

## الاختلالات القلبية والوعائية لدى مرضى القصور الكلوي المعالجين بالتحال خبرة مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية.

د. يوسف نجار  
د. سليم حاتم  
فهم سلطان

### □ ملخص □

يتضمن البحث قسمين رئيسين:

- 1- دراسة نظرية للاختلالات الوعائية القلبية لدى مرضى القصور الكلوي المعالجين بالتحال.
- 2- دراسة عملية إحصائية تتضمن دراسة هذه الاختلالات عند مرضى التحال في الفترة بين عام 1990-1993.

---

أشرف على هذا البحث الدكتور يوسف نجار الأستاذ المساعد في قسم الداخلية أمراض الكلية بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

الدكتور سليم حاتم مدرس تعليم عالي في قسم الداخلية أمراض القلب بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.  
قام بإعداد هذا البحث فهم سلطان طالب الدراسات العليا في قسم الداخلية أمراض الكلية بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

أولاً: الاختلاطات الوعائية والقلبية وتشمل:

1- التهاب التامور: نجد منه شكلين رئيسين.

• الشكل المترافق بالانصباب وهو الشائع عند مرضى التحال.

• الشكل غير المترافق بالانصباب.

وأسباب الالتهاب هي:

آ- احتباس الماء والصوديوم.

ب- احتباس نواتج الاستقلاب الأزوتي

وترسب ذرات حمض البول والكلس

على غشاء التامور.

ج- انصباب الدم المحرض بالهيارين إذ غالباً

ما يكون الانصباب مدمى عند مرضى

التحال.

د- المعالجة الناقصة بالكلية الصناعية.

وأسس المعالجة هي:

آ- تكثيف التحال وزيادة مدته.

ب- تعديل جرعة الهيارين (إنقاصها) مع

محاولة تعديلها بالبروتامين قبل أن تصل

إلى أوردة المريض.

ج- إعطاء الأدوية المضادة للالتهاب غير

القشرية.

د- بزل التامور.

هـ- شق التامور أو استئصاله الجزئي أو التام.

اختلاطات التهاب التامور وتشمل:

اختلاطات حادة:

1- السطام التاموري.

2- اضطرابات النظم.

3- التهاب عضلة القلب.

اختلاطات مزمنة.

أهمها التهاب التامور المعاصر.

2- ارتفاع التوتر الشرياني:

قد يكون أولياً أو ثانوياً، تالياً للقصور

الكلوي، وهو يشاهد بكثرة وخاصة في

الآفات الكبية وبجميع الحالات فإنه يفاقم

المرض الكلوي ويزيد من إعياء القلب.

أسبابه:

آ- احتباس الماء والملح في الجسم.

ب- التصلب الصعيدي العائد لترسب

بلورات الكالسيوم والفسفور في بطانة

جدر الشريين والعائد أيضاً

للاضطراب في استقلاب الشحوم.

ج- نقص إفراز البروستغلاندين.

د- تحريض جهاز الرينين إنجيوتنسين.

أسس المعالجة هي:

آ- زيادة مرات التحال وتكثيفه.

ب- إعطاء الأدوية حيث إن المدرات الفعالة

هي الفيروسميد فقط كما يمكن إعطاء جميع

• استئصال كلية ثنائي الجانب في الحالات المعقدة.

3- تصحيح فقر الدم:

- إعطاء الاريثروبيوتين.
- إعطاء الحديد وحمض الفوليك.
- إعطاء السيروتيدات البناءة.
- نقل الدم عند الضرورة.
- 4- إنقاص النتاج العالي:

• تضيق أو إغلاق الناسور الشرياني الوريدي.

• زيادة عدد مرات التحال.

5- تصحيح مستوى الكالسيوم والفوسفور.

6- زيادة تقلص عضلة القلب بالدجثلة.

4- التهاب شغاف القلب.

أسبابه:

آ- صنف المقاومة للإنتان.

ب- وجود ناسور شرياني وريدي والتهاب

مواضع المآخذ الدموية.

ج- وجود عوامل تؤدي إلى التطور نحو

التهاب الشفاف (بؤرة إنتان موضعي

واضح كخراج سني مثلاً - المعالجة

بالسيروتيدات - وجود آفة دسامية).

5- نقص التروية والتصلب الصعيدي:

وأهم الأسباب الاضطراب في

استقلاب البروتينات الشحمية حيث يزداد

الأدوية الأخرى الخافضة للضغط:

• حاصرات بيتا مثل Propranolcel

• موسعات الأوعية مثل Hydralazin

• حاصرات الكلس مثل Nifidin

• مضادات جهاز الرينين انجيوتنسين مثل

Captopril

• خافضات التوتر مركزية التأثير مثل -

.α methyl Dopa

3- قصور القلب:

أسبابه:

آ- احتباس السوائل والشوارد في الجسم.

ب- فقر الدم.

ج- ارتفاع التوتر الشرياني.

