වකුගඩු රෝගීන් සඳහා පරිපූර්න මාර්ගෝපදේශය

ඔබගේ වකුගඩු සුරකිමු

වකුගඩු රෝග වලක්වා ගැනීම සහ ප්‍රතිකාර
පිළිබඳ සවිස්තරාත්මක තොරතුරු

වෛද්‍ය සුර්ජීත් සෝමයියා   වෛද්‍ය සන්ජේ පාන්ඩියා

ඔබ දන්නවාද?

- මෑත කාලයේදී, වකුගඩු අක්‍රීයවූ රෝගීන් සංඛ්‍යාව තැතිගන්වන ලෙස ශීඝ්‍රයෙන් ඉහල ඉහළ යමින් පවතී.
- "අවසාන අදියර වකුගඩු රෝගයේ" ප්‍රතිකාර සඳහා යන වියදම හදවත් සැත්කම් වියදමට වඩා වැඩි වේ.
- වකුගඩු රෝග පිළිබඳ දැන ගැනීම සහ මනා ලෙස තේරුම් ගැනීම නිසා මෙම බහුලවූ රෝගය සමඟ සාර්ථකව කටයුතු කිරීමට ඔබට හැකි වනු ඇති අතර අනපේක්ෂිත සංකූලතා වලක්වා ගතහැක.

ග්‍රන්ථයෙන් ඉස්මතු කෙරෙන වැදගත් කරුණු

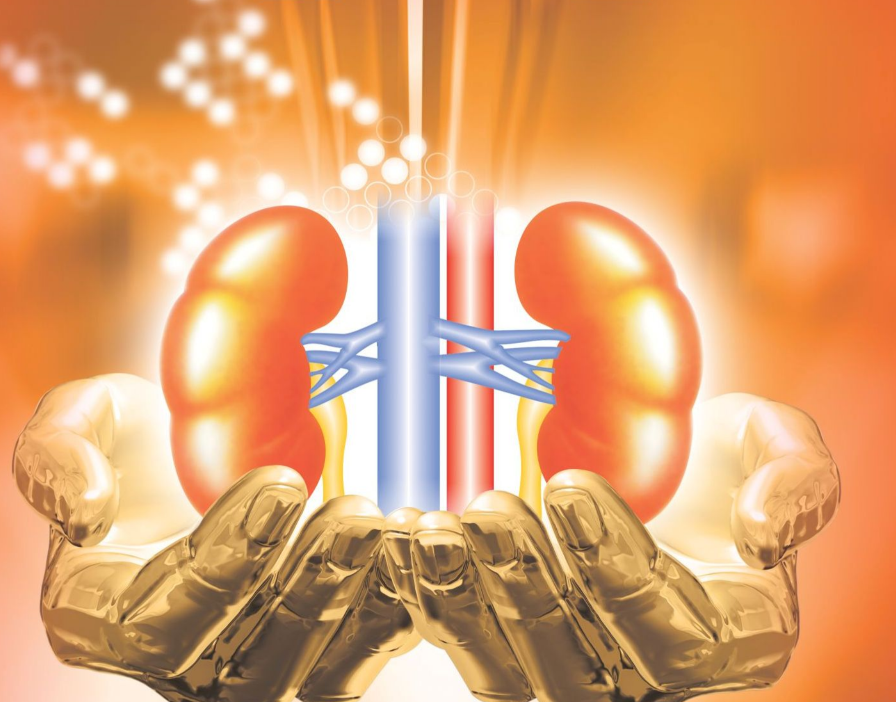
- පහසුවෙන් කියවා වටහා ගත හැකි ලෙසින් වකුගඩු රෝගය සම්බන්ධ නූතන සොයා ගැනීම් හා ප්‍රායෝගික තොරතුරු ලබාදීමට ඉලක්ක කරඇත.
- වකුගඩු සෞඛ්‍ය සම්පන්නව තබා ගැනීමට සෑම දෙනාම දැන සිටිය යුතු සරල මාර්ගෝපදේශ.
- වකුගඩු රෝග පිළිබඳ අනතුරු ඇඟවීමේ රෝග ලක්ෂණ හඳුනා ගැනීම හා කල්තියා රෝග විනිශ්චය කිරීමට සරල ඉඟි.
- කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ අවශ්‍යතාවය ප්‍රමාද කළ හැකි නිදන්ගත වකුගඩු රෝගයෙන් පෙලෙන ජනතාව සඳහා ප්‍රායෝගික හා සවිස්තරාත්මක ප්‍රතිකාර උපදෙස්.
- වකුගඩු අක්‍රියවූ රෝගීන් සඳහා ආහාර තෝරා ගැනීම සහ සීමා කිරීම පිළිබඳ විස්තරාත්මක කරුණු පැහැදිලි කිරීමක්

කියවන්න, අවනත වෙන්න සහ ඔබේ වකුගඩු සුරකින්න

ඔබගේ වකුගඩු සුරකිමු

වෛද්‍ය සුර්ජීත් සෝමයියා

ඔබගේ වකුගඩු සුරකිමු



වකුගඩු රෝගීන් සඳහා පරිපූර්න මාර්ගෝපදේශය

වෛද්‍ය සුර්ජීත් සෝමයියා   වෛද්‍ය සන්ජේ පාන්ඩියා

නොමිලේ!! භාෂා **25+** කට වැඩි ගණනකින්

www.KidneyEducation.com

කියවීමට, බාගත සහ මුද්‍රණය කිරීමට නිදහස් ප්‍රවේශය

පිටු **230+** කින් සමන්විත වකුගඩු උපදෙස් පොත පහත සඳහන් භාෂා වලින් දැන් ලබාගත හැකිය

ජාත්‍යාන්තර භාෂා

ඉංග්‍රීසි, අරාබි, බන්ග්ලා, චීන, ප්‍රංශ, ජර්මන්, හිංදි, ඉතාලි, ජපන්, නේපාලි, පෘතුග්‍රීසි, රුසියානු, සිංහළ, ස්පාඤ්ඤය, ස්වාහිලි, උර්දු

ඉන්දියානු භාෂා

ඇසෑම්, ගුජරාටි, කන්නඩ, කුච්චි, මලයාලම්, මරාති, ඔරියා, පංජාබි, හින්දි, දෙමළ, තෙළිඟු

ඔබගේ වකුගඩු සුරකිමු

වකුගඩු රෝග වලක්වා ගැනීම සහ ප්‍රතිකාර පිළිබඳ සවිස්තරාත්මක තොරතුරු

වෛද්‍ය සුර්ජිත් සෝමයියා
MBBS,DNB(Med) D.N.B.(Nephro)
වෘක්කවේද වෛද්‍ය විශේෂඥ
කොළඹ, ශ්‍රීලංකාව

වෛද්‍ය සන්ජේ පාන්ඩියා
MBBS, MD (Med), DNB (Nephrology)
වෘක්කවේද වෛද්‍ය විශේෂඥ
රජ්කොත්, ඉන්දියාව

ඔබගේ වකුගඩු සුරකිමු

ප්‍රකාශක

සාමපරන් වෘක්ක පදනම,
සාමපරන් රෝහල ,
බුත්බනා චෝවක්,
රාජ්කොත් 360002 (ගුජරාති, ඉන්දියාව)

විද්‍යුත් තැපැල: saveyourkidney@yahoo.com

© සාමපරන් වෘක්ක පදනම,

සියලු හිමිකම් ඇවිරිණි. මෙම පොතේ කිසිම කොටසක් කිසිම ආකාරයකින් හෝ විද්යුත් හෝ යාන්ත්‍රික වශයෙන් සහ තොරතුරු ගබඩා කිරීම සහ සමුද්‍රණ පද්ධති ඇතුළුව උපුටා දැක්වීම, ප්‍රකාශකයාගේ ලිඛිත අවසරයකින් තොරව කළ නොහැක. මෙම පොත ඉන්දියාවේ ප්‍රකාශයට පත් කිරීම සඳහා වන අතර, ප්‍රකාශකයාගේ පූර්ව ලිඛිත අවසරයකින් තොරව අපනයනය කළ නොහැකිය. මතභේදයක් ඇති වුවහොත් සියලු නීතිමය කටයුතු **රාජ්කොට්** අධිකරණ බලය යටතේ පමණක් නිරාකරණය කළ යුතුය.

පළමු සංස්කරණය: 2016

කර්තෘ
වෛද්‍ය සුර්ජිත් සෝමයියා
MBBS,DNB(Med), D.N.B.(Nephro),
වෘක්කවේද වෛද්‍ය විශේෂඥ

මෙම පොත සියලුම වකුගඩු

රෝගීන් සහ ඔවුන්ගේ පවුලේ සැම වෙත

උතුම් වූ මානව දයාවෙන් පිළිගැන්වේ

අප වකුගඩු ආබාධ වළක්වාගමු. . .

"ඔබේ වකුගඩු සුරකින්න" යන පොත වකුගඩු රෝග පිළිබඳව මූලික අවබෝධයක් හා එය වැළැක්වීම සඳහා මාර්ගෝපදේශ ලබා දීමට උත්සාහ කෙරේ.

ගෙවුණු දශක කිහිපයේ දී වකුගඩු ආබාධයට ලක් වීම් තැති ගන්වන සුළු ලෙස ශීඝ්‍රයෙන් ඉහල ගොස් ඇති බව පෙනී යන කරුණකි. මෙම වකුගඩු රෝග වැළැක්වීම සඳහා හේතු, රෝග ලක්ෂණ හා ක්‍රම පිළිබඳව දැනුවත් වීම මෙලෙස රෝගී වන පිරිස් ඉහළ යාම මර්දනය කිරීමේ ප්‍රමුඛ පියවරක් වේ. මෙම පොත මගින් සියලු දෙනාටම තේරුම් ගැනීමට පහසු වන පරිදි ඉතා සරල බසින් සැලකිය යුතු තොරතුරු ප්‍රමාණයක් ලබා දීම අපගේ නිහතමානී උත්සාහයකි.

කල් ඇතිව කරන රෝග නිර්ණය සහ ප්‍රතිකාර ඉතා ප්‍රයෝජනවත් වන අතර එයින් අඩු වියදමකින් දිගු කාලීන ප්‍රතිලාභ ලබා ගත හැකි වේ. රෝගය පිළිබඳ දැනුවත් භාවය මද වීමෙන් වකුගඩු රෝගයක් බවට පෙන්නුම් කරන ලකුණු හා රෝග ලක්ෂණ හඳුනා ගැනීමෙ හැකියාවක් ඇත්තේ ඉතා සුළු මිනිසුන් සංඛ්‍යාවකට පමණක්ය. ඉන් ඇති වන අන්තරාදායක ප්‍රමාදය නිසා රෝගය කල් තියා හඳුනා ගැනීමට අපහසු වේ. අවසන් අදියර නිදන්ගත වකුගඩු රෝගයේ ප්‍රතිකාර වන රුධිර කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධ කිරීම මිල අධික බැවින් ඉන්දියාව වැනි රටක මෙය දැරිය හැක්කේ 10%ට අඩු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකට පමණි. ඒ නිසා කල් ඇතිව කරන රෝග නිර්ණය සහ ප්‍රතිකාරය අපේ රටේ නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය වැඩිවීම පාලනය කිරීමට ඇති එකම ශක්‍යතා විකල්පයයි.

රෝග විනිශ්චයේදී පුද්ගලයෙකු වකුගඩු රෝගයෙන් පෙලෙන බව අනාවරණය වූ විට, රෝගියා හා ඔහුගේ පවුලේ අය ස්වභාවිකව බරපතල ලෙස කනස්සල්ලට පත් වේ. එහි දී වකුගඩු රෝගීන් සහ ඔවුන්ගේ පවුල්වල සාමාජිකයන් රෝගය ගැන සෑම දෙයක්ම දැන ගැනීමට කැමති වෙයි. නමුත් ප්‍රතිකාර කරන වෛද්‍යවරයාට සවිස්තර තොරතුරු විශාල ප්‍රමාණයක් ලබාදීම ප්‍රායෝගිකව කළ හැකි නොවේ. එහෙයින් මෙම ග්‍රන්ථය එලෙස රෝගියා හා වෛද්‍යවරයා අතර වන රෝග අවබෝධය පිලිබඳව වන දුරස්ථභාවය බිඳ හෙළීමට උපකාර වනු ඇත. කෙසේ වෙතත්, පහසු වේලාවක කියවා බැලීමට තොරතුරු ඇති පොතක් ළඟ තබා ගෙන අවශ්‍යය සෑම වෙලාවටම එය වෙත යොමු වීම ප්‍රයෝජනවත් වේ. එහි විවිධ වකුගඩු රෝග සම්බන්ධව ඇතිවන රෝග ලක්ෂණ, රෝග නිර්ණය, නිවාරණය හා ප්‍රතිකාර ක්‍රම පිළිබඳ සියලූ මූලික තොරතුරු සරල හා පහසු භාෂාවෙන් සපයයි. එකිනෙකට වෙනස්වන වකුගඩු ආබාධ සම්බන්ධව ගත යුතු ක්‍රියාමාර්ග හා යෝග්‍ය ආහාර පුරුදු පිළිබඳව මෙම පොත මගින් පාඨකයා දැනුවත් කෙරේ. අපි අවධාරනයෙන් හා තරයේම ප්‍රකාශ කර සිටින්නේ මෙම පොත ලබා දුන් තොරතුරු වෛද්‍යය උපදෙස් නොවන බවත් මෙය හුදෙක් රෝගය පිළිබඳ අධ්‍යයනයක් සහ දැනුවත් කිරීමක් පමණක් බවත්ය. වෛද්‍යවරයාගේ උපදෙස් වලින් තොරව, පොත කියවීමෙන් පමණක් තමන් විසින් ඖෂධ හෝ ආහාරයෙහි වෙනස්කම් ඇති කිරීම අනතුරුදායක විය හැකි අතර, එය වඩාත් නිශ්චිතවම මෙම පොතෙහි නිර්දේශ කර ඇත.

මෙම වකුගඩු උපදේශනය ප්‍රයෝජනවත් වන්නේ වකුගඩු රෝගීන් සහ ඔවුන්ගේ පවුලේ අයට පමණක් නොව, වකුගඩු රෝගය වැළඳීමේ අවදානමින් පසු වෙන අයටත් වැදගත් වේ. එමෙන්ම, මෙම ප්‍රකාශනය ඒ සම්බන්ධ නව දැනුම සොයා යන, අයට ද අධ්‍යාපනික වශයෙන් වැදගත් වේ. වෛද්‍යශිෂ්‍ය, වෛද්‍යවරුන් හා අතුරු වෛද්‍ය නිලධාරීන් ආදී බොහොමයක් පිරිසට මෙම ග්‍රන්ථය අත්පොතක් වැනිය.

මෙම වකුගඩු ග්‍රන්ථය කියවීමට පහසු සහ ඉතා පැහැදිලි ලෙස වටහා ගැනීමට සිංහල භාෂාවට පරිවර්තනය කිරීම සඳහා සම්බන්ධීකරණයෙන් සහය දුන් ඇගතා මහේන්ද්‍රරාජා මහත්මියට අපි ස්තුතිවන්ත වෙමු.

එමෙන්ම මෙම ග්‍රන්ථය සිංහළ භාෂාවට පරිවර්තනය කිරීමට සහය දුන් යූ.එච්.එල් වීරකෝන් මහතාට සහ එම මහත්මියටද, මෙම ග්‍රන්ථය පරිඝණක ගත කිරීමට සහය දුන් ශෙහානි ඩි සොයිසා මෙනවියටද අපගේ ස්තුතිය පුද කර සිටිමු.

අපගේ විශ්වාසය මෙම පොත පාඨකයාට ඉමහත් ලෙස ප්‍රයෝජනවත් වනු ඇති බවත් එමගින් එම විෂය සම්බන්ධ වැදගත් තොරතුරු රැසක් ඔවුනට ලැබෙනු ඇති බවත්ය. මෙම පොත කියවා බලා, එය තව දුරටත් වැඩි දියුණු කිරීම සඳහා එහි ඇති විෂය කරුණු පිලිබඳව තම අදහස් හා යෝජනා අප වෙත ලබාදෙන මෙන් ඉල්ලා සිටිමු.

ඔබට නිදුක් නිරෝගී සුවය හිමි වේවායි පතමු.

වෛද්‍ය සුජිත් සෝමයියා	**වෛද්‍ය සන්ජේ පාන්ඩියා**
කොළඹ, ශ්‍රීලංකාව	**රජ්කොත්, ඉන්දියාව**

වෛද්‍ය සන්ජේ පාන්ඩියා , M.D. D.N.B. (වෘක්කවේදී), වෘක්කවෙද විශේෂඥ

වෛද්‍ය සන්ජේ පාන්ඩියා ජ්‍යෙෂ්ඨ වෘක්කවෙද විශේෂඥ වෛද්‍යවරයකු ලෙස රජ්කොත්හි (ඉන්දියාවේ ගුජරාටි ප්‍රාන්තයේ) කටයුතු කරනු ලබයි. එතුමා තම M.D. (අභ්‍යන්තරඖෂධ) වෛද්‍ය උපාධිය හදාරන්නේ 1986 වසරේ ගුජරාටියේ ජම්නගර් හි පිහිටි එම්. පී. ෂා වෛද්‍ය විද්‍යාලයෙනි. ඉන් අනතුරුව 1989 වසරේ අහමදාබාද් හි පිහිටි වකුගඩු රෝග පර්යේෂණ මධ්‍යස්ථානයෙන් **ඩී එන් බී වෘක්කවේදී උපාධිය** ලබන එතුමා 1990 වසරේ සිට වෘක්කවේදී විශේෂඥ වෛද්‍යවරයකු ලෙස ඉන්දියාවේ රජ්කොත් (ගුජරාටි ප්‍රාන්තය) හි කටයුතු කරනු ලබයි.

වෛද්‍ය පාන්ඩියා වකුගඩු රෝග අධ්‍යාපනයේ පුරෝගාමී මෙහෙයක් සිදුකරයි. රෝගීන් හට ඉංග්‍රීසි, හින්දි, ගුජරාටි හා කුච්චී බසින් ලියා පලකල “වකුගඩු පොත” නමැති ග්‍රන්ථයේ කර්තෘ ඔහුය. “වකුගඩු අධ්‍යාපන පදනම” පිහිටුවාලමින් වකුගඩු සුරැකීමට දැනුවත් භාවය ඇතිකෙරෙන වැඩසටහන් රැසක් පවත්වාගෙන යමින් වකුගඩු ආබාධ වැලක්වීමට හා පාලනයට සුවිසල් කාර්යභාරයක් සිදුකරයි.

ලෝකයේ විවිධ ප්‍රදේශ වලින් කැපවූ වෘක්කවේදී වෛද්‍ය කණ්ඩායමකගේද සහාය ඇතිව, වකුගඩු රෝගීන් සඳහා අධ්‍යාපනීක පොත් භාෂා 20 කට වැඩි ප්‍රමාණයක් සකස් කර ඇත.

ලෝකයේ විවිධ රටවල ජනතාව හා වකුගඩු රෝගීන් උපරිම සංඛ්‍යාවකට උදව් කිරීම පිණිස, www.KidneyEducation.com වෙබ් අඩවිය වෛද්‍ය පාන්ඩියා සහ ඔහුගේ කණ්ඩායම විසින් ආරම්භ කර ඇත. මෙම වෙබ් අඩවියෙන් පිටු 305 කින් සමන්විත වකුගඩු පොත, භාෂා 20 කට වඩා වැඩි ප්‍රමාණයකින් නොමිලේ බාගත හැක. මෙම වකුගඩු වෙබ් අඩවිය ඉතා ජනප්‍රිය වන අතර, මුල් මාස 60 තුළ වැදුම් මිලියන 21 කට වඩා වැඩි ප්රමාණයක් ලබාගෙන ඇත.

වෛද්‍ය සුර්ජිත් සෝමයියා, M.B.B.S, D.N.B.E (med), D.N.B.E (neph),

වෛද්‍ය සුජිත් සෝමයියා 1987 දී ඉන්දියාවේ, බැංගලෝර් විශ්ව විද්‍යාලයෙන් වෛද්‍ය උපාධිය හදාරා ඇත. ඉන් අනතුරුව 1993 දී බැංගලෝර්වේ ශාන්ත ජෝන් වෛද්‍ය විද්‍යාලයෙන් සාමාන්‍ය වෛද්‍ය විශේෂඥ දැනුම සහ 1998 දී චෙන්නායිහි ඇපලෝ රෝහල් වෙතින් වෘක්කවේදී විශේෂඥ දැනුම ලබා ඇත. මෙම ස්ථාන දෙකම නව දිල්ලියේ ජාතික මණ්ඩලයේ මාණ්ඩලීක සහතික ලබා ඇත.

වෛද්‍ය සෝමයියා තිරුපතිහි ශ්‍රී වෙන්කටේශ්වර වෛද්‍ය විද්‍යායතනයේ වෘක්කවේදය පිළිබඳ රෙජිස්ට්‍රාර් ලෙස සහ චෙන්නායිහි ඇපලෝ රෝහල්හි නේවාසික වෘක්කවේදියෙකු ලෙස සේවය කර ඇත. ඔහු 2002 වසර දක්වා ශාන්ත ජෝන් වෛද්‍ය විද්‍යාල සහ රෝහල්හි වෘක්කවේදය පිළිබඳ කථිකාචාර්යවරයකු ලෙස හා සහකාර මහාචාර්යවරයෙකු ලෙසද සේවය කර ඇත.

වෛද්‍ය සෝමයියා කොළඹ ඇපලෝ (ලංකා) රෝහලේ දශකයකට වැඩි කාලයක් වකුගඩු රෝග පිළිබඳ විශේෂඥ උපදේශක වශයෙන් කටයුතු කරයි. ඔහු වෘක්කවේද හා වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ සමිති සමාගම් කිහිපයකම සාමාජිකයෙකි. ශ්‍රීලංකාවේ රෝගීන් සඳහා වකුගඩු රෝග පිළිබඳ විස්තරාත්මක පොතක් අවශ්‍ය බව ඔහු මැනවින් දැන ගත්තේ "ලංකා හොස්පිටල්ස්" හි රෝගීන් සමඟ අන්නෝන්‍ය සම්බන්ධතාවයකින් ක්‍රියා කිරීමේ ප්‍රථිපලයක් වශයෙනි.

ඔහු පුහුණුව ලබා ඇත්තේ ලොකප්‍රකට ගුරුවරුන් වන ඇමරිකා එක්සත් ජනපදයේ වොෂින්ටන් DCහි පිහිටි ජෝර්ජ් වොෂින්ටන් විශ්ව විද්‍යාලයේ වකුගඩු රෝග දෙපාර්තමේන්තුවේ ප්‍රධානියා ලෙස කටයුතු කරන වෛද්‍ය **ඩොමිනික් සවියෝ රාජ්** සහ චෙන්නායිහි පිහිටි ඇපලෝ රෝහලේ වකුගඩු රෝග විශේෂඥ විශ්‍රාමික වෛද්‍ය **එම්.කේ. මානි** යන වෛද්‍ය වරුන්ගෙන්ය.

පටුන

කොටස 1 : වකුගඩු පිලිබඳ මූලික තොරතුරු

පරිච්ඡේදය 1	හැඳින්වීම	2
පරිච්ඡේදය 2	වකුගඩුව හා එහි ක්‍රියාකාරීත්වය	5
පරිච්ඡේදය 3	වකුගඩු ආබාධයක රෝග ලක්ෂණ	14
පරිච්ඡේදය 4	වකුගඩු ආබාධයක රෝග නිර්ණය	17
පරිච්ඡේදය 5	ප්‍රධාන වකුගඩු රෝගාබාධ	28
පරිච්ඡේදය 6	වකුගඩු ආබාධ සම්බන්ධ පවතින සත්‍ය හා දුර්මත	36
පරිච්ඡේදය 7	වකුගඩු ආබාධ වලක්වා ගැනීම	42

කොටස 2 : ප්‍රධාන වකුගඩු රෝගාබාධ හා ප්‍රතිකාර

වකුගඩු අක්‍රියවීම

පරිච්ඡේදය 8	වකුගඩු අක්‍රියවීම යනු ?	52
පරිච්ඡේදය 9	තීව්‍ර වකුගඩු අක්‍රියවීම	54
පරිච්ඡේදය 10	නිධන්ගත වකුගඩු අක්‍රියවීම:හේතු	61
පරිච්ඡේදය 11	නිධන්ගත වකුගඩු අක්‍රියවීම:: රෝග ලක්ෂණ හා රෝග විනිශ්චය	64
පරිච්ඡේදය 12	නිධන්ගත වකුගඩු අක්‍රියවීම:: ප්‍රතිකාර	74

පරිච්ඡේදය 13 වෘක්ක කාන්දුපෙරණය 87

පරිච්ඡේදය 14 වකුගඩු බද්ධකිරීම 117

වෙනත් ප්‍රධාන වකුගඩු රෝගාබාධ

පරිච්ඡේදය 15 දියවැඩියා වකුගඩු ආබාධය 145

පරිච්ඡේදය 16 බහුමාත්‍රිකවකුගඩු ආබාධය 160

පරිච්ඡේදය 17 එක් වකුගඩුවකින් ජීවත්වීම 168

පරිච්ඡේදය 18 මුත්‍ර මාර්ගික ආසාදනය 173

පරිච්ඡේදය 19 ගල් හටගැනීම 184

පරිච්ඡේදය 20 අබරපුරස්ථිතඅතිප්ලාස්මීයතාව (BPH) 206

පරිච්ඡේදය 21 වකුගඩු හා ඖෂධ 227

පරිච්ඡේදය 22 නෙප්‍රෝසියාව 235

පරිච්ඡේදය 23 දරුවන්ගේ මුත්‍ර මාර්ගික ආසාදනය 255

පරිච්ඡේදය 24 නින්දෙහි මුත්‍රා කිරීම 273

ආහාර ආශ්‍රිත වකුගඩු ආබාධය

පරිච්ඡේදය 25 ආහාර ආශ්‍රිත නිධන්ගත වකුගඩු ක්‍රියවීම 281

වචනාවලිය 306

කෙටි යෙදුම් 317

වකුගඩු රෝගීන් සිදුකරන පොදු රුධිර පරීක්ෂණ 320

දර්ශකය 323

මෙම ග්‍රන්ථය පරිශීලනය කලයුතු අයුරු?

මෙම පොත කොටස් දෙකකි

කොටස 1:

වකුගඩු වැදගත්කම හා වකුගඩු ආබාධ වලක්වා ගැනීමසඳහා දනුවත් භාවය ලබාදීම මෙම කොටසින් සිදුවේ. සෑම පුද්ගලයෙකුටම පොතේ මෙම කොටස කියවීමට උපදෙස් දෙනු ලැබේ. මෙම පොතෙහි දී ඇති තොරතුරු නිසා සැහෙන වෙනසක් කරන්නට පුළුවන් වී තිබෙන්නේ එය වකුගඩු රෝග කල්තියා හඳුනා ගැනීම හා රෝග නිවාරණය සඳහා ඕනෑම ගිහි පුද්ගලයෙකුට වුවද සූදානමින් සිටීමට හැකිවන නිසාය.

කොටස 2:

ඕනෑම කෙනෙකුට තමන්ගේ කුතුහලය සහ අවශ්‍යයතාවය අනුව මෙම කොටස කියවීමට පුළුවන.

- මෙහිදී ප්‍රධාන වකුගඩු රෝගාබාධ පිළිබඳ තොරතුරු සහ එහි රෝග ලක්ෂණ, රෝග විනිශ්චය, වලක්වාගැනීම හා ප්‍රතිකාරක්‍රම සාකච්චා කෙරේ.
- වකුගඩු ලෙඩ කරන රෝග ආබාධ (උදා: දියවැඩියාව, අධිරුධිර පීඩනය, පොලිසිස්ටික් වකුගඩු ආබාධය ආදිය) සහ එය වලක්වා ගැනීමට ගතයුතු පියවර හා වෙනත් වැදගත් තොරතුරු රැසක් ගෙන එයි.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට නිර්දේශිත ආහාර සවිස්තරව සාකච්චා කර ඇත.

කොටස 1

වකුගඩු පිළිබඳ මූලික තොරතුරු

- වකුගඩුවේ ව්‍යුහය හා ක්‍රියාකාරීත්වය.
- වකුගඩු රෝග ලක්ෂණ හා රෝග විනිශ්චය.
- වකුගඩු රෝගය සම්බන්ධ මිථ්‍යාමත හා සත්‍යය.
- වකුගඩු රෝග වලක්වා ගන්නට පියවර.

පරිච්ඡේදය 1

හැඳින්වීම

අපගේ සිරුරේ ඇති අපද්‍රව්‍ය සහ විෂ ද්‍රව්‍යයයන් සිරුරෙන් පහ කර පිරිසිදුව සහ නිරෝගීව තබා ගැනීමෙහිලා ප්‍රධාන කාර්‍යයක් ඉටු කරන වකුගඩුව ඉතා පුදුම සහගත ඉන්ද්‍රියයකි. එහි ප්‍රාථමික කාර්‍යය වන්නේ සිරුරෙන් විස ද්‍රව්‍ය ඉවත් කිරීම වුවද එය එහි එකම කාර්‍යය නොවේ. සිරුරේ රුධිර පීඩනය ක්‍රමවත්ව පවත්වා ගෙන යාමෙහිලා වකුගඩුව වැදගත් කාර්යයක් ඉටු කරයි. වකුගඩුව රුධිර පීඩනය, ද්‍රවයේ පරිමාව සහ සිරුරේ විද්‍යුත් විච්ඡේද්‍යය ක්‍රමවත්ව පවත්වා ගෙන යාමෙහිලා වැදගත් කාර්යභාරයක් ඉටුකරයි. අප බොහෝ දෙනා වකුගඩු දෙකක් සහිතව ඉපදුනද එහි කාර්යයන් ඵලදායි ලෙස ඉටුකර ගැනීම සඳහා ඉන් එකක් පමණක් තිබීමද ප්‍රමාණවත් වේ.

මෑත වසර කීපය තුලදී දියවැඩියාව සහ අධිරුධිර පීඩනයෙන් පෙලෙන රෝගීන්ගේ සංඛ්‍යාව ඉහළ යාම නිසා ඒ හේතුවෙන් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයෙන් පෙලෙන රෝගීන්ගේ සැහෙන වැඩිවීමක් දක්නට ලැබේ. මේ හේතුවෙන් වකුගඩු රෝග පිළිබඳව, එය වළකාලීම සහ කළ යුතු මූලික ප්‍රතිකාර පිළිබඳව වැඩි දැනුවත් බවක් සහ අවබෝධයක් තිබීම අවශ්‍ය වේ. මෙම පොතේ අරමුණ වන්නේ එයයි. මෙයින් අදහස් කරන්නේ රෝගීන්ට වකුගඩු ආශ්‍රිත රෝග සම්බන්ධව අවබෝධයක් ලබාදීමත් ඒ සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කළ යුතු ආකාරය පිළිබඳව පෙර සූදානමක් ලබාදීමයි. නිරතුරු පැනනැගෙන ප්‍රශ්න වලට පිළිතුරු සැපයීමට ඉන් උත්සාහයක් දරයි.

මෙම පොතේ මුල් කොටසින් පාඨකයින්ට හඳුන්වා දෙන්නේ මිනිස් සිරුරේ ඉතා වැදගත් ඉන්ද්‍රියයක් වන වකුගඩුව පිළිබඳව දැනුවත් කිරීම සහ වකුගඩු ආශ්‍රිත රෝග වළකාලීමේ පියවරයන්ය. කෙසේ වුවද මෙම

පොතේ වැඩි කොටසක් වෙන් වී ඇත්තේ විශේෂයෙන් වකුගඩු රෝගීන් සහ ඔවුන්ගේ පවුල් වලටය. මෙම පොතෙන් මෙම භයානක රෝගයට හේතුවන රෝග ලක්ෂණ, රෝග විනිශ්චය හා ඒ සඳහා වන විකල්ප ප්‍රතිකාර විධි පිළිබඳව තොරතුරු ඉදිරිපත් කරයි.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝග පිළිබඳව මූලික අවස්ථාවේදී ප්‍රවේසම් විය යුතු ආකාරය, වළකාලීම හෝ කාන්දුකරණය සහ බද්ධ කිරීම කල්දැමීම පිළිබඳ එක් විශේෂ පරිච්ජේදයක් වෙන් කර ඇත. කාන්දුකරණය, වකුගඩු බද්ධ කිරීම සහ මැරුණු කෙනෙකුගේ ඉන්ද්‍රියයන් ගෙන බද්ධ කිරීම පිළිබඳ වැදගත් විස්තර වෙන් වශයෙන් දක්වා ඇත.

වකුගඩු ගැන දැනුවත් වන්න - වකුගඩු රෝගවලින් වැළකෙමු

මෙම පුස්තකයේ අඩංගු වන්නේ වකුගඩු රෝගීන් දැනුවත් කිරීමට ආධාරකයක් වන ලෙස වකුගඩු පිළිබඳ සාමාන්‍ය ගැටලු (වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම හැර), වකුගඩු රෝග පිළිබඳ මිථ්‍යා අදහස් හා නිවැරදි තොරතුරුද, වකුගඩු රෝග වළකාලීම සඳහා වටිනා උපදෙස් සහ වකුගඩු රෝගීන් භාවිතා කරනු ලබන සාමාන්‍ය ඖෂධ පිළිබඳ ඉඟි සහ වෙනත් බොහෝ කරුණුය.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන් (CKD) ගත යුතු ආහාරය පිළිබඳ වැඩි අවධානයක් සහ විමතියක් ඇති නිසා ඒ විෂය සඳහා වෙනම පරිච්ජේදයක් වෙන් කර ඇත. රෝගීන් විසින් කල් ඇතුව ප්‍රවේසම් විය යුතු ආකාරය සහ තෝරාගත යුතු යෝග්‍ය සහ ප්‍රමාණවත් ආහාර පිළිබඳව උපදෙස් සැපයේ. එහි අවසානයේ ඇති පාරිභාෂික ශබ්ද මාලාව මගින් කෙටි යෙදුම් සහ තාක්ෂණික වචන (යෙදුම්) මෙම පොත අවබෝධ කර ගැනීමට පහසු වේ.

වගකීමෙන් මිදීම : මෙම වකුගඩු පිළිබඳ ආධාරකය වූ මෙම පුස්තකය හුදෙක් අධ්‍යාපනික කටයුතු සඳහා පමණක් වේ. මෙම පොත කියවීමෙන් ලබන දැනුමෙන් කරුණාකර තමන් විසින්ම රෝග විනිශ්චය කිරීම හෝ ප්‍රතිකාර ලබාගැනීමෙන් වළකින්න. ඔබ සැමවිටම ඔබගේ වෛද්‍යවරයා හෝ වෙනත් සෞඛ්‍ය පිළිබඳ වෘත්තිකයෙකුගේ උපදෙස් ලබාගන්න.

පරිච්ඡේදය 2

වකුගඩු සහ එහි කාර්යයන්

වකුගඩුව මිනිස් සිරුරේ ඉතා වැදගත් ඉන්ද්‍රියයක් වේ. එහි අක්‍රියතාව නිසා ඉතා දරුණු රෝග තත්වයක් හෝ මරණයද සිදුවිය හැක. එයට සංකීර්ණ ව්‍යුහයක් සහ ක්‍රියාකාරීත්වයක් ඇත. එහි ප්‍රධාන කාර්යයන් වන්නේ සිරුරේ ඇති හානිකර සහ විෂ අපද්‍රව්‍යයන් පිටකිරීම සහ ජලය, ද්‍රව, ඛණිජ සහ රසායනික ද්‍රව්‍යයන්හි සමතුලනයක් පවත්වා ගැනීමයි.

වකුගඩුවල ව්‍යුහය

සිරුරෙන් විෂ අපද්‍රව්‍ය සහ අතිරික්ත ජලය පිටකිරීමෙන් වකුගඩුව මුත්‍රා නිපදවයි. වකුගඩුවේ ඇති වන මුත්‍රා, මුත්‍ර වාහිනියෙන් පිටව මුත්‍රාශයට ගලාවිත් මුත්‍රා මාර්ගයෙන් පිටවේ.

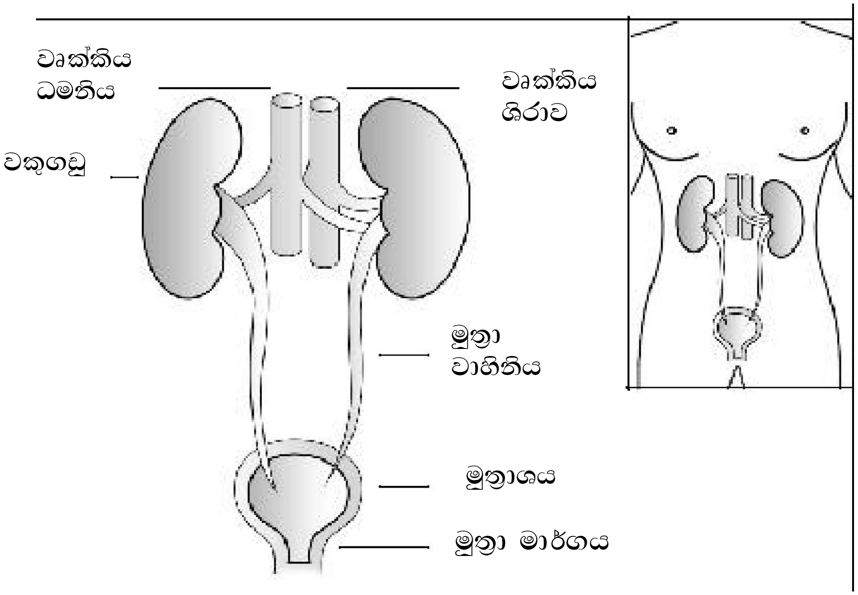
- බොහෝ දෙනාට (ගැහැණු, පිරිමි) හට වකුගඩු දෙකක් ඇත.
- වකුගඩු උදරයේ උඩ කොටසේ සහ උදරයේ පසුපස කොටසේ කොඳු ඇට පෙළට දෙපසින් පිහිටා ඇත. (රූප සටහන බලන්න) පහළින් පිහිටි ඉල ඇටවලින් මෙයට අනතුරක් නොවනසේ ආරක්ෂිත වී ඇත.
- වකුගඩු ඉතා ගැඹුරින් උදරයේ ඇතුලින් පිහිටි නිසා සාමාන්‍යයෙන් කෙනෙකුට අත ගා බැලුවත් තමාට නොදැනේ.
- වකුගඩු බෝංචි ඇට යුගලයක හැඩයට ඇති ඉන්ද්‍රිය යුවළකි. වැඩිහිටියන්ගේ වකුගඩුවක් සෙ.මී. 10 දිගින්ද, සෙ.මී. 6 පළලින්ද, සෙ.මී. 4ක් ඝනකමින්ද යුක්ත වේ. එහි බර ආසන්න වශයෙන් ග්‍රෑම් 150-170 අතර වේ.

- වකුගඩුවේ නිපදවෙන මුත්‍රා මුත්‍ර වාහිනිය මගින් මුත්‍රාශයට ගලා ඒ. මුත්‍ර වාහිනිය සෙ.මී. 25 ක් දික්වූ විශේෂ මාංශ පේශින්ගෙන් සෑදුණු කුහරයක් සහිත ව්‍යුහයකින් යුක්තය.
- මුත්‍රාශය මාංශ පේශින්ගෙන් සෑදුණු කුහරයක් සහිත උදරයේ පහළ කොටසේ සහ ඉදිරියෙන් පිහිටයි. එය මුත්‍රා එකතු වන ස්ථානයක් ලෙස ක්‍රියා කරයි.

ස්ත්‍රීන්ගේ සහ පුරුෂයින්ගේ වකුගඩු පිහිටි ස්ථානය ව්‍යුහය හා ක්‍රියාකාරීත්වය එක හා සමානය.

ඔබගේ වකුගඩුව සුරකිමු

වකුගඩු වල පිහිටීම සහ මුත්‍රා පද්ධතිය

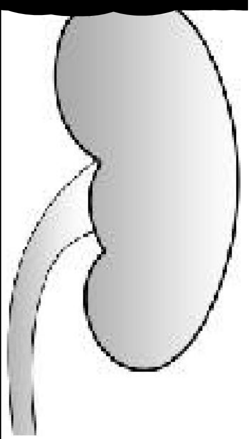


- වැඩිහිටි කෙනෙකුගේ මුත්‍රාශයේ මි.මී. 400-500 ක් දක්වා මුත්‍රා රඳවා ගත හැකිවන අතර එය පිරුණු පසු කෙනෙකුට මුත්‍රා කිරීමේ අවශ්‍යතාවය ඇති වේ.
- මුත්‍රා කිරීමේදී මුත්‍රාශයේ ඇති මුත්‍රා මුත්‍ර මාර්ගයෙන් බැහැර කෙරේ. ස්ත්‍රීන්ගේ මුත්‍ර මාර්ගය තරමක් කෙටි වන අතර පිරිමින්ගේ එය වඩා දීර්ඝ වේ.

වකුගඩු ඔබ සිරුරට අත්‍යවශ්‍ය වන්නේ මන්ද?

- අපි දිනපතා විවිධ ප්‍රමාණ හා නොයෙකුත් වර්ග වල ආහාර අනුභව කරමු.
- අප සිරුරේ ඇති ජලය, ලවණ සහ අම්ල දිනපතා වෙනස් වේ.
- අප ගන්නා ආහාර ශක්තිය බවට පරිවර්තනය කිරීමේදී සිරුරට හානිකර විෂ සහිත ද්‍රව්‍ය නිපදවයි.
- මෙම සාධකයන් හේතුකොට ගෙන සිරුරේ ඇති දියර ප්‍රමාණය, විද්‍යුත් විච්ජේද්‍යය සහ අම්ල වෙනස් වේ. මෙසේ එකතු වන අනවශ්‍ය විෂ ද්‍රව්‍ය අප ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැක. වකුගඩුවට හානිකර සහ විෂ සහිත අම්ලද විෂ සහිත නිෂ්පාදන අපහරණය කිරීමෙන් පිරිසිදු කිරීමේ ඉතා අත්‍යවශ්‍ය කාර්ය ඉටු කරයි. ඒ අතරම වකුගඩු ජල මට්ටම, විද්‍යුත් විච්ජේද්‍යය සහ අම්ල පදනම ක්‍රමවත්ව පවත්වා ගෙන යාමේ කාර්ය භාරය ඉටුකරයි.

[redacted]



2 රූපසටහන වකුගඩුවේ කාර්යයන්

- රුධිරය පිරිසිදු කිරීම
- ඛණිජ සහ ද්‍රව ක්‍රමවත්ව පවත්වා ගැනීම
- රුධිර පීඩනය පාලනය
- RBC නිෂ්පාදනය

වකුගඩුවේ ප්‍රාථමික කාර්‍යය වනුයේ මූත්‍රා නිපදවා ලේ පිරිසිදු කිරීමය. වකුගඩු මගින් ශරීරයට අනවශ්‍ය අපද්‍රව්‍ය, අනවශ්‍ය අතිරේක ලුණු සහ වෙනත් රසායන ද්‍රව්‍ය පිට කෙරේ. වකුගඩුවල වැදගත් කාර්යය පහත විස්තර කෙරේ.

1) සිරුරේ අපද්‍රව්‍ය ඉවත් කෙරේ.

- අපද්‍රව්‍ය ඉවත් කිරීම මගින් රුධිර පවිත්‍රකරණය වකුගඩුවේ වැදගත් කාර්යයක් වන්නේය.
- අපි පරිභෝජනය කරන ආහාර වල ප්‍රෝටීන අඩංගු වේ. සිරුරේ වැඩීම සහ ගෙවී ගිය කොටස් අලුත්වැඩියා කිරීමට ප්‍රෝටීන අවශ්‍ය වේ. එහෙත් සිරුරේ ප්‍රෝටීන උපයෝගි කර ගැනීමේදී අපද්‍රව්‍ය නිපදවේ. මෙම අපද්‍රව්‍ය සිරුරේ එක් රැස්වීම ශරීරයට විෂක් මෙනි. වකුගඩු රුධිරයේ ඇති විෂ සහිත අපද්‍රව්‍ය මූත්‍රා ලෙස ශරීරයෙන් බැහැර කරයි.
- ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා වැදගත් අපද්‍රව්‍ය වන අතර මිනිස් සිරුරේ ඇති එහි ප්‍රමාණයන් පහසුවෙන් මිණිය හැක. ලේ වල ඇති එහි ප්‍රමාණයන්හි වටිනාකමෙන් වකුගඩුවල ක්‍රියාකාරීත්වය පිළිබිඹු කරයි. වකුගඩු අක්‍රිය වූ විට රුධිර පරීක්ෂණයකදී ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා වල ඉහළ මට්ටමක් දක්නට ලැබේ.

2) අතිරික්ත ද්‍රව්‍ය අපහරණය (ඉවත්කිරීම)

- වකුගඩුවේ වැදගත් දෙවන කාර්ය වන්නේ වැඩි ජල ප්‍රමාණයක් මූත්‍රා මගින් පිට කර ශරීරයට අවශ්‍ය ජල ප්‍රමාණය රඳවා ගැනීමය. ඒ අනුව වකුගඩුව ශරීරයට අවශ්‍ය ජල ප්‍රමාණය රඳවා ගනී. වකුගඩු අක්‍රිය වූ විට වැඩිපුර ජල ප්‍රමාණය මූත්‍රා වශයෙන් පිට කිරීමේ හැකියාව නැති වේ. ශරීරයේ වැඩි ජල ප්‍රමාණයක් ඇති විට ශරීරයේ ඉදිමුමක් ඇති වේ.

3) ඛණිජ සහ රසායනික ද්‍රව්‍ය වල සමතුලිත තත්වය

- වකුගඩු වලින් කෙරෙන වැදගත් කාර්‍යයක් වන්නේ ඛණිජ, සෝඩියම්, පොටෑසියම්, හයිඩ්‍රජන්, කැල්සියම්, ෆොස්පරස්, මැග්නීසියම්, සහ බයිකාබනේට් වැනි රසායනික ද්‍රව්‍යවල සමතුලිත බව පවත්වා ගැනීම වේ. සෝඩියම් මට්ටමේ වෙනසක් ඇති වූ විට එය සංවේදයට බලපාන අතර පොටෑසියම් මට්ටමේ වෙනසක් ඇති වුවහොත් එය හෘද වස්තුවේ රිද්මයට හා මාංශපේශි වල ක්‍රියාකාරීත්වයට අනිෂ්ට ලෙස බලපායි. කැල්සියම් සහ ෆොස්පරස් වල සාමාන්‍ය මට්ටම පවත්වා ගැනීම අස්ථි සහ දත්වල සෞඛ්‍යයට අත්‍යාවශ්‍යය.

මුත්‍රා නිපදවීම

⇩

මිනිත්තුවකට මි.ලි 1200ක් හෝ දිනකට ලී.1700ක් පෙරීම සඳහා රුධිරය වකුගඩු වලට ලැබේ.

⇩

(Glomeralas) ගුච්චිකා අවස්ථාව - මිනිත්තුවකට මි.ලි 125 හෝ දිනකට ලීටර 180 ක් මුත්‍රා

⇩

(Tubulosis) නාලිකා ප්‍රති අවශෝෂණය 99% (178 ලීටර) දියර

⇩

මුත්‍රා 1-2 අපවිත්‍ර නිෂ්පාදන / විෂ ද්‍රව්‍ය සහ අතිරේක ඛනිජ පිටකරයි

4) රුධිර පීඩනය පාලනය

(රෙනින්,ඇන්ජියොටෙන්සින්, ඇල්ඩොස්ටිරෝන්, ප්‍රොස්ටැග්ලැන්සින්) යනාදි විවිධ හෝමොන වකුගඩුවලින් නිෂ්පාදනය කරන අතර ශරීරයේ ජලය සහ ලවණ මට්ටම මනාව පවත්වා ගෙන යයි. මේ හේතුවෙන් රුධිර පීඩනය මනාව පාලනය කර ගැනීමට හැකි වේ. හෝමෝන වල නිෂ්පාදනයේ වෙනසක්, ජලය සහ ලවණ වල සමතුලිත බව පවත්වා ගැන්ම වෙනස් වුවොත්, වකුගඩු අක්‍රිය රෝගියෙකුගේ රුධිර පීඩනය ඉහළ යාමට හේතු වේ.

5) රතු රුධිර සෛල නිපදවීම

- වකුගඩු වල නිෂ්පාදනය වන එරිත්‍රොපොයිටින් රතු රුධිරාණු සෛල නිපදවීමේලා වැදගත් කාර්යයක් ඉටු කරයි. (RBC) වකුගඩු අක්‍රියවීමකදී එරිත්‍රොපොයිටින් නිෂ්පාදනය අඩුවෙන් සිදුවන අතර ඒ හේතුවෙන් රතු රුධිරාණු වල නිෂ්පාදනය අඩුවී හිමොග්ලොබින් ප්‍රමාණයද පහත වැටී රක්තහීනතාවය ඇති වේ. එරිත්‍රොපොයිටින් නිෂ්පාදනය පහත වැටුණු වකුගඩු අක්‍රිය වූ රෝගීන්ට පරිපූරකයක් වශයෙන් යකඩ සහ විටමින් වර්ග දුන්නද හිමොග්ලොබින් ප්‍රමාණයේ වැඩි වීමක් දක්නට නොලැබේ.

