

درمان تغذیه‌ای پزشکی در یک بیمار کودک مبتلا به سندرم نفروتیک و COVID-19: گزارش موردی

چکیده

زمینه: آسیب به کلیه از عوارض شایع پس از کووید-۱۹ می‌باشد، که در صورت عدم درمان می‌تواند منجر به بیماری شدید کلیوی، دیالیز و حتی مرگ شود. آسیب‌های کووید-۱۹ در کودکانی که بیماری کلیوی زمینه‌ای دارند، می‌تواند شدیدتر خود را بروز داده و وضعیت این بیماران را وخیم‌تر کند.

گزارش موردی: در این گزارش موردی، درمان تغذیه‌ای پزشکی ارائه‌شده به یک دختر چهار ساله با علائمی مانند انحراف چشم، تنگی مردمک، اختلال هوشیاری و افزایش سطح کراتینین به بیمارستان مراجعه نموده، شرح داده شده است. بیمار سابقه سندرم نفروتیک در سن یک‌سالگی داشته و در هنگام مراجعه به کووید-۱۹ مبتلا شده بود. آزمایش‌های اولیه نشان دهنده پتاسیم بالا $5/9 \text{ mg/dl}$ ، فسفر بالا $9/1 \text{ mg/dl}$ و کلسیم پایین $8/1 \text{ mg/dl}$ و همچنین اختلال در پروفایل چربی خون بود. با این حال، هموگلوبین و هماتوکریت در محدوده طبیعی قرار داشتند. امتیاز $z\text{-score}$ شاخص BMI برای سن $-0/44$ بود.

یک برنامه غذایی با 1800 کیلوکالری در روز و توزیع درشت‌مغذی‌ها به صورت 51% کربوهیدرات، 14% پروتئین و 35% چربی اجرا شد. رژیم غذایی 1180 میلی‌گرم سدیم، 982 میلی‌گرم فسفر و 2555 میلی‌گرم پتاسیم فراهم می‌کرد.

نتیجه‌گیری: پس از یک سال همودیالیز و درمان تغذیه‌ای، $z\text{-score}$ شاخص BMI برای سن به طور قابل توجهی از $-0/44$ به $-0/33$ بهبود یافت. سطح پتاسیم به $5/1 \text{ mg/dl}$ ، فسفر به $6/2 \text{ mg/dl}$ کاهش یافت و کلسیم سرم به $9/1 \text{ mg/dl}$ رسید. اختلال رشد، کوتاهی قد و وزن پایین در کودکان تحت همودیالیز امری شایع است و درمان تغذیه‌ای پزشکی می‌تواند نقش مهمی در رفع این مشکل و بهبود این بیماران داشته باشد. از طرفی اختلالات در فاکتور خونی متابولیک نیز در این بیماران دیده می‌شود و علاوه بر آسیب بیشتر بر عملکرد کلیه بر سلامت قلب و عروق این افراد تاثیرگذار است. مداخلات تغذیه‌ای پزشکی با بهبود این فاکتورها و هم چنین عملکرد کلیه به بهبود سلامت و کیفیت زندگی این بیماران کمک می‌کند.

کلمات کلیدی: درمان تغذیه‌ای پزشکی، کووید-۱۹، سندرم نفروتیک، رشد کودکان، بیماری کلیوی مرحله نهایی

حوری حشمتی پور^۱، زهرا مصطفائی^۲، مریم زیدی^۱، محمد حسین روحانی^{۳*}

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات تغذیه و امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ کارشناسی ارشد علوم تغذیه، گروه تغذیه، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ مرکز تحقیقات تغذیه و امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

مرکز تحقیقات تغذیه و امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نشانی الکترونیک:

