

Comparing the Effect of Simple Filtration Hemodialysis and Ultrafiltration Hemodialysis on Arterial Oxygen Saturation and Blood Pressure in Chronic Dialysis

Mohammad Memarian¹,
Maliheh Yarmohammadi¹,
Reyhaneh Atashgahian²,
Raheb Ghorbani³,
Emad Gholami⁴,
Ilia Asadi⁴

¹ Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

² Resident in Internal Medical, Student Research Committee, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

³ Professor, Social Determinants of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

⁴ Medical Student, Student Research Committee, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received April 5, 2022 ; Accepted August 15, 2022)

Abstract

Background and purpose: Hypoxemia and hypotension are important complications of hemodialysis in patients with chronic renal failure that are linked to several factors, including the type of filters used. The aim of this study was to compare the effect of simple filtration hemodialysis and ultrafiltration hemodialysis on blood pressure and blood arterial oxygen level.

Materials and methods: In this clinical trial, we studied 68 patients who underwent dialysis in Semnan Kosar Hospital in November and December 2019. Clinical information, including heart rate, blood pressure, and arterial oxygen saturation, and pulse oximeter reading for oxygen saturation level were recorded before and after every dialysis. The patients were randomly divided into two groups. One group received simple filtration hemodialysis in first month followed by ultrafiltration dialysis in next month, while other patients had ultrafiltration dialysis in first month followed by simple filtration hemodialysis in next month. Data analysis was carried out in SPSS V23.

Results: In ultrafiltration hemodialysis, arterial oxygen saturation at sessions two ($P=0.037$), five ($P=0.002$), and 11 ($P>0.001$) were found with significantly smaller changes compared with the first session. Also, in this type of filtration, changes in systolic blood pressure at sessions 12 ($P=0.003$) and 13 ($P=0.034$) were significantly smaller than the first session compared with the simple filtration dialysis.

Conclusion: Compared with simple filtration hemodialysis, ultrafiltration hemodialysis provides more oxygen stability and less hypotension and can minimize the side effects of dialysis.

Keywords: ultrafiltration hemodialysis, simple filtration dialysis, blood pressure, arterial blood oxygen

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (213): 55-64 (Persian).

Corresponding Author: Maliheh Yarmohammadi - Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran. (E-mail: malihehyarmohammadi@yahoo.com)

مقایسه‌ی اولترافیلتراسیون و فیلتراسیون ساده بر میزان اکسیژن شریانی و فشار خون در دیالیز بیماران دیالیزی مزمن

محمد معماریان¹

ملیحه یار محمدی¹

ریحانه آتشگاهیان²

راهب قربانی³

عماد غلامی⁴

ایلیا اسدی⁴

چکیده

سابقه و هدف: هیپوکسمی و افت فشارخون، از عوارض مهم همودیالیز در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می‌باشد که با عوامل متعددی از جمله روش فیلتراسیون به کار رفته ارتباط دارد. هدف از این مطالعه، مقایسه UF modeling و فیلتراسیون ساده در دیالیز بیماران دیالیزی مزمن بر میزان اکسیژن شریانی و افت فشار خون بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، 68 بیمار که در آذر و دی ماه سال 1398، در بیمارستان کوثر سمنان تحت دیالیز قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. قبل و بعد از هر جلسه دیالیز، اطلاعات بالینی شامل ضربان قلب، فشارخون و اشباع اکسیژن شریانی، و نیز پالس اکسی‌متر مستقر بر بالین بیمار استخراج گردید. به‌صورت تصادفی، دیالیز نیمی از بیماران ماه اول به‌صورت ساده و ماه بعد با تنظیم UF modeling و دیالیز نیمی دیگر از بیماران ماه اول بر روی UF modeling و ماه دوم به صورت ساده انجام گردید. دیتاهای توسط نسخه 23 از برنامه SPSS تحلیل آماری صورت گرفت.

یافته‌ها: تغییرات اشباع اکسیژن شریانی در جلسات دوم ($P=0/037$)، پنجم ($P=0/002$) و یازدهم ($P>0/001$)، نسبت به جلسه اول و تغییرات فشار خون سیستولیک در جلسات دوازدهم ($P=0/003$) و سیزدهم ($P=0/034$) نسبت به جلسه اول در گروه UF modeling، کم‌تر از گروه فیلتراسیون ساده بود.

استنتاج: دیالیز به روش UF modeling نسبت به فیلتراسیون ساده، ثبات اکسیژن بیش‌تر و افت فشارخون کم‌تری را برای بیماران دیالیزی به‌وجود آورده و می‌تواند روش مناسبی جهت کاهش عوارض جانبی انجام دیالیز در بیماران باشد.

واژه‌های کلیدی: UF modeling، فیلتراسیون ساده، دیالیز، فشارخون، اکسیژن شریانی خون

مقدمه

میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان، 368 مورد در یک میلیون نفر جمعیت است (1). مرحله پایانی نارسایی کلیه (ESRD)، یکی از بیماری‌های مهم و پر

مؤلف مسئول: ملیحه یار محمدی - سمنان: شهرک گلستان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی کوثر E-mail: malihehyarmohamadi@yahoo.com

1. استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

2. دستیار تخصصی داخلی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

3. استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

4. دانشجوی پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

© تاریخ دریافت: 1401/1/16 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1401/1/31 تاریخ تصویب: 1401/5/24

اتفاق باید از درمان‌های جایگزین مثل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه استفاده گردد(3).

