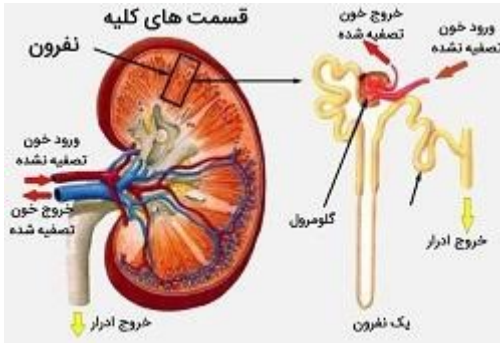




گلو مریولونفریت

کد رسانه : Plt-Shafa-120-003



تهیه و تنظیم: واحد آموزش، بگانی و ارتقاء سلامت



گلو مریولونفریت مزمن

مجموعه ای از بیماری ها با علل گوناگون را در بر می گیرد که با نابود کردن گلو مریول ها و توبول ها از طریق فرایند های پاتولوژیک، کلیه ها را کوچک و به شدت چروکیده می کند. حملات مکرر گلو مریولونفریت حاد، نفرواسکروز ناشی از فشارخون بالا، هایپرلیپیدمی (بالا بودن چربی خون)، اسکروز گلو مریولی ناشی از نوسانات فشارخون و صدمات توبولی مزمن در پیدایش این عارضه نقش دارند.

تظاهرات بالینی

در نوع شدید بیماری ممکن است فرد مبتلا طی سال ها هیچ نشانه ای نداشته باشد و بیماری به صورت اتفاقی در حین ارزیابی های تشخیصی برای یافتن علت فشارخون بالا یا افزایش BUN و Cr سرم کشف شود. گاه اولین علامت بیماری، یک خونریزی شدید و ناگهانی از بینی، سگته مغزی یا تشنج است. تورم خفیف در پاها در طول شب، کاهش وزن و قدرت بدن، تحریک پذیری و افزایش نیاز به دفع شبانه ادرار، احساس طعم فلزی در دهان، سردرد، گیجی و اختلالات گوارشی از علائم شایع هستند. با پیشرفت گلو مریولونفریت مزمن، نشانه های نارسایی کلیوی و کاهش مزمن عملکرد کلیه مشتمل بر اختلال

در تغذیه بیمار، زرد شدن رنگ پوست، ادم اطراف کاسه چشم، ادم محیطی، فشار خون بالا، خون ریزی شبکیه، باریک شدن شریانچه ها و ادم پایی، رنگ پریدگی غشاهای مخاطی، کاردیومگالی، اتساع وریدهای گردن، نارسایی احتقانی قلب و تغییرات حسی - عصبی آشکار می شوند.

درمان

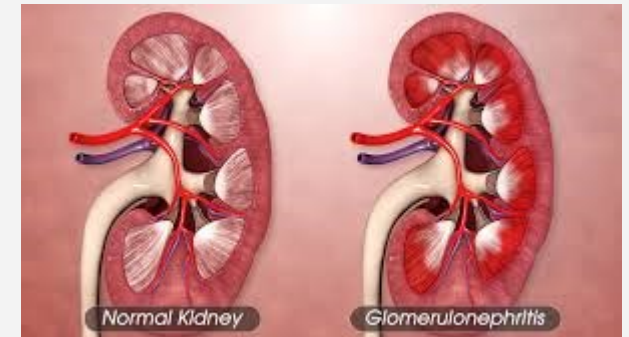
نشانه های بیمار مبتلا به گلو مریولونفریت مزمن راهنمای دوره درمان است. در صورتی که بیمار فشارخون بالا داشته باشد، محدودیت مصرف آب و نمک و نیز استفاده از داروهای ضد فشارخون و دیورتیک ها به منظور دفع حجم اضافه مایعات ضروری است. درمان فوری عفونت های ادراری برای جلوگیری از آسیب بیشتر کلیه ها در مراحل اولیه بیماری نیز اهمیت ویژه ای دارد. در مراحل پیشرفته نیز دیالیز توصیه می شود.

