

دیابت و دیالیز

شیوع نارسایی کلیه به دنبال دیابت در جهان رو به افزایش است. یکی از عوامل مهم آن شروع و پیشرفت دیابت نوع ۲ در سنین پایین تر می باشد که در نتیجه آن افراد مبتلا سالهای طولانی تری در معرض قند خون بالا قرار می گیرند .

انتخاب نوع دیالیز

این انتخاب به عوامل متعددی بستگی دارد از جمله :

- شرایط ناتوان کننده یا وجود بیماریهای همراه
- وضعیت زندگی و شرایط محیط زندگی
- میزان علاقه بیمار به استقلال شخصی و انگیزه های بیمار
- توانایی برای تحمل تغییرات و نوسانات حجم
- وضعیت عروق محیطی و وضعیت شکم

دیالیز صفاقی : مزایا و معایب

دیالیز صفاقی ، تحمل قلبی - عروقی خوبی ایجاد می کند . نیازی به دسترسی عروقی ندارد . کنترل پتاسیم بهتر صورت می گیرد . به جهت وجود قند ثابت در محلول دیالیز صفاقی در محلول دیالیز صفاقی ، بروز و شدت حمله های افت ناگهانی قند در این بیماران از همودیالیز بسیار کمتر است .

از مشکلات آن احتمال خطر پریتونیت (عفونت پرده صفاق) و عفونت کاتتر است که البته با غیر دیالیز ها شیوع برابر دارد . در دیالیز صفاقی کنترل قند خون مشکل تر است . (به جهت قند موجود در مایع دیالیز)

همودیالیز : مزایا و معایب

در همودیالیز شبه دلیل پیگیر یهای مکرر پزشکی در بیمارستان ، بیمار بیشتر مورد توجه قرار می گیرد

ولی مشکلاتی از قبیل افت فشار خون که بیمار با ناراحتی قلبی را به مخاطره می اندازد . بقای دسترسی عروقی در این بیماران کمتر می باشد . خطر ایسکمی (از بین رفتن بافت عروقی) دست در این بیماران بالاست . باید توجه داشت پیوند کلیه موفق ، بهترین درمان جهت ارتقا کیفیت زندگی و طول عمر بیماران دیابتی می باشد .

آغاز دیالیز

در بیماران دیالیز با نارسایی کلیه دیالیز زودتر از سایر بیماران شروع می شود . زیرا : این افراد علایم اورمی و علایم ناشی از افزایش حجم مایع را زودتر از دیگران تجربه می کنند . عملکرد کلیه در این بیماران به سرعت افت می کند و افزایش فشارخون که به علت کاهش عملکرد کلیه ایجاد می شود ممکن است به راحتی قابل کنترل نباشد لذا افت GFR در محدوده ۲۰-۱۰ میلی متر در دقیقه می تواند زمان شروع دیالیز باشد .

هایپر گلیسمی (افزایش قند خون)

بدلیل نداشتن عملکرد کلیوی و نداشتن ادرار بیمار دیالیز تحت دیالیز به عنوان علامتی از هایپر گلیسمی (افزایش قند خون) دچار گلیکوزوری (ترشح قند در ادرار) نمی شود لذا هایپر گلیسمی با شدت بیشتری خودنمایی می کند .

در این حالت بدلیل از دست رفتن آب (که در حالت معمول در بیماران دیالیز افزایش ادرار وجود دارد) وضعیت مغزی بیمار تغییر نمی کند و غالبا بدون علامت است و گاهی با علایمی مثل تشنگی ، افزایش وزن و ادم ریه تظاهر می کند .

نکته : قند خون ناشتای هدف برای بیماران دیالیز دیالیزی بین ۹۰-۱۳۰ و قند خون بعد از غذا ۱۸۰ می باشد .

رتینوپاتی (بیماریهای جسمی)

در هفته های آغازین بسیار سریع پیشرفت کاهش بینایی وجود دارد که باید بیمار به چشم پزشک مراجعه شود . عوارضی نظیر کراتیت و کونژکتیویت نیز نسبت غیردیالیزها شایعتر است . کاتاراکت (آب مروارید) و گلوکوم (آب سیاه) مانند غیر دیابتی ها درمان می شود .

نکات پیشگیرانه :

ناخنها شسته و خشک باشد .
کف پاها و چین انگشتان پا روزانه دیده شود
از کفشهای راحت به همراه جوراب استفاده شود .
دیالیزها ناخنهای انگشتان پایشان را نباید خودشان کوتاه کنند .
معاینه مکرر پا توسط پزشک متخصص انجام شود .
نورپاتی محیطی (بیماریهای عروق محیطی)
بیماران دیابتی اورمیک که دیالیز کافی و مناسب نمی شوند ممکن است دچار فلج اندامها بشوند. جهت تسکین و رفع این عوارض بایستی قندخون تحت کنترل باشد . دیالیز صفاقی در این مورد بهتر عمل می نماید .

مشکلات استخوانی

به طور شایع در بیماران دیابتی دیالیزی دیده می شود . در این بیماری سرعت تشکیل استخوان کاهش می یابد . در این حالت استخوان به علت نارسایی کلیه به اثرات بیولوژیک هورمون پاراتیروئید مقاوم بوده و علی رغم افزایش سطح آن تشکیل استخوان کاهش می یابد .

شماره سند: 95/eq/102/202	عنوان سند: پمفلت آموزشی ویژه بیماران	 دفتر بهبود کیفیت آموزش بیمارستان ۲۲ بهمن
------------------------------------	---	--

دیابت و دیالیز



کلینیک آموزش سلامت

بیمارستان ۲۲ بهمن

۳۰۹-۳۲۵۹۵۵۱۶ داخلی

داروهای کاهنده قند خون

به علت فقدان عملکرد آن دسته داروهایی که دفع کلیوی دارند نباید استفاده شوند. متفورمین: از رده داروهای بیگوانیدی است که به علت ایجاد اسیدوز لاکتیک نباید استفاده شود.

کلی بن کلامید: از رده داروهای سولفونیل اوره است که به دلیل دفع کلیوی ممنوعیت مصرف دارد.

انسولین درمانی

به جهت مقاومت به انسولین دوز کمتری از انسولین لازم است. انسولین با دیالیز برداشت نمی شود، تجویز دو با انسولین طولانی اثر مطلوب است.

منبع: سایت معاونت درمان

<https://22bahman-hospital.com/amouzeshbimar/>

آدرس سایت آموزش به بیمار بیمارستان ۲۲ بهمن

در بیماران دیابتیک آلومینیوم سریعتر در استخوان رسوب می کند و نباید از آلومینیوم به عنوان فسفر باندر استفاده کرد.

سوء تغذیه

در بیماران دیابتیک دیالیزی به طور شایع دیده می شود بدلیل:

۱- کنترل ضعیف و نامطلوب قندخون که منجر به کاتابولیسم

عضلات بدن (ایجاد انرژی با استفاده از سوختن پروتئین

های بدن) می گردد.

۲- ضعف اسفنکتر و عضلات معده (گاستروپارزی) که منجر

به تهوع و استفراغ و سیری زودرس - احساس پری بعد از

غذا خوردن می شود.

توصیه می شود:

- وعده های غذایی افزایش یابد

- قندهای ساده، چربی های اشباع شده، سدیم، پتاسیم و مایعات

باید محدود شود..