Sm_ruohani@nutr.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۹

مقدمه

شرح مورد

بیمار دختر چهار ساله با سابقه سندرم نفروتیک از سن یک سالگی، که پروتئینوری مقاوم به کورتیکواستروئید داشته و به بیماری کلیوی مرحله انتهایی (ESRD) مبتلا شده بود و نیاز به همودیالیز منظم سه بار در هفته (هر بار حدود ۳/۵ ساعت) پیدا کرده بود. بیمار تحت درمان دارویی جامع شامل مولتی ویتامین مخصوص کلیه (روزانه ۱ عدد)، مکمل آهن خوراکی (روزانه ۱ عدد)، کربنات کلسیم (۳۰ سی‌سی روزانه)، سترات کلسیم (روزانه ۱ عدد)، داروی محرک اریترپوئین (۳ بار در هفته)، اسید فولیک (روزانه ۳ عدد)، آنالوگ فعال ویتامین D (روزانه ۳ عدد) و داروهای دیگری مانند آمیلوراید (۵ میلی‌گرم ۳ بار در روز)، آنورواستاتین (۲۰ میلی‌گرم ۱ بار در روز)، انالپریدیل (۵ میلی‌گرم ۲ بار در روز)، سیناکالسیت (هفته‌ای ۱ عدد) و پنتوپرازول (۲۰ میلی‌گرم ۱ بار در روز) بود که برای مدیریت عوارض CKD و اختلالات متابولیک ناشی از دیالیز تجویز شده بودند. وی در سن چهار سالگی، به کووید-۱۹ مبتلا شد و با علائمی مانند انحراف چشم، تنگی مردمک و اختلال هوشیاری بستری گردید. آزمایش‌های خونی افزایش کراتینین سرم و عدم تعادل قابل توجه الکترولیت‌ها شامل پتاسیم بالا ۵/۹mg/dl، فسفر بالا ۹/۱mg/dl و کلسیم پایین ۸/۱mg/dl را نشان داد. سطح هموگلوبین و هماتوکریت طبیعی بود. پروفایل چربی خون هیپرلیپیدمی با تری‌گلیسیرید ۳۱۶mg/dl و کلسترول ۱۴۳mg/dl را نشان داد (جدول ۱). ارزیابی آنترپومتریک شامل z-score وزن برای سن ۰/۹۴-، z-score قد برای سن ۱/۰۶-، z-score شاخص BMI برای سن ۰/۴۴- بود که

عفونت COVID-19 با افزایش خطر ابتلا به بیماری مزمن کلیه Chronic Kidney Disease (CKD) همراه است (۱،۲). کودکان مبتلا به CKD از جمله کسانی که به مرحله انتهایی بیماری کلیوی End-Stage Renal Disease (ESRD) مبتلا می‌شوند، در معرض طیف وسیعی از عوارض ثانویه قرار دارند که رشد، تکامل و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد آسیب‌های کووید-۱۹ در کودکانی که بیماری کلیوی زمینه‌ای دارند می‌تواند سبب تشدید بیماری کلیوی شده و وضعیت این بیماران را وخیم‌تر کند (۳). یکی از مهم‌ترین عوارض این گروه، اختلال رشد است که ناشی از عوامل متعددی می‌باشد. CKD، ترشح هورمون رشد (GH) و فاکتور رشد شبه انسولین (IGF-I) را مختل کرده و مسیرهای سیگنال‌دهی رشد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴-۶). همچنین، اختلالات متابولیک مانند عدم تعادل الکترولیت‌ها، اسیدوز متابولیک، اورمی مزمن، التهاب مزمن، کم‌خونی و کمبود مواد مغذی به طور جمعی باعث رشد ضعیف و تأخیر در تکامل می‌شوند (۷-۹). بی‌اشتهایی نیز در کودکان مبتلا به CKD شایع است و نقش مهمی در ایجاد سوءتغذیه پروتئین-انرژی دارد (۱۰). این پدیده تا حدی ناشی از اختلال در هورمون‌های تنظیم‌کننده اشتها، به‌ویژه گرلین و لپتین است که در شرایط اختلال کلیوی تغییر می‌کنند (۱۱). علاوه بر این، CKD می‌تواند عملکرد چشایی را مختل کند که ممکن است به دلیل مصرف داروهای متعدد و مصرف بیش از حد مایعات به‌ویژه در کودکان کوچکتر با ظرفیت تغلیظ کلیوی کاهش یافته و التهاب سیستمیک باشد (۱۲).

