



القصور أو الفشل الكلوي المزمن في الأطفال

أ.د. جميله عبد العزيز قاري
و إستشارية أمراض كلّي الأطفال
جامعة الملك عبد العزيز، جده

الفشل الكلوي المزمن في الأطفال من الأمراض الغير الشائعة بفضل الله سبحانه وتعالى، ولذلك يجب أن يعالج الطفل المصاب بمراكز متخصصة لهذا المرض.

التعريف:-

القصور أو الفشل الكلوي المزمن:- هو حدوث قصور في وظائف الكلّى والتي تتطلب تصفية الدم من الشوائب والسموم ، بالإضافة الى وظائف أخرى مهمة، مثل تفعيل فيتامين (د) ليكون نشيطاً وفعالاً، وكذلك إفراز هرمون الإريثروبويتين المسؤول عن تصنيع الهجلوبين في الدم.

الأسباب:-

1. أسباب خلقية:- مثل ضمور الكليتين أو تكيس الكليتين وغيرها. الأسباب الخلقية هي الشائعة وعادةً ما يكون الطفل أقل من (5) سنوات من العمر عند تشخيص حاله.
2. أسباب مكتسبة:- مثل الإلتهابات غير الجرثومية من النوع المصاحب للإستياء المتسارع في وظائف الكلّى أو المتلازمة الكلوية الغير مستجيبة للعلاج.

الأعراض:-

ضعف عام مع وجود شحوب ، وفي الحالات المتقدمة القيء المستمر وعدم الرغبة في الطعام.

التشخيص:-

يعتمد التشخيص على وظائف الكلّى والتي يمكن أن تقاس بطريقتين:-

1. تحليل دم لقياس مادة ال Creatinine وال Urea والتي عادة ما تكون عالية، حيث أن الكلّى هي التي تقوم بعملية غسلها.
2. قياس سرعة الترشيح والتي عادةً ما تكون أدق في تقييم درجة القصور.
سرعة الترشيح الطبيعية هي (80- 120) مل/دقيقة/1,73م² ونعتبر أن الإنسان دخل بقصور كلوي إذا كانت سرعة الترشيح أقل من (80)، ولكن لا تتأثر وظائف الكلّى بالدم إلا بعد أن تنزل سرعة الترشيح عن (50) مل/دقيقة/1,73م².

درجات القصور الكلوي:-

1. الدرجة البسيطة:- ويظهر في سرعة الترشيح فقط، ولا يحتاج الطفل الى أي أدوية، ولكن يحتاج الى متابعة وملاحظة لمراقبة وظائف الكلّى والنمو وضغط الدم.
2. الدرجة المتوسطة:- ويبدأ ظهور تغييرات في وظائف الكلّى في الدم، مع الحاجة لمراقبة وظائف العظام في الدم، مستوى الحموضة في الدم و الهجلوبين .



3. الدرجة الشديدة:- الطفل يحتاج الى مساعدة لإبقاء الأملاح في دمه في حالة

تجانس، فهو يحتاج الى:-

(1)فيتامين (د) نشيط ودواء يمنع امتصاص ملح الفوسفات من

الأمعاء (كالكسيوم كاربونات) من أجل التحكم في التغيرات في العظام.

(2) إبر الإريثروبويتين والحديد مع ملح الفوليك لتفادي فقر الدم الناتج من الفشل الكلوي

(3) ملح صوديوم بايكربونات لتعديل الحموضة في الدم.

وفي كل مراحل التغيرات يحتاج الطفل الى متابعة طبية (مراقبة الطبيب) للوزن والطول ونمو الطفل، حيث يقاس بصورة منتظمة.

مراقبة الضغط مهمة جداً في حالات الفشل الكلوي، حيث أن ارتفاع الضغط يؤدي الى تسارع في استياء وتدهور وظائف الكلى.

إن التوازن في الأملاح والحفاظ على وظائف العظام وتجنب الحموضة في الدم، بالإضافة بالاحتفاظ بالضغط في المستوى الطبيعي يؤدي الى عدم التأخر السريع في وظائف الكلى.

ولكن للأسف في حالات الفشل الكلوي المزمن، فإن المفقود من وظائف الكلى لا يمكن استرجاعه، ولكن نحاول الحفاظ على الوظائف المتبقية بالعلاج الذي يمنع الحموضه، فقر الدم وهشاشة العظام.

في حالات الفشل الكلوي المتأخرة End stage renal failure فإن كل الأدوية لاتستطيع الحفاظ علي الأملاح في الدم في حالة طبيعيه. الحل الأمثل هو زراعة الكلى من متبرع، و تكون العملية أكثر نجاحا إذا كان المتبرع قريباً للمريض (كأبيه أو أمه)، ولكن عمليات زرع الكلى من المتوفين دماغياً" أو الأموات حديثاً ناجحة كذلك.

إذا لم يكم الزرع ممكناً، فإن الغسيل البريتوني هو الحل الأمثل، حيث يعطي الطفل حرية، ولا يحتاج الطفل الى المراجعة الأسبوعية للطبيب، لذلك يمكنه متابعة دراسته وحياته، بحيث يراجع المستشفى شهرياً لمراقبة الوظائف والنمو.

الحل الأخير هو الغسيل عن طريق الدم، حيث يحتاج الطفل مراجعة المستشفى ثلاث مرات في الأسبوع للقيام بعملية الغسيل، ويستمر عادة (3-4) ساعات في كل مرة، مما يؤدي الى التأثير السلبي على عملية تعليم الطفل وطريقة حياته، وكذلك تحتاج عائلة الطفل الى الإلتزام بمواعيد الغسيل في المستشفى.

والغسيل يعتبر فترة انتقالية فقط حتى تتم عملية الزرع التي تؤدي بالطفل الى ممارسة حياة طبيعية شبه عادية، مع الحرص على تناول الدواء الخافض للمناعة لتجنب رفض الجسم للكليه المزروعة.