6) නිරෝගි අස්ථි පවත්වා ගෙන යාම

- වකුගඩු විටමින් D ක්‍රියාකාරී තත්වයට පරිවර්තනය කිරීම ආහාර වල අඩංගු කැල්සියම් අවශෝෂණය සඳහා අත්‍යවශ්‍ය වේ. එය අස්ථි සහ දත්වල සෞඛ්‍ය වර්ධනයටද ඉවහල් වේ. ක්‍රියාකාරී විටමින් D අඩුවීම නිසා ඇතිවන වකුගඩු අක්‍රියවීම අස්ථි වර්ධනය අඩුවී දුර්වල වීමද සිදුවේ. ළමුන්ගේ වකුගඩු අක්‍රියවීමේදි පෙන්නුම් කරන මූලික ලක්ෂණය වනුයේ වැඩීම බාල වීමය.

7) රුධිරය පිරිසිදු වන්නේ සහ මුත්‍රා නිෂ්පාදනය වන්නේ කෙසේද?

- ලේ පිරිසිදු කිරීමේ ක්‍රියාවලියේදී වකුගඩුව අත්‍යවශ්‍ය ද්‍රව්‍යයන් රඳවා ගෙන තෝරාගත් පිළිවෙලකට අතිරික්ත ද්‍රවයන් ඛණිජ සහ අපද්‍රව්‍ය පිටකරයි. මෙම සංකීර්ණ සහ පුදුමාකාර මුත්‍රා නිෂ්පාදන ක්‍රියාවලිය පිළිබඳව අපි අවබෝධයක් ලබා ගනිමු.
- සෑම විනාඩියකටම මි.ලි 1200ක් රුධිරය පිරිසිඳු කිරීම සඳහා වකුගඩු දෙකටම ඇතුල්වෙන බවත් මෙය හෘදය වස්තුවෙන් වහනය වන (පොම්පකරන) මුලු රුධිර ප්‍රමාණයෙන් 20% ක් බවත් ඔබ දන්නෙහිද? ඒ අනුව දිනකට රුධිරය ලීටර් 1700ක් පිරිසිඳු කෙරේ.
- මෙම පිරිසිඳු කිරීමේ ක්‍රියාවලිය (Nephron) වෘක්කානු යනුවෙන් හඳුන්වන කුඩා පෙරහන් ඒකකයන්ගෙන් සිදු කෙරේ.
- එක් වකුගඩුවක (Nephron) වෘක්කානු දස ලක්ෂයක් පමණ ඇත. මෙම වෘක්කානු සෑදි ඇත්තේ (Glomerulus සහ tubules) ගුච්ඡිකා සහ නාලිකා වලිනි.
- ගුච්ඡිකා (Glomerulus) යනු තෝරාගත් පෙරීම සහිත ලක්ෂණ ඇති ඉතා කුඩා සිදුරු සහිත පෙරහන්ය. ජලය සහ කුඩා පරිමාණයේ ද්‍රව්‍ය ඒවා තුලින් ලෙහෙසියෙන් පෙරහන් වේ. නමුත් විශාල ගණයේ රතු රුධිර සෛල, සුදු රුධිර සෛල, ප්ලේට්ලට් ප්‍රෝටීන යනාදිය මෙම සිදුරුවලින් පෙරහන් නොවේ. එමනිසා නිරෝගී අයගේ මුත්‍රාවල ප්‍රමාණයෙන් විශාල ද්‍රව්‍ය දැකිය නොහැක.

වකුගඩුවල ප්‍රධාන කාර්යය වන්නේ අපද්‍රව්‍ය ඉවත් කිරීම සහ අනතුරුදායක නිෂ්පාදන සහ අතිරික්ත ජලය මුත්‍රා වශයෙන් පිටකිරීමයි.

- මුත්‍රා නිපදවීමේ පළමු පියවර වශයෙන් (Glomerulus) ගුච්ඡිකාවල විනාඩියකට මි.ලී 125 ක් නිෂ්පාදනය වේ. පැය 24 කදී ලීටර් 180 ක් වැනි විශාල ප්‍රමාණයක් මුත්‍රා නිපදවීම ඉතා පුදුම සහගත එකකි. එහි අපද්‍රව්‍ය ඛණිජ සහ විෂද්‍රව්‍ය පමණක් නොව ග්ලූකෝස් සහ වෙනත් ප්‍රයෝජනවත් ද්‍රව්‍යද ඇතුලත් වේ.
- වකුගඩුවලින් ප්‍රතිඅවශෝෂණ ක්‍රියාවලිය ඉතා සුපරීක්ෂාකාරිව සිදු කෙරේ. වකුගඩුවලට ඇතුලුවන ලීටර 180 ක ද්‍රව්‍යයෙන් 99% ක් ප්‍රතිඅවශෝෂණය කර මුත්‍රා වශයෙන් පිටවන්නේ 1% ක් පමණි.
- මෙම සුපරීක්ෂාකාරී ක්‍රියාවලියෙන් සියලු අත්‍යවශ්‍ය ද්‍රව්‍ය සහ ලීටර 178 වන ද්‍රව ගුච්ඡිකාවල ප්‍රතිඅවශෝෂණය කිරීම සහ ජලය ලීටර 1-2 දී අපද්‍රව්‍ය, අතිරේක ඛණිජ සහ අහිතකර ද්‍රව්‍ය පිටකරනු ලබයි.
- වකුගඩුවල ඇති වන මුත්‍රා මුත්‍රවාහිනියට ගලාවිත් මුත්‍රාශය තුලින් අවසානයේදී මුත්‍රා ලෙස මුත්‍රා මාර්ගයෙන් පිට වේ.

නිරෝගී වකුගඩු සහිත පුද්ගලයෙකුගේ දිනකට පිටකරන මුත්‍රා පරිමාවේ වෙනසක් විය හැකිද?

ඔව්. තමා ගන්නා ජල ප්‍රමාණය සහ වායුගෝලීය උෂ්ණත්වය සාමාන්‍ය පුද්ගලයෙකුගේ මුත්‍රා පරිමාවට බලපාන සාධක වේ.

1) අඩු ජල ප්‍රමාණයක් ගන්නේ නම් මුත්‍රා සාන්ද්‍රණය සහ එහි පරිමාව අඩු වේ. (මි.ලී 500 පමණ) නමුත් ජලය වැඩි ප්‍රමාණයක් පානය කරන විට වැඩි මුත්‍රා ප්‍රමාණයක් නිපදවේ.

2) ගිම්හාන කාලයේ උෂ්ණත්වය වැඩි වීම නිසා දහඩිය ගැලීමෙන් මුත්‍රා පරිමාව අඩු වේ. ශිත කාලයේදී අඩු උෂ්ණත්වයේදී එහි ප්‍රතිවිරුද්ධතාවය ඇති වේ. එනම් අඩු උෂ්ණත්වයේදී දහඩිය ගැලීම සිදු නොවන නිසා වැඩි මුත්‍රා ප්‍රමාණයක් පිටවේ.

සාමාන්‍ය වශයෙන් ජලය පරිභෝජනය කරන පුද්ගලයෙකුගේ නිෂ්පාදිත මුත්‍රා පරිමාව මි.ලී 500කට වඩා අඩු හෝ මි.ලී 3000 ට වඩා වැඩිනම් එය වකුගඩු ගැන අවධානය යොමු කර පරීක්ෂණ කළයුතු බවට පැහැදිළි සංඥාවකි.

මුත්‍රා නිෂ්පාදනය උවමනාවට වඩා අඩුවුනත් වැඩිවුනත් වකුගඩු පෙන්නුම් කරන ලක්ෂණය වන්නේ වකුගඩු පිළිබඳ අවධානය යොමු කළ යුතු බවත්, පරීක්ෂණ කළ යුතු බවත්ය.

පරිච්ඡේදය 3

වකුගඩු ආබාධයක රෝග ලක්ෂණ

වකුගඩු රෝගවල ලක්ෂණ පුද්ගලයාගෙන් පුද්ගලයාට වෙනස් වේ. රෝග ලක්ෂණ රඳා පවතින්නේ අභ්‍යන්තරයේ ඇති රෝගී තත්වය සහ එහි බරපතලකම මතය. බොහෝ අවස්ථාවල රෝග ලක්ෂණ පොදු සහ අපැහැදිලි නිසා රෝගය මුල් අවස්ථාවේදී හඳුනා ගත නොහැක.

වකුගඩු රෝගයේ පොදු ලක්ෂණ:

වකුගඩු රෝගයේ නිතර පෙන්නුම් කරන ලක්ෂණයකි මුහුණේ, පාදවල සහ උදරයේ ඉදිමුම් ගතිය. වකුගඩු රෝග නිසා ඇතිවන ඉදිමුම වැනි ලක්ෂණ ආරම්භ වන්නේ මුහුණේ ඇති ඇස් පිහාටු යට සිටය. එය බොහෝ විට දැකිය හැක්කේ උදය වරුවේය.

වකුගඩු අක්‍රියවීමේදී පොදු සහ වැදගත් සාධකය වන්නේ ඉදිමුමයි. නමුත් ඉදිමුම ඇති වීම වකුගඩු අක්‍රියවීමෙ ලක්ෂණයක් යැයි සිතට ගත යුතු නැත. සමහර වකුගඩු රෝග වලදී වකුගඩු සාමාන්‍ය පරිදි ක්‍රියා කළත් ඉදිමුම ඇති විය හැක (උදා: නෙෆ්රොටික් සින්ඩ්‍රෝම්-වෘක්ක සහ ලක්ෂණ) සිතේ තබා ගත යුතු වැදගත් කරුණක් වන්නේ සැළකිය යුතු වකුගඩු අක්‍රියවීමක් තිබෙන සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකගේ ඉදිමුම කොහෙත්ම දැක ගත නොහැකි වී ඇත.

1) ආහාර අරුචිය, ඔක්කාරය, වමනය

ආහාර අරුචිය, මුඛයේ අසාමාන්‍ය රස, සහ ආහාර අඩුවෙන් ගැනීම, වෘක්ක අකරණය (Renal Failure) සහිත පුද්ගලයෙකු මුහුණපාන පොදු ගැටලුය. වකුගඩු අක්‍රිය වීම නරක අතට හැරුණවිට විෂ සහිත ද්‍රව්‍ය වල

මට්ටම වැඩිවූ විට පුද්ගලයාගේ ඔක්කාරය, වමනය සහ ඉක්කාව වර්ධනය වේ.

2) අධි රුධිර පීඩනය

හයිපටෙන්ෂන් (Hypertension) වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වූ රෝගීන්ගේ පොදු ලක්ෂණයක් වන්නේ අධිරුධිර පීඩනයයි. තරුණ අවධියේදී (අවු 30ට අඩු) අයට අධිරුධිර පීඩනය ඇති වුවහොත් හෝ රෝග විනිශ්චය කරන අවස්ථාවේදී රුධිර පීඩනය වැඩි නම් එයට හේතු විය හැක්කේ වකුගඩු ප්‍රශ්නයයි.

> ඇස් පිහාටු යටින් මුහුණේ ඉදිමුම වකුගඩු රෝගයේ ඉතා පොදු ලක්ෂණයකි.

3) රුධිරය අඩුකම සහ ශරීරය දුර්වල වීම

පොදු දුර්වලතා වන වෙලාසනින් විඩාව ඇති වීම, වැඩෙහි යෙදෙන විට අඩු අවධානයකින් එය කිරීම, ගතෙහි සියුමැලි බව යන කරුණු රක්තහීනතාව (අඩු හිමොග්ලොබින් මට්ටම) ඇති පුද්ගලයෙකුගේ පොදු පැමිණිලිය. නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමේ මුල් අවධියේදී සමහර අවස්ථා වල පුද්ගලයෙකුගේ එකම අපහසුතාවය වන්නේ මේවාය. ප්‍රමිතියෙන් යුත් ප්‍රතිකාරයක් කළවිට රුධිරය අඩුකම සුව නොවුවහොත් එය වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකැයි තීරණය කිරීම අත්‍යවශ්‍යය.

නම්කළ නොහැකි අපහසුතා

පිට කොන්දේ පහළ වේදනාව, ශරීරයේ වේදනාව, කැසීම සහ කකුලේ කෙන්ඩා පෙරළීම වකුගඩු රෝගයේ ඇති නිතර දක්නට ලැබෙන අනෙකුත් අපහසුතාවයන් වේ. වර්ධනයේ පසුබෑම, ශරීරය කොටවීම, කකුලේ අස්ථි නැමීම, වකුගඩු අක්‍රියවූ ළමුන්ගේ දක්නට ලැබෙන පොදු ලක්ෂණය.

මුත්‍රා සම්බන්ධ අපහසුතා

මුත්‍රා සම්බන්ධ පොදු අපහසුතා වන්නේ:

1) ශරීරයේ ඉදිමුමට හේතුවන මුත්‍රා පරිමාවේ අඩුවීම විවිධ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමේ රෝග වලදී දක්නට ලැබෙන ඉතා පොදු දෙයකි.
2) මුත්‍රා දැවිල්ල, නිතර මුත්‍රා යාම සහ මුත්‍රා සමග ලේ හෝ සැරව යාම මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනයක ලක්ෂණ වේ.
3) මුත්‍රා වහනයේ බාධාවන් නිසා මුත්‍රා පහකිරීමේ අපහසුතාවන් හෝ මුත්‍රා සෙමින් යාම, බින්දුව බින්දුව යාම සිදුවේ. තදබල තත්වයකදී සම්පූර්ණයෙන් මුත්‍රා පහකිරීම කළ නොහැක.

පුද්ගලයෙකුට ඉහත සඳහන් ලක්ෂණ සහ සළකුණු තිබුණද එම පුද්ගලයා වකුගඩු අකර්මණ්‍යයෙන් පෙළෙනවායැයි අදහස් නොකෙරේ. එවැනි ලක්ෂණ තිබේනම් වෛද්‍යවරයෙකු මුණගැසී ඒ පිළිබඳ පරීක්ෂණ මගින් වකුගඩු රෝගයක් තිබේදැයි තීරණය කළහැක. ඉතා සැළකිය යුතු රෝග ලක්ෂණ දෘශ්‍යමාන නොවුවද ඉතා බරපතල වකුගඩු රෝග බොහෝ කලක සිට තිබිය හැකි බවත් සිත තබා ගැනීම වැදගත්ය.

තරුණ වියේදී හටගන්නා තදබල රුධිර පීඩනය වකුගඩු රෝගයේ ලක්ෂණයක් ලෙස සැළකිය හැක.

පරිච්ඡේදය 4

වකුගඩු රෝග හඳුනා ගැනීම

වකුගඩු රෝග ප්‍රතිකාර සඳහා “A stitch in time saves nine” යන ඉංග්‍රීසි කියමන සත්‍යයකි. නිධන්ගත වකුගඩු රෝග (CKD) සුව කළ නොහැකි අතර අවසාන අදියරේදී වකුගඩු රෝග (ESKD) ප්‍රතිකාර සඳහා වැය වන මුදල ඉතා අධිකය. එවැනි භයානක රෝගයක් ඇති පුද්ගලයෙකුගේ රෝගය පිළිබඳ කිසිදු ලක්ෂණයක් පැහැදිලිව දැකගත නොහැකිවේ. වකුගඩු අකර්මණ්‍ය රෝගය කල්ඇතිව හඳුනාගතහොත් පහසුවෙන් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර මගින් සුවකරගත හැක. කුමන අවස්ථාවක හෝ වකුගඩු ප්‍රශ්නයක් තිබේදැයි සැක නම් වහාම පරීක්ෂා කර රෝගය කුමක්දැයි හඳුනාගත යුතුය.

වකුගඩු පරීක්ෂාවට ලක්කරගත යුතු වන්නේ කවුරුන්ද?

වකුගඩු ප්‍රශ්න වර්ධනය වීමේ අවදානම් වැඩි පිරිස කවරහුද? ඕනෑම කෙනෙකුට වකුගඩු ප්‍රශ්න වර්ධනය විය හැක. නමුත් එහි අවදානම් වැඩි වන්නේ,

වකුගඩු රෝග ලක්ෂණ ඇති පුද්ගලයාට

- දියවැඩියාව ඇත්නම්
- පාලනය කළ නොහැකි අධිරුධිර පීඩනය ඇත්නම්
- පවුලේ ඉතිහාසයේ වකුගඩු රෝග, දියවැඩියාව සහ අධි රුධිර පීඩනය ඇත්නම්
- දුම් පානය කරන්නේ නම්, තරබාරු හෝ අවුරුදු 60ට වැඩි නම්
- දිගුකාලීන වේදනානාශක ප්‍රතිකාර ලබා ඇත්නම්
- මුත්‍රා මාර්ගයේ ජන්මයෙන් ඇති වූ දෝෂයක් ඉතිහාසයේ ඇත්නම්
- අවදානම් වැඩි වකුගඩු රෝග ඇති පුද්ගලයෙක්ද යන්න තීරණය

කිරීමට කල් ඇතිව විද්‍යුත් මාර්ගයෙන් ස්කෑන්, එක්ස්රේ පරීක්ෂණ කළ යුතුයි.

වකුගඩු රෝග විනිශ්චය කරනු ලබන්නේ කෙසේද? සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන පරීක්ෂණ මොනවාද?

විවිධ වකුගඩු ගැටලු විනිශ්චය කිරීම සඳහා වෛද්‍යවරයා විස්තරාත්මක ඉතිහාසය විමසයි. පුද්ගලයා හොඳින් පරීක්ෂා කරයි. රුධිර පීඩනය මනියි. පසුව කළයුතු පරීක්ෂණ පිළිබඳව උපදෙස් දෙයි. නියම පිළිවෙලට කළයුතු පරීක්ෂණ වන්නේ මුත්‍රා පරීක්ෂණ, රුධිර පරීක්ෂණ සහ විකිරණවේදී පරීක්ෂණයි.

1) මුත්‍රා පරීක්ෂණ:

විවිධ මුත්‍රා පරීක්ෂණ විවිධ වකුගඩු රෝග හඳුනා ගැනීමට ප්‍රයෝජනවත් ඉඟි සපයයි.

- නිශ්චිත මුත්‍රා පරීක්ෂණ

එය සරල මිල අධික නොවන සහ ප්‍රයෝජනවත් රෝග නිර්ණක පරීක්ෂණයකි.
අසාමාන්‍යතා පෙන්නුම් කරන මුත්‍රා පරීක්ෂණ වැදගත් රෝග නිර්ණක ගැටලු අනාවරණය නොකෙරේ.
විවිධ වකුගඩු රෝගවලදී මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන පෙන්නුම් කරයි. එය ගැන නොසලකා සිටීම සුදුසු නැත. මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන තිබීම මුල්ම කල්ඇතිව දැනගත හැකි සහ අසාධ්‍ය වකුගඩු රෝගයක කල් ඇතිව දෙන අනතුරු ඇඟවීමකි. (හෘද වස්තුවේ රෝගවලටද බලපෑ හැක) උදාහරණයක් වශයෙන් මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් (Proteinuria) දියවැඩියා රෝගය වකුගඩුවලට බලපා ඇතිබව පෙන්වන මුල්ම සළකුණය.

මුත්‍රාවල සැරව තිබීම මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාධනයක් ඇතිබව පෙන්නුම් කරයි. (UTI) ප්‍රෝටීන සහ රතු රුධිරාණු සෛල තිබීම වකුගඩුවල ප්‍රදාහ (ඉදිමුම) තත්වයක (Inflammatory) ඉඟියක් පෙන්නුම් කරයි. (උදා: Glomerulonephritis)

- මයික්‍රො ඇල්බියුමිනුරියා (Microalbuminuriya)

එහි අදහස මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන සුලු ප්‍රමාණයක් තිබෙන බවයි. එය වකුගඩුවලට දියවැඩියාව බලපා ඇතිබව පෙන්වන රෝග නිර්ණයේ මුල්ම සහ කල් ඇතිව පෙන්වන ඉඟියකි. නියමිත සැලකිලි දක්වන ප්‍රතිකාරයකින් නියමිත අන්දමින් ප්‍රතිකාර ලබාදීමෙන් මේ අදියරේදී සුව අතට හරවා ගත හැකි වේ.
මේ අවස්ථාවේදී සාමාන්‍යයෙන් කරන මුත්‍රා පරීක්ෂණවලදී ප්‍රෝටීන් (ඇල්බියුමින්) දක්නට නොලැබෙනු ඇත.

මුත්‍රා පරීක්ෂණ වකුගඩු රෝග කලින් නිර්ණය කිරීමට ඉතා වැදගත්ය.

අනෙකුත් මුත්‍රා පරීක්ෂණ

- ඇල්බියුමින් සඳහා පැය 24ක මුත්‍රා:

මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් තිබෙන රෝගීන්ගේ පැය 24දී සම්පූර්ණ ප්‍රෝටීන ප්‍රමාණය දැන ගැනීමට මෙම පරීක්ෂණය අවශ්‍යය. මෙම රෝගයේ බරපතල තත්වය දැනගැනීම සඳහාත් නැතිවී ගිය ප්‍රෝටීන ප්‍රමාණය ලබා දීමටත් එය ඉවහල් වේ.

- රෝපිත (Culture) සහ සංවේදිතා (Sensitivity) පරීක්ෂණ:

මෙම පරීක්ෂණය සඳහා පැය 48-72 කාලයක් ගනී. මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනයට (UTI) හේතුවන බැක්ටීරියා වර්ගය පිළිබඳ වටිනා තොරතුරු සපයයි. ආසාදනයේ බරපතල තත්වය සහ ප්‍රතිකාරය සඳහා කුමන වර්ගයේ ප්‍රතිජීවක (Antibiotic) එයට ප්‍රතිකාරය සඳහා තෝරා ගත යුතුද යන්න තොරතුරු සපයයි.

- මුත්‍රාවල ඇසිඩ් කඩිනම් බැසිලයි පරීක්ෂණය:

මුත්‍රා මාර්ගයේ ක්ෂය රෝගය (Tuberculosis) තිබේදැයි නිර්ණය කරන වැදගත් පරීක්ෂණයකි.

2) රුධිර පරීක්ෂණ

විවිධ වකුගඩු ගැටලු පිළිබඳව නිසි පිළිවෙලට රෝග නිර්ණය කිරීමට විවිධ රුධිර පරීක්ෂණ අවශ්‍යය.

- ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා

ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා වල රුධිර මට්ටම වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය පිළිබඳ පිළිබිඹුවක් පෙන්නුම් කරයි. අපද්‍රව්‍ය 2ක් වන ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා රුධිරයෙන් ඉවත්කර වකුගඩුව මගින් පිටකරයි. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය සෙමෙන් වූ විට ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා වල රුධිර මට්ටම් ඉහළ යයි. සේරම් ක්‍රියැටිනින් වල සාමාන්‍ය වටිනාකම 0.9-1.4mg/dl සහ සාමාන්‍ය රුධිර යූරියා වල සාමාන්‍ය වටිනාකම 20-40mg/dl වේ. ඒවා ඉතා ඉහළ අගයක් ගනී නම් වකුගඩුවලට බරපතල ලෙස හානිවී ඇති බව පෙන්නුම් කළ හැක. රුධිරයේ යූරියා මට්ටමට වඩා ක්‍රියැටිනින් මට්ටම වකුගඩුවල ක්‍රියාකාරීත්වය පිළිබඳ වඩා විශ්වාසදායි ආධාරකයකි.

- හිමොග්ලොබින්

නිරෝගී වකුගඩු, හිමොග්ලොබින් අඩංගු රතු රුධිරාණු සෛල නිශ්පාදනයට ඉවහල් වේ. රුධිර පරීක්ෂණයක හිමොග්ලොබින් මට්ටම

පහළ නම් එය (Anaemia) රක්තහීනතාවයයි. ආසාධ්‍ය වකුගඩු රෝග වලට සංඥාවකි රක්තහීනතාවය.

කෙසේ වෙතත් අනිකුත් රෝග වලදීද නිතරම රක්තහීනතාව ඇති විය හැක. එනිසා රක්තහීනතාව වකුගඩු රෝග නිර්ණයට විශේෂවූ පරීක්ෂණයක් නොවේ.

වකුගඩු අක්‍රිය බව පෙන්නුම් කරන ප්‍රමිතියට අනුව කරන රුධිර පරීක්ෂණය සෙරම් ක්‍රියැටිනින්ය.

අනෙකුත් රුධිර පරීක්ෂණ:

වකුගඩු රෝගීන්ට නිතර කරන පරීක්ෂණ: රුධිරයේ සීනි, සෙරම් ප්‍රෝටීන්, කොලෙස්ටරෝල්, විද්‍යුත් විච්ඡේදය (Electrolytes) (සෝඩියම්, පොටෑසියම්, සහ ක්ලෝරයිඩ්) කැල්සියම්, පොස්පරස්, බයිකාබනේට්, ASO ටයිටර්, අනුපූරකය (Complement) යනාදියයි.

3) විකිරණ පරීක්ෂණ

- වකුගඩුවල අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය:

එය සරල ප්‍රයෝජනවත් ඉක්මන් සහ ආරක්ෂාකාරී පරීක්ෂණයකි. එමගින් වටිනා තොරතුරු එනම් වකුගඩුවේ ප්‍රමාණය, කෝෂ්ඨ (ගෙඩි) (Cyst) තිබේද, ගල් සහ මස්දලු තිබේදැයි දැනගත හැක. වකුගඩුවල මුත්‍රා වාහිනිය හෝ මුත්‍රාශයේ මුත්‍රා වහනය වීමට බාධාවක් තිබේදැයි "අල්ට්‍රාසවුන්ඩ්" පරීක්ෂණයෙන් සොයාගැනීමට පුලුවන. එය ප්‍රමාණයෙන් කුඩාවට දැකිය හැක.

- උදරයේ X කිරණ පරීක්ෂණ:

මුත්‍රා පද්ධතියේ ගලක් තිබේදැයි නිර්ණය කිරීමට මෙම පරීක්ෂණය ප්‍රයෝජනවත්ය.

- ඉන්ට්‍රා වීනස් යූරෝග්‍රැෆි (Intravenous Urography - IVU) (අන්තශ් ශෛරික මෞත්‍ර රේඛනය) :

මෙය (Intravenous Pyelography – IVP යනුවෙන්ද හඳුන්වයි) විශේෂ X කිරණ පරීක්ෂණයකි. මෙම පරීක්ෂණයේදී ඩයි ඇතුලත් විකිරණ පාරාන්ධ අයඩින් (Radio Opaque Iodine) අතේ ශිරාවකට එන්නත් කරයි. (X කිරණ සේයාරුවවල දක්නට ලැබෙන දියරයකි) මෙය රුධිරයට එන්නත් කළවිට වකුගඩු තුලින් වහනය වී මුත්‍ර මාර්ගයෙන් පිටවේ. එවිට මුත්‍රා විකිරණ පාරාන්ධවී (විනිවිද නොපෙනෙන) (Radio Opaque) මුත්‍රා මාර්ගය පැහැදිලිව දකින්නට හැකි වේ. උදා:- වකුගඩු, මුත්‍රාවාහිනිය, මුත්‍රාශය X කිරණ ඡායාරූප ගණනාවක් නිශ්චිත කාල පරාසයක් තුලදී ලබාගනී. එයින් ව්‍යවච්ඡේදයේ (Anatomy) දර්ශනයක් සහ මුත්‍රා පද්ධතියේ ක්‍රියාකාරීත්වයේ බොහෝ දේ ඇතුලත් දර්ශනයක් ලබාදේ. IVU වලින් ගල්, මුත්‍රා ආබාධ, මස් දලු ව්‍යුහයේ අසාමාන්‍යතා සහ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ ප්‍රශ්න පැහැදිලි කරයි.

> වකුගඩු රෝගවලට ප්‍රධාන වැදගත් පරීක්ෂණ වනුයේ මුත්‍රා පරීක්ෂණ, සෙරම් ක්‍රියැටිනින් සහ වකුගඩුවේ (Ultra-Sound) අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයි.

වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකදී IVU නිර්දේශ නොකරන්නේ එන්නත් කළ ඩයි වර්ගය දුර්වලව ක්‍රියාත්මකවන වකුගඩුවලට හානි සිදුකරන නිසාය. වකුගඩු අකර්මණ්‍යවීමේදී පරීක්ෂණ අවස්ථාවේදී ඩයි යැවීම ප්‍රමාණවත්

නොවීමට පුලුවන. එම නිසා පරීක්ෂණයේ පරමාර්ථය වන මුත්‍රා පද්ධතිය පැහැදිලිව පෙනීම සිදු නොවේ. පිළිසිඳගත් අවස්ථාවලදී මෙම පරීක්ෂණය ක්‍රියාත්මක නොකරයි. අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් සහ CT ස්කෑන් පහසුකම් තිබෙන නිසා මෙම පරීක්ෂණය වර්තමානයේ පාවිච්චි කරන්නේ අඩුවෙනි.

- Voiding Cysto urethrogram (VCUG) පෙර මෙය (Micturating Cystourethrogram (MCU)) යනුවෙන් හැඳින්වුනි. වොයිඩින් සිස්ටොයුරෙත්රොග්‍රෑම් -

මෙම පරීක්ෂණය බොහෝ අවස්ථාවල අවශ්‍ය වන්නේ ළමුන්ගේ මුත්‍ර මාර්ගයේ ආසාදනයක් පිළිබඳ ඇගයීමක් කරනු ලබන විටය. මෙම විශේෂ X කිරණ පරීක්ෂණයෙන් කෙරෙන්නේ මුත්‍රාශය කැතීටරය මාර්ගයෙන් විෂබීජ හරණය කරන ලද තත්වයක් යටතේ අසමතා මාධ්‍ය සාන්ද්‍රණයකින් පිරවීමය. මුත්‍රාශය පිරුණු පසු කැතීටරය අයින්කර මුත්‍රා පහකරන ලෙස රෝගියාට දන්වයි. සම කාලපරාසවලදී මුත්‍රා කරන මුත්‍රාශයේ සහ මුත්‍ර මාර්ගයේ සටහනක් පෙන්නුම් කරයි. මෙම පරීක්ෂණයෙන් මුත්‍රා වාහිනියට මුත්‍රා ආපසු ගමන් කිරීම සහ වකුගඩු වලට ගමන් කිරීමත් මුත්‍රාශයේ සහ මුත්‍ර මාර්ගයේ ව්‍යුහාත්මක අසාමාන්‍යතාත් පෙන්නුම් කරයි.

- අනෙකුත් විකිරණ (Radiological) පරීක්ෂණ:

සමහර වකුගඩු ගැටලු විශේෂ පරීක්ෂණ වන CT ස්කෑන් ආධාරයෙන් වකුගඩු වල සහ මුත්‍ර මාර්ගය වෘක්ක ඩොප්ලර් (Doppler) විකිරණ න්‍යෂ්ටි අධ්‍යයනය වෘක්ක වහිත්‍රරේඛනය (Renal Angiography) ප්‍රත්‍යාගාමී X කිරණ (Retragrade) පෙරගාමී (Antegrade) වැනි පරීක්ෂණ ලබාගැනීමට ප්‍රයෝජනවත්ය.

4) අනෙකුත් විශේෂ පරීක්ෂණ:
වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව (Biopsy) සිස්ටස්කොපි (Cystoscopy) සහ මුත්‍රගතිකය

(Urodynamics) වැනි විශේෂ පරීක්ෂණ මගින් නිශ්චිත වශයෙන් වකුගඩුවල ඇතැම් ප්‍රශ්න නිර්ණයට වැදගත් වේ.

> වකුගඩු අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය සරල සහ ආරක්ෂාකාරී පර්යේෂණයක් වන අතර එය වකුගඩුවල ප්‍රමාණය හැඩය සහ පිහිටීම නිර්ණය කරයි.

වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව (Kidney Biopsy)

සමහර වකුගඩු රෝග නිර්ණය සඳහා මෙය වැදගත් පරීක්ෂණයකි.

- වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව යනු කුමක්ද?

මෙහිදී වකුගඩුවේ කුඩා පටකයක් ඉඳිකටුවෙන් ඉවත්කර අන්වීක්ෂයකින් පරීක්ෂා කෙරේ. මෙම පරීක්ෂණය කරන්නේ සමහර වකුගඩු රෝගවල නිශ්චිත ස්වභාවය නිර්ණය කිරීමටය.

- වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව (Biopsy) නිර්දේශ කරන්නේ කුමන අවස්ථාවේද?

සමහර වකුගඩු රෝගවලදී විස්තරාත්මක ඉතිහාසය පරීක්ෂණයෙන් සහ අනෙකුත් පරීක්ෂණවලින් රෝග නිර්ණය කළ නොහැක. එවැනි රෝගීන්ගේ වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාවක් ගැනීම එකම පරීක්ෂණය විය හැක්කේ ඉන් නිශ්චිත තීරණයක් ගත හැකි නිසාය.

- වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව උදව්වන්නේ කෙසේද?

සමහර පැහැදිලි කරගත නොහැකි වකුගඩු රෝග නිර්ණය සඳහා වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව නිශ්චිත තීරණයක් ලබාදේ. එම තොරතුරු මගින් වෘක්කවේද විශේෂඥයන් මාර්ගයෙන් ප්‍රතිඵලදායි බෙහෙත් ලබාදීමට රෝගීන්ට සහ පවුල්වලට මාර්ගෝපදේශ ලබාදීමට එම රෝගයේ භයානකකම අවබෝධ කරදීමටත් පුලුවන් වේ.

- වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව කරනු ලබන්නේ කුමන තාක්ෂණයෙන්ද?

බහුල වශයෙන් අනුගමනය කරනු ලබන ක්‍රමය වන්නේ කුහරයක් සහිත ඉඳිකටුවක් චර්මය මාර්ගයෙන් වකුගඩුවට ඇතුලත් කිරීමෙනි. කලාතුරකින් කරනු ලබන අනෙක් ක්‍රමය වන්නේ විවෘත ජීවවෙක්ෂාව වන අතර එයට ශල්‍යකර්මයක් අවශ්‍යවේ.

- වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව කරන්නේ කෙසේද?

1) රෝගියා ආරෝග්‍ය ශාලාවට ඇතුලත් කර පළමුව ඔහුගේ කැමැත්ත ලබාගනී. ජීවවෙක්ෂාවට කලින් රුධිර පීඩනය සාමාන්‍ය බවත් තවද රුධිර පරීක්ෂණයෙන් සාමාන්‍ය ලේ කැටි ගැසීම සිදුවන බවත් ස්ථිර කරගනී. ලේ කැටි ගැසීම වැළැක්වීමට පාවිච්චි කරන (උදා:- ඇස්ප්‍රින්) සති 1-2 දක්වා කාලයක සිට ජීවවෙක්ෂාවට පෙර එම බෙහෙත් දීම නතර කරයි. වකුගඩුවල පිහිටීම ජීවවෙක්ෂාව කළ යුතු නියමිත ස්ථානය ස්ථිර කර ගැන්මට අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය කරනු ලැබේ. එම ස්ථානය ඉල ඇටයට පහතින්, ඉණෙන් ඉහල, පිටුපස මාංශපේශිවලට කිට්ටුව පිහිටා ඇත.

> සමහර වකුගඩු රෝග නිර්ණය නිශ්චය ලෙස කළහැක්කේ වකුගඩු ජීවවෙක්ෂා පරීක්ෂණයෙනි.

2) රෝගියාව මුනින් අතට ඇඳේ සිටින සේ සලස්වා එය කරන්නේ උදරය යට කොට්ටයක් / තුවායක් තබාගෙනය. මෙම ක්‍රියාවලියේදී රෝගියා සම්පූර්ණයෙන්ම අවධි වී සිටී. ළමුන්ගේ වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව කරන්නේ නිර්වින්දනය කිරීමෙනි. එවිට ළමයා අවධියෙන් නොසිටී. සම සම්පූර්ණයෙන් පිරිසිදු කළ පසු ජීවවෙක්ෂාව කරන ස්ථානයේ වේදනාව අවම කිරීම සඳහා දේශිය නිර්වින්දනයක් (Local Anesthesia) කරනු ලැබේ.

3) කුහර සහිත ඉඳිකටුවකින් කුඩා නූල් වැනි කොටස් දෙක තුනක් වකුගඩුවෙන් ලබාගනු ලැබේ. මෙම ආදර්ශ සාම්පල් පරීක්ෂණය සඳහා ව්‍යාධිවේදියෙක් වෙත යවනු ලැබේ.

4) ජීවවෙක්ෂාවෙන් පසු ජීවවෙක්ෂාව කළ ස්ථානයට පීඩනයක් දෙනු ලබන්නේ රුධිරය වහනය වැළැක්වීමටය. රෝගියාට පැය 6-12 දක්වා විවේකයක් දෙනු ලබන අතර පසු දින රෝගියා ආරෝග්‍ය ශාලාවෙන් පිටත්කර ගෙදර යවයි.

5) ජීවවෙක්ෂාවෙන් පසු රෝගියාට බර වැඩ හෝ ව්‍යායාම වලින් සති 2-4 දක්වා කාලයක් නොයෙදිය යුතුබව අවවාද කරයි.

- වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාවේ (Biopsy) අවදානම් තිබේද?

වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාවෙන් පසු වෙනත් ශල්‍යකර්ම ක්‍රියාවලියකදී මෙන් සුලු රෝගීන් ප්‍රමාණයකට සංකූලතා ඇති විය හැක. (Complications) සුලු වේදනාවක්, රතුවන් මූත්‍රා වරක් හෝ දෙවරක් පිටවීම සුලබ දෙයකි. එය ඉබේම නවතී. කලාතුරකින් රුධිර වහනය දිගටම තිබුනොත් රෝගියාට රුධිරය ලබාදීමට සිදුවේ. බොහොම කලාතුරකින් රුධිර වහනය තදින්ම සිදුවූවොත් හදිසියේම ශල්‍යකර්මයකින් වකුගඩු ඉවත් කිරීම නොවැළැක්විය හැකි වේ.

සමහරවිට රෝග විනිශ්චය සඳහා ගන්නා පටක ප්‍රමාණවත් නොවිය හැක. (එය 20 දෙනෙකුට එක්කෙනෙකි) එවැනි අවස්ථාවල ජීවවෙක්ෂාව (Biopsy) නැවත අවශ්‍යවේ.

වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව සාමාන්‍යයෙන් සිදුකරන්නේ සිහින් ඉඳිකටුවකින් රෝගියා අවදියෙන් සිටින තත්වයකදීය.

පරිච්ඡේදය 5

ප්‍රධාන වකුගඩු රෝග

වකුගඩු රෝග කණ්ඩායම් දෙකකට බෙදේ.

1) වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය වකුගඩු රෝග:-

එනම් වකුගඩු අකර්මණ්‍ය මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාධන සහ වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය (Nephrotic Syndrome) වැනි රෝගවලට ප්‍රතිකාර කරනු ලබන්නේ වෘක්කවේද විශේෂඥයන් විසිනි. (Nephrologists) ඊට වඩා උත්සන්න අවස්ථාවක සිටින රෝගීන්ට වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකදී රුධිර කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍යවේ.

2) ශල්‍යකර්ම අවශ්‍ය රෝග:-

මෞත්‍රික රෝග වෛද්‍යවරුන් (Urologist) ගල් සහිත රෝග, පුරස්ථිති ප්‍රශ්න සහ මුත්‍රා පද්ධතියේ පිළිකා රෝගවලට ප්‍රතිකාර කරන්නේ ශල්‍යකර්මයකින්, එන්ඩොස්කොපි සහ ලිතොට්‍රිප්සි යන පරීක්ෂණ මාර්ගයෙනි.

වෘක්කවේද විශේෂඥයන් සහ මෞත්‍රික රෝග විශේෂඥයන් අතර වෙනස කුමක්ද?

වෘක්කවේද විශේෂඥයන් කායිකවේදී (Physicians) විශේෂඥයෝය. මෞත්‍රික රෝග විශේෂඥයන් (Urologists) වකුගඩු රෝග පිළිබඳව විශේෂඥ ශල්‍ය වෛද්‍යවරුය.

ප්‍රධාන වකුගඩු රෝග	
වෛද්‍ය	ශල්‍ය
උත්සන්න (තීව්‍ර) වකුගඩු අක්‍රිය වීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝග මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාධන වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය-නෙෆ්රොටික් සින්ඩ්‍රෝමය (Nephrotic Syndrome)	ගල් හට ගැනීම පුරස්ථිති ප්‍රශ්න (Prostate) සහජ සංජනනිය මුත්‍රා වෙනස්කම් පිළිකා

වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම

තීව්‍ර (උත්සන්න) වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම වකුගඩුවල ක්‍රියාකාරීත්වයේ වේගවත් ක්ෂයවීමකි. (loss) කෙටිකාලීන ප්‍රතිකාරයකදී වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය ක්‍රමයෙන් දියුණු වේ.

වකුගඩුවේ පෙරීමට සහ අපද්‍රව්‍ය පිටකිරීමට වකුගඩුවලට ඇති හැකියාව අඩුවීම සහ විද්‍යුත් විච්ඡේදය (Electrolytes) තුලිතව පවත්වා ගැනීමට නොහැකිවීම වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකැයි කිවහැක. වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම ප්‍රභේද දෙකකට බෙදිය හැක. තීව්‍ර (උත්සන්න) වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සහ නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම.

තීව්‍ර (උත්සන්න) වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම

හදිසියේ ඇතිවන වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ අඩුවීම හෝ ඇණහිටීම හඳුන්වන්නේ තීව්‍ර (උත්සන්න) වකුගඩු අකර්මණ්‍ය හෝ තීව්‍ර වකුගඩු ආබාධය (AKI) යනුවෙනි. (Acute Kidney Injury) තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකදී බොහෝ රෝගීන්ගේ මුත්‍රා පරිමාව වැඩිවේ. තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යට වැදගත් හේතු වන්නේ පාචනය, වමනය, ෆැල්සිපාරම් මැලේරියාව (Falciparum Malaria), මන්දාතතිය (Hypotension), පූතිය (Sepsis), සමහර බෙහෙත් වර්ග (ACE, Inhibitor, NSAIDS) යනාදියයි. බොහෝ අවස්ථාවලදී රෝගීන්ගේ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය සාමාන්‍ය තත්වයට පැමිණෙන්නේ නියමිත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාරවලිනි. (සමහර අවස්ථාවල කාන්දුකරණය)

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය

මාස කීපයක සිට අවුරුදු කීපයක් දක්වා වකුගඩුවල ක්‍රමයෙන් වර්ධනය වන ආපසු හැරවිය නොහැකි (Irreversible Loss) හානිය හඳුන්වන්නේ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය යනුවෙනි. CKD (Chromic Renal Failure) නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී වකුගඩු ක්‍රියාරීත්වය හෙමින් සහ දිගින් දිගටම සිදුවේ. දිගුකලකට පසු වකුගඩු සම්පූර්ණයෙන්ම ක්‍රියාත්මක නොවන අදියරට පැමිණේ. මේ උච්චතම සහ ජීවිතය හානිවන අදියර හඳුන්වන්නේ වකුගඩු රෝගයේ ESKD / ESRD යනුවෙනි. (End Stage Kidney Disease) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය නිසොල්මනේ සිදුවන අතර බොහෝ අවස්ථාවල ඒ සම්බන්ධ අවධානයක් ඇති නොවන තත්වයට පත්වේ. නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී (CKD) මුල් අදියරේදී සංඥා සහ ලක්ෂණ සුලු වශයෙන් දැකිය හැක. CKD වල පොදු ලක්ෂණ වන්නේ ශරීර දුර්වලතාව, කැම අරුචිය, ඔක්කාරය, ඉදිමුම, අධි රුධිර පීඩනය යනාදියයි. CKD වලට ප්‍රධාන හේතු දෙකක් වන්නේ දියවැඩියාව සහ අධි රුධිර පීඩනයයි.

> වකුගඩු වල ක්‍රමයෙන් වර්ධනය වන ආපසු හැරවිය නොහැකි හානිය දිගුකලක් සිදුවී ඇත්නම් එය නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ලෙස හඳුන්වයි.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයක් නිර්ණය කරන ප්‍රධාන ඉඟි වන්නේ මුත්‍රා පරීක්ෂණයේදී ප්‍රෝටීන තිබීම, රුධිර පරීක්ෂණයේදී ඉහල ක්‍රියැටිනීන් තත්වය සහ සොනොග්‍රැෆි පරීක්ෂණයේදී වකුගඩු කුඩා වී ඇති බව යන කරුණුය. සේරම් ක්‍රියැටිනීන් වල අගය වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ බරපතලකම පෙන්නුම් කරයි. මෙම රෝගයේදී මෙම අගය ක්‍රමයෙන් වැඩිවේ.

CKD මුල් අදියරේදී රෝගියාට සුදුසු බෙහෙත් සහ නියමිත ආහාර රටාවක් අවශ්‍යය. මෙම රෝගය නිවාරණයට කිසිම ප්‍රතිකාරයක් නැත. නුමුත් ප්‍රතිකාරයේ අරමුණ වන්නේ රෝගය වර්ධනය වීමේ වේගය අඩුකිරීම සහ සංකූලතාවලින් වැළැක්වීමය. රෝගය භයානක වුවත් දිගු කලකට රෝගියාව හොදින් තබා ගැනීමට එනිසා පුලුවන් වේ. රෝගය උත්සන්න අදියරයට වර්ධනය වූවිට (ESKD – End Stage Kindey Disease) වකුගඩුවේ 90% ක් අක්‍රිය වී ඇත. (සේරම් ක්‍රියැටිනීන් සාමාන්‍යයෙන් mg/dl 8-10). මේ අදියරේදී කළ හැකි ප්‍රතිකාරය වන්නේ කාන්දුකරණයයි. එනම් හිමොඩයලැසිස් සහ පෙරිටෝනියල් ඩයලැසිස් (වෘක්ක කාන්දුකරණය සහ උදරච්ඡේද කාන්දුකරණය) සහ වකුගඩු බද්ධ කිරීමයි.

වකුගඩු අක්‍රිය වූවිට ශරීරයෙන් වැඩිපුර දියර සහ අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමට ඉවහල්වන කාන්දුකරණය පෙරීමේ ක්‍රියාවලියකි. කාන්දුකරණය නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය සුවකරන ක්‍රමයක් නොවේ. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ උච්ච අවස්ථාවේදී (ESKD) ජීවිත කාලය පුරා නිතර කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරය අවශ්‍යවේ. (වකුගඩුවක් සාර්ථකව බද්ධ කරන

නෙක්) කාන්දුකරණ ක්‍රම දෙක වන්නේ හීමෝඩයලිසිස් සහ පෙරිටෝනියල් ඩයලයිසිස්ය.
කාන්දුකරණ ක්‍රියාවලියේ වැඩි වශයෙන් යොදන කාන්දුකරණ ක්‍රමය හිමෝඩයලසිස්ය. (HD) හිමෝඩයලයසිස්හිදී අපද්‍රව්‍ය, අතිරික්ත ජලය සහ ලුණු ඉවත්කරන්නේ විශේෂ යන්ත්‍රයක් මාර්ගයෙනි. තවත් කාන්දුකරණ ආදර්ශයක් වන්නේ අඛන්ඩ ඇම්බියුලටරි පෙරිටෝනියල් ඩයලිසිස්ය. (CAPD) එය ගෙදරින් පිටතදි හෝ රාජකාරි ස්ථානයේදි යන්ත්‍රයක ආධාරය ඇතිව කළ හැක.

ඩයලසිස් යනු වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වූවිට රුධිරයේ අපද්‍රව්‍ය සහ ජලය ඉවත් කරන කෘතිම ක්‍රමයකි.

වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අදියරේදී එම රෝගය වළකා ගැනීමට කළ හැකි එකම ප්‍රතිඵලදායි ප්‍රතිකාරය වන්නේ වකුගඩු බද්ධ කිරීමයි.

මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයේදී මුත්‍රා දැවිල්ල සහ නිතර මුත්‍රා කිරීම, උදරයේ පහළ කොටසේ වේදනාව සහ උණ පොදුවේ දැකිය හැකි ලක්ෂණය. (UTI) මුත්‍රා පරීක්ෂණයකදි සැරව ශෛල පෙනෙන්නට තිබීම මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනයක් ඇතිබව නිර්ණය කරයි.
මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන තිබෙන බොහෝ රෝගිහු ප්‍රතිජීවක ඖෂධවලින් සුවය ලබයි. ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන ගැන විශේෂ අවධානයක් යොමු කළ යුතුයි. ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන වලට ප්‍රතිකාර කිරීම, අතපසු කිරීම හෝ අවශ්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා නොදීම නිසා වැඩෙන වකුගඩුවට ආපසු හැරවිය නොහැකි (Irreversible) හානි සිදුවේ.
රෝගීන්ගේ නැවත නැවත සැදෙන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන, මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධා, ගල් තිබීම, මුත්‍රා මාර්ගයේ විකෘතිතා සහ ජන්‍ය මුත්‍රේන්ද්‍රිය

(Genito Urinary Tuberculosis), ක්ෂය රෝගය වැනි දේ විධිමත් පරීක්ෂණ මාර්ගයෙන් ඉවත් කළ යුතුය. ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන (UTI) වලට ප්‍රධාන හේතුව වන්නේ VUR ය. (Vesicoureteral Reflux) එය සහජ විකෘතිතාවකි. එනිසා මුත්‍රාශයේ සිට මුත්‍රා පිටුපසට වහනය වී, මුත්‍රාවාහිනී එකකට හෝ දෙකකට වහනය වී වකුගඩුවලට ගමන් කරයි.