جدول ۱. مقادیر شاخص‌های بیوشیمیایی در ابتدا و انتهای مداخله

شاخص های بیوشیمیایی	ابتدای مداخله	انتهای مداخله
تری‌گلیسیرید (mg/dl)	۳۱۶	۱۷۰
کلسترول (mg/dl)	۱۴۳	۱۴۲
هموگلوبین (g/dl)	۱۴/۸	۱۰/۸
هماتوکریت (%)	۴۴/۹	۳۵/۸
آلبومین	۴/۲	۴/۶
کراتینین (mg/dl)	۷/۳	۸/۲
BUN قبل از دیالیز	۸۹/۵	۵۶/۹
BUN بعد از دیالیز	۱۴/۴	۹/۹
سدیم	۱۳۶	۱۳۵
پتاسیم	۵/۹	۵/۱
کلسیم (mg/dl)	۸/۱	۹/۱
فسفر	۹/۱	۶/۲

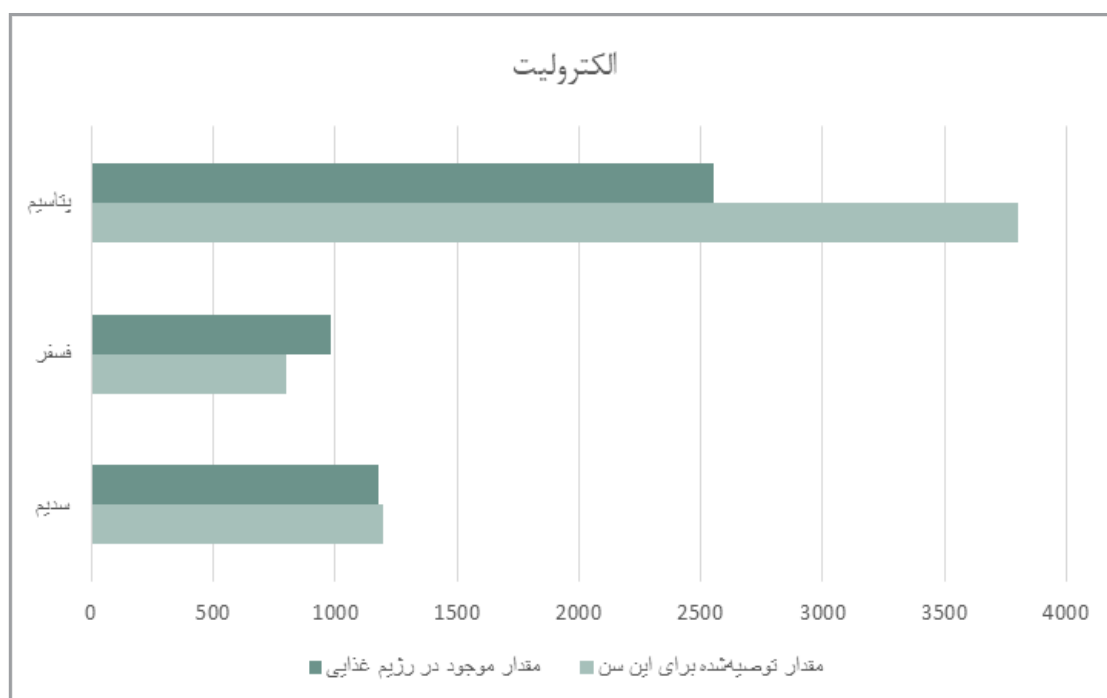
جدول ۲. مقادیر شاخص‌های تن سنجی در ابتدا و انتهای مداخله

شاخص‌های تن سنجی	ابتدای مداخله	انتهای مداخله
وزن (kg)	۱۷/۴	۱۹
قد (cm)	۱۰۹	۱۱۳
z-score وزن برای سن	-۰/۹۴	-۱/۱۲
z-score قد برای سن	-۱/۰۶	-۱/۴۶
z-score شاخص BMI برای سن	-۰/۴۴	-۰/۳۳

