



بررسی فراوانی بیماری های زمینه ساز نارسایی مزمن کلیه در مراجعین به بخش همودیالیز بیمارستان شهدای

خلیج فارس بوشهر

زینب قربانی مقدم^۱، شریف شریفی^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^{۲*} مربی گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۳ - پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۰۲)

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه امروزه یکی از مسائل عمده ی بهداشت عمومی در دنیاست که روند رو به رشدی را دارد. با توجه به این که بسیاری از عوامل CRF قابل کنترل می باشد لذا بررسی و شناسایی زودرس این عوامل می تواند وقوع ESRD را به تاخیر انداخته و راه گشای سیستم بهداشتی در کنترل بهتر این بیماری باشد.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی علل نارسایی مزمن کلیه در بیماران مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر انجام شده است.

روش: در این مطالعه ی توصیفی- مقطعی ۹۳ نفر بیمار مراجعه کننده به بخش همودیالیز که حداقل سه ماه تحت درمان با همودیالیز دایم بودند شرکت داده شده اند. اطلاعات لازم از طریق تاریخچه ی پزشکی بیمار مندرج در پرونده بیماران گردآوری گردید. داده ها به وسیله ی نرم افزار SPSS V.19 و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که فشار خون بال ۳۴/۲۱ درصد، دیابت ۲۶/۹ درصد، علل ناشناخته ۱۲/۹ درصد، دیابت و فشار خون بالا ۱۰/۸ درصد، عفونت ۴/۳ درصد و هم چنین ۱۰/۹ درصد از نمونه ها عللی مانند لوپوس، سنگ کلیه، بیماری های مادرزادی، کم خونی و سندرم آلپورت و گلوومرولونفریت علت زمینه ساز نارسایی مزمن کلیه را تشکیل می دادند.

نتیجه گیری: شایع ترین علل نارسایی مزمن کلیه فشار خون بالا و دیابت می باشد. هم چنین در مردان، دیابت و فشارخون بالا و در زنان، فشار خون بالا و دیابت به ترتیب شایع ترین علل بود. با توجه به قابل کنترل بودن این عوامل می توان با اتخاذ تدابیر و راهکارهای مناسب از ابتلا به نارسایی مزمن کلیه پیشگیری نمود و یا شروع آن را به تاخیر انداخت.

کلید واژه ها: نارسایی مزمن کلیه، همودیالیز، بیماری مرحله ی انتهایی کلیوی

مقدمه:

نارسایی مزمن کلیه یکی از مسائل عمده ی بهداشت عمومی در دنیاست (۱) و به نقص غیرقابل برگشت همراه با کاهش تدریجی و پیش رونده در عملکرد کلیه ها گفته می شود که در نهایت منجر به بیماری مرحله ی انتهایی کلیوی می شود. میزان بروز بیماری مرحله ی انتهایی کلیوی امروزه رو به افزایش است. (۲) در مرحله ی انتهایی بیماری کلیوی، کلیه ها بیش از ۹۰ درصد عملکرد خود را از دست می دهند. در چنین شرایطی فیلتراسیون گلومرولی کم تر از ۱۵ درصد، باعث افزایش تجمع سموم در بدن به حدی می شود که بیمار برای اجتناب از اورمی و عوارض تهدید کننده ی حیات به یکی از روش های "درمان جایگزینی کلیه" وابسته است. (۳) درمان جایگزینی کلیه در بیماری مرحله ی انتهایی کلیه بخش عمده و در حال رشدی از هزینه های درمانی- بهداشتی را در کشورهای مختلف به خود اختصاص می دهد. (۴) امروزه شایع ترین روش درمان جایگزینی کلیه، همودیالیز است. (۵) استفاده از همودیالیز در بیماران مبتلا به ESRD یکی از مداخلات درمانی گران قیمت محسوب می شود. (۶) مسلماً تعداد فزاینده ی این دسته از بیماران درصد بیشتری از بودجه های درمانی را به خود اختصاص خواهد داد. (۴) اگر این روند بروز و شیوع ادامه یابد؛ پس سطح منابع مراقبت های بهداشتی که در حال حاضر به مراقبت از این بیماران اختصاص داده خواهد شد قادر به پاسخگویی تقاضای این افراد نیست. (۷) لذا شناخت مهم ترین علل این بیماری و درمان به موقع و جلوگیری از پیشرفت آن