افراد مبتلا به این بیماری، در ابتدا تحت درمان محافظتی قرار گرفته و سرانجام به دیالیز نیاز پیدا می‌کنند(4). همودیالیز شایع‌ترین شیوه درمان بیماران دیالیزی در جهان محسوب می‌شود(5). اصولاً دو مکانیسم در کلیترانس مولکول‌ها در دیالیز نقش دارند: انتشار (Convection) و جابه‌جایی (Diffusion) یا Ultra Filtration (UF) انتشار، مکانیسم اصلی برداشت مولکول‌های کوچک مثل کراتینین، فسفات، اوره و UF، مکانیسم اصلی برداشت مولکول‌های متوسط می‌باشد(6). در ایران طبق گزارش انجمن حمایت از بیماران کلیوی، از مجموع 39 هزار بیمار کلیوی، بیش از 15 هزار نفر، دیالیزی هستند(1). همودیالیز براساس انتشار مواد محلول از خلال یک غشای نیمه‌تراوا می‌باشد. در دیالیز خون هپارین‌دار با سرعتی معادل 300 تا 500 میلی‌لیتر در دقیقه از قسمت دیالیزکننده عبور داده می‌شود، در حالی که مایع دیالیز در جهت مخالف جریان خون و با سرعت 500 تا 800 میلی‌لیتر در دقیقه جریان دارد(4،8). با دستکاری فشار هیدروستاتیک منفی موجود در قسمت مایع دیالیز می‌توان به مقدار برداشت مورد نظر مایع یا اولترافیلتراسیون دست یافت. غشاهای دیالیزی ضریب‌های اولترافیلتراسیون متفاوتی دارند (یعنی مقدار مایع بر حسب میلی‌لیتر که به ازای هر میلی‌لیتر جیوه فشار در دقیقه برداشت می‌شود) و بنابراین همراه با تغییرات فشار هیدروستاتیک، میزان جابه‌جایی مایع می‌تواند تغییر کند. کسر برداشت نیتروژن اوره و مشتقات آن به‌عنوان روش استاندارد برای ارزیابی کفایت دیالیز در نظر گرفته می‌شود که تحت تاثیر جثه بیمار، کارکرد کلیوی باقی‌مانده، میزان پروتئین دریافتی از رژیم غذایی و وجود بیماری‌های همزمان دیگر است(7،8). اگرچه همودیالیز طول عمر بیماران ESRD را افزایش می‌دهد، ولی کنترل این بیماری با همودیالیز مشکل بوده و عوارض و مشکلات ناشی از آن یک

معضل جهانی است(5،9). عوارضی که ممکن است در حین همودیالیز روی دهند عبارتند از افت فشارخون (20 تا 30 درصد)، گرفتگی عضلانی (5 تا 20 درصد)، تهوع و استفراغ (5 تا 15 درصد)، سردرد (5 درصد)، درد قفسه سینه (2 تا 5 درصد)، درد پشت (2 تا 5 درصد)، خارش (5 درصد) و تب و لرز (1 درصد)(10). علاوه بر عوارض جسمی، بیماران همودیالیزی مبتلا به نارسایی مزمن و پیشرفته کلیوی، به علت درمان‌های دارویی متعدد و پیچیده، تغییرات ریشه‌ای و مشکلات گوناگونی در الگوی زندگی دارند که می‌تواند بر عملکرد اجتماعی و روانی آنان تأثیر بگذارد(4). افت فشارخون حین دیالیز شایع‌ترین عارضه جدی همودیالیز می‌باشد(11). علاوه بر افت فشار خون، عارضه دیگر حین دیالیز، هایپوکسمی می‌باشد؛ به‌طوری که بیش‌تر افرادی که تحت همودیالیز قرار می‌گیرند، در حین وصل شدن به دستگاه همودیالیز دچار هیپوکسمی می‌گردند(12). کرامپ‌های عضلانی در طی همودیالیز نیز از عوارض شایع همودیالیز است. اثرات این عارضه بر کیفیت همودیالیز فراوان بوده است و یکی از دلایل عدم تطابق با همودیالیز محسوب می‌شود(13). علت اصلی افت فشارخون و گرفتگی عضلانی در دیالیز، اولترافیلتراسیون سریع و پرشدن ناکافی حجم داخل عروقی است که منجر به بی‌ثباتی قلبی عروقی می‌شود. یکی دیگر از عوامل مستعدکننده افت فشارخون و گرفتگی عضلانی، کاهش اسمولالیت پلاسما، به دلیل حذف اوره یا احتمالاً به‌علت غلظت پایین سدیم در محلول دیالیز می‌باشد(14). یکی از روش‌های پیشگیری از افت فشارخون و کرامپ عضلانی، پروفایل اولترافیلتراسیون (UF modeling) است. با تنظیم این پروفایل، ماشین دیالیز طوری تنظیم می‌شود که در آغاز دیالیز مایعات بیش‌تر و در مراحل پایانی مایعات کم‌تری از خون بیمار برداشت شود. پایین آوردن سرعت اولترافیلتراسیون در مراحل آخر دیالیز می‌تواند به پیشگیری از این عوارض کمک کند(3). در UF modeling

