Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

# Prevalence and Causes of Chronic Kidney Disease in Patients Referred to the Nephrology Clinic in Ilam

**Bahareh Ghiasi [1], Hadis Nazari [2], Mohammad Amin Babarabie [3], Afsaneh Raisifar [4,5*]**

[1] Dept of Nephrology, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[2] Dept of pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
[3] Alzahra Hospital, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran
[4] Dept of Nursing, Faculty of Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[5] Clinical Research and Development Unit, Shahid Mostafa Khomeini Hospital, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

**Article Info**

***Article type:***
Research article

***Article History:***
Received: 01 September 2021
Revised: 23 February 2022
Accepted: 25 October 2022
Published Online:26 February 2023

**** Correspondence to:***
Afsaneh Raisifar
Dept of Nursing, Faculty of Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
Email:
a.raiesifar@gmail.com

**A B S T R A C T**

**Introduction:** The prevalence of chronic kidney disease (CKD) is increasing in developed and developing countries, such as Iran. This disorder affects all economic, social, and psychological aspects of the patient's life. The first step in preventing the spread of a disease is to know the prevalence and causes of the disease. This study aimed to determine the prevalence of CKD and its causes in those referring to the specialized Nephrology Clinic in Ilam, Iran.

**Material & Methods:** After obtaining ethics code from Ilam University of Medical Sciences, this descriptive cross-sectional study investigated 2,928 patients referred to Ilam Nephrology Clinic for two years. In this study, the clients were assessed using a 17-item researcher-made questionnaire, and the results of blood and ultrasound tests were evaluated for the presence of CKD and its causes. The obtained data were analyzed by SPSS software (version 22) using descriptive statistics.

**Findings:** The majority of patients were male (54.3%) and older than 40 years (47.9%). The prevalence of CKD in patients referred to Ilam Nephrology Clinic was 24.28% the majority of which (32.6%) were in the third stage (30<GFR<59). Diabetes (21.9%), kidney stones (17.6%), glomerulonephritis (17.2%), and hypertension (11.7%) were the common causes of renal failure in descending order.

**Discussion & Conclusion:** Based on the results of this study, CKD is highly prevalent in Ilam. However, the most common causes of this disease can be prevented and cured. Therefore, appropriate interventions, such as awareness of the disease and its risk factors can prevent the spread and progression of this disorder.

**Keywords**: Chronic kidney failure, End-stage renal disease, Prevalence, Risk factor

➢ **How to cite this paper**
Ghiasi B, Nazari H, Babarabiei MA, Raisifar A. Prevalence and Causes of Chronic Kidney Disease in Patients Referred to the Nephrology Clinic in Ilam. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2023;31(1): 52-59.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]

© The Author(s)

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

# بررسی شیوع و علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام

بهاره غیاثی[۱]، حدیث نظری[۲]، محمدامین باباربیع[۳]، افسانه رئیسی‌فر[۴و۵*]

[۱] گروه نفرولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
[۲] گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
[۳] بیمارستان الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۴] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
[۵] واحد تحقیق و توسعه بالینی، بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

اطلاعات مقاله

**نوع مقاله:** پژوهشی

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۰/۰۶/۱۰
**تاریخ ویرایش:** ۱۴۰۰/۱۲/۰۴
**تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۸/۰۳
**تاریخ انتشار:** ۱۴۰۱/۱۲/۰۷

**نویسنده مسئول:**
افسانه رئیسی‌فر
گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
**Email:**
a.raiesifar@gmail.com

چکیده

**مقدمه:** شیوع بیماری مزمن کلیوی روزبه‌روز در کشورهای توسعه‌یافته و درحال‌توسعه، همچون ایران، در حال افزایش است. این اختلال همهٔ ابعاد اقتصادی، اجتماعی و روحی روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گام اول برای پیشگیری یا جلوگیری از گسترش یک بیماری اطلاع از شیوع و علل آن بیماری است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع و علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام انجام‌گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعهٔ توصیفی-مقطعی، پس از اخذ کد اخلاق از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ایلام، به مدت دو سال تعداد ۲۹۲۸ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام مطالعه شدند. در این بررسی، مراجعان با استفاده از پرسش‌نامهٔ ۱۷ سؤالی محقق‌ساخته 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 vol.22 با استفاده از آمار توصیفی تجزیه‌وتحلیل شدند.

