

بررسی علل نارسایی مزمن کلیوی نزد مردان در شمال افغانستان

پوهنمل داکتر عبدالعلی یعقوبی ۱، پوهنمل داکتر قیس افضلی ۲ و پوهندوی داکتر عبدالقیوم حکیمی ۳

۱عضو کادر علمی پوهنچی طب پوهنتون بلخ Ab.Ali.Yaqubi@gmail.com

۲عضو کادر علمی پوهنچی طب پوهنتون بلخ qais068@gmail.com

۳عضو کادر علمی پوهنچی طب پوهنتون بلخ Dr.qayum@gmail.com

چکیده

دانش بشری در مورد علل ابتلا به بیماریها و مرگومیر کامل نیست؛ ولی آنچه مشخص است شماری از این بیماریها تا حد زیادی به انتخاب شیوه زندگی مربوط می‌شوند. از جمله این بیماریها، نارسایی مزمن کلیه است که طیفی از فرآیندهای پاتوفیزیولوژیک مختلف را در بر می‌گیرد. شیوع بیماری مزمن کلیوی روزبه‌روز در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه در حال افزایش است. این اختلال همه ابعاد اقتصادی، اجتماعی و روحی روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گام اول برای پیشگیری یا جلوگیری از گسترش یک بیماری اطلاع‌رسانی از شیوع و علل آن بیماری است. این تحقیق مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است که با هدف علل نارسایی مزمن کلیه نزد مردان مراجعه‌کننده به شفاخانه ابوعلی سینای بلخی در شهر مزارشریف انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را همه مردان مراجعه‌کننده به شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی تشکیل داده و حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و فورمول کوکران با در نظر گرفتن درجه اطمینان ۹۵٪، (۱۲۰) نفر تعیین گردید. این پژوهش از اول بهار ۱۴۰۱ شروع و در حوت ۱۴۰۲ ختم گردید. بخشی از اطلاعات مردان توسط پرسشنامه جمع‌آوری گردیده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که از جمله (۱۲۰) تن، (۷۰) تن مرد و (۵۰) تن زن بوده و شایعترین علت نارسایی مزمن کلیه در گروه سنی ۵۰-۶۰ سال دیده شده است. بر اساس درجه تحصیل (۲۸) تن ماستر و بالاتر از آن، (۳۲) تن لیسانس، (۲۰) تن فارغ صنف دوازده، (۲۲) تن در سطح ابتدایی و (۱۸) تن بی‌سواد بودند. یافته‌ها نشان داد که از جمله شایعترین علت نارسایی مزمن کلیه نزد مردان مراجعه‌کننده در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی فشارخون بالا (۲۷،۵٪)، شکر (۲۳،۳٪) و گلو مریولونفریت (۱۸،۳٪) به دست آمده است.

واژه‌های کلیدی: سنگ کلیه، دیابت، فشارخون بلند، کیست کلیه، گلو مریولونفریت

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه (Chronic Kidney Disease) آسیب غیرقابل برگشت سلول‌های کلیوی است که مشخصه آن میزان تصفیه گلوبولینی (Glomerular Filtration Rate) کمتر از 60 ml/min در برابر ۱/۷۳ متر مربع از سطح بدن، به مدت سه ماه یا بیشتر است. مرحله پنجم و نهایی این مریضی (End Stage Renal) است که از دست دادن غیر قابل برگشت عملکرد کلیه است و مریضان به صورت دائمی نیازمند تداوی‌های جایگزین مانند دیالیز یا پیوند کلیه می‌شوند (غیائی و همکاران، ۱۴۰۱: ۵۴).

نارسایی مزمن کلیوی از جمله بیماری‌های مزمنی است که در سالیان اخیر روند صعودی داشته، طوریکه در ایالات متحده آمریکا میزان بروز آن در ۲۰ سال گذشته ۱۰ برابر افزایش یافته است. بر اساس گزارش سلام وپندار که در سال ۱۴۰۲ نشر نموده است، در شفاخانه جمهوری‌ت روزانه ۸۰ مریض برای تداوی در مرکز هیمودیالیز مراجعه می‌کنند. اکثر مریضان بالاتر از ۴۰ سال بوده و در میان آنان کودکان و نوجوانان نیز شامل است.