Nephrotic Syndrome (වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය)

මෙම සින්ඩ්‍රෝමය වැඩිහිටියන් සමග සැසදීමේදී ළමයින් තුළ බොහෝ අවස්ථාවල දක්නට ලැබෙන වකුගඩු රෝගයකි. බොහෝ අවස්ථාවල දක්නට ලැබෙන ඉදිමුම (Edema) පොදු ලක්ෂණයයි. මුත්‍රා වල ප්‍රෝටීන තිබීම, (දිනකට 3-5 ග්‍රෑම් ප්‍රමාණයක්) රුධිරයේ අඩු ඇල්බියුමින් මට්ටම (Hypoalbumineria), ඉහළ කොලෙස්ටරෝල් මට්ටම, සාමාන්‍ය රුධිර පීඩනය සහ සාමාන්‍ය වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය මෙම රෝගයේ සාමාන්‍ය ලක්ෂණය.

කුඩා ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන වලට ප්‍රතිකාර කිරීම, අතපසු කිරීම හෝ අවශ්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා නොදීම නිසා වැඩෙන වකුගඩුවට ආපසු හැරවිය නොහැකි හානි සිදුවේ.

මෙම රෝගයට ප්‍රතිකාර කිරීමෙන් හොඳ ප්‍රතිචාරයක් පෙන්වයි. ප්‍රතිකාර කිරීම අත්හිටුවීමෙන් පසු සුලු රෝගීන් ප්‍රමාණයකට රෝග ලක්ෂණ පෙන්නුම් කරයි. නමුත් බොහෝ අවස්ථාවලදී රෝගය නැවත මතුවේ. මේ ආකාරයෙන් ප්‍රතිකාරයට ප්‍රතිචාරය දක්වන චක්‍රය, ප්‍රතිකාරය නතර කරන නිදහස් කාලපරිච්ඡේදයක් සහ නිතර රෝගය මතුවන නිසා ඇතිවන ඉදිමුම, නෙෆ්‍රොටික් සින්ඩ්‍රෝමයේ රෝග ලක්ෂණය. සුවවීම සහ රෝගය නැවත මතුවීම චක්‍රිය වශයෙන් දිගු කාලයකදී මතුවේ. මෙම

රෝගය ළමයාට සහ පවුලේ අයට සිතට වද දෙයි. නමුත් නෙෆ්‍රොටික් සින්ඩ්‍රෝමය තිබූ ළමුන්ගේ දිගුකාලීන ප්‍රතිඵලය ඉතාමත්ම සතුටුදායකය. ඔවුහු සාමාන්‍ය වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය ඇතිව නිරෝගිමත් ජීවිතයක් ගතකරති.

වකුගඩුවල ගල් තිබීම

වකුගඩුවේ ගල් තිබීම පොදු සහ වැදගත් වකුගඩු ප්‍රශ්නයකි. ගල් පිහිටන පොදු ස්ථාන වන්නේ වකුගඩුවල මූත්‍රාවාහිනිය සහ මූත්‍රාශය වන අතර වකුගඩුවක ගල් තිබීම වේදනාකාරී පොදු ලක්ෂණයකි. එනම් ඉවසිය නොහැකි වේදනාව, ඔක්කාරය, වමනය, මූත්‍රාවල ලේ යනාදියයි. දිගු කලක වකුගඩුවල ගල් තිබූ සමහර මිනිසුන්ට කිසිම ලක්ෂණයක් දැකගත නොහැක.

ගල් තිබේදැයි නිර්ණය කිරීමට උදරය X රේ සහ අල්ට්‍රා සොනොග්‍රැෆි ඉතා වැදගත් පරීක්ෂණයන් වේ. ප්‍රමාණයෙන් කුඩා ගල් මූත්‍රා මගින් ස්වභාවයෙන් පිට වන්නේ දියර වැඩි ප්‍රමාණයක් පානය කිරීමෙනි. එම ගල් නිසා තදබල වේදනාවක්, නැවත නැවත ආසාදන, මූත්‍රා මාර්ගයේ බාධාවක් හෝ වකුගඩුවට හානියක් සිදුවේ නම් එය ඉවත් කිරීම අවශ්‍යයි. ගල් ඉවත් කිරීමේ නියම ක්‍රමය රඳා පවතින්නේ ගලේ විශාලත්වය සහ ගල් වර්ගය අනුවයි. ගල් ඉවත් කරන පොදු ක්‍රම වන්නේ ලිතෝට්‍රිප්සි එන්ඩොස්කොපි (PCNL, සිස්ටස්කොපි සහ යුරේටරස්කොපි) සහ විවෘත ශල්‍යකර්මයයි.

ගල් තිබීමේ අවදානම 50% - 80% ඉහළ නම් වැඩි දියර වර්ග පානය, ආහාර රටාව ගැන සැළකිලිමත් වීම සහ වරින්වර පරීක්ෂණය සියලු දෙනාටම අවශ්‍යය.

> කිසිම ලක්ෂණයක් නොමැතිව අවුරුදු ගණනාවක් වකුගඩුවේ ගල් පැවතිය හැක.

අකර පුරස්ථිය අති ප්ලාස්මීයතාව

(Benign Prostatic Hyperplasia (BPH))

පුරස්ථි ග්‍රන්ථිය පිහිටා ඇත්තේ පුරුෂයන්ගේ පමණි. එය පිහිටියේ මූත්‍රාශයට යටින්ය. මූත්‍රා මාර්ගයේ සුලු ප්‍රමාණයකින් වටවී ඇත. අවුරුදු 50 න් පසු පුරස්ථි ග්‍රන්ථිය විශාල වීමට පටන් ගනී. පුරස්ථිතිය විශාල වීම මූත්‍රා මාර්ගය තෙරපීමක් කරන අතර මූත්‍රා කිරීමේදී වැඩිහිටි පුරුෂයන්ට ප්‍රශ්න ඇති වීමට හේතු වේ. අකර පුරස්ථිය අති ප්ලාස්මීයතාවයේ ප්‍රධාන ලක්ෂණය වන්නේ නිතර මූත්‍රා කිරීම (විශේෂයෙන් රාත්‍රියට) සහ මූත්‍රා කළ පසු බින්දු වශයෙන් වහනය සිදුවේ. මෙම රෝගය නිර්ණය සඳහා වැදගත් ක්‍රම වන්නේ (BPH) ගුද මාර්ගයට ඇඟිල්ලක් දැමීම සහ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයයි.

සුලු වශයෙන් හෝ සාමාන්‍ය ලක්ෂණ ඇති රෝගීන් (BPH) දිගු කාලයක් බෙහෙත් කිරීමෙන් සාර්ථක ප්‍රතිඵල ලැබිය හැක. ඉතා බරපතල රෝග ලක්ෂණ පුරස්ථිතියේ තිබෙන අවස්ථාවල එන්ඩොස්කොපි මාර්ගයෙන් පුරස්ථිතිය ඉවත් කරනු ලැබේ.

> වැඩිහිටි පුරුෂයන්ගේ මූත්‍රා ගැටලු ඇතිවීමට ප්‍රධාන පොදු හේතුව වන්නේ (BPH) අකර පුරස්ථිය අති ප්ලාස්මීයතාවයයි.

පරිච්ඡේදය 6

වකුගඩු රෝග පිළිබඳ මිථ්‍යා විශ්වාස සහ සත්‍යයන්

මිථ්‍යා විශ්වාසය - සියලුම වකුගඩු රෝග සුවකළ නොහැක.
සත්‍යය - නැත. වකුගඩු රෝග සුවකළ නොහැකි ඒවා නොවේ. මුල් අවධියේදීම රෝගය නිර්ණය කිරීමෙන් සහ ප්‍රතිකාරවලින් බොහෝ වකුගඩු රෝග සුවකළ හැක. බොහොමයක් අවස්ථාවලදී රෝගීන්ගේ එම රෝග වර්ධනය බාල කිරීම හෝ නැවතීම සිදුවේ.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - එක් වකුගඩුවක් අක්‍රිය වුවොත් වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සිදුවිය හැක.
සත්‍යය - නැත. වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සිදුවන්නේ වකුගඩු දෙකම අකර්මණ්‍ය වුවොත්ය. එක් වකුගඩුවක් සම්පූර්ණයෙන් අකර්මණ්‍ය වුවහොත් සාමාන්‍යයෙන් මිනිසුන්ට ප්‍රශ්නයක් ඇති නොවේ. එවැනි අවස්ථාවලදී රුධිර, යූරියා සහ ක්‍රියැටිනින් සඳහා ලබාගන්නා පරීක්ෂණය සාමාන්‍ය වේ. නමුත් වකුගඩු දෙකම අක්‍රිය වුවොත් අපද්‍රව්‍ය ශරීරයේ එකතු වී රුධිර, යූරියා සහ සේරම් ක්‍රියැටිනින්වල මට්ටම රුධිර පරීක්ෂණයේදී වැඩිනම් වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වී ඇතැයි කිව හැක.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - වකුගඩු රෝගයකදී ජලශෝථ තත්වයක් (Edema) (කුහර සහ පටකවල වතුර දියරය වැඩිකම) පෙන්නුම් කරන්නේ නම් එය වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකි.
සත්‍යය - නැත. සමහර වකුගඩු රෝගවල ජලශෝථ තත්වය තිබුනත් වකුගඩුවල ක්‍රියාකාරීත්වය සම්පූර්ණයෙන් සාමාන්‍යය. (උදා: නෙෆ්රොටික් සින්ඩ්‍රෝමය)

මිථ්‍යා විශ්වාසය - වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වූ සැමගේ එඩීමා (Edema) දක්නට ලැබේ.
සත්‍යය - නැත. වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වූ රෝගීන් වැඩිදෙනෙකුගේ එඩීමා දක්නට ලැබුණේ නමුත් එය සියල්ලන්ගේම දැකගත නොහැක. වකුගඩු අකර්මණ්‍යවීමේ උච්ච අවස්ථාවේදී වුවත් සුලු රෝගීන් කිහිප දෙනෙකුගේ එඩීමා දක්නට නොලැබේ. එමනිසා එඩීමා නොමැතිවීම වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වී නැතැයි සහතික නොකෙරේ.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - සියලුම වකුගඩු රෝගීන් විශාල ජල ප්‍රමාණයක් පානය කළ යුතුයි.
සත්‍යය - නැත. බොහෝ වකුගඩු රෝගීන්ගේ ශරීරයේ ඉදිමුමට හේතුවන අඩු මුත්‍රා ප්‍රමාණයක් බැහැර කිරීම බොහෝ වකුගඩු රෝගීන්ගේ ලක්ෂණයකි. වකුගඩු රෝග සහිත එවැනි රෝගීන්ගේ ජලය සමතුලිත කර ගැනීම සඳහා ජලය පානය කිරීම, පාලනය අවශ්‍යය. කෙසේ හෝ ගල් තිබෙන සහ සාමාන්‍ය වෘක්ක ක්‍රියාකාරීත්වය සිදුවන නමුත් මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනයක් ඇති අයට ජලය විශාල ප්‍රමාණයක් පානය කළයුතු බව උපදෙස් දෙයි.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - මම නිරෝගියි. ඒමනිසා මට වකුගඩු ප්‍රශ්නයක් තිබෙනවාදැයි නොසිතමි.
සත්‍යය - අසාධ්‍ය වකුගඩු රෝගයක මුල් අවධියේදී බොහෝ රෝගීන් කිසිම ලක්ෂණයක් පෙන්නුම් නොකරයි. මේ අවස්ථාවේදී රසායනාගාරයක පරීක්ෂණයකදී දක්නට ලැබෙන අසාමාන්‍ය අගයන් මේ අවධියේදී යම්කිසි ඉඟියක් පෙන්නුම් කරයි.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - මම දැන් නිරෝගිය. එමනිසා මගේ වකුගඩු ප්‍රශ්නයට ප්‍රතිකාර කරගෙන යාම අවශ්‍ය නැත.
සත්‍යය - අසාධ්‍ය වකුගඩු රෝග ඇති බොහෝ රෝගීන් (CKD) නියමිත චිකිත්සාව කරගනිමින් තමා දැන් නිරෝගි යැයි සිතා ගන්නා ප්‍රතිකාර

සහ නියමිත ආහාර වට්ටෝරුව පිළිබඳ නීතිරීති නොපිළිපදී. CKD හිදී (Chronic Kidney Disease) චිකිත්සාව නැවැත්වීම භයානක විය හැක. එය වකුගඩු වේගයෙන් දුර්වල වීමට සහ කෙටිකලකදී එම රෝගීන් රුධිර කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ තත්වයට පවා පත් වනවා ඇත.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - මගේ සේරම් ක්‍රියැටිනින් මට්ටම යන්තම් සාමාන්‍යයට වඩා මදක් ඉහළය. නමුත් මම සම්පූර්ණයෙන් නිරෝගියි. එමනිසා කනස්සල්ලට පත්වීමට හේතුවක් නැත.

සත්‍යය - සේරම් ක්‍රියැටිනින් වල සුලු වර්ධනයක් වුවද වකුගඩු දුර්වල වීමක් පෙන්නුම් කරන අතර ඒ ගැන අවධානය අවශ්‍ය වේ. විවිධ වකුගඩු රෝගවලදී වකුගඩුවලට අනතුරු සිදු විය හැක. එම නිසා පමානොවී (Nephrologist) වෘක්කවේදී විශේෂඥයෙකුගේ උපදෙස් ගත යුතුයි. සේරම් ක්‍රියැටිනින් අගය (සුලු වැඩි වීමක් වුවත්) ඉහළ යෑමේ වැදගත්කම අසාධ්‍ය වකුගඩු රෝගයේ විවිධ අවස්ථා වලදී අප තේරුම් ගත යුතුයි.

ආසාධ්‍ය වකුගඩු රෝගයක මුල් අවධියේ කිසිම ලක්ෂණයක් නොපෙන්වයි. එහිදී පෙන්නුම් කරන එකම ඉගියක් වන්නේ සේරම් ක්‍රියැටිනින් වල අගය වැඩි වීමය. සේරම් ක්‍රියැටිනින් මට්ටම 1.6 mg/dl නම් වකුගඩුවල **50%** ක ක්‍රියාකාරීත්වය නැති වී ඇති බව පෙන්නුම් කරයි. එය ඉතා වැදගත් වන්නේය. මේ අවස්ථාවේදි ආසාධ්‍ය වකුගඩු රෝගය (CKD) නිර්ණය කර නියමිත චිකිත්සාව ලබා දීම ඉතා ප්‍රතිඵල සහිතය. මේ තත්වයේදී ආසාධ්‍ය වකුගඩු රෝගයට වෘක්කවේදී විශේෂඥයකුගේ (Nephrologist) ප්‍රතිකාර ලබාදීමෙන් වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය බොහෝ කාලයක් රැක ගැනීමට උපකාර වේ.

සේරම් ක්‍රියැටිනින් මට්ටම **5.0** mg/dl නම් එහි අදහස **80%** වකුගඩු ක්‍රියාත්මක වන්නේ නැතිබවයි. මෙම අගය පෙන්වන්නේ වකුගඩු තදබල ලෙස අක්‍රිය වී ඇති බවය. මේ අවස්ථාවේදී වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය රැක ගැනීමට නිසි චිකිත්සාව බොහෝ අවශ්‍යය. නමුත් මෙය අසාධ්‍ය

වකුගඩුවක අවසාන අදියර බව මතක තබා ගැනීම වැදගත්ය. මෙසේ අවාසනාවට ඉතා හොඳම ප්‍රතිකාරය ලබාගැනීමට තිබූ අවස්ථාව ගිලිහී ගොස් ඇත. සේරම් ක්‍රියැටිනින් මට්ටම 10.0 mg/dl නම් එහි අදහස **90%** වකුගඩු අක්‍රියබවයි. මෙම අගයෙන් පෙන්නුම් කරන්නේ එය වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අදියර බවයි. මේ අවදියේදී අසාධ්‍ය වකුගඩු රෝගියෙකුට බෙහෙත් දීමෙන් රෝගය සුවකිරීමේ හැකියාව නැතිවී ඇත. මේ අවධියේදී මෙවැනි බොහෝ රෝගීන්ට රුධිර කාන්දුකරණය අවශ්‍යය.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී රෝගියෙකුට රුධිර කාන්දුකරණය එක් වරක් කලොත් එය රෝගියාට නොකඩවා කළයුතු අවශ්‍යතාවයක් වන්නේය.

සත්‍යය - නැත. වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකදී කාන්දුකරණය කොපමණ කලක් අවශ්‍යද යන්න රඳන්නේ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමේ කුමන වර්ගය අනුවද යන්න මතය. උත්සන්න වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම තාවකාලික වන අතර එය වෙනස් කළ හැකිවන වර්ගයේ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකි. තදබල වකුගඩු අකර්මණ්‍ය රෝගීන් සුලු ප්‍රමාණයකට කාන්දුකරණය අවශ්‍ය වන්නේ කෙටි කාලයකටය. උත්සන්න අවස්ථාවේදී වුවත් නිශ්චිත ප්‍රතිකාර සහ කාන්දුකරණ කීපයකින් වකුගඩුව සම්පූර්ණයෙන් සුව වේ. ස්ථිර වශයෙන් කරන කාන්දුකරණයට අනිසි බය ඇති කරගතහොත් කාන්දුකරණය කල් තැබීම ජීවිතයට පවා තර්ජනයක් විය හැක. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වර්ධනය වන අතර එය වෙනස් කළ හැකි වර්ගයේ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමක් නොවේ. අසාධ්‍ය වකුගඩු රෝග උච්චතම අවස්ථාවේදී (වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අදියරේදී) නිතරම ජීවිතය තිබෙන තාක් කල් කාන්දුකරණය අවශ්‍ය වේ.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - වකුගඩු අකර්මණ්‍ය කාන්දුකරණයෙන් සුව කළ හැක.

සත්‍යය - නැත. කාන්දුකරණය වකුගඩු අක්‍රිය වීම සුව නොකරයි. කාන්දුකරණය වනාහි වකුගඩු අක්‍රිය වීමේදී ජීවිතය බේරා ගැනීමට

කරන ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකි. ඉන් අපද්‍රව්‍ය, අතිරේක ජලය පහකර විද්‍යුත් විච්ඡේදය නිවැරදි කරන අතර සහ අම්ල පදනම්වූ ද්‍රව්‍යවල අසමතුලිතතාව නිවැරදි කරයි. වකුගඩු වලට තව දුරටත් කළ නොහැකි කාර්යය කාන්දුකරණය මගින් ඉෂ්ඨ කරයි. අසාධ්‍ය වකුගඩු රෝග තිබුනත් ඒ අයගේ එම රෝග ලක්ෂණ පහළ නොකර මනා සෞඛ්‍යයකින් පවත්වයි.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - වකුගඩු බද්ධ කිරීමේදී පුරුෂ සහ ස්ත්‍රීන්ට විරුද්ධ ලිංගික කෙනෙකුට වකුගඩු පරිත්‍යාග කළ නොහැක.

සත්‍යය - පුරුෂයන්ට සහ ස්ත්‍රීන්ට ඔවුන්ගේ වකුගඩු විරුද්ධ ලිංගිකයන්ට පරිත්‍යාග කළ හැක. එයට හේතුව වන්නේ පුරුෂ සහ ස්ත්‍රී වකුගඩුවල ව්‍යුහය මෙන්ම ක්‍රියාකාරීත්වය ද එක හා සමාන නිසාය.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - වකුගඩු පරිත්‍යාගය සෞඛ්‍යයට සහ ලිංගික ක්‍රියාකාරීත්වයට බලපෑමක් ඇති කරයි.

සත්‍යය - වකුගඩු ප්‍රදානය ආරක්ෂා සහිතය. එය සෞඛ්‍යයට සහ විවාහ ජීවිතයට බලපෑමක් ඇති නොවේ. විවාහ ජීවිතය ගත කරන විටත් දරුවෙකු උපත ලබන විටත් වකුගඩු පරිත්‍යාග කරන අය සාමාන්‍ය ජීවිතයක් ගත කරයි.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - වකුගඩු බද්ධ කිරීමකදී වකුගඩුවක් මිළදී ගැනීමට පහසුය.

සත්‍යය - වකුගඩුවක් මිළදී ගැනීමත්, විකිණීමත් සාපරාධි ක්‍රියාවකි. ජීවත් වන නෑදෑයකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමත්, ජීවත් වන නෑදෑ නොවන කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමත් සන්සන්දනය කළවිට ප්‍රතිඵලය වන්නේ නෑදෑ නොවන කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ ප්‍රවණතාව වැඩි බවයි.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - මගේ රුධිර පීඩනය සාමාන්‍ය අතට හැරී ඇත. එමනිසා මට ප්‍රතිරුධිර පීඩන පෙති අවශ්‍ය නැත. ප්‍රතිරුධිර පීඩන පෙති නොගන්නේ නම් මට සුවයක් දැනෙයි. එමනිසා මම බෙහෙත් පාවිච්චි කළ යුත්තේ ඇයි?

සත්‍යය - බොහෝ රෝගීන් තම රුධිර පීඩනය පාලනය වූවිට ඔවුන් ගන්නා ප්‍රතිකාර නවත්වයි. එසේ කරන්නේ රුධිර පීඩන ලක්ෂණ නොමැති නිසාත්, අධිරුධිර පීඩන බෙහෙත් පාවිච්චි නොකිරීමෙන් වඩා හොඳ සුවයක් දැනෙන නිසාත්ය. නමුත් පාලනය කළ නොහැකි අධිරුධිර පීඩනය දිගු කාලීනව හෘදයාබාධ, වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සහ ආඝාත වැනි බරපතල ප්‍රශ්න ඇති කර නොදැනීම මරණය කරා ගෙන යයි. ශරීරයේ ප්‍රධාන ඉන්ද්‍රියන් ආරක්ෂා කිසිම සඳහා රෝග ලක්ෂණයක් තමාට නොපෙණුනත් තමාට සුවයක් දැනුනත් ක්‍රමවත්ව බෙහෙත් ගැනීම අත්‍යවශ්‍යය.

මිථ්‍යා විශ්වාසය - කකුල් දෙක අතර කෝෂයක වකුගඩු පිහිටා ඇත්තේ පුරුෂයින්ගේ පමණි.

සත්‍යය - පුරුෂයින්ගේ සහ ස්ත්‍රීන්ගේ වකුගඩු පිහිටා ඇත්තේ උදරයේ ඉහළින් සහ පශ්චාත් ප්‍රදේශයේ, එකම ප්‍රමාණයෙන්, හැඩයෙන් සහ ඒකාකාරී ක්‍රියාකාරීත්වයක් ඇතිවය. පුරුෂයින්ගේ ප්‍රධාන ජනනේන්ද්‍රිය සහ වෘෂණ කෝෂ පිහිටා ඇත්තේ කකුල් අතර පිහිටි කෝෂයකය.

පරිච්ඡේදය 7

වකුගඩු රෝග වළක්වා ගැනීම

වකුගඩු රෝග නිශ්ශබ්ද මාරයෙකි. එම රෝග වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය බාල කිරීම වර්ධනය වී වකුගඩු අකර්මණ්‍ය කරා ගෙනයති. අවසානයේදී නිරෝගී ජීවිතයක් ගත කිරීමට රුධිර කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍යවේ. සංවර්ධනය වන රටවල රුධිර කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධ කිරීම කරගන්නේ 5% -10% දක්වා සංඛ්‍යාවකි. ඉතිරි අයට අවසාන චිකිත්සාවක් නොමැතිව මරණය සිදුවේ. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය සුලබව දැකිය හැකි වන අතර එය සුව කිරීමට ප්‍රතිකාරයක් නොමැත. එනිසා එකම විකල්පය වන්නේ ඉන් වැළකීම, කල්තියා හඳුනා ගැනීම සහ ප්‍රතිකාර කිරීමෙන් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඉතා උත්සන්න තත්වයට පත් වීම වැළැක්වීමට හෝ රුධිර කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ අවශ්‍යතාවය කල්දැමීමට හෝ වැළැක්වීමට පුලුවන.

වකුගඩු රෝගය වළක්වා ගන්නේ කෙසේද?

ඔබේ වකුගඩු ගැන කවදා හෝ නොසළකා සිටීම සුදුසු නැත. වකුගඩු රෝග වැළැක්වීම සහ ආරක්ෂා කිරීම පිළිබඳ වැදගත් දෘෂ්ඨි කෝණ අංග දෙකකින් සාකච්ඡා කෙරේ.

1 නිරෝගීමත් මනුෂ්‍යයන්ට වකුගඩු රෝගයකින් කල් ඇතිව පරිස්සම් විය හැකි ආකාරය

2 වකුගඩු රෝගීන්ට කලින් පරිස්සම් විය හැකි ආකාරය

නිරෝගීමත් මනුෂ්‍යයන්ට වකුගඩු රෝගයෙන් කල් ඇතිව පරිස්සම් විය හැකි ආකාරය

වකුගඩු නිරෝගීව තබා ගැනීමට ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රම 7:

1) ශරීරය මනාව සතිපෙන් තබාගැනීම සහ ක්‍රියාශීලිවීම.
දිනපතා ව්‍යායාම සහ දිනපතා ශාරීරික ක්‍රියාකාරීත්වය රුධිර පීඩනය සාමාන්‍ය තත්වයක පවත්වන අතර රුධිර සීනි ප්‍රමාණය පාලනය කරයි. එවැනි ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් දියවැඩියාව සහ අධි රුධිර පීඩනයට ඇති අවදානම අඩුකරන අතර නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට ඇති අවදානම අඩුකරයි.

2) සමතුලිත ආහාරය .
සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර අනුභව කරන්න. අලුත් පලතුරු සහ එළවලු වැඩි වශයෙන් ආහාරයට ගන්න. කෘතිම ආහාර, සීනි, තෙල් සහ මස් ආහාරයට ගැනීම අඩු කරන්න. අවු 40ට වඩා වැඩි වයස් අයට ලුණු අඩුවෙන් පාවිච්චියට ගැනීම අධි රුධිර පීඩනය සහ වකුගඩුවල ගල් හට ගැනීම වළක්වයි.

3) ඔබගේ බර ගැන නිතර සුපරික්ෂාකාරී වන්න.
තුලිත නිරෝගී ආහාර සහ නිවැරදි ව්‍යායාම කිරීමෙන් ඔබගේ බර පවත්වාගෙන යා හැක. මෙය දියවැඩියාව වළක්වා ගැනීමටත්, හෘද රෝග සහ නිධන්ගත වකුගඩු රෝග හා සම්බන්ධ අනෙකුත් තත්ව වළක්වා ගැනීමට මෙය උපකාර වේ.

4) දුම් පානය සහ දුම්කොළ භාවිතය අත්හරින්න.
දුම් පානය නිසා ශ්‍රාණජරඨතාවය (Atherosclerosis) ඇතිවිය හැක. ඉන් වකුගඩුවලට ගලායන රුධිරය අඩුවී ඒ ආකාරයෙන් වකුගඩුවල උපරිම ක්‍රියාකාරීත්වයට ඇති හැකියාව අඩුකරයි.

5) කවුන්ටරයෙන් (OTC) ලබාගන්නා වේදනානාශකවලින් ප්‍රවේසම් වන්න.
නිතරම පුරුද්දකට මෙන් කවුන්ටරයෙන් ලබාගන්නා වේදනානාශක උවමනාවට වඩා පාවිච්චි නොකරන්න. සාමාන්‍ය බෙහෙත් වන ස්ටෙරොයිඩ නොවන ප්‍රතිප්‍රදාහ (Anti Inflammatory) බෙහෙත් වන (Ibuprofen) ඉබියුප්‍රොෆන් වැනි ඖෂධ ගත්විට වකුගඩුවලට හානි සහ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වන බව දැනගන්නට තිබේ. ඔබේ වකුගඩුව අවදානමට පත් නොකර ඔබගේ වේදනාව පාලනය කරගැනීමට වෛද්‍යවරයෙකු හමුවන්න.

6) ජලය වැඩියෙන් පානය කරන්න.
ප්‍රමාණවත් ජලය ප්‍රමාණයක් (දිනකට ලීටර 3) පානය කළොත් මුත්‍රාවලට එය මිශ්‍ර වීමෙන් ශරීරයේ තිබෙන සියලු විෂ අපද්‍රව්‍ය පිටකර වකුගඩුවල ගල් ඇතිවීම වළක්වයි.

7) වාර්ෂිකව වකුගඩු පරීක්ෂා කරන්න.
වකුගඩු රෝග බොහෝ විට නිහඬ රෝග වේ. බොහෝ උත්සන්න තත්වයට එළඹෙනතුරු කිසිම ලක්ෂණයක් පෙන්නුම් නොකරයි. ඉතා බලවත් ප්‍රතිඵලදායි නමුත් කණගාටුවට කරුණක් වන අඩුවෙන් ප්‍රයෝජනයට ගනු ලබන කල් ඇතිව සහ වකුගඩු රෝග වළක්වන ක්‍රමය වන්නේ විධිමත්ව වකුගඩු පරීක්ෂා කර ගැනීමයි. වාර්ෂිකව වකුගඩු පරීක්ෂා කරවා ගැනීම දියවැඩියාව, අධි රුධිර පීඩනය, තරබාරුකම හෝ පවුලේ ඉතිහාසයේ වකුගඩු රෝගය වැළදී තිබෙනම් වාර්ෂිකව වකුගඩු පරීක්ෂාව අත්‍යවශ්‍යය. ඔබ ඔබේ වකුගඩුවට ආදරේ නම් (වඩා වැදගත් තමාගේ) අවු 40න් පසු නිතර වකුගඩු පරීක්ෂා කර ගැනීමට අමතක නොකරන්න. කල් ඇතිව වකුගඩු රෝගය හඳුනා ගැනීමට සරල ක්‍රමය වන්නේ වාර්ෂික රුධිර පීඩනය මැනීම, මුත්‍රා පරීක්ෂණ සහ රුධිරයේ ක්‍රියැටිනින් ප්‍රමාණය පරීක්ෂා කරවා ගැනීමය.

වකුගඩු රෝගීන්ට පූර්ව ආරක්ෂාව (Precautions).

1) වකුගඩු රෝග ගැන දැනුවත් වීම සහ මුල් අවස්ථාවේ වකුගඩු රෝග ලක්ෂණ හඳුනා ගැනීමට අවදියෙන් සිටින්න. වකුගඩු රෝගයේ පොදු ලක්ෂණ නම් මුහුණ සහ පාද ඉදිමීම, ආහාර අරුචිය, ඔක්කාරය, වමනය, සුදුමැලිබව, ගතෙහි දුබල බව, නිතර මුත්‍රා කිරීමය. මුත්‍රාවල රුධිරය හෝ මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් තිබෙයැයි හඳුනාගත් විට වෛද්‍යවරයෙකු හමුවී වකුගඩු පරීක්ෂා කරවා ගැනීම සුදුසුය.

2) දියවැඩියා රෝගයේදී ගතයුතු ආරක්ෂක ක්‍රියාමාර්ග.

මුලු ලෝකය පුරාම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD) සහ වකුගඩු අකර්මණ්‍යට ප්‍රධාන හේතුව දියවැඩියාවයි. එනිසා සෑම දියවැඩියා රෝගියෙකුටම වකුගඩු රෝගයෙන් වැළකී ආරක්ෂාවීම වැදගත්ය. දියවැඩියාව නිසා වකුගඩු රෝගය අවසාන අවධියට පැමිණි අලුත් රෝගීන් ගණන 45% කි. දියවැඩියා සහිත වකුගඩු රෝගීන් කල් ඇතිව හඳුනා ගැනීමට සරල සහ ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමය නම් ත්‍රෛයි මාසිකව රුධිර පීඩනය සහ මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන තිබීම (Macro Albuminuriya) පරීක්ෂා කිරීමය. දියවැඩියා වකුගඩු ආබාධ (Diabetic Nephropathy) කල් ඇතිව නිර්ණය කරගැනීමට මයික්‍රො ඇල්බියුමිනියුරියා (MA) සඳහා කරන මුත්‍රා පරීක්ෂණය ඉතා හොඳම සහ වැදගත් පරීක්ෂණයයි. එය අවුරුදු පතා කළ යුතුයි. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය දැනගැනීමට රුධිරයේ ක්‍රියැටිනින් සහ eGFR අවුරුද්දකට වතාවක් මැනගන්න.
අධි රුධිර පීඩනය, මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් තිබීම, ඉදිමීම, නිතර රුධිර සීනි අඩුවීම, ඉන්සියුලින් අවශ්‍යතාවය අඩුවීම, දියවැඩියා, ඇසක පෙනුම, (Diabetic Nephropathy) දියවැඩියාවට වකුගඩු බලපා ඇතිබව පෙන්නුම් කරන වැදගත් ඉඟිය. මෙම භයානක සංඥාවලින් වැළකීමට වෛද්‍යවරයෙකු හමුවන්න.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වළකාගැනීමට සියලුම දියවැඩියා රෝගීන් බොහෝ සැලකිලිමත්ව දියවැඩියාව පාලනය කිරීම, රුධිර පීඩනය 130/80 mm Hg ට අඩුවෙන් පවත්වා ගැනීම, ආහාර වේලේ ප්‍රෝටීන් අඩු කිරීම, මේදය පාලනය කිරීම අවශ්‍යය. (ACE Inhibitor) නිශේධක හෝ ARB වඩා හොඳ ප්‍රතිරුධිර පීඩන බෙහෙත්ය.

3) අධි රුධිර පීඩනය සහිත රෝගීන්ට පූර්ව ආරක්ෂාව.

අධි රුධිර පීඩනය නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට දෙවෙනි පොදු හේතුවයි. එය වැළැක්විය හැකිය. බොහෝ අධි රුධිර පීඩනයෙන් පෙළෙන රෝගීන්ගේ කිසිම ලක්ෂණයක් දැකගැනීමට නැති වුවත් එම රෝගීන් නිසි පිළිවෙළට ප්‍රතිකාර නොගැනීම හෝ ප්‍රතිකාර නතර කිරීම කරති. සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවක් තමාට බෙහෙත් නොමැතිව සුවය දැනෙන නිසා බෙහෙත් නවත්වයි. එය භයානකය. දිගු කලක් අධි රුධිර පීඩනය පාලනය නොවුවහොත් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය, හෘදයාබාධ සහ ආඝාතය වැනි බරපතල ප්‍රශ්න ඇති කරයි.
වකුගඩු රෝග වලින් වැළකීමට අධි රුධිර පීඩනය ඇති රෝගීන් නිතර වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර, නිතර රුධිර පීඩනය පරීක්ෂා කිරීම, ලුණු පාලනය කර නිවැරදි ආහාර වේලක් ලබාගත යුතුයි. මෙම චිකිත්සාවේ අරමුණ රුධිර පීඩනය 130/80 mm Hg ට වඩා අඩුවෙන් තබාගැනීමය. වකුගඩු ආබාධ කල් ඇතිව දැන ගැනීමට සියලු අධිරුධිර පීඩන රෝගීන් මූත්‍රා සහ රුධිර, ක්‍රියැටිනීන් පරීක්ෂා කළයුතුයි.

4) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන්ට පූර්ව ආරක්ෂාව.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය සුව කළ නොහැක. නමුත් කල් ඇතිව රෝග නිර්ණය සහ ඉන්පසුව ආහාර පාලනය, නිතර පසු විපරම් කිරීම සහ නිවැරදි ප්‍රතිකාර නිසා රෝග වර්ධනය අඩාලකර රුධිර කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීම කල් දමයි. අධි රුධිර පීඩනය දවස පුරා

විධිමත්ව පාලනය කිරීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වර්ධනය වැළැක්වීමට ඉතා හොඳම ප්‍රතිඵලදායි පියවරකි.

රුධිර පීඩනය130/80 mm Hg හෝ ඊට අඩුව තබා ගැනීම ඉහලින්ම නිර්දේශ කරනු ලැබේ. පූර්ණ පාලනය සඳහා හොඳම ක්‍රමය රුධිර පීඩනය ගෙදරදී නිතර පරීක්ෂා කර සටහනක් පවත්වා ගෙන යාමය. රුධිර පීඩනයට ප්‍රතිකාර කිරීමට එය ඉවහල් වේ. (CKD) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන රෝගීන් (CKD) මන්දාතතිය, විජලනය, මූත්‍රා මාර්ගයේ බාධා, පූතිය (Sepsis) වකුගඩු වල විෂ ඖෂධ ආදිය තිබේදැයි හඳුනාගත යුතුයි. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී වුවත් මෙම සාධක ක්ෂණිකව පාලනය කිරීමෙන් වකුගඩුවල දියුණුවක් ඇතිවේ.

5) පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය කල් ඇතිව දැනගැනීම සහ ප්‍රතිකාර.

Autosomal, Dominant, Polycystic වකුගඩු රෝගය(ADPKD) කාන්දුකරණය කරමින් සිටින 6-8% දක්වා රෝගීන් සංඛ්‍යාවකගේ වකුගඩුවල ඉතාම පොදු සහ උග්‍ර පාරම්පරික සංකූලතාවකි. පවුල් ඉතිහාසයේ පොලිසිස්ටික් රෝගය තිබූ වැඩිහිටියෙකුට වකුගඩු රෝගය ඉහළ අවදානමක් ඇති නිසා එම රෝගය කලින් හඳුනා ගැනීමට අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයක් ගැන සළකා බැලිය යුතුයි. PKD සුව කළ නොහැක. නමුත් අධි රුධිර පීඩනය පාලනය, මූත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන ප්‍රතිකාර, ආහාර පාලනය සහ ඒ සඳහා සුදුසු ප්‍රතිකාර රෝගයේ ලක්ෂණ පාලනය කිරීම සංකූලතා වළක්වා වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ හීනවීමේ වේගය සෙමෙන් සිදුකරයි.

6) ළමුන්ගේ මූත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන මුල් අවස්ථාවේ හඳුනා ගැනීම සහ ප්‍රතිකාර.

කොයි වේලේ හෝ දරුවෙකුට පැහැදිලි කළ නොහැකි උණ, නිතර මූත්‍රා කිරීම, මූත්‍රා දැවිල්ල, ආහාර අරුචිය, දුර්වල ආකාරයේ බර වැඩි වීම

සිදුවේ නම් එය මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාධනයකැයි සැක කළ හැක. උණත් සමග ඇති වන මුත්‍රා මාර්ග ආසාධන හඳුනා නොගතහොත් පසුව ප්‍රතිකාර කළවිට හෝ සම්පූර්ණයෙන් ප්‍රතිකාර සිදු නොවුයේ නම් වකුගඩුවලට හානි වීමේ අවදානමක් ඇති බව මතක තබාගැනීම වැදගත්ය. එවැනි හානියකදී වකුගඩු කැළැල්, වකුගඩු වැඩීම බාල වීම, අධි රුධිර පීඩනය සහ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම ජීවිතයේ පසුකාලයකදී සිදුවිය හැක. මේ හේතු නිසා ළමුන්ගේ මුත්‍ර මාර්ග ආසාදන කල් ඇතිව හඳුනා ගෙන වහාම ප්‍රතිකාර කළ යුතු මෙන්ම පරිස්සම් සහිත ඇගයීමක් කර ඇතිවිය හැකි, විකෘතිතා සහ අවදානම් සාධක හඳුනා ගත යුතුයි. වෙසිකෝරටරල් රිෆ්ලක්ස් [Vesicoureteral Urine Reflux – (VUR)] එහිදී මුත්‍රාශයේ සිට මුත්‍රා පිටුපසට වහනය වී මුත්‍රාවාහිනී එකකට හෝ දෙකකට වහනය වී වකුගඩු වලට ගමන් කරයි. මෙය ළමා කාලයේදී දක්නට ලැබෙන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලින් 50% ටම හේතුවයි. මුත්‍රා මාර්ග ආසාධන ඇති ළමුන්ගේ මෙම රෝගය ගැන පසු විපරම අනිවාර්යයි.

7) වැඩිහිටියන්ගේ නිරන්තර මුත්‍රා මාර්ගික ආසාදන.

මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන නැවත නැවත ඇති වීම හෝ චිකිත්සාව ප්‍රමාණවත් ප්‍රතිචාර නොදක්වයි නම් සියලුම රෝගීන්ගේ සැඟවුණු සාධක හඳුනා ගැනීම අවශ්‍යය. ප්‍රතිකාර නොකළොත් සමහර සැඟවුණු හේතු (උදා : මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධා, ගල් තිබීම) වකුගඩුවලට හානි සිදුවීමේ අවදානමක් ඇතිවේ. කල් ඇතිව රෝග හඳුනා ගැනීම සහ සැඟවුණු තොරතුරුවලට ප්‍රතිකාර වැදගත්ය.

8) ගල් හටගැනීම නිසා ඇතිවන රෝග සඳහා විධිමත් කළමණාකරනයක් සහ BPH.

ගල් සහිත රෝග ඇති බොහෝ රෝගීන්ට රෝග ලක්ෂණ පහළ නොවේ. එනිසා රෝගය හඳුනා ගැනීමට නොහැකිව නියමිත වේලාවට ප්‍රතිකාර ගැනීම පැහැර ගොස් ඇත. අකර පුරස්ථීය අති ප්ලාස්මීයතාව (Benign Prostatic Hypertrophy) තිබෙන බොහෝ වැඩිහිටි පුරුෂයෝ ඔවුන්ගේ රෝග ලක්ෂණ දිගුකාලීනව නොසළකා සිටිති. ගල් රෝග සහ BPH ප්‍රතිකාර නොකළොත් වකුගඩුවලට හානි සිදුවිය හැක.

9) තරුණ වයසේදී අධි රුධිර පීඩනය අතපසු නොකළ යුතුයි.

තරුණ වයසේදී ඇතිවන අධි රුධිර පීඩනය සුළහව දක්නට ලැබෙන දෙයක් නොවේ. සැබෑ ඇති හේතුව සොයා බැලීමට දැඩි පරීක්ෂාවට භාජන කළ යුතුයි. තරුණයන්ට වැළදෙන ඉතා තදබල අධි රුධිර පීඩනයට හේතුව වකුගඩු රෝගයයි. කල් ඇතිව වකුගඩු රෝගය විනිශ්චය කිරීම සඳහාත් වකුගඩුව ආරක්ෂා කිරීමට නිවැරදි චිකිත්සාවක් සඳහාත් සෑම අධි රුධිර පීඩනය සහිත තරුණ රෝගියෙකුටම නිසි ඇගයීමක් අනිවාර්ය වේ.

10) තීව්‍ර වකුගඩු අක්‍රියවීම සම්බන්ධව කල් ඇතිව කළයුතු ප්‍රතිකාර.

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමට ප්‍රධාන හේතු වන්නේ (වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය හදිසියේ අඩුවීම) පාචනය, වමනය, ෆැල්සිපාරම් මැලේරියාව, මන්දආතතිය, පූතිය සහ සමහර ඖෂධ (ACE inhibitor - නිශේධක , NSAID) යනාදියයි. එම හේතුවලට කල් ඇතුව සහ නිවැරදි ප්‍රතිකාර කිරීමෙන් වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම වළක්වා ගත හැක.

11) ඖෂධ භාවිතය ගැන කල් ඇතිව දැනුම් දීම.

අවදියෙන් සිටින්න. කවුන්ටරයෙන් ලබාගන්නා වේදනානාශක විශේෂයෙන් වැඩිහිටියන්ගේ (වේදනා නාශක) වකුගඩු හානියට අවදානමක් ඇතිකරයි. එවැනි ඖෂධ දැන්වීම් පළකරන නමුත් ඒවායේ හානිකර ප්‍රතිඵල එළිදරව් කරන්නේ කලාතුරකිනි. ඔලුවේ කැක්කුමට සහ ශරීරයේ කැක්කුම්වලට වේදනානාශක ගැනීමෙන් වළකින්න. තමා විසින්ම බෙහෙත් කර ගැනීම සහ අනවශ්‍ය බෙහෙත් වලින් වැළකෙන්න. වෛද්‍යවරයෙකුගේ අධීක්ෂණය යටතේ ගන්නා ඖෂධ ආරක්ෂාකාරීය. සියලුම සාමාන්‍ය ඖෂධ (ආයුර්වේද බෙහෙත්, චීන බෙහෙත්, පැළ වර්ග) සහ අතිරේක ආහාර හානිදායක නොවේ යන්න වැරදි අදහසකි. ආයුර්වේද ඖෂධවල ඇති බර යකඩ, වකුගඩු හානිවීමට හේතුවේ.

12) තනි වකුගඩුවක් ඇති අයට පූර්ව ආරක්ෂාව

තනි වකුගඩුවක් ඇති පුද්ගලයින් සාමාන්‍ය නිරෝගී ජීවිතයක් ගත කරයි. ඔවුන්ට අමතර (දෙවෙනි) වකුගඩුවක් නොමැති නිසා ඇතැම් ආරක්ෂක ක්‍රියාමාර්ග ගත යුතුයි. රෝගියා රුධිර පීඩනය පාලනය කරගත යුතුයි. දියර වර්ග වැඩියෙන් පාවිච්චි කරන්න. නිරෝගී ආහාර වේලක් ගැනීම, ලුණු පාවිච්චිය සීමා කිරීම, ඉහළ ප්‍රෝටීන ඇති ආහාරවලින් වැළකී, තනි වකුගඩුව හානි වීම වළකා ගන්න. ඉතා වැදගත් ආරක්ෂක ක්‍රියාමාර්ග වන්නේ නිතර වෛද්‍ය පරීක්ෂණයට භාජන වීමය. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය පරීක්ෂාව සඳහා රුධිර පීඩනය මැනීම, මුත්‍රා සහ ලේ පරීක්ෂාව සඳහා අවුරුද්දකට වතාවක් වෛද්‍යවරයෙකු මුණ ගැසිය යුතුය. අවශ්‍ය නම් අල්ට්‍රා සොනොග්‍රෑම් (Ultra Sonogram) පරීක්ෂණය කළ යුතුයි.

දෙවෙනි කොටස

ප්‍රධාන වකුගඩු රෝග සහ ඒවාට කළයුතු ප්‍රතිකාර:

1) වකුගඩු අකර්මණ්‍යයෙන් වැළකීම, චිකිත්සාව සහ කළයුතු ප්‍රතිකාර

2) කාන්දුකරණය පිළිබඳ මූලික තොරතුරු

3) වකුගඩු බද්ධ කිරීම පිළිබඳ මූලික තොරතුරු

4) ප්‍රධාන වකුගඩු රෝග ගැන වැදගත් තොරතුරු

5) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට තෝරා ගතහැකි ආහාර රටාව සහ නුසුදුසු ආහාරවලින් වැළකී සිටීම

පරිච්ඡේදය 8

වකුගඩු අක්‍රියවීම යනු කුමක්ද?

වකුගඩුවක ප්‍රධාන කාර්යය වනුයේ අපද්‍රව්‍ය පෙරා ඉවත්කර ශරීරයේ වැඩිපුර දියරද ඉවත්කර විද්‍යුත් විච්ඡේදය මෙන්ම ඇසිඩ් පදනමේ තුලිත බව පවත්වාගෙන යාමයි. මෙම කාර්යයන් කිරීමේ හැකියාව අඩුවීම වකුගඩු වෘක්ක අකර්මණ්‍යයයි.

වකුගඩු අකර්මණ්‍යය වීම තීර්ණය කරන්නේ කෙසේද?

වකුගඩුවේ රුධිර ක්‍රියැටිනින් මට්ටම සහ යූරියා මට්ටම වකුගඩුවල නිසි ක්‍රියාකාරීත්වය පෙන්නුම් කරයි. ඒවායේ අගය වැඩිවීම වකුගඩු දෙකේම පැවතිය යුතු ක්‍රියාකාරීත්වය අඩුබව තීරණය කරයි. සේරම් ක්‍රියැටිනින්වල සුලු වැඩිවීමක් වුවත් වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ සැළකිය යුතු අඩුවීමක් පිළිබිඹු කරන බව මතක තබා ගැනීම වැදගත්ය. සේරම් ක්‍රියැටිනින් අගය 1.6mg/dl නම් වකුගඩුවල ක්‍රියාකාරීත්වය 50% න් අඩුබව තීරණය කරයි.

එක් වකුගඩුවක් අක්‍රිය වූවිට වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වී ඇතැයි කිව හැකිද?

නැත. වකුගඩු දෙකෙන් එකක් අක්‍රිය වූවිට හෝ එක් වකුගඩුවක් ඉවත් කළොත් සමස්ත වකුගඩු පද්ධතියම බලපෑමක් වේ යැයි කිව නොහැකි වන්නේ නිරෝගී වකුගඩුව වකුගඩු දෙකෙන්ම කරන කාර්ය භාරය බාරගන්නා බැවිනි.

වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමේ ප්‍රධාන ප්‍රභේද දෙක:

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සහ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය.

- **තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය**

කලින් සඳහන් කළ අන්දමට තීව්‍ර වෘක්ක අකර්මණ්‍ය (ARF) සහ මෑතකදී නම් කර ඇති ආකාරයට තීව්‍ර වකුගඩු තුවාල වීම (AKI)) කෙටි කාලයකදී ශරීරයේ විවිධ අසමතුලිතතාවන් නිසා වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය කෙටි කාලයකදී අඩුවීම හෝ ක්‍රියාකාරීත්වය නැතිවී යයි. මේ වර්ගයේ වකුගඩු අක්‍රියතාව සාමාන්‍යයෙන් තාවකාලිකය. බොහෝ රෝගීන්ගේ මෙම වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නිසි ප්‍රතිකාර මගින් සාමාන්‍ය තත්වයට පැමිණේ.