**یافته‌های پژوهش:** بر اساس نتایج این مطالعه، بیشتر بیماران مرد (۵۴/۳ درصد) بودند و بیشتر از ۴۰ سال (۴۷/۹ درصد) داشتند. شیوع بیماری مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک نفرولوژی ایلام ۲۴/۲۸ درصد بود که بیشتر آنان (۳۲/۶ درصد) در مرحلهٔ سوم (GFR<59>۳۰) این بیماری قرار داشتند. در این مطالعه، علل بروز نارسایی کلیه به‌ترتیب دیابت (۲۱/۹ درصد)، سنگ کلیه (۱۷/۶ درصد)، گلومرولونفریت (۱۷/۲ درصد) و فشارخون بالا (۱۱/۷ درصد) بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بیماری مزمن کلیه در ایلام شیوع بالایی دارد؛ اما شایع‌ترین علل بروز آن بر اساس نتایج این مطالعه قابل‌پیشگیری و درمان است؛ بنابراین، با انجام اقدامات مناسب همچون آگاهی دادن دربارهٔ بیماری و عوامل خطر آن می‌توان از بروز بیماری و گسترش و پیشرفت آن جلوگیری کرد.

**واژه‌های کلیدی:** شیوع، نارسایی مزمن کلیه، بیماری مرحلهٔ آخر کلیوی، عوامل خطر

**استناد:** غیاثی، بهاره؛ نظری، حدیث؛ باباربیع، محمدامین؛ رئیسی‌فر، افسانه. بررسی شیوع و علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، فروردین ۱۴۰۲؛۳۱(۱): ۵۹-۵۲.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]

CC BY NC

## مقدمه

نارسایی مزمن کلیه (Chronic Kidney Disease/ CKD) آسیب غیرقابل‌برگشت سلول‌های کلیوی است که مشخصهٔ آن میزان تصفیهٔ گلومرولی (Glomerular Filtration Rate /GFR) کمتر از ۶۰ ml/min به ازای ۱/۷۳ مترمربع از سطح بدن، به مدت ۳ ماه یا بیشتر است (۱). مرحلهٔ پنجم و نهایی این بیماری ESRD (End Stage Renal Disease) است که از دست دادن غیرقابل‌برگشت عملکرد کلیه است و بیماران به‌صورت دائمی نیازمند درمان‌های جایگزین مانند دیالیز یا پیوند کلیه می‌شوند (۲)؛ همچنین برخی مطالعات نشان می‌دهد که شیوع نارسایی مزمن کلیه (CKD) در ایران روزبه‌روز در حال افزایش است (۳).

بیماران مبتلا به CKD میزان مرگ‌ومیر بالاتری نسبت به جمعیت عمومی دارند. بسیاری از این بیماران پیش از پیشرفت به‌سوی ESRD می‌میرند (۴). در سال ۲۰۱۰، تعداد ۲/۶۲ میلیون نفر در سراسر جهان به دنبال ابتلا به CKD دیالیز گردیده‌اند که پیش‌بینی‌شده است این تعداد در سال ۲۰۳۰ دو برابر خواهد گشت. بسیاری از هزینه‌های درمان، میزان ابتلا به بیماری و مرگ را که پیش از این به دیابت و فشارخون بالا نسبت داده می‌شد، می‌توان به بیماری‌های کلیه و عوارض ناشی از آن‌ها نسبت داد (۵).

علاوه بر این، بیماری‌های مزمن ازجمله نارسایی کلیه به‌واسطهٔ درگیری طولانی‌مدت فرد با بیماری و درمان آن، علاوه بر اختلال در سلامت جسمی و بار اقتصادی که بیمار باید برای درمان متحمل شود، همهٔ ابعاد اجتماعی و روحی-روانی بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌طوری‌که به اختلال در کیفیت زندگی (۳)، افسردگی و اضطراب (۶)، اختلالات خواب (۷) و کاهش امید به زندگی در بیماران و مراقبت‌کنندگان آنان منجر شده است (۸).

علل متعددی در بروز یا بدتر شدن بیماری نقش دارند. از میان این عوامل که ارتباط مستقیمی با بروز بیماری دارند و در مطالعات مختلف بررسی شده‌اند، می‌توان به سن بالا، فشارخون بالا، دیابت، مصرف سیگار، چاقی و علل ناشناخته دیگر اشاره کرد (۱۳-۹)؛ اما ترتیب اهمیت این عوامل در بروز CKD در کشورهای مختلف جهان و حتی در شهرهای مختلف ایران متفاوت است. با شناسایی علل اصلی بیماری در هر منطقه می‌توان از آسیب‌های حاد کلیه و بیماری مزمن کلیه جلوگیری کرد و همچنین با تشخیص زودهنگام بیماری کلیوی می‌توان از بدتر شدن عملکرد کلیه جلوگیری نمود و با مداخلات ارزان‌تر آن‌ها را برطرف کرد.

