

## آسیت‌های ایدیوپاتیک در بیماران تحت درمان با کلیه مصنوعی

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۵، صفحه ۴۳۸، ۲۵۳۶

\* دکتر بیژن نیک اختر \* دکتر همایون خوانساری \* دکتر ابراهیم پور خامنه‌ای \* نیره رحیمیان \*\*\*

### مقدمه:

بهمن مناسبت نگارندگان به بررسی کامل در مورد پیدایش علل احتمالی آن پرداخته و گزارش کار خود را در کنگره پیوندانهای که در ماه اوت سال ۱۹۷۷ در توکیو - ژاپن برگزار گردیده بود؛ عرضه نمودند. شاید این بررسی‌های انجام شده، بتواند راه‌گشای مشکل کشف این عارضه برای کسانی که با آن می‌اندیشند باشد، خلاصه گزارش مذکور را به استحضار همکاران محترم میرساند.

نخستین بار اهمیت آسیت‌های مقاوم بدرمان و ایدیوپاتیک در بیماران مبتلا به فارسائی مزمن کلیوی که تحت درمان با کلیه مصنوعی بودند در سال ۱۹۷۰ (۴-۳) تجلی نمود. در سالهای بعد محققان دیگری آنرا تأیید و علل احتمالی متعددی در مورد پیدایش آن اظهار نمودند و بعضی‌ها در بیماران خود به کشف علتهایی هم توفيق یافته‌اند که از آن‌جمله‌اند:

۱- پیدایش نارسائی قلب

۲- بروز سندروم نفروتیک

۳- انسداد کامل یا ناقص ورید اجوف تحتانی

۴- سندروم Budd Chiari

۵- انجام دیالیز صفاتی قلبی

۶- پریتوئیت مزمن غیر اخلاقی

۷- اورمی

که در پیدایش این آسیت‌ها مؤثر دانسته‌اند.

با استناد آنچه که تاکنون در مورد علل احتمالی پیدایش این آسیت‌ها

با گذشت مرآکز متعدد مجهرز به کلیه مصنوعی و افزایش تعداد بیمارانی که از این دستگاهها بطور مستمر استفاده می‌کنند، بسیاری از آنان توانسته‌اند از یک عمر طولانی و زندگی نسبتاً راحتی برخوردار گردند. اگرچه در گزارش‌های مرآکز خارجی بعضی از این بیماران بین ۷ تا ۱۰ سال زنده مانده‌اند (۱) ولی عمر متوسط بیماران ماکه از سال ۱۳۵۰ بطور مستمر تحت درمان با کلیه مصنوعی قرار گرفته‌اند، بیشتر از ۵ سال نبوده است. با طولانی شدن عمر این بیماران متأسفانه عوارض متعددی بتدبیج ظاهر می‌شود که هر یک از آنها قادر است خطر جدی و مرگباری را بوجود آورد از آن‌جمله: عوارض قلبی-عروقی که در بیماران دیالیزی بسیار شایع است (۲). وبالآخره عفونت‌های مختلف که همیشه تهدیدی برای ادامه زندگی این بیماران می‌باشد. علت بیشتر عوارضی که در این بیماران دیر یا زود ظاهر می‌نماید شناخته شده است و اکثر مسئولان مرآکز دیالیز به این عوارض و علل آن وقوف کامل دارند و حتی امکان در جلوگیری و یا درمان آن می‌کوشند. چون بحث پیرامون همه این عوارض در این مقاله مورد نظر نیست بهمین مناسبت از توضیح بیشتر آن خودداری می‌شود و فقط به بحث در مورد عوارضی که تاکنون علت آنها ناشناخته مانده‌است. اکنفا خواهد شد. یکی از عوارض نسبتاً نادر ولی بسیار نگران کننده‌ای که همواره پیش‌آگاهی بدی را گواهی میدهد ظاهر شدن آسیت‌های مقاوم به درمان در این بیماران است و چون تاکنون علت واضحی برای بروز آن شناخته نشده است

\* دانشکده پزشکی پهلوی دانشگاه تهران.