نشان دهنده تأخیر رشد برای این بیمار بود (جدول ۲). برنامه تغذیه‌ای درمانی با ۱۸۰۰ کیلوکالری در روز (حدود ۱۶/۵ کیلوکالری به ازای هر سانتی‌متر قد) و توزیع درشت مغذی‌ها به صورت ۵۱٪ کربوهیدرات، ۱۴٪ پروتئین و ۳۵٪ چربی برای حمایت از رشد و مدیریت عوارض متابولیک CKD و دیالیز طراحی شد. با توجه به سابقه هیپرکالمی و هیپر فسفاتمی، مصرف پتاسیم و فسفر به دقت محدود شد. رژیم شامل یک واحد لبنیات کم‌فسفر، دو واحد میوه با پتاسیم متوسط و یک واحد میوه با پتاسیم بالا در روز بود. همچنین، رژیم شامل یک تا دو واحد سبزیجات، ۶/۵ واحد غلات، سه واحد قند، پنج واحد گوشت، شش واحد چربی، ۰/۵ واحد حبوبات و ۰/۵ واحد مغزها بود. این رژیم تقریباً ۱۱۸۰ میلی‌گرم سدیم و ۲۵۵۵ میلی‌گرم پتاسیم ($RDA < ۱۲۰۰$) کمتر از مقدار توصیه‌شده برای این سن، و ۹۸۲ میلی‌گرم فسفر (کمی بالاتر از مقدار توصیه‌شده $RDA < ۸۰۰$) فراهم می‌کرد. گروه‌های مواد غذایی به دقت به بیمار و همراهان وی آموزش داده شد (شکل ۱).

بر اساس بهبود شاخص‌های آنترپومتریک و عوامل بیوشیمیایی در طول مراجعه، رژیم غذایی با همین درصدها ادامه یافت. پس از حدود ۱۲ ماه مداخله، بهبود در امتیاز z-score شاخص BMI برای سن به ۰/۳۳- مشاهده شد. اما بهبود در z-score قد برای سن ۱/۴۶- یا z-score وزن برای سن ۱/۱۲- رخ نداد. همچنین، اصلاح قابل توجهی در تعادل الکترولیت‌ها مشاهده شد. فسفر ۶/۲mg/

مقدار توصیه‌شده برای این سن (۳۸۰۰ میلی‌گرم پتاسیم ($RDA < ۳۸۰۰$) کمتر از مقدار توصیه‌شده سنی) و ۹۸۲ میلی‌گرم فسفر (کمی بالاتر از مقدار توصیه‌شده $RDA < ۸۰۰$) فراهم می‌کرد. گروه‌های مواد غذایی به دقت به بیمار و همراهان وی آموزش داده شد (شکل ۱).



شکل ۱. مقایسه مقدار الکترولیت موجود در رژیم غذایی و مقدار مورد نیاز

تأمین کالری و پروتئین کافی برای حمایت از رشد و تکامل طبیعی ضروری است (۳,۱۵). مقدار نیازهای غذایی این کودکان ۸۰-۱۰۰٪ RDA کودکان سالم می‌باشد.

از طرفی پروتئین که به عنوان یکی از مواد غذایی ضروری رشد در کودکان شناخته می‌شود در این افراد با محدودیت باید مصرف شده تا علاوه بر حمایت از رشد کودک منجر به آسیب بیشتر به عملکرد کلیوی نشود (۱۶,۱۷). دریافت‌های غذایی باید مطابق با نیازهای سنی و همچنین اتلاف مواد اضافی در طول دیالیز باشد تا از وخامت بیشتر عملکرد کلیه جلوگیری و سبب حفظ ثبات متابولیک شود.

نتیجه‌گیری

اختلال رشد در کودکان تحت همودیالیز شایع و از نظر بالینی مهم است و معمولاً ناشی از عوامل مختلف از جمله دریافت ناکافی مواد مغذی، اسیدوز متابولیک، اختلالات هورمونی و از دست دادن مواد مغذی در طول دیالیز می‌باشد. درمان تغذیه‌ای پزشکی، اساس مدیریت این بیماران است و هدف آن بهینه‌سازی وضعیت تغذیه‌ای، حمایت از رشد خطی و کاهش عوارض CKD بر رشد جسمی و پیامدهای سلامت کلی است.

dl، کلسیم ۹/۱mg/dl و پتاسیم ۵/۱mg/dl به محدوده طبیعی یا نزدیک به طبیعی رسید. پس از درمان تغذیه‌ای، کاهش قابل توجهی در تری‌گلیسرید از ۳۱۶ به ۱۷۰ میلی‌گرم/دسی‌لیتر مشاهده شد. همچنین، سطح آلبومین سرم از ۴/۲ به ۴/۶ میلی‌گرم/دسی‌لیتر افزایش یافت. سدیم، هموگلوبین، هماتوکریت و کلسترول در طول دوره مداخله در محدوده اولیه باقی ماندند.