ها بروز نارسایی کلیه را کاهش و یا به تعویق خواهد انداخت. در کشورهای پیشرفته با شناسایی زودرس علل ESRD و درمان به موقع آن ها، عللی که باعث بروز ESRD می شود به حداقل رسیده است علل CRF در کشورهای مختلف بر حسب شیوع بیماری ها در آن منطقه ی جغرافیایی، روش زندگی، زمینه ی خانوادگی نارسایی کلیوی، جنس، نژاد و امکانات بهداشتی درمانی موجود برای تشخیص و درمان بیماری های کلیوی متفاوت است. (۸) در مطالعه ای که در سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۰ در کشورمان انجام شده است بیش ترین سابقه ی بیماری زمینه ای که منجر به نارسایی مزمن کلیه و در نهایت ESRD می شود، فشارخون بالا، دیابت و یا هر دو بیماری می باشد. (۹) با توجه به اینکه بسیاری از عوامل CRF، از جمله دیابت، پرفشاری خون و سنگ های متعدد کلیوی قابل کنترل می باشد؛ کنترل درست، به موقع و مستمر آن ها می تواند وقوع ESRD را به تاخیر بیندازد. (۸) لذا بررسی عوامل زمینه ساز CRF در بین بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز ضمن مشخص نمودن شیوع هر یک از این علل، می تواند راه گشای سیستم بهداشتی در کنترل بهتر این پدیده باشد. بنابراین هدف این مطالعه بررسی علل CRF در افراد تحت درمانی بوده که به این مرکز مراجعه نموده اند.

روش مطالعه:

در این مطالعه ی توصیفی - مقطعی (cross sectional) که در سال ۱۳۹۳ انجام شد کلیه ی بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان

تنها ۳/۲ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند و نیز ۶۶ درصد افراد بیکار و خانه دار بودند و تنها ۹ درصد بیماران شاغل بودند.

از کل ۹۳ نفر افراد مورد مطالعه، در ۳۲ نفر (۳۴/۲ درصد) فشار خون بالا، ۲۵ نفر (۲۶/۹ درصد) دیابت، در ۱۰ نفر (۱۰/۸ درصد) دیابت و فشار خون بالا، ۴ نفر (۴/۳ درصد) عفونت و هم چنین در ۱۰ نفر (۱۰/۹ درصد) از بیماران، عللی مانند لوپوس، سنگ کلیه، بیماری های مادرزادی، کم خونی و سندرم آلپورت و گلومرولونفریت (سایر) علت زمینه ساز نارسایی مزمن کلیه را تشکیل می داد و در ۱۲ نفر (۱۲/۹ درصد) علت نارسایی ناشناخته بود. (نمودار ۱)

هم چنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که شایع ترین علل نارسایی مزمن کلیه در مردان، دیابت (۲۸/۶ درصد) و فشارخون بالا (۲۶/۵ درصد) در حالی که در زنان، فشار خون بالا (۳۶/۴ درصد) و دیابت (۲۷/۲ درصد) بود که حاکی از ارتباط معنی دار علل نارسایی مزمن کلیه و جنس می باشد ($P < .0/05$). (نمودار ۲)

این مطالعه هم چنین نشان داد که هیچ ارتباطی بین میزان ابتلا به این بیماری و عواملی مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی فرد وجود ندارد. هم چنین بیشترین تعداد مبتلایان در جنس مذکر و در محدوده ی سنی بالاتر از ۷۰ سال بود. (نمودار ۳)

شهادی خلیج فارس بوشهر که تحت همودیالیز دایم بودند، (۹۳ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات لازم از طریق تاریخچه ی پزشکی و نیز برگه ی خلاصه پرونده ی بیماران اخذ گردید. این اطلاعات شامل سابقه ی سنگ کلیه، دیابت، پرفشاری خون، عفونت ادراری و ادم و بود.