با توجه به اهمیت نارسایی مزمن کلیوی و مشکلات مرتبط با آن و نبودِ اطلاعات کامل دراین‌باره، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین شیوع و علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام انجام‌گرفته است. به‌خوبی روشن است که آگاهی از شیوع یک بیماری و عوامل خطر مسبب آن به ما کمک می‌کند تا اقدامات مقرون‌به‌صرفه برای پیشگیری، درمان و کاهش بروز عوارض انجام گیرد و از هزینه‌ها کاسته شود؛ زیرا درمان‌های مؤثر در مرحلهٔ آخر بیماری کلیوی (ESRD) صرفاً دیالیز و پیوند کلیه بوده که درمان‌هایی با هزینه‌های بسیار بالا است. گفتنی است تاکنون مطالعه‌ای مربوط به بررسی شیوع CKD و عوامل خطر مربوط به آن در شهر ایلام انجام‌نشده است.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است که با هدف تعیین شیوع و علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی کلیه شهر ایلام انجام گرفت. جامعهٔ پژوهش متشکل از همهٔ بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی ایلام و حجم نمونه بر اساس فرمول زیر، با در نظر گرفتن درجه اطمینان ۹۵ درصد، خطای ۲ درصد و شیوع ۱۹ درصد، ۶۸۶ نفر تعیین و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند (۱۴).

$$n = \frac{z^2\ pq/d^2}{1 + [\frac{1}{N}][\frac{z^2 pq}{d^2} - 1]}$$

معیارهای ورود شامل رضایت به شرکت در مطالعه، میزان فیلتراسیون گلومرولی (GFR) کمتر از ۶۰ یا بالای ۶۰ اما دارای پروتئینوری بیش از ۱۵۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]

(پروتئینوری مداوم)، هماچوری میکروسکوپیک مداوم، اختلاف اندازهٔ کلیه بیش از ۱۵ میلی‌متر، کلیه‌های کوچک‌تر از هشت‌ونیم سانتی‌متر، کلیهٔ منفرد، کلیهٔ پلی‌کیستیک با زمینهٔ فامیلی یا Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) و معیار خروج از مطالعه، نداشتن رضایت به شرکت در مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیست محقق ساخته بود. این چک‌لیست ۱۷ پرسش شامل سن، جنس، سابقهٔ دیابت، فشارخون بالا، میزان فیلتراسیون گلومرولی (GFR) و گلومرولونفریت داشت که بر اساس منابع معتبر و مطالعات مشابه تدوین شد. سؤالات با پرسش از بیمار و بخشی از آن‌ها بر اساس نتایج آزمایش خون، آزمایش ادرار و سونوگرافی کلیه‌ها برای هر بیمار تکمیل گردید. برای تعیین روایی صوری و محتوایی ابزار، پرسش‌نامه در اختیار ده نفر از اساتید و صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی ایلام قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنان در پرسش‌نامه اعمال شد.

برای گردآوری داده ها و اجرای مطالعه، پس از اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی شرکت در پژوهش، از بیماران واجد شرایط در بدو پذیرش آزمایش نیتروژن اورهٔ خون (BUN)، کراتینین (Cr)، آزمایش ادرار (UA) و سونوگرافی کلیه‌ها انجام گردید و اطلاعات مربوط به بیماری و سوابق آن از بیماران بر اساس چک‌لیست محقق‌ساخته پرسیده شد.

برای تعیین وجود داشتن یا نداشتن عوامل خطر CKD در افراد شرکت‌کننده در مطالعه، بر اساس عللی که در منابع معتبر برای CKD آمده است؛ مانند بیماری‌هایی همچون دیابت، فشارخون بالا و...، این عوامل در هر یک از افراد پژوهش بررسی گردید، به‌گونه‌ای که این افراد پیش از ابتلا به CKD به آن بیماری مبتلا بوده و دارو مصرف می‌کردند (مانند افراد مبتلا به فشارخون بالا که داروی ضد فشارخون مصرف می‌کردند) و یا به دنبال پیشرفت و طولانی شدن آن بیماری دچار عوارض ناشی از آن بودند (مانند نفروپاتی ناشی از دیابت)؛ همچنین افراد مبتلا به گلومرولونفریت و کلیهٔ پلی‌کیستیک با زمینهٔ فامیلی (ADPKD)، بر اساس نتایج بیوپسی کلیه و سونوگرافی تشخیص داده شدند. گفتنی است که دو پزشک یکسان و باتجربه بیوپسی و سونوگرافی را برای همهٔ بیماران انجام دادند و برای تشخیص قطعی، نتایج هردو باهم مدنظر قرار گرفت.

