آسیتهای ایدیوپاتیك در بیماران تحت درمان با کلیه مصنوعی

مجله نظام پزشکی
سال ششم، شماره ۵، صفحه ۴۳۸، ۲۵۳۶

دکتر بیژن نیك اختر * دکتر همایون خوانساری ** دکتر ابراهیم پور خامنه‌ای * نیره رحیمیان ***

مقدمه :

با گسترش مراکز متعدد مجهز به کلیه مصنوعی و افزایش تعداد بیمارانی که ازاین دستگاهها بطورمستمر استفاده میکنند، بسیاری از آنان توانسته‌اند از یك عمر طولانی و زندگی نسبتاً راحتی برخوردار گردند. اگرچه درگزارشهای مراکز خارجی بعضی از این بیماران بین ۷ تا ۱۰ سال زنده مانده‌اند (۱) ولی عمرمتوسط بیماران ما که ازسال ۱۳۵۰ بطورمستمر تحت درمان با کلیه مصنوعی قرار گرفته اند ، بیشتر از ۵ سال نبوده است . با طولانی شدن عمر این بیماران متأسفانه عوارض متعددی بتدریج ظاهر میشودکه هر یك از آنها قادر است خطر جدی ومرگباری‌را بوجودآورد ازآنجمله: عوارض‌قلبی-عروقی که دربیماران‌دیالیزی‌بسیارشایع است(۲). وبالاخره عفونت‌های مختلف که همیشه تهدیدی‌برای ادامه زندگی‌این‌بیماران میباشد. علت بیشترعوارضی که دراین بیماران دیر یا زود تظاهر مینماید شناخته شده است و اکثر مسئولان مراکز دیالیز به این‌عوارض وعلل‌آن وقوف‌کامل دارند وحتی‌الامکان درجلوگیری ویا درمان آن میکوشند. چون بحث پیرامون همه این عوارض دراین‌مقاله مورد نظر نیست بهمین مناسبت از توضیح بیشتر آن خودداری میشود و فقط به بحث در مورد عوارضی کـه تاکنون علت آنها ناشناخته مانده‌است، اکتفا خواهدشد. یکی ازعوارض نسبتاً نادر ولی بسیارنگران کننده‌ای که همواره پیش‌آگاهی بدی راگواهی میدهد ظاهرشدن آسیت‌های مقاوم به درمان دراین بیماران‌است و چون تاکنون علت واضحی بـرای بروز آن شناخته نشده‌است بهمین مناسبت نگارندگان به بررسی کامل در مورد پیدایش علل احتمالی‌آن پرداخته وگزارش‌کار خود را در کنگره پیوندا‌عضاء که درماه اوت سال ۱۹۷۷ در توکیو - ژاپن برگزارگردیده بود ؛ عرضه نمودند. شاید این بررسی‌های انجام شده ، بتواند راه‌گشای مشکل‌کشف این‌عارضه برای‌کسانی‌که بآن میاندیشند باشد ، خلاصه گزارش مذکـور را به استحضار همکاران محترم میرساند .

نخستین‌باراهمیت‌آسیت‌های مقاوم‌بدرمان وایدیوپاتیك دربیماران مبتلا به‌نارسائی‌مزمن کلیوی‌که تحت‌درمان باکلیه مصنوعی‌بودند درسال۱۹۷۰ (۳-۴) تجلی‌نمود. درسالهای بعد محققان‌دیگری آنرا تأیید و علل احتمالی متعددی در مورد پیدایش آن اظهار نمودند و بعضی‌ها در بیماران خود به‌کشف علت‌هـائی هم توفیق یافتند‌که از آنجمله‌اند :

۱- پیدایش نارسائی قلب
۲- بروز سندرم نفروتیك
۳- انسدادکامل یا ناقص ورید اجوف تحتانی
۴- سندرم Budd Chiari
۵- انجام دیالیز صفاقی قبلی
۶- پریتونیت مزمن غیراختصاصی
۷- اورمی

که در پیدایش این آسیت‌ها مؤثر دانسته‌اند.
باستنادآنچه که تاکنون درمورد علل‌احتمالی‌پیدایش این‌آسیت‌ها

* دانشکده پزشکی پهلوی دانشگاه تهران .
** دانشکده پزشکی داریوش کبیردانشگاه تهران.
*** بیمارستان مهر تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

عنوان ویا عرضه شده‌است، روش‌کار ما بیشتر پیرامون تحقیق در باره علت بروز آسیت‌های ایدیوپاتیك بقرار زیر میباشد.

