

دیالیز در ایران

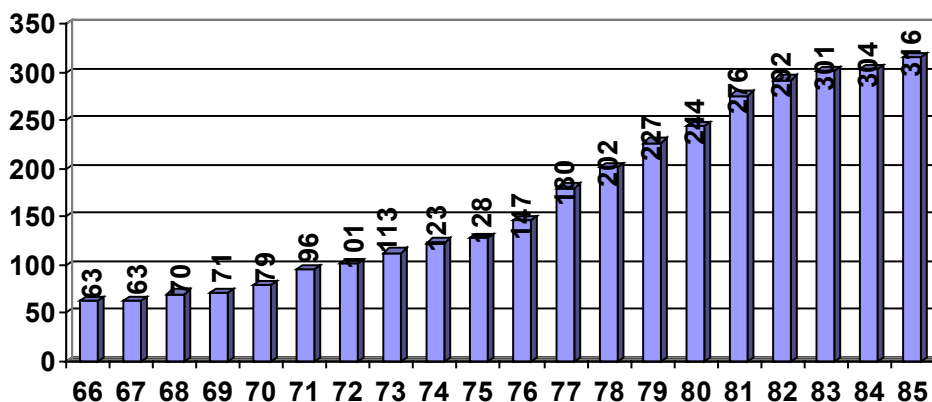
دکتر محمد عقیقی، دکتر شهرام نوروزی^۱

افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر از جمله دیابت و فشارخون و بروز عوارض ناشی از بیماریهای مذکور، پزشکان و سیاستگذاران عرصه سلامت را بیش از پیش متوجه نارسایی مزمن کلیوی و درمانهای جایگزین کرده است بطوریکه امروزه، داشتن حداقل یک انتخاب برای ادامه حیات بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیوی در اکثر کشورها میسر و در شمار درمانهای شایع تلقی می‌گردد. کشورهای جهان به تناسب سهمی که بخش سلامت از تولید ناخالص ملی در اختیار دارد روشهای درمان جایگزین در نارسائی کلیوی (RRT) را بسط و ترویج داده‌اند، این عامل در کنار داشتن نیروهای انسانی و پزشکان متخصص، مولفه‌های اصلی اثرگذار در ارائه مداخلات از سوی سیاستگذاران تلقی می‌گردد. در کشور ما ایران با احتساب مولفه‌های مذکور شروع درمانهای جایگزین (RRT) از تقدم و تأخر قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده است. دیالیز خونی از قدمت بیش از ۳۰ سال برخوردار است درحالیکه انجام دیالیز صفاقی حدوداً ۱۰ سال و تأسیس اولین بخش پیوند کلیه به ۲۲ سال پیش (۱۳۶۳) برمی‌گردد. بر همین اساس درصد روشهای درمانی جایگزین در حال حاضر عبارتند از ۴۸/۵ درصد دیالیز خونی، ۴۸/۱ درصد پیوند کلیه و ۳/۴ درصد دیالیز صفاقی می‌باشد. مجموعه امکانات موجود اعم از منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات سرمایه‌ای از الزامات ارائه خدمات درمانی به بیماران مبتلا به نارسائی کلیوی می‌باشد.

اولین بخش دیالیز خونی در سال ۱۳۵۴ در بیمارستان ۱۰۰۰ تختخوابی وقت (امام خمینی فعلی) راه اندازی شد. این بخش حدوداً یکسال پس از تأسیس مرکز دیالیز که در سال ۱۳۵۳ صورت گرفت شروع به فعالیت نمود و توانست ۲۰۰ بیمار را تحت پوشش خود

۱- مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص

درآورد.^۱ برشمار بیماران فوق بتدریج افزوده شد بطوریکه در سال ۱۳۵۷، تعداد بیماران تحت درمان به روش دیالیز به ۶۰۰ نفر رسید. به تناسب گسترش خدمات درمانی در کشور، تعداد بخشهای درمانی و بیماران تدریجاً افزایش یافت. نمودار ذیل تعداد بخشهای دیالیز کشور را تا پایان سال ۱۳۸۵ نشان میدهد.