امروزه بیش از یک نفر مبتلا به نارسایی کلیه در جهان با دیالیز به حیات خود ادامه می‌دهند. تداوی CRF با همودیالیز دایم، علاوه بر تحمیل هزینه‌های زیاد بر جامعه، مشکلات عمده جسمی و روحی برای مریض به وجود می‌آورد. طبق برخی از شواهد علمی، شناخت مریضان در مراحل اولیه و زودرس و انجام مراقبت‌های خاص در به تأخیر انداختن نارسایی پیشرفته کلیه مؤثر است و میزان مرگومیر و هزینه‌ها را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (رئیس‌فر و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۵۸).

علت نارسایی کلیه اکثراً با سن بروز نارسایی کلیه در ارتباط بوده و در کودکان زیر ۵ سال اختلالات ساختمانی کلیه از جمله انسدادهای مادرزادی و سنین بالاتر علی چون گلوبولونفریتها شایعتر است. علایم مریضی در مراحل اولیه بسیار کم و مرموز است و پس از تخریب اکثر نفر ون‌ها علایم بارز نارسایی مزمن کلیه خود را نشان می‌دهند (اتوکشن و حسینی، ۱۳۸۰: ۱۷۵). بنأ علل نارسایی مزمن کلیه در سنین مختلف و در مناطق جغرافیایی گوناگون متفاوت است (فلاح‌زاده و شیرازی، ۱۳۷۹: ۱۱۶). کلیه‌ها ارگان‌هایی هستند که مواد زائد خون را فیلتر می‌کنند. کلیه‌ها همچنین فشارخون، تعادل الکترولیت‌های بدن و تولید سلول‌های قرمز خون را در بدن تنظیم می‌کنند (Aksoy, et al. 2020: 142). برخی از علل نارسایی‌های کلیه قابل درمان بوده و می‌توان عملکرد کلیه‌ها را به حالت اولیه آنها بازگرداند. متأسفانه در برخی موارد نارسایی کلیه یک بیماری پیش‌رونده و غیر قابل برگشت است. در صورتی که کلیه‌ها به‌طور کامل از کار بیفتند، تنها گزینه درمانی برای معالجه آنها دیالیز یا پیوند کلیه اس (خسروی، ۱۳۹۶). در حال حاضر CKD با اندازه‌گیری eGFR و میزان دفع آلبومین اداری ارزیابی می‌شود (Hojs, et al, 2023: 653). سرعت پیشرفت آن در مریضان مختلف است و بستگی به اتیولوژی و پتالوژی آن دارد. سطح آلبومین ادرار، کراتینین سیرم و به دنبال آن محاسبه GFR، مثال‌هایی از بیومارکرهای پذیرفته شده عملکرد کلیه است که توسط نفرولوژیست‌ها به صوت گسترده‌ای جهت بررسی مریض و تصمیم‌گیری جهت تداوی مورد استفاده قرار می‌گیرد که به دلیل در دسترس بودن و سهولت استفاده از آن می‌باشد (خزایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۹).

انواع نارسایی کلیه

پزشکان معمولاً نارسایی کلیه را به ۶ نوع تقسیم می‌کنند. انواع نارسایی کلیه عبارت‌اند از:
نارسایی حاد کلیه ناشی از علل پیش کلیوی: گردش خون ضعیف به کلیه‌ها ممکن است باعث این نوع نارسایی حاد کلیه شود. پزشکان معمولاً پس از تشخیص علت کاهش جریان خون، این نوع نارسایی را درمان می‌کنند.

نارسایی ذاتی حاد کلیه: این نوع نارسایی کلیه ممکن است ناشی از آسیب مستقیم به کلیه‌ها باشد مانند ضربه فیزیکی یا تصادف، اضافه‌بار سموم و ایسکمی (نرسیدن اکسیژن به کلیه‌ها).

نارسایی حاد کلیه ناشی از علل پس کلیوی: این نوع نارسایی کلیه ممکن است به سبب سنگ کلیه یا انسداد دیگری در دستگاه ادراری رخ دهد (Mastreiandi, et al, 2011).

نارسایی مزمن کلیه ناشی از علل پیش کلیوی: زمانی که به مدت طولانی خون به کلیه‌ها نرسد، کلیه‌ها کوچک می‌شوند و عملکرد خود را از دست می‌دهند.