امروز مطالعات اندکی به بررسی اثر UF modeling بر میزان فشارخون و سطح اکسیژن شریانی بیماران حین انجام دیالیز به صورت همزمان پرداخته و از طرفی مطالعه‌ی جامعی در این زمینه با در نظر گرفتن عوامل جانبی دخیل در دیالیز برای فهم بهتر تاثیر آن‌ها انجام نگرفته است، بر آن شدیم تا مطالعه‌ی حاضر را با هدف مقایسه اثر UF modeling و فیلتراسیون ساده (SF) بر میزان فشارخون و اکسیژن شریانی در دیالیز بیماران دیالیزی مزمن به انجام رسانیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت یک مطالعه کارآزمایی بالینی متقاطع بوده که در سال 1398 بر روی 87 بیمار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر سمنان که با تشخیص ESRD تحت دیالیز قرار گرفتند انجام شد. این پژوهش دارای تاییدیه کمیته اخلاق با شماره ثبت IR.SEMUMS.REC.1398.188 در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان و همین‌طور دارای کد IRCT20151228025732N49 از مرکز ثبت کار آزمایی‌های بالینی ایران می‌باشد.

نمونه‌گیری به صورت تمام شماری بوده و معیارهای ورود به مطالعه عبارت از داشتن حداقل سن 18 سال، گذشتن حداقل سه ماه از زمان شروع دیالیز، سطح هوشیاری مناسب و ثبات همودینامیک (عدم وجود تغییرات شدید فشارخون و الکترولیت‌ها در طول روز) بودند.

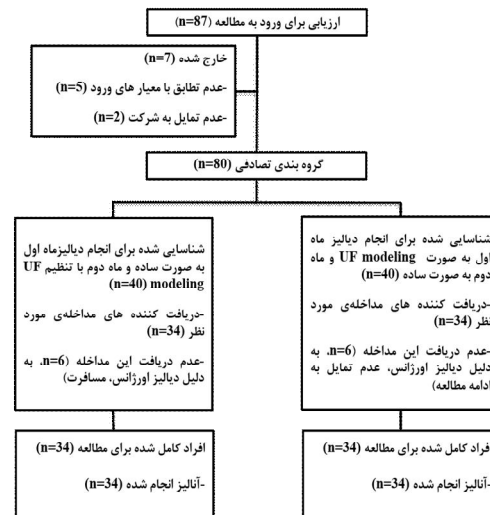
معیارهای خروج شامل انجام دیالیز اورژانسی، وجود مشکلات تنفسی شامل آسم و بیماری تنفسی پیشرفته مانند COPD و غیره، کانسر متاستاتیک به ریه، سپسیس، تغییر در وضعیت جسمی (بروز مشکل حاد) در طول مطالعه که منجر به انجام مداخله جدی شود و عدم تمایل برای ادامه‌ی طرح در هر مرحله بودند (تصویر شماره 1).

از کاهش تدریجی یا قطع متناوب اولترافیلتراسیون استفاده می‌شود تا فرصت پر شدن حجم داخل عروقی مجدداً به وجود آید و ترکیب این روش با پروفایل سدیم می‌تواند باعث سریع‌تر پر شدن حجم داخل عروقی و پایداری فشارخون در هنگام UF و در نتیجه کاهش حملات افت فشارخون گردد (15). مکانیسم‌های مختلفی برای توضیح هایپوکسی حین دیالیز پیشنهاد شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به شیف‌ت منحنی تجزیه اکسی‌هموگلوبین به دلیل افزایش PH در حین همودیالیز، تضعیف مرکز تنفس، اختلال در دیفوزیون اکسیژن، لکوستاز در عروق کوچک ریوی که خود منجر به عدم تطابق تهویه با پرفوزیون می‌گردد و در نهایت ایجاد هیپوونتیلاسیون آلتونولی به دلیل خروج CO₂ از طریق مایع دیالیز اشاره کرد (16). طی دیالیز فشار اکسیژن خون بین 5 تا 30 میلی لیتر جیوه افت پیدا می‌کند. کاهش ونتیلاسیون ناشی از کاهش فشار دی‌اکسیدکربن در محلول‌های دیالیز به دلیل انتشار آن از خون به محلول می‌تواند منجر به کاهش حجم و دفعات تنفس برای بالابردن فشار دی‌اکسیدکربن شود که این خود منجر به هایپوکسی می‌گردد. یکی از عوارض آن به این صورت است که ایسکمی بافتی ناشی از کاهش اکسیژن خون موجب آزاد شدن آدنوزین می‌شود که آدنوزین به نوبه خود باعث مهار کاتکول آمین‌ها و متعاقب آن وازودیلاتاسیون عروق و در نهایت افت فشارخون می‌شود (17،18). دیده شده که چند دقیقه پس از شروع همودیالیز، میزان اشباع اکسیژن خون، کاهش یافته و 30 الی 60 دقیقه پس از همودیالیز به کم‌ترین میزان خود رسیده و سپس در هنگام ختم دیالیز به وضعیت قبل خود باز می‌گردد (19). این میزان هایپوکسی، براساس ترکیبات مایع دیالیز و نوع فیلتر به کار رفته، متفاوت می‌باشد (20). دیالیز به روش UF modeling به دلیل پایین آوردن سرعت اولترافیلتراسیون احتمالاً می‌تواند به پیشگیری عوارض هایپوکسی و افت فشارخون کمک نماید (21،22). با توجه به این که تا به

