس حدث لديهم فيما بعد ،ونشير هنا إلى أن أطول فترة لاحظناها لدى المرضى استمرت فيها الكلية المزروعة بالعمل هي (21) سنة قبل حدوث النكس.جدول-19.

الاقتراحات والتوصيات:

1- مناقشة إمكانية افتتاح مراكز جديدة للتنقية الدموية وخاصة في المراكز البعيدة عن مركزي محافظتي اللاذقية وطرطوس ونقترح مناقشة إمكانية ذلك في كل من مناطق الحفة -بانياس -القدموس.

2- العمل على زيادة عدد الأجهزة الموجودة حالياً في المراكز بهدف تقليل عدد المرضى لكل جهاز، وزيادة عدد الجلسات الأسبوعية للمرضى، وبالتالي عدد الساعات الأسبوعية الإجمالية.

3- مناقشة إمكانية إعادة توزيع المرضى على المراكز الموجودة حالياً، إذ يوجد فروق واسعة بين عدد المرضى لكل جهاز فيما بين المراكز مع مراعاة سكن المريض إن أمكن.

4- العمل على استبدال استخدام الأسيتات بالبيكربونات في مختلف المراكز كونها أصبحت المحلول المستخدم في أغلب المراكز العالمية .

5- العمل على تأمين مخبر يؤمن إجراء التحاليل اللازمة للتأكد من نسب العناصر المختلفة الموجودة في مياه التحلية وذلك في كل مركز، أو على الأقل في كل محافظة يكون تابعاً لأحد المراكز الموجودة فيها .

6- التأكيد على الطواقم الطبية والتمريضة في جميع المراكز بالاهتمام المطلق بالمآخذ الوعائية لدى المرضى، ومراعاة الدقة الكاملة أثناء نقل الدم، واستخدام القثاطر الوعائية، وكذلك ضرورة الفصل بين أجهزة المرضى سلبيي وإيجابيي العامل الاسترالي وأضداد التهاب الكبد Cوالابتعاد عن نقل الدم العشوائي، وإجراء التحاليل الدورية للعامل الأسترالي

وأضداد التهاب الكبد C ،لما لكل هذه الإجراءات من دور كبير في الحد من انتشار كل من التهاب الكبدB وC بين المرضى .

7- تأمين لقاح التهاب الكبد B بجميع جرعاته للمرضى في جميع المراكز وتنبيههم إلى ضرورة التقيد التام بأخذه.

8- العمل على تأمين الأريتروبوتئين في جميع المراكز ولجميع المرضى بشكل مجاني أو حتى بأسعار مخفضة لما لذلك من أهمية في تخفيف العبء المادي وحتى النفسي للمرضى.

المراجع:

1-Uribarri J. Past, present, and future of end stage renal disease therapy in United states. Mt Sinai J Med 1999 ; 66(1): 14-9 .

2- Kelly TD. Improving ease of use through automation and design. Biomed-Instrum-Technol. 1996; 30(2): 112-5

3-Gudex CM Health- related quality of life in end-stage renal failure. Qual Life Res1995; 4(4): 359 – 66.

4-Escarce JJ, Feldman HI. Cost functions for dialysis facilities and the quality of dialysis. Health-Serv-Res 1999; 33(6): 1553-6 .

5- Mckenzie JK, Moss AH, Feest TG, Stocking CB, Siegler M. Dialysis decision making in Canada, the United Kingdom, and the United States. AM J Kidney Dis 1998 ; 31(1): 12-8 .

6- Rutkowski B. Changing pattern of end-stage renal disease in centraland Eastern Europe .Nephrol Dial Transplant 2000 ; 15(2): 156-60 .

7- Rutkowski B ,Ciocalteu A, Djukanovic L ,et al Treatment of end-stage renal disease in central Eastern Europe: overview of current status and future needs. Artif Organs 1998 ; 22(3): 187-91 .

8- Sankarasubbaiyan S, Holley JL. An analysis of the increased demands placed on dialysis health care team members by functionally dependent hemodialysis patients. AM J Kidney Dis 2000 ;5(6): 1061-7.

9- Schaubel DE ,Morrison HI ,Desmeules M, Parsons DA, Fenton SS. End-stage renal disease in Canada: prevalence projections to 2005.CMAJ 1999;160(11):1557-63.

10- Mcfarlane PA ,Mendelssohn DC. A call to arms: economic parriers to optimal dialysis care .Perit Dial Int 2000 ; 20(1): 7-12.