- **නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය**

මාස කිපයක සිට අවුරුදු ගණනක් දක්වා වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ සෙමෙන් වන අක්‍රියවීමේ වර්ධනය සහ ආපසු හැරවිය නොහැකි වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය යැයි කියනු ලැබේ. (කලින් සඳහන් කළ නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍ය - CRF) මෙම සුව කළ නොහැකි වකුගඩු රෝගයේ වකුගඩු අක්‍රියවීම සෙමෙන් දිගින් දිගටම සිදුවේ. දිගු කලකට පසු වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය සම්පූර්ණයෙන් නවතින අවධියකට පැමිණේ. මෙම උත්සන්න සහ ජීවිතයට තර්ජනයක් වන තත්වයට පැමිණෙන මෙම රෝගය හඳුන්වන්නේ වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අවස්ථාව ලෙසය - ESKD. (හෝ වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අවධිය ESRD)

> වකුගඩු අකර්මණ්‍ය හඳුනා ගත්විට වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය 50% ක් පමණ ඒ වනවිට හානිවී ඇත.

පරිච්ඡේදය 9

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවය

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවයේදී (තීව්‍ර වකුගඩු අනතුර හෝ තීව්‍ර වෘක්ක අකර්මණ්‍ය - ARF) කෙටි කාලයක් තුල වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය අනතුරුදායක තත්වයට පත්වීම (පැය කීපයක්, දින හෝ සති) සිදුවේ. එය තාවකාලික සහ ආපසු සාමාන්‍ය තත්වයට පත්කළ හැක.

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට හේතු මොනවාද?

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යය විවිධ හේතු නිසා සිදුවේ. වැදගත් හේතු වනුයේ:

1) වකුගඩුවලට රුධිරය අඩුවෙන් සැපයීම: පාචනය නිසා ඇතිවන තදබල විජලනය, රුධිර වහනය, පිළිස්සීම් හෝ විවිධ හේතුන් නිසා ඇතිවන රුධිර පීඩනය අඩුවීම.

2) තදබල ආසාදනයකදී, අසාධ්‍ය රෝගයකදී හෝ තදබල ශල්‍ය කර්මයකට පසුව.

3) මුත්‍රා මාර්ගයේ හදිසි බාධාවකදී (හිරවීමකදී): මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධාවක් වශයෙන් නිතර සිදුවන හේතුව වකුගඩුවේ ගලක් පිහිටීමය.

4) අනෙකුත් ප්‍රධාන හේතු: ෆැල්සිපාරම් මැලේරියාව, ලෙප්ටොස්පිරෝහියාව, නයෙක් දෂ්ට කිරීමේදී, සමහර වකුගඩු රෝග, පිළිසිඳ ගැනීමකදී, සමහර ඖෂධ නිසා ඇතිවන සංකූලතා සහ අහිතකර ප්‍රතිඵල. (NSAIDs, ඇමිනෝග්ලයිකොසයිඩ්ස්, විකිරණ වෙනස යනාදියයි)

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවය සිදුවූ විට පෙන්නුම් කරන ලක්ෂණ:

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී අපද්‍රව්‍ය වේගයෙන් එකතු වීම, ද්‍රවවල සහ විද්‍යුත් විච්ඡේදයේ තුලිතතාවේ විෂමතාවක් සිදුවී කෙටි කලක් තුල වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නරක අතට හැරේ. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ හදිසි බාධාවීම නිසා රෝගියා කල් ඇතිව සැළකිය යුතු ලක්ෂණ වර්ධනය කරයි.
පහලවන ලක්ෂණවල වර්ගය සහ ඒවායේ භයානක බව රෝගියාගෙන් රෝගියාට වෙනස් වේ.

තීව්‍ර වකුගඩු අක්‍රිය වීම වේගයෙන් සිදුවන සහ සාමාන්‍යයෙන් තාවකාලික වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ තාවකාලික අනතුරුදායක තත්වයකි.

1) සැඟවුණු හේතු නිසා පහලවන ලක්ෂණ (පාචනය, රුධිර හිඟකම, උණ, ශරීරය සීතල වීම යනාදිය) වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට හේතු වේ.

2) පිටකරන මුත්‍රා ප්‍රමාණය අඩුවීම, (සුලු රෝගීන් කිහිපදෙනෙකුගේ මුත්‍ර පිටකිරීම සාමාන්‍ය තත්වයේ පැවතුණත්) දියර ප්‍රමාණය ශරීරයෙන් පිට නොකර නතරවීම, කකුලේ වළලුකර හෝ පාද ඉදිමීම සහ බර වැඩිවීම.

3) කෑම අරුචිය, ඔක්කාරය, වමනය, ඉක්කාව, ශරීර තෙහෙට්ටුව, කම්මැලිකම, සිතේ ව්‍යාකූලබව.

4) ශරීරයේ ඉතා ඉහළ පොටෑසියම් තත්වයක් ඇති වූවිට ආශ්වාස ප්‍රාශ්වාස කිරීමට ආමාරුවීම, පපුවේ කැක්කුම, වලිප්පුව සහ සිහි මූර්ජාව, රුධිරය වහනය කිරීම සහ හෘද ගැස්ම අසාමාන්‍ය වීම වැනි ජීවිතයට තර්ජනයක් වන තදබල ලක්ෂණ ඇතිවීම.

5) වකුගඩු අකර්මණ්‍ය මුල් අවධියේදී සමහර රෝගීන්ට ලක්ෂණ පහල නොවේ. ඔවුන්ගේ එම රෝගය අහම්බෙන් හඳුනා ගන්නේ වෙනත් කාරණාවලට රුධිර පරීක්ෂණ කළවිටය.

තීව්‍ර වකුගඩු අක්‍රිය බව නිර්ණය කිරීම

බොහෝ වකුගඩු අකර්මණ්‍යය වීම ඇති රෝගීන්ට නම් කළ නොහැකි රෝග ලක්ෂණ තිබිය හැක. නැතහොත් කිසිම රෝග ලක්ෂණයක් පෙන්නුම් නොකරයි. තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවයට හේතු විය හැකි රෝග සහිත රෝගීන් අල්පමාත්‍රයක සැකයක් සහිත ලක්ෂණ තිබේනම් ඔහු නිතරම තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යද යන්න පිළිබඳ සැකයක් සිතේ ඇතිකරගෙන පරීක්ෂණ කරගත යුතුයි. වකුගඩු අක්‍රියවී දැයි තීරණය කරන්නේ රුධිර පරීක්ෂණ, (ක්‍රියැටිනීන් සහ රුධිර යූරියා වැඩිවීම) පිටකරන මුත්‍රා ප්‍රමාණය මැන බැලීමෙන්, මුත්‍රා පරීක්ෂණ සහ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ මගිනි. තීව්‍ර වකුගඩු අක්‍රිය වීමේ ඉතිහාසයක් ඇති රෝගීන් පරීක්ෂාකර ඊට හේතු සංකූලතා සහ රෝග වර්ධනය පිළිබඳ සමීක්ෂණ පැවැත් විය යුතුව ඇත.

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට ප්‍රතිකාර

නිසි කළමනාකරණයෙන් බොහෝ රෝගීන්ගේ වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාව වැළැක්විය හැකි නමුත් අපිළිවෙලට ප්‍රතිකාර ගැනීම හෝ ප්‍රතිකාර කිරීම ප්‍රමාද වීම නිසා තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැක.

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය කළමනාකරණය සඳහා ගතයුතු ප්‍රධාන පියවර:

1) වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට හේතු සොයා බලා ඒවා නිවැරදි කිරීම හෝ ප්‍රතිකාර කිරීම
2) ඖෂධ චිකිත්සා සහ සහාය පියවර
3) ආහාරවේල පිළිබඳ උපදෙස්
4) රුධිර කාන්දුකරණය

1) වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමට හේතු නිවැරදි කිරීම / ප්‍රතිකාර

- තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ කළමනාකරණයේ වැදගත්ම අරමුණ වන්නේ සැඟ වී ඇති හේතුව හඳුනා ගෙන ප්‍රතිකාර කිරීමයි.
- සැඟවුණු හේතුවන මන්දාතතිය, ආසාදන, මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධා යනාදියට නිශ්චිත ප්‍රතිකාර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සුවකර ගැනීමට ඉතා වැදගත්ය.
- වකුගඩු තවදුරටත් හානි වීම වැළැක්වීමට සහ පසුව එය ක්‍රමයෙන් සුව වන අතට හැරීමට ඉඩ සැලසේ.

2) ඖෂධ චිකිත්සා සහ සහාය පියවර

- වකුගඩුවලට සහාය දීම සහ සංකූලතා වලට ප්‍රතිකාර කිරීම හෝ ඒවා වැළැක්වීම අරමුණයි.
- ආසාදන සඳහා ප්‍රතිකාර කිරීම සහ වකුගඩුවට විෂවන සහ හානිදායක ඖෂධ වලින් වැළකීම. (උදා: NSAIDS)
- අධිමූත්‍රක (Diuretics) භාවිතය: ෆෘසමයිඩ් (Frusomide) වැනි ඖෂධ මුත්‍ර පරිමාව වැඩි කිරීමට, ශරීරයේ ඉදිමීම අඩුකිරීම සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුවද වළක්වයි.
- සහයෝගිතා චිකිත්සාව: අධිරුධිර පීඩනය හෝ අඩු රුධිර පීඩනය නිවැරදි කිරීමටත් ඔක්කාරය සහ වමනය, රුධිර පොටැසියම් පාලනය කිරීමට, හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව අඩුකිරීමට, වලිප්පුව පාලනය කිරීමටත් ඖෂධ දෙනු ලැබේ.

> තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී නිසි ප්‍රතිකාර වලින් සම්පූර්ණයෙන් වකුගඩු සුවවේ.

3) ආහාර පිළිබඳ උපදෙස්

- නිසි ආහාර පාලනය තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ සංකූලතා හෝ ලක්ෂණ වළකාලීම හෝ අඩුකිරීම කරයි.
- මනින ලද දියර ප්‍රමාණය ගැනීම – මුත්‍රා පරිමාව සහ ශරීරයේ ඇති දියර තත්වය මතක තබාගෙන දිනපතා ගතයුතු දියර ප්‍රමාණය සැලසුම් කළ යුතුයි. ජලශෝථ තත්වය (Edema) සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතා වැනි සංකූලතා වැළැක්වීමට අවශ්‍ය දියර ප්‍රමාණය ගැනීම පාලනය කිරීම අවශ්‍යය.
- පොටැසියම් ගන්නා ප්‍රමාණය පාලනය - පොටැසියම් වැඩි ආහාර ගැනීම උදා: පලතුරු, පලතුරු බීම වර්ග, වියළි පලතුරු ගැනීම වළක්වන්න. රුධිරයේ ඉහළ පොටැසයම් තත්වය (Hyperkalemia) එනම් හයිපර්කැලේමියා රෝගය ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැකි සංකූලතාවක් වන එය වළක්වා ගැනීමට පොටැසියම් වැඩි ආහාර නොගැනීම කළයුතුයි.
- ගන්නා ලුණු ප්‍රමාණය පාලනය – පිපාසය, ඒඩීමාව සහ සංකූලතා වන අධිරුධිර පීඩනය සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව අඩුකිරීමට ලුණු ගැනීම පාලනය කළයුතුයි.
- ප්‍රමාණවත් පෝෂදායි ආහාර සහ කැලරි පරිපූරක ලබා දිය යුතුයි (Supplementation).

4) කාන්දුකරණය

තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකට තම වකුගඩුව නියම ක්‍රියාකාරීත්වයට පැමිණෙන තෙක් කාන්දුකරණය මගින් වකුගඩු ක්‍රියාත්මක කරගැනීමට (කෘතිම වකුගඩුවක්) කෙටි කාලයකට ප්‍රතිපූරණය කළයුතුයි.

කාන්දුකරණය යනු කුමක්ද?

- හානි වූ වකුගඩුවේ ක්‍රියාකාරීත්වය ලබා ගැනීමට කාන්දුකරණය කෘතිම ක්‍රියාවලියකි. තදබල වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීමකදී මිනිසුන්ගේ ජීවිතය හානි වීම වළක්වා ගැනීමට එය උපකාර වේ. කාන්දුකරණයේ ප්‍රධාන ක්‍රියාකාරීත්වයන් වන්නේ අපද්‍රව්‍ය පිටකිරීම, වැඩි දියර ප්‍රමාණය අයින් කිරීම සහ ආම්ලික බව සහ විද්‍යුත් විච්ජේදයේ අනිසි ක්‍රියාකාරීත්වය නිවැරදි කිරීමයි. කාන්දුකරණය ප්‍රධාන වර්ග දෙකකි. හිමෝඩයලිසිස් සහ පෙරිටෝනියල් ඩයලිසිස්ය.

තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී නිසි ප්‍රතිකාර වලින් සම්පූර්ණයෙන් වකුගඩු සුවවේ.

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී කාන්දුකරණය අවශ්‍ය වන්නේ කවර අවස්ථාවලදීද?

ප්‍රමාණවත් ආරක්ෂාකාරි කළමනාකරණය තිබුණේ නමුත් වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ ලක්ෂණ සහ සංකූලතා වැඩි තදබල තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතා සහිත සමහර රෝගීන්ට කාන්දුකරණය අවශ්‍යය. තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය රෝගියෙකුගේ කාන්දුකරණයේ වැඩිපුර දැකිය හැකි ලක්ෂණයක් වනුයේ ශරීරයේ තදබල දියර අතිරික්තය, පාලනය කළ නොහැකි හයිපර්කැලේමියා තදබල ආම්ලිකතාවයයි.

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරය කොපමණ කාලයකට අවශ්‍යවේද?

- වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය යථා තත්වයට එනතෙක් සමහර තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති රෝගීන්ට තාවකාලික කාන්දුකරණයේ සහාය අවශ්‍යය.

- කාන්දුකරණයේ සහාය අවශ්‍ය වුවිට සති 1-4 කාලයකදී තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය රෝගීන්ට සාමාන්‍යයෙන් සුවය ලැබේ.
- වෘක්ක අකර්මණ්‍ය රෝගීන්ට එක් වරක් කාන්දුකරණය කළොත් පසුව ඔවුන්ට එය ස්ථිර අවශ්‍යතාවක් වේය යන්න වැරදි අදහසකි. තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය බව ඇති කෙනෙකුට ස්ථිර ලෙස කාන්දුකරණය කිරීමට ඇති භය නිසා කාන්දුකරණය පමාකිරීම ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැක.

තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයෙන් වැළකීම

- විය හැකි යැයි සිතන හේතුවලට සහ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නිතර පරීක්ෂණය අවශ්‍ය රෝගීන්ට කල් ඇතිව ප්‍රතිකාර අවශ්‍යය.
- මන්දාතතිය වැළැක්වීම සහ එහි ක්ෂණික නිවැරදි කිරීම.
- වකුගඩුවලට විෂවන ඖෂධ වලින් වැළකී ආසාදනයට ප්‍රතිකාර කර ඉක්මනින් පිටවන මූත්‍රා පරිමාව අඩුකරන්න.

> කාන්දුකරණය අවශ්‍ය වන්නේ දින කිහිපයක් සඳහා පමණි. නමුත් එය ප්‍රමාද කිරීමෙන් ජීවිතයට පවා තර්ජනයක් විය හැක.

පරිච්ඡේදය 10

නිධන්ගත වකුගඩු රෝග-හේතු

විවිධ වකුගඩු රෝග අතරේ නිධන්ගත වකුගඩු රෝග (CKD) භයානක රෝගයකි. එයට වෛද්‍ය විද්‍යාවේ ප්‍රතිකාරයක් නොමැත. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය, වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම මුලු ලෝකය පුරාම භයානක ආකාරයකට පැතිරෙමින් පවතී. පුද්ගලයන් දස දෙනෙකුගෙන් එක් කෙනෙකුට කුමන ආකාරයක හෝ නිධන්ගත වකුගඩු රෝග ඇත. දියවැඩියා රෝගය ඉහළ යන ප්‍රවණතාව, අධිරුධිර පීඩනය, ස්ථුලතාව, ධූම පානය සහ ඉහළ කොලෙස්ටරෝල් ප්‍රමාණයක් පැවතීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඉහළ යාමට ප්‍රධාන හේතුය.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය යනු කුමක්ද?

මාස ගණනක සිට අවුරුදු ගණනක් දක්වා ක්‍රම ක්‍රමයෙන් සහ වකුගඩු වලට නිත්‍ය වශයෙන් හානි වීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය නමින් හඳුන්වනු ලැබේ (CKD). රුධිර පරීක්ෂණයෙන් සහ සොනොග්‍රැෆිවලින් සේරම් ක්‍රියැටිනින් පරීක්ෂණවලදී අගය වැඩිවීම පෙන්නුම් කිරීම, වකුගඩු දෙකම කුඩාවීම, හැකිලීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ ප්‍රධාන ලක්ෂණය.

නිධන්ගත වෘක්ක අකර්මණ්‍යතාව (CRF) මීට පෙර පාවිච්චි කරන ලද ජනප්‍රිය නාමයකි. එය බොහෝ දුරට නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍ය යන නාමයට සාමානය. වකුගඩු අකර්මණ්‍ය යන්නෙන් අදහස් වන්නේ වකුගඩු සම්පූර්ණයෙන් ක්‍රියාත්මක වීම හෝ නැවති ඇත යන වැරදි අදහසක් ගම්‍ය වන හෙයින් (නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාව) CKD යන්න වඩා හොඳ නාමයකි. බොහෝ CKD අවස්ථාවන්හිදී එය එසේ නොවේ. CKD ඇති බොහෝ මිනිසුන්ට සුලු වශයෙන් හෝ මධ්‍යස්ථ

ප්‍රමාණයෙන් වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ අඩුවීමක් සිදුවී ඇති නමුත් වකුගඩු ඇත්ත වශයෙන්ම අකර්මණ්‍ය වී නැත.

වකුගඩු රෝග සම්බන්ධ අවසන් අවධිය කුමක්ද?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ උත්සන්න අවධිය, (Stage 5 CKD) එය වකුගඩු හානිය යනුවෙන්ද හඳුන්වනු ලැබේ. වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අවධිය වශයෙන් (ESKD) හෝ වෘක්ක රෝගයේ අවසාන අවධිය වශයෙන් (ESRD) යනුවෙන්ද හඳුන්වනු ලැබේ. වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අවධියේදී එහි ක්‍රියාකාරීත්වය සම්පූර්ණයෙන් හෝ සම්පූර්ණයෙන්ම වාගේ හානිවීමක් ඇත. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයෙන් 10% කට වඩා අඩු වීමක් (CKD) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ වඩා උත්සන්න තත්වයකදී එනම් වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අවධියේ (ESKD) දක්නට ලැබේ. අවසාන අවධියේ වකුගඩු රෝගය ආපසු හැරවිය නොහැක. ගතානුගතික කළමනාකරණයෙන් පමණක් එය පාලනය කළ නොහැකිවන අතර ජීවිතය පවත්වා ගෙන යාමට කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමක් අවශ්‍ය වේ.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට හේතු කවරේද?

වකුගඩුවලට ස්ථිර හානියක් වීමට කොන්දේසි ගණනාවක් හේතුවිය හැක. නමුත් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට ප්‍රධාන හේතු දෙක වන්නේ දියවැඩියාව සහ අධිරුධිර පීඩනයයි. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයෙන් (CKD) **2/3** කට හේතු වන්නේ ඉහත කරුණු දෙකය.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට වැදගත් හේතු වන්නේ :

1) දියවැඩියාව - නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති **35%-40%** ප්‍රමාණයකට වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට ප්‍රධාන හේතු වන්නේ දියවැඩියාවය. දළ වශයෙන් දියවැඩියාව ඇති සෑම තුන්දෙනෙකුගෙන් එක්කෙනෙක් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ අවදානමට පාත්‍ර වීමට ප්‍රවණතාවක් ඇත.

2) අධිරුධිර පීඩනය - සියලු නිධන්ගත වකුගඩු රෝග වලින් (CKD) **30%** කට ප්‍රතිකාර නොකළ හෝ දුර්වල ලෙස ප්‍රතිකාර ලැබීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට ප්‍රධාන හේතුව වී ඇත. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට හේතුව කුමක් වුවත් අධිරුධිර පීඩනය ස්ථිර වශයෙන්ම නව දුරටත් වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයට හානි පමුණුවයි.

3) ග්ලෝමේරුලොනෙෆ්‍රයිටිස් (Glomerulonephritis) - ගුච්චිකා වෘක්ක ප්‍රදාහය. මෙම සංකූලතාවය, අසනීප අතර තෙවැනි තැන ගන්නා එය බොහෝමයක් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගවලට හේතුවේ.

4) පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය (Polycystic) - නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ පාරම්පරිකව පැවතෙන ඉතා සුලභව දක්නට ලැබෙන වකුගඩු දෙකේම බහුකෝෂ්ඨ (Multiple Cysts) තිබීම විශේෂ ලක්ෂණයකි.

5) වෙනත් හේතු - වකුගඩු වයසට යාම, වෘක්ක ධමනි පටුවීම (Stenosis), මුත්‍රා වාහිනියට ගල් නිසා බාධා වීම හෝ විශාලවූ පුරස්ථි ග්‍රන්ථිය, ඖෂධ වලින් සහ විෂ වර්ග ශරීරගත වීමෙන් වකුගඩු වලට හානිවීම, ළමුන්ට නැවත නැවත සැදෙන වකුගඩු ආසාදන සහ මුත්‍රා පිටුපසට වහනයවී වෘක්කවලට ගමන් කිරීමය. (Reflux Nephropathy)

> නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට සුලභ හේතු දෙකක් වන්නේ දියවැඩියාව සහ අධිරුධිර පීඩනයයි.

පරිච්ඡේදය 11

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය: ලක්ෂණ සහ රෝග විනිශ්චය

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ (CKD) වකුගඩු අක්‍රිය වීමට මාස ගණන්වල සිට අවුරුදු දක්වා කාල පරාසය තුල කාලය ගතවීම නිසා නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ අහිතකර ප්‍රතිඵලවලට ශරීරය හැඩ ගැසේ. ඊට අමතරව වකුගඩුවට එහි ක්‍රියාකාරීත්වයේ ප්‍රශ්න වලදී ඒවාට අනුගතවීමට සැලකිය යුතු හැකියාවක් ඇත. මෙම හේතු නිසා නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය තිබෙන (CKD) බොහෝ දෙනෙක් වකුගඩුවේ ක්‍රියාකාරීත්වය බොහෝ දුරට හානිවන තෙක් එහි ලක්ෂණ පෙන්නුම් නොකරයි.

වකුගඩු ශරීරයට උවමනා විවිධ කාර්යයන් (අපද්‍රව්‍ය සහ අතිරික්ත දියර බැහැර කිරීම, රුධිර පීඩනය පාලනය, රසායනික ද්‍රව්‍ය තුලිත කිරීම, රතුවන් රුධිරාණු සෛල නිපදවීම යනාදිය) සිදුකරයි. එමනිසා විවිධ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයන්හිදී සිදුවන සංකුලතාවල ප්‍රමාණය සායන ප්‍රශ්න සහ ලක්ෂණ පුද්ගලයාගෙන් පුද්ගලයාට පුලුල් වශයෙන් වෙනස් වේ.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ ලක්ෂණ මොනවාද?

රෝගයේ බරපතලකම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ ලක්ෂණ අනුව විවිධ වෙයි. නිශ්චිත අවබෝධය සහ වඩා සුදුසු කළමනාකරණ උපාය මාර්ග සඳහා නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ගුච්චිකා පෙරීමේ අනුපාතය අනුව (Glomerular Filteration Rate) GFR අදියර 5කට බෙදා ඇත. රුධිරයෙන් අපද්‍රව්‍ය පෙරීම කොයිතරම් දුරට සාර්ථකව සිදුවේ දැයි GFR පෙන්නුම් කරන අතර රුධිර පරීක්ෂණයකදී ක්‍රියැටිනින් අගයේදී එය ඇස්තමේන්තු

කළ හැක. GFR වකුගඩුවල නිවැරදි ක්‍රියාකාරීත්වය පෙන්නුම් කරන මිම්මක් වන අතර එහි සාමාන්‍ය වටිනාකම 90 ml/min වලට වැඩිය.

අදියර	අදියර 1	අදියර 2	අදියර 3	අදියර 4	අදියර 5
	සාමාන්‍ය GFR (ගුච්චිකා පෙරීමේ අනුපාතය)	සුලු CKD තිවු වකුගඩු අකර්මණ්‍යය	මධ්‍යම CKD	උත්සන්න CKD	අවසාන අදියර CKD
GFR ගුච්චිකා පෙරීමේ අනුපාත ය	>90 ml/min	60/89 ml/min	30-59 ml/min	15-29 ml/min	< 15 ml/min

CKD මුල් අවධිය 1 - (වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය 90-100%)

වකුගඩුවලට හානි සිදු නොවූ, කල් ඇතිව කිසිම ලක්ෂණයක් නොපෙන්වන, නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය පෙන්වන අදියරයයි (සේරම් ක්‍රියැටිනින් අගය සාමාන්‍යය). නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD) 1 වන අදියර හඳුනාගත හැක්කේ සාමාන්‍ය රසායනාගාරයේ කෙරෙන පරීක්ෂණ මිනුම්වලින් හෝ අනෙකුත් රෝග ඇගයීම් කරනවිටදී හෝ කලාතුරකින් සිදුවන රෝග විනිශ්චයන් කිරීමේදිය. CKD 1 වන අදියර හඳුනාගත හැකි ඉඟිවන්නේ, මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන පිටවීම, X-රේ හිදී දැකිය හැකි

ව්‍යුහාත්මක හානිය, අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් MRI හෝ CT හෝ පවුල් ඉතිහාසයේ බහුකෝෂ්ඨ (Polycystic) වකුගඩු රෝගය තිබීමය.

CKD මුල් අවධියේදී බොහෝ අය කිසිම ලක්ෂණයක් නොපෙන්වයි.

CKD අදියර 2 (වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය 60-89%)

මෘදු CKD. මෙම රෝගීන් කිසිම ලක්ෂණයක් පෙන්නුම් නොකරයි. අදියර 2-CKD ලක්ෂණ වන්නේ රුධිර පීඩනය ඉහළ යාම, මුත්‍රා අසාමාන්‍යතා සහ සාමාන්‍ය හෝ මද වශයෙන් ක්‍රියැටිනින් අගය ඉහළ යාමත්ය.

CKD අදියර 3 (වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය 30-59%)

මධ්‍යස්ථ CKD. මෙම රෝගීන් කිසිම ලක්ෂණයක් නොපෙන්වයි හෝ සුලු ලක්ෂණ පහල විය හැකි අතර ඒ සමඟම මුත්‍රා අසාමාන්‍යතා සහ ඉහළ සේරම් ක්‍රියැටිනින් අගයක් පෙන්නුම් කරයි.

CKD අදියර 4 (වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය 15-29%)

දරුණු CKD. අදියර 4 දී ලක්ෂණ වල පුලුල් පරාසයක් ඇත. එය සුලු අපැහැදිලි හෝ විශේෂිත නොවන රෝග ලක්ෂණ වල සිට තරමක් බරපතල රෝග ලක්ෂණ දක්වා වෙනස් වෙන අතර නිතරම වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ සැඟවුණු හේතු සහ ඒ හා සම්බන්ධ රෝග මත රඳා පවතී.

CKD අදියර 5 (වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය 15% ට අඩු)

ඉතා දරුණු හෝ අවසන් අදියර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයයි. අදියර 5 CKD හිදී රෝග ලක්ෂණ පුලුල් පරාසයක් ඇති අතර ඒවා මධ්‍යස්ථ හෝ උත්සන්න රෝග ලක්ෂණ වල සිට ජීවිතයට තර්ජනයක් වන සංකූලතා දක්වා වෙනස් වෙයි. මෙ අවදියේදී ඉක්මනින් ක්‍රියාකාරී වන ප්‍රබල ඖෂධ චිකිත්සාව ලබා දුන්නත් වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ රෝග ලක්ෂණ වර්ධනය වීම සහ බොහෝ රෝගීන්ට කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍ය වේ.

තරුණවියේදී ඇතිවන දරුණු වූ පාලනය කළ නොහැකි අධිරුධිර පීඩනය තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී (CKD) දැකිය හැකි සුලභ පෙන්නුම් කිරීමකි.

වකුගඩු රෝගයේ පොදු ලක්ෂණ:

- කෑම අරුචිය, ඔක්කාරය, වමනය
- දුර්වලකම වෙහෙස දැනීම සහ බර අඩුවීම
- කකුල්වල පහත කොටසේ, අත් හෝ මුහුණේ ඇස් වටා ඉදිමුම (එඩීමා)
- අධි රුධිර පීඩනය - විශේෂයෙන් තරුණ වයසේදී හෝ තදබල පාලනය කල නොහැකි අධි රුධිර පීඩනය
- වකුගඩු වල අඩුවෙන් එරිත්‍රොපොයිටින (Erythropoietin) නිෂ්පාදනය වීමෙන් ඇතිවන රක්තහීනතාවය නිසා අහිතකර සෞඛ්‍ය තත්වයක් සහ මලානික බව
- නින්ද නොයාම, කල්පනා ශක්තිය අඩුවීම සහ කැරකැවිල්ල
- කැසීම, මස්පිඩු පෙරලීම, නොසන්සුන් බව

- ඉල ඇට වලට පහලින් ශරීරයේ පිටුපස වේදනාව
- සාමාන්‍යයට වඩා නිතරම මුත්‍රා පහ කිරීමට ඇති උවමනාව විශේෂයෙන් රාත්‍රියට
- වැඩිහිටියන්ගේ අස්ථිවල වේදනාව සහ අස්ථිවල බිඳීම, ළමයින්ගේ වැඩීම බාල කිරීම ඊට හේතුව වකුගඩුවලින් ක්‍රියාකාරී විටමින් D නිෂ්පාදනය අඩු වීම නිසා
- ලිංගික උනන්දුව අඩුවීම සහ පුරුෂයින්ගේ ප්‍රාණවත්වීමේ පීඩනයක් ඇතිවීම, ස්ත්‍රීන්ගේ ඔසප්වීමේ වෙනස්වීම්
- හෘදය වස්තුවේ තන්ත්‍ර වාහිනී (Cardiovascular) හේතුවෙන් වන මරණ වල සැලකිය යුතු වර්ධනයට, වකුගඩු රෝගය තදින්ම අනුබද්ධ වී ඇත.

ඖෂධ ලබා දුන්නත් ඊට ප්‍රතිචාර නොදක්වන්නේ නම් අධි රුධිරාණු තත්වයට හේතුවන්නේ තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවයයි

පුද්ගලයෙක් අධික රුධිර පීඩනයෙන් පෙළේනම් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය යැයි (CKD) සැකකළ හැක්කේ කුමන අවයියේදීද?

අධි රුධිර පීඩනය ඇති පුද්ගලයන්ට නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය යැයි සැක කළ හැක්කේ:

- අධි රුධිර පීඩනය තිබේ යැයි නිශ්වය කළ අවස්ථාවේදී අවු:30 ට අඩු හෝ අවු:50 ට වැඩිනම්
- රෝගය නිර්ණය අවස්ථාවේදී රුධිර පීඩනය අධික නම් (උදා: HG 200/120 මි.මී. ප්‍රමාණයට වැඩි නම්)
- නිති පතා ප්‍රතිකාර ගත්තත් දරුණු, පාලනය කළ නොහැකි අධිරුධිර පීඩනය

- අධිරුධිර පීඩනය නිසා පෙනීමේ ප්‍රශ්න
- මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන තිබීම
- අධිරුධිර පීඩනය, නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය යැයි සිතිය හැකි රෝග ලක්ෂණ වන ඉදිමුම, කෑම අරුචිය සහ දුබලකම යනාදිය සමග අනුබද්ධ වී ඇත.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ උත්සන්න අවස්ථාවේදී ඇති විය හැකි සංකූලතා මොනවාද?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD) නිසා වර්ධනය වන දරුණු වකුගඩු අක්‍රිය වීම, ජීවිතය පවා අහිමි කරන සංකූලතා වලට හේතුවිය හැක. විභව සංකූලතා වන්නේ:

- දරුණු ලෙස හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතා සහ පපුවේ වේදනාව, මීට හේතුව සැලකිය යුතු දියර ප්‍රමාණයක් විශේෂයෙන් පෙනහලු වල රැඳීම නිසා (පුල්මොනරි එඩීමා) සහ ඉතා අධික රුධිර පීඩනය.
- දරුනු ලෙස ඇතිවන ඔක්කාරය සහ වමනය
- දරුන ලෙස ශරීරය දුර්වල වීම
- මධ්‍යම ස්නායු පද්ධතියේ සංකූලතා: ව්‍යාකූලත්වය, අන්ත නිදිමත, කැලඹිලි ගතිය සහ කෝමා තත්වය.
- රුධිරයේ ඉහළ පොටැසියම් මට්ටමක් (Hyperkalemia) එය හෘද වස්තුවේ ක්‍රියාකාරීත්වයට බාධා කරයි. එය ජීවිතයට තර්ජනයක්ද විය හැක.

CKD වල දුර්වල බව, කෑම අරුචිය, ඔක්කාරය, ඉදිමුම සුලභ කල් ඇතිව දැකිය හැකි රෝග ලක්ෂණය.

6) පෙරිකාඩිටිස් (Pericarditis) හෘදය වස්තුව ආවරණය කරන සිහින් පටලයේ (Membrane) ඉදිමුම (pericardium).

නිධන්ගත වකුගඩු අක්‍රියවීමේ රෝග විනිශ්චය

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය මුල් අවධියේදී කිසිම ලක්ෂණයක් නොපෙන්වයි. වර්ධනය වන වකුගඩු ආශ්‍රිත ප්‍රශ්න සොයා ගත හැක්කේ රසායනාගාර පරීක්ෂණ වලිනි. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD) යැයි සැක ඇති වූ විට, සායනික තත්වය අනුව හෝ දෛනික ඇගයීමක් සඳහා අධි අවදානම් තත්වයේ පසුවන පුද්ගලයෙක් රසායනාගාර පරීක්ෂණයකට යොමු වන්න. CKD සඳහා සරල පරීක්ෂණ තුන වන්නේ, රුධිර පීඩනය මැනීම, ඇල්බියුමින් සඳහා මුත්‍ර පරීක්ෂණය සහ සීරම් ක්‍රියැටිනින් රුධිර පරීක්ෂණයයි.

1) **හිමොග්ලොබින්** –

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති පුද්ගලයෙකුගේ රුධිර පරීක්ෂණයකදී හිමොග්ලොබින් සාමාන්‍යයෙන් පහළ මට්ටමක ඇත. අඩු හිමොග්ලොබින් තත්වය ඇති වන්නේ වකුගඩුව මගින් අඩු එරිත්‍රොපොයිටින් (Erythropoietin) ප්‍රමාණයක් නිෂ්පාදනය කිරීම නිසාය.

2) **මුත්‍රා පරීක්ෂණ** -

මුත්‍රාවල ඇල්බියුමින් හෝ ප්‍රෝටීන් තිබීම (ඇල්බියුමිනියුරියා හෝ ප්‍රෝටීනියුරියා නමින් හඳුන්වන) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය කල් ඇතිව හඳුනාගත හැකි රෝග ලක්ෂණයකි. මුත්‍රාවල සුලු ප්‍රමාණයක් හෝ ඇල්බියුමින් තිබීම එනම් මයික්‍රොඇල්බියුමිනියුරියා, කල් ඇතිව හඳුනා ගත හැකි දියවැඩියාව නිසා ඇතිවන නිධන්ගත වකුගඩු රෝග ලක්ෂණයකි. මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් තිබීම සිදුවිය හැක්කේ උණ තිබීම නිසාත් බර ව්‍යායාම කිරීම නිසාත්ය. එමනිසා නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය

පිළිබඳව අවසාන නිගමනයකට එළඹීමට පෙර ප්‍රෝටිනුරියා ඇතිවන අතිකුත් හේතුන් සළකා බලා බැහැර කිරීම ඉතා වැදගත්ය.

3) සේරම් ක්‍රියැටිනින්, රුධිර යූරියා නයිට්‍රජන් සහ eGFR (Glomerular Filteration Rate)

වකුගඩු අකර්මණ්‍ය විනිශ්චය සහ පසු විපරම සඳහා යොදා ගන්නා සරල සහ සුලභ පොදු රුධිර පරීක්ෂණයකි. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නරක අතට හැරුණු විට ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා අගය වැඩිවෙයි. ක්‍රියැටිනින් ගැන නිතර පසු විපරමින් සිටීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ (CKD) වර්ධනය තක්සේරු කිරීමට සහ එම රෝගයට කළයුතු ප්‍රතිකාරය පිළිබඳ ප්‍රතිචාරය සඳහා අවශ්‍යය.

රුධිරයේ ක්‍රියැටිනින් මට්ටම වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය පිළිබඳ ප්‍රයෝජනවත් මග පෙන්වීමකි. නමුත් තක්සේරු කළ GFR (eGFR) ඊටත් වඩා නිවැරදි මිම්මකි. ක්‍රියැටිනින් පරීක්ෂණය පමණක් කිරීමට වඩා eGFR පරීක්ෂණයත් කිරීමෙන් වකුගඩු රෝගය කල් ඇතිව නිශ්චය කිරීම සඳහා විශ්වාසදායකය. GFR ගණනය කරනු ලබන්නේ වයස, ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සහ රුධිර ක්‍රියැටිනින් මට්ටම අනුවය. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය කෙතරම් දුරට දරුණුද නිශ්චය කිරීමටත් එහි වර්ධනය පිළිබඳ පසු විපරමටත් eGFR පරීක්ෂණය වැදගත්ය. eGFR පදනමට අනුව CKD අදියර පහකට බෙදා ඇත. මේ ආකාරයට අදියර වලට බෙදීම අමතර පරීක්ෂණ සහ නිසි කළමනාකරණයකට අවශ්‍ය යෝජනා නිර්දේශ කිරීම සඳහා ප්‍රයෝජනවත්ය.

ඔබගේ වකුගඩුව ආරක්ෂා කරගැනීම සඳහා සරල පරීක්ෂණ **3** ක් කළ හැක. එනම් රුධිර පීඩනය, GFR සහ ප්‍රෝටීන සඳහා මුත්‍රා පරීක්ෂණ.

4) වකුගඩුවේ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD) විනිශ්චය සඳහා අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය සරල සහ ඉතා ඵලදායි පරීක්ෂණයකි. හැකිලුණු වකුගඩු නිධන්ගත වකුගඩු රෝග විනිශ්චය කරයි. කෙසේ වුවද වැඩිහිටි පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය (බහුකෝෂ්ඨ සහිත), දියවැඩියා නෙෆ්රොපති සහ ඇමිලොයිඩෝසිස් (Amyloidosis) වැනි හේතූන් නිසා නිධන්ගත වකුගඩු රෝගී තත්වය ඇති රෝගීන්ට සාමාන්‍ය හෝ විශාල ප්‍රමාණයේ වකුගඩු දැකගත හැක. මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධා හෝ වකුගඩු ගල් තිබීම නිසා ඇතිවන නිධන්ගත වකුගඩු රෝග (CKD) විනිශ්චය සඳහා අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය යොදාගනී.

5) අනෙකුත් පරීක්ෂණ

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය නිසා වකුගඩු වල විවිධ ක්‍රියාකාරීත්වයන්ට බාධා සිදුකරයි. මෙම බාධා ඇගයීම් කිරීමට **විවිධ පරීක්ෂණ සිදු කරයි.** CKD ඇති රෝගීන්ට නිතර සිදු කරන විවිධ රුධිර පරීක්ෂණ වන්නේ විද්‍යුත් විච්ඡේද සහ ඇසිඩ් පදනමේ තුලිතතා සඳහා කරන පරීක්ෂණ (සෝඩියම්, පොටෑසියම්, මැග්නිසියම්, බයිකාබනේට්), රක්තහීනතාවයට කරන පරීක්ෂණ (හෙමොටොක්‍රිට්, ෆෙරිටින්, ට්‍රාන්ස්ෆෙරින් සැටියුරේෂන්, පෙරිෆෙරල්ස්මියර්), අස්ථි රෝග සඳහා පරීක්ෂණ (කැල්සියම්, පොස්ෆරස්, ඇල්කලයින් ෆොස්ෆේට්, පැරාතයිරොයිඩ් හෝමෝන), වෙනත් සාමාන්‍ය පරීක්ෂණ (සේරම් ඇල්බියුමින්, කොලෙස්ටරෝල්, ට්‍රයිග්ලිසරයිඩ්, රුධිර ග්ලූකෝස් සහ හිමොග්ලොබින් Alc) ECG සහ එකෝකාඩියෝග්‍රැෆි.

> අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයෙන් දැකිය හැකි කුඩා සහ හැකිලුණු වකුගඩු තිබීම CKD හඳුනාගත හැකි ප්‍රධාන ලක්ෂණය.

CKD රෝගියෙකු වෛද්‍යවරයා වෙත යොමුවිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවකදීද?

CKD සහිත රෝගියෙකු ඔහු හෝ ඇයට පහත සඳහන් රෝග ලක්ෂණ වර්ධනය වන්නේ නම් වහාම වෛද්‍යවරයා වෙත යොමුවිය යුතුය.

- පැහැදිලි කළ නොහැකි, වේගවත් බර වැඩිවීම, මුත්‍රා පරිමාණය සැළකිය යුතු ලෙස අඩුවීම, ඉදිමුම බරපතල තත්වයට පැමිණේ නම්, ඇඳේ වැතිරී සිටින විට කෙටි හුස්ම ගැනීම හෝ අපහසුවෙන් හුස්ම ගැනීම.
- පපුවේ කැක්කුම, සෙමෙන් හෝ වේගයෙන් පපුවේ ගැස්ම.
- උණ, දරුණු පාචනය, දරුණ ලෙස ආහාර අරුචිය, දරුණ ලෙස වමනය යාම, වමනය සමග රුධිරය පිටවීම, පැහැදිලි කළ නොහැකි ලෙස බර අඩුවීම.
- මැතක ඇතිවූ මාංශපේශිවල දුර්වලතාවය.
- ව්‍යාකූල බව, නිදිබර ගතිය, වලිප්පුව වර්ධනය වීම
- හොඳින් පාලනය වී තිබූ අධිරුධිර පීඩනය මෑතකදී නරක තත්වයට පත්වීම.
- මුත්‍රා රතුපාට වීම හෝ අධික රුධිර වහනය.

> උණ, අලුත් රෝග ලක්ෂණ වර්ධනය වීම හෝ වකුගඩු ලක්ෂණ වේගවත් ලෙස නරක අතට හැරීම, කඩිනම් අවධානයට ලක්විය යුතුය.

පරිච්ඡේදය 12

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය - ප්‍රතිකාර

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට විකල්ප ප්‍රතිකාර **3** ක් වන්නේ වෛද්‍ය කළමනාකරණය, කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමය. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වැළදී ඇති රෝගීන්ට ප්‍රතිකාර කරන්නේ මූලික වශයෙන් වෛද්‍ය කළමනාකරණය උපයෝගී කරගෙනය. (ඖෂධ, ආහාර පිළිබඳ උපදෙස් සහ පරීක්ෂාවෙන් සහ අවබෝධයෙන් සිටීමෙනි)

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී තදබල හානියක් ඇත්නම් (අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය) කාන්දුකරණය කිරීමෙන් හෝ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමෙන් වකුගඩුව වෙනුවට තවත් වකුගඩුවක් තැන්පත් කිරීම අවශ්‍යය.

වෛද්‍ය කළමනාකරණය

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී (CKD) වෛද්‍ය කළමනාකරණය වැදගත් වන්නේ ඇයි?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට පිළියමක් නැත. ජීවිතය පවත්වා ගෙන යාමට උත්සන්නවූ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍යය. ඉන්දියාවේ ඉහළ වියදම සහ අවශ්‍යතාවයන් විසඳා ගැනීමේදී ඇති වන ප්‍රශ්න නිසා කාන්දුකරණය සහ බද්ධ කිරීම වැනි ප්‍රතිකාර ලබාගන්නේ 5%-10% දක්වා වකුගඩු රොගීන් සංඛ්‍යාවකි. ඉතිරි අය කිසිම ස්ථිර චිකිත්සාවක් නොලබා මරණයට පත්වෙති. එමනිසා කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධ කිරීම කල්දමා නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට අඩු වියදමින් කළ හැකි සහ පහසුවෙන්ම ප්‍රතිකාර කළ හැකි ක්‍රමය වන්නේ කල් ඇතිව රෝගය හඳුනා ගැනීම සහ

ඉතා හොඳින් සැළකිය යුතු නිශ්චිත සූක්ෂම ක්‍රමයට කරන වෛද්‍ය කළමනාකරණයයි.

නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍යයෙන් පෙළෙන බොහෝ මිනිසුන් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී වෛද්‍ය කළමනාකරණයේ ප්‍රයෝජන ගැනීමට අසමත් වන්නේ ඇයි?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ මුල් අවධිවලදී නිශ්චිත චිකිත්සාවක් අතිශයින් ප්‍රතිඵලදායකය. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ මුල් අවධියේදී බොහෝ රෝගීන්ට රෝග ලක්ෂණ පහළ නොකරන අතර නිවැරදි චිකිත්සාවෙන් හොඳ සුවයක් දැනෙයි. ඔවුන්ගේ රෝග ලක්ෂණ පෙන්නුම් නොකරන නිසා බොහෝ රෝගීහු සහ ඔවුන්ගේ පවුල්, රෝගයේ බරපතලකම හඳුනා නොගෙන ඖෂධ ගැනීම නැවැත්වීම සහ ආහාර පාලනය කිරීම නවත්වයි. රෝග චිකිත්සාව නැවැත්වීම වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වේගවත් ලෙස නරක අතට හරවයි. එවැනි රෝගීන්ට කෙටි කලකදී ඉහළ වියදමක් දැරිය යුතු ප්‍රතිකාර වන කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමක් කිරීම වැනි ප්‍රතිකාර කිරීමට සිදුවේ.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී (CKD) වෛද්‍ය කළමනාකරණයේ අරමුණු මොනවාද?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඉක්මනින් වඩා නරක තත්වයකට පත්වන, කිසිම පිළියමක් නැති රෝගයකි.

වෛද්‍ය කළමනාකරණයේ අරමුණු වලින් කරනුයේ:

1) රෝගය නරක අතට හැරීමේ වේගය අඩුකිරීම

2) සැඟවුණු හේතුවලට සහ උපකාරීවන සාධක වලට ප්‍රතිකාර කිරීම

3) එම රෝගයේදී පහලවන ලක්ෂණ අඩු කිරීම සහ රෝගයේ සංකූලතාවලට ප්‍රතිකාර කිරීම

4) හෘද තන්තුවාහිනී රෝග වර්ධනයේ අවදානම අඩු කිරීම

5) කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ අවශ්‍යතාවය කල් දැමීම

නිධන්ගත වකුගඩු රෝග විවිධ අදියර වලදී කළ යුතු ප්‍රතිකාර උපාය මාර්ග මොනවාද?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ විවිධ අදියර වලදී කළ යුතු ප්‍රතිකාර සහ උපාය මාර්ග සහ නිර්දේශ කරන ලද ක්‍රියා පිළිවෙල මෙම සටහනේ සාරාංශකරණය කර ඇත.

අදියර	නිර්දේශිත ක්‍රියා පිළිවෙල
සියලු අදියර වලදී	• නිතරම පරීක්ෂාවෙන් සිටීම සහ අවබෝධයෙන් සිටීම • ජීවන රටාව වෙනස් කිරීම සහ සාමාන්‍ය පියවර.
1	• රෝගය හඳුනා ගැනීම / රෝගයේ වර්ධනය පාලනයට ප්‍රතිකාර කිරීම. • රෝග කළමනාකරණය ගැන රෝගීන් දැනුවත් කිරීම. • රෝග තත්වයට ප්‍රතිකාර කිරීම, හෘද තන්තුවාහිනී රෝග අවදානම අඩුකිරීම.
2	• වර්ධනය ඇස්තමේන්තු කරන්න. සංකූලතා වලට ප්‍රතිකාර කරන්න.
3	• ඇගයීම් කරන්න / සංකූලතා වලට ප්‍රතිකාර කරන්න. වෘක්කවේදී විශේෂඥයෙක් වෙත යොමු කරන්න.
4	• වකුගඩුවක් නැවත සවිකිරීමේ විකල්ප පිළිබඳව රෝගීන් දැනුවත් කරන්න. වකුගඩුවක් නැවත සවිකිරීමේ චිකිත්සාවට සූදානම් කරන්න.
5	• කාන්දුකරණය හෝ බද්ධ කිරීම මගින් වෙනත් වකුගඩුවක් නැවත සවිකිරීම

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය සුවකළ නොහැක. නමුත් කල් ඇතිව ප්‍රතිකාර කිරීම ප්‍රතිඵලදායකය.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD) වෛද්‍ය කළමනාකරණයේදී ක්‍රියාකාරී සැලසුමේ පියවර 9:

1) රෝගයේ ප්‍රාථමික හේතු කළමනාකරණය

පහත සඳහන් සැඟවුණු මූලික තත්ව හඳුනාගෙන ප්‍රතිකාර කරන්න. ඒ මගින් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය කල්දැමීම, වැළැක්වීම හෝ වර්ධනය ආපසු හැරවිය හැක.