نارسایی مزمن کلیه: در این نوع نارسایی کلیه معمولاً کلیه‌ها به تدریج عملکردشان را از دست می‌دهند.
نارسایی مزمن کلیه ناشی از علل پس کلیوی: انسداد طولانی‌مدت مجاری ادراری مانع از ادرار کردن فرد، فشار به مثانه و در نهایت آسیب به کلیه‌ها می‌شود (منفرد، ۱۳۸۲: ۴۹).

مراحل بیماری مزمن کلیه

بیماری کلیوی ۵ مرحله دارد. این مراحل از بسیار خفیف (مرحله ۱) شروع می‌شوند و تا نارسایی کامل کلیه (مرحله ۵) ادامه می‌یابند. با پیشرفت مراحل، علائم و عوارض افزایش می‌یابند.

مرحله اول: در این مرحله کلیه آسیب دیده است، اما معمولاً فرد هیچ علائم و عوارض قابل‌مشاهده‌ای ندارد.

مرحله دوم: این مرحله بیماری کلیوی همچنان مرحله خفیف بیماری در نظر گرفته می‌شود، اما مسائل قابل‌تشخیص مانند پروتئین در ادرار یا آسیب فیزیکی به کلیه‌ها ممکن است واضح‌تر باشند.

مرحله سوم: در این مرحله کلیه‌های فرد آن‌طور که باید کار نمی‌کنند. در مرحله ۳ بیماری کلیه، ممکن است علائم آشکارتر باشند و فرد متوجه علائمی مانند تورم دست‌ها و پاها، کمردرد و تغییر مقدار ادرار شود (جلالی و همکاران، ۱۳۸۱: ۴۷).

مرحله چهارم: این مرحله بیماری کلیوی متوسط تا شدید در نظر گرفته می‌شود. در این مرحله، کلیه‌ها خوب کار نمی‌کنند. علائم این مرحله عبارت‌اند از:

• کم‌خونی

• فشارخون بالا

• بیماری‌های استخوان

در این مرحله پزشک احتمالاً برنامه‌ای درمانی برای کاهش آسیب کلیه تجویز می‌کند.

مرحله پنجم: مرحله ۵ مرحله نزدیک به نارسایی کامل کلیه است. در این مرحله، علائم نارسایی کلیه و اختلال در عملکرد آن مانند استفراغ، حالت تهوع، مشکلات تنفسی و خارش پوست مشهود خواهند بود و فرد به دیالیز منظم یا پیوند کلیه نیاز خواهد داشت (هادیان و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۷).

پیشینه تحقیق

گیائی و همکاران (۱۴۰۱) به بررسی شیوع و علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام ایران انجام دادند. در این مطالعه توصیفی-مقطعی، پس از اخذ کد اخلاق از معاونیت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ایلام، به مدت دو سال تعداد ۲۹۲۸ نفر از مریضان مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام مطالعه شدند. در این بررسی، مراجعه‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه ۱۷ سوالی محقق ساخته و نتایج آزمایش خون و سونوگرافی، به‌منظور وجود داشتن یا نداشتن نارسایی مزمن کلیه و علل آن بررسی گردیدند؛ سپس داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS 22 با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردیدند. بر اساس یافته این مطالعه، بیشتر مردان (۵۴,۳٪) بودند و بیشتر از ۴۰ سال (۴۷,۹٪) سن داشتند. شیوع بیماری مزمن کلیه در مریضان مراجعه‌کننده به کلینیک نفرولوژی ایلام ۲۴,۲۸٪ بود که بیشتر آنان ۳۲,۶٪ در مرحله این مرضی قرار داشتند. در این مطالعه، علل بروز نارسایی کلیه به ترتیب دیابت (۲۱,۹٪)، سنگ کلیه (۱۷,۶٪)، گلوومرولونفریت (۱۷,۲٪) و فشارخون بالا (۱۱,۷٪) بود (گیائی و همکاران، ۱۴۰۱: ۵۳).

هادیان و همکاران (۱۳۹۳) به بررسی اپیدمیولوژیک نارسایی مزمن و انتهایی کلیه و عوامل خطر آن در مریضان دیالیزی ولایت لرستان در ایران انجام دادند. این مطالعه مقطعی در فاصله زمستان ۱۳۹۰ تا زمستان ۱۳۹۱ در مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری بود. اطلاعات مریضان با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شد. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد تعداد مریضانی که به علت نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز قرار می‌گرفتند ۳۱۸ نفر بود، که از این تعداد ۱۸۲ مرد و ۱۳۶ زن بودند. اوسط سن مریضان ۵۳ سال بود. علت نارسایی کلیه در ۳۸,۱٪ فشارخون بلند و در ۱۹,۲٪ و ۲۷,۶٪ موارد به ترتیب دیابت و علل ناشناخته بود. ۵,۹۷٪ مریضان مبتلا به یکی از عفونت‌های

ویروسی هپاتیت B یا HIV بودند. بین علل نارسایی مزمن کلیه در مریضان مورد مطالعه به تفکیک سن تفاوت آماری معنی‌داری دیده شد (هادیان و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۴).