درمجموع، گردآوری داده ها در این مطالعه به مدت حدود دو سال، از فروردین ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۶، به طول انجامید که طی آن، محقق هرروز عصر به کلینیک تخصصی نفرولوژی مراجعه می‌کرد و همهٔ بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک را از نظر وجود داشتن یا نداشتن CKD بررسی می‌نمود. مرحلهٔ نارسایی کلیه بر اساس میزان GFR شامل ۵ مرحله از خفیف تا شدید (مرحلهٔ نهایی نارسایی عملکرد کلیه) تعیین شد. این ۵ مرحله شامل مرحلهٔ ۱. آسیب کلیه با GFR طبیعی یا افزایش‌یافته بیش از ۹۰، مرحلهٔ ۲. آسیب کلیه با افت GFR خفیف به میزان ۸۰-۶۰، مرحلهٔ ۳. افت متوسط GFR به میزان ۵۹-۳۰، مرحلهٔ ۴. افت شدید GFR به میزان ۲۹-۱۵ و مرحلهٔ ۵. نارسایی کلیه با GFR کمتر از ۱۵ است (۱۳، ۱۱). میزان GFR در این مطالعه بر اساس فرمول Cockraft-Gault به شکل زیر محاسبه شد.

$$\text{GFR} = \frac{\left(140 - \text{سن بر حسب سال}\right) * \text{وزن بر حسب کیلوگرم}}{72 \times \text{سرم کراتینین (میلی‌گرم بر دسی لیتر)}} \quad (* 0.85 \text{ برای زنان})$$

در این مطالعه، شیوع بیماری بر اساس بیمارانی محاسبه گردید که طبق تقسیم‌بندی بالا، GFR غیرطبیعی و یا اختلالی مانند هماچوری پایدار، میکروسکوپی و پروتئینوری پایدار بیش از ۱۵۰ میلی‌گرم در یافته های آزمایشگاهی خود و کیست کلیه در زمینه‌ای از سابقهٔ فامیلی (ADPKD) داشتند.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از اخذ معرفی‌نامه برای حضور محقق در کلینیک و اجرای پژوهش، رضایت‌نامهٔ کتبی برای شرکت در پژوهش از همهٔ بیماران اخذ گردید و هدف از انجام پژوهش و مختار بودن بیمار برای شرکت کردن یا نکردن در پژوهش برای آنان بیان شد و تأکید گردید که پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام تکمیل می‌شود و علاوه بر محرمانه ماندن اطلاعات، در صورت تمایل نداشتن

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]

به شرکت در مطالعه، هیچ اختلالی در روند درمان آنان ایجاد نخواهد شد. پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS vol.22 وارد و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی مطلق، میانگین و انحراف معیار) تجزیه‌وتحلیل گردیدند.

## یافته‌های پژوهش

نتایج نشان داد، از لحاظ مشخصات دموگرافیک بیشتر نمونه‌ها مرد (۵۴/۳ درصد) بودند و بالای ۴۰ سال (۴۷/۹ درصد) داشتند. از تعداد ۲۹۲۸ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک، تعداد ۷۱۱ نفر مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی بودند؛ درنتیجه، شیوع CKD در این مطالعه ۲۴/۲۸ درصد تخمین زده شد که بیشتر آنان (۳۲/۶ درصد) بر اساس میزان GFR، در مرحلهٔ سوم نارسایی کلیه (GFR=30-59) قرار داشتند؛ همچنین شیوع CKD از مرحلهٔ سوم تا پنجم آن ۱۲/۹۷ درصد بود. در بررسی علل نارسایی کلیه، شایع‌ترین علت دیابت با ۲۱/۹ درصد، سپس سنگ کلیه با ۱۷/۶ درصد (دومین علت) و پس از آن گلومرولونفریت با ۱۷/۲ درصد (سومین علت) بود (جدول شمارهٔ ۲)؛ همچنین از میان این بیماران، ۵/۱ درصد دیالیز می‌شدند و ۱۱/۷ درصد تحت پیوند کلیه قرار گرفته بودند. از مجموع ۵/۱ در صد از بیماران تحت درمان با دیالیز، بیشتر آنان، یعنی ۹۷/۳ درصد، همودیالیز و مابقی دیالیز صفاقی می‌شدند. سایر مشخصات دموگرافیک و بالینی ۷۱۱ بیمار در جدول شمارهٔ ۱ آمده است.