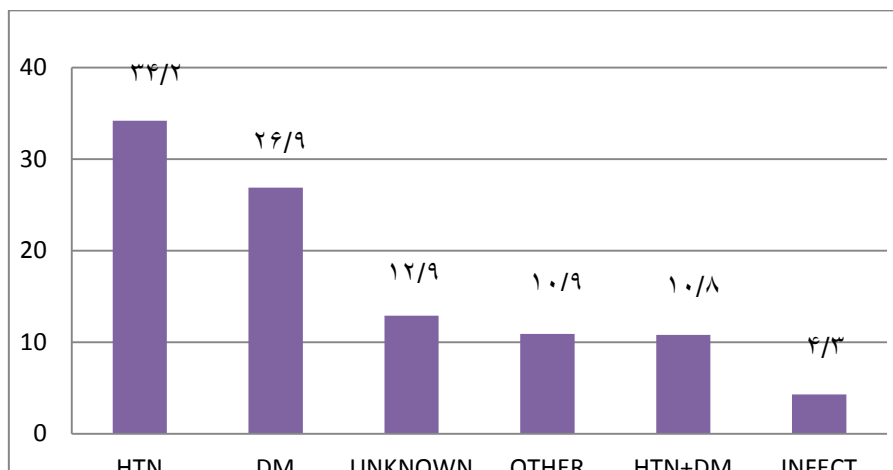
در این مطالعه بیمارانی که سابقه ی فشارخون بالا را از مدت ها قبل از بروز نارسایی مزمن کلیه داشتند (فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه) به عنوان پرفشاری خون در نظر گرفته شدند و بیمارانی که سابقه ی پروتئینوری به همراه فشارخون بالا و هماچوری داشتند، به عنوان گلومرولونفریت شناخته شدند. (۱۰)

هم چنین بیماران مبتلا به نارسایی حاد کلیه، تحت درمان موقت با همودیالیز، و بیماران مهمان، از مطالعه خارج شدند. پس از تکمیل پرسشنامه، داده ها به وسیله ی نرم افزار SPSS v.19 و با آزمون های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند .

یافته ها :

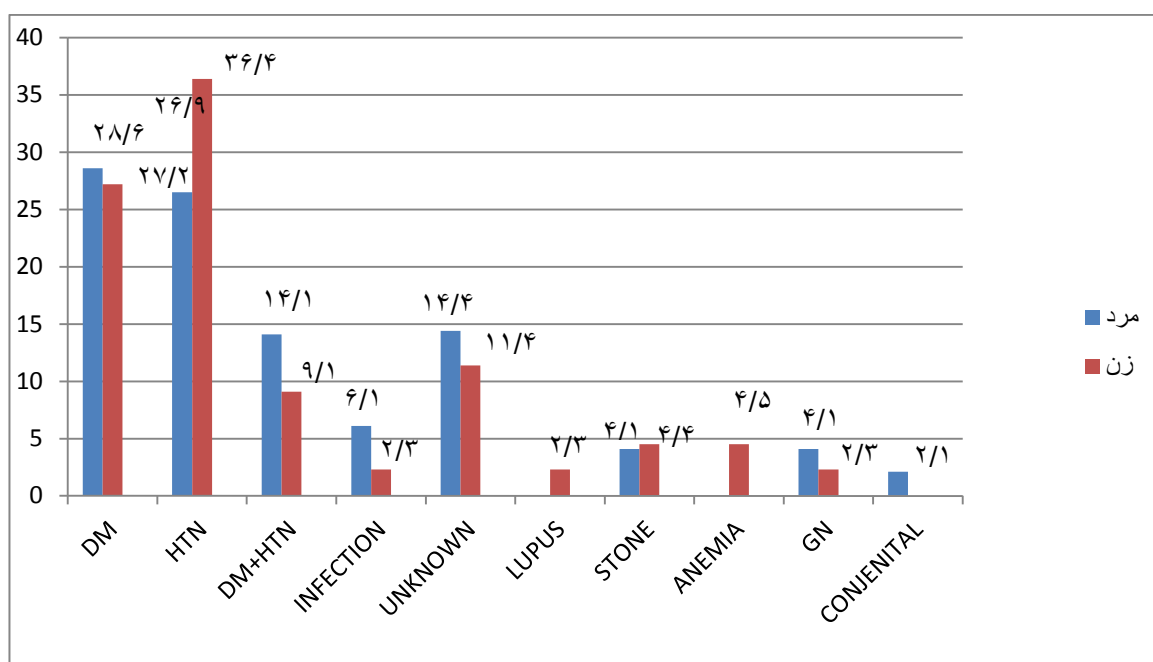
در این مطالعه، ۴۹ بیمار مرد (۵۲/۷ درصد) و ۴۴ نفر آن ها زن (۴۷/۳ درصد) بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶۳ ± ۵/۰۷ سال بود. در این مطالعه اکثریت افراد (۷۷/۴ درصد) متاهل و مابقی بیوه و مجرد بودند. هم چنین اکثریت واحدهای پژوهش بی سواد (۴۱/۹ درصد) و