- දියවැඩියාව සහ අධිරුධිර පීඩනය
- මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන හෝ බාධා
- ගුච්චිකා වෘක්ක ප්‍රදාහය (Glomerulonephritis) වෘක්ක තන්තුවාහිනී රෝග (Renovascular Disease) නිර්වේදනික වෘක්ක රෝග (Analgesic Nephropathy) යනාදියයි

2) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ වර්ධන වේගය අඩු කරන උපාය මාර්ග:

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ වර්ධනය අඩුකිරීමට ගතහැකි වැදගත් සහ ප්‍රතිඵලදායි පියවර -

- රුධිර පීඩනය තදින්ම පාලනය කිරීම සහ ACE නිෂේධක (Inhibitors) හෝ ඇනජියෝටෙන්සින් II (Receptor Blocker) ප්‍රතිග්‍රාහක බාධක චිකිත්සාව
- ප්‍රෝටීන සීමාකිරීම
- මේදය අඩුකිරීමේ චිකිත්සාව සහ ශරීරයේ රුධිර හිඟකම නිවැරදි කිරීම

3) ආධාරක සහ සහපාතික ප්‍රතිකාර (Symptomatic)

- මුත්‍රා පරිමාව වැඩිකිරීමට (අධිමුත්‍රක) සහ ඉදිමුම අඩුකිරීමට Water Pill දීම
- වමනය, ඔක්කාරය සහ ගැස්ට්‍රයිටීස් අපහසුතා සඳහා ඖෂධ
- කැල්සියම් ඌණතාවය පරිපූරණය කිරීම, ෆොස්ෆේට් බයින්ඩර්ස් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට සම්බන්ධ අස්ථි රෝග වළක්වන සහ නිවැරදි කරන ක්‍රියාකාරී වර්ගයේ විටමින් D සහ වෙනත් ඖෂධ
- යකඩ ලබාදීමෙන්, විටමින් සහ විශේෂ එරිත්‍රොපොයිටීන් එන්නත් ලබාදී අඩු හිමොග්ලොබින් තත්වය නිවැරදි කිරීම.
- හෘද තන්තුවාහිනී රෝග වැළැක්වීම. තමාට ඇස්ප්‍රින් පාවිච්චිය තහනම්කර නොමැතිනම් දිනපතා ඇස්ප්‍රින් පාවිච්චිය ආරම්භ කරන්න.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ සැඟවුණු හේතුවලට ප්‍රතිකාර කළ විට නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වර්ධනය කල්යයි.

4) ආපසු හැරවිය හැකි සාධක කළමනාකරණය

වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී වේදනා වැඩිකරන තත්වයක ආපසු හැරවිය හැකි සාධක සොයාබලා ප්‍රතිකාර කරන්න. ආපසු හැරවිය හැකි සාධක නිවැරදි කිරීමෙන් වකුගඩු අකර්මණ්‍ය අඩුවිය හැක. එමෙන්ම වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වයේ ස්ථාවර මට්ටමක් ආපසු ඇතිවිය හැක.

ආපසු හැරවිය හැකි සුලභ හේතුවන:

- පරිමාව අඩු කිරීම (ක්ෂය කිරීම)
- ඖෂධ නිසා ඇතිවන වකුගඩු අකර්මණ්‍ය. ස්ටීරොයිඩ නොවන ප්‍රතිප්‍රදාහ ඖෂධ – (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs –

- NSAIDs), ඇමයිනොග්ලයිකොසයිඩ් - ප්‍රතිජීවක (Aminoglycoside Antibiotics).
- ආසාදන සහ සංචයන හෘද අකරණිය (Congestive Heart Failure)

5) නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ සංකූලතා හඳුනාගෙන ඒවාට ප්‍රතිකාර කරන්න

- නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ සංකූලතාවලට කල් ඇතිව රෝග විනිශ්චය සහ වහාම ප්‍රතිකාර අවශ්‍යය. අවධානය යොමුවිය යුතු සුලභව දකින සංකූලතා වන්නේ තදබල දියර අතිරික්තය, රුධිරයේ ඉහළ පොටැසියම් තත්වය (පොටැසියම් > 6.0mEq/L), සහ උත්සන්න වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී හෘදයාබාධ, මොළය සහ පෙනහලුවලට ඇතිවන තදබල අහිතකර ප්‍රතිඵල.

6) ජීවන රටාව වෙනස්කිරීම සහ සාමාන්‍ය පියවර

මෙම පියවරයන් වැදගත් වන්නේ පොදුවේ ගත්කල පූර්ණ අවදානම් තත්වය අඩුකිරීමටය.

- ධුමපානයෙන් වළකින්න
- ශරීරයේ නිරෝගී බරක් පවත්වාගන්න. විධිමත් ව්‍යායාම, විධිමත් පදනමක ශාරීරික ක්‍රියාකාරීත්වය පවත්වාගැනීම.
- මද්‍යසාර පාවිච්චිය සීමා කරන්න.
- ශක්තිසම්පන්න ආහාර වේල් සැලසුමක් අනුගමනය කිරීම සහ ආහාර වේලට ගන්නා ලුණු ප්‍රමාණය අඩු කරන්න.
- අනුමත කරන ලද වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර පාවිච්චි කරන්න. වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ උග්‍රබව සිහියට ගෙන ගන්නා ඖෂධ මාත්‍රාවන් සුදුසු පිළිවෙලට සකසා ගන්න.

- නිතරම වෘක්කවේදී විශේෂඥයෙකුගේ උපදෙස් මත විධිමත් පිළිවෙලට ප්‍රතිකාර ගැනීම.

> නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ ආසාදන වලට ප්‍රතිකාර සහ පරිමාව අඩුකිරීම ප්‍රතිඵලදායකය.

7) ආහාර පාලනය

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවයේ වර්ගය සහ උත්සන්න බව පදනම් කරගෙන ආහාර පාලනය අවශ්‍යය. (25 වන පරිච්ජේදයේ විස්තර වශයෙන් සාකච්ඡා කර ඇත)

- ලුණු (සෝඩියම්) - ලුණු පාලනය කළ යුතු යැයි උපදෙස් දෙන්නේ අධිරුධිර පීඩනය සහ ඉදිමුම පාලනය කිරීමටයි. ලුණු පාලනයට අයත් වන්නේ මේසයේදී කෑම කන වේලාවට ආහාරයට ලුණු එකතු නොකිරීම සහ ලුණු වැඩි ආහාර එනම් ක්ෂණික ආහාර, පපඩම්, අච්චාරු සහ ටින් කරන ලද ආහාර ඉතා අඩුවෙන් පාවිච්චියයි.
- ගත යුතු දියර ප්‍රමාණය - නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ ඉදිමුම සහ හුස්ම ගැනීමේදී ඇතිවන තදබල අපහසුවට හේතු වන්නේ පිටවන මුත්‍රා ප්‍රමාණය අඩුවීමය. ඉදිමුම සහිත නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති අයට ගන්නා දියර ප්‍රමාණය පාලනය කළ යුතු යැයි උපදෙස් දෙනු ලැබේ.
- පොටැසියම් - නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන්ගේ සුලභ ලක්ෂණයකි ඉහළ පොටැසියම් තත්වයක් තිබීම. එය හෘදය වස්තුවේ ක්‍රියාකාරීත්වයට තදබල ලෙස බලපායි. එය වැලැක්වීමට ගන්නා පොටැසියම් අධික ආහාර (වියළි පළතුරු, පොල් වතුර, අර්තාපල්, දොඩම්, කෙසෙල්, තක්කාලි යනාදිය) ගත යුත්තේ වෛද්‍යවරයාගේ උපදෙස් අනුවය.

- ප්‍රෝටීන් - නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන් ඉහළ ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණයකින් යුත් ආහාර වලින් වැළකිය යුත්තේ වකුගඩු වලට හානිවීමේ වේගය වැඩිවන නිසාය.

8) වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමේ චිකිත්සාවට සූදානම් වීම

- නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය යැයි තීරණය කළවිට වම් අතේ මැණික් කටුව සහ වැලමිට අතර කොටසේ ශිරා ආරක්ෂා කර ගන්න.
- වම් අතේ පහළ කොටසේ ශිරාවලින් රුධිරය ගැනීමටත් IV ශිරා තුලට ඇතුල් කිරීමට සහ දිගු නාල ඇතුල් කිරීමට අවසර නොදෙන්න.
- රෝගීන් සහ ඔවුන්ගේ පවුල්වල අය දැනුවත් කර ඔවුන්ට AV ෆිස්ටියුලාව සූදානම් කරවන්න. මූලික හිමෝඩයලසිස් ඇරඹීමට මාස 6-12 ට පෙර එය සූදානම් කරවන්න.
- කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේදී නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන්ට වැළඳිය හැකි හෙපටයිටිස් B ආසාදනයේ අවදානම අඩුකරන්නේ මුල් අවධියේදීම හෙපටයිටිස් එන්නත දීමෙනි. හෙපටයිටිස් B එන්නත් එකකින් මාත්‍ර 4ක් (0, 1, 2 සහ 6 මාසයක්) මාත්‍රා දෙගුණකර, එය දිය යුත්තේ ඩෙල්ටාභය පේශි (Deltoid Region) කොටසේ මාංශ පේශිවලටය.
- කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධය ගැන දැනුවත් කර සැලසුම් කරන්න. ප්‍රිඑම්ටිව් (Pre Emptive Transplantation) වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමෙන් ඇතිවන ප්‍රතිලාභ ගැන දැනුවත් කර එය සළකා බැලිය යුතුයි. Pre Emptive Transplantation යන්නෙහි අදහස වන්නේ කාන්දුකරණය පටන් ගැනීමට පෙර, ජීවත් වෙන කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් ගෙන බද්ධ කිරීමයි.

ආහාර පාලනය නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී එය වර්ධනය වීම සහ සංකූලතා වළක්වයි.

9) වෘක්කවේදී විශේෂඥයෙකුට යොමුකිරීම

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගියෙකු වෘක්කවේදී (Nephrologist) විශේෂඥයෙකුට කල් ඇතිව යොමු කිරීම වැදගත්ය. කල් ඇතිව වෘක්කවේදී විශේෂඥයෙකුට යොමු කිරීම සහ කාන්දුකරණයට පෙර දැනුවත් කිරීම, රෝගියාගේ රෝගය සම්බන්ධව සහ ජීවත්වන කාලය පිළිබඳව දැනුම වැඩිකරයි. කල් ඇතිව වෛද්‍යවරයෙකුට යොමු කිරීම වකුගඩු රෝගයේ අවසාන අදියරය වෙත වර්ධන වේගය අඩුකරන අතර එමනිසා වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමට ඇති අවශ්‍යතාවය කල් දමයි.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වැළැක්වීමට හෝ කල් දැමීමට ඉතාම වැදගත් ප්‍රතිකාරය කුමක්ද?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වැළැක්වීමට හෝ පමා කිරීමට කළ යුතු වැදගත්ම ප්‍රතිකාරය වනුයේ සැඟවුණු හේතු තිබුණත් රුධිර පීඩනය තදින් පාලනය කිරීමය. පාලනය නොකරන රුධිර පීඩනය නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වේගයෙන් ඉතා නරක අතට හැරී හෘදයාබාධ සහ ආඝාත වැනි සංකූලතා වලට මග පෙන්වයි.

අධි රුධිර පීඩනය පාලනය සඳහා භාවිතා කරන ඖෂධ මොනවාද?

වෘක්කවේදී විශේෂඥයා (Nephrologist) හෝ භෞතවේදී විශේෂඥයෙකු (Physician) අධි රුධිර පීඩනය පාලනය සඳහා සුදුසු ඖෂධ වර්ගය තෝරයි. ඉතා සුලභ ඖෂධ වන්නේ ඇන්ජියෝටෙන්සින් වෙනස් කරන එන්සයිම නිෂේධක (Angiotensin Converting Enzyme "ACE" Inhibitors), ඇන්ජියෝටෙන්සින් අවහිර කරන ප්‍රතිග්‍රාහකය

(Angiotension Receptor Blocker "ARBs"), කැල්සියම් චැනල් බ්ලොකර්ස්, බීටා බ්ලොකර්ස් සහ අධිමුත්‍රකය (Diuretics).

ACE ඉන්හිබිටර්ස් සහ ARB නිර්දේශ කරන්නේ ප්‍රථම චිකිත්සාව ලෙසය. එයින් රුධිර පීඩනය අඩුකිරීම සහ අමතර විශේෂ යහපතක් වන නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වර්ධන වේගය අඩු කරන අතර ඉන් වකුගඩු ආරක්ෂා කරයි.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී වැඩි ක්‍රියාකාරීත්වයක් නොදරන වැලම්ටෙන් පහළ කොටසේ ශිරා ආරක්ෂා කරගන්න (Forearm). රුධිරය ලබා ගැනීම හෝ IV ඇතුළත් කිරීම වළක්වන්න.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී රුධිර පීඩනය පාලනය කිරීමේ අරමුණ කුමක්ද?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය උග්‍ර අධි රුධිර පීඩනයක් ඇති කරයි. ඉන් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වර්ධනය කරයි. එනිසා නිතරම රුධිර පීඩනය 130/80 mmHg ට පහලින් තබාගන්න.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී රුධිර පීඩනය තක්සේරු කිරීමට සහ මනාව පරීක්ෂාවෙන් සිටීමට වඩා සුදුසු ක්‍රමය කුමක්ද?

කලින් කළ පිළිවෙලකට වෛද්‍යවරයා මුණගැසීම රුධිර පීඩන තත්වය දැනගැනීමට උපකාර වේ. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී රුධිර පීඩනය තක්සේරු කිරීමට සහ ඒ සම්බන්ධයෙන් පරීක්ෂාවෙන් සිටීමට ඉතා හොඳ ක්‍රමය වන්නේ විධිමත්ව ගෙදරදී රුධිර පීඩනය මනින උපකරණයකින් එය මැන බැලීමය. රුධිර පීඩනය පිළිබඳ සටහනක් පවත්වාගෙන

යාමෙන් ඖෂධ ගත යුතු මාත්‍රා ප්‍රමාණය සහ ගත යුතු වේලාව පාලනය කිරීමට වෛද්‍යවරයාට පුලුවන් වේ.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන්ට අධි මුත්‍රක (Diuretics) ඖෂධ උදව්වන්නේ කෙසේද?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන්ගේ මුත්‍රා පරිමාව අඩුවීම, ඉදිමුමට සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාවලට හේතුවේ. අධි මුත්‍රක ඖෂධ මුත්‍රා පරිමාව වැඩිකිරීමට, ඉදිමුමට සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව අඩු කිරීමට උදව් කරයි. මෙම ඖෂධ මුත්‍රා පරිමාව වැඩිකළත් වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය වර්ධනය නොකරන බව මතක තබා ගැනීම වැදගත්ය.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී රුධිර හීනතාව ඇතිවන්නේ ඇයි? එයට ප්‍රතිකාර කරන්නේ කෙසේද?

වකුගඩු නිසි විධියට ක්‍රියාත්මක වන විට ඉන් එරිත්‍රොපොයිටින් නම් හෝමෝනය නිෂ්පාදනය කරයි. එම හෝමෝනය රතු රුධිරාණු සෛල නිපදවීමට ඇට මිදුලු වලට උත්තේජනය කරයි. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය අඩු, නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී එරිත්‍රොපොයිටින් නිෂ්පාදනය අඩු කිරීම, රුධිර හීනතාවය සිදු කරයි. යකඩ පෙති, විටමින් සහ සමහර අවස්ථාවලදී ඉන්ට්‍රාවීනස් යකඩ එන්නත් දීම නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය නිසා ඇතිවන රුධිර හීනතාවයට ප්‍රතිකාර කළ හැකි මුල් පියවරයන්ය. ඖෂධ චිකිත්සාවට ඔරොත්තු නොදෙන තදබල රුධිර හීනතාවය හෝ රුධිරය අඩුකමට කෘතිම එරිත්‍රොපොයිටින් (Synthetic Erythropoietin) එන්නත් අවශ්‍යය. එම එන්නත ඔක්සිජන් ගෙන යන රතු රුධිර සෛල නිපදවීමට ඇට මිදුලු වලට උපකාර කරයි. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී රුධිර හීනතාවයට ප්‍රතිකාර කළ හැකි වඩා සුදුසු සහ ප්‍රතිඵලදායි ආරක්ෂිත ක්‍රමය එරිත්‍රොපොයිටින් එන්නතය. හදිසි අවස්ථාවකදී රුධිර හීනතාව නිවැරදි කිරීමට රුධිරය පරිපාලනය ඉක්මන් ප්‍රතිඵලදායි

ක්‍රමයකි. නමුත් එය වඩා සුදුසු ක්‍රමය නොවන්නේ ආසාදන අවදානමක් ඇති නිසාත් සහ ශරීරයට ඔරොත්තු නොදෙන අසාත්මික (Allergy) ප්‍රතික්‍රියා නිසාය.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී රුධිර හීනතාව ඇතිවූ විට ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය ඇයි?

රතු රුධිර සෛල පෙනහලුවල සිට ඔක්සිජන් ගෙන යන රතු රුධිර සෛල ශරීරයේ සෑම කොටසකටම ගෙනගොස් හෘදය නිරෝගී සුවයෙන් පවත්වා ගැනීමටත් දිනපතා කටයුතු කිරීමට ශක්තියක් ලබාදෙයි. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී රුධිර හීනතාව (අඩු හිමොග්ලොබින්), ශරීරයේ දුර්වල බව, ශරීර තෙහෙට්ටුව, ව්‍යායාම කිරීමට බැරි දුර්වල හැකියාව, හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව වේගවත් හෘද ස්පන්දනය, අවධානය හීන වීම, ඉවසිය නොහැකි සෙම්ප්‍රතිශ්‍යාව සහ පපුවේ වේදනාව ඇතිවීමට හේතුවන බැවින් කල් ඇතිව ඒ සඳහා නිශ්චිත ප්‍රතිකාරයක් කළ යුතුයි.

> නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ වර්ධනය කල් දැමීමට ඉතා ප්‍රධාන ප්‍රතිකාරය වන්නේ තදින් රුධිර පීඩනය පාලනය කිරීමයි (130/80 mmHg ට අඩු විය යුතුය).

පරිච්ඡේදය 13

කාන්දුකරණය

වකුගඩු තවදුරටත් ක්‍රියාකාරී නොවන විට අපද්‍රව්‍ය සහ අනවශ්‍ය ජලය ශරීරයෙන් පිටකිරීමට ඇති කෘතිම ක්‍රියාවලියක් කාන්දුකරණය. උත්සන්න වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති රෝගීන්ට වකුගඩුවක් වෙනුවට වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම ජීවිතය ආරක්ෂා කරයි.

උත්සන්න වූ වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී පහත සඳහන් ක්‍රියාවන් කිරීමට කාන්දුකරණය මිනිසුන්ට උපකාර වන්නේ කෙසේද?

අක්‍රිය වකුගඩුවල පහත සඳහන් කාර්යයන් කිරීමට කාන්දුකරණය ශරීරයට උපකාරී වේ.

- ක්‍රියැටිනින් සහ යූරියා වැනි අපද්‍රව්‍ය පිටකර රුධිරය පිරිසිදු කරයි.
- අතිරික්ත ජලය ඉවත් කර ශරීරයේ තිබිය යුතු නිවැරදි ජල ප්‍රමාණය පවත්වා ගෙන යයි.
- සෝඩියම්, පොටෑසියම් සහ බයිකාබනේට් වැනි රසායනික ද්‍රව්‍ය වල අසමතුලිතතාව නිවැරදි කරයි.

කෙසේ වුවද කාන්දුකරණයට, සාමාන්‍යයෙන් වකුගඩු කරන ක්‍රියාවලිය කළ නොහැකි වන්නේ, එරිත්‍රොපොයිටීන් නිෂ්පාදනය සහ ශක්තිමත් නිරෝගී අස්ථි ආරක්ෂා කිරීමටත් ඉවහල් වන සාමාන්‍ය හිමොග්ලොබින් තත්වයක් පවත්වා ගෙනයාමේ කාර්යය කාන්දුකරණයෙන් කළ නොහැකි නිසාය.

උත්සන්න වූ වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී ලක්ෂණ පහළ කරන රෝගීන්ට කාන්දුකරණය ක්ෂනික සහ ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමවේදයකි.

කාන්දුකරණය අවශ්‍ය වන්නේ කුමන වේලාවටද?

වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය 85% - 90% ට අඩු වූවිට ((ESKD) අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය)) වකුගඩුවලින් උවමනා තරම් ශරීරයෙන් අපද්‍රව්‍ය සහ දියර තවදුරටත් ඉවත් නොකරයි. එවිට එය ඔක්කාරය, වමනය, තෙහෙට්ටුව, ඉදිමුම සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව වැනි ලක්ෂණ ඇතිවීම සිදුවේ. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ මෙම අවස්ථාවේදි ඖෂධ වලින් පාලනය කිරීම ප්‍රමාණවත් නොවන නිසා රෝගියාට කාන්දුකරණය අවශ්‍යය. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගියෙකුට කාන්දුකරණය අවශ්‍ය වන්නේ රුධිර පරීක්ෂණයේදී සේරම් ක්‍රියැටිනින් 8.0 mg/dl හෝ ඊට වඩා වැඩි වුවොත්ය.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය කාන්දුකරණයෙන් සුව කළ හැකිද?

නැත. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය සුව කළ නොහැකි රෝගයකි (ESKD). අවසන් අදියරේ සිටින වකුගඩු රෝගීන් වකුගඩු බද්ධය තෝරා නොගතහොත් ජීවිතය තිබෙනතාක් කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරය කිරීමට සිදුවේ. කෙසේ හෝ උග්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති රෝගියෙකුට කාන්දුකරණය අවශ්‍ය වන්නේ වකුගඩු සුවවන තෙක් කෙටි කාලයකටය.

කාන්දුකරණ වර්ග මොනවාද?

කාන්දුකරණ වර්ග දෙකකි. හීමෝඩයලසිස් සහ පෙරිටෝනියල් ඩයලසිස්ය.

- හීමෝඩයලසිස් - (H.D) අවසන් අදියර (ESKD) වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට ප්‍රතිකාර ලෙස බහුලව පාවිච්චි කරන ක්‍රමය හීමෝඩයලසිස්ය. කෘතිම වකුගඩුවක් පාවිච්චි කරමින් සහ කාන්දුකරණ යන්ත්‍රයක් මගින් රුධිරයෙන් අපද්‍රව්‍ය සහ අතිරික්ත දියර පිටකරන ක්‍රියාවලියකි.
- පෙරිටෝනියල් ඩයලසිස් - (P.D) අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයට ප්‍රතිකාර කරන ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමයකි. පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී කැතීටර යනුවෙන් හඳුන්වන සියුම් නාලයක් (Tube) උදරයට ඇතුල් කරයි. කැතීටරය මාර්ගයෙන් කාන්දුකරණය කිරීමට අවශ්‍ය දියර මිශ්‍රණය උදරයේ කුහරයට ඇතුල්කර අපද්‍රව්‍ය සහ අතිරික්ත දියර ශරීරයෙන් ඉවත් කරයි. පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය කරනු ලබන්නේ යන්ත්‍රයක් නොමැතිව ගෙදර දීය.

අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගීන්ට (ESKD) කාන්දුකරණය කළයුතු ක්‍රමවේදය තෝරාගැනීමේදී කුමන සාධක මගින් එය තීරණය කරනු ලබන්නේද?

අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගීන්ට හීමෝඩයලසිස් සහ පෙරිටෝනියල් ඩයලසිස් යන දෙකම ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමවේදයන්ය. සියලුම රෝගීන්ට එක කාන්දුකරණ ක්‍රමවේදයක් සුදුසු යැයි කිව නොහැක. එම කාන්දුකරණ ක්‍රමවේදයන් වල හොඳ ප්‍රතිඵල සහ නරක ප්‍රතිඵල සැලකිල්ලට ගෙන එම තෝරා ගැනීම HD ද PD ද යන්න තීරණය කරන්නේ රෝගියා, පවුලේ සාමාජිකයින් සහ වෘක්කවේදී විශේෂඥයාය. මෙම තේරීමට හේතුවන ප්‍රධාන කරුණු වන්නේ චිකිත්සා වියදම, වයස, රෝග තත්වය, හීමෝඩයලසිස් කරන මධ්‍යස්ථානයට ඇතිදුර, අධ්‍යාපන තත්වය, භෞත චිකිත්සකවේදියා (Physician) සහ රෝගියාගේ වැඩි කැමැත්ත සහ ජීවන රටාවයි. අඩු වියදම සහ පහසුවෙන් සපයාගත හැකි නිසා ඉන්දියාවේ

බොහෝ රෝගීහු හීමෝඩයලසිස් කාන්දුකරණයට වැඩි කැමැත්තක් දක්වයි.

හීමෝඩයලසිස් රෝගීන් ඔවුන්ගේ ආහාර වේල පාලනය කළ යුතුද?

ඔව්. කාන්දුකරණය කරන රෝගීන්ට අනුමත කරන පොදු ආහාර වේලට සෝඩියම්, පොටෑසියම්, ප්‍රොස්ෆරස් සහ ගන්නා දියර ප්‍රමාණය පාලනය කළයුතුය. කාන්දුකරණය කළ රෝගීන් මෙම ආහාර පිළිබඳ උපදෙස් පිළිපැදිය යුතු අතර නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී මූලික කාන්දුකරණයෙන් පසු ආහාර පිළිබඳ නීති ලිහිල් කරනු ලැබේ. කාන්දුකරණය කරන රෝගීන්ට අවශ්‍ය ඉහළ ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණයක් ඇති ආහාර වේලක්, ප්‍රමාණවත් කැලරි, ජලයේ දියවෙන විටමින් සහ ඛනිජ අඩංගු විය යුතු යැයි වෛද්‍යවරුන් විසින් අවවාද කරනු ලැබේ .

"වියළි බර" (Dry Weight) යනු කුමක්ද?

"වියළි බර" යන වචනය සාමාන්‍යයෙන් පාවිච්චි කරන්නේ කාන්දුකරණය සිදුකරන රොගීන්ටය. අතිරික්ත ද්‍රව ප්‍රමාණය කාන්දුකරණයෙන් ඉවත් කළ පසු ඉතිරිවෙන බර වියළි බර වේ. රෝගියාගේ සත්‍යවූ බර කලින් කලට වෙනස් වන නිසා "වියළි බර" අගය කලින් කලට ගැලපිය යුතුය.

හීමෝඩයලසිස්

අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයේදී ප්‍රතිකාර කළයුතු ජනප්‍රිය ක්‍රමය හිමෝඩයලසිස්ය. හීමෝඩයලසිස් කිරීමේදී රුධිරය පිරිසිදු කරන්නේ ඩයලසිස් යන්ත්‍රයක සහ ඩයලසිසරයක ආධාරයෙනි.

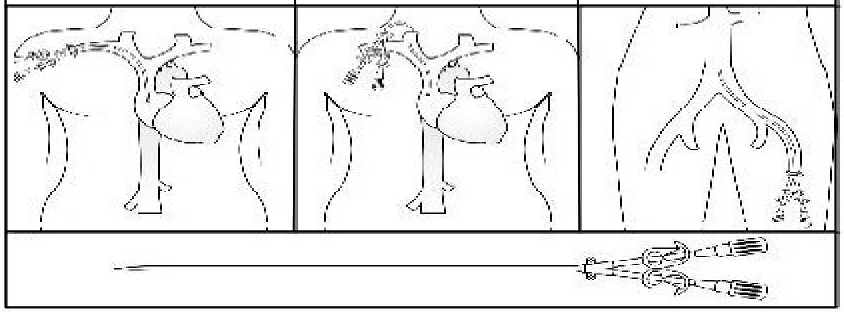
හීමෝඩයලසිස් කරන්නේ කෙසේද?

- හීමෝඩයලසිස් වැඩිහරියක් කරන්නේ කාන්දුකරණ මධ්‍යස්ථානවල වෛද්‍යවරුන්ගේ ආරක්ෂාව යටතේ හෙදියන් සහ කාන්දුකරණය කරන තාක්ෂණිකයන් යටතේය.
- කාන්දුකරණ යන්ත්‍රය මිනිත්තුවකට මි.ලි. 300 ක් රුධිරය ශරීරයෙන් ඩයලයිසරයට නැමෙන සුළු ටියුබයක් මාර්ගයෙන් පොම්පකරයි. රුධිරය කැටි ගැසීම වැළැක්වීමට හෙපරින් නිතර ශරීර ගත කරයි.
- අතිරේක දියර සහ ශරීරයේ අප ද්‍රව්‍ය ඉවත්කරන ඩයලසිසරය (කෘතිම වකුගඩුව) විශේෂ ෆිල්ටරයකි. කාන්දුකරණ යන්ත්‍රයෙන් පිළියෙළ කළ ඩයලිසේට් ද්‍රාවණය උදව්වෙන් ඩයලසිසරය රුධිරය පිරිසිදු කරයි.
- රුධිරය පිරිසිදු කළ පසු යන්ත්‍රය මාර්ගයෙන් එය නැවත ශරීරයට යවයි.
- සතියකට තුන් වතාවක් හීමෝඩයලසිස් සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලැබේ. එක් වාරයකට පැය 4ක පමණ කාලයක් ගතවේ.

පිරිසිදු කිරීම සඳහා රුධිරය ලබාගෙන නැවත ශරීරයට යවනු ලබන්නේ හීමෝඩයලසිස් ක්‍රියාව මාර්ගයෙන්ද?

හීමෝඩයලසිස් කිරීමට ශිරාවලින් ඇතුල් කළහැකි පොදු ක්‍රම 3 වන්නේ සෙන්ට්‍රල් වීනස් කැතිටර්ස්, නේටිව් ආටිරියෝවීනස් (AV - නේටිව් ධමනි ශෛරික) ෆිස්ටියුලා සහ සින්තටික් ග්‍රාෆ්ට්‍ය (සින්තටික් බද්ධය)

හිමෝඩයලසිස් සඳහා වාහිනික ඇතුල් වීම		
දකුණු උපකුංචිකාව	දකුණු කන්ඨරික ශිරාව	වම් ඌර්විය ශිරාව



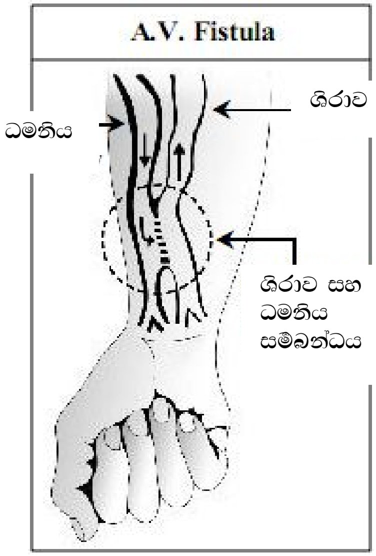
1) සෙන්ට්‍රල් වීනස් කැතීටර්

- හිමෝඩයලසිස් ප්‍රතිකාරය වහාම ආරම්භ කිරීමට ඉතා පොදු සහ ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමය වන්නේ සෙන්ට්‍රල් වීනස් කැතිටරය ඇතුල් කිරීමය.
- මෙම තන්ත්‍ර වාහිනියකට ඇතුල් කිරීම (Vascular Access) ක්‍රමය ඉතා සුදුසුම ක්‍රමය වන්නේ කෙටිකාලයකට ෆිස්ටියුලාවක් හෝ බද්ධයක් (Graft) සූදානම් වන තෙක්ය.
- හිමෝඩයලසිස් සඳහා බෙල්ල, පපුව හෝ කකුලේ ඉකිලිය ලග (Internal Jugular) අභ්‍යන්තර කන්ඨක ශිරාව (Subclavian), උපකුංචික ශිරාව සහ (Femoral Veins) ඌර්වීය ශිරාව වැනි විශාල ශිරාවකින් කැතිටරය ඇතුල් කරන ලැබේ. මෙම කැතිටරයෙන් කාන්දුකරණය සඳහා මිනිත්තුවකට මි.ලි. 300 ක රුධිර ප්‍රමාණයක් ගත හැක.
- කැතිටර්ස් නැමෙන සුලු කුහර සහිත ව්‍යුහයන්ය. ලුමන (කුහර) දෙකක් සහිතය. එක ලුමනයකින් රුධිරය ආපසු ලබාගෙන කාන්දුකරණ පරිපථයට (Circuit) ඇතුල් කරනු ලැබේ. අනික් ලුමනය මාර්ගයෙන් නැවත ශරීරයට ඇතුලු වේ.

- වීනස් කැතිටර්ස් (Venous Catheter) පොදුවේ පාවිච්චි කරනු ලබන්නේ තාවකාලික ප්‍රවේශයකටය. ඒ මන්ද යත් ආසාදන අවදානම සහ ලේ කැටි ගැසීම සිදු වන නිසාය.
- වීනස් කැතිටර්ස් වර්ග දෙකකි. එනම් කුහර සහිත (Tunnelled) මාස ගණන් පාවිච්චි කළ හැකි වර්ගය සහ කුහර නැති (Non Tunnelled) සති ගණන් පාවිච්චි කළ හැකි වර්ගයයි.

2) AV ෆිස්ටියුලා (Fistula) සාතිකාව

- ආටිරියෝ වීනස් (ධමනි ශෛරික) හෝ AV ෆිස්ටියුලාව දිගුකාලීන හිමොඩයලසිස් සඳහා හොඳම ක්‍රමයක් වන හා ඉතා සුලභව පාවිච්චි කරන සනාල ප්‍රවේශයකි. එසේ වන්නේ එය දිගුකලක් පවතින නිසාත්, කැටිගැසීමක් හෝ ආසාදනයක් ඇතිවීමට හේතු නොවන නිසාත්ය.



- AV ෆිස්ටියුලා ක්‍රියාවලියේදී ධමනියක් (Artery) සහ ශිරාවක් ශල්‍යකර්මයකින් එකිනෙක සම්බන්ධ කරනු ලැබේ. AV ෆිස්ටියුලාව සාමාන්‍යයෙන් සවි කරන්නේ වැලමිට සහ වළලුකර අතර (Forearm) වළලුකරට කිට්ටුවය. (අරීය ධමනිය කර්පරික ශිරාවට සම්බන්ධ කරයි - Radial Artery to the Cephalic Vein)
- වැඩි පීඩනයකින් යුත් රුධිරය විශාල ප්‍රමාණයක් ධමනියකින් ශිරාවට ඇතුල් වේ. සති කිපයකට හෝ මාස කිපයකට ශිරාව විස්තාරනය (Dilates) වී

- වැඩියෙන් රුධිරය ගෙනයයි. මෙම ක්‍රියාවලියට මේරීම යැයි කියනු ලැබේ. AV ෆිස්ටියුලාව මේරීමට කල් ගතවන නිසා එය සවිකළ වහාම හීමෝඩයලසිස් සඳහා පාවිච්චි නළ නොහැක.
- හීමෝඩයලසිස් සඳහා විශාල හිල්කරන කටු දෙකක් ෆිස්ටියුලාවට ඇතුල් කරනු ලැබේ. එකකින් ඩයලයිසරයට රුධිරය ගෙනයන අතර අනෙකෙන් පිරිසිදු කරන ලද රුධිරය ආපසු ශරීරයට යවයි.
- AV ෆිස්ටියුලාව හොඳින් පවත්වා ගෙන ගියහොත් බොහෝ කලක් පාවිච්චි කළහැක. AV ෆිස්ටියුලාව සවි කර තිබෙන අතින් සාමාන්‍ය එදිනෙදා කටයුතු සියල්ල පහසුවෙන් කරගත හැක.

AV ෆිස්ටියුලාව විශේෂයෙන් රැකබලා ගැනීම අවශ්‍ය ඇයි?

- නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගියෙකුගේ ජිවිතය රඳා පවතින්නේ නිතර කරන ප්‍රමාණවත් හීමෝඩයලිසිස් මතය. AV ෆිස්ටියුලාවෙන් ප්‍රමාණවත් රුධිර ප්‍රමාණයක් ලබාගැනීම, ප්‍රමාණවත් කාන්දුකරණය සඳහා වැදගත්ය. එනිසා රෝගියාට කාන්දුකරණය පවත්වාගෙන යාමට AV ෆිස්ටියුලාව මුලු ජිවිත කාලයටම වැදගත්ය. AV ෆිස්ටියුලාව විශේෂයෙන් ආරක්ෂාකාරී ලෙස රැකබලා ගැනීම නිසා දිගුකලක් ප්‍රමාණවත් රුධිර ප්‍රමාණයක් ඉන් බෙදාහැරීමට පුලුවන් වනවා ඇත.
- AV ෆිස්ටියුලාවේ ශිරාවල වැඩි පීඩනයකින් යුත් රුධිර ප්‍රමාණයක් ගලා යයි. එවැනි ශිරාවලට හදිසි අනතුරක් සිදුවුවහොත් ඉන් දිගටම රුධිර ගලායාමක් සිදුවිය හැක. ඒ අනුව විශාල ප්‍රමාණයක් රුධිරය අඩුවීම ජිවිතයට හානියක් සිදුවිය හැක. එනිසා AV ෆිස්ටියුලාවේ ශිරා විශේෂයෙන් ආරක්ෂාකාරී ලෙස රැක බලා ගැනීම අනිවාර්යය වේ.

AV ෆිස්ටියුලාව රැක බලා ගැනීම

AV ෆිස්ටියුලාව නිතර නිවැරදිව රැක බලා ගැනීම සහ ආරක්ෂා කිරීම සිදුවුවහොත් අවුරුදු ගණනාවක්ම ප්‍රමාණවත් රුධිර ප්‍රමාණයක් ඉන් ලබාගැනීමට පුලුවන් වේ. ෆිස්ටියුලාව සෞඛ්‍ය සම්පන්නව දිගුකලක් ඉන් ප්‍රයෝජන ගතහැකි වීමට ගතයුතු වැදගත් ආරක්ෂාකාරී ක්‍රියාමාර්ග මෙසේය.

ආසාදනවලින් වැළකීම

නිතරම ෆිස්ටියුලාව පිහිටි ප්‍රදේශය පිරිසිදුව තබාගන්න. සෑම කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරයකටම පෙර අතේ තන්තුවාහිනි වලට ඇතුල්වන ස්ථානය සෝදා පිරිසිදු කරන්න.

> දිගුකාලීන හීමෝඩයලසිස් සිදුකළ නොහැකි නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය තිබෙන රෝගින්ට ජිවිතය පවත්වා ගෙන යාමට ෆිස්ටියුලාව වැදගත්වේ.

AV ෆිස්ටියුලාව ආරක්ෂා කර ගැනීම

- රුධිර කාන්දුකරණය සඳහා පමණක් අතේ තන්තුවාහිනිවලට ඇතුල්වන කොටස තබාගන්න. AV ෆිස්ටියුලාව තිබෙන අතට එන්නත් දීමට, රුධිරය ලබාගැනීමට හෝ රුධිර පීඩනය මැනීමට කිසිම කෙනෙකුට ඉඩදීම සුදුසු නැත.
- AV ෆිස්ටියුලාවට අනතුරු සිදුවීම වළක්වන්න. එම අතේ ස්වර්ණාභරණ, තද ඇඳුම් හෝ ඔරලෝසු නොපළඳින්න. AV ෆිස්ටියුලාවට හදිසි අනතුරක් සිදුවුවහොත් දිගටම ලේ ගැලීමක් සිදුවිය හැක. එය ජීවිතයටද හානිදායකය.

- රුධිරය ගැලීම පාලනය කිරීමට වහාම රුධිරය පිටවන තැන ආශ්‍රිතව අතින් අතින් තද පීඩනයක් ලබා දෙන්න. නැතහොත් බැන්ඩේජයකින් තදේට බඳින්න. රුධිරය ගැලීම පාලනය වූ පසු වෛද්‍යවරයා හමුවන්න. රුධිරය ගැලීම පාලනය කරනවා විනා උපකාර පිණිස ආරෝග්‍යශාලාවට ගෙන යාම නුවණැති ක්‍රියාවක් නොවන අතර එය භයානකය.
- ෆිස්ටියුලාව සවිකර ඇති අතින් බර ඉසිලීම සුදුසු නැත. එම අතට වැඩි පීඩනයක් දීමෙන් වළකින්න. AV ෆිස්ටියුලාව ඇති අත මත නිදා නොගැනීමට පරිස්සම් වන්න.

AV ෆිස්ටියුලාව නියමාකාරයට ක්‍රියාත්මක වනවාදැයි ස්ථිර ලෙස වගබලාගන්න

- AV ෆිස්ටියුලාවේ රුධිරය ගමන් කිරීම නිසි ලෙස වේදැයි දැන ගැනීමට එය නිසි පරිදි ස්පන්දනය වේදැයි දිනකට තුන් වතාවක් (උදේ, දවල්, රාත්‍රී ආහාරයට පෙර) ස්පර්ෂ කර පරීක්ෂා කර බලන්න. ස්පන්දනය නොදැනේනම් වහාම වෛද්‍යවරයාට හෝ කාන්දුකරණ කාර්යය මණ්ඩලයට දන්වන්න. කල් ඇතිව AV ෆිස්ටියුලාව ක්‍රියාකාරී නොවන බව දැනගත්විට එහි හිරවී ඇති ලේ කැටිය දියකිරීමට හෝ ඉවත් කර ගැනීමට කලට වේලාවට මැදිහත්වීම AV ෆිස්ටියුලාව ආරක්ෂා කර ගැනීමට පුලුවන් වනවා ඇත.
- අඩු රුධිර පීඩනය නිසා AV ෆිස්ටියුලාව අක්‍රියවීමේ අවදානමට ලක්විය හැක. එනිසා ඉන් වළකින්න .

නිතර ව්‍යායාම

AV ෆිස්ටියුලාව නිතරම ව්‍යායාම කරවීම එය මේරීමට යොමුවිය හැක. හීමෝඩයලසිස් කළ මුල් අවස්ථාවේ තන්තුවාහිනිවලට ඇතුල් කරන අතට

> අවශ්‍ය තරම් රුධිරය ලබාදීම සහ ප්‍රතිඵලදායි දිගුකාලීන හීමෝඩයලසිස් කාන්දුකරණය වගබලා ගැනීම සඳහා AV ෆිස්ටියුලාව රැක බලා ගැනීම ඉතා වැදගත්ය.

නිතර ව්‍යායාම දීම AV ෆිස්ටියුලාව ශක්තිමත් කිරීමට උදව් වේ.

3) බද්ධය

- ධමනි ශෛරික බද්ධය (Arteriovenous Graft) දිගුකාලීන කාන්දුකරණ ප්‍රවේශයේ තවත් ක්‍රමයකි. AV ෆිස්ටියුලාව සඳහා පුද්ගලයෙකුට හරියාකාරව ක්‍රියාකරන ශිරා නැති වුවහොත් හෝ AV ෆිස්ටියුලාව අක්‍රිය නම් ධමනි ශෛරික බද්ධය යොදාගත හැක.
- බද්ධ කිරීමේ ක්‍රමයේදී සම යට තැන්පත් කරන ලද කෘතිම සියුම් ටියුබයක් ශෛල්‍යකර්මයක් මගින් ධමනියක් ශිරාවට සම්බන්ධ කරනු ලැබේ. මෙම බද්ධයේදී කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරය කරන විට කටු ඇතුල් කරනු ලැබේ.
- AV ෆිස්ටියුලාව සමග සැසඳීමේදී AV බද්ධය රුධිර කැටි ගැසීමට ඇති ප්‍රවනතාවය වැඩි සහ ආසාදන ඇතිවීමට වැඩි අවදානමක් ඇති අතර AV ෆිස්ටියුලාව මෙන් බොහෝ කලක් නොපවතී.

හීමෝඩයලසිස් යන්ත්‍රයේ කාර්යයන් මොනවාද?

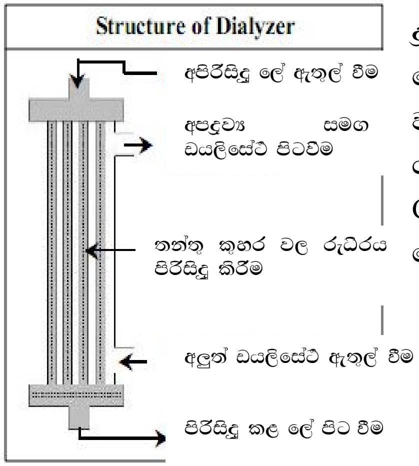
- මෙම යන්ත්‍රය විශේෂ ඩයලසිස් (කාන්දුකරණ) ද්‍රාවණය (dialysate) පිළියෙල කරයි. මෙම මිශ්‍රණය ඩයලයිසරයට ලබා දෙන්නේ රුධිරය පිරිසිදු කිරීමටය. මෙසේ නිපදවූ ද්‍රාවණයේ (dialysate) විද්‍යුත් විච්ඡේදය, උෂ්ණත්වය, පරිමාව සහ පීඩනය පිළිබඳ මෙම යන්ත්‍රය පරීක්ෂාවෙන් සහ අවබෝධයෙන් සිටින අතර රෝගියාගේ අවශ්‍යතාවයට අනුව සකස් කර ලබාදෙනු ඇත. මෙම ඩයලසිස් ද්‍රාවණය(dialysate) ඩයලයිසරය මාර්ගයෙන් අනවශ්‍ය අපද්‍රව්‍ය සහ අතිරේක ජලය පිට කරයි.
- මෙම යන්ත්‍රයේ රෝගියාගේ ආරක්ෂාව සඳහා ඩයලයිසරයෙන් රුධිරය කාන්දුවනවා දැයි සොයාගැනීම හෝ රුධිර පරිපථයේ වාතය තිබේදැයි බැලීමට විවිධ ආරක්ෂක උපකරණ ඇත.
- පරිඝණක කරන ලද හීමෝඩයලසිස් යන්ත්‍රවල ඉදිරි තිරයේ විවිධ පරාසයන් සහ විවිධ අනතුරු ඇඟවීමේ සංඥා (Alarms) පෙන්නුම් කරන අතර එමගින් කාන්දුකරණ ක්‍රියාවලිය ගැන අවධානයෙන් සිටීම සහ එය පහසුවෙන්, නිරවද්‍යතාවයෙන් සහ ආරක්ෂාකාරීව කරගැනීමට උපකාරි වේ

ඩයලයිසරයේ උදව්වෙන් හීමෝඩයලසිස් යන්ත්‍රය රුධිරය පෙරීම සහ දියර පාලනය, විද්‍යුත් විච්ඡේදය සහ අම්ල පදනමේ සමතුලිතතාව පවත්වා ගනියි.

ඩයලයිසරයේ ව්‍යුහය කුමක්ද එය රුධිරය පිරිසිදු කරන්නේ කෙසේද?

1) ඩයලයිසරයේ ව්‍යුහය

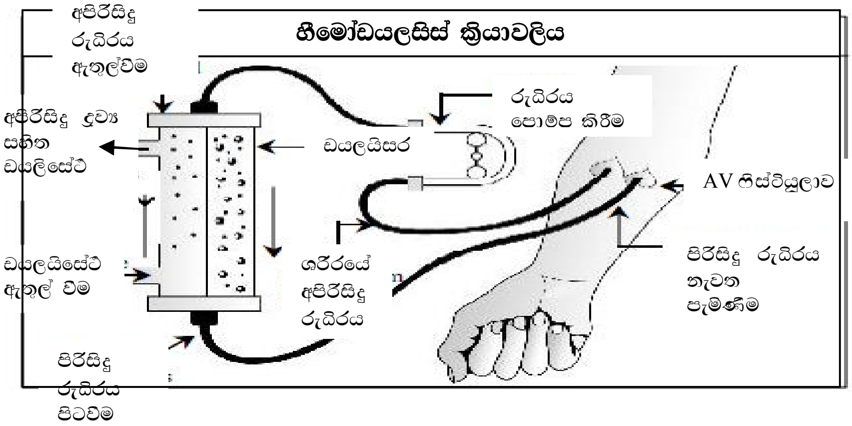
- හීමෝඩයලසිස් ක්‍රියාවලියේදී ඩයලයිසරය (කෘතිම වකුගඩුව) පෙරනයකි. (Filter) ඉන් රුධිරය පිරිසිදු කරයි.
- ඩයලයිසරය 20 cm දිග 5 cm පළල ප්ලාස්ටික් සිලින්ඩරයක් වන අතර එහි ඇතුලත කෘතිම අර්ධ පාරගම්‍ය පටලයක් සහිත නලාකාර කුහර සහිත තන්තු දහස් ගණනකින් යුක්තය.
- මෙම කුහර සහිත තන්තු සිලින්ඩරයේ ඉහළින් සහ පහළින් එකිනෙකට සම්බන්ධ වී ඇති අතර මෙය රුධිර ගබඩාවක් (Blood Compartment) බවට පත් වෙයි. මෙම රුධිර ගබඩාවේ එක් කෙළවරකින් රුධිරය ගබඩාවට ඇතුල්වී අනෙක් කෙළවරින් රුධිරය පිරිසිදුවී පිටවෙයි. ඩයලසිස් ද්‍රාවණය ඩයලයිසරයේ එක් කෙළවරකින් ඇතුල්ව තන්තු වටා ගමන්කර (ඩයලිසේට් ගබඩාව) (Dialysate Compartment) අනෙක් කෙළවරින් පිටවෙයි.



ඩයලයිසරයෙන් රුධිරය පිරිසිදු කිරීම

හිමෝඩයලසිස් ක්‍රියාවලියේදී යන්ත්‍රයෙන් පොම්පකරන රුධිරය ඩයලයිසරයේ එක් කෙළවරකින් ඇතුල්වේ. ඊටපසු දහස්ගණන් තන්තුනාලිකා වැනි කුහරවලට බෙදාහැරේ. ඩයලසිස් ද්‍රාවණය ඩයලයිසරයේ අනික් කෙළවරින් ඇතුල්වී ඩයලිසේට් ගබඩාවේ තන්තු වටා ගලායයි.