همه 500 میلی لیتر بر دقیقه بود. سرعت جریان خون، حاصل تقسیم حجم بر زمان مورد نظر بود (UFR AVG) که گروه SF از 660 میلی لیتر بر ساعت تا 500 میلی لیتر بر ساعت به صورت ثابت با توجه به شرایط بیمار، و برای گروه UF modeling در ابتدای دیالیز، 150 درصد UFR AVG بود و پلکانی کاهش پیدا می کرد به طوری که در انتهای دیالیز، به 50 درصد UFR AVG می رسید. به صورت تصادفی ساده، دیالیز نیمی از بیماران ماه اول به صورت ساده و ماه بعد با تنظیم UF modeling و دیالیز نیمی دیگر از بیماران ماه اول صورت UF modeling و ماه دوم به صورت ساده انجام گردید. تعداد ضربان قلب، میزان فشارخون و میزان O2Sat بیمار در هر جلسه دیالیز، در پایان دیالیز برآورد گردید. در نهایت نیز داده ها بین دو نوع روش انجام دیالیز در طی 13 جلسه نسبت به جلسه اول (قبل از شروع مطالعه) مورد مقایسه قرار گرفت. لازم به ذکر است که زمان انجام دیالیز (روز و ساعت)، تخت بالینی، دستگاه دیالیز و نیز پالس اکسی متر، جهت از بین بردن احتمال تاثیر متغیرهای مخلدوش گر، در تمامی جلسات دیالیز، برای هر فرد، یکسان بوده و اطلاعات قبل و بعد از دیالیز، برای هر واحد پژوهشی به طور مستقل، مورد آنالیز و بررسی قرار گرفت. داده ها، به کمک آزمون های آماری T-test و Mann Whitney و آزمون طرح اندازه گیری های مکرر (Repeated Measures)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نرمال بودن یا نبودن داده ها به کمک آزمون kolmogorov Smirnov مورد بررسی قرار گرفت. در تمام آزمون ها، سطح اطمینان برابر با 95 درصد و سطح معنی داری کم تر از 5 درصد در نظر گرفته شد؛ نرم افزار استفاده شده جهت آنالیز داده ها، نسخه 23 نرم افزار آنالیز آماری SPSS بود.

یافته ها

در این مطالعه، تمامی بیمارانی که با تشخیص ESRD در آذر و دی ماه سال 1398، در بیمارستان کوثر شهر سمنان تحت همودیالیز قرار گرفته بودند و معیارهای ورود



تصویر شماره 1: نمودار روش انجام پژوهش به صورت خلاصه

در این مطالعه از روش تمام شماری استفاده شد که در نهایت با شناخت 68 نفر واجد شرایط، اطلاعات دموگرافیک و عمومی شامل سن، جنسیت و ماه انجام دیالیز بررسی و ثبت شد (تصویر شماره 1). دیالیز نیمی از بیماران ماه اول به صورت ساده و ماه بعد با تنظیم UF modeling و دیالیز نیمی دیگر از بیماران ماه اول بر روی UF modeling و ماه دوم به صورت ساده انجام گردید. قبل از شروع هر جلسه دیالیز، اطلاعات بالینی شامل: فشارخون توسط فشار سنج عقربه ای دو شلنگه ریشتر مدل 1350 Exacta، ضربان قلب و اشباع اکسیژن شریانی (O2 sat)، توسط پالس اکسی متر Choice MMed Oxywatch-C29 بر بالین بیمار استخراج گردید. اطلاعات دیالیز که شامل مود دستگاه، مدت زمان انجام دیالیز، دوز تزریق Eprex و حجم فیلتراسیون بود، توسط تیم تحقیقاتی ثبت شد. دیالیز بیماران با دستگاه Dialog+ ساخت شرکت B.Braun Avitum AG آلمان انجام گرفت که از محلول بی کربنات، RenaCart 650g، ساخت شرکت Pharmaed Medical industries ایران در آن استفاده می شد. بیماران گروه UF modeling با مود 1 این دستگاه تحت دیالیز قرار گرفتند. تمامی بیماران 3 الی 4 ساعت تحت دیالیز بودند و از تمامی بیماران دو لیتر خون تسویه می شد که سرعت پایه جریان محلول دیالیز برای

به مطالعه را داشتند، در دو گروه 34 نفره مورد بررسی قرار گرفتند. 38 نفر (55/9 درصد) بیماران، مرد و مابقی زن بودند. در گروه SF، 25 نفر (73/5 درصد) مرد و 9 نفر (26/5 درصد) زن و در گروه UF modeling، 21 نفر (61/8 درصد) مرد و 13 نفر (38/2 درصد) زن بودند که تفاوت معنی داری میان گروه‌ها وجود نداشت ($P=0/300$). میانگین و انحراف معیار برای متغیر سن افراد در مطالعه برای گروه فیلتراسیون ساده، 60/03 (10/82) سال و برای بیماران گروه UF modeling، 61/38 (8/88) سال بود. که تفاوت معنی داری میان آنان وجود نداشت ($P=0/575$). در این مطالعه تفاوت معناداری قبل از شروع مداخله در بین متغیرهای سطح هموگلوبین، حجم فیلتراسیون، دوز Eprex، مدت زمان دیالیز (برحسب ساعت)، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و ضربان قلب در بیماران دو گروه UF modeling و SF دیده نشد (جدول شماره 1).

جدول شماره 1: اطلاعات پایه جمعیت مورد بررسی؛ متغیرهای پیوسته و کتگوریکال به صورت میانگین (انحراف معیار) و تعداد (درصد)، به ترتیب نوشته شده است.