نمودار (۱): توزیع علل نارسایی مزمن کلیه

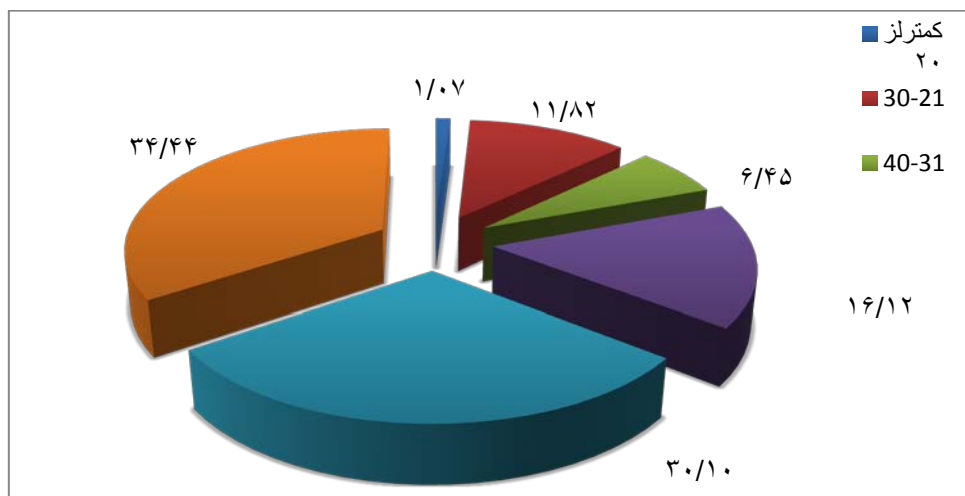


نمودار (۲): علت نارسایی مزمن کلیه به تفکیک جنس

DM(Diabet militus)-HTN(Hypertension)-GN(glomerulonephritis)



نمودار (۳): توزیع سنی بیماران با نارسایی مزمن کلیه مورد مطالعه



بحث:

بر اساس نتایج این تحقیق حداقل سن افراد مبتلا به ESRD، ۱۹، و حداکثر ۸۷ سال بود. ۵۲/۶۸ درصد مبتلایان مرد و ۴۷/۳۱ درصد زن بودند. مطالعه‌ی Maduell و همکاران در اسپانیا این نسبت را ۶۴ به ۳۶ درصد گزارش می‌کند. (۱۱) هم‌چنین در مطالعه‌ی ای که توسط Snouber در بین بیماران کشورهای غربی انجام شد نسبت مبتلایان مرد به زن را ۵۷/۷ درصد در مقابل ۴۲/۴ درصد بیان می‌کند. (۱۲) مطالعه‌ی مظفری و همکاران در اردبیل نسبت مرد به زن را ۹۰ به ۱۰ اعلام می‌کند. (۱۳) که در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قابل توجه است.

یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد که فشار خون بالا (۳۴/۲ درصد) و دیابت (۲۶/۹ درصد) از علل اصلی نارسایی مزمن کلیه در بیماران همودیالیز شهر بوشهر می‌باشد. در حالی که بر اساس مطالعاتی در آمریکا شایع‌ترین عوامل در بروز بیماری ۵۰ درصد دیابت و ۵۰-۸۰ درصد دیابت و

فشار خون بالا توأمان می‌باشد. (۱۴) در مطالعه‌ی ای بر روی ۸۰۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در ساحل عاج، گلوومرولونفریت مزمن ۴۹/۱ درصد و پرفشاری خون ۲۵/۴ درصد مهم‌ترین علل زمینه‌ساز بیماری مزمن کلیه گزارش شده (۱۵) و در مطالعه‌ی ای که در بین بیماران کشورهای غربی انجام شد علت بیماری را ۲۲/۵ درصد دیابت، ۱۱/۱ درصد فشارخون بالا، ۱۰/۶ درصد دیابت و فشار خون و ۲۷/۶ درصد علت ناشناخته برای بروز این بیماری اعلام شده است. (۱۲) نتایج مطالعه‌ی در بین بیماران همودیالیزی شهر مشهد نیز بیانگر این نکته است که شایع‌ترین علت بیماری فشار خون بالا ۳۲/۲ درصد و دیابت ۲۲/۳ درصد است. (۱۶) آن چه از این گزارش‌ها می‌توان دست یافت این است که عوامل مختلفی از قبیل محل زندگی، نژاد، رژیم غذایی و غیره می‌تواند در بروز این مشکل نقش داشته باشد که باید به طور مشخص مورد مطالعه قرار گیرد.

هم‌چنین در مطالعه‌ی ما در مردان، دیابت ۲۸/۶ درصد و

فشارخون بالا ۲۶/۵ درصد و در زنان، فشار خون بالا ۳۶/۴ درصد و دیابت ۲۷/۲ درصد به ترتیب علل اصلی بیماری بودند. در مطالعه‌ی منفرد و همکاران شایع ترین علل نارسایی مزمن کلیه در مردان، پرفشاری خون ۲۰/۳ درصد و گلوومرولونفریت ۱۵/۴ درصد بوده، در حالی که در خانم ها پرفشاری خون ۳۱/۷ درصد و دیابت ۱۰/۹ درصد از علل عمده ی این بیماری بودند. (۱۷)

نتایج این پژوهش نشان داد که بیش ترین آمار مبتلایان در بین بیماران متاهل ۷۷/۴۱ درصد بود که با نتایج مطالعه‌ی مسلم و همکاران ۷۸/۷ درصد، (۱۸) و شریعتی و همکاران ۸۰/۵ درصد، (۱۹) هم خوانی دارد، که می تواند به این دلیل باشد که طیف وسیعی از افراد در گروه های سنی بالا قرار دارند و اکثر این افراد در سنین ازدواج هستند و نیز با توجه به مشکلات شغلی و درآمد ناکافی، ابتلا به این بیماری در افراد نان آور می توانند نقش بسیار مخربی در وضعیت اقتصادی، بهداشتی و روانی خانواده ها داشته باشد.

شرایط سنی بیماران نیز نکته ای است که باید به صورت خاص توجه نمود، چرا که بیماری نارسایی کلیوی به عنوان بیماری مزمن، افراد مسن را با شرایط خاص زندگی و روحی درگیر می کند. در مطالعه ی حاضر میانگین سنی بیماران ۵۵/۰۷ بود. مطالعه ی Fernandes در بین سیاهان آمریکا و انگلستان میانگین سنی بیماران را ۵۲ سال (۲۰) و مطالعه ی برزو و همکاران آن را ۵۵ سال (۲۱) و مطالعه ای در بارسلونای اسپانیا این عدد را ۶۰ سال گزارش کرده اند. (۲۲) در مطالعه ی ما بیش ترین درصد مبتلایان در محدوده ی سنی بالاتر از ۶۰ سال