بدیهی است افزایش بخشهای دیالیز در کشور نتیجه نیاز ناشی از افزایش تعداد بیماران مبتلا به نارسائی کلیوی مرحله آخر (ESRD) بود. افزایش نیروهای تخصصی و فوق تخصصی باعث تشخیص بیشتر موارد مبتلا از یک سو و افزایش طول عمر بیماران با ارائه درمان مناسب تر از سوئی دیگر، بعنوان عوامل اثرگذار در افزایش جمعیت بیماران مبتلا به ESRD تلقی می شود. البته افزایش شیوع بیماریهای دیابت و فشار خون در دهه های اخیر که از علل اصلی بروز نارسائی مزمن کلیوی محسوب می گردد را نباید از نظر دور داشت. با نگاهی اجمالی به آمار بیماران دیالیزی در سالهای گذشته به این نتیجه می رسیم که بیماران مذکور از رشد متوسط ۱۴-۱۲ درصد در سال برخوردار بوده اند.

با میزان رشد مذکور، پیش بینی دو برابر شدن جمعیت بیماران دیالیزی در کشور در پنج سال آینده نه تنها دور از ذهن نیست که از نظر آماری واقعی می نماید، این امر وظیفه

۱- جا دارد از اولین رئیس بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) مرحوم دکتر منصورهاشمی راد که راه اندازی بخش مذکور با تلاشهای ایشان صورت گرفت یاد کنیم.

مسئولین و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را در ایجاد ظرفیت‌های درمانی لازم دوچندان می‌کند. امروزه بروز و شیوع همودیالیز به ترتیب ۶۰ و ۲۰۰ نفر بیمار به ازای هر میلیون جمعیت می‌باشد. که باتوجه به آمارهای جهانی، علت تفاوت موجود علی‌الخصوص در میزان بروز باید مورد مذاقه بیشتر قرار گیرد.

براساس آمارهای موجود، علل اصلی بروز نارسائی کلیوی در ایران بر الگوهای اپیدمیولوژیک در کشورهای توسعه یافته منطبق است. بعبارتی دیگر دیابت اولین و پرفشاری خون دومین بیماری زمینه‌ای منجر به بروز نارسائی پیشرفته کلیوی محسوب می‌شود.

جنس بیماران دیالیزی تفاوت معناداری نداشته و براساس آمارهای موجود تا پایان سال ۱۳۸۵ نسبت مرد به زن ۱/۴ می‌باشد.

کیفیت دیالیز

طراحی و انجام مداخلات درمانی همواره با هدف حفظ حیات افراد، بازگرداندن سلامت و یا تقلیل عوارض ناشی از بیماری (بویژه در بیماریهای غیرقابل درمان) صورت می‌گیرد. باتوجه به ماهیت بیماری، انجام دیالیز خونی چنانچه از شرایط استاندارد و قابل قبولی برخوردار باشد می‌تواند بیماران مبتلا به نارسائی پیشرفته کلیوی را در سطحی از سلامت نسبی نگه دارد که بیماران مذکور به زندگی خود ادامه داده و حتی المقدور از بروز ناتوانی و سرباری آنها کاسته شود.

در ایران دیالیز با استفاده از دو دسته شاخص قابل بررسی است.

شاخص‌های کمی:

تعداد و نوع ماشین‌های دیالیز

تعداد جلسات هفتگی بیماران

نسبت بیمار به دستگاه

شاخص‌های کیفی:

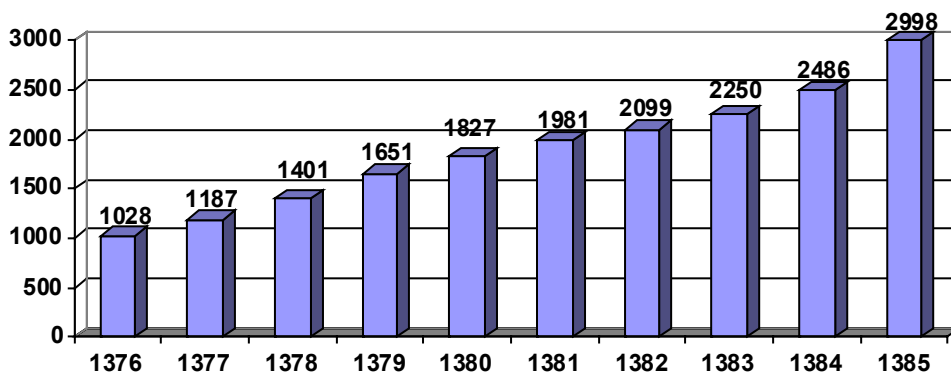
نوع بافر

نوع صافی

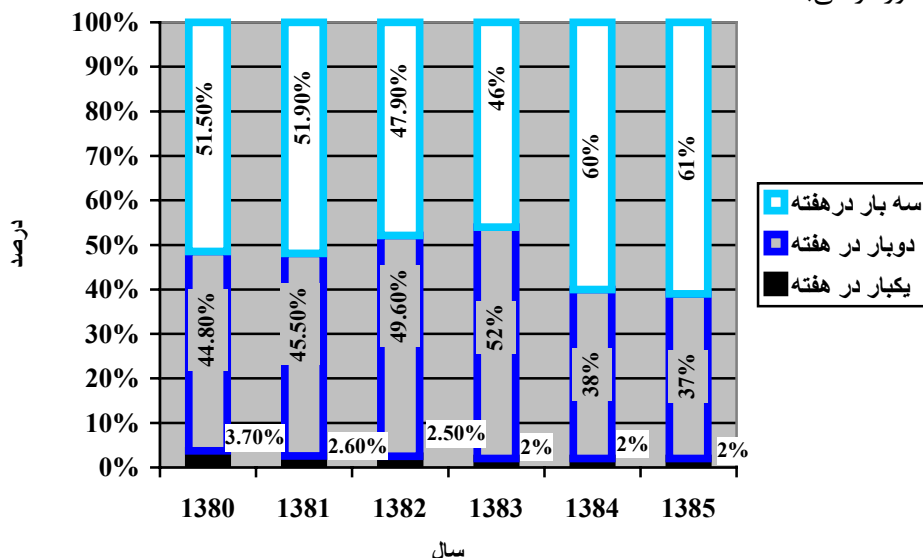
ارزیابی کفایت دیالیز

ماشین‌های دیالیز در ایران

براساس آمار موجود، ماشین‌های فعال دیالیز کشور تا پایان سال ۱۳۸۵، ۲۹۹۸ دستگاه بوده است. نمودار ذیل تعداد ماشین‌های همودیالیز کشور را از سال ۱۳۷۶ تا پایان سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد.



باتوجه به تعداد بیماران همودیالیزی و تعداد ماشین‌های موجود، نسبت بیمار به دستگاه در کشور ۴/۷ بیمار به ازای یک دستگاه ماشین همودیالیز است. لازم به ذکر است حدود ۸۰٪ دستگاه‌های دیالیز در کشور درحال حاضر از قابلیت دیالیز با بافر بیکربنات برخوردار می‌باشند.



جلسات دیالیز هفتگی

بررسی درصد بیمارانی که سه نوبت دیالیز هفتگی دارند (دیالیز استاندارد) در مقایسه با بیمارانی که تنها ۲ و یا ۱ نوبت دیالیز می‌شوند (underdialysis) یکی دیگر از شاخص‌های کمی بررسی وضعیت دیالیز کشور است. در سالهای دورتر بدلیل کمبود ماشین‌های دیالیز و ماشین‌های مستهلک، درصد بیمارانی که بصورت ناکافی (underdialysis) دیالیز می‌شوند بیشتر بود. خوشبختانه طی چند سال گذشته، با افزایش تعداد ماشین‌های فعال و بهبود نسبت بیمار به دستگاه، درصد بیماران برخوردار از سه نوبت دیالیز در هفته (دیالیز کامل) بیشتر گشت.