\*\* دانشکده پزشکی داریوش کبیر دانشگاه تهران.

\*\*\* بیمارستان مهر تهران.

جدول شماره (۲)

بیماران	مدت دیالیز و بروز آسیت (ماه)	فاصله زمانی بین سرم (گرم/م م) و قدر آلبومین	شدت آسیت	علت بیماری کلیوی	ورم اندام
بیمار اول	۲۶	۳/۵	متوسط	گلومرولو- ذرفیت مزمن	-
بیمار دوم	۱۲	۴/۲	شدید	-	-
بیمار سوم	۱۸	۳/۲	متوسط	-	-
بیمار چهارم	۱۵	۲/۱	متوسط	پبلو ذرفیت مزمن	-

در جدول شماره (۲) فاصله زمانی بین مدت دیالیز و پیدایش آسیت و بالاخره، درجه شدت آسیت و مقدار آلبومین سرم خون بیماران ذکر گردیده است.

جدول شماره (۳)

باد عن استرالیا و پادل آن	مقدار فشار خون	نموده برداری صفاق	تجزیه مایع آسیت	فعوه برداری کبد	بیماران
منفی			وزن مخصوص طبیعی	طبیعی	بیمار اول
			۱۰۱۷		
			آلبومین ۱/۲		
			گرم درصد		
			وزن مخصوص طبیعی	طبیعی	بیمار دوم
			۱۰۱۸		
			آلبومین ۲/۲		
			گرم درصد		
			وزن مخصوص طبیعی	طبیعی	بیمار سوم
			۱۰۱۷		
			آلبومین ۱/۸		
			گرم درصد		
			وزن مخصوص طبیعی	طبیعی	بیمار چهارم
			۱۰۲۲		
			آلبومین ۴/۵		
			گرم درصد		

در جدول شماره (۳) مشخصات مایع آسیت هر یک از بیماران و نتیجه نموده برداری از کبد و صفاق و مقدار فشار خون نشان داده شده است.

عنوان ویا عرضه شده است، روش کار ما بیشتر پر امون تحقیق در باره علت بروز آسیت‌های ایدیوپاتیک بقرار ذیر میباشد.

روش کار: واحد کلیه مصنوعی این گروه از سال ۱۳۵۰ درمان بیماری از بیماران مبتلا به فارسائی مزمن کلیوی را باطور مستمر عهده‌دار بوده است که از این تعداد چون قریب ۵۴ تن، گزارش درمان کامل‌تری داشته و مدت بیشتری تحت نظر بوده‌اند، مدارک آنان مورد استفاده این مقاله قرار گرفته است از این ۵۴ تن، ۴ بیمار (۲ مرد و ۲ زن) به آسیت‌های ایدیوپاتیک مبتلا شده بودند که بررسی‌های دقیقی بشرح ذیر در مورد پیدایش و علت آسیت‌های آنان بعمل آمد:

۱- کارهای اختصاصی از نظر بررسی بر روز نارسائی قلب و عل آن.

۲- وجود پریکاردیت بکمک معاینه بالینی، رادیولوژی، الکتروکارد. دیو گرافی و بزل پریکارد.

۳- تعیین مقدار آلبومین سرم خون.

۴- بررسی شیمیائی مایع آسیت.

۵- کشت مکرر مایع آسیت.

۶- نموده برداری (بیوپسی) ارتفاع

۷- آنزیو گرافی شرائین سلیاک

۸- اسپلنو پورتو گرافی

۹- پرتونگاری (کاوو گرافی) ازوریدا جوف تحتانی و وریدهای فوق کبد.

از نظر سهولت بیان و درگاه مطالب تابع حاصل از این بررسی‌های انجام شده بصورت جدول تنظیم گردیده است.