හීමෝඩයලසිස් ක්‍රියාවලිය



- හීමෝඩයලසිස් කාන්දුකරණය කරනවිටදී සෑම මිනිත්තුවකදීම රුධිරය මිලි ලීටර් 300 සහ ඩයලසිස් ද්‍රාවණය මිලි ලීටර් 600 නොනැවතී ඩයලයිසරයේ විරුද්ධ පැත්තට ගමන් කරයි. රුධිරය සහ ඩයලසිස් ගබඩාව (Compartment) වෙන් කරන කුහර සහිත තන්තුවල අර්ධ සිදුරු කරගෙන යා හැකි සිවියෙන් (අර්ධ පාරගම්‍ය) රුධිරයේ අපද්‍රව්‍ය සහ වැඩිපුර ජලය ඉවත් කර ඩයලිසේට් ගබඩාවට (Compartment) යවයි.

Free!!! 200+ paged Kidney Book in 35+ Languages

- පිරිසිදු කිරීමෙන් පසු රුධිරය ඩයලයිසරයේ අනික් කෙළවරකින් පිටකරයි. රුධිරයෙන් ඉවත්කරන ලද විෂ ද්‍රව්‍ය සහ වැඩි ජලය සහිත ඩයලසිස් ද්‍රාවණය, ඩයලයිසරයේ රුධිරය ඇතුල් කරන කෙළවරෙන් පිට කරයි.
- හිමෝඩයලසිස් ක්‍රියාවලියේදී ශරීරයේ තිබෙන සියලු රුධිරය වාර 12 ක් පමණ පිරිසිදු කරයි. පැය 4 ක් හිමෝඩයලසිස් ප්‍රතිකාරය කර අවසානයේදී රුධිරයේ යූරියා සහ ක්‍රේටිනින් සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක් අඩුවේ. ශරීරයේ තිබෙන අතිරේක ජලය ඉවත් කර විද්‍යුත් විච්ඡේදයේ ඇති විෂමතා නිවැරදි කරයි.

ඩයලිසේට් (කාන්දුකරණ ද්‍රාවණය) යනු කුමක්ද හීමෝඩයලසිස් කිරීමේදී ඉන් සිදුවන කාර්යයන් මොනවාද?

- ඩයලිසේට් (කාන්දුකරණ ද්‍රාවණය) හිමෝඩයලසිස් කිරීමේදී පාවිච්චි කරන විශේෂ දියරයකි. එය යොදාගන්නේ රුධිරයේ ඇති අපද්‍රව්‍ය සහ අමතර ජලය ඉවත් කිරීමටය.
- ප්‍රමිතියෙන් යුත් ඩයලිසේට් (කාන්දුකරණ ද්‍රාවණය) සෑදුම් ලත් ආකාරය, සාමාන්‍ය අමතර සෛලීය දියරය හා සමානය. නමුත් රෝගියාගේ අවශ්‍යතාවය අනුව මෙම සංයුතිය වෙනස් කළ හැක.
- ඩයලිසේට් සකස් කරන්නේ කාන්දුකරණ යන්ත්‍රයකිනි. ඉතා උසස් තත්වයේ පිරිසිදු වතුර කොටස් 30කට ඩයලිසේට් සාන්ද්‍රණය (Concentrate) කොටස් එකකට මිශ්‍ර කරයි.
- වාණිජමය වශයෙන් ලබාගත හැකි ඩයලිසේට් සාන්ද්‍රණය (Concentrate) විශේෂ දියරයකි. එය සාමාන්‍යයෙන්, ඉහළ අගයක් ගන්නා විද්‍යුත් විච්ඡේද, ඛනිජ සහ බයිකාබනේට් ඇති භාජනයක අඩංගුව ඇත.
- ඩයලිසේට් පිළියෙල කිරීමට, ඇතුලට එන පිරිසිදු නොකළ ජලය (Raw) පිරිසිදු කරන ක්‍රියාවලි කිපයකි. එනම් වැලි ෆිල්ටරය, අඟුරු ෆිල්ටරය, ජලය මෘදු කිරීමේ යන්ත්‍රය, ආපසු හරවන ආසෘතිය

Visit: www.KidneyEducation.com

(Reverse Osmosis) සහ අල්ට්‍රා වයලට් පෙරනයයි.

- ඉහත සඳහන් ක්‍රියාවලි මාර්ගයෙන් ජලය පිරිසිදු කළවිට එම ජලය දූවිලි, රසායනික අපද්‍රව්‍ය, ඛණිජ, බැක්ටීරියා සහ විෂ ද්‍රව්‍ය වලින් නිදහස් වේ.
- සෑම හිමොඩයලසිස් කරන වාරයකදීම රෝගියා වතුර ලීටර් 150 කට පමණ නිරාවරණය වන හෙයින්, ආරක්ෂාකාරී ලෙස ඩයලසිස් කිරීමට ඉතා උසස් තත්වයෙන් පිරිසිදු කරන ලද ජලය අත්‍යවශ්‍යය.
- හිමොඩයලසිස් රෝගීන්ව ජලයේ තිබෙන විෂබීජ අපවිත්‍රතා වලින් ආරක්ෂා කර ගැනීම සඳහා ජලය ඉතා පරිස්සමින් පිරිසිදු කිරීම සහ ජලයේ උසස් තත්වය ගැන පරික්ෂාවෙන් සිටීම අත්‍යවශ්‍යය.

හීමෝඩයලසිස් කරන්නේ කුමන ස්ථානයේද?

හිමෝඩයලසිස් සාමාන්‍යයෙන් කරන්නේ ආරෝග්‍යශාලාවක හෝ පුහුණු කාර්යය මණ්ඩලයක් යටතේ කාන්දුකරණ මධ්‍යස්ථානයක වෛද්‍යවරයෙකුගේ අධීක්ෂණය යටතේය. රෝගීන් සුලු සංඛ්‍යාවකට හිමෝඩයලසිස් ප්‍රතිකාරය ගෙදරදී කරනු ලැබේ. ගෙදරදී හීමෝඩයලසිස් කරනු ලබන්නේ ස්ථාවර තත්වයක සිටින රෝගීන්ටය. ඒ සඳහා නිශ්චිත පුහුණුවක්, පවුලේ සහයෝගය, අවශ්‍ය තරම් ඉඩකඩ සහ මුදල් අවශ්‍යය.

> ඩයලිසේට් මගින් විද්‍යුත් විච්ඡේදය අසමතුලිත බව නිවැරදි කිරීම සහ අපද්‍රව්‍ය ඉවත් කිරීම හිමෝඩයලසිස් ක්‍රියාවලියේදී සිදු කරයි.

හීමෝඩයලසිස් වේදනාකාරිද? කාන්දුකරණය කරන අවස්ථාවේදී රෝගියා කරන්නේ කුමක්ද?

නැත. කටුව ඇතුල් කරන විටදී දැනෙන වෙදනාව හැර හීමෝඩයලසිස් වේදනාකාරී නැත. නඩත්තුව පිණිස හීමෝඩයලසිස් කරන රෝගියා

කාන්දුකරණය සඳහා ආරෝග්‍යශාලාව වෙත ගොස් එය නිමා කළ පසු ගෙදර පැමිණෙයි. රෝගීන් සාමාන්‍යයෙන් පැය 4 ක කාලයක් කාන්දුකරණය සඳහා ගත කරන්නේ විවේකයෙන් හෝ නිදා ගැනීමෙන්, කියවීමෙන්, සංගීතයට සවන් දීමෙන් හෝ රූපවාහිනිය නැරඹීමෙනි. රෝගියා කාන්දුකරණයට ගත කරන කාලය තුළදී සැහැල්ලු ආහාරයක් සහ උණු හෝ සිසිල් බීමක් ගැනීමට වැඩි කැමැත්තක් දක්වති.

හීමෝඩයලසිස් කරන විට පොදු ප්‍රශ්න මොනවාද?

හිමෝඩයලසිස් කරන විට පොදු ප්‍රශ්න වන්නේ අඩු රුධිර පීඩනය, ඔක්කාරය/වමනය, මස් පිඩු පෙරලීම, දුර්වලකම සහ ඔලුව කැක්කුමය.

හීමෝඩයලසිස් වලදී ඇති වන වාසි සහ අවාසි කවරේද?

හිමෝඩයලසිස් වල ඇති වාසි :

- හිමෝඩයලසිස් කරන්නේ පුහුණු හෙදියක් හෝ කාර්මික ශිල්පියෙක්ය. එනිසා එය රෝගීන්ට ආරක්ෂාකාරී, සුවපහසු, මානසික ආතතිය අඩු වනු ඇත.
- හිමෝඩයලසිස් ඉතා වේගවත් හා කාර්යක්ෂම කාන්දුකරණ ක්‍රමයකි. එම නිසා එය පෙරිටෝනියල් හිමෝඩයලසිස් වලට වඩා අඩු කාලයක් ගනී.
- එක හා සමාන ප්‍රශ්න ඇති රෝගීන් සමග මුණ ගැසී කතා කිරීමට හිමෝඩයලසිස් මධ්‍යස්ථානය අවස්ථාව සලසයි. එවැනි මුණගැසීමකදී මානසික ආතතිය අඩුවන අතර රෝගියාට සහෝදර රෝගීන්ගේ සමාගම භුක්ති විඳීමට හැකිවේ.
- හිමෝඩයලසිස් සතියට දින **3** ක් පමණක් කරන නිසා රෝගියාට වැඩි නිදහස් කාලයක්ද ඇත.

- ආසාදන ඇතිවීමේ අවදානම ඉතා අඩුය.
- බොහෝ මධ්‍යස්ථානවල පෙරිටෝනියල් ඩයලයිසිස් වලට අය කරන මුදලට වඩා හීමෝඩයලයිසිස් සඳහා අය කරන මුදල අඩුය

ඩයලිසේට් මගින් විද්‍යුත් විච්ජේදය අසමතුලිත බව නිවැරදි කිරීම සහ අපද්‍රව්‍ය ඉවත් කිරීම හීමෝඩයලසිස් ක්‍රියාවලියේදී සිදු කරයි.

හීමෝඩයලසිස් හි අවාසි :

- කාන්දුකරණ මධ්‍යස්ථානයට හීමෝඩයලසිස් සඳහා නිතරම යෑම අපහසු කාර්යයක් සහ කාලය නාස්තියකි. විශේෂයෙන් එය ඈත ස්ථානයක පිහිටියේ නම්.
- හීමෝඩයලසිස් සඳහා නිශ්චිත කාලසටහනක් අනුගමනය කළ යුතුයි. රෝගියා තම කාන්දුකරණ සැසිවාර ගණන සිහියේ තබාගෙන තම සියලුම කාර්යයන් සැලසුම් කළ යුතුයි.
- හීමෝඩයලසිස් සඳහා කටුව ඇතුල් කිරීම වේදනාකාරීය.
- ආහාර ගැනීම පිළිබඳව නිදහස අඩුය. හීමෝඩයලසිස් කරන රෝගීන් දියර වර්ග ලුණු සහ පොටෑසියම් මෙන්ම පොස්ෆරස් වැඩි ආහාර පිළිබඳ සීමාවන් මනාව පිළිපැදිය යුතුයි.
- හෙපටයිටිස් ආසාදනයට වැඩි අවදානමක් ඇත.

හීමෝඩයලසිස් රොගීහු "කළ යුතු" සහ "නොකළ යුතු" දේ

- අවසාන අදියර වකුගඩු රෝගය ඇති නඩත්තුව පිණිස කාන්දුකරණය කරන රෝගීන් නිතර සතියට තුන් වතාවක් හීමෝඩයලසිස් කළ යුතුය. නිතර කාන්දුකරණය දිගුකාලීන සුවය සඳහා අත්‍යවශ්‍යය.

- විධිමත් නැති හෝ ප්‍රමාණවත් නොවන හීමෝඩයලසිස් හානිදායක වන අතර මරණය පවා සිදුවිය හැක.
- කාන්දුකරණ වාර දෙකක් අතර බර වැඩිවීම පාලනය කිරීමට, දියර සහ ලුණු පාලනය කිරීම අත්‍යවශ්‍යය. පොටෑසියම් සහ පොස්ෆරස් වැඩි ආහාර පාලනය කරන්න. ප්‍රෝටීන් ගැනීම වැඩිකිරීම අත්‍යවශ්‍යය.
- කාන්දුකරණය කරන රෝගීන්ට මන්දපෝෂණය වැළදීම පොදුය. ඒ නිසා ලැබිය හැකි ප්‍රතිඵල දුර්වලය. කාන්දුකරණය කිරීමේදී ආහාරයේ ප්‍රමාණවත් ලෙස ප්‍රෝටීන නොතිබීම සහ ප්‍රෝටීන් හිගකම මන්දපෝෂණයට මග පාදයි. එනිසා කාන්දුකරණ රෝගීන්ට ප්‍රෝටීන වැඩි ආහාර සහ කැලරි වැඩියෙන් ගැනීම අනුමත කරයි.
- නඩත්තුව පිණිස කාන්දුකරණය පවත්වාගෙන යන රෝගීන්ට අමතර පරිපූරකයක් වශයෙන් විටමින් B සහ C ඇතුලත් ජලයේ දියවන විටමින් වර්ග දිය යුතුයි. ඔවුන් කවුන්ටරයෙන් ලබාගන්නා විටමින් වර්ග ගැනීමෙන් වැළකිය යුත්තේ ඒවායේ ඔවුන්ට අවශ්‍ය සියලු විටමින් වර්ග අඩංගු නැති නිසාත්, එහි අඩංගු විටමින් වර්ග කාන්දුකරණ රෝගීන්ට ප්‍රමාණවත් නොවන මාත්‍රාවලින් විය හැකි නිසාත්, තවද ඩයලසිස් රෝගීන්ට හානිදායක විටමින් A, E, සහ K හෝ ඛණිජ අඩංගු විය හැකි නිසාත්ය.
- රෝගියාගේ කැල්සියම්, පොස්ෆරස් සහ පැරාතයිරොයිඩ් හෝමෝන මට්ටම් සැලකිල්ලට ගෙන කැල්සියම් සහ විටමින් D පදාර්ථය අමතර පරිපූරකයක් වශයෙන් දිය හැක.
- රෝගියා ජීවන රටා වෙනස්වීම් සහ සාමාන්‍ය පිළිවෙල අනුගමනය කළ යුතුයි. එනම් ධූම පානයෙන් වැළකීම, නිරෝගී බරක් පවත්වාගෙන යාම, දිනපතා ව්‍යායාම, මද්‍යසාර ගැනීම සීමාකිරීම කළ යුතුයි.

හීමෝඩයලයිසිස් කිරීමේදී සිදුවන ප්‍රධාන අවාසිය වන්නේ සතියට 3 වරක් ආරෝග්‍යශාලාවට යාමට සිදුවීමය.

හීමෝඩයලසිස් රෝගියෙකු කාන්දුකරණය කරන හෙදිය හෝ වෛද්‍යවරයා ඇමතිය යුත්තේ කුමන වේලාවේද?

හීමෝඩයලසිස් රෝගියෙකු වහාම කාන්දුකරණ හෙදිය හෝ වෛද්‍යවරයා ඇමතිය යුත්තේ:

- AV ෆිස්ටියුලා පිහිටි ස්ථානයෙන් හෝ කැතීටර් පිහිටි ස්ථානයෙන් රුධිරය වහනය වේ නම්
- AV ෆිස්ටියුලාවේ කම්පනය, සංත්‍රාසය, නොදැනේ නම්
- අනපේක්ෂිත බර වැඩිවීම, සැළකිය යුතු ඉදිමුමක් හෝ හුස්ම ගැනීමෙ අපහසුතාවය
- පපුවේ වේදනාව, ඉතා සෙමින් හෝ වේගවත් හෘද ස්පන්දනය
- තදබල අධිරුධිර පීඩනය හෝ අඩුරුධිර පීඩනය වර්ධනය වීම
- රෝගියා ව්‍යාකූල තත්වයෙන් යුක්තවීම, නිදිමත ගතිය, සිහිය නැතිබව හෝ වලිප්පුව වර්ධනය වීම
- උණ, සීතලවීම, දැඩි ලෙස වමනය යාම, ලේ සමග වමනය යාම, දැඩි ලෙස දුර්වලවීම

ඩයලසිස් වාර දෙකක් අතරේදි බර වැඩිවීම පාලනය සඳහා හීමෝඩයලසිස් රෝගීන්ට දියර සහ ලුණු පාලනය කළයුතුයි.

පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය (Peritoneal Dialysis)

අවසාන අදියර වකුගඩු රෝගය (ESKD) තිබෙන රෝගීන්ට කාන්දුකරණය කිරීමේ තවත් ක්‍රමයකි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය. එය

පුළුල් වශයෙන් පිළිගත් ඵලදායි ක්‍රමයකි. එය ගෙදරදී කළ හැකි ඉතා පොදු කාන්දුකරණ ක්‍රමයයි.

පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය යනු කුමක්ද?

- පරිතානය (Peritonium) උදර කුහරය වසා ගත් තුනී පටලයකි. එය ආමාශය, අන්තකය (Intestine) සහ උදරයේ අනිකුත් ඉන්ද්‍රියයන් ආරක්ෂා කරයි.
- පරිතාන පටලය ස්වභාවික අර්ධ පාරගම්‍ය පටලයකි. එය හරහා රුධිරයේ අපද්‍රව්‍ය සහ විෂ ද්‍රව්‍ය ගමන්කරයි.
- පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය පෙරිටෝනියල් පටලය හරහා රුධිරය පිරිසිදු කිරීමේ ක්‍රියාවලියකි.

පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය වර්ග මොනවාද?

1) වරින්වර කරන පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය (Intermittent Peritoneal Dialysis (IPD))

2) නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis – (CAPD))

3) නොනවත්වා චක්‍රාකාරව කරන පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය (Continuous Cyclycle Peritoneal Dialysis – CCPD)

1) වරින්වර කරන පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය (IPD)

- වරින්වර කරන පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය ආරෝග්‍යශාලා ගත කළ රෝගීන්ට වටිනා සහ ඵලදායි කෙටිකාලීන කාන්දුකරණ විකල්පයකි. IPD පුළුල් වශයෙන් යොදාගන්නේ ළමයින්ගේ උග්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී සහ අවසාන අදියර වකුගඩු රෝගීන්ගේ

හදිසි අවස්ථාවකදීය. IPD හිදී බොහෝ හිල් සහිත විශේෂ ප්ලාස්ටික් කැතිටරයක් රෝගියාගේ උදරයේ තැන්පත් කරනු ලැබේ. විශේෂ ඩයලිසේට් ද්‍රාවණය පාවිච්චි කර කාන්දුකරණය කරනු ලැබේ.

- IPD සඳහා පැය 24-36 ක කාලයක් ගතවන අතර ඩයලිසේට් ද්‍රාවණය ලීටර 30-40 ක් පමණ ප්‍රමාණයක් ප්‍රතිකාරය සඳහා පාවිච්චි වෙයි.
- රෝගියාගේ අවශ්‍යතාවය අනුව IPD දින 1-3 වැනි කෙටි කාල අන්තරයන් තුළ නැවත නැවත කරයි.

CAPD කාන්දුකරණය විශේෂ ද්‍රාවණයක් පාවිච්චි කර රෝගීන්ට ගෙදරදී කරගත හැකි කාන්දුකරණ වර්ගයකි.

2) නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis - CAPD)

CAPD යනු කුමක්ද?

CAPD යන්නෙහි තේරුම:

C - Continuous යනු - අකණ්ඩව එම ක්‍රියාවලිය කරගෙන යැමයි. (ප්‍රතිකාරය නොනවත්වා දිනකට පැය 24 ම සහ සතියට දින 7 ම කළ යුතුයි.)

A – Ambulatory (ඇම්බියුලේටරි) යනු - රෝගියාට ඔබ මොබ ඇවිදිමින් තමන්ගේ සාමාන්‍ය කටයුතු වල නිරත වීමට හැක.

P – Peritoneal (පෙරිටෝනියල්) පටලය උදරයේ ෆිල්ටරයක් මෙන් ක්‍රියා කරයි.

D - Dialysis - (කාන්දුකරණය) රුධිරය පිරිසිදු කිරීමේ ක්‍රමයයි.

නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය (CAPD) පුද්ගලයෙකුට ගෙදරදී, යන්ත්‍රයක් පාවිච්චි නොකර කළ හැකි කාන්දුකරණ ක්‍රමයකි. CAPD පහසුව සහ නිදහස සපයා දෙන බැවින් සංවර්ධිත රටවල එය ජනප්‍රිය කාන්දුකරණ ක්‍රමයකි.

CAPD ක්‍රියාවලිය (නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය)

CAPD කැතිටරය : නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී බොහෝ පැති හිල් ඇති, මෘදු, තුනී, නම්‍යශීලී, සිලිකෝන් රබර් ටියුබයක් (CAPD කැතිටරය නමින් හඳුන්වන) පාවිච්චි කරයි. පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය සඳහා ස්ථිර ප්‍රවේශයක් ලෙස මෙම CAPD කැතිටරය ශල්‍යකර්මයක් මාර්ගයෙන් රෝගියාගේ උදරයට ඇතුල් කරයි. කැතිටරය සාමාන්‍යයෙන් තැන්පත් කරන්නේ රෝගියාගේ උදර බිත්තිය තුළින් පෙකිනියට අඟලක් පමණ පහළින් සහ පෙකිනිය පැත්තට වෙන්නටය. CAPD ආරම්භයට දින 10-14 කට පෙර කැතිටරය උදරයට ඇතුල් කරනු ලැබේ. හීමෝඩයලිසිස් හිදී AV ෆිස්ටියුලාව මෙන්, CAPD රෝගීන්ට PD කැතිටරය ජීවිතාන්තය දක්වා ක්‍රියාත්මක වේ.

නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේ (CAPD) තාක්ෂණය:

CAPD ක්‍රමය පියවර තුනකින් යුක්තය : පිරවීම, රැඳී සිටීම, බැහැර කිරීම.

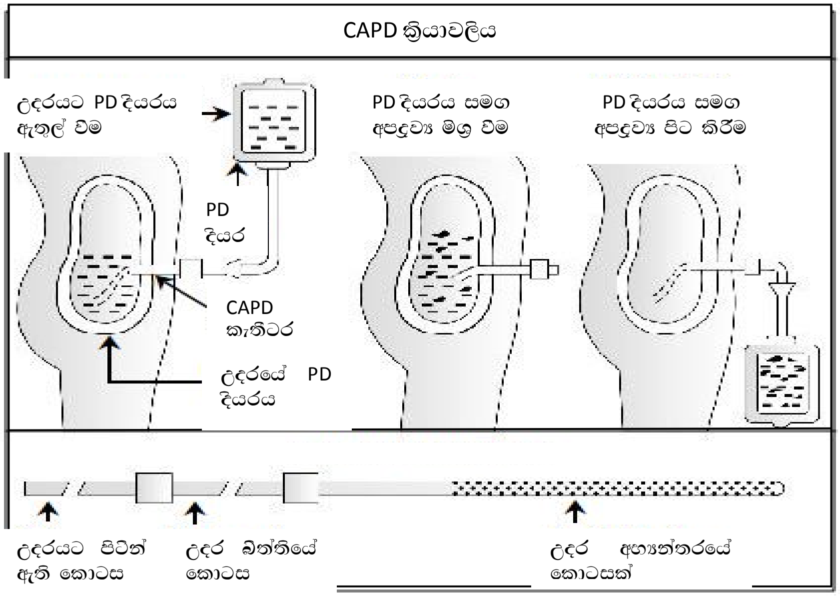
<u>පිරවීම (Fill)</u>

පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණ දියරය නිර්ජීවානු කළ (Sterile) ප්ලාස්ටික් ටියුබයකින් සහ බෑගයකින් ගුරුත්ව

බලයෙන් කැතීටරය තුලින් උදරයට ඇතුල්කරයි. එය පෙරිටෝනියම (පරිතානය) සමග සම්බන්ධ වේ. එම දියරය ශරීරයට ගියවිට PD (පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණ දියරය තිබූ) බෑගය රෝල් කර ඊළඟ කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරය වන තුරු රෝගියාගේ යට ඇඳුමේ තැන්පත් කරයි.

රුඳිසිටීම (Dwell)

පෙරිටෝනියල් දියරය (ඩයලිසේට්) පෙරිටෝනියල් කුහරයේ දහවල් කාලයේ පැය 4-6 දක්වාත් රාත්‍රියේදී පැය 6-8 දක්වාත් රඳවා තබයි. මෙම දියරය උදරයේ පවතින කාලය රුඳි සිටින කාලය (Dwell Time) යැයි හඳුන්වනු ලැබේ. එම රුඳි සිටින කාලය තුල පිරිසිදු කිරීමේ කාර්යය කෙරේ.



පරිතානය (Peritonium) ෆිල්ටරයක් වශයෙන් ක්‍රියාකර රුධිරයෙන් අපද්‍රව්‍ය සහ අමතර දියර පිට කර පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණ දියරයට ගලා යයි. මේ කාලය තුල රෝගියාට ඇවිදීමට නිදහස ඇත. (මෙම ප්‍රතිකාරයේ ඇම්බියුලේටරි යනුවෙන් හඳුන්වන්නේ “ඇවිදීම” යන්නය)

බැහැර කිරීම (Drain) - රුඳිසිටීමේ කාලයෙන් පසු අපද්‍රව්‍ය සහිත PD දියරය කැතිටරයෙන් හිස් බෑගයට ගලායාමට සලස්වයි (රෝගියාගේ යට ඇඳුමේ තැන්පත් කළ බෑගය). එම ද්‍රව්‍ය එකතු කළ බෑගය බර කිරා එවෙලේම විනාශ කරනු ලැබේ. එලෙස පිටවූ PD දියරයේ පාට පැහැදිලි විය යුතුයි. උදරයෙන් PD දියරය ගලා යන්නට හැර ඒ වෙනුවට අලුත් ද්‍රාවණය යෙදීමට මිනිත්තු 30-40 ක කාලයක් ගත වේ. මෙම ක්‍රියාවලිය (පිරවීම සහ හිස් කිරීම) හුවමාරුව යනුවෙන් හඳුන්වනු ලැබේ. හුවමාරුව දවල් කාලයේ වාර 3-5 දක්වාත් රාත්‍රි කාලයේ 1ක් වරක්ද කළ හැක. රාත්‍රියට කරන හුවමාරුව හරියටම නිදා ගැනීමට ප්‍රථමයෙන් කළ යුතුයි. රාත්‍රි කාලය පුරාම මෙම PD දියරය උදරයේ තැන්පත් වේ. CAPD ක්‍රියාවලිය කරන්නේ (අපූතික(Aseptic)) ක්‍රමයකටය. එනම් හානිකර බැක්ටීරියා, වෛරස, ක්ෂුද්‍ර ජීවීන්ගෙන් දැඩි ආරක්ෂිත පියවරයන් යටතේය.

3) APD හෝ නොනවත්වා කරන චක්‍රීය පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය

(CCPD) (Continuous Cycling Peritoneal Dialysis) ස්වයංක්‍රියව කරන පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය හෝ නොනවත්වා කරන චක්‍රීය කාන්දුකරණය යනු දිනපතා ගෙදරදී ස්වයංක්‍රීය චක්‍රීය යන්ත්‍රයකින් කරගත හැකි කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරයකි. APD කරන විට යන්ත්‍රය ස්වයංක්‍රියව උදරයට PD දියරය පිරීම සහ ඉන් බැහැර කිරීම කරනු ලැබේ. එක් චක්‍රීකරණයක් පැය 1-2 දක්වාද, හුවමාරුව 4-5 වාරයක්ද කෙරේ. APD ක්‍රියාවලිය පැය 8-10 පමණ කාලයක් ගතවන අතර මුලු රාත්‍රි කාලයේදීම රෝගියා නිදාගෙන සිටිනවිට කරගෙන යාමට සිදුවේ.

උදේට යන්ත්‍රය ක්‍රියා විරහිත කරන විට PD දියරය සාමාන්‍යයෙන් ලීටර **2**ක් හෝ **3**ක් උදරයේ ඉතිරි වේ. මෙලෙස ඉතිරි වූ PD දියරය දහවල් කාලයේදී උදරයේ පවතින අතර සවස හෝ රාත්‍රියේදී චක්‍රිය යන්ත්‍රය සවිකල පසු බැහැර කෙරේ. APD හි ප්‍රධාන වාසිය වන්නේ දවල් කාලයේ තම නිත්‍ය කටයුතු වල නිරත වීමට නිදහස තිබීමය. මෙම ක්‍රියාවලියේදී යන්ත්‍රය සවි කිරීම සහ ගැලවීම පැය 24ට වරක් කෙරේ. එය පහසුව සලසන අතර පෙරිටෝනිටිස් වලට (පරිතාන දාහයට) ඇති අවදානම අඩු කෙරේ. APD හි ප්‍රධාන අවාසිය වන්නේ මිළ අධික කම සහ සංකූලතාවයයි.

CAPD වලදී භාවිතා කරන PD දියරය යනු කුමක්ද?

පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී පාවිච්චි කරන, PD දියරය (ඩයලිසේට්) ඛණිජ සහ ග්ලූකොස් අඩංගු, නිර්ජීවානු (Sterile) කළ දියරයකි. ඩෙක්ස්ට්‍රෝස් සාන්ද්‍රණය අනුව තුන් ආකාරයක විවිධ ශක්තීන් ඇති PD දියරයන් ඉන්දියාවේ ඇත (1.5% , 2.5% සහ 4.5%). PD දියරයේ ඇති ග්ලූකොස් ශරීරයෙන් දියර ඉවත් කිරීමට ඉඩ සලසයි. එක් එක් පුද්ගලයන්ගේ ඉවත්කළ යුතු දියර පරිමාව අනුව විවිධ ශක්තීන් ඇති PD දියරය තෝරා ගැනේ. වැඩි දියර ප්‍රමාණයක් ඉවත් කිරීමට ඉහළ ඩෙක්ස්ට්‍රෝස් සාන්ද්‍රණයක් ඇති PD දියර යොදා ගනී. වර්තමානයේ ඩෙක්ස්ට්‍රෝස් වෙනුවට අයිකොඩෙක්ස්ට්‍රින් (Icodextrin) අඩංගු නව PD දියර ලබා ගත හැක. මෙම නව දියරයේ ඇති වාසිය වන්නේ එය ශරීරයේ දියර සෙමින් ඉවත් කිරීමට සලසයි. මෙම ද්‍රාවණය නිර්දේශ කරන්නේ දියවැඩියාව හෝ ස්ථූලබාවය ඇති රෝගීන්ට වන අතර එහි පාවිච්චිය දිනකට එක චක්‍රිකරණයකට සීමාකර ඇත. PD දියර මලු විවිධ පරිමාවන්ගෙන් එනම් මිලි ලිටර 1000 සිට 2500 දක්වා පරාසයක ඇත.

CAPD අතරතුර ඇති වන පොදු ගැටලු මොනවාද?

නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේ ප්‍රධාන සංකූලතා වන්නේ:

ආසාදන: CAPD ප්‍රතිකාරය ලබා ගන්නා රෝගීන් මුහුණපාන ඉතා පොදු බරපතල ප්‍රශ්නය වන්නේ පෙරිටෝනිටිස්ය. එය පරිතානයේ (Peritonium) ආසාදනයකි. උදරයේ කැක්කුම, උණ, සීතල සහ පිටතට ගලායන අපැහැදිලි/මඩපාට PD දියරය පෙරිටෝනිටිස් වලින් පෙන්නුම් කරන පොදු ලක්ෂණය. එය වැළැක්වීමට CAPD ක්‍රියාවලිය කළයුත්තේ තදබල අපූතික (Aseptic) ආරක්ෂිත ක්‍රම යටතේ වන අතර මළ බද්ධයද වලක්වා ගත යුතුය. පෙරිටෝනිටිස් සඳහා ප්‍රතිකාරයේදී පුළුල් පරාසයක ප්‍රතිජීවක සහ බැහැර කල PD දියරයේ රෝපණ පරීක්ෂණ (Culture Test - ඉන් ආසාදනයට නිශ්චිත ප්‍රතිජීවක ඖෂධ තෝරා ගත හැක) සහ සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකගේ PD කැතීටරය ඉවත් කිරීමට අවශ්‍ය වේ. කැතීටරය ඇතුල් කළ ස්ථානයේ, පිටවීමේ අඩවියේද ආසාදනයක් වර්ධනය වීමට හැක.

අනෙකුත් ප්‍රශ්න - උදරයේ ව්‍යාතතිය (Distension) උදරයේ මාංශ පේශි දුර්වල වී හර්නියා (Hernia) සෑදීම, දියර ප්‍රමාණය වැඩිවීම, වෘෂණ කෝෂ එඩීමා (ජලශෝථතත්වය), මල බද්ධය, පිට කොන්දේ වේදනාව, දියර බැහැර කිරීම අඩු වීම, දියර ඉබේ පිටවීම, බර වැඩිවීම CAPD රෝගීන්ගේ පොදු ප්‍රශ්නය.

> CAPD රෝගීන්ගේ ඇතිවන ආසාදන වලින් වැලකීම ක්‍රියාමාර්ග ගැනීම ඉතා වැදගත්ය.

CAPD වාසි (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

- අඩු ආහාර සහ දියර පාලනය.

වැඩි නිදහසක් තිබීම. කාන්දුකරණය ගෙදරදී, රාජකාරි කරන විට හෝ ගමන් කිරීමේදී කළ හැක. කාන්දුකරණය සිදු කරන අවස්ථාවේදී සියලුම සාමාන්‍ය කාර්යයන් කළ හැක. CAPD රෝගියාටම කරගත හැක. යන්ත්‍රයක්, ආරෝග්‍යශාලා කාර්ය මණ්ඩලය හෝ පවුලේ සාමාජිකයෙක් අවශ්‍ය නැත.

- සතියකට දින 3 ක් නියමිත කාලසටහනකට අනුව ආරෝග්‍යශාලා ගමන් වාර, ආරෝග්‍යශාලාවට ගමන් කිරීම සහ වේදනාකාරී කටු ඇනීමෙන් නිදහස්ය.
- අධි රුධිර පීඩනය සහ රක්තහීනතාවය වඩා හොඳින් පාලනය වේ.

නොනවත්වා රුධිරය පිරිසිදු කරන යහපත් ලෙස කරන කාන්දුකරණයක් වීම නිසා, ගැටලු සහගත බවක් හෝ අපහසුතාවයක් නැත.

CAPD වල අවාසි

- පෙරිටෝනියම් එකේ (පරිතානය) සහ කැතිටරයේ පිටවීමේ ස්ථානයේ ආසාදන ඇති වීමේ අවදානම.
- රෝගියෙකු දිනකට හුවමාරු කිරීම 3-5 දක්වා පරිස්සමෙන් අවුරුද්දකට දින 365 ම එකම නිවාඩු දිනක් හෝ නොමැතිව කළ යුතුයි. සියලු උපදෙස් පිලිපැදීම සහ ඉහළ තත්වයේ පිරිසිදුකම සූක්ෂමව සහ දිනපතාම කිරීම ආතතිය සහිතය.
- ස්ථිර බාහිරව පිහිටි කැතිටරය සහ උදරයේ දියර තබා ගැනීම අපහසුය. සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකට පෙනුමෙන් වෙනස්කම් ඇතිවීම පිළිගැනීමට කැමැත්තක් නොදක්වයි.

- කාන්දුකරණ දියරයේ සීනි නිසා බර වැඩිවීම සහ හයිපර්ට්‍රයිග්ලිසරඩිමියා (Hypertriglycerdemia) ඇතිවිය හැක.
- ගෙදරදී බර PD මලු ගබඩා කිරීම සහ තබාගැනීම අපහසුවකි.

CAPD වල ප්‍රධාන පහසුකම වනුයේ සිටින ස්ථානයේ නිදහස, වේලාව පිළිබඳ පහසුව සහ අඩුවෙන් ආහාර පාලනය.

CAPD කරන රෝගියෙකුට ආහාර වේලේ කුමන වෙනස්කම් නිර්දේශ කරන්නේද?

CAPD රෝගියෙකුට ආහාරවේල පිළිබඳ උපදෙස් ඉතා වැදගත්ය. හිමෝඩයලසිස් රෝගියෙකුගේ ආහාරවේලට වඩා සුලු වශයෙන් වෙනස්ය.

- පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී දිගටම ප්‍රෝටීන් හිඟවීම නිසා මන්ද පෝෂණය වැළැක්වීමට ඉහළ ප්‍රෝටීන අඩංගු ආහාර වේලක් අවශ්‍යය.
- ශරීර බර වැඩිවීම වැළැක්වීමට කැලරි ලබා ගැනීම පාලනය කරන්න. PD ද්‍රාවණයේ ඇති ග්ලුකෝස් වලින් දිගටම වැඩිපුර කාබොහයිඩ්‍රේට් ප්‍රමාණයක් CAPD කරන රෝගියෙකුට එකතුවනු ඇත.
- හිමෝඩයලසිස් රෝගියෙකුට වඩා, ගන්නා ලුණු සහ දියර ප්‍රමාණයන්හි පාලනය අඩු වීම.
- පොටෑසියම් සහ ෆොස්පරස් වැඩි ආහාර පාලනය කළ යුතුයි.
- මළ බද්ධය අඩු කිරීම සඳහා තන්තුමය ආහාර වැඩිපුර ගත යුතුයි.

CAPD රෝගියෙකු කාන්දුකරණය කරන හෙදිය හෝ වෛද්‍යවරයා සම්බන්ද කරගත යුත්තේ කොයි වේලාවටද?

CAPD රෝගියා වහාම කාන්දුකරණය කරන හෙදිය හෝ වෛද්‍යවරයා සම්බන්ධ කර ගත යුත්තේ ඔහු/ඇයට පහත සඳහන් දෑ වර්ධනය වුවොත්ය.

- උදරයේ වේදනාව, උණ, ශීතල .
- බැහැර කරන PD දියරය අපැහැදිලි/මඩපාට සහිත හෝ ලේ සහිත නම්
- වේදනාව, සැරව, රතුවන් පාට වීම, ඉදිමුම, CAPD කැතිටරය පිටවීමේ ස්ථානය වටා උණුසුම්ව තිබීම.
- PD දියරය උදරයේ ඇතුලට හෝ පිටතට යාම අවහිර වීම හෝ මළ බද්ධය ඇති වුවහොත්.
- බලාපොරොත්තු නොවන බර වැඩිවීම, සැලකිය යුතු ඉදිමුම, හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාවය, තදබල ලෙස අධි රුධිර පීඩනය වර්ධනය (අතිරික්ත දියර ප්‍රමාණය නිසා ඇතිවන).
- අඩු රුධිර පීඩනය, බර අඩු වීම, මස් පිඩු පෙරලීම සහ කරකැවිල්ල (දියර අඩුවෙන් ගැනීම නිසා ඇතිවන).

> මන්ද පෝෂණය සහ ආසාදන අවදානම අඩු කරන ඉහළ ප්‍රෝටීන් සහිත ආහාර වේලක් CAPD රෝගීන් ගත යුතුයි.

පරිච්ඡේදය 14

වකුගඩු බද්ධ කිරීම

වෛද්‍ය විද්‍යාවේ ඉමහත් දියුණුවේ ප්‍රතිඵලයකි වකුගඩු බද්ධ කිරීම. අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයට ඉතා හොඳම විකල්ප ප්‍රතිකාරය වකුගඩු බද්ධ කිරීමයි. (ESKD) සාර්ථක ලෙස වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු ජීවිතය සාමාන්‍ය තත්වයෙන් ගෙන යා හැක.

වකුගඩු බද්ධ කිරීම කොටස් හතරකින් සාකච්ජා වේ.

1) වකුගඩු බද්ධ කිරීමට පෙර තොරතුරු

2) වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ ශල්‍යකර්ම

3) බද්ධ කිරීමෙන් පසු රැකබලා ගැනීම

4) මරණයට පත්වූ කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් ලබාගෙන වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම (Cadaveric)

<u>වකුගඩු බද්ධ කිරීමට පෙර තොරතුරු</u>

වකුගඩු බද්ධ කිරීම යනු කුමක්ද?

වකුගඩු බද්ධ කිරීම යනු නිරෝගී වකුගඩුවක් (ජීවත්වන පරිත්‍යාගශීලියෙකුගෙන් හෝ මිය ගිය -(Cadaver Donor) පරිත්‍යාගශීලියෙකුගෙන්) ලබාගෙන ශල්‍යකර්ම ක්‍රියාවලියක් මගින් අවසන් අදියර (ESKD) වකුගඩු රෝගයෙන් පෙලෙන රෝගියෙකුගේ ශරීරය තුල වකුගඩුවක් තැන්පත් කිරීමය. (Recipient – පරිත්‍යාගලාභියා)

වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍ය වන්නේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

වකුගඩු බද්ධ කිරීමක් අවශ්‍ය වන්නේ අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයෙන් පෙලෙන රෝගියෙකුටය.

වකුගඩු අකර්මණ්‍යවූ විට වකුගඩු බද්ධ කිරීමක් අවශ්‍ය නොවන්නේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

තාවකාලිකව ඇතිවන උග්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය අවස්ථාවේදී වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම අවශ්‍ය නැත. සාමාන්‍යයෙන් ක්‍රියාකරන වකුගඩු දෙකෙන් එකක් අකර්මණ්‍ය වූ විටද වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම අවශ්‍ය නැත.

වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ පිළිවෙළ සොයා ගැනීම, නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍යයෙන් පෙලෙන රෝගීන්ට ආශිර්වාදයකි.

අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයේදී වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍ය ඇයි?

අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය තිබෙන රෝගියෙකුට කාන්දුකරණය කිරීම සමග ඖෂධ පාවිච්චි කිරීමෙන් සහයෝගයක් ලැබුණත් එය රෝගය සුවකරන ප්‍රතිකාරයක් නොවේ. අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගියෙකුට ඉතා ප්‍රතිඵල සහිත සහ එකම සුව කිරීමේ ප්‍රතිකාරය වන්නේ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ ක්‍රමවේදයයි. වකුගඩු බද්ධ කිරීම ජීවිතය බේරා ගන්නවා මෙන්ම සාමාන්‍ය ජීවිතයක් විනෝදයෙන් ගතකිරීමටත් එයින් ලබාදෙන නිසා එය ජීවිතයට ලබාදෙන ත්‍යාගයක් ලෙස හැඳින්විය හැක.

වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ වාසි මොනවාද?

වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ ප්‍රධාන ප්‍රයෝජන වන්නේ :

- සම්පූර්ණයෙන් සුවවීම සහ වඩා ගුණාත්මක ජීවිතයක් හොඳින් පවත්වා ගෙන යා හැක. රෝගියා වඩා ශක්තිමත් ප්‍රබල බවක් ඇති ඵලදායිතාවෙන් යුත් ක්‍රියාකාරී සාමාන්‍ය ජීවන රටාවක් ගතකරයි.
- කාන්දුකරණයෙන් නිදහස් වීම. වේදනාවෙන් නිදහස් වීම, කාලය පරිභෝජනයෙන් නිදහස් වීම සහ කාන්දුකරණයෙන් වන සංකූලතාවලින් නිදහස් වීම.
- වැඩි කාලයක් ජීවත්වීම. වකුගඩු බද්ධ කිරීමක් කළ රෝගියා කාන්දුකරණය මත ඉන්නා රෝගියෙකුට වඩා දිගු කලක් ජීවත්වෙයි.
- ආහාර පාලනය සහ දියර පාලනය අඩු කරගත හැක.
- වකුගඩු බද්ධයේදී සංකූලතා ඇතිවන්නේ සුලු වශයෙනි. කාන්දුකරණ චිකිත්සාවේදී සංකූලතා අවදානම වැඩිය.
- වියදම අතින් බලනවිට ලාභදායීය. වකුගඩු බද්ධ කිරීමේදී මූලික වියදම ඉහළ වුවද දෙවන හෝ තෙවන වර්ෂවලදී වකුගඩු බද්ධය කළ පරිත්‍යගලාභියාට ප්‍රතිකාරයට වැයවන වියදම අඩු වන අතර එය සාමාන්‍යයෙන් නඩත්තු කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරයට යන වියදමට වඩා අඩුවේ.
- පුරුෂයින්ගේ ලිංගික ජීවිතය දියුණු වන අතර ස්ත්‍රීන්ගේ පිළිසිඳ ගැනීමේ හැකියාව වැඩිවේ.

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන්ට (CKD) සහ අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගීන්ට (ESKD) සාමාන්‍ය ජීවිතයක් ගතකිරීමේ හැකියාව ලබාදෙන නිසා ඉතා හොඳ විකල්ප ප්‍රතිකාරයක් වන්නේ සාර්ථක වකුගඩු බද්ධයයි.

වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ අවාසි මොනවාද?

වකුගඩු බද්ධය බොහෝ හොඳ ප්‍රතිඵල ලබාදෙන නමුත් සුලු අවාසිදායක කරුණුත් ඇත. ඒවා නම්:

- එය බරලතල අවදානම් සහිත ශල්‍යකර්මයකි. වකුගඩු බද්ධ කිරීමේදී එය සාමාන්‍ය නිර්වින්දනය යටතේ කරන නිසා ශල්‍යකර්මය අතර සහ පසුවත් අවදානම් සහිත විය හැකි බරපතල ශල්‍යකර්ම ක්‍රියාවලියකි.
- ප්‍රතික්ෂේප වීමේ අවදානම - බද්ධ කළ වකුගඩුව ශරීරය විසින් පිළිගැනීමේ වගකීම 100% ක් සිදු නොවේ. අතීතයට වඩා වර්තමානයේ අලුත් සහ වඩා හොඳ ප්‍රතිශක්තිකරණ ඖෂධ තිබෙන නිසා ප්‍රතික්ෂේප වීම පසුගිය කාලයට වඩා අඩුවෙන් සිදුවේ.
- විධිමත් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර - වකුගඩුව ක්‍රියාකාරී වන තාක් විධිමත් සහ නිශ්චිත ලෙස ඖෂධ ගැනීම කළ යුතුයි. ප්‍රතිශක්තිකරණ ඖෂධ ගැනීම නැවැත්වීම අතපසු කිරීම හෝ සම්පූර්ණ මාත්‍රාව නොගැනීම හේතුකොටගෙන වකුගඩුව ප්‍රතික්ෂේප වීම නිසා බද්ධ කළ වකුගඩුව අක්‍රිය වීමේ අවදානම ඇති කරයි.
- ආසාදනවල ඉහල අවදානමක්, ඖෂධ වලින් අතුරු ආබාධ මාත්සරික බව ඇතිවේ (Malignancy).
- ආතතිය - වකුගඩු බද්ධයට පෙර වකුගඩුවක් ප්‍රධානය කරන කෙනෙකුගෙන් එය ලැබෙන තෙක් බලා සිටීමට සිදුවීම, වකුගඩු බද්ධය සාර්ථක වේ දැයි ස්ථිර නොවීම (බද්ධ කළ වකුගඩුව අකර්මණ්‍ය විය හැක), බද්ධ කිරීමෙන් පසු එම අලුත් වකුගඩුවේ ක්‍රියාකාරීත්වය අඩුවේය යන බය ඇතිවීම ආතතියට හේතුවේ.
- මූලික වියදම අධික වීම

වකුගඩු බද්ධයේදී තහනම් පැතිකඩ මොනවාද?

අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගී තත්වයට පැමිණි රෝගියෙකුට පවා වකුගඩු බද්ධය අනතුරුදායක වන අතර එය නිර්දේශ නොකරන්නේ, රෝගියා බරපතල සක්‍රියවූ ආසාදනයකින් පෙලෙන්නේනම්, සක්‍රියවූ හෝ ප්‍රතිකාර නොකළ මාරක රෝග තත්වයක් ඇත්නම්, බරපතල මානසික ප්‍රශ්න හෝ මානසික දුර්වලතා ඇත්නම්, අස්ථාවර කිරිටක ධමනි රෝගයක් හෝ සංවයන හෘද අකරණිය ඇත්නම් (Congestive Heart Failure), තදබල පර්යන්ත වාහිණික රෝගයෙන් පෙලේනම් (Peripheral Vascular Disease) සහ අනෙකුත් තදබල වෛද්‍ය ප්‍රශ්න ඇත්නම්ය.

වකුගඩුව බද්ධ කරනු ලබන්නාගේ වයස් සීමාව කොපමණද?

වකුගඩු බද්ධ කිරීමේදී වකුගඩුව බද්ධ කරනු ලබන්නාට නිශ්චිත වයස් සීමාවක් නැත. නමුත් එය සාමාන්‍යයෙන් නිර්දේශ කරන්නේ වයස අවුරුදු 5-65 දක්වා අයටය.

බද්ධ කිරීම සඳහා වකුගඩු ලබාගන්නා වඩා උචිත මාර්ග මොනවාද?

බද්ධ කිරීම සඳහා වකුගඩු ලබාගන්නා මාර්ග තුනකි. වකුගඩුවක් ප්‍රදානය කරන්නා, ජීවත් වන නෑදෑවන කෙනෙකු වීම, ජීවත් වන නෑදෑ නොවන කෙනෙකු වීම සහ මරණයට පත්වූ (Cadaver) කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් වීම. ජීවත් වන නෑදෑවන වකුගඩු ප්‍රදානය කරන්නා වකුගඩු ලාභියාගේ ලේ නෑදෑ වන කෙනෙකු විය යුතුයි. දෙමාපියන්, සහෝදරයා හෝ සහෝදරිය, පුතා හෝ දියණිය, මාමා, නැන්දා හෝ ඥාති සහෝදරයාය. ජීවත් වන නෑදෑ නොවන වකුගඩු පරිත්‍යාග කරන්නන් වන්නේ කලත්‍රයා (Spouse) හෝ යහලුවකු විය හැක. මරණයට පත්වූ (Cadaver) කෙනෙකුගේ වකුගඩු ඉවත් කරන්නේ විපතට පත් මොලේ මැරුණු (Brain Death) අයගෙන්ය.