متغیر	گروه دیالیز	گروه UF modeling	گروه فیلتراسیون ساده	سطح معنی داری
سن (سال)	61/38 (8/88)	60/03 (10/82)	0/575	
جنسیت	مرد زن	21 (61/8) 13 (38/2)	25 (73/5) 9 (26/5)	0/300
سطح هموگلوبین (mg/dl)	11/16 (1/37)	11/26 (1/30)	0/764	
حجم فیلتراسیون (ml)	1826/47 (1068/21)	2300/00 (1089/21)	0/076	
دوز تزریق Eprex (واحد)	5841/2 (4133/7)	5882/6 (4720/7)	0/095	
زمان دیالیز (ساعت)	3/63 (0/46)	3/67 (0/46)	0/695	
فشار خون سیستولیک (mmHg)	111/32 (17/29)	119/12 (15/45)	0/054	
فشار خون دیاستولیک (mmHg)	70/00 (9/37)	67/84 (9/14)	0/298	
ضربان قلب	76/18 (11/10)	75/09 (9/09)	0/664	

درصد اشباع اکسیژن (SatO_2) در بیماران گروه فیلتراسیون ساده، 95/15 (2/87) درصد و در گروه UF modeling، 94/53 (3/47) درصد بود. تفاوت معنی داری در جلسه اول (قبل از مداخله) در بین دو گروه دیده نشد ($P=0/427$) این مسئله حاکی از یکسان بودن دو گروه قبل از شروع مداخله از نظر درصد اشباع اکسیژن است. ارتباطات مثبتی در میزان تغییرات درصد اشباع اکسیژن خون در بین گروه UF modeling و SF دیده شد. تغییرات میزان درصد اشباع اکسیژن برای گروه UF modeling نسبت به SF در طی ارزیابی‌های سریالی (Repeated Measurement) انجام گرفت کم‌تر بود و این تغییرات تفاوت معنا داری را نشان می‌دهند (جدول شماره 2).

معیار فشار خون سیستولیک در بیماران گروه فیلتراسیون ساده، 119/12 (15/45) میلی‌متر جیوه و در گروه UF modeling، 111/32 (17/29) میلی‌متر جیوه بود. بین فشارخون سیستولیک در جلسه اول (قبل از انجام مداخله)، در بین افراد دو گروه مورد بررسی، تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P=0/054$). در طی جلسات دوم، پنجم و یازدهم، تغییرات فشار خون سیستولی در مقایسه با جلسه اول در بین هر دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نمی‌داد. اما در جلسات دوازدهم و سیزدهم، این تغییرات نسبت به جلسه اول در بین دو گروه، تفاوت معنا داری را نشان داد (جدول شماره 2).

جدول شماره 2: مقایسه تغییرات متغیرها در حین جلسات نسبت به قبل از شروع مداخله، بر حسب آزمون تی تست؛ متغیرهای پیوسته و کتگوریکال به صورت میانگین (انحراف معیار) و تعداد (درصد)، به ترتیب نوشته شده است

متغیر	جلسه دیالیز		دوم نسبت به اول		پنجم نسبت به اول		یازدهم نسبت به اول		سیزدهم نسبت به اول		
	نوع دیالیز		SF	UF	SF	UF	SF	UF	SF	UF	
حجم فیلتراسیون		117/6 (1143/7)	170/6 (933/7)	0/835	64/7 (802/1)	120/6 (894/0)	0/787	188/2 (908/8)	311/9 (1212/7)	66/8 (810/2)	0/636
دوز تزریق Eprex		647/1 (2684/2)	646/7 (5086/2)	0/908	117/5 (4297/5)	111/7/3 (4297/5)	0/351	2400/1 (4003/3)	232/2 (354/6)	2450/5 (4010/3)	0/619
زمان دیالیز		0/015 (0/260)	0/015 (0/194)	0/998	0/162 (0/600)	0/044 (0/144)	0/270	0/650 (1/80)	0/726 (1/42)	0/554 (1/48)	0/445
فشار خون سیستولیک		0/882 (4/67)	0/352 (2/48)	0/974	0/617 (1/9/8)	0/588 (1/4/6)	0/114	22/8 (41)	22/2 (47/3)	23/6 (51/0)	0/854
فشار خون دیاستولیک		3/09 (11/9)	3/53 (10/88)	0/645	2/41 (11/29)	2/64 (11/63)	0/614	11/76 (27/35)	120/6 (317/9)	0	0/340
تعداد ضربان قلب		0/618 (12/95)	0/941 (10/13)	0/582	0/676 (17/90)	0/765 (11/1/8)	0/692	137/6 (30/04)	137/6 (30/04)	11/21 (26/2)	0/687
SatO2		0/015 (1/0/3)	0/735 (3/40)	0/037	0/003 (0/0/4)	3/32 (0/7/5)	0/002	889 (7/02)	889 (7/02)	0/005 (1/1/5)	<0/001
				</							

همین طور تغییرات فشار خون سیستولیک طی جلسات ذکر شده در هر گروه به صورت جداگانه، به وسیله ی ابزار آماری Repeated measures سنجیده شد که تفاوت معنی داری را نسبت به جلسه ی اول همان گروه نشان می دهد ($P < 0/001$).