فردی و همکاران (۱۳۹۳) به بررسی عوامل مرتبط به نارسایی مزمن کلیه در مریضان تحت همودیالیز در شهرستان تویسرکان ایران انجام دادند. این تحقیق یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که بر روی داده‌های ثبت شده ۱۶۵ مریض تحت همودیالیز در شهرستان تویسرکان طی مهر و موم‌های ۱۳۷۵-۱۳۹۱ انجام شد. اطلاعات مورد نیاز مانند جنس، سن، سن شروع دیالیز، علل به وجود آورنده نارسایی مزمن کلیه و متغیرهای مرتبط با همودیالیز با استفاده از چک لیست از محتویات پرونده استخراج و با استفاده از آمار توصیفی شامل جداول، میانگین و انحراف معیار توسط نرم افزار Stata مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از مجموع ۱۶۵ مریض، ۵۶٫۳٪ آن‌ها مرد و ۵۳٫۳٪ آن‌ها در محدوده سنی بالای ۶۰ سال قرار داشتند و فقط ۱۰٫۴٪ آن‌ها کمتر از ۳۰ سال سن داشتند، علل احتمالی ایجاد کننده نارسایی مزمن کلیه در مریضان به ترتیب علل ایدیوپاتیک، فشارخون بالا، دیابت، مشکلات اورولوژیک، گلوومرولونفریت و کلیه پلی کیستیک با ۳۲٫۷٪، ۲۸٫۵٪، ۲۳٫۵٪، ۸٫۵٪، ۴٫۸٪ و ۲٫۴٪ بود. یافته‌ها نشان داد که فشارخون بالا و دیابت به‌عنوان علل اصلی نارسایی مزمن کلیه در شهرستان تویسرکان مطرح می‌باشند (فردی و همکاران، ۱۳۹۳: ۳۴).

منفرد و همکاران (۱۳۸۲)، به بررسی علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران همودیالیزی استان گیلان در ایران پرداختند. این تحقیق که نوع مطالعه مقطعی بود بالای ۴۱۴ مریض که در ده مرکز همودیالیز ولایت گیلان تحت مداوی دایمی قرار داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. از جمله ۴۱۴ مریض مورد مطالعه، ۲۱۳ نفر مرد و ۲۰۱ نفر زن بودند. اوسط سن شروع دیالیز در آنها ۴۸ سال بود. نتایج نشان داد که فشارخون بلند (۲۶٫۱٪)، گلوومرولونفریت (۱۰٫۹٪)، دیابت (۱۰٫۱٪)، سنگ مجاری ادرار (۸٫۷٪) و کلیه پله کیستیک (۶٫۸٪) از علل عمده نارسایی مزمن کلیوی می‌باشد (منفرد و همکاران، ۱۳۸۲: ۷۶).

مواد و روش تحقیق

این تحقیق مطالعه‌ای توصیفی- مقطعی است که با هدف علل نارسایی مزمن کلیه نزد مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای در شهر مزار شریف انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را همه مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی تشکیل داده و حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و فورمول کوکران با در نظر گرفتن درجه اطمینان ۹۵٪، (۱۲۰) نفر تعیین گردید. این پژوهش از اول بهار ۱۴۰۱ شروع و در حوت ۱۴۰۲ ختم گردید. بخشی از اطلاعات مریضان توسط پرسشنامه جمع‌آوری گردیده است.

تجزیه و تحلیل

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان به تفکیک جنسیت

جنسیت	مرد	زنان	فریکونسی	فیصدی
جنسیت	مرد	۷۰	۷۰	۵۸
	زن	۵۰	۵۰	۴۲

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که از جمله (۱۲۰) تن، (۷۰) تن مرد و (۵۰) تن زن می‌باشد که بر اساس فیصدی به ترتیب ۵۸٪ و ۴۲٪ را تشکیل می‌دهد.