ඉතා සුදුසු වකුගඩු ප්‍රදානය කරන්නා කවුද?

බද්ධ කිරීමෙන් පසු ආරක්ෂාකාරීව හොඳ තත්වයකින් පැවතිය හැකි ඉතා සුදුසු වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියා වන්නේ එක හා සමාන නිවුන්නුය.

වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කළ හැක්කේ:

වකුගඩු දෙකක් ඇති නිරෝගී පුද්ගලයින්ට වකුගඩු ප්‍රදානය කළ හැක්කේ රුධිර කාණ්ඩය සහ පටක වර්ග වකුගඩු ලාභියාට සමාන නම්ය. සාමාන්‍යයෙන් වකුගඩු ප්‍රදානය කරන්නන් වයස අවුරුදු 18 සහ 65 අතර විය යුතුය.

වකුගඩු ප්‍රදානය කරන කෙනෙකු රුධිර කාණ්ඩය අනුව තෝරාගන්නේ කෙසේද?

වකුගඩු බද්ධයේදී රුධිර කාණ්ඩ සමවීම වැදගත්ය. වකුගඩුව ලබාගන්නා සහ වකුගඩුව ප්‍රදානය කරන්නා එකම රුධිර කාණ්ඩයට අයත් වීම හෝ පහත සඳහන් ආකාරයට සම විය යුතුයි.

වකුගඩු ලාභියාගේ රුධිර කාණ්ඩය	පරිත්‍යාගකරුගේ රුධිර කාණ්ඩය
O	O
A	A හෝ O
B	B හෝ O
AB	AB, A, B හෝ O

පවුලේ සාමාජිකයෙකු ප්‍රදානය කරන වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම ඉතා සාර්ථක වකුගඩු බද්ධ කිරීමකි.

වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කළ නොහැක්කේ කාටද?

ජීවත්ව සිටින කෙනෙකු වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කරන විට එම වකුගඩුව දීම ඔහුට / ඇයට ස්ථිර වශයෙන්ම ආරක්ෂාකාරීද යන වග දැනගැනීමට ඔහුගේ මානසිකත්වය සහ වෛද්‍යානුකූලව ඇගයීමක් කළ යුතුයි. ඔහු / ඇය දියවැඩියාව (මධුමේහය), පිළිකාව, HIV, වකුගඩු රෝගය, අධි රුධිර පීඩනය හෝ වෙනත් ප්‍රධාන වෛද්‍ය හෝ මානසික රෝගයක් තිබේනම් ජීවත්වන කෙනෙකුට හොඳින් ක්‍රියාකාරීවන වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීමට නොහැකිවේ.

ජීවත්වන වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියෙකුට ඇතිවිය හැකි අවදානම් තත්වය කුමක්ද?

පරිත්‍යාගශීලියෙකුට ඇතිවිය හැකි අවදානම ඉතා හොඳින් ඇගයීමක් කළ යුතු වන්නේ ඔහු / ඇය වකුගඩුවක් ප්‍රදානය කිරීම ආරක්ෂාකාරී දැයි ස්ථිර වශයෙන් දැන ගැනීමටය. බොහෝ පරිත්‍යාගශීලීහු එක් වකුගඩුවකින් සාමාන්‍ය නිරෝගී ජීවිතයක් ගත කරති. වකුගඩුව පරිත්‍යාග කිරීමෙන් පසු ලිංගික ජීවිතයට බලපෑමක් නැත . ස්ත්‍රියකට දරුවන් ලබාගැනීමටත් පුරුෂයෙකුට දරුවාට පියෙකු වීමටත් පුලුවන. වකුගඩු පරිත්‍යාග කිරීමේදී කරන ශල්‍යකර්මයේ ඇති අවදානම අනෙකුත් ප්‍රධාන ශල්‍යකර්ම වලට සමානය. වකුගඩු පරිත්‍යාග කරන සෑම පුද්ගලයෙකුටම ඇත්තේ එක් වකුගඩුවකි. එබැවින් වකුගඩු වලට රෝගයක් වැළදීමේ ඉහළ අවදානමක් නැත.

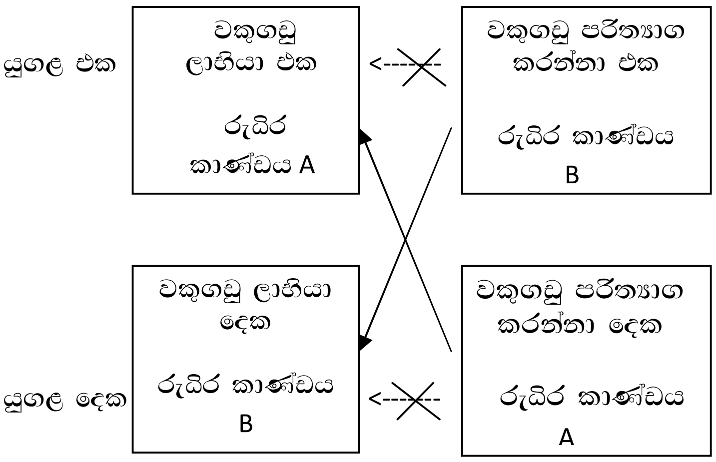
යුගළ වකුගඩු පරිත්‍යාගය යනු කුමක්ද?

මරණයට පත්වූ කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් ලබාගෙන බද්ධ කිරීම හෝ කාන්දුකරණයට වඩා ජීවත්වන කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් ලබාගෙන බද්ධ කිරීමෙන් වාසි කීපයක් ලැබිය හැක. වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන අයට වකුගඩු දීමට සූදානම් සෞඛ්‍ය සම්පන්න අය සිටියද ඔවුන්ගේ

ප්‍රශ්නය වන්නේ රුධිර කාණ්ඩය නොගැලපීම හෝ වකුගඩුව පරිත්‍යාගශීලියා සහ පරිත්‍යාගලාභියා රුධිරය හෝ පටක අතර හරස් ගැලපීම නැතිකමය (Cross Match Incompatibility).

වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීම ආරක්ෂාකාරී වන අතර නිධන්ගත වකුගඩු රෝගීන්ගේ (CKD) ජීවිත ආරක්ෂා කරයි.

යුගල වකුගඩු පරිත්‍යාගය



යුගල වකුගඩු පරිත්‍යාගය ("සජීවී පරිත්‍යාගශීලීන්ගේ වකුගඩු හුවමාරුව", "ජීවත්වන පරිත්‍යාගශීලීන්ගේ වකුගඩු හුවමාරුව" හෝ "වකුගඩු හුවමාරුව" යනුවෙන්ද හඳුන්වනු ලබයි) උපාය මාර්ගයක් වන්නේ ඒමගින් ජීවත්වන පරිත්‍යාගශීලීන්ගේ වකුගඩු, නොගැලපෙන වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලී/වකුගඩුලාභී යුගලයක් අතර හුවමාරු කර

ගැලපෙන යුගලයන් දෙකක් ඇති කිරීමයි. මෙය කළ හැක්කේ දෙවැනි පරිත්‍යාගශීලියා පළමු වකුගඩු ලාභියාට සුදුසු නම් සහ පළමු පරිත්‍යාගශීලියා දෙවැනි වකුගඩු ලාභියාට සුදුසු නම් පමණි (ඉහත සඳහන් කර ඇති පරිදි). පරිත්‍යාග කළ වකුගඩු නොගැලපෙන යුගල අතර හුවමාරු කිරීමෙන් ගැලපෙන වකුගඩු බද්ධ කිරීම් දෙකක් සිදුකළ හැක.

කාන්දුකරණ චිකිත්සාව පටන් ගැනීමට පෙර කරන වකුගඩු බද්ධ කිරීම යනු කුමක්ද?

වකුගඩු බද්ධ කිරීම සාමාන්‍යයෙන් කෙරෙන්නේ කාන්දුකරණ චිකිත්සාව වෙනස් වන කාලපරාසයක් තුළ කිරීමෙන් පසුය. නඩත්තුව පිණිස කරන කාන්දුකරණ චිකිත්සාව මූලික වශයෙන් පටන් ගැනීමට පෙර කරන වකුගඩු බද්ධය හඳුන්වන්නේ (Pre Emptive) ප්‍රිඑම්ප්ටිව් වකුගඩු බද්ධ කිරීම යනුවෙනි.

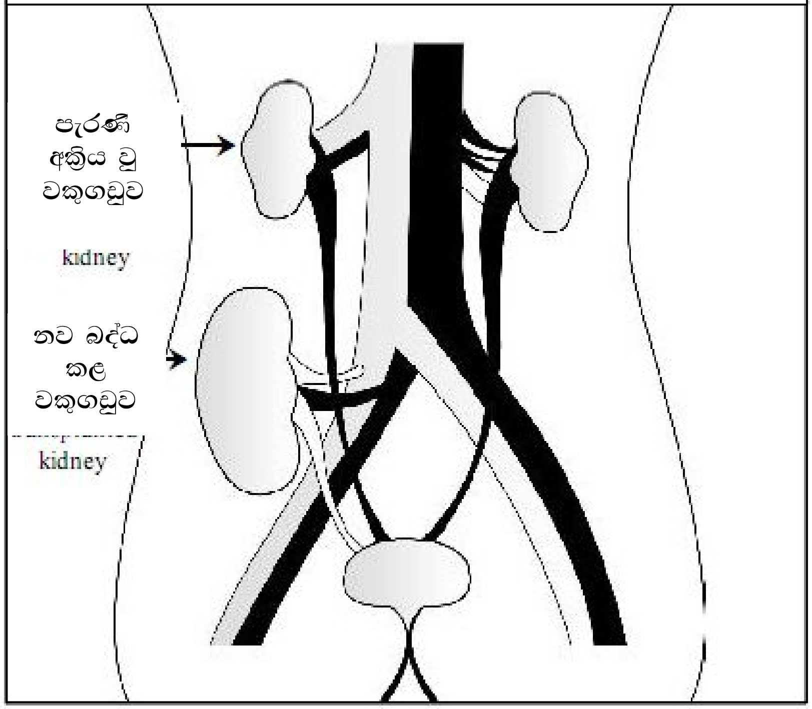
අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන, වකුගඩු බද්ධයකට වෛද්‍යානුකූලව සුදුසු රෝගීන්ට, වකුගඩුවක් ආදේශන ප්‍රතිකාර කිරීමේදී ඇති හොඳම විකල්පය වන්නේ කාන්දුකරණ චිකිත්සාව මූලික වශයෙන් පටන් ගැනීමට පෙර වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමය (ප්‍රිඑම්ප්ටිව් වකුගඩු බද්ධය). ඊට හේතු වන්නේ කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරයේ ඇති අවදානම වියදම සහ අපහසුව වළක්වන අතර එය කාන්දුකරණය කිරීමෙන් පසු කරන වකුගඩු බද්ධ කිරීමට වඩා බද්ධ පැවැත්මක් ඇති ජීවත්වීම සඳහා හැකියාව වැඩිකරන බද්ධ කිරීමකි. ඉන් ලැබෙන වාසි නිසා අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගියෙකුට (ESKD) තරයේ උපදෙස් දෙනු ලබන්නේ, සුදුසු වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියෙකු ලබාගත හැකිවුවහොත්, කාන්දුකරණ චිකිත්සාව මූලික වශයෙන් පටන් ගැනීමට පෙර වකුගඩුක් බද්ධ කිරීම සළකා බලන ලෙසටය.

වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ ශල්‍යකර්මය

වකුගඩුවක් බද්ධ කරන්නේ කෙසේද?

වකුගඩුව පරිත්‍යාග කරන්නා සහ වකුගඩු ලාභියාගේ (ජීවත් වන වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලි බද්ධ කිරීමකදී) යෝග්‍යතාවය සහ ආරක්ෂාකාරී බව තහවුරු කිරීම සඳහා ශල්‍යකර්මයට පෙර නිවැරදි වෛද්‍ය, මානසික සහ සාමාජීය ඇගයීමක් කරනු ලැබේ. පරීක්ෂණ මගින් නිවැරදි රුධිර කාණ්ඩය සහ HLA ගැලපීම වකුගඩුව පරිත්‍යාග කරන්නා සහ වකුගඩු ලාභියා අතර සැසඳේ දැයි බැලීම කරනු ලැබේ.

වකුගඩු බද්ධය



- වකුගඩු බද්ධය වෘක්කවේදියා, (Nephrologist) වකුගඩු බද්ධ කරන ශල්‍ය වෛද්‍යවරයා, ව්‍යාධිවේදියා, නිර්වින්දන වෛද්‍යවරයා සහ සහයෝගය දක්වන හෙද කාර්ය මණ්ඩලය මෙන්ම වකුගඩු බද්ධ කිරීම සම්බන්දීකරණය කරන්නන් සමූහයකගේ ක්‍රියාවලියකි.
- වකුගඩු ලාභියාට සහ පරිත්‍යාගශීලියාට (ජීවත්වන වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලි බද්ධ කිරීමකදී) එම ක්‍රියාවලිය පිළිබඳ පැහැදිලි විස්තරයක් කිරීමෙන් සහ කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය පරෙස්සමෙන් කියවූ පසු, ඔවුන්ගේ කැමැත්ත ලබා ගනු ලැබේ.
- ජීවත්වන වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියෙකුගේ බද්ධ කිරීමේ ශල්‍යකර්මයකදී වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියා සහ ලාභියාගේ ශල්‍යකර්මය සිදුකරන්නේ එකම වේලාවටය.
- මෙම ප්‍රධාන ශල්‍යකර්මයට පැය 3-5 දක්වා කාලයක් ගත වන අතර සාමාන්‍ය නිර්වින්දනයක් යටතේ සිදුකරයි.
- ජීවත්වන කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමේ ශල්‍යකර්මයකදී සාමාන්‍යයෙන් පරිත්‍යාගශීලියාගේ වම් වකුගඩුව විවෘත ශල්‍යකර්මයකින් හෝ ලැපරොස්කොපි මගින් ඉවත් කරයි. ඉවතට ගත් වකුගඩුව විශේෂ සිසිල් ද්‍රාවණයකින් සෝදා අනතුරුව වකුගඩු ලාභියාගේ උදරයේ දකුණු පස පහළ කොටසේ (ශ්‍රෝණිය - Pelvic) තැන්පත් කරයි.
- බොහෝ අවස්ථාවලදී වකුගඩු ලාභියාගේ පරණ රෝග සහිත අක්‍රිය වකුගඩු ඉවත් නොකරයි.
- එම වකුගඩුව ජීවත්වන පරිත්‍යාගශීලියෙකුගේ නම් සාමාන්‍යයෙන් බද්ධ කළ වකුගඩුව වහාම ක්‍රියාත්මක වීමට පටන් ගනී. නමුත් ලබාගත් වකුගඩුව මියගිය කෙනෙකුගේ (Cadaver) නම් එම බද්ධ කළ වකුගඩුව සාමාන්‍යයෙන් ක්‍රියාත්මක වීමට දින කිපයක් හෝ සති කිපයක් ගත වේ. වකුගඩුව බද්ධ කිරීමෙන් පසු වකුගඩු ලාභියාගේ බද්ධ කළ වකුගඩුව ක්‍රියාත්මක වීමට කල් ගත වන නිසා ප්‍රමාණවත් ලෙස ක්‍රියාකාරීත්වයක් ඇතිවන තෙක් කාන්දුකරණය

කිරීම අවශ්‍යය.

- වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු වෘක්කවේදී විශේෂඥ තුමා රෝගියා ගැන අවධානය යොමු කරයි.

<u>වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ආරක්ෂාව</u>

වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ඇති වීමට හැකි සංකූලතා මොනවාද?

වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු ඇති වීමට ඉඩ ඇති සංකූලතා නම් වකුගඩු ක්‍රියාත්මක වීම ප්‍රතික්ෂේපය, ආසාදන, ඖෂධ වලින් සිදුවන අතුරු ආබාධ සහ ශල්‍යකර්මයෙදී වන අවදානමය.

බද්ධයෙන් පසු එය රැකබලා ගැනීම ගැන අවධානය යොමුකළ යුතු ප්‍රධාන කරුණු:

- වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ඖෂධ ප්‍රතිකාර සහ වකුගඩුව ප්‍රතික්ෂේපය ගැන අවධානය යොමු කළ යුතුයි.
- වකුගඩුව බද්ධ කිරීමෙන් පසු ආරක්ෂාකාරී පියවර ගත යුතුයි. එසේ කළ යුතු වන්නේ බද්ධ කළ වකුගඩුව නිරෝගීව තබා ගැනීමට සහ ආසාදන වලින් වැළකීමටය.

> වකුගඩු බද්ධ කිරීමේදී වකුගඩු ලාභියාගේ පරණ වකුගඩුවලට හිරිහැරයක් නොවන පරිදි උදරයේ පහළ කොටසේ වකුගඩු බද්ධය සිදු කෙරේ.

වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු කළ යුතු වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සහ වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය

අනෙකුත් ශල්‍යකර්ම වලදී සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන ක්‍රියාවලියට වඩා වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු ශල්‍යකර්ම කළමණාකරණය වෙනස් වන්නේ කෙසේද?

බොහොමයක් සාමාන්‍ය ශල්‍යකර්ම වලදී ශල්‍යකර්මයෙන් පසු රැක බලා ගැනීම අවශ්‍ය වන්නේ දින 7-10 දක්වාය. නමුත් වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ජීවිත කාලය පුරාම නිත්‍ය වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සහ ඖෂධ ලබා ගත යුතු අතර සූක්ෂම ආකාරයෙන් රැක බලා ගැනීම අනිවාර්යයි.

වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය යනු කුමක්ද?

ශරීරයේ ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතිය සැලසුම් වී ඇත්තේ අන්තරාදායක වන බැක්ටීරියා සහ වයිරස් හඳුනා ගෙන ඒවා විනාශ කිරීමය. බද්ධ කළ වකුගඩුව ඔහුගේම එකක් නොවන බව වකුගඩු ලාභියාගේ ශරීරය හඳුනාගත්විට ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතිය බද්ධ කළ වකුගඩුවට බලපෑම් කර එය විනාශ කිරීමට තැත් කරයි. ශරීරයේ ස්වාභාවික ආරක්ෂිත බව රැක ගැනීමට, බද්ධ කළ වකුගඩුවට කරන මෙම ප්‍රහාරය ප්‍රතික්ෂේපයයි. වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය ඇති වන්නේ වකුගඩු ලාභියාගේ ශරීරය බද්ධ කළ වකුගඩුව පිළිනොගත් අවස්ථාවකදීය.

වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය හට ගන්නේ කුමක වේලාවටද? එහි ප්‍රතිඵල මොනවාද?

බද්ධ කිරීමෙන් පසු ඕනෑම වේලාවක වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය සිදුවිය හැක. නමුත් බොහෝ විට එය සිදුවන්නේ පළමු හය මස තුළදීය. ප්‍රතික්ෂේප වීමේ බරපතලකම රෝගියාගෙන් රෝගීයාට වෙනස් වේ. බොහෝ

ප්‍රතික්ෂේපයන් සුලුය. ලෙහෙසියෙන් නිසි ප්‍රතිශක්තිකරණ මර්දන චිකිත්සාවෙන් ප්‍රතිකාර කළ හැක. නමුත් සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකගේ ප්‍රතික්ෂේපය බරපතලය, චිකිත්සාවට ඔරොත්තු නොදේ. එවැනි බරපතල ප්‍රතික්ෂේපය වකුගඩුව විනාශ කරයි.

වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ඇතිවන ප්‍රධාන සංකූලතා වන්නේ වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය, ආසාදන සහ ඖෂධවල අතුරු ආබාධය.

බද්ධයෙන් පසු වකුගඩුව ප්‍රතික්ෂේපය වැළැක්වීමට රෝගීන් ගත යුතු ඖෂධීය ප්‍රතිකාර මොනවාද?

- ශරීරයේ ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතිය නිසා බද්ධ කළ වකුගඩුව ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ අවධානමක් ඇත.
- ශරීරයේ ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතිය සම්පූර්ණයෙන් මර්දනය වුවොත් ප්‍රතික්ෂේප වීමේ අවදානමක් ඇති නොවේ. නමුත් රෝගියාගේ ජීවිතය අනතුරට ලක් කරන ආසාදනවලින් පෙළීමට ඉඩක් ඇත .
- වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු විශේෂ ඖෂධ රෝගියාට දෙනු ලැබේ. ඒවා ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතිය තෝරා වෙනස් කර සකසා, ප්‍රතික්ෂේපය වළක්වයි. නමුත් ආසාදන වලට විරුද්ධව සටන් කිරීමට රෝගියාට ඇති හැකියාවට සුලු වශයෙන් බලපෑමක් ඇති කරයි. එවැනි ඖෂධ හඳුන්වන්නේ ප්‍රතිශක්තිකරණය මර්දනය කරන ඖෂධ ලෙසය.
- පුලුල් ලෙස පාවිච්චි කරන ප්‍රතිශක්තිකරණය මර්දනය කරන ඖෂධ වන්නේ ප්‍රෙඩ්නිසලෝන්, සයික්ලොස්පොරින්, ඇසතියෝප්‍රින්, මයිකොෆෙනොලේට් මොෆෙටිල් (MMF) ටැක්‍රොලිමස් සහ සිරෝලිමස්ය.

වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු රෝගියා කොපමණ කලක් ප්‍රතිශක්තිකරණය මර්දනය කරන ඖෂධ ලබාගත යුතුද?

වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය වැළැක්වීමට ප්‍රතිශක්තිකරණ මර්දන ඖෂධ ජීවිත කාලය පුරා දෙනු ලැබේ. සාමාන්‍යයෙන් මූලික වශයෙන් ප්‍රතිශක්තිකරණ මර්දන ඖෂධ කීපයක් දෙනු ලැබේ. නමුත් කාලයත් සමග ඖෂධ සංඛ්‍යාව සහ ඖෂධ මාත්‍රාව ක්‍රමයෙන් අඩුකරනු ලැබේ.

වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු රෝගියාට වෙනත් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර අවශ්‍යද?

ඔව්. වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ප්‍රතිශක්තිකරණ මර්දන ඖෂධ වලට අමතරව ප්‍රති අධිරුධිර පීඩන ඖෂධ, අධිමූත්‍රක, කැල්සියම්, විටමින්, ආසාදන වලට ප්‍රතිකාර හෝ ආසාදන වැළැක්වීමට ප්‍රතිකාර සහ ප්‍රති තුවාල වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර (Anti Ulcer Medication) බහුල වශයෙන් නිර්දේශ කෙරේ.

වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය වැළැක්වීමට ජීවිත කාලයටම ඖෂධ චිකිත්සාව අනිවාර්යයි.

ප්‍රතිශක්තිකරණය මර්දනය **කරන ඖෂධ වල බහුල වශයෙන් දක්නට ලැබෙන අතුරු ආබාධ මොනවාද?**

ප්‍රතිශක්තිකරණය මර්දනය කරන ඖෂධ වල බහුලව ඇති අතුරු ආබාධ සාරාංශකරණය පහත දැක්වේ.

ඖෂධ	පොදු අතුරු ආබාධ
ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන්	බර වැඩි වීම, අධි රුධිර පීඩනය, ගැස්ට්‍රික්, කැසීම, ආහාර රුචිය වැඩි වීම, දියවැඩියා අවදානම වැඩිවීම, ඔස්ටියෝපරෝසිස්, ඇසේ සුද
සයික්ලෝස්පෝරින්	අධි රුධිර පීඩනය, කම්පා වීම, හිස කෙස් බහුලව වැඩීම, විදුරු මස් වල ඉදිමුම, දියවැඩියා අවදානම වැඩිවීම, වකුගඩු හානිය
ඇසතියෝප්‍රින් (Azathioprine)	අස්ථි මැරෝ යටපත් කිරීම, ආසාදන අවදානම වැඩිවීම
MMF	උදර වේදනාව, ඔක්කාරය, වමනය, පාචනය
ටැක්රොලිමස් (Tacrolimus)	අධි රුධිර පීඩනය, දියවැඩියාව, කම්පා වීම, ඔලුවේ කැක්කුම, වකුගඩු හානිය
සිරෝලිමස් (Sirolimus)	අධි රුධිර පීඩනය, රුධිර සෛල සංඛ්‍යාව අඩුවීම, පාචනය, කුරුලෑ, සන්ධි වේදනාව, කොලෙස්ට්‍රෝල් ට්‍රයිග්ලිසරයිඩ්ස් වැඩිවීම,

බද්ධ කළ වකුගඩුව අකර්මණ්‍ය වුවොත් කුමක් සිදුවේද?

බද්ධ කළ වකුගඩුවක් අකර්මණ්‍ය වුවොත් විකල්ප ප්‍රතිකාර දෙකක් ඇත. දෙවැනි වරට වකුගඩු බද්ධ කිරීම හෝ කාන්දුකරණය කිරීම.

වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ආරක්ෂා විය යුතු ආකාරය

සාර්ථක වකුගඩු බද්ධය, අලුත්, සාමාන්‍ය, නිරෝගී සහ නිදහස් ජීවිතයක් කරා ගෙනයයි. නමුත් බද්ධ කළ වකුගඩුව ආරක්ෂා කිරීමටත් ආසාදන වලින් වැළැකී සිටීමටත් ආරක්ෂිත පියවර සමග විනයානුකූල ජීවිතයක් ගත කිරීමට අවශ්‍යය.

බද්ධ කළ වකුගඩුවක් අකර්මණ්‍ය වුවොත් කාන්දුකරණය පටන් ගැනීම සහ දෙවෙනි වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම විකල්ප ප්‍රතිකාර දෙකකි.

බද්ධ කළ වකුගඩු නිරෝගීව තබා ගැනීමට සාමාන්‍ය උපදෙස්:

- ඖෂධ ගැනීම නොනවත්වන්න හෝ එහි මාත්‍රාව වෙනස් නොකරන්න. වකුගඩු බද්ධය අකර්මණ්‍යයට වඩාත් පොදු හේතු වන්නේ ඖෂධ ප්‍රතිකාර අපිළිවෙලට ගැනීම, වෙනස් කිරීම හෝ නැවැත්වීම බව මතක තබා ගන්න.
- නිතරම ඖෂධ වර්ග වල ලැයිස්තුවක් තබාගන්න. ප්‍රමාණවත් ඖෂධ ප්‍රමාණයක් එක්රැස් කර තබා ගන්න. කවුන්ටරයෙන් ගන්නා ඖෂධ හෝ ශාක ඖෂධ ප්‍රතිකාර ගැනීම නොකරන්න.
- දිනපතා රුධිර පීඩනය, මුත්‍රා පරිමාව, බර සහ මුත්‍රා වල සීනි (වෛද්‍යවරයා උපදෙස් දී ඇත්නම්) මැන සටහන් කරන්න.
- නිතරම වෛද්‍යවරයා මුණ ගැසී ඔහුගේ උපදෙස් අනුව රසායනාගාර පරීක්ෂණ අනිවාර්යය.

- පිළිගත් පරීක්ෂණාගාරයකින් පමණක් රුධිර පරීක්ෂණය කරගන්න. රසායනාගාර පරීක්ෂණ වාර්තා සතුටුදායක නැත්නම්, එම රසායනාගාරය වෙනස් නොකර ඉක්මනින් වෛද්‍ය උපදෙස් ගැනීම නුවණට හුරුය.
- හදිසි අවස්ථාවකදී වෛද්‍යවරයෙකු මුණ ගැසීමට උවමනා නම් ඔහු ඔබගේ රෝගය ගැන දැනුවත් නැත්නම් ඔබ වකුගඩුවක් බද්ධ කළ වකුගඩු ලාභියෙකු යැයි කීම සහ ගන්නා ඖෂධ ගැන වෛද්‍යවරයා දැනුවත් කිරීමට අමතක නොවන්න.
- වකුගඩු බද්ධයෙන් පසු ආහාර පාලනය කිරීම ඉතා අඩුවේ. ප්‍රමාණවත් කැලරි සහ ප්‍රෝටීන් ඇති සමතුලිත ආහාරයක් නිර්දේශ කර ඇති පරිදි ලබාගැනීම සහ ආහාර ගැනීමට නිත්‍ය වේලාවක් ගැන සැලකිලිමත් වන්න. බර වැඩිවීම වළැක්වීමට ලුණු, සීනි සහ මේදය අඩු ආහාර සහ තන්තු වැඩි ආහාර කෑමට ගන්න.
- දිනපතා ලීටර **3** කට වඩා ජලය පානය කරන්න.
- නිතිපතා ව්‍යායාමයේ යෙදී බර පාලනය කර ගන්න. බරපතල ශාරීරික ව්‍යායාම වලින් බොක්සිං, පාපන්දු වැනි ක්‍රීඩා වලින් වළකින්න.
- වෛද්‍ය උපදෙස් මත, මාස දෙකකට පසු ආරක්ෂිත ලිංගික ක්‍රියා නැවත ආරම්භ කිරීමට හැකිය.
- ධූම පානයෙන් වැළකී මධ්‍යසාරය පාවිච්චි නොකරන්න.
- සිනමා ශාලා, සාප්පු සංකීර්ණ, පොදු ප්‍රවාහන වැනි ජනාකීර්ණ තැන් වලින් සහ ආසාදන ඇති මිනිසුන්ගෙන් ඈත්වී සිටින්න.
- වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු කාලයේ මුල් මාස තුනේ, මහාජනයා ගැවසෙන ස්ථාන වලදී, විෂබීජවලින් ජීවානුහරණය කළ මුහුණු ආවරණයක් පළඳින්න.
- කෑමට පෙර, ඖෂධ ගැනීමට පෙර හෝ ගන්නා විටදී සහ වැසිකිළිය පාවිච්චි කිරීමෙන් පසු, අත් දෙක සබන් සහ වතුරින් සෝදන්න.

- උතුරවා පෙරන ලද වතුර පානය කරන්න.
- පිරිසිදු භාජන වල උයන ලද ගෙදර පිසූ ආහාර අනුභව කරන්න. පිටතින් ආහාර ගැනීම සහ නොපිසින ලද ආහාර ගැනීමෙන් වළකින්න. වකුගඩු බද්ධ කිරීමෙන් පසු කාලයේ මුල් මාස තුනේ, අමු පළතුරු සහ එළවලු ගැනීමෙන් වළකින්න.
- ගෙදර පිරිසිදුකම නිවැරදිව පවත්වා ගන්න.
- තම දත් හොඳින් ආරක්ෂා කර ගන්න. දිනකට දෙවරක් දත් මදින්න.
- ශරීරයේ කැපුම් සීරීම් තුවාල වුනොත් සැලකිලිමත් වන්න. වහාම වතුර සහ සබන් වලින් පිරිසිදු කර බෙහෙත් දමන්න.

වකුගඩු බද්ධය කිරීමෙන් පසු කාල පරිච්ජේදයේදී, ක්‍රමානුකූලව වැඩ කිරීමෙන්, පරිස්සම් වීමෙන්, අවධානයෙන් සිටීමෙන්, හොඳ ප්‍රතිඵල ලබා ගත හැක.

පහත සඳහන් සිද්ධියක් සිදුවුවොත් වෛද්‍යවරයා හමුවන්න හෝ වකුගඩු බද්ධ කළ සායනය වෙත යන්න.

- ෆැ. 100^0 වැඩි උණ වැනි රෝග ලක්ෂණ, ශරීරය සීතලවීම, ශරීරයේ වේදනාව හෝ නොනවතින ඔලුව කැක්කුම
- බද්ධ කල වකුගඩුව වටේට වේදනාව හෝ රතුවීම.
- මුත්‍රා පිට වන ප්‍රමාණයේ සැලකිය යුතු අඩුවීමක්, ශරීරයේ දියර රුඳී සිටීම (ඉදිමුම) හෝ වේගවත් බර වැඩිවීම (දිනකට 1KG කට වඩා).
- මුත්‍රා කරන විට රුධිරය පිටවුනොත් හෝ මුත්‍රා කරන විට දැවිල්ල ඇති වුනොත්.
- කැස්ස, හුස්ම ගැනීමේ අපහසුව, වමනය හෝ පාචනය.
- අලුත් හෝ අසාමාන්‍ය ලක්ෂණ වර්ධනය වුවොත්.

වකුගඩු ආරක්ෂාව සඳහා, අලුත් හෝ අසාමාන්‍ය ප්‍රශ්න සඳහා වහාම වෛද්‍යවරයා හමුවීම සහ එවෙලේම විකිත්සාවට යොමුවීම අනිවාර්යය.

වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සුළු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකට පමණක් වකුගඩු බද්ධ කර ගැනීමට හැකි වී ඇත්තේ ඇයි?

"නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය" සහ "අවසන් අදියර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය" ඇති රෝගීන්ට ඉතා ප්‍රතිඵලදායක සහ හොඳම විකල්ප ප්‍රතිකාරය වන්නේ, වකුගඩු බද්ධ කිරීමය. බොහෝ රෝගීන් සංඛ්‍යවක් වකුගඩු බද්ධය කරගැනීමේ අවශ්‍යතාවයෙන් සහ ප්‍රාර්ථනාවෙන් පසු වේ. එය කරගැනීමේ අවකාශයන් සීමිත වීමට වැදගත් හේතු තුනක් වන්නේ:

1) **වකුගඩුවක් ලබා ගැනීමේ අපහසුව** - රෝගීන් බොහෝ සංඛ්‍යවකගෙන් ටික දෙනෙකුට පමණක් ජීවත්වන (නෑදෑ වන හෝ නෑදෑ නොවන) හෝ මියගිය කෙනෙකුගේ (කැඩවරික්) වකුගඩුවක් ලබාගැනීමට වාසනාව ඇත. ජීවත්වන වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියෙකු සොයා ගැනීම ප්‍රධාන ප්‍රශ්නයක් වන අතර මැරුණු කෙනෙකුගෙන් වකුගඩුවක් ලබාගැනීමේදී ඒ සඳහා ඉල්ලුම් කරන අයගේ ලැයිස්තුව ඉතා දිගු එකකි.

2) **වියදම** - වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමට යන වියදම සහ බද්ධ කිරීමෙන් පසු ජීවිතාන්තය දක්වා ගත යුතු ඖෂධ සඳහා වැය වන වියදම ඉතා ඉහළ බැවින් සංවර්ධනය වන රටවල බොහෝ රෝගීන්ට මෙය ප්‍රධාන ප්‍රශ්නයකි.

3) **පහසුකම් නොමැතිකම** - බොහෝ සංවර්ධන රටවල වකුගඩු බද්ධ කිරීම සඳහා ඇති පහසුකම් පහසුවෙන් ලබා ගත නොහැක.

මරණයට පත්වූ කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් ගෙන බද්ධ කිරීම (Cadaveric)

මැරුණු කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් ගෙන බද්ධ කිරීම යනු කුමක්ද?

මොළය මියගිය හෝ හෘදය වස්තු තන්තුක මියගිය තැනැත්තෙකු, නිරෝගි වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කර, එය නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයෙන් පෙලෙන රෝගියෙකුට බද්ධ කළ විට එය හඳුන්වන්නේ මැරුණු හෝ කැඩවර් (Cadaver) බද්ධ කිරීම යනුවෙනි. මැරුණු (cadaveric) වකුගඩුවක් ලබාගත හැක්කේ මෑතකදී මරණයට පත්වූ පුද්ගලයෙකුගෙන් වන අතර එම පුද්ගලයා හෝ ඔහුගේ පවුලේ අය, ඔහු හෝ ඇයගේ ඉන්ද්‍රියයන් මරණයෙන් පසු පරිත්‍යාග කිරීමට කැමැත්ත දී ඇත්නම් පමණි.

රෝගීන්ට වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ ප්‍රතිඵල ලබාගත හැකි නොවන්නේ වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලීන්ගේ හිඟකම නිසාය.

මැරුණු කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම අවශ්‍ය ඇයි?

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමේ අදහසින් සිටින රෝගීන් වැඩිදෙනෙකු නඩත්තු කාන්දුකරණය පවත්වා ගෙන යයි. ඊට හේතුව ජීවත් වන වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලීන්ගේ උග්‍ර හිඟයක් පවතින නිසාය. එවැනි රෝගීන්ගේ එකම බලාපොරොත්තුව මැරුණු කෙනෙකුගේ හෝ "කැඩවර්" පරිත්‍යාගශීලියෙකුගෙන් වකුගඩුවක් ලබා ගැනීමය. ඕනෑම පුද්ගලයෙකු මරණින් පසු වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීමෙන් අනෙක් අයගේ ජීවිත බේරා ගැනීමට පුලුවන් නම් එය ඉතා මානුෂික උතුම්වූ ක්‍රියාවකි. මැරුණු කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමට ලබාගැනීම හේතුකොට ගෙන නීත්‍යානුකූල නොවන ඉන්ද්‍රියයන් වෙළඳාම වැළැක්වීමටද හැකියාවක් ඇත.

"මොළය මිය යාම" යනු කුමක්ද?

"මරණය" යන්නේ සරල අදහස වන්නේ හෘදය වස්තුව සහ ආශ්වාස ප්‍රාශ්වාස කිරීම. නැවත ඇතිකළ නොහැකි ආකාරයට සහ ස්ථිර වශයෙන් නැවතීමය. "මොළයේ මිය යාම" යනු, සම්පූර්ණයෙන්ම සහ ආපසු හැරවිය නොහැකි ලෙස මොළයේ ක්‍රියාකාරීත්වයන් නැවතීමෙන් මරණය සිදු වීමයි. මොළය මිය යාමේ රෝග විනිශ්චය හඳුනාගැනීම කරනු ලබන්නේ වෛද්‍යවරුන් විසින් ආරෝග්‍යශාලා ගත කළ වාතාශ්‍රය සහාය ලබා දෙන උපකරණයේ (Ventilator) සිටින, සිහිය නැති රෝගීන්ගේය.

මොළය මිය යාම හඳුනාගැනීමේ නිර්ණායක

1) රෝගියා කෝමා (සිහිමූර්ජා) තත්වයෙන් සිටීම සහ කෝමා තත්වයට හේතුව [උදා: හිසේ ක්ෂතිය (Head Trauma) මොළයේ ලේ ගැලීමක් යනාදිය] තදින්ම තිරණය කරන්නේ රෝගියාගේ ඉතිහාසය, සායනික පරීක්ෂණ, රසායනාගාර පරීක්ෂණ සහ (Neuroimaging) ස්නායුරූප පරීක්ෂණ මගිනි. සමහර ඖෂධ [උදා: ශමනක (Sedatives), ප්‍රතිගැස්මට දෙන ඖෂධ (Anticonvulsants), මාංශ පේශි ලිහිල් කරන ඖෂධ (Muscle Relaxants), ප්‍රති අවපාතක (Antidepressants), ස්වාජනක (Hypnotics) සහ මාදකය (Necrotics)] ආහාර ජීරණ සංලක්ෂ්‍යය (Metabolic) සහ අන්තෝසර්ග හේතු (Endocrine Causes) සිහිමූර්ජා තත්වයට පත්වීය හැකි අතර මොළය මැරීම දක්වා පැතිරිය හැක. එවැනි හේතු මොළය මැරී යාම හඳුනා ගැනීම තිරණය කිරීමට පෙර බැහැර කරයි. මොළය මැරී යාම සලකා බැලීමේදී වෛද්‍යවරයා අඩු රුධිර පීඩනය ශරීරයේ අඩු උෂ්ණත්වය සහ ශරීරයේ අඩුවී ඇති ඔක්සිජන් ප්‍රමාණය නිවැරදි කරයි.

2) ප්‍රමාණවත් කාලයක් විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් යටතේ රැකබලා ගත්තත්, නිශ්චිත ප්‍රතිකාර දුන්නත්, දිගටම පවතින කෝමා තත්වය (සිහිමූර්ජාව) "රෝගය සුවවීමේ ප්‍රවණතාවය බැහැර කරයි" .

3) ඒ අවස්ථාවේදී කිසිම ස්වභාවික හුස්ම ගැනීමක් සිදු නොවේ. රෝගියා හුස්ම ගැනීමට සහයෝගය ලබාදෙන උපකරණයේ (Ventilator) රැඳී සිටී.

4) ආශ්වාස ප්‍රාශ්වාස කිරීම, රුධිර පීඩනය සහ රුධිර සංසරණය පවත්වා ගෙන යන්නේ සංවාතනය ලබා දෙන (Ventilator) උපකරණවලින් සහ අනිකුත් ජීවිතය රඳා පැවතීමට සහයෝගය ලබාදෙන උපකරණ වලිනි.

> මොළය මිය යාමේදී සිදුවන හානිය නැවත ආපසු හැරවිය නොහැකිවන අතර කිසිම වෛද්‍ය හෝ ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාරයකින් තත්වය යහපත් අතට හැර වීමට කිසිම ඉඩක් නැත .

මොළය මිය යාම සහ සිහිමූර්ජාව අතර වෙනස කුමක්ද?

සිහිමූර්ජාවූ රෝගියෙකුට සංවාතනය ලබා දෙන උපකරණයෙ (Ventilator) අවශ්‍යතාවය උවමනා වීමට හෝ නොවීමට ඉඩ ඇති අතර නිශ්චිත ප්‍රතිකාරයෙන් පසු සුවවේ. මොළය මිය ගිය රෝගියෙකුට සිදුවන හානිය තදබල වන අතර නැවත යථා තත්වයට පත් කළ නොහැකි ඔහු හෝ ඇ කිසිම වෛද්‍ය ප්‍රතිකාරයකින් හෝ ශල්‍යකර්මයකින් සුව නොවේ. මොළය මිය ගිය රෝගියෙකු සංවාතන උපකරණය (Ventilator) නැවැත්වූ විගස ආශ්වාස ප්‍රාශ්වාසය නැවති හෘද ස්පන්දනයද නවති. නමුත් මතක තබා ගත යුත්තේ රෝගියා නිතියට අනුව මරණයට පත්වී ඇති බවත්, වෙන්ටිලේටරය ඉවත් කිරීම මරණයට හේතුව නොවන බවත්ය. මොළය මිය ගිය රෝගියා වෙන්ටිලේටරයේ සහයෝගයෙන් දින

නියමයක් නොමැතිව ජීවත් විය නොහැක්කේ ඔවුන්ගේ හෘදය වස්තුවේ ක්‍රියාකාරීත්වයද ඊට සාපේක්ෂකව නවතින බැවිනි.

කෙනෙකුගේ මරණයෙන් පසු වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කළ හැකිද?

නැත. ඇස් පරිත්‍යාග කරන්නාක් මෙන් මරණයෙන් පසු වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීම පහසු නැත මරණය සිදුවූ විට හෘද ක්‍රියාකාරීත්වයද නවතී. එම වේලාවේම වකුගඩුවලට රුධිරය සැපයීමද නවතී. එවිට එයින් වකුගඩුවලට නැවත ලබාගත නොහැකි තදබල හානියක් සිදුවන නිසා එම වකුගඩුව බද්ධ කිරීමට යොදා ගැනීම වළක්වයි.

“මොළය මිය යාමට” බහුල හේතු මොනවාද?

මොළය මිය යාමට බහුල වශයෙන් හේතු විය හැක්කේ හිස තුවාල වීම (අනතුරකින්), මොළයේ අන්තඃ කපාල වලින් (intracranial) මොළයේ ලේ ගැලීම, මොළයේ අසාදන සහ මොළයේ ගෙඩිය (Brain Tumor).

මොළයේ මිය යාම හඳුනාගන්නේ කෙසේද? කොයි අවස්ථාවේද? කවුරුන් විසින්ද?

ප්‍රමාණවත් කාලයක් වෙන්ටිලේටරයේ හෝ වෙනත් උපකරණයක් මගින් සන්‍යාසනයට පත්වූ (Comatose) රෝගියෙකු සායනයකින් හෝ ස්නායු පරීක්ෂාවෙන් කිසිම දියුණුවක් නොපෙන්වයි නම් මොළය මිය යාමේ ප්‍රවණතාවක් ඇතැයි සැලකිය හැක. මොළය මිය යාම හඳුනා ගන්නේ වකුගඩු බද්ධ කිරීමට සම්බන්ධ නැති වෛද්‍යවරු කණ්ඩායමකි. මෙම වෛද්‍ය කණ්ඩායමට ඇතුළත් වන්නේ රෝගියාට ප්‍රතිකාර කරන විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා (Physician), ස්නායු විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙක් සහ ස්නායු ශල්‍ය විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙක් යනාදී වශයෙනි. මෙම වෛද්‍ය කණ්ඩායම විසින් රෝගියාව ස්වාධීන පරීක්ෂණයකින් පසු මොළය මැරී ඇතිබව නිගමනය කරයි. විස්තරාත්මක සායන පරීක්ෂණයකින් විවිධ

රසායනාගාර පරීක්ෂණ වලින් මොළයේ විශේෂ EEG පරීක්ෂණයෙන් මොළයට වන හානිය සුවකර ගැනීමට ඇති ප්‍රවණතාවක් සොයා බලනු ලැබේ. සියලු පරීක්ෂණ සහ සොයා ගැනීම් මගින් රෝගියා සුවකිරීමට කිසිම අවකාශයක් නැති බව තීරණය කර එය “මොළය මිය යාම” බව ප්‍රකාශ කරයි.

“මොළය මිය ගිය” රෝගියෙකුගේ වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීම නුසුදුසු යැයි තීරණය කර ඇති කරුණු මොනවාද?

පහත සඳහන් කරුණු මත මොළය මිය ගිය රෝගියෙකුගෙන් වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීම පිළිගත නොහැක:

1) ක්‍රියාකාරී ආසාදන ඇති රෝගියෙක් නම්

2) HIV හෝ හෙපටයිටිස් B වැළඳී ඇති රෝගියෙක්

3) දිගු කලක් අධි රුධිර පීඩනය, මධුමේහය, වකුගඩු රෝග හෝ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය රෝගියෙක් නම්

4) පිළිකා රෝගියෙක් (මොළයේ ගෙඩි හැර)

5) අවු 10ට අඩු හෝ අවු 70ට වැඩි රෝගියෙක්

මරණයට පත්වූ පරිත්‍යාගශීලියාගේ (Cadaver) පරිත්‍යාග කළ හැකි වෙනත් ඉන්ද්‍රියන් මොනවාද?

කැඩවර් පරිත්‍යාගශීලියාට තම වකුගඩු දෙකම පරිත්‍යාග කර රෝගීන් දෙදෙනෙකුගේ ජීවිත බේරාගත හැක. වකුගඩු වලට අමතරව පරිත්‍යාග කළ හැකි ඉන්ද්‍රියයන් වන්නේ ඇස්, හෘදය වස්තුව, අක්මාව, සම, අග්න්‍යාශය යනාදියයි.

එක් මරණයකට පත්වූ රෝගියෙකුගෙන් නිධන්ගත වකුගඩු රෝග ඇති ජීවිත දෙකක් බේරාගත හැක්කේ ඔහු තම වකුගඩු දෙකම පරිත්‍යාග කරන නිසාය.

මරණයට පත්වූ කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමේදී ඒ සඳහා සහභාගී වන කණ්ඩායම් සාමාජිකයෝ කවරහුද?

මැරුණු කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමට (කැඩවරික්) නිශ්චිතව කටයුතු කරන කණ්ඩායමක් අවශ්‍යය එයට අයත්වන්නේ :

- නීත්‍යානුකූල අනුමැතිය ලබා ගැනීම සඳහා මරණයට පත්වූ වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියාගේ නෑදෑයන්
- වකුගඩු ප්‍රදානය කරන තැනැත්තාට ප්‍රතිකාර කරන විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා
- කැඩවර් බද්ධය, සම්බන්ධීකරණ නිලධාරියා. ඔහු විසින් වකුගඩුව ප්‍රදානය කරන රෝගියාගේ නෑදෑයන්ට වකුගඩුව ප්‍රදානය ගැන කරුණු විස්තර කර උදව් කරයි
- මොළය මිය යාම හඳුනා ගත් ස්නායු වෛද්‍යවරයා
- වකුගඩු බද්ධ කිරීම කරන (nephrologist) වෘක්කවේදී විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා, (urologist) මෞත්‍රික රෝග විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා සහ ඔහුගේ කණ්ඩායම

මරණයට පත්වූ කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම කරන්නේ කෙසේද?

මැරුණු කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමේදී වැදගත් අංශ:

- මොළය මැරුණු බව නිශ්චිත පරීක්ෂාවලින් හඳුනාගැනීම අනිවාර්යයි.