۳۴/۹ درصد) قرار داشتند و تنها ۱/۰۷ درصد بیماران کم تر از ۲۰ سال سن داشتند که حاکی از آن است که نارسایی کلیه ناشی از بیماری های مادرزادی که علایم آن ها در سنین کم بروز می نماید چندان قابل توجه نیست. در مطالعه ای که توسط Snouber در افراد کشورهای غربی انجام شد ۴۵ درصد افراد در محدوده ی سنی ۶۴-۴۵ سال قرار داشتند. (۱۲) هم چنین نتایج مطالعه‌ی حجت و همکاران نیز نشان داد که ۳۲/۴ درصد افراد بین ۷۰-۶۰ ساله بودند. (۲۳) این نکته می تواند به دلیل افزایش درصدی رشد جمعیت افراد پیر به دلیل پیشرفت تکنولوژی و درمان های گسترده در دسترس و افزایش امید به زندگی و بهبود و ارتقاء خدمات بهداشتی باشد. از طرف دیگر کاهش در عملکرد کلیه ممکن است به واسطه ی تغییر در ساختار کلیه همراه با بالا رفتن سن باشد و نیز در افراد پیر ممکن است تا حدی به دلیل بیماری های زمینه ای مانند بیماری قلبی - عروقی و یا دیابت باشد. (۷) در مطالعه ی ما بیش از ۶۵ درصد بیماران کم تر از ۶۰ سال سن داشتند. از آن جا که پایین بودن سن شروع دیالیز می تواند به علت عوامل متعددی از جمله عدم کنترل کافی بیماری هایی باشد که منجر به آسیب کلیه ها می شوند مانند دیابت و فشار خون بالا (۱۴)، در پیشگیری، درمان و آموزش این گروه از بیماران باید اهتمام جدی به عمل آید.

نتیجه گیری نهایی:

از آن جا که در این مطالعه دیابت و فشار خون بالا به عنوان شایع ترین علل ابتلا به نارسایی مزمن کلیه تشخیص داده شده اند با اتخاذ تدابیر مناسب و آموزش

مهمی در کاهش ابتلا به این بیماری برداشت.

تشکر و قدردانی:

پژوهشگر نهایت سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی و نیز مسئولین، کادر درمانی و بیماران بخش دیالیز بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر ابراز می دارد.

عمومی از طریق کنترل و کاهش عوامل خطر ساز از جمله رژیم غذایی نامناسب، بی تحرکی، چاقی و هم چنین با کنترل منظم فشار خون نهایتا از ابتلا به نارسایی مزمن کلیه پیشگیری نمود و یا آن را به تعویق انداخت. به خصوص با شناخت علل شایع نارسایی مزمن کلیه در هر منطقه ی جغرافیایی با تمرکز بر عوامل زمیته ساز قدم

References:

1. Hadadian F, Ghorbani A, Falah H et al. The effect of trans cutaneous electrical acupoint stimulation (TEAS) on fatigue reduction in hemodialysis patients. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2011; 15(3) . [in Persian]
2. Thomas E, Charles C J, Robert C, et al. Griggs cecil essentials of medicine. 2001: 291.
3. Tayyebi A, Salimi S. Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation pateints. Journal of Caring Sciences. 2003; 3(2): 117-121.
4. Us Renal Date system.USRD 2006 Annual Data Report: 29 Incidence and prevalence of ESRD Am j kidney Dis. 2006: 23(supple): 34-47
5. Abede M, Aghaee N, Gholame F, et al. [Evaluation of hemodialysis adequacy on patients undergoing hemodialysis in Razi Hospital in Rasht]. Journal of Medical Faculty Mazanderan University of Medical Sciences. 2010: 23(7): 20-27.
6. James E, Tattersal L, Dominic D, et al. The post-hemodialysis rebound: Predicting and quantifying its effect on Kt/V. Kidney International. 2004; 50: 2094-2102.
7. Gilberton D.T, Jiannong L, Jay L.X, et al. Projecting the Number of Patients with End-Stage Renal Disease in the United States to the Year 2015. Journal of the American Society of Nephrology. 2005: 16(12): 3736-3741.
8. Heydare B. [Evaluation of hemodialysis adequacy on patients undergoing hemodialysis in Mazanderan]. Journal of Medical Faculty. Mazanderan University of Medical Sciences. 2004; 11(3). [in Persian]
9. Pezshki L, Taziky O. M. Comparision between delivered dialysis and product dialysis of the dialysis adequacy. 2007; 16(1): 7-11. [in Persian]
10. Monfared A, Orang Pour R, Kohani M, et al. Evaluation of hemodialysis adequacy on patients undergoing hemodialysis in Razi Hospital in Rasht. Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences. 2008; 65 (17): 44-49. [in Persian]
11. Maduell F, Vera M, Serra N, et al. Kt as control and follow-up of the dose at a hemodialysis unit. Nefrologia. 2008; 28(1): 28-9.
12. Snouber S, Khader M, Alkhatib A, et al. Prevalence of patients with end-stage renal disease on dialysis in the West Bank,. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2013; 24(4): 832-7.
13. Mozafari N, Mohamadi M, Dadkhah B, et al. Assessment of quality of dialysis in Ardabil hemodialysis patients. Ardabil Med Sci J. 2005; 4(14): 52-7. [in Persian]
14. Goretti M, Janeza T, Croatia R, et al. Spicial problems in Hemodialysis patients. 2011: 123-126.