روش‌کار: واحد کلیه مصنوعی این گروه از سال ۱۳۵۰ درمان بسیاری از بیماران مبتلا به‌نارسائی مزمن کلیوی را بطور مستمر عهده‌دار بوده است که ازاین‌تعداد چون قریب ۵۴ تن، گزارش درمان کامل‌تری داشته و مدت بیشتری تحت نظر بوده‌اند، مدارك آنان مورد استفاده این مقاله قرار گرفته است

از این ۵۴ تن ، ۴ بیمار (۲ مرد و ۲ زن) به آسیت‌های ایدیوپاتیك مبتلا شده بودند که بررسی‌های دقیقی بشرح زیر در مورد پیدایش و علت آسیتهای آنان بعمل آمد :

۱ـ کارهای اختصاصی از نظر بررسی بروز نارسائی قلب و علل آن .

۲ـ وجود پریکاردیت بکمك معاینه‌بالینی، رادیولوژی، الکتروکاردیوگرافی و بزل پریکارد.

۳ـ تعیین مقدار آلبومین سرم خون.

۴ـ بررسی شیمیائی مایع آسیت.

۵ـ کشت مکرر مایع آسیت.

۶ـ نمونه‌برداری (بیوپسی) ازصفاق

۷ـ آنژیوگرافی شرائین سلیاك

۸ـ اسپلنو پورتوگرافی

۹ـ پرتونگاری (کاووگرافی) ازوریداجوف‌تحتانی و وریدهای فوق کبد.

ازنظر سهولت بیان ودرك مطالب. نتایج حاصل ازاین بررسی‌های انجام شده بصورت جدول تنظیم گردیده است .

جدول شماره (۱)

پریکاردیت	علائم نارسائی قلب	انجام دیالیز صفاقی قبلی	زمان دیالیز	جنس	سن (سال)	بیماران
–	–	–	۳ سال	زن	۳۴	بیمار اول
–	–	–	۲/۵ سال	مرد	۳۹	بیمار دوم
–	–	–	۲ سال	مرد	۳۲	بیمار سوم
–	–	–	۲ سال	زن	۵۴	بیمار چهارم

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

جدول شماره (۲)

ورم اندام	علت بیماری کلیوی	شدت آسیت	مقدار آلبومین سرم (گرم/۱۰۰cc)	فاصله زمانی بین مدت دیالیز و بروز آسیت (ماه)	بیماران
–	گلومرولو ـ نفریت مزمن	متوسط	۳/۵	۲۶	بیمار اول
–	» »	شدید	۴/۲	۱۲	بیمار دوم
–	» »	متوسط	۳/۲	۱۸	بیمار سوم
–	پیلونفریت مزمن	متوسط	۳/۱	۱۵	بیمارچهارم

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

جدول شماره (۳)

بیماران	نمونه برداری کبد	تجزیه مایع آسیت	نمونه برداری صفاق	مقدار فشار خون	پادگن استرالیا و پادتن آن
بیمار اول	طبیعی	وزن‌مخصوص ۱۰۱۷ آلبومین ۱/۲ گرم درصد	طبیعی	متوسط	منفی
بیمار دوم	طبیعی	وزن‌مخصوص ۱۰۱۸ آلبومین ۲/۲ گرم درصد	طبیعی	متوسط	منفی
بیمار سوم	طبیعی	وزن‌مخصوص ۱۰۱۷ آلبومین ۱/۸ گرم درصد	طبیعی	متوسط	منفی
بیمارچهارم	طبیعی	وزن‌مخصوص ۱۰۲۲ آلبومین ۴/۵ گرم درصد	طبیعی	متوسط	منفی

در جدول شماره (۳) مشخصات مایع آسیت هر یك از بیماران و نتیجه نمونه‌برداری‌ازکبد وصفاق ومقدار فشار خون نشان داده شده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول شماره (۴)

بیماران	آزمایشهای کبد	کشت مایع آسیت	اسپلنوپورتوگرافی. آنژیوگرافی سلیاک	رادیوگرافی ازورید اجوف تحتانی
بیمار اول	طبیعی	منفی	طبیعی	طبیعی
بیمار دوم	طبیعی	منفی	طبیعی	طبیعی
بیمار سوم	طبیعی	منفی	طبیعی	طبیعی
بیمار چهارم	طبیعی	منفی	طبیعی	طبیعی

جدول شماره (۴) نتایج آزمایشهای کبد ـ کشت مایع آسیت و اسپلنوپو توگرافی و کاووگرافی ورید 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 چاپ رسیده، بسیاراندك بوده است.