دیالیز بیکربنات در ایران

بهبود و ارتقاء کیفیت دیالیز خونی در کشور، از جمله برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می‌شود. انجام دیالیز با کفایت، علاوه بر رضایت‌مندی جسمی بیماران، آنان را از نظر روحی نیز در شرایط مطلوبتری قرار می‌دهد. دیالیز با بافر بیکربنات بعنوان یکی از مداخلات ممکن در ارتقاء این فرآیند ارزیابی و از سال ۱۳۷۹ در دستور کار مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص قرار گرفت. در سال ۱۳۸۰ شروع طرح بصورت آزمایشی در ۹ بیمارستان آغاز شد و بتدریج بر تعداد بخش‌های استفاده کننده از بافر بیکربنات افزوده شد. با دریافت پس‌خوراندهای مثبت از بخش‌های دیالیز در کشور، توسعه دیالیز بیکربنات شتاب بیشتری گرفت و بموازات افزایش پوشش - بمنظور دسترسی بیشتر بخش‌ها و بیماران - کارشناسی تعرفه و پیشنهاد آن برای تصویب مراجع قانونی دنبال شد. انجام دیالیز با بافر بیکربنات در برنامه چهارم توسعه، یکی از شاخص‌های مهم ارتقاء کیفیت دیالیز خونی تلقی گردید. با تلاش‌های بعمل آمده، پوشش دیالیز با بافر بیکربنات در کشور در پایان سال ۱۳۸۵ به رقم ۶۳ درصد رسیده است که خوشبختانه از هدف گذاری برنامه سریعتر پیش رفته است. در حال حاضر از تعداد ۳۱۶ بخش دیالیز کشور، در ۲۵۲ مرکز، دیالیز با بافر بیکربنات بصورت فعال صورت می‌گیرد و ۳۲ مرکز در حال پیوستن به این برنامه کشوری هستند. باقی بخش‌ها بدلیل قدیمی بودن ماشین‌ها، امکان انجام دیالیز با

بافر بیکربنات در شرایط فعلی را نداشته که امید می‌رود با تعویض ماشین‌ها، قابلیت ورود به این برنامه را تا پایان برنامه چهارم توسعه پیدا کنند.

استفاده از صافی High Flux

یکی دیگر از فعالیت‌های ناظر بر کیفیت در وزارت متبوع که از طریق مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص دنبال می‌شود استفاده از صافی‌های High Flux می‌باشد. این طرح با هدف تأمین نیازهای مختلف بیماران به انواع مختلف امکانات درمانی در نیمه دوم سال ۱۳۸۵ با پوششی معادل ۱۵ درصد از جلسات دیالیز در بخش‌های منتخب آغاز شد. امید می‌رود با دریافت پس‌خوراندهای لازم و ارزیابی وضعیت بالینی بیماران، استفاده از این امکان درمانی برای بیماران بمرور افزایش یابد.

بررسی کفایت دیالیز

شاخص‌های کمی اگرچه در ارزیابی کلی وضعیت دیالیز کمک‌کننده هستند لیکن حاصل تمام فعالیت‌ها و مداخلات باید در کیفیت انجام دیالیز نمود عینی داشته باشد تا بدینوسیله به موفقیت اقدامات بعمل آمده بصورت مستقیم تر پی برد. بررسی کفایت دیالیز که مناسبترین روش برای این منظور است از طرح‌های مرکز می‌باشد، شیوه پیاده‌سازی این طرح در سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفت و در سالجاری (۱۳۸۶) اجرای طرح عملیاتی شده است. هدف اصلی، بررسی کفایت دیالیز در بخش‌ها بصورت یکی از اقدامات روتین و گزارش آن به مراجع ذیصلاح است تا بدینوسیله ارزیابی کیفیت درمان در نظام مراقبت بیماران (Surveillance) تعریف شود.

