

پروتوکل بیمار CKD

در بیماریهای مزمن کلیوی بررسی علت بیماری مزمن کلیه و درمان آن و پیشگیری از پیشرفت بیماری در صورت امکان یک اصل اساسی در درمان است.

1. سونوگرافی کلیه ها
2. کنترل دقیق فشار خون حد اقل روزی 4 بار
3. کنترل روزانه وزن و حجم ادرار
4. بررسی اندکس های رشدی با استفاده از منحنی رشد
5. کنترل آزمایش و کشت ادرار و بررسی از نظر سایر عفونت ها
6. adjustment داروها و اجتناب از مصرف داروهای نفروتوکسیک
7. مشاوره تغذیه
8. بیلان کلیه دو بار در هفته CBC-BUN-Creat-Na-K-Ca-P-ALP-Uric Acid-VBG
9. بررسی و ثبت GFR در پرونده
10. مشاوره قلب و بررسی اکوکاردیوگرافی

□ در صورت **GFR 30-50** :

شروع روکالترویل $0.01-0.05 \text{ mic/kg/day}$ (حد اکثر دوز روزانه $1-2 \text{ micg}$)
شروع محلول شول $1-2 \text{ cc/kg/day}$ تا بیکربنات سرم حدود 24 mEq/L حفظ شود

□ در صورت **GFR = 10-30** :

محدودیت فسفر
در صورت $\text{Serum P} > 5.5$: کربنات کلسیم با دوز 30 mg/kg (سقف $7.5 - 2.5$ گرم در روز)
تنظیم دوز روکالترویل بر اساس سطح کلسیم - فسفر - آلکالین فسفاتاز و PTH سرم
تنظیم دوز شول بر اساس سطح بیکربنات سرم
شروع اریتروپوئیتین با دوز $50-150 \text{ U/kg/wk}$ همراه با دوز درمانی آهن و فولیک اسید

□ در صورت **GFR < 10** :

محدودیت سدیم و پتاسیم (مگر در موارد Renal salt wasting)
محدودیت آب در صورت اولیگوری - آنوری - ادم یا فشار خون
شروع ویتامین ها (Zinc Sulfate- B complex- Folic Acid)
هر سه ماه : Ferritin-TIBC-Iron-PTH-Alb.-HIV-HBS Ag
هر 6 ماه : رادیوگرافی مچ دست (دست غیر غالب) و زانو
سالانه : FBS-Chol.-TG-Bone age