د- فرط جارات الدرق الثانوي وعدم ضبط

فسفور المصل.

هـ- وجود ناسور شرياني وريدي.

ز- البوريميا.

تدبير قصور القلب:

1- ضبط ملائم للسائل خارج الخلوي:

• حمية ناقصة الملح.

• مدرات قوية (لازيكس).

• التحال الدموي أو البريتواني.

2- ضبط ملائم لارتفاع التوتر الدموي

الشرياني:

• إنقاص السوائل خارج الخلوية الزائدة.

• معالجة ارتفاع الضغط.

مستوى البروتينات VLDL وبالمقابل هناك مستوى منخفض من HDL.

حالته فأجري له عمل جراحي، شق تامورز (نافذة تامورية جنبية).

6- اضطرابات النظم القلبي كالتسرع فوق البطينية الاشتدادية وخارج الانقباض والحصرات. أسبابها:

أ- اضطرابات التوازن الحمضي القلوي.

ب- اضطرابات التوازن الشاردي كارتفاع بوتاسيوم الدم والخلل في نسبة  $\frac{Ca}{P}$ .

نتائج الدراسة العملية:

↙ 20 ذكر.

عدد مرضى التحال 30 مريضاً:

↘ 10 إناث.

التهاب التامور:

(14) مريضاً حدث معهم انصباب

تاموري = 47% من المرضى.

• تحسنت حالة عشرة منهم جزئياً وبشكل مقبول بإجراء تكثيف للتحال + إنقاص جرعة الهيبارين مع إعطاء الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروتيدي كالأندوميناسين.

• (4) مرضى لم تتحسن حالتهم بالاجراءات السابقة فأجري لهم بزل تاموري حيث كان البزل مدمى، استقر وضع ثلاثة منهم، أما الرابع فلم تتحسن

ارتفاع التوتر الشرياني:

(12) مريضاً حدث لديهم ارتفاع

توتر شرياني = 40% من مجموع المرضى.

- خمسة مرضى كان التحال كافياً لعودة الضغط للحدود الطبيعية.
- خمسة مرضى احتاجوا إلى إضافة أدوية خافضة للضغط إضافة إلى التحال.
- مريضان أظهرتا تعيداً على العلاج على الرغم من تكثيف التحال وإعطاء الأدوية وتميزت هاتان الحالتان بوجود ارتفاع ضغط قبل حدوث القصور (ارتفاع توتر أساسي) مع كثرة الاختلاطات الوعائية القلبية عندهما.

قصور القلب:

(9) مرضى حدث لديهم قصور قلب

= 30% من مجموع المرضى.

- خمسة مرضى ضخامة بطين أيسر مع احتقان رئوي تحسنت حالتهم بتكثيف التحال (تصحيح فقر الدم) ضبط الضغط الشرياني.
- أربعة مرضى قصور قلب احتقاني تحسنت حالتهم بعد إضافة الدخيلة إضافة للإجراءات السابقة.

نقص التروية القلبية واضطرابات النظم:

3- مريض واحد حدث لديه رجفان أذيني  
3.3% من مجموع المرضى.

1- 8 مرضى حدث لديهم نقص تروية قلبية  
26.6% من مجموع المرضى.

2- 3 مرضى حدث لديهم حصار غصن  
أيسر 10% من مجموع المرضى.

التهاب الشفاف الالتهابي:  
لم تحدث عند أي مريض.

مقارنة مع دراسة فرنسية بإشراف البروفسور Silverrrtal على دراستين:

عدد المرضى	انصباب التامور	قصور القلب	التهاب الشفاف
1) 46 مريضاً	30 مريضاً = 65.2%	12 مريضاً = 26%	-
2) 150 مريضاً	62 مريضاً = 41.3%	57 مريضاً = 38%	4 مرضى
دراستنا 30 مريضاً	14 مريضاً = 47%	9 مرضى = 30%	-

## Abstract

➤ 20 men

The number of dialysis patients = 30:

➤ 10 women

The cardiac & vascular disturbances are:

1- Pericarditis: Number of patients = 14 (47%) 10 of them we had succeeded partly in therapy of them by:

- increasing the tens and number of dialysis.
- decreasing the amount of heparin

4 of them we had depended on pericardies Aspuration, but one of them had needed pericardioectomy.

2- Hypertension: Number of patients are = 12 (54%) 5 of them the diaylisis was enough to be turned them to the normal level pressure, the oher five we had added drugs, 2 patients had resisted all of procedures.

3- Hard failure: Number of patients: 9 (30%) 5 of them had left cardiace failure 4 of them had right & left cardiace failure. We had success partly in the therapy this disturbance by :

- increasing the tens and number of dialysis.
- therapy enemia.
- therapy hypertension.
- Depending on digoxin in some states.

4- isochemic and disarrythmatic disturbances

- ischemic attack = 8 patients (26.6%)
- left blockoricle = 3 patients.
- Atrial fibrillation = onepatient

5- Endocardites: No patients.