جدول شماره (۱)

بیماران	سن (سال)	جنس	ازمان دیالیز	انجام دیالیز صفائی قبلی	عالائم نارسائی قلب	۲۵
بیمار اول	۳۴	زن	۳ سال	-	-	-
بیمار دوم	۳۹	مرد	۲/۵ سال	-	-	-
بیمار سوم	۳۲	مرد	۲ سال	-	-	-
بیمار چهارم	۵۴	زن	۲ سال	-	-	-

در جدول شماره (۱) سن و جنس، مدت زمانی که بیماران تحت دیالیز بوده‌اند و بالاخره عدم وجود نشانه‌های فلیی و پریکاردیت مشخص شده است.

بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که:

- ۱- پیدایش آسیت محتملاً به مقدار آلبومین سرم خون بیماران مربوط نمی‌شود ولی آلبومین سرم خون در تشدید مقدار آن دخالت دارد.
- ۲- پیدایش آسیت به عوامل مکانیکی مربوط نیست و بالاخره رابطه مستقیمی بین فعالیت سلول کبد و بروز آن وجود ندارد.
- ۳- ممکن است در بعضی از موارد گزارش شده (۵) انجام دیالیز صفاقی زمینه مساعدی جهت پیدایش آسیت در مراحل بعدی بوجود آورد ولی چنانچه مشاهده شد، هیچیک از بیماران ما قبل اتحت درمان با دیالیز صفاقی نبوده‌اند تا تصور شود چنین زمینه‌ای در آنها بوجود آمده باشد.
- ۴- ظاهرآ آسیتها بعداز سال اول دیالیز و محتملاً در حوالی سال دوم دیالیز بروز می‌کنند.
- ۵- نارسائی قلبی و یا پریکاردیت نقش مؤثری در ایجاد آنها ایفا نمی‌کند.
- ۶- این آسیتها با اولترافیلتراسیون در زمان دیالیز بر طرف نمی‌شوند و بالاخره محدود کردن آب و نمک در این بیماران در جلو گیری از پیدایش آن نقش مهمی ندارد، گرچه ممکن است در بعضی موارد تا حدودی ازشدت بروز آن باشد.
- ۷- ظاهرآ وضیت عروق و بافت صفاق تا حدودی که می‌کرسکوب معمولی نشان میدهد تغییرات مهمی را نشان نمیدهد.
- ۸- وبالاخره وقوع این آسیتها پیش آگاهی نامساعدی را گواهی میدهد که از آن‌جمله تحلیل رفتن قوه دفاعی بدن، عوارض روده‌ای و شیوع عفونت‌ها را باید نام برد.
- ۹- تاکنون درمان مناسبی برای آن عرضه نشده و تنها راه معالجه خارج کردن مایع آسیت به دفعات مکرر است که گاهی می‌توان همان مایع را مجدداً از طریق داخل‌وریدی به بیمار تزریق نمود. یکی از همکاران این گروه (۶) در یک مورد از تجویز کورتیکو-استروئیدها نتیجه‌خوبی گرفته است ولی تجربه ما درمورد تجویز این دارو چه از راه تزریق داخلی صفاقی و یا از راه خوراکی همیشه بی‌اثر بوده است.
- ۱۰- چنین بنظر میرسد که تحریک مستقیم اوره و یا مواد دیگری که در بدن این بیماران احتیاط حاصل مینمایند روی عروق صفاق عامل مؤثری بوده و در پیدایش این آسیتها نقشی را ایفا نماید (۷) و (۸).

جدول شماره (۶)

بیماران	آزمایش‌های کبد	آشت مایع آسیت	کشت مایع	اسپلنت‌بور تو-	رادیوگرافی ازورید اجوف تحتانی
بیمار اول	طبیعی	منفی	منفی	منفی، آنزیو-	منفی
بیمار دوم	طبیعی	منفی	منفی	منفی، آنزیو-	منفی
بیمار سوم	طبیعی	منفی	منفی	منفی، آنزیو-	منفی
بیمار چهارم	طبیعی	منفی	منفی	منفی، آنزیو-	منفی

جدول شماره (۶) نتایج آزمایش‌های کبد - کشت مایع آسیت و اسپلنت‌بور تو گرافی و کاو گرافی و رید اجوف تحتانی را نشان میدهد.