بحث

کاهش رشد خطی، بیماری قلبی-عروقی و کم‌خونی از جدی‌ترین عوارض CKD در کودکان هستند (۱۳). هیپرلیپیدمی به‌ویژه هیپرتری‌گلیسریدمی در این بیماران شایع بوده و بیش از ۵۰٪ کودکان مبتلا به CKD را درگیر می‌کند (۱۲). هیپرفسفاتمی نیز با کلسیفیکاسیون عروقی و افزایش خطر قلبی-عروقی همراه است (۱۲). درمان تغذیه‌ای پزشکی (MNT) Medical Nutrition Therapy به عنوان اولین خط درمان در مدیریت هیپرفسفاتمی و دیس‌لیپیدمی در کودکان مبتلا به CKD در نظر گرفته می‌شود. با محدودیت فسفر رژیم و تنظیم مصرف چربی، MNT نقش مهمی در کند کردن پیشرفت بیماری و کاهش خطر قلبی-عروقی ایفا می‌کند و اغلب مقدم یا مکمل درمان دارویی می‌باشد (۱۱). کاهش سرعت رشد در بیماران کودک مبتلا به CKD باید به دقت مدیریت شود (۱۴).

منابع

1. Gu X, Huang L, Cui D, Wang Y, Wang Y, Xu J, et al. Association of acute kidney injury with 1-year outcome of kidney function in hospital survivors with COVID-19: A cohort study. *EBioMedicine*. 2022;76:103817.
2. Zhang Y, Zhao Y, Wang J, Zheng X, Xu D, Lv J, et al. Long-term renal outcomes of patients with COVID-19: a meta-analysis of observational studies. *J Nephrol*. 2023;36(9):2441-56.
3. Silverstein DM. Growth and Nutrition in Pediatric Chronic Kidney Disease. *Frontiers in Pediatrics*. 2018;Volume 6 - 2018.
4. Mak RH, Cheung W, Cone RD, Marks DL. Orexigenic and anorexigenic mechanisms in the control of nutrition in chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*. 2005;20(3):427-31.
5. Rees L, Mak RH. Nutrition and growth in children with chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol*. 2011;7(11):615-23.
6. Rashid R, Neill E, Maxwell H, Ahmed SF. Growth and body composition in children with chronic kidney disease. *Br J Nutr*. 2007;97(2):232-8.
7. Gat-Yablonski G, Yackobovitch-Gavan M, Phillip M. Which dietary components modulate longitudinal growth? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2017;20(3):211-6.
8. Farquharson C, Ahmed SF. Inflammation and linear bone growth: the inhibitory role of SOCS2 on GH/IGF-1 signaling. *Pediatr Nephrol*. 2013;28(4):547-56.
9. Kraut JA, Madias NE. Consequences and therapy of the metabolic acidosis of chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*. 2011;26(1):19-28.
10. Ayestaran FW, Schneider MF, Kaskel FJ, Srivaths PR, Seo-Mayer PW, Moxey-Mims M, et al. Perceived appetite and clinical outcomes in children with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*. 2016;31(7):1121-7.
11. Bacchetta J, Bernardor J, Garnier C, Naud C, Ranchin B. Hyperphosphatemia and Chronic Kidney Disease: A Major Daily Concern Both in Adults and in Children. *Calcif Tissue Int*. 2021;108(1):116-27.
12. Armstrong JE, Laing DG, Wilkes FJ, Kainer G. Smell and taste function in children with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*. 2010;25(8):1497-504.
13. Moustafa B, Zekry H, Hashim RH, Salah DM, Abdelfattah AA, Sobhy R. Echocardiographic Findings in Children with Chronic Kidney Disease. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2020;31(6):1234-44.
14. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero J-J, Chan W, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases*. 2020;76(3):S1-S107.
15. Shaw V, Polderman N, Renken-Terhaerd J, Paglialonga F, Oosterveld M, Tuokkola J, et al. Energy and protein requirements for children with CKD stages 2-5 and on dialysis-clinical practice recommendations from the Pediatric Renal Nutrition Taskforce.

Pediatr Nephrol. 2020;35(3):519-31.

16. Haffner D. Strategies for Optimizing Growth in Children With Chronic Kidney Disease. *Frontiers in Pediatrics*. 2020;Volume 8 - 2020.

17. Salas P, Pinto V, Rodriguez J, Zambrano MJ, Mericq V. Growth retardation in children with kidney disease. *Int J Endocrinol*. 2013;2013:970946.