مقایسه فشارخون دیاستولیک بین گروه SF و UF modeling فشار خون دیاستولیک در بیماران گروه فیلتراسیون ساده، 67/94 (9/14) میلی متر جیوه و در گروه UF modeling، 70/30 (9/37) میلی متر جیوه بود. تغییرات فشارخون دیاستولیک در جلسه اول، در بین دو گروه مورد بررسی، تفاوت معنی داری را نشان نداد ($P = 0/298$). تغییرات فشارخون دیاستولیک در طی جلسات دوم، پنجم و یازدهم هم تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان نمی داد اما این تفاوت در جلسات دوازدهم و سیزدهم در هر دو گروه معنادار بود (جدول شماره 2). تغییرات فشارخون دیاستولیک هر گروه به صورت جداگانه، طی هر جلسه، نسبت به جلسه اول آن گروه نیز سنجیده شد که تماماً تفاوت معنی داری را نشان می دادند ($P < 0/001$).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دو گروه مورد بررسی، از نظر متغیرهای زمینه ای و یا مخدوش گر مانند حجم فیلتراسیون، سطح هموگلوبین قبل از دیالیز، دوز تزریق Eprex و زمان انجام دیالیز و نیز سطوح پایه میزان اکسیژن شریانی خون، تفاوت معنی داری با هم نداشتند و همینطور ترکیبات مایع دیالیز و نوع فیلتر به کار رفته در تمام بیماران ما یکسان بود. بنابراین، امکان قضاوت بهتر نتایج مربوط به بررسی و مقایسه SF و UF modeling در دیالیز بیماران دیالیزی مزمن بر شاخص های همودینامیک (فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، ضربان قلب و میزان اکسیژن شریانی خون)، با دقت بیش تری فراهم شده بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد تغییرات SatO2 در جلسات دوم، پنجم، یازدهم، دوازدهم و سیزدهم، نسبت

به جلسه اول در دو گروه، معنی دار بود؛ به این صورت که میزان تغییرات درصد اشباع اکسیژن در گروه UF modeling، کم تر از گروه SF بود؛ به عبارت دیگر، ثبات SatO2 در گروه UF modeling، بیش تر از گروه دیگر بود. همسو با یافته های مطالعه حاضر در مطالعه Rotondi و همکاران (2018) که با هدف بررسی میزان نسبت استخراج یا تغییرات اکسیژن حین دیالیز انجام گرفت، نتایج نشان داد که انجام دیالیز به روش SF، باعث کاهش معنی داری در اشباع اکسیژن شریانی افراد تحت دیالیز شده است که طی اولترافیلتراسیون، این تغییرات، معنی دار نبود (اولترافیلتراسیون باعث کاهش اشباع اکسیژن شریانی به صورت معنی دار نشده بود) (26). Wösten و همکاران (2016) از مطالعه ای که میزان اشباع اکسیژن شریانی هر دقیقه را در بیمارانی که حداقل 10 ماه تحت دیالیز با غشاهای بی کربنات و پلی سولفون قرار گرفته و 12 ماه پیگیری شده، نتیجه گرفتند که هایپوکسی طولانی مدت با التهاب، افزایش تعداد روزهای بستری و مرگ و میر همراه است (27). در مطالعه ی حاضر نیز نشان داده شد که با استفاده از اولترافیلتراسیون و کاهش تغییرات SatO2 می توان سبب جلوگیری از مشکلات ثانویه و عوارض هایپوکسمی بر بیماران شد.

افت فشارخون حین دیالیز، شایع ترین عارضه جدی همودیالیز می باشد (13) که می تواند باعث اثرات شدید عروقی از قبیل انفارکتوس مغزی، ایسکمی قلبی یا مزانتریک، افزایش نیاز به مراقبت های پرستاری، عدم تطابق با دیالیز و قطع زود هنگام همودیالیز شود (15، 28). در همین راستا، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که: 1) تغییرات فشارخون سیستولیک به مرور زمان (در جلسات انتهایی این مطالعه) تفاوت معنی داری را بین دو گروه دخیل در مطالعه نشان می دهد. در طی جلسات دوازده و سیزده این امر مشهود بود که تغییرات فشارخون در گروه SF بیش تر بوده است. این نتیجه در راستای نتیجه مطالعه ای در سال 2005 است (29) که نتیجه گرفت استفاده از UF modeling باعث کاهش بروز افت فشارخون

حین دیالیز شده است. در مطالعه‌ای دیگر، Cosar و همکاران (2009)، تاثیر UF modeling را بر افت فشارخون در طی همودیالیز بر روی 40 بیمار دیالیزی مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش، تعداد بیمارانی که دچار افت فشار خون می‌شدند، در UF modeling نسبت به سایر روش‌ها کم‌تر بوده است. Meira و همکاران (2010)، Al-Hilali و همکاران (2004) و GhafouriFard و همکاران (2010) در مطالعات خود به این نتیجه رسیده بودند که افت فشارخون در UF modeling نسبت به سایر روش‌ها کم‌تر بوده است که نتایج مطالعه حاضر را تایید می‌کند (30-32).