جدول (۲) آمار توصیفی مریضان به تفکیک سن

سن	۴۰-۵۰	۵۰-۶۰	بالتر از ۶۰	فریکونسی	فیصدی
سن	۴۰-۵۰	۴۰	۳۳٫۳	۴۰	۳۳٫۳
	۵۰-۶۰	۵۰	۴۱٫۷	۵۰	۴۱٫۷
	بالتر از ۶۰	۳۰	۲۵	۳۰	۲۵

جدول (۲) آمار توصیفی مریضان را به تفکیک سن نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که از جمله (۱۲۰) مریض، (۴۰) تن آنها در سنین ۴۰ الی ۵۰ سال، (۵۰) تن آنها در سنین ۵۰-۶۰ سال و (۳۰) تن آنها بالاتر از ۶۰ سال سن داشتند که بر اساس فیصدی به ترتیب ۳۳,۳٪، ۴۱,۷ و ۲۵٪ را تشکیل می‌دهند.

جدول (۳) آمار توصیفی مریضان به تفکیک میزان تحصیلات

فیصدی	فریکونسی		میزان تحصیلات
۲۳,۳	۲۸	ماستر و بالاتر از آن	
۲۶,۶	۳۲	لیسانس	
۱۶,۶	۲۰	فارغ دوازده	
۱۸,۵	۲۲	سطح ابتدایی	
۱۵	۱۸	بی‌سواد	

جدول (۳) آمار توصیفی پاسخ‌دهندگان را به تفکیک درجه تحصیل نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که از جمله (۱۲۰) تن، (۲۸) تن ماستر و بالاتر از آن، (۳۲) تن لیسانس، (۲۰) تن فارغ صنف دوازده، (۲۲) تن در سطح ابتدایی و (۱۸) تن بی‌سواد بودند که بر اساس فیصدی به ترتیب ۲۳,۳٪، ۲۶,۶٪، ۱۶,۶٪، ۱۸,۵٪ و ۱۵٪ را تشکیل می‌دهد.

جدول (۴) آمار توصیفی مریضان به تفکیک شغل

فیصدی	فریکونسی		شغل
۱۸	۲۲	آموزگار	
۴۰	۴۸	کارمند خدمات ملکی	
۲۶	۳۱	شغل آزاد	
۱۶	۱۹	بیکار	

جدول (۴) آمار توصیفی مریضان را به تفکیک شغل نشان می‌دهد. از جمله (۱۲۰) مریض مراجعه‌کننده به شفاخانه ابوعلی سینای بلخی، (۲۲) تن آن آموزگار (۱۸٪)، (۴۸) تن آن کارمند خدمات ملکی (۴۰٪)، (۳۱) تن آن دارای شغل آزاد (۲۶٪) و (۱۹) تن آن بیکار (۱۶٪) می‌باشد.

جدول (۵) آمار توصیفی مریضان به درآمد ماهانه

فیصدی	فریکونسی		درآمد ماهانه
۵۸	۷۰	۱۰,۰۰۰-۵۰۰۰	
۴۲	۵۰	۲۰,۰۰۰-۱۰,۰۰۰	

جدول (۴) آمار توصیفی مریضان را به تفکیک درآمد نشان می‌دهد که از جمله (۱۲۰) تن، درآمد ماهانه (۷۰) تن میان ۵۰۰۰ افغانی الی ۱۰,۰۰۰ افغانی و درآمد (۵۰) تن میان ۱۰,۰۰۰ الی ۲۰,۰۰۰ افغانی گزارش شده است.

جدول (۵) آمار توصیفی مریضان به تفکیک محل سکونت

فیصدی	فریکونسی		محل سکونت
۳۳	۴۰	ولایت بلخ	
۶۷	۸۰	ولایات همجوار	

جدول (۵) آمار توصیفی پاسخ‌دهندگان را به تفکیک محل سکونت نشان می‌دهد. از جمله (۱۲۰) تن، (۴۰) تن در داخل شهر مزار شریف و بقیه (۸۰) از ولایات همجوار شرکت نموده بودند.