#### بحث :

آسیتهای ایدیوپاتیک و مقاوم به درمان در سال ۱۹۷۰ بعنوان یکی از عوارض ناگوار در بیماران تحت درمان با کلیه مصنوعی شناخته شده ولی از آن تاریخ تاکنون تعداد مقالاتی که درباره علل پیدایش آن به جای رسیده، بسیاراندک بوده است. محققان مختلف در طی بررسی‌های خود علل متفاوتی را درمورد پیدایش این آسیت‌ها ذکر کرده‌اند که از آن‌جمله: پیدایش نارسائی قلب، وجود سندروم نفروتیک و انسداد ورید اجوف تحتانی و تحریک صفاق در اثر دیالیز صفاقی قبلی و بالاخره تحریک مستقیم اوره روی جدار عروق صفاق مطرح شده است. مطالعه کلیه این مدارک منتشر شده، نشان میدهد که صرف نظر از مواردی که علل آسیتها مشخص شده، معهداً هنوز در بسیاری از موارد، علم آسیت حقیقتاً ناشناخته باقی مانده است. ظاهرآ چنین بنظر میرسد که باید علل دیگری در پیدایش آن مؤثر باشد و کشف این علل تاکنون برای این گروه غیرممکن بوده است. معهداً علیرغم تمام کوشش‌هایی که در این زمینه تاکنون بعمل آمده است تاعله این آسیت‌هادر بیماران مورد مطالعه لائق تا حدودی مشخص شود. ناگزیر تمام وسائل تشخیصی و تجسسی که تا این تاریخ از طریق مقالات منتشر شده بود مورد مطالعه قرار گرفت و از نظرات ابتکاری همکاران دیگر کمک گرفته شد ولی همانظوریکه ذکر شد این مطالعات نیز نتوانست راه گشای مشکل کشف علل احتمالی این آسیتها در بیماران مورد مطالعه باشد. بدین مناسبت ناگزیر مجدداً روی کلمه آسیتها بی‌علت (ایدیوپاتیک) تکیه شد تا شاید در آینده وسائل دیگری کشف شود که بکمک آن بتوان علت واقعی این آسیتها را مشخص کرد.

## REFERENCES:

1. Registry.; G., F. Second International Symposium on Organ Transplantation; Tokyo, Japan, 1977.
2. Lindner, A. et al.: Accelerated atherosclerosis in prolonged maintenance hemodialysis: New Eng. J. Med. 5. 16, 1974.
3. Mahoney, J. F., Gutch C. F., Holmes, J. H.: Intractable ascites in chronic dialysis patients; Abstract of the American Society of Nephrology, 4th Annual Meeting, 1970. P. 51.
4. Zerffos, I.N., Duffy, B., Chrysant, S., Hastagio, B., Tauber, J., Cavender, A.R.: Dialysis ascites, a new syndrome. Abstract of the fifth International Congress of Nephrology. Mexico City, 1972 p. 16.
5. Arismendi, G.S., Izard, M.W., Hampton, W.R., Maher, J.F.: The clinical spectrum of sacites associated with maintenance dialysis Amer. J. Med, 12. 46 - 51, 1976.
6. Broomand, B. Personal Communication 1977.
7. Nik Akhtar. B., Khonsari, H.: Idiopathic ascites in hemodialysis patients presented at Second International Symposium on Organ Transplantation. Tokyo. Japan. 133, 1977.

۸- رساله تحصصي دکتر ابراهيم پور خامنه‌اي ، سال ۱۳۵۶ .