15. Diallo A.D, Niamkey E, Beda Yao, et al. B Chronic renal insufficiency in Cote d'Ivoire: study of 800 hospital cases. 1997; 90(5): 346-348, 123-126.
16. Zaraate A.B, Naghebe M, Jabare H, et al. Assessment of quality of dialysis in Mashhad hemodialysis patients. Mashhad Med Sci J. 2008; 5 (18): 45 -52. [in Persian].
17. Monfared A, Orangpoor R, Khosravy M, et al. Investigation of cause of ESRD In the Hemodialysis patients in Gilan. 2004: 12(46). [in Persian].
18. Moslem A.R, Naghave M, Basere M, et al. Investigation of dialysis adequacy and relationship with kind of flux in the hemodialysis pations in the Gonabad Hospital. Gonabad Univ Med Sic J. 2009: 12(2). [in Persian]
19. Shariate A, Abbasi A, Hessam M, et al. Dialysis adequacy in the patients with ESRD in the Gorgan patients. Gorgan University of Medical Sciences Journal. 2010; 12(1): 81-84. [in Persian]
20. Fernandes Pf, Ellis PA, RoderickPJ, et al. Cause of ESRDin Black patients starting Renal Replacement Therapy. Am j of kidney Dis. 2000; 3(62): 301-309.
21. Borzo R, Galyaf M, Amin R, et al. Assessment of velocity of blood flow affect on quality of dialysis in haemodialysis patients. Sharekord Univ Med Sic J. 2006; 8(2): 60-6. [in Persian].
22. -Cano Romer A, Morians M, Lopez plana A, et al. Prevalence of CRF in primary care . 2002: 29(2): 90-96.
23. Hojjat M. Hemodialysis adequacy in patients with chronic renal failure. Medical Sciences, Jahrom, Iran. 2009; 2(2): 61-66. [in Persian]

Original Article**The Frequency of Underlying Conditions for Chronic Renal Failure in Patients Undergoing Dialysis in Shohada Hospital in Bushehr****Z. Ghorbani Moghaddam¹, Sh. Sharifi*²**

¹Master Science Student of Nursing, Student Research Committee, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran

^{2*}Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran

(Received: 4 Aug, 2015 – Accepted: 23 Nov, 2015)**Abstrac**

Introduction: Chronic renal failure (RF) is a major health issue with an increasing prevalence throughout the world. Since many CRF risk factors are controllable, their early detection can delay the incidence of end-stage renal disease (ESRD) and facilitate the management of the condition.

Objective: To investigate the causes of CRF in patients undergoing dialysis in Shohada Hospital, Bushehr, Iran.

Method: This cross-sectional study was performed on 93 patients undergoing continuous hemodialysis at the Hemodialysis Center of Shohada Hospital. The history of kidney stones, urinary tract infections, diabetes mellitus, hypertension, and edema was extracted from patient files. Data were analyzed using SPSS 19.0.

Results: The main causes of CRF in the studied population were hypertension (34.2%), diabetes (26.9%), an unknown agent (12.9%), diabetes plus hypertension (10.8%), infection (4.3%), and other factors such as lupus, kidney stones, congenital diseases, anemia, and Alport syndrome (10.9%).

Conclusion: The most common causes of CRF in male patients were diabetes (28.6%) and hypertension (26.5%). While the same two conditions were the main causes of CRF in women, hypertension had a higher frequency than diabetes (36.4% vs. 27.2%). Since the identified factors are treatable, relevant strategies need to be adopted to prevent CRF or delay its onset.

Key words: Chronic renal failure, hemodialysis, end-stage renal disease