جدول (۶) علل نارسایی مزمن کلیه نزد مریضان

علت نارسایی مزمن	فریکونسی	فیصدی
دیابت / شکر	۲۸	۲۳,۳
سنگ کلیه	۱۲	۱۰
گلوومرولونفریت	۲۲	۱۸,۳
فشارخون بالا	۳۳	۲۷,۵
کیست کلیه در زمینه‌ای از سابقه فامیلی	۱۲	۱۰
سایر علل	۱۳	۱۰,۹

جدول (۶) علل نارسایی مزمن کلیه را نزد مریضان نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد علل نارسایی مزمن کلیه نزد (۲۸) تن دیابت (۲۳,۳٪)، نزد (۱۲) تن سنگ کلیه (۱۰٪)، نزد (۲۲) تن گلوومرولونفریت (۱۸,۳٪)، نزد (۳۳) تن فشارخون بالا (۱۰٪)، نزد (۱۲) تن کیست کلیه (۱۰٪) و نزد (۱۳) تن سایر علل (۱۰,۹٪) به دست آمده است.

نتیجه‌گیری

هر چند از ابتدای قرن بیستم در اثر ایمنی سازی، ارتقای صحت و تداوی، مرگ‌ومیر ناشی از امراض عفونی کاهش یافته است ولی پیشرفت‌های حاصله باعث شده که امراضی که در قرن گذشته چند سال پس از تشخیص قطعاً منجر به مرگ می‌شدند، تبدیل به امراض مزمن شوند (Gollie, et al, 2020: 250). امراض مزمن نیز از مهمترین علل مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شوند (هادیان و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۵). نارسایی مزمن کلیوی از جمله بیماری‌های مزمنی است که در سالیان اخیر روند صعودی داشته، طوریکه در ایالات متحده آمریکا میزان بروز آن در ۲۰ سال گذشته ۱۰ برابر افزایش یافته است. این تحقیق مطالعه‌ای توصیفی- مقطعی است که با هدف علل نارسایی مزمن کلیه نزد مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه ابوعلی سینای بلخی در شهر مزار شریف انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را همه مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی تشکیل داده و حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و فورمول کوکران با در نظر گرفتن درجه اطمینان ۹۵٪، (۱۲۰) نفر تعیین گردید. این پژوهش از اول بهار ۱۴۰۱ شروع و در حوت ۱۴۰۲ ختم گردید. بخشی از اطلاعات مریضان توسط پرسشنامه جمع‌آوری گردیده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که از لحاظ مشخصات دموگرافیک بیشتر نمونه‌ها مرد (۵۸٪) بودن و بالای ۵۰ سال (۴۱,۷٪) سن داشتند.

بر اساس درجه تحصیل (۲۸) تن ماستر و بالاتر از آن، (۳۲) تن لیسانس، (۲۰) تن فارغ صنف دوازده، (۲۲) تن در سطح ابتدایی و (۱۸) تن بی‌سواد بودند. در بررسی علل نارسایی کلیه، شایع‌ترین علت فشارخون بلند با ۲۷,۵٪ (اولین علت)، سپس شکر ۱۷,۶٪ (دومین علت) و پس از آن گلوومرولونفریت ۱۸,۳٪ (سومین علت) بود. فشارخون بالا از علل مهم بیماری‌های کلیه در مریضان مراجعه‌کننده در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی به شمار می‌آید. دیابت در اکثر مطالعات انجام شده، همواره جزء سه علت اصلی علل نارسایی مزمن کلیوی نزد مریضان به شمار می‌آید. دیابت از علل شناخته شده اصلی بیماری‌های مزمن کلیه در سراسر جهان محسوب می‌شود. در همه پژوهش‌های بررسی شده که علل یا عوامل خطر بروز بیماری‌های مزمن کلیه را مطالعه کرده بودند، دیابت جزء علل اصلی بروز بیماری بیان شده است. طوری که در مطالعه ملک‌ماکان که شیوع و علل بروز بیماری‌های مزمن کلیه را در خاورمیانه را بررسی کرده بود، دیابت به‌عنوان علت اصلی و در صدر عوامل خطر بروز بیماری قرار داشت. اما در مطالعه حاضر، دیابت به‌عنوان دومین عامل شناخته شده است. گلوومرولونفریت Glomerulonephritis سومین علت شایع بروز نارسایی مزمن کلیه در این مطالعه بود. گلوومرولونفریت در چند دهه اخیر، چه در کشورهای توسعه یافته و چه در حال توسعه، به‌عنوان علت اصلی مریضی در نظر گرفته می‌شد؛ اما امروزه به سبب تداوی وسیع و موفقیت‌آمیز آن و یا احتمالاً افزایش شیوع دیابت و فشارخون بالا، علت اصلی بیماری‌های مزمن کلیوی به شمار نمی‌آید.