خود مراقبتی

- ♦ اصلاح شیوه زندگی و محدود کردن نمک
- ♦ اندازه گیری Bun-Cr و پروتئین ادرار با نظر پزشک معالج
- ♦ غلبه بر استرس و اضطراب
- ♦ دریافت حمایت عاطفی
- ♦ کنترل جذب و دفع مایعات
- ♦ کنترل وزن و توجه به علائم افزایش وزن

گلوومرولونفریت

به مجموعه ای از ناهنجاری های التهابی در مویرگ های گلوومرولی گفته می شود که بر اثر واکنش دستگاه ایمنی بدن ایجاد می شوند. در این عارضه، کمپلکس های آنتی ژن - آنتی بادی که در خون تشکیل می شوند، به فضای زیر اندوتلیومی یا اپیتلیومی مویرگ های گلوومرولی راه می یابند و سبب جذب ماکروفاژها و نوتروفیلها به داخل گلوومرول می شوند. همچنین تجمع لنفوسیت های T و افزایش واسطه هایی مانند اکسیدان های مشتق شده موضعی و پروتئازها در اندوتلیوم مویرگ های گلوومرولی سبب افزایش التهاب و آسیب مویرگ های گلوومرولی می شود. در این عارضه **igG** در دیواره مویرگ های گلوومرولی قابل تشخیص است.



گلوومرولونفریت حاد

گلوومرولونفریت حاد شامل مجموعه ای از بیماری ها است که اکثر آنها ناشی از یک واکنش ایمنولوژیک هستند و به نوبه خود موجب پیدایش تغییرات التهابی در ساختمان گلوومرول می شوند. گلوومرولونفریت حاد بر دو نوع است:

(۱) گلوومرولونفریت پس از عفونت استرپتوکوکی PSGN: این عارضه به طور معمول ۲۱ ساعت پس از یک عفونت تنفسی یا پوستی با استرپتوکوک بتاهمولیتیک بروز می کند. گلوومرولونفریت متعاقب عفونت استرپتوکوکی در اغلب موارد ابتلای کودکان و در ۳۰ درصد موارد ابتلای بزرگسالان به نارسایی مزمن کلیه منجر می شود. گلوومرولونفریت عفونی: ناشی از عفونت های باکتریایی، ویروسی یا انگلی در جای دیگری از بدن مانند قلب (اندوکاردیت باکتریایی) است که طی چند روز پس از فرایند عفونی اولیه ایجاد می شود.

تظاهرات بالینی گلوومرولونفریت حاد

- ♦ هماچوری (وجود خون در ادرار)
- ♦ پروتئینوری (وجود پروتئین در ادرار)
- ♦ الیگوری (کاهش حجم ادرار)
- ♦ افزایش BUN و Cr سرم
- ♦ کم خونی
- ♦ بزرگ و متورم شدن کلیه ها (ناشی از احتباس مایعات)
- ♦ نارسایی احتقانی قلب
- ♦ سردرد

♦ بی حالی

♦ درد پهلو

از شایع ترین تظاهرات بالینی گلوومرولونفریت هستند. در سالمندان ممکن است افزایش حجم در گردش و تنگی نفس، احتقان وریدهای گردن و کاردیومگالی نیز وجود داشته باشد.

بررسی های آزمایشگاهی

از جمله بررسی های آزمایشگاهی مورد نیاز در تشخیص گلوومرولونفریت می توان به موارد زیر اشاره نمود:

♦ شمارش سلول های خونی

♦ آزمایش ادرار به دفعات برای تعیین وجود پروتئین یا سایر عناصر غیر طبیعی در ادرار

♦ جمع آوری و آزمایش ادرار ۲۴ ساعته

♦ سایر عناصر غیر طبیعی در ادرار

♦ جمع آوری و آزمایش ادرار ۲۴ ساعته

درمان

درمان شامل اقداماتی برای حفظ عملکرد کلیوی است. گاه بر اساس علت گلوومرولونفریت حاد، تجویز دارو ضرورت داشته؛ اگر احتمال عفونت استرپتوکوکی وجود داشته باشد، پنی سیلین داروی انتخابی است اما ممکن است از سایر آنتی بیوتیک ها نیز استفاده شود. در مرحله نارسایی کلیه و بالا رفتن ازت اوره خون، لازم است پروتئین رژیم غذایی محدود شود. اگر بیمار به افزایش فشارخون، ادم ریوی و نارسایی احتقانی قلب دچار شود، باید سدیم مصرفی وی را نیز محدود کرد. برای مهار فشارخون بالا، تجویز دیورتیک با سایر داروهای ضد فشارخون ضروری است.