**جدول شمارهٔ ۱.** توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک و بالینی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی ایلام

| متغیر | | فراوانی مطلق | درصد فراوانی |
|---|---|---|---|
| جنس | مرد | ۳۸۶ | ۵۴/۳ |
| | زن | ۳۲۵ | ۴۵/۷ |
| سن (سال) | ۲۰> | ۱۲۵ | ۱۷/۶ |
| | ۴۰-۲۰ | ۲۴۵ | ۳۴/۵ |
| | ۴۰< | ۳۴۱ | ۴۷/۹ |
| GFRمیزان | ۹۰< | ۱۴۸ | ۲۰/۸ |
| | ۸۹-۶۰ | ۱۸۳ | ۲۵/۷ |
| | ۵۹-۳۰ | ۲۳۲ | ۳۲/۶ |
| | ۲۹-۱۵ | ۹۵ | ۱۳/۴ |
| | ۱۵> | ۵۳ | ۷/۵ |
| سابقهٔ دیابت | بله | ۱۹۶ | ۲۷/۶ |
| | خیر | ۵۱۲ | ۷۲ |
| سابقهٔ فشارخون | بله | ۴۱۶ | ۵۸/۵ |
| | خیر | ۲۹۴ | ۴۱/۴ |
| سابقهٔ کلیهٔ پلی‌کیستیک | بله | ۴۹ | ۶/۹ |
| | خیر | ۶۵۹ | ۹۲/۷ |
| سابقهٔ ابتلا به گلومرولونفریت | بله | ۱۲۲ | ۱۷/۲ |
| | خیر | ۵۸۷ | ۸۲/۶ |
| سابقه سنگ کلیه | بله | ۱۹۷ | ۲۷/۷ |
| | خیر | ۵۰۷ | ۷۱/۳ |
| پروتئینوری | بله | ۳۵۳ | ۴۹/۶ |
| | خیر | ۳۵۷ | ۵۰/۲ |
| هماچوری ایزوله | بله | ۲۸ | ۳/۹ |
| | خیر | ۶۷۷ | ۹۵/۲ |
| کیست کلیه | بله | ۲۸ | ۳/۹ |
| | خیر | ۶۳۰ | ۸۸/۶ |
| انجام دیالیز | بله | ۳۶ | ۵/۱ |
| | خیر | ۶۷۵ | ۹۴/۹ |
| پیوند کلیه | بله | ۸۳ | ۱۱/۷ |
| | خیر | ۶۲۲ | ۸۷/۵ |

**جدول شمارهٔ ۲.** فراوانی علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی ایلام

| علت نارسایی مزمن کلیه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---|---|---|
| دیابت | ۱۵۶ | ۲۱/۹ |
| سنگ کلیه | ۱۲۵ | ۱۷/۶ |
| گلومرولونفریت | ۱۲۲ | ۱۷/۲ |
| سایر علل | ۹۵ | ۱۳/۴ |
| فشارخون بالا | ۸۳ | ۱۱/۷ |
| علل نامشخص | ۸۳ | ۱۱/۷ |
| کیست کلیه در زمینه‌ای از سابقهٔ فامیلی (ADPKD) | ۴۷ | ۶/۶ |
| کل | ۷۱۱ | ۱۰۰ |

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شیوع CKD در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی کلیهٔ شهر ایلام در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵، ۲۴/۲۸ درصد است؛ همچنین بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، بیشتر آنان (۳۲/۶ درصد) در مرحلهٔ سوم نارسایی کلیه (GFR=30-59) قرار داشتند و شیوع CKD از مرحلهٔ سوم تا پنجم آن ۱۲/۹۷ درصد بود و ۷/۵ درصد نیز در مرحلهٔ آخر بیماری کلیوی (ESRD) بودند.

شیوع CKD در ایلام در مقایسه با مطالعهٔ مشابه در گلستان که ۲۳/۷ بود، اندکی بالاتر است. البته در مطالعهٔ گلستان تنها بیماران دارای GFR کمتر از ۶۰، یعنی از مرحلهٔ سه CKD را به‌شمار آورده‌اند که با این روش، در مطالعهٔ حاضر شیوع ۱۲/۹۷ درصد به‌دست می‌آید که به نسبت مطالعهٔ گلستان کمتر است (۱۵)؛ همچنین شیوع CKD در ایلام نسبت به مطالعهٔ انجام‌شده در خاورمیانه (۱۰) و نیز مطالعهٔ لورداک و همکاران (۲۰۱۶) بالاتر بود که شیوع و عوامل خطر CKD در شش منطقه و ۱۲ کشور کم‌درآمد و با درآمد متوسط ازجمله ایران را بررسی کرده بودند. در مطالعهٔ یادشده شیوع کلی CKD 3/14 درصد و در ایران ۶/۳ درصد به‌دست‌آمده بود که از علل توجیه این امر می‌توان بیان کرد که در این مطالعات بازهم بیماران دارای GFR<60 به‌عنوان بیماران مبتلا به CKD در نظر گرفته شده‌اند.