مأخذ

۱. اتوکشن، حسن؛ حسینی، رزیتا. (۱۳۸۰). علل نارسایی مزمن کلیه در کودکان در بیمارستان‌های حضرت علی‌اصغر و لبافی نژاد، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال هشتم، شماره ۲۵، صص ۱۷۵-۱۷۹.
۲. جلالی، فرزاد؛ رضایی، نازیلا؛ نامدار، زهرا. (۱۳۸۱). بررسی عوارض قلبی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شماره اول، صص ۴۴-۴۹.
۳. خزایی ظاهر، رجب فردی زهره، حاتمی حسین، خداکریم سهیلا، خزایی سلمان، زبده زهرا. عوامل مرتبط با نارسایی مزمن کلیه در بیماران تحت همودیالیز در شهرستان تویسرکان در سال ۱۳۹۲. مجله علمی پژوهان. ۱۳۹۳؛ ۱۳ (۱) ۳۳-۴۱.
۴. خسروی زاد، ملیحه، ۱۳۹۶، بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، سمینار علمی مراقبت‌های پرستاری در بهداشت روان و سلامت جامعه، علی‌آباد، <https://civilica.com/doc/701458>.
۵. ربیسی فر، افسانه، تراب پور، مسعود و محسنی زاد، پروین. (۱۳۸۸). علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران همودیالیزی آبادان. پرستاری مراقبت ویژه IRANIAN JOURNAL OF CRITICAL CARE NURSING (IJCCN)، ۲(۴)، ۱۵۷-۱۶۰. SID. <https://sid.ir/paper/356318/fa>.
۶. غیائی، بهاره؛ نظری، حدیث؛ باباریع، محمد امین؛ رئیس‌فر، افسانه. (۱۴۰۱). بررسی شیوع و علل مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شماره ۳۱، دوره اول، صص ۵۲-۵۹.
۷. فرهنگ ساسانی، (۱۳۹۱). پاتوفیزیولوژی نارسایی حاد و مزمن کلیه. *تحقیقات آزمایشگاهی دامپزشکی* -39، 4(1)، 40.
۸. فلاح‌زاده، حسین و شیرازی، مریم جمالی. (۱۳۷۹). علل نارسایی مزمن کلیه در کودکان جنوب ایران، مجله پژوهشی دانشکده پزشکی شهید بهشتی، سال بیست و چهار، شماره دوم، صص ۱۱۵-۱۲۰.
۹. منفرد، علی؛ خسروی، مسعود؛ اورنگ‌پور، رضا؛ روشن ضمیر، سیدامین موسویان؛ آقاجانی‌نرگس، درین. (۱۳۸۲). بررسی علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران همودیالیزی استان گیلان، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه گیلان، سال دوازدهم، شماره ۴۶، صص ۷۶-۸۳.
۱۰. هادیان، بابک؛ عنبری، خاطره؛ حیدری، رقیه. (۱۳۹۳). بررسی اپیدمیولوژیک نارسایی مزمن و انتهایی کلیه و عوامل خطر آن در مریضان دیالیزی ولایت لرستان، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه پزشکی لرستان، دوره شانزدهم، صص ۴۴-۵۳.
11. Aksoy, N., & Şelimen, D. (2020). Investigation of the Causes and Risk Factors of Previous End-Stage Renal Disease in Kidney Transplant Recipients. *Transplantation proceedings*, 52(1), 140–145. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.11.019>.
12. Gollie, J. M., Patel, S. S., Harris-Love, M. O., Cohen, S. D., & Blackman, M. R. (2022). Fatigability and the Role of Neuromuscular Impairments in Chronic Kidney Disease. *American journal of nephrology*, 53(4), 253–263. <https://doi.org/10.1159/000523714>.
13. Hojs, R., Ekart, R., Bevc, S., & Vodošek Hojs, N. (2023). Chronic Kidney Disease and Obesity. *Nephron*, 147(11), 660–664. <https://doi.org/10.1159/000531379>.
14. Mastroianni-Kirsztajn, G., Bastos, M. G., & Burdmann, E. A. (2011). Strategies of the Brazilian chronic kidney disease prevention campaign (2003-2009). *Nephron. Clinical practice*, 117(3), c259–c265. <https://doi.org/10.1159/000320741>.