در UF modeling از کاهش تدریجی یا قطع متناوب اولترافیلتراسیون استفاده می‌شود تا فرصت پرشدن حجم داخل عروقی مجدداً به وجود آید و ترکیب این روش با پروفایل سدیم می‌تواند باعث سریع‌تر پرشدن حجم داخل عروقی و پایداری فشارخون در هنگام UF و در نتیجه کاهش حملات افت فشارخون گردد (17، 18) که مطالعه حاضر همراستا با این موضوع نشان داد UF باعث کاهش تغییرات فشارخون می‌شود. مثال دیگری برای تایید این امر مطالعه‌ی Zhou و همکاران (2006) است که آن‌ها معتقد بودند که استفاده از اولترافیلتراسیون با تغییر در میزان برداشت مایعات باعث تقویت پرشدگی مجدد عروقی شده و بنابراین، تحمل بیمار نسبت به دیالیز را افزایش داده و از وقوع عوارض حین دیالیز جلوگیری می‌کند (33). در سوی مخالف، نتایج مطالعه Iselin و همکاران (2001) با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد؛ به‌طوری‌که استفاده از UF modeling، تاثیری در کاهش میزان بروز افت فشارخون حین دیالیز نداشته است. دلیل مغایرت نتایج این پژوهش در این نکته خلاصه می‌شود که در مطالعه مذکور، غلظت اولیه سدیم محلول دیالیز، 148 میلی‌مول در لیتر بوده که در پایان دیالیز به 133 میلی‌مول در لیتر رسیده است که این محدوده تا حد زیادی خارج از محدوده طبیعی سدیم بدن انسان می‌باشد. در توجه ثبات فشارخون در گروه UF modeling، نسبت

به گروه SF، می‌توان چنین گفت که علت اصلی افت فشارخون در دیالیز، پرشدن ناکافی حجم داخل عروقی است که منجر به بی‌ثباتی قلبی عروقی می‌شود (16). تا به امروز در مطالعات انجام شده بیش‌تر بر شاخص‌های همودینامیک (فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، ضربان قلب و میزان اکسیژن شریانی خون) توجه شده است؛ به عبارت دقیق‌تر، اکثر مطالعات انجام گرفته به بررسی ارتباط نوع فیلتراسیون با فقط یکی از شاخص‌های مذکور پرداخته و مطالعاتی که به طور دقیق و جزئی‌تر، مانند مطالعه حاضر، به مقایسه تاثیر UF modeling و فیلتراسیون ساده در دیالیز بیمارانی دیالیزی مزمن بر شاخص‌های متعدد همودینامیکی و میزان اکسیژن شریانی خون پرداخته باشد، بسیار اندک بود و از این منظر مطالعه حاضر جزو اولین مطالعات انجام گرفته در این زمینه است.

باتوجه به دسترسی ساده و هزینه مناسب و در جهت حصول به حداکثر کارایی با حداقل عوارض همودیالیز، به‌نظر می‌رسد که دیالیز به روش اولترافیلتراسیون (UF modeling)، انتخاب مناسب‌تر و مقرون به‌صرفه‌تری نسبت به فیلتراسیون ساده باشد. بنابراین، امید است درمانگران بخش همودیالیز با استفاده از نتایج این مطالعه و اعمال پروفایل UF modeling، میزان بروز افت میزان اشباع اکسیژن شریانی را کاهش داده و بر این اساس، زمینه راحتی و رضایت‌مندی بیش‌تر بیمارانی از مراقبت‌های درمانی را فراهم نمایند.

نتیجه‌گیری نهایی و تعمیم بهتر و بیش‌تر این نتایج، نیازمند انجام مطالعات بیش‌تری است که انجام آن به سایر محققین پیشنهاد می‌گردد. با توجه به اینکه در این مطالعه اندازه‌گیری سریالی پارامترهای آزمایشگاهی در جهت شناسایی بهتر و جزئی‌تر مقایسه اولترافیلتراسیون با فیلتراسیون ساده و همین‌طور پیگیری طولانی مدت بیمارانی امکان پذیر نبود، پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر به‌صورت بلند مدت همراه با اندازه‌گیری سریالی پارامترهای آزمایشگاهی انجام گردد تا بتوان به

سپاسگزاری

تمامی نویسندگان و افراد درگیر در این مطالعه نهایت تشکر را از بیماران عزیز که همکاری بسیار عالی با تیم پژوهشی انجام دادند، دارند.

اطلاعات مربوط به پیامدهای بالینی اولترافیلتراسیون مانند مرگ و میر و نیز عوارض محتمل در بیماران و مقایسه آن با فیلتراسیون ساده دست یافت.