محققان مختلف در طی بررسی‌های خود علل متفاوتی را درمورد پیدایش این آسیت‌هاذکر کرده‌اند که‌ازآن‌جمله: پیدایش نارسائی قلب، وجودسندرم نفروتیك وانسداد وریداجوف تحتانی‌وتحریك صفاق در اثر دیالیز صفاقی قبلی و بالاخره تحریك مستقیم اوره روی جدار عروق صفاق مطرح شده‌است. مطالعه کلیه این مدارك منتشرشده، نشان میدهدکه صرفنظر از مواردی‌که علل آسیت‌ها مشخص‌شده، معهذا هنوز در بسیاری از موارد، علت‌آسیت حقیقتاً ناشناخته باقی مانده است. ظاهراً چنین بنظر میرسدکه باید علل دیگری در پیدایش آن مؤثر باشد و کشف این علل تاکنون برای‌این‌گروه غیرممکن بوده‌است. معهذا علیرغم‌تمام کوششهائی که دراین‌زمینه‌تاکنون‌بعمل‌آمده‌است‌تاعلل‌این‌آسیت‌هادر بیماران مورد مطالعه لااقل تا حدودی مشخص شود. ناگزیر تمام وسایل تشخیصی و تجسسی‌که تا این تاریخ از طریق مقالات منتشر شده بود مورد مطالعه قرار گرفت و از نظرات ابتکاری همکاران دیگر کمك گرفته شد ولی همانطوریکه ذکرشد این مطالعات نیز نتوانست راه‌گشای مشکل‌کشف‌علل احتمالی این آسیتها در بیماران مورد مطالعه باشد. بدین‌مناسبت ناگزیر مجدداً روی کلمه آسیت‌های بی علت (ایدیوپاتیك) تکیه شد تا شاید در آینده وسایل دیگری‌کشف شودکه بکمك آن بتوان علت‌واقعی این آسیت‌ها را مشخص‌کرد.

بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت‌که:

۱ـ پیدایش آسیت محتملاً به مقدارآلبومین سرم خون بیماران مربوط نمیشود ولی آلبومین سرم خون در تشدید مقدار آن دخالت دارد.

۲ ـ پیدایش آسیت به عوامل مکانیکی مربوط نیست و بالاخره رابطه مستقیمی بین فعالیت سلول کبد و بروز آن وجود ندارد .

۳ـ ممکن‌است در بعضی از مواردگزارش شده (۵) انجام‌دیالیز صفاقی زمینه‌مساعدی جهت پیدایش آسیت در مراحل بعدی‌بوجود آورد ولی چنانچه مشاهده شد ، هیچیك از بیماران ما قبلا تحت درمان با دیالیز صفاقی نبوده‌اند تا تصور شود چنین زمینه‌ای در آنها بوجود آمده باشد.

۴ـ ظاهراً آسیت‌ها بعداز سال اول دیالیز و محتملاً در حوالی سال دوم دیالیز بروز میکنند.

۵ـ نارسائی قلبی و یا پریکاردیت نقش مؤثری در ایجاد آنها ایفا نمیکند.

۶ـ این آسیت‌ها با اولترافیلتراسیون در زمان دیالیز بر طرف نمیشوند وبالاخره محدودکردن آب و نمك در این بیماران در جلوگیری از پیدایش آن نقش مهمی ندارد ، گرچه ممکن است دربعضی موارد تا حدودی ازشدت بروز آن بکاهد.

۷ ـ ظاهراً وضعیت عروق و بافت صفاق تا حدودی که میکرسکوپ معمولی نشان میدهد تغییرات مهمی‌را نشان نمیدهد.

۸ـ وبالاخره وقوع این‌آسیت‌ها پیش‌آگاهی نامساعدی‌راگواهی میدهدکه ازآنجمله تحلیل رفتن قوه دفاعی بدن، عوارض‌روده‌ای و شیوع عفونت‌ها را باید نام برد.

۹ـ تاکنون درمان‌مناسبی برای‌آن عرضه نشده وتنها راه معالجه خارج کردن مایع آسیت به دفعات مکرر است‌که‌گاهی میتوان همان مایع‌را مجدداً ازطریق داخل‌وریدی به‌بیمار تزریق‌نمود. یکی ازهمکاران این گروه(۶) در یك مورد از تجو ز کورتیکو-استروئیدها نتیجه‌خوبی گرفته‌است ولی‌تجربه ما درمورد تجویز این دارو چه از راه تزریق داخلی صفاقی و یا از راه خوراکی همیشه بی‌اثر بوده است.

۱۰ـ چنین بنظر میرسدکه تحریك مستقیم اوره ویا مواد دیگری که در بدن این بیماران احتباس حاصل مینمایند روی عروق صفاق عامل مؤثری بوده و در پیدایش این آسیت‌ها نقشی را ایفا نماید (۷) و (۸).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

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 assoc_iated 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 Internat_ional Symposium on Organ Transplantation. Tokyo. Japan. 133, 1977.

۸ـ رساله تخصصی دکتر ابراهیم پورخامنه‌ای ، سال ۱۳۵۶.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]