دیالیز صفاقی

دیالیز صفاقی بعنوان یکی از روش‌های RRT از سال ۱۳۷۶ در کشور ایران شروع به کار کرده است این طرح ابتدا در بیمارستان امام رضا مشهد بصورت Pilot شروع شد و در حال حاضر ۴۰ بخش دیالیز صفاقی در حال ارائه خدمت به حدود ۱۰۰۰ نفر بیمار می‌باشد. براساس برنامه چهارم توسعه مقرر شده بود که در پایان سال ۱۳۸۵ روش دیالیز صفاقی در ۱/۵ درصد بیماران مبتلا به ESRD ارائه شود اما در پایان همان سال، ۳/۴ درصد از بیماران

تحت درمان به روش دیالیز صفاقی می‌باشد. براساس آمار موجود در حال حاضر از بیماران دیالیزی کشور ۹۳/۵ درصد به روش همودیالیز و ۶/۵ درصد به روش دیالیز صفاقی تحت درمان می‌باشند. باتوجه به روند افزایش تعداد بیماران ESRD، لازم است در این زمینه تلاش بیشتری صورت گیرد تا همه بتوانند از یکی از روشهای RRT بر مبنای صلاحدید پزشک بهره مند شوند.

مدیریت دیالیز کشور در گذر زمان

دیالیز به دلیل ویژگی‌های خاص خود همواره بصورت دولتی مدیریت می‌شده است. حتی در عرصه ارائه خدمت نیز، بخش‌های دولتی و دانشگاهی نسبت به بخش خصوصی تفوق آماری واضحی دارند. مدیریت دولتی دیالیز را می‌توان بدلیل حساسیت این شیوه درمانی و توجه ویژه مسئولین و سیاستگذاران نظام سلامت به آن دانست. همانگونه که در مقدمه عنوان شد، تأسیس مرکز دیالیز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سال ۱۳۵۳ بر می‌گردد و در طی سالها، تشکیلات و شرح وظایف مرکز و حتی عنوان آن دستخوش تغییرات شده است. در سال ۱۳۷۶ مرکز دیالیز ایران به مرکز دیالیز و پیوند اعضا تغییر نام داد و در بازنگری ساختار کلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در سال ۱۳۷۹) مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص زیر نظر معاونت سلامت با شرح وظایفی فراتر از بیماریهای کلیوی در ساختار معاونت سلامت به عنوان یکی از مراکز تعریف شد. امروزه مهمترین نقش مرکز سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و راهبری فعالیت‌های مرتبط با بیماران خاص و پیوند اعضا می‌باشد.

اعتبارات مرتبط با فعالیت دیالیز در سالهای گذشته به مرکز اختصاص می‌یافت.^۱ لیکن با تعریف خدمات مرتبط و تعرفه گذاری آنها و بمنظور کاستن از فعالیت‌های اجرائی و روزمره در ستاد، اعتبارات مربوط به فرانشیز انجام دیالیز به سازمانهای بیمه‌گر و اعتبارات مرتبط به تجهیز بخش‌های دیالیز (خرید ماشین و RO) به دانشگاههای علوم پزشکی

۱- جالب است بدانیم اولین اعتبار اختصاص یافته به مرکز دیالیز به میزان ۱۲ میلیون تومان و از بودجه نخست وزیری بود و اولین تعرفه هر جلسه دیالیز ۱۲۰۰ تومان بوده است.

اختصاص یافت تا وزارت بهداشت و درمان فارغ از فعالیت‌های اجرائی و روزمره به وظایف اشاره شده در فوق بنحو بهتری بپردازد.

عملکرد مرکز در قالب شاخص‌های برنامه چهارم توسعه

ردیف	عنوان فعالیت	عنوان شاخص	میزان تحقق در پایان سال ۱۳۸۵
۱	مشارکت در تأمین ماشین دیالیز	نسبت بیمار به دستگاه	۴/۷
۲	توسعه دیالیز به روش بیکرنات	درصد پوشش جلسات بیکرنات	٪۶۳
۳	افزایش جلسات دیالیز استاندارد	درصد بیماران با دیالیز ۳ نوبت در هفته	٪۶۱
۴	جایگزینی ماشین‌های دیالیز مستهلک	درصد ماشین‌های با قابلیت بی‌کرنات	٪۸۰

اهم برنامه‌های مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص در سال ۱۳۸۶:
 تعریف Package خدمتی برای همودیالیز
 پیاده سازی طرح ارزیابی کفایت دیالیز در بخش‌ها (اندازه گیری KT/V)
 توسعه دیالیز به روش بیکرنات
 افزایش درصد مصرف صافی High flux براساس دستورالعمل‌های موجود.