



دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دانشکده پرستاری و مامایی

آموزش به بیمار

دیابت و دیالیز



معاونت درمان

مدیریت پرستاری

دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی

پیوند اعضا و دیالیز منتصریه

داروهای کاهنده قند خون

به علت فقدان عملکرد کلیه آن دسته داروهای که دفع کلیوی دارند نباید استفاده شوند.

متفورمین : ازرده داروهای است که به علت ایجاد اسیدوز لاکتیک نباید استفاده شود.

گلی بن کلامید : ازرده 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 بار انسولین طولانی اثر مطلوب است.



منبع:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>

بیمارستان فوق تخصصی پیوند اعضا و
دیالیز منتصریه

آدرس: مشهد، بلوار امام خمینی، امام خمینی ۲۵

تلفن: ۳۲۲۹۱۹۶۳۰ دخط ۳۰۰۶

www.mums.ac.ir/month/fa/amoozeshbebimar

نوروپاتی محیطی (بیماریهای عروق محیطی)

بیماران دیابتی اورمیک که دیالیز کافی و مناسب نمی شوند ممکنست دچار فلج اندامها نیز بشوند.

جهت تسکین و رفع این عوارض بایستی قند خون 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 بیماران دیابتی آلومینیوم سریعتر در استخوان رسوب می کند و نباید از آلومینیوم به عنوان کاهش فسفر استفاده کرد.

سوء تغذیه

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

۱- کنترل ضیف و نامطلوب قند خون که منجر به ایجاد انرژی با استفاده از سوختن پروتئینهای بدن می گردد.

۲- ضعف اسفکتر و عضلات معده، 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 ، چربیهای اشباع شده ، سدیم ، پتاسیم و مایعات باید محدود شود.

مطالب پیش روی شما محتوی مطالب آموزشی برای مراقبت از بیمارتان می باشد. امیدواریم با رعایت نکات ذکر شده در آن سلامت خود را بازیابید.



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 سالیهای 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

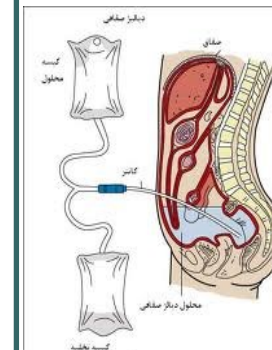
دیالیز صفاقی: مزایا و معایب

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، بروز و شدت حمله های افت ناگهانی قند در این بیماران، از همودیالیز بسیار کمتر است.

از مشکلات آن احتمال خطر پریتونیت (عفونت پرده صفاقی) و عفونت کاتتر است که البته با غیر دیالیتیک 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 به دلیل پیگیریهای 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 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 دیالیتی می باشد.

آغاز دیالیز

در بیماران دیالیتیک 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 فشار خون که به علت کاهش عملکرد کلیه ایجاد می شود ممکنست به راحتی قابل کنترل نباشد.



هایپرکلیسمی (افزایش قند خون)

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

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

نکته

قند خون ناشتای هدف برای بیماران دیالیزی بین $90-130 \text{ mg/dl}$ و قند خون بعد از غذا 180 mg/dl می باشد.

رتینوپاتی (بیماریهای چشمی)

در هفته های آغازین بسیار سریع پیشرفت کاهش بینایی وجود دارد که باید بیمار به چشم پزشک مراجعه شود.

نکات پیشگیرانه:

ناخنهای شسته و خشک باشد.

کف پاها و چین انگشتان پا روزانه دیده شود.

از کفشهای راحت به همراه جوراب استفاده شود.

دیالیتیکها ناخنهای انگشتان پایشان را نباید خودشان کوتاه کنند.

معاینه مکرر با توسط پزشک متخصص انجام شود.