از لحاظ جنسیت، در این مطالعه بیشتر بیماران مرد بودند که با مطالعهٔ ملک‌ماکان و همکاران همسو است (۱۱)؛ اما با بسیاری از مطالعات همخوانی ندارد که بر اساس نتایج آن‌ها، بیشتر بیماران را زنان تشکیل می‌دادند (۱۶، ۱۵، ۱۲، ۱۰، ۹). سن بیشتر بیماران در پژوهش حاضر، بیش از ۴۰ سال بود که با چندین مطالعه در این زمینه همخوانی دارد (۱۳، ۱۱، ۹). به‌طورکلی، خطر بروز CKD با افزایش سن افزایش می‌یابد؛ اما در کشورهای توسعه یافته نسبت به کشورهای درحال‌توسعه، در سنین بالاتری دیده می‌شود. در کشورهای درحال‌توسعه همچون ایران، بیشترین شیوع بیماری در دهه‌های سوم تا پنجم زندگی مشاهده می‌گردد و بنابراین، بار اقتصادی بیشتری برای خانواده و جامعه به دنبال دارد (۱۷، ۱۶). البته سن ابتلا به CKD در ایران در سال‌های اخیر، نسبت به چند دههٔ گذشته، افزایش‌یافته است و از سن ۴۷ و ۴۹ سال برای مردان و زنان در سال ۱۹۹۷، به‌ترتیب به ۵۲/۵ و ۵۳ سال در سال ۲۰۰۶ رسیده است (۱۸) که می‌تواند به علت افزایش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باشد.

در بررسی علل نارسایی کلیه، شایع‌ترین علت دیابت با ۲۱/۹ درصد، سپس سنگ کلیه با ۱۷/۶ درصد (دومین علت) و پس از آن، گلومرولونفریت با ۱۷/۲ در صد (سومین علت) بود. دیابت از علل شناخته‌شدهٔ اصلی CKD در سرتاسر جهان محسوب می‌شود. در همهٔ پژوهش‌های بررسی شده که علل یا عوامل خطر بروز CKD را مطالعه کرده بودند، دیابت جزو علل اصلی بروز بیماری بیان شده است (۲۰، ۱۹، ۱۵، ۱۳-۱۱، ۹)، به‌طوری‌که در مطالعهٔ ملک‌ماکان که شیوع و علل بروز CKD در خاورمیانه را بررسی کرده بود، دیابت به‌عنوان علت اصلی و در صدر عوامل خطر بروز بیماری قرار داشت (۱۰)؛ اما نکتهٔ قابل‌توجه این است که در مطالعهٔ حاضر، سنگ کلیه علت دوم بروز بیماری بود، درحالی‌که در سایر مطالعات انجام‌شده یا اشاره‌ای به سنگ کلیه به‌عنوان علت بروز CKD نشده است و یا اینکه تنها درصد اندکی از بیماران سنگ کلیه داشته‌اند. این تفاوت جایگاه سنگ کلیه در مقایسه با آمار جهانی را می‌توان با شیوع احتمالی بیشتر سنگ کلیه در ایلام توجیه کرد. البته متأسفانه مطالعه‌ای دراین‌باره یافت نشد و ادعای اخیر مبنی بر تجارب کاری گروه تحقیق است؛ اما با توجه به اینکه عواملی همچون چاقی و دیابت از عوامل خطر شناخته‌شدهٔ سنگ کلیه به‌شمار می‌آیند (۲۱)، می‌توان با کنترل عوامل یادشده از بروز سنگ کلیه جلوگیری کرد. لازم به توضیح است، این تعداد صرفاً شامل افرادی است که تنها مبتلا به سنگ کلیه بودند و عامل اصلی نارسایی کلیه در ایشان بر اساس بررسی انجام‌شده، سنگ کلیه بود و هیچ‌کدام از عوامل خطر دیگر را نداشتند.

گلومرولونفریت سومین علت شایع بروز نارسایی مزمن کلیه در این مطالعه بود. گلومرولونفریت در چند دههٔ گذشته، چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه درحال‌توسعه، به‌عنوان علت اصلی بیماری در نظر گرفته می‌شد؛ اما امروزه به سبب

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]

درمان وسیع و موفقیت‌آمیز آن و یا احتمالاً افزایش شیوع دیابت و فشارخون بالا، علت اصلی CKD به‌شمار نمی‌آید (۱۸)؛ اما در ایلام همچنان از علل اصلی بیماری است که می‌تواند به علت مراجعه نکردن به‌موقع افراد و یا ارجاع ضعیف بیماران به کلینیک‌های تخصصی برای درمان زودهنگام باشد؛ همچنین پرفشاری خون که در این مطالعه چهارمین علت محسوب می‌شود، همچون دیابت، در بیشتر مطالعات انجام‌شده، همواره جزو سه علت اصلی CKD به‌شمار می‌آید (۲۰، ۱۹، ۱۵، ۱۳-۱۱، ۹).