References

1. Johansen KL, Chertow GM, Gilbertson DT, Herzog CA, Ishani A, Israni AK, et al. US Renal Data System 2021 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *Am J Kidney Dis* 2022; 79(4 Suppl 1): A8-a12.
2. McIntyre CW, Burton JO, Selby NM, Leccisotti L, Korsheed S, Baker CS, et al. Hemodialysis-induced cardiac dysfunction is associated with an acute reduction in global and segmental myocardial blood flow. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3(1): 19-26.
3. Rodriguez-Roisin R, Barbera JA. Pulmonary complications of abdominal disease. In: Mason RJ, Broaddus VC, Murray JF, Nadel JA, (eds). *Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2005. p. 2223-2241.
4. Asgari MR, Soleymani M. *Intensive Nursing Care in ICU, CCU and Dialysis Wards*. 21th ed. Tehran: Boshra; 2013 (Persian).
5. Craddock PR, Fehr J, Brigham KL, Kronenberg RS, Jacob HS. Complement and leukocyte-mediated pulmonary dysfunction in hemodialysis. *N Engl J Med* 1977; 296 (14): 769-774.
6. Mansournia MA, Etminan M, Danaei G, Kaufman JS, Collins G. Handling time varying confounding in observational research. *BMJ* 2017; 359: 4587.
7. Ghafourifard M, Rafieian M, Shahgholian N, Mortazavi M. Impact of Two Types of Sodium and Ultra Filtration Profiles on Systolic and Diastolic Blood Pressure in patients during Hemodialysis. *Journal of Hayat* 2010; 16(1): 5-12.
8. Moslem A, Naghavi M, Basiri Moghadam M, Basiri Moghadam. Assessing the adequacy of dialysis and its relationship with kind of filter in patient under hemodialysis referred to 22-Bahman hospital of Gonabad. *Intern Med Today* 2008; 14(2): 20-23.
9. Hakim RM, Depner TA, Parker TF. Adequacy of Hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 1992; 20(2): 107-123.
10. Carlon GC, Campfield PB, Goldiner PL, Turnbull AD. Hypoxemia during hemodialysis. *Crit Care Med* 1979; 7(11): 497-499.
11. Oh MS, Uribarri J, Del Monte ML, Heneghan WF, Kee CS, Friedman EA, et al. A Mechanism of Hypoxemia during Hemodialysis. Consumption of CO₂ in metabolism of acetate. *Am J Nephrol* 1985; 5(5): 366-371.
12. Munger MA, Ateshkadi A, Cheung AK, Flaharty KK, Stoddard GJ, Marshall EH. Cardiopulmonary events during hemodialysis: Effects of dialysis membranes and dialysate buffers. *Am J Kidney Dis* 2000; 36(1): 130-139.
13. McLaren P, Hunter C. Sodium profiling: the key to reducing symptoms of dialysis? *Nephrol Nurs J* 2007; 34(4): 403-414.

14. Thews O. Computer analysis of hypoxemia during hemodialysis. *Artif Organs* 1991; 15(6): 454-461.
15. Francos GC, Besarab A, Burke Jr JF, Peters J, Tahamont MV, Gee MH, et al. Dialysis-induced hypoxemia: membrane dependent and membrane independent causes. *Am J Kidney Dis* 1987; 5(3): 191-198.
16. Fawcett S, Hoenich N, Laker M, Schorr Jr W, Ward M, Kerr D. Haemodialysis-induced respiratory changes. *Nephrol Dial Transplant* 1987; 2(3): 161-168.
17. Ramos R, Soto C, Mestres R, Jara J, Zequera H, Merello J, et al. How can symptomatic hypotension be improved in hemodialysis patients: cold dialysis vs isothermal dialysis. *Nefrologia* 2007; 27(6): 737-741.
18. Hakim R, Depner T, Parker III T. Adequacy of hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 1992; 20(2): 107-123.
19. Hakim RM, Breyer J, Ismail N, Schulman G. Effects of dose of dialysis on morbidity and mortality. *Am J Kidney Dis* 1994; 23(5): 661-669.
20. Abbas G, Rafiquee Z, Shafi T. Relationship of postdialysis serum sodium level and interdialytic weight gain in patients on maintenance hemodialysis. *J Coll Physicians Surg Pak* 2007; 17(8): 482-485.
21. Santoro A, Mancini E, Basile C, Amoroso L, Di Giulio S, Usberti M, et al. Blood volume controlled hemodialysis in hypotension-prone patients: a randomized, multicenter controlled trial. *Kidney Int* 2002; 62(3): 1034-1045.
22. Lewis RA. Hawley's condensed chemical dictionary. 16thed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2016.
23. Clever M, Jordt F, Knauf R, Rübiger N, Rüdibusch M, Hilker-Scheibel R. Process water production from river water by ultrafiltration and reverse osmosis. *Desalination* 2000; 131(1-3): 325-336.
24. Rotondi S, Tartaglione L, Muci ML, Farcomeni A, Pasquali M, Mazzaferro S. Oxygen extraction ratio (OER) as a measurement of hemodialysis (HD) induced tissue hypoxia: a pilot study. *Sci Rep* 2018; 8(1): 5655.
25. Meyring-Wösten A, Zhang H, Ye X, Fuertinger DH, Chan L, Kappel F, et al. Intradialytic hypoxemia and clinical outcomes in patients on hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11(4): 616-625.
26. Wiegmann T, MacDougall M, Diederich D. Dialysis leukopenia, hypoxemia, and anaphylatoxin formation: effect of membrane, bath, and citrate anticoagulation. *Am J Kidney Dis* 1988; 11(5): 418-424.
27. Song JH, Park GH, Lee SY, Lee SW, Lee SW, Kim M-J. Effect of sodium balance and the combination of ultrafiltration profile during sodium profiling hemodialysis on the maintenance of the quality of dialysis and sodium and fluid balances. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16(1): 237-246.
28. Stiller S, Bonnie-Schorn E, Grassmann A, Uhlenbusch-Körwer I, Mann H. A critical review of sodium profiling for hemodialysis. *Semin Dial* 2001; 14(5): 337-347.
29. Henning MR. The controversy over sodium modeling: should we use it or not? *Nephrol Nurs J* 2006; 33(5): 505-509.
30. Iselin H, Tsinali D, Brunner FP. Sodium balance neutral sodium profiling does not improve dialysis tolerance. *Swiss Med Wkly* 2001; 131(43-44): 635-639.
31. Zhou YL, Liu HL, Duan XF, Yao Y, Sun Y, Liu Q. Impact of sodium and ultrafiltration profiling on haemodialysis-related hypotension. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21(11): 3231-3237.