- වකුගඩු දෙකම නිරෝගී බව නිශ්චිත පරීක්ෂණවලින් ස්ථිර කිරීම සහ පරිත්‍යාගශීලියාට නුසුදුසු යැයි තීරණය කරන ලද සංස්ථෛවත (Systemic) රෝගයක් නැතිබව.
- වකුගඩුව පරිත්‍යාගශීලියාගේ නෑදෑයාගේ කැමැත්ත.
- වකුගඩු දෙකම ශරීරයෙන් ඉවත් කරන තෙක් පරිත්‍යාගශීලියාගේ ආශ්වාස ප්‍රාශ්වාස කිරීම, හෘද ස්පන්දනය සහ රුධිර පීඩනය පවත්වා ගැනීමට වෙන්ටිලේටර සහ අනිකුත් උපකරණ මගින් සහයෝගය ලබා දීම.
- ඉවත් කිරීමෙන් පසු විශේෂ සිසිල් ද්‍රාවණයකින් වකුගඩුව පිරිසිදු කර අයිස්වල තබනු ලැබේ.
- එක් මැරුණු පරිත්‍යාගශීලියෙකුට වකුගඩු දෙකම ප්‍රදානය කළ හැකි නිසා පරිත්‍යාග ලාභීන් දෙදෙනෙකුට මියගිය තැනැත්තාගේ වකුගඩු බද්ධ කළ හැක.
- රුධිර කාණ්ඩය HLA සැසඳීම (HLA matching) සහ පටක හරස් ගැළපීම (tissue cross matching) මගින් සුදුසු පරිත්‍යාග ලාභීන් තෝරන්නේ මැරුණු කෙනෙකුගේ වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීමට සිටින අයගේ පොරොත්තු ලේඛනයෙනි.
- හැකි ඉක්මනින් බද්ධ කිරීම ප්‍රතිඵලදායි වන නිසා සුදානම් කිරීමෙන් පසු වහාම වකුගඩු ලාභීන් දෙදෙනාට වකුගඩු බද්ධ කරනු ලැබේ.
- ජීවත්වන හෝ මියගිය පරිත්‍යාගශීලියෙකුගෙන් ලබාගත් වකුගඩුවක් වුවත්, වකුගඩු ලාභියාගේ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ ශල්‍යකර්ම ක්‍රමය එක සමානය.
- ඉවත් කිරීමෙන් පසු බද්ධයට පෙර වකුගඩුව ආරක්ෂා කිරීම පිණිස එය විශේෂ සිසිල් ද්‍රාවණයකින් පිරිසිදු කර අයිස්වල තැන්පත් කිරීම හේතුවෙන් වකුගඩුවට යම්කිසි හානියක් සිදුවේ. ඊට හේතුව ශීතලට අනාවරණය වී තිබීමෙන් ඔක්සිජන් හිඟකම නිසා රුධිර සැපයුමක් නැති හෙයිනි. එවැනි හානියක් සිදුවීම නිසා බද්ධ කිරීමෙන් පසු මැරුණු වකුගඩුව වහාම ක්‍රියාත්මක වීම සිදු නොවේ. මෙම

අවස්ථාවේදී බොහෝ රෝගීන්ට කෙටිකාලීන කාන්දුකරණ (Dialysis) ක්‍රියාවලියක සහයෝගයක් අවශ්‍ය විය හැක.

වකුගඩුව බද්ධ කිරීමෙන් පසු රෝගියාට සාමාන්‍ය සහ ක්‍රියාකාරී ජීවිතයක් සතුටින් ගත කළ හැක.

වකුගඩු පරිත්‍යාගශීලියෙකුගේ පවුලේ අයට කිසියම් ගෙවීමක් කරන්නේද?

නැත. පරිත්‍යාගශීලියෙකුගේ පවුලට කිසිම ගෙවීමක් පරිත්‍යාග ලාභියා ගෙවීම අවශ්‍ය නැත. මරණයෙන් පසුව වුවත් වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීමෙන් යම්කිසි කෙනෙකුට ජීවයක් ලබාදීම මිළ කළ නොහැකි ත්‍යාගයකි. එවැනි කාරුණික සහ මානුෂික අදහස් සඳහා ත්‍යාගය වන්නේ ඉමහත් සතුට සහ සෑහීමකට පත්වීමය. අවශ්‍යතා ඇති රෝගියෙකුගේ ජීවිතයක් බේරාගැනීමෙන් සෑහීමකට පත්වීම යම්කිසි මුදලක් ලැබීමකට වඩා ඉතා වටිනේය.

ඉන්දියාවේ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ පහසුකම් පවතින්නේ කුමන මධ්‍යස්ථාන වලදීද?

මැරුණු කෙනෙකුගේ වකුගඩු බද්ධ කිරීම සඳහා රාජ්‍ය සහ මධ්‍යම ආණ්ඩුවෙන් අනුමත කරන ලද ආරෝග්‍යශාලා එවැනි ඉන්ද්‍රියයන් බද්ධ කිරීමට සුදුසුය. මෙම පහසුකම් ඇති ඉන්දියාවේ ප්‍රධාන මධ්‍යස්ථාන නම් අහමදබාද්, බැංගලෝර්, චෙනනායි, දිල්ලිය, මුම්බායි, කොල්කටා, හයිද්‍රාබාද් සහ වෙනත් ස්ථානය.

පරිච්ඡෙදය 15

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය

ඉන්දියාවේ සහ මුලු ලෝකයේම පාහේ මධුමේහ රෝගයෙන් (Diabetes Mellitius) පෙළෙන මිනිසුන්ගේ සංඛ්‍යාව වැඩි වෙමින් පවතී. දියවැඩියා රෝගීන්ගේ විශාල ලෙස වැඩිවීම දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වැඩිවීමට බලපා ඇත. දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය දියවැඩියාවේ ඉතාමත්ම නරක සංකූලතාවයකි. එනිසා ඉහළ මරණ සංඛ්‍යාවක් සිදු වී ඇත.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය යනු කුමක්ද?

දිගුකලක් දියවැඩියාව පවතින විට දිගටම පවත්නා ඉහළ රුධිර සීනි ප්‍රමාණය වකුගඩුවේ රුධිර වාහිනිවලට හානි සිදුකරයි. මෙම හානිය මූලික වශයෙන් මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිටවීමට හේතුවේ. ඉන් අනතුරුව අධිරුධිර පීඩනය, ඉදිමුම සහ ක්‍රමයෙන් වකුගඩුවල හානිකර ලක්ෂණ වලට හේතුවේ. අවසාන වශයෙන් වේගවත් දුර්වලවීම උත්සන්න වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවට යොමුවේ (අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය). මෙම දියවැඩියාව නිසා ඇතිවන වකුගඩු ප්‍රශ්නය හඳුන්වන්නේ **දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය** නමිනි. දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුන්වන වෛද්‍ය නාමය වන්නේ **"දියවැඩියා වෘක්ක වේදයයි" (Diabetic Nephropathy)**.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය පිළිබඳව දැනගත යුත්තේ මන්ද?

- ඉන්දියාවේ සහ මුලු ලෝකය පුරාම දියවැඩියා රෝගය වේගයෙන් පැතිරෙමින් පවතී. දියවැඩියා සම්බන්ධයෙන් ලෝකයේ අගනුවර වශයෙන් ඉන්දියාව පත්විය හැක.

- නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට ප්‍රධාන හේතුව වී ඇත්තේ දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයයි. (දියවැඩියා වෘක්ක වේදය)
- අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයේ (ESKD) අලුතින් හඳුනාගත් රෝගීන්ගෙන් 40% - 45% දක්වා මධුමේහ රෝගය වගකිව යුතුයි.
- අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය (ESKD) චිකිත්සාවට යන වියදම ඉතා අධිකයි. දියුණුවන රටක් වන ඉන්දියාවේ රෝගීන්ට එම වියදම දැරිය නොහැක.
- කල් ඇතිව රෝගය හඳුනාගෙන ප්‍රතිකාර කිරීමෙන් දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වළක්වා ගත හැක. දියවැඩියාව සමග මුල් බැසගත් නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය, සුක්ෂමව කරන චිකිත්සාවෙන්, කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධ කිරීමේ අවධිය කල් දැමිය හැකිය.
- දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට, හෘද තන්ත්‍ර වාහිනි හේතු නිසා මරණයට පත්වීමේ වැඩි අවදානමක් ඇත.
- එම නිසා දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය කල් ඇතිව හඳුනාගැනීම ඉතා අත්‍යවශ්‍ය අවශ්‍යතාවයක් වන්නේය.

> නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට බහුල වශයෙන් හේතුවන්නේ දියවැඩියාවය.

දියවැඩියා රෝගීන් අතරින් කොපමණ සංඛ්‍යාවකට දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය සෑදේද?

මධුමේහය ප්‍රධාන වර්ග දෙකකට බෙදෙන අතර විවිධ අවදානම් සහිත දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය කරන්නකි.

- වර්ගය 1 දියවැඩියාව (IDDM – Insulin Dependent Diabetes – ඉන්සියුලින් මත රැඳි ඇති දියවැඩියාව) - වර්ගය 1 දියවැඩියාව සාමාන්‍යයෙන් බාල වයසේදී හට ගැනේ. එය පාලනය කිරීම සඳහා ඉන්සියුලින් අවශ්‍යය. 30%-35% පමණ වර්ගය 1 දියවැඩියාව ඇති අයට, දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය වේ.

- වර්ගය 2 දියවැඩියාව (NIDDM – Non Insulin Dependent Diabetes – ඉන්සියුලින් මත රැඳි නැති දියවැඩියාව) - වර්ගය 2 දියවැඩියාව ඇතිවන්නේ වැඩිහිටියන් අතරය. රෝගීන් වැඩි කොටසකට ඉන්සියුලින් නොමැතිව රෝගය පාලනය කෙරේ. 10%-40% දක්වා වර්ගය 2 දියවැඩියාව ඇති අයට, දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය වේ. නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති අලුතින් සොයා ගත් සෑම පුද්ගලයින් තුන්දෙනෙකුගෙන්ම එක්කෙනෙකුට එම රෝගයට හේතුව වී ඇත්තේ "**වර්ගය 2 දියවැඩියාවය**".

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය විය හැක්කේ කුමන දියවැඩියා රෝගීන්ටද?

කුමන දියවැඩියා රෝගීන්ට වකුගඩු රෝගය වැළඳේ දැයි නිශ්චිතව අනාවැකි කිමට නුපුලුවන. නමුත් එය වර්ධනය වීමට ඇති අවදානම් සාධක වන්නේ:

- වයස අවුරුදු 20 ට පෙර ඇතිවූ වර්ගය 1 දියවැඩියාව
- දුර්වල ලෙස පාලනය කළ දියවැඩියාව (HBAIC ඉහළ මට්ටමක)
- දුර්වල ලෙස පාලනය වූ අධිරුධිර පීඩනය
- දියවැඩියාව සහ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය පවුල් ඉතිහාසයේ ඇත්නම්
- දියවැඩියාව නිසා ඇතිවන, ඇසේ පෙනුමේ දුර්වලතාවය [දියවැඩියා දෘෂ්ටිවිතානයේ ව්‍යාධය (Diabetic Retinopathy)], හෝ ස්නායු හානිය [දියවැඩියා ස්නායු ව්‍යාධය (Diabetic Neuropathy)].
- මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් තිබීම, ස්ථුලතාවය, ධුමපානය සහ වැඩිවූ මස්තු

ලිපිඩ (Elevated Serum Lipids).

> කාන්දුකරණය මත සිටින සෑම තුන් දෙනෙකුගෙන්ම එක් කෙනෙකුට අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයට හේතුව දියවැඩියාවය.

දියවැඩියා රෝගියෙකුගේ දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය වන්නේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය වීමට අවුරුදු කිපයක් ගතවේ. එනිසා එය දියවැඩියාව සෑදී මුල් අවුරුදු 10 ඇතුලත කලාතුරකින් පැන නගී. දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයේ ලක්ෂණ පහල වන්නේ, **"වර්ගය 1 දියවැඩියා"** තත්වය ආරම්භ වී අවුරුදු 15-20 ට පසුවය. පළමු අවුරුදු 25 ඇතුලතදී දියවැඩියා රෝගියෙකුට දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය නොවුනොත් එය වැලදීමේ අවදානම අඩුය.

දියවැඩියා රෝගියෙකුට දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය යැයි සැක කළ හැක්කේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

දියවැඩියා රෝගියෙකුට දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය යැයි සැක කළ හැක්කේ පහත සඳහන් කරුණු ඇති වූවිටය.

- පෙණ සහිත මුත්‍රා පිට කිරීම හෝ මුත්‍රාවල ඇලිබියුමින් / ප්‍රෝටීන් තිබීම (මුල් අවධියේදී දැකිය හැක).
- අධි රුධිර පීඩනය වර්ධනය වීම හෝ කලින් පැවතුන අධි රුධිර පීඩනය නරක අතට හැරීම.
- වළලුකර, පාද සහ මුහුණ ඉදිමුම, මුත්‍රා පරිමාව අඩුවීම හෝ බර වැඩිවීම (ජලය එකතුවීම නිසා).

- ඉන්සියුලින් හෝ ප්‍රති දියවැඩියා ඖෂධ ප්‍රතිකාරවල අවශ්‍යතාවය අඩුවීම.
- ඉදහිට හයිපර්ග්ලිසීමියා ඉතිහාසයක් තිබීම (අඩු සීනි මට්ටම). ප්‍රති දියවැඩියා ඖෂධ ගැනීමෙන් දියවැඩියාව හොඳින් පාලනය වීම සහ ඊට පෙර එම ඖෂධ වලින්ම දියවැඩියාව ඉතා දුර්වල ලෙස පාලනය වීම

> වකුගඩුවට දියවැඩියාවේ හානිකර බලපෑම් වන්නේ මුත්‍රාවල අධි ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණයත් අධිරුධිර පීඩනය සහ ඉදිමුම

- ඖෂධ නොමැතිව දියවැඩියාව පාලනය. බොහෝ රෝගීන් දියවැඩියාව සුවවීම ගැන සතුටු වන නමුත් අවාසනාවන්ත සහ සත්‍ය සාධකය වන්නේ එම පුද්ගලයාට ඉතා නරක අතට හැරුණු වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාව තිබෙන බවය.
- නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයේ ලක්ෂණ තිබීම (දුර්වලකම, තෙහෙට්ටුව, ආහාර අරුචිය, ඔක්කාරය, වමනය, කැසීම, මලානික ගතිය සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාවය). එය පසු අවධියේදී වර්ධනය වේ.
- රුධිර පරීක්ෂණයේදී ක්‍රියැටිනින් අගය සහ රුධිර යූරියා ඉහළ අගයක් ගැනීම.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගන්නේ කෙසේද? එය කලින්ම හඳුනාගන්නේ කුමන පරීක්ෂණයෙන්ද?

- දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට කළ යුතු ප්‍රධාන පරීක්ෂණ දෙකක් වන්නේ ප්‍රෝටීන් සඳහා මුත්‍රා පරීක්ෂණය සහ ක්‍රියැටිනින් සඳහා රුධිර පරීක්ෂණය (සහ eGFR). කල් ඇතිව දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය ඇත්දැයි දැනගත හැකි ඉතාම හොඳ

පරීක්ෂණය මුත්‍රාවල මයික්‍රෝඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණයයි. ඊළඟට ඇති ඉතා හොඳ පරීක්ෂණය වන්නේ මුත්‍රාවල ඇල්බියුමින් පරීක්ෂණය එය ප්‍රමිත මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණයයි. එයින් මැක්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා හඳුනාගනී. ක්‍රියැටිනින් (සහ eGFR) සඳහා රුධිර පරීක්ෂණයෙන් වකුගඩු ක්‍රියාකරන ආකාරය පෙන්නුම් කරයි. තවද සේරම් ක්‍රියැටිනින් අගය දියවැඩියා වකුගඩු රෝග අවසන් අවධියේදී වැඩිවේ. (සාමාන්‍යයෙන් ඇල්බියුමිනුරියා වර්ධනය වූ පසුවය)

මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා සහ මැක්‍රෝ ඇල්බියුමිනේරියා යනු කුමක්ද?

ඇල්බියුමිනුරියා යනු මුත්‍රා වල ඇල්බියුමින් (ප්‍රෝටීන් වර්ගයකි) තිබීමය. මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා යනු මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් සුලු ප්‍රමාණයක් තිබීමය. (මුත්‍ර ඇල්බියුමින් 30- 300 mg / දිනකට) එය සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන මුත්‍රා පරීක්ෂණයකින් නොව එය නිශ්චිත වශයෙන් හඳුනාගත හැක්කේ විශේෂ පරීක්ෂණ මගිනි. (ඇල්බියුමින් > 300 mg / දිනකට) හඳුනාගත හැක්කේ සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන මුත්‍රාවල ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණයෙනි.

අනතුරු ඇඟවීමයි: රුධිරයේ සීනි ප්‍රමාණය නිතරම අඩුවීම සහ ඖෂධ නොමැතිව මධු මේහය පාලනය වීම, දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය ඇති බවට සැක කිරීමට පුළුවන.

මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා සඳහා කරන මුත්‍රා පරීක්ෂණය දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට ඇති හොඳම මූලික පරීක්ෂණය වන්නේ ඇයි?

බොහෝ කල් ඇතිව දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනා ගත හැකි ඉතා හොඳම පරීක්ෂණය මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා සඳහා කරන මුත්‍රා පරීක්ෂණයයි. මේ අවධියේදී දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනා ගැනීමේ

විශේෂ වාසිය වන්නේ එය රෝගය (ඉහළ අවදානම් අවධිය යැයි හඳුන්වන) වළක්වා, නිශ්චිත සුක්ෂම ප්‍රතිකාර ක්‍රම මගින් ආපසු හැරවිය හැකි නිසාය.

ප්‍රමිත ඩිප්ස්ටික් මුත්‍රා පරීක්ෂණයකට වඩා මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණයෙන් අවුරුදු 5ට කලින් දියවැඩියා නෙෆ්‍රොපති (දියවැඩියා වෘක්ක රෝගය) හඳුනාගත හැකි අතර එම රෝගය ඉහළ සේරම් ක්‍රියැටිනින් අගයක් හෝ ලක්ෂණ පෙන්නුම් කරන භයානක තත්වයකට පත්වීමට පෙර හඳුනාගත හැක. වකුගඩු අවදානමට අමතරව දියවැඩියා රෝගින්ගේ හෘද නන්තු වාහිනී සංකුලතා වර්ධනය වීමේ ඉහළ අවදානමක් ඇති බව **මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය** ස්වාධීනව අනාවැකි පළ කරයි.

මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණයෙන් කල් ඇතිව රෝග විනිශ්චය කිරීමට හැකි නිසා මෙම භයානක රෝගය වර්ධනය වීම පිළිබඳව රෝගීන්ට අනතුරු අඟවන අතර, එවැනි රෝගීන්ට ඉක්මනින් ප්‍රතිකාර කිරීමට වෛද්‍යවරුන්ට අවස්ථාවක් ලබාදෙයි.

දියවැඩියාවේදී මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය කළ යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද? කොපමණ කාලයකට වරක්ද?

වර්ගය - 1 දියවැඩියාවේදී මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය දියවැඩියාව ආරම්භ වී අවුරුදු 5 කට පසු කළ යුතු අතර ඉන් පසු සෑම අවුරුද්දක් පාසාම කළ යුතුයි.

වර්ගය - 2 දියවැඩියාවේදී මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය රෝගය හඳුනාගත් අවස්ථාවේ කළ යුතු අතර ඉන් පසු සෑම අවුරුද්දක් පාසාම කළ යුතුයි.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට ඇති වැදගත්ම පරීක්ෂණ දෙක වන්නේ ප්‍රෝටීන සඳහා සහ සේරම් ක්‍රියැටිනින් සඳහා කරන මුත්‍රා පරීක්ෂණයන්ය.

දියවැඩියා රෝගයේදී මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා සඳහා මුත්‍රා පරීක්ෂණය කරන්නේ කෙසේද?

මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය මුත්‍රා වල ඇති ප්‍රෝටීන් ඉතා සුලු ප්‍රමාණයක් වුවත් හඳුනාගත හැකි අතර එය සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන මුත්‍රා පරීක්ෂණයකින් හඳුනා ගත නොහැක. දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට, අහඹු මුත්‍රා පරීක්ෂණයක් **ප්‍රමිත මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණයක්** මගින් පළමුව කළ යුතුයි. මෙම පරීක්ෂණයේදී ප්‍රෝටීන් නොතිබුනත් මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා තිබේදැයි දැනගැනීමට වඩා පැහැදිළි සුක්ෂම පරීක්ෂණයක් කරනු ලැබේ. දෛනිකව කරනු ලබන පරීක්ෂණයකදී මුත්‍රා ඇල්බියුමින් තිබෙනම් මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය කිරීම අවශ්‍ය නැත. මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයක් නැතිනම්, දියවැඩියා නෙෆ්‍රෝපතිය (වෘක්ක රෝගය) නිවැරදිව හඳුනා ගැනීමට, මාස 3-6 අතර කාලයක් ඇතුලත මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා සඳහා කරන පරීක්ෂණ තුනෙන් දෙකක් ධනාත්මක විය යුතුය.

මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා හඳුනාගැනීමට යොදාගන්නා බහුලව කරන ක්‍රම 3

1) ස්පොට (Spot) මුත්‍රා පරීක්ෂණය - මෙම පරීක්ෂණය කරන්නේ ප්‍රතිකාරක තීරයක් (Reagent Strip) හෝ පෙත්තක් (Tablet) මගිනි. එය කාර්යාලයකදී රාජකාරිය කරන විටදී කළ හැකි වැඩි වියදමක් නොයන පරීක්ෂණයකි. නමුත් මෙම පරීක්ෂණයේ නිවැරදිතාවය අඩුය. ප්‍රතිකාරක

තීරයක් (Reagent Strip) හෝ පෙත්තක් මගින් කළ පරීක්ෂණය ධනාත්මක වුවිට එය සනාථ කළ හැක්කේ මුත්‍රා ඇල්බියුමින් සහ ක්‍රියැටිනින් අනුපාතය අනුවය.

2) ඇල්බියුමින් ක්‍රියැටිනින් අනුපාතය (Albumin to Creatinine Ratio) - මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය කරන නිවැරදි විශ්වාසදායි ක්‍රමය වන්නේ මුත්‍රා ඇල්බියුමින් සහ ක්‍රියැටිනින් අනුපාතයයි (ACR). ඇල්බියුමින් ක්‍රියැටිනින් අනුපාතය(ACR) මගින් පැය 24ක මුත්‍රා ඇල්බියුමින් බහිස්‍රාවය (පිට කිරීම) ඇස්තමේන්තු කරයි. උදේ පාන්දර ගන්නා මුත්‍රා සාම්පලයක ඇල්බියුමින් ක්‍රියැටිනින් අනුපාතය (ACR) **30-300** mg/g අතර තිබේ නම් මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා තිබෙන බව හඳුනාගනී (සාමාන්‍ය අගය ACR - < **30** mg/g). මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා මෙම ක්‍රමයට හඳුනාගැනීම සංවර්ධනය වන රටවල සීමිතය. ඊට හේතුව වන්නේ එය ලබාගැනීමේ අපහසුතාවය සහ වියදමයි.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට තිබෙන මුල්ම ක්‍රමය සහ ඉතාම හොඳ ක්‍රමය වන්නේ මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනුරියා සඳහා කරන මුත්‍රා පරීක්ෂණයයි.

3) පැය 24ක් මයික්‍රෝඇල්බියුමිනුරියා සඳහා මුත්‍රා සංචිත කිරීම.

පැය 24 ක මුත්‍රා එකතුවේදී සම්පූර්ණ මුත්‍රා ඇල්බියුමින් **30-300** mg දක්වා තිබීම මයික්‍රෝඇල්බියුමිනුරියා තිබෙන බව තීරණය කරයි. මෙම ක්‍රමය මයික්‍රෝඇල්බියුමිනුරියා පරීක්ෂණය කරන සම්මත ක්‍රමයක් වුවත්, එය ඉතා මහන්සිවී අපහසුවෙන් කළ යුතු වුවද එහි පෙන්නුම් කරන අවසාන ප්‍රතිඵලයේ නිරවද්‍යතාව ඉතා සුලුය.

සම්මත ක්‍රමයට කරන මුත්‍රා Dipstick පරීක්ෂණය දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට උදව් වන්නේ කෙසේද?

මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් තිබේදැයි දැනගැනීමට පුලුල්ව සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන පරීක්ෂණය සම්මත මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණයයි [(Standard Urine Dipstick Test) (නිතර රපෝර්තු කරන්නේ "Trace to 4+")]. දියවැඩියා සහිත රෝගීන්ට කරන සම්මත මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය මැක්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා හඳුනාගැනීමට කරන පහසු ඉක්මන් ක්‍රමයකි (මුත්‍රා ඇල්බියුමින් > 300 mg / දිනකට). මැක්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා තිබීම පෙන්නුම් කරන්නේ හතරවන අධියරේ දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයයි.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වර්ධනය වීමේදී මයික්‍රෝඇල්බියුමිනූරියාව පසුපස මැක්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා ගමන්කරයි (3 වන අධියර - ආරම්භක තත්වයේ දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයයි). නමුත් ඊට පෙර තදබල වකුගඩු හානියක් ඇතිවේ. උදා: නෙෆ්‍රොටික් සින්ඩ්‍රෝමය සහ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය නිසා සේරම් ක්‍රියැටිනින් වැඩිවීම සිදුවේ.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට මයික්‍රොඇල්බියුමිනූරියා තිබේදැයි හඳුනාගැනීම කල්ඇතිව කරන හොඳම පරීක්ෂණයයි. මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණයෙන් මැක්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා තිබේදැයි හඳුනාගැනීම දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයේ ඊළඟ අවධිය බව යෝජනා කරයි.

සංවර්ධනය වන රටවල වියදම සහ එය පහසුවෙන් ලබාගත නොහැකි වීම නිසා මයික්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා පරීක්ෂණය කරන්නේ දියවැඩියා රෝගීන් සංඛ්‍යාවකි. එවැනි අවස්ථාවන්හිදී මැක්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා හඳුනාගැනීමට කරන මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට ඇති ඊළඟ හොඳම විකල්පයයි.

කල් ඇතිව දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගැනීමට ඇති හොඳම ක්‍රමය මයික්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා සඳහා කරන වාර්ෂික මුත්‍රා පරීක්ෂණයයි.

මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය සරල සහ මිළ අඩු ක්‍රමයකි. එය කුඩා මධ්‍යස්ථාන වලිනුත් පහසුවෙන් ලබාගත හැකි නිසා එය ඉතා සුදුසු සාක්ෂාත් කරගත හැකි විකල්පයක් වන්නේ දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය විශාල වශයෙන් හඳුනාගැනීම සඳහාය. ක්‍රියාකාරී කළමනාකරණයක් දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයේ මේ අවස්ථාවේදී වුවත් තිබීම ඉතා ප්‍රතිඵලදායක නිසා වකුගඩු බද්ධ කිරීම සහ කාන්දුකරණය කරන අවධිය පමා කරයි.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගත හැක්කේ කෙසේද?

ඉතා සුදුසු ක්‍රමය : මයික්‍රෝඇල්බියුමිනූරියා මුත්‍රා පරීක්ෂණය සහ ක්‍රියැටිනින් සඳහා රුධිර පරීක්ෂණයෙන් (සහ eGFR) දියවැඩියා රෝගීන් වාර්ෂිකව හඳුනාගැනීම.

ප්‍රායෝගික ක්‍රමය : සියලුම වකුගඩු රෝගීන්ගේ රුධිර පීඩනය සහ මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය මාස තුනකට වරක් සහ ක්‍රියැටිනින් සඳහා රුධිර පරීක්ෂණය (සහ eGFR) වාර්ෂිකවද පරීක්ෂාවට ලක් කිරීම. දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය හඳුනාගන්නා මෙම ක්‍රමය පහසුවෙන් ලබාගත හැකි වන අතර සංවර්ධනය වන රටවල කුඩා නගරවල පවා පහසුවෙන් ලබා ගත හැක.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වළක්වාගත හැක්කේ කෙසේද? දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය වළක්වා ගැනීමට වැදගත් ඉඟි:

- නිතර වෛද්‍යවරයා හමුවන්න.
- දියවැඩියාව හොඳින් පාලනය කර ගැනීමට HBAIC මට්ටම 7 ට අඩුවෙන් තබාගන්න.
- රුධිර පීඩනය 130/80 mmHg තබාගන්න. ඒ සඳහා කල් ඇතිව ඇන්ජියෝටෙන්සින් (Angiotensin) පාවිච්චිය - එන්සයිම හරවන (ACE) නිෂේධක (Inhibitors) සහ ඇන්ජියෝටෙන්සින් රිසෙප්ටර් බ්ලොකර්ස් (ARB), ප්‍රති අධිරුධිර පීඩන ඖෂධ කණ්ඩායමකි.
- සීනි සහ ලුණු පාලනය. ප්‍රෝටීන්, කොලෙස්ට්‍රෝල් සහ මේදය අඩු ආහාර ගැනීම.
- අවුරුද්දකට වරක්වත් ඇල්බියුමින් සඳහා මුත්‍රා පරීක්ෂණය සහ ක්‍රියැටිනින් (සහeGFR) සඳහා රුධිර පරීක්ෂණය කර වකුගඩු පරීක්ෂා කර ගන්න.
- අනෙක් පියවරයන් - නිතර ව්‍යායාම කර නියම බර පවත්වාගෙන යන්න. මධ්‍යසාරය, ධූමපානය, දුම්කොළ නිෂ්පාදන මගහැරීම සහ වේදනානාශක අනවශ්‍ය ආකාරයට පාවිච්චි නොකරන්න.

සංවර්ධනය වන රටවලට මැක්‍රෝඇල්බියුමිනුරියා හඳුනාගැනීමට මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය ඉතා හොඳ සාක්ෂාත් කරගත හැකි විකල්ප ක්‍රමයකි.

දියවැඩියා වකුගඩු ප්‍රතිකාර

- දියවැඩියාව නිසි පිළියට පාලනය කරගන්න.
- වකුගඩුව ආරක්ෂා කර ගැනීමට ගත යුතු වැදගත් පියවර වනුයේ රුධිර පීඩනය නිශ්චිත සූක්ෂම ක්‍රමයකට පාලනය කිරීමය. රුධිර පීඩනය නිතර මැන එය 130/80 mmHg ට පවත්වා ගන්න අධි රුධිර පීඩනයට ප්‍රතිකාර ගැනීම නිසා නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වර්දනය සෙමින් සිදු කරයි.
- දියවැඩියා රෝගීන්ට වාසිවන විශේෂ ප්‍රති අධි රුධිර පීඩන ඖෂධ වන්නේ ඇන්ජියෝටෙන්සින් කන්වර්ටින් එන්සයිමය (ACE),ඉන්හිබිටර්ස් සහ ඇන්ජියෝටෙන්සින් රිසෙප්ටර් බ්ලොකර්ස්ය (ARB). වකුගඩු රෝගය වර්ධනය පමා කිරීමට ප්‍රති අධි රුධිර පීඩන ඖෂධ වැඩි වාසියක් ලබාදේ. දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය මුල් අවධියේදී මයික්‍රො ඇල්බියුමිනුරියා තිබෙන විට, උපරිම ප්‍රතිඵල ලබාගැනීමට සහ වකුගඩුව ආරක්ෂා කිරීමට මෙම ඖෂධ කළමණාකරනය කළ යුතුයි.
- ඉදිමුම අඩුකිරීමට මුත්‍රා පරිමාව වැඩි කරන ඖෂධ (Diuretics) (අධිමූත්‍රක) දෙනු ලබන්නේ ලුණු සහ දියර ලබාගැනීම පාලනයත් සමගය.
- දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය නිසා වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති රෝගීන්ට හයිපොග්ලිසීමා (මන්ද මධුරක්තිය) සෑදීමේ ප්‍රවණතාවක් ඇතිවේ. ඒනිසා දියවැඩියාව සඳහා ඖෂධ චිකිත්සාව වෙනස්කළ යුතුයි. දියවැඩියාව පාලනය කිරීමට කෙටිකාලීනව ක්‍රියාත්මක වන ඉන්සියුලින් ලබාදිය යුතුයි.
- දිගුකාලීනව ක්‍රියාත්මක වන මුඛයෙන් ලබාගන්නා හයිපොග්ලිසිමික් (මන්දමධුරක්තිය - Hypoglycarmic) ඖෂධවලින් වළකින්න. ලැක්ටික් අම්ලතාව අවදානම නිසා සේරම් ක්‍රියැටිනින් මට්ටම 1.5 mg/dl වැඩි රෝගීන්ට මෙට්ෆොමින් දීම සාමාන්‍යයෙන් නොකෙරේ.

- ඉහළ ක්‍රියැටිනින් සහිත දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයේදී නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට දෙන සියලුම ප්‍රතිකාර පියවර අනුගමනය කළ යුතුයි. (පරිච්ඡේදය 12 සාකච්ඡා කර ඇත)
- හෘද තන්ත්‍ර වාහිනී (Cardiovascular) රෝගවලට අවදානම් සාධක ඇගයීම් කර කළමනාකරණය කරන්න. (ධූමපානය, මේදය වැඩිකිරීම, ඉහළ රුධිර ග්ලූකෝස් අධිරුධිර පීඩනය යනාදිය)
- උත්සන්න වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සහිත දියවැඩියා වකුගඩු රෝගීන්ට කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍යය.

> රුධිර පීඩනය 130/80 ට අඩුවෙන් පවත්වා ගන්න. කල් ඇතිව ACE1 සහ ARBs ප්‍රතිරුධිර පීඩන ඖෂධ පාවිච්චි කරන්න.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට වෛද්‍යවරයෙකු මුණගැසිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගීන් වෛද්‍යවරයා වහාම හමුවිය යුත්තේ පහත සඳහන් කරුණු ඇත්නම්ය.

- අපැහැදිලි වේගවත් බර වැඩිවීම, මුත්‍රා පරිමාවේ කැපී පෙනෙන අඩුවීමක්, ඉදිමුම නරක අතට හැරීම හෝ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව.
- පපුවේ වේදනාව, කලින් පැවති අධිරුධිර පීඩනය නරක අතට හැරීම, හෘද ගැස්ම ඉතා හෙමින් හෝ වේගයෙන් සිදුවීම.
- තදබල දුර්වලතාවය, ආහාර අරුචිය හෝ වමනය හෝ සුදුමැලි බව.
- නිතර පවතින උණ, සීතල, වේදනාව හෝ මුත්‍රා කරන විට දැවිල්ල මුත්‍රාවලින් දුගඳ වහනය වීම හෝ මුත්‍රාවල රුධිරය තිබීම.
- නිතර හයිපොග්ලිසිමියා (අඩු සීනි මට්ටම - මන්දමධුරක්තිය) හෝ ඉන්සියුලින් හෝ ප්‍රතිදියවැඩියා ඖෂධ අඩු ප්‍රමාණයක් අවශ්‍යවීම.
- ව්‍යාකූලතාවය වර්ධනය, නිදිමත ගතිය හෝ වලිප්පුව.

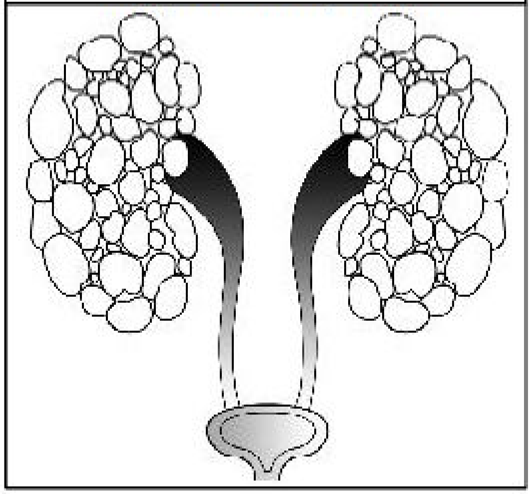
> දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයේ කළමනාකාණයේ අත්‍යවශ්‍ය කොටසක් වන්නේ හෘද් තන්ත්‍ර වාහිනී අවදානම් සාධකවලට නිශ්චිත සුක්ෂම ආකාරයට ප්‍රතිකාර කිරීමය.

පරිච්ඡේදය 16

බහුකෝෂ්ඨ වකුගඩු රෝගය (Polycystic Kidney Disease)

අලිංග වර්ණදේහ ප්‍රධාන තැන ගන්නා පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease - ADPKD) බහුල වශයෙන් ජාන හෝ පරම්පරාවෙන් පැවත එන වකුගඩු රෝගයකි. එහි ප්‍රධාන ලක්ෂණය වනුයේ වකුගඩුවල දක්නට ලැබෙන වරධනය වන බහු කෝෂ්ඨය (Cystic). නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට හේතුවන හතරවන ප්‍රධාන හේතුව වන්නේ බහුකෝෂ්ඨ සහිත වකුගඩු රෝගයයි (PKD). බහුකෝෂ්ඨ සහිත වකුගඩු රෝගයේදී, කෝෂ්ඨ දක්නට ලැබෙන අනිකුත් ඉන්ද්‍රියයන් වන්නේ අක්මාව, මොළය, අන්තකය (බඩවැල්), අග්න්‍යාශය, ඩිම්බකෝෂය සහ ප්ලීහාවය (Spleen).

PKD හටගැනීමට හේතු



PKD වලදී (බහුකෝෂ්ඨ සහිත වකුගඩු රෝගය) වකුගඩුවට ඇතිවන බලපෑම් මොනවාද?

- අලිංග වර්ණදේහ ප්‍රධාන තැනක් ගන්නා PKD හිදී බහු පොකුරු සහිත කෝෂ්ඨ වකුගඩු දෙකේම දක්නට ඇත (දියර පිරි කෝෂ).
- PKD වලදී කෝෂ්ඨවල ප්‍රමාණය විවිධාකාරය. (එහි විෂ්කම්භය ඇල්පෙනෙත්ති හිසක ප්‍රමාණයේ සිට සෙ. මී. 10 හෝ ඊට වැඩිවේ).
- කාලයත් සමග කෝෂ්ඨවල ප්‍රමාණය වැඩිවේ. එය සෙමෙන් නිරෝගී වකුගඩු පටක තෙරපමින් එයට හානි සිදුකරයි.
- එම හානිය අධි රුධිර පීඩනයට, මුත්‍රා මගින් ප්‍රෝටීන් පිට වීම සහ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය අඩුවීමට හේතුවී අවසානයේ නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවයට හේතුවේ.
- දිගුකලකදී (අවුරුදු කීපයකට පසුව) නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මණ්‍ය නරක අතට හැරී උත්සන්න වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට යොමුවී (අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය) අවසාන වශයෙන් කාන්දුකරණය හෝ වකුගඩු බද්ධ කිරීම අවශ්‍යවේ.

PKD (Polycystic Kidney Disease) පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගයේ ලක්ෂණ:

අලිංග වර්ණදේහ ප්‍රධාන තැන ගන්නා PKD රෝගීන් කිසිම රෝග ලක්ෂණයක් පහල නොකර දශක කීපයක් ජීවත්වේ. බොහෝ PKD රෝගීන් අවුරුදු 30-40 ට පසු ලක්ෂණ පහල කරයි. PKD වල පොදු ලක්ෂණ:

- අධිරුධිර පීඩනය
- කොන්දේ වේදනාව, උදරයෙ එක පැත්තක හෝ දෙපැත්තේම වේදනාව / ඉදිමුම
- උදරයේ විශාල ගෙඩියක් තිබෙන බව දැනීම.

- මුත්‍රාවල රුධිරය හෝ ප්‍රෝටීන් පිටවීම
- මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන නැවත නැවත ඇතිවීම සහ මුත්‍රා ගල් තිබීම
- වකුගඩු ක්‍රියාකාරිත්වය නැතිවීම නිසා නිධන්ගත වකුගඩු රෝග ලක්ෂණ පහලවීම
- මොළය, අක්මාව සහ බඩවැල්වල ගෙඩි නිසා නිධන්ගත වකුගඩු රෝග ලක්ෂණ පහලවීම
- PKD රෝගියෙකුගේ ඇතිවිය හැකි සංකූලතා වන්නේ මොළයේ ධමනි (උපුලුව) ඉදිමුව (Aneurysm), උදර බිත්තියේ හර්නියා (Hernia), අක්මාවේ ගෙඩිවල ආසාදන, පුරීතතයේ (Golon) අපවර්තනය (Diverticulae) සහ හෘද වස්තු කපාටවල ආසාමාන්‍යතා

නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට හේතුවන 4 වන මූලික හේතුව බහුලව පවතින පරම්පරාවෙන් පැවතෙන PKD ය.

PKD ඇති රොගීන් 10% කට මොළයේ ධමනි ඉදිමුව (Aneurysm) වර්ධනය වෙයි. මොළයේ ධමනි ඉදිමුවේදී රුධිර වාහිනිවල බිත්තිය ඉදිරියට නෙරීමට හේතුවේ. මොළයේ ධමනි ඉදිමුම නිසා ඔලුවේ කැක්කුම සහ සුලු පිපිරීමක අවදානමක් ඇතිවී ආඝාතය හෝ මරණය පවා සිදුවිය හැක.

PKD ඇති සෑම රෝගීයෙක්ම වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති වේද?

නැත. PKD ඇති රෝගීන් සියලු දෙනාටම වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාව සිදු නොවේ. PKD ඇති 50% ක් රෝගීන් අවුරුදු 60 දීද, 60% ක් පමණ අවුරුදු 70 දීද වකුගඩු අකර්මණ්‍ය සිදුවේ. PKD රෝගීන් පුරුෂයන්ගේ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වැඩිවීමේ අවදානම වැඩිය. ඊට හේතුව බාල වයසේ සිටම අධි රුධිර පීඩනය, ප්‍රෝටීන් හෝ මුත්‍රාවල රුධිරය සහ වකුගඩු ප්‍රමාණයෙන් විශාලවීමක් සිදුවේ.

PKD හඳුනාගැනීම

අලිංග වර්ණදේහ ප්‍රධාන තැන ගන්නා පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය (Autosomal Dominant PKD) හඳුනාගැනීමට කළ යුතු පරීක්ෂණ:

- වකුගඩු වල අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ - බහුල වශයෙන් PKD රෝගය හඳුනාගැනීමට කරන මෙම පරීක්ෂණය විශ්වාසදායකය. සරලය. ආරක්ෂාකාරීය. වේදනාරහිත සහ වියදම අඩුය.
- CT හෝ MRI ස්කෑන් පරීක්ෂණ- මෙම පරීක්ෂණ ඉතා නිවැරදිය. නමුත් වියදම් අධිකය. අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයෙන් සොයාගත නොහැකි කුඩා කෝෂ්ඨ මෙම පරීක්ෂණයෙන් සොයාගත හැක.
- පවුලේ පරීක්ෂණ - PKD පරම්පරාවෙන් පැවත එන රෝගයක් නිසා සෑම ළමයෙකුට මෙම රෝගය වර්ධනය වීමේ ප්‍රවණතාවය **50:50** කි. එනිසා PKD රෝගියෙකු ඇති පවුලක සාමාජිකයන් පරීක්ෂණයට පත් කර රෝගය කල් ඇතිව හඳුනාගත හැක.
- වකුගඩුවක PKD බලපෑම ඇත්දැයි තක්සේරු කිරීමට පරීක්ෂණ - මුත්‍රාවල රුධිරය හෝ ප්‍රෝටීන් තිබේදැයි සොයාගැනීමට මුත්‍රා පරීක්ෂණය කරනු ලබන අතර වකුගඩුවේ ක්‍රියාකාරීත්වය ඇගයීමට සහ සුපරීක්ෂාකාරීව සිටීමට සෙරම් ක්‍රියැටිනින් රුධිර පරීක්ෂණය කරනු ලැබේ.
- අහඹු රෝග විනිශ්චය - දෛනිකව කරන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණයකදී හෝ වෙනත් හේතුවකට කරන අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණයේදී PKD රෝගය හඳුනාගනී.
- ජාන සම්බන්ධතා විශ්ලේෂණය - මෙය විශේෂ රුධිර පරීක්ෂණයකි. ඉන් සිදුවන්නේ, පවුලේ කුමන සාමාජිකයා PKD ජාන ගෙනයන්නේ දැයි සොයා බැලීමය. මෙම පරීක්ෂණය කළ යුතු වන්නේ ප්‍රතිබිම්බ පරීක්ෂණවලින් (Imaging Test) කිසිම දෙයක් නොපෙන්වයි නම් පමණි. මෙම පරීක්ෂණය කෙරෙන්නේ මධ්‍යස්ථාන කීපයක පමණි. එය වියදම් අධිකය. එය කලාතුරකින් කරන්නේ රෝගයක් හඳුනා

ගැනීමට අවශ්‍ය වූ විටය.

උදරයේ පැත්තක වේදනාව සහ අවුරුදු 40 දී මුත්‍රාවල රුධිරය තිබීම PKD රෝගයේදී සුලභව දැකිය හැකි ලක්ෂණයකි.

PKD රෝගීන් සිටින පවුලක කුමන සාමාජිකයින් PKD සඳහා හඳුනාගත යුතුද?

PKD රෝගීන්ගේ සහෝදර, සහෝදරියන් සහ දරුවන් PKD පරීක්ෂණය කල යුතුයි. ඊට අමතරව රෝගියාට PKD රෝගය උරුම කළ රෝගියාගේ දෙමාපියන්ගේ සහෝදර සහෝදරියන්ද පරීක්ෂණය කර හඳුනා ගත යුතුයි.

PKD රෝගීන්ගේ ළමයි සියලුදෙනාටම එම රෝගය වැළඳීමේ අවදානමක් තිබේද?

නැත. PKD පරම්පරාවෙන් උරුම වන රෝගයකි. මවට හෝ පියාට අලිංග වර්ණදේහ පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය තිබෙනම් එම රෝගය ළමුන්ට වර්ධනය වීමේ 50% ක ප්‍රවණතාවක් ඇත.

PKD වලින් වැළකීම

PKD වලදී කෝෂ්ඨ වර්ධනය වැළැක්වීම හෝ වර්ධන වේගය අඩු කිරීමට කිසිම ප්‍රතිකාරයක් නොමැත. පවුලේ සාමාජිකයන්ට මෙම රෝගය තිබේදැයි පරීක්ෂණය කර එය වැළඳීමට පෙර කල් ඇතිව හඳුනාගැනීමේ වාසි කීපයක් ඇත. රෝගය කලින් හඳුනාගැනීම PKD රෝගයට වඩා හොඳ ක්‍රමයකට ප්‍රතිකාර කිරීමට ඉඩ සලස්වයි. කල් ඇතිව අධිරුධිර පීඩනය හඳුනාගෙන ප්‍රතිකාර කළහොත් PKD රෝගීන්ගේ වකුගඩු

අකර්මණ්‍ය වර්ධනය හෝ වඩාත් නරක අතට හැරීම වළක්වයි. PKD රෝගීන්ට ඔවුන්ගේ ජීවන රටාව සහ ආහාර පාලනය කිරීමෙන් වකුගඩුව මෙන්ම හෘදය වස්තුවද ආරක්ෂා කර ගත හැක. මෙම පරීක්ෂණය කිරීමේ ප්‍රධාන අවාසිය වන්නේ එම පුද්ගලයාට රෝගයේ ලක්ෂණ පහළ නොවන හෝ ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය නොවන අවධියකදී මෙම රෝගය ඔහුට තිබෙනවාදැයි දැනගත්විට තම සිතට කණගාටුවක් ඇතිවිය හැක.

PKD ඇතිවීම අඩුකළ හැකි නොවන්නේ මන්ද?

PKD හඳුනාගන්නේ සාමාන්‍යයෙන් වයස අවුරුදු 40 හෝ ඊට වැඩිවූ විටය. බොහෝ අයට දරුවන් ලැබෙන්නේ එම වයසට පෙරය. එමනිසා අනෙක් පරම්පරාවට රෝගය පැතිරියාම වැළැක්වීම පහසු නොවේ.

PKD ප්‍රතිකාරය

PKD සුවකළ නොහැකි රෝගයකි. නමුත් ප්‍රතිකාර අවශ්‍යයි. ඒ මක්නිසාදයත්:

- වකුගඩු ආරක්ෂා කිරීමට සහ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය, අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය දක්වා වර්ධනය වීම පමා කිරීමෙන් ජීවත් වීමට ඇති කාලය දීර්ග කිරීමට.
- රෝග ලක්‍ෂණ පාලනය කිරීමට සහ සංකූලතා වැළැක්වීමට

PKD ප්‍රතිකාරයේදී ගත යුතු ප්‍රධාන පියවර

- රෝගය හඳුනාගත් පසු මුල් අවුරුදු කීපයක් රෝගියා රෝග ලක්ෂණ පහළ නොකරන නිසා ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය නැත. එවැනි රෝගීන්ට කාලයෙන් කාලයට වෛද්‍ය පරීක්ෂණ සහ සුපරීක්ෂාවෙන්

සහ අවබෝධයෙන් සිටීම අවශ්‍යය.

- අධිරුධිර පීඩනය නදින් පාලනය කිරීම, නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD) වර්ධනය වීම සෙමෙන් සිදුවේ.
- වකුගඩුවලට හානි සිදු නොවන ඖෂධ මගින් වේදනාව පාලනය කිරීම (ඇසිප්‍රින් හෝ ඇසිටමිනොෆේන් - Acetaminophen). PKD වලදී කෝෂ්ඨ විශාලවීම නිසා නැවත නැවත තදබල වේදනාවක් ඇතිවේ.
- මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනවලට, ක්ෂණික සහ ප්‍රමාණවත් ප්‍රතිකාර නිසි ප්‍රතිජීවක ඖෂධ මගින්ලබාදිය යුතුය.
- වකුගඩුවේ ගල්වලට කල් ඇතිව ප්‍රතිකාර කළ යුතුයි.
- පුද්ගලයාගේ ඉදිමුමක් නොමැතිනම් පමණක්, වැඩි දියර ප්‍රමාණයක