نکتهٔ مهم دیگر آمار بالای علل ناشناخته در این مطالعه (۱۱/۶ درصد) است. در مطالعهٔ هادیان و همکاران نیز در بررسی علل نارسایی مزمن کلیه، علل ناشناخته جایگاه دوم (۲۷/۴ درصد) موارد را به خود اختصاص داده است (۱۹). مراجعه نکردن به‌موقع بیماران به پزشک و تمایل نداشتن آنان نسبت به پیگیری بیماری را می‌توان ازجمله علل این آمار برشمرد که خود می‌تواند به سبب مشکلاتی از قبیل ناآگاهی از اهمیت بیماری و یا وجود مشکلات اقتصادی بیماران باشد. همان‌طور که مطالعهٔ بلادی موسوی ذکر می‌کند، برخلاف کشورهای توسعه‌یافته که علت اصلی بیماری‌های کلیه فشارخون بالا و دیابت است، در کشورهای درحال‌توسعه مانند ایران، علت ناشناخته است؛ زیرا بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه، تنها زمانی که علائم شدید بیماری مانند اورمی بروز می‌یابد، برای درمان مراجعه می‌کنند که در این زمان تعیین علت اولیه ESRD اغلب ناممکن است (۱۸).

از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر این است که نمونه‌ها از میان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی نفرولوژی انتخاب‌شده‌اند که می‌تواند تعیین شیوع و فراوانی علل بیماری را تحت تأثیر قرار دهد؛ زیرا ممکن است افرادی مبتلا به CKD باشند؛ اما به هر علتی به کلینیک مراجعه نکنند. انجام پژوهش‌های آتی که نمونه‌ها از همهٔ افراد جامعه انتخاب شوند، دراین‌باره می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ همچنین پیشنهاد می‌گردد کلینیک‌های تخصصی دیابت، سنگ کلیه و فشارخون در استان ایلام برای تشخیص زودتر بیماری و درمان به‌موقع و بنابراین، پیشگیری از بروز نارسایی کلیه تأسیس شود.

بر اساس نتایج این مطالعه، CKD در ایلام شیوع بالایی دارد که زنگ خطری برای متصدیان حوزهٔ سلامت به شمار می‌رود. ارتقای روش‌های غربالگری برای شناسایی موارد در معرض خطر یا در مراحل ابتدایی بیماری و به‌ویژه ارجاع سریع‌تر بیماران در معرض خطر، یک اقدام مهم در برای جلوگیری از پیشرفت نارسایی و ابتلای افراد به ESRD است. دیابت، سنگ‌های کلیوی و گلومرولونفریت شایع‌ترین علل نارسایی کلیه در این مطالعه بودند. ازآنجاکه علل یادشده قابل‌شناسایی، پیگیری و پیشگیری و درمان هستند؛ بنابراین، با انجام اقدامات مناسب همچون آگاهی دادن دربارهٔ بیماری و عوامل خطر آن می‌توان از بروز بیماری و گسترش و پیشرفت آن جلوگیری کرد؛ به‌عبارت‌دیگر می‌توان با انجام اقدامات پیشگیری و درمانی مناسب در مراحل اولیهٔ بیماری، از پیشرفت نارسایی به مرحلهٔ آخر جلوگیری کرد که علاوه بر درمان‌های پرهزینه با اختلال در کیفیت زندگی و عوارض روحی روانی برای بیماران نیز همراه است. با توجه به گسترش رسانه‌های اجتماعی و تنوع آن به‌نظر می‌رسد تکیه بر اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌های اجتماعی می‌تواند برای این منظور کمک‌کننده باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامهٔ مقطع دکتری حرفه‌ای پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایلام است. بدین‌وسیله نویسندگان از همهٔ متصدیان معاونت پژوهشی دانشگاه و نیز کلینیک تخصصی نفرولوژی شهر ایلام قدردانی به‌عمل می‌آورند.

## تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## ملاحظات اخلاقی:

پژوهش حاضر با اصول بیان شده در بیانیه هلیسنکی مطابقت دارد و تمامی موازین اخلاقی در اجرای پژوهش رعایت شده است.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]

## References


1. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition: McGraw-Hill Education; 2011.
2. Raiesifar A, Tayebi A, Najafi Mehrii S, Ebadi A, Einollahi B, Tabibi H, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life among kidney transplant patients: a randomized clinical trial. Iran J Kidney Dis 2014; 8:139-44.
3. Tol A SS, Moradian Sorkhkoulaei M, Azam K. Determination of Quality of Life of Dialysis and Kidney Transplant Patients Compared to Healthy People. Health Sys Res 2012;7.
4. Kim KM, Oh HJ, Choi HY, Lee H, Ryu D-R. Impact of chronic kidney disease on mortality: A nationwide cohort study. Kidney Res Clin Pract 2019;38:382.doi:10.23876/j.krcp.18.0128.
5. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. Bull World Health Organ 2018;96:414-22d. doi:10.2471/BLT.17.206441.
6. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. Iran J Kidney Dis 2010; 4:173-80.
7. Abassi MR, Safavi A, Haghverdi M, Saedi B. Sleep Disorders in ESRD Patients Undergoing Hemodialysis. Acta Med Iran 2016; 54:176-84.
8. Hejazi SS, Nikbakht S, Nasiri ZarrinGhabaee D, Akaberi A, Nazari Sheyhaki A. Hope in caregivers and hemodialysis patients. J North Khorasan Uni Med Sci 2015;6:807-17.doi: 10.29252/jnkums.6.4.807.
9. Hosseinpanah F, Kasraei F, Nassiri AA, Azizi F. High prevalence of chronic kidney disease in Iran: a large population-based study. BMC Public Health 2009;9:44. doi:10.1186/1471-2458-9-44.
10. Ene-Iordache B, Perico N, Bikbov B, Carminati S, Remuzzi A, Perna A, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): a cross-sectional study. Lancet Glob Health 2016;4:e307-19. doi: 10.1016/S2214-109X(16)00071-1.
11. Malekmakan L, Tadayon T, Roozbeh J, Sayadi M. End-stage Renal Disease in the Middle East: A Systematic Review and Meta-analysis. Iran J Kidney Dis 2018; 12:195-203.
12. Najafi I, Attari F, Islami F, Shakeri R, Malekzadeh F, Salahi R, et al. Renal function and risk factors of moderate to severe chronic kidney disease in Golestan Province, northeast of Iran. PLoS One 2010;5:e14216. doi: 10.1371/journal.pone.0014216.
13. Mahdavi-Mazdeh M. Why do we need chronic kidney disease screening and which way to go? Iran J Kidney Dis 2010; 4:275-81.
14. Khajehdehi P, Malekmakan L, Pakfetrat M, Roozbeh J, Sayadi M. Prevalence of Chronic Kidney Disease and Its Contributing Risk Factors in Southern Iran a Cross-sectional Adult Population-based Study. Iran J Kidney Dis 2014; 8:109-15.
15. Sepanlou SG, Barahimi H, Najafi I, Kamangar F, Poustchi H, Shakeri R, et al. Prevalence and determinants of chronic kidney disease in northeast of Iran: Results of the Golestan cohort study. PloS one 2017;12:e0176540. doi: 10.1371/journal.pone.0176540.
16. Shen Q, Jin W, Ji S, Chen X, Zhao X, Behera TR. The association between socioeconomic status and prevalence of chronic kidney disease: A cross-sectional study among rural residents in eastern China. Medicine 2019;98:e14822. doi: 10.1097/MD.0000000000014822.
17. Hassannia T, Farzadfar F, Noori A, Moradi-Lakeh M, Delavari F, Jamshidi HR, et al. National and sub-national prevalence, trend, and burden of end stage renal diseases (ESRD) in Iran 1990-2013; the study protocol. Arch Iran Med 2014; 17:800-3.
18. Mousavi SS, Soleimani A, Mousavi MB. Epidemiology of end-stage renal disease in Iran: a review article. Saudi J Kidney Dis Transpl 2014;25:697-702. doi: 10.4103/13192442.132242.
19. Hadian b, Anbari k, Heidari r. Epidemiologic study of end stage renal disease and related risk factors in patients under hemodialysis in Lorestan province. yafte 2015; 16:44-53.
20. Erfanpoor S, Etemad K, Khalili D, Khodakarim S, Hadaegh F, Azizi F. Assosition of diabetes and hypertension with the incidence of chronic kidney disease: Tehran Lipid and Glucose Study. J Shahrekord Uni Med Sci 2017;18:75-90.
21. Aune D, Mahamat-Saleh Y, Norat T, Riboli E. Body fatness, diabetes, physical activity and risk of kidney stones: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Eur J Epidemiol 2018;33:1033-47. doi: 10.1007/s10654-018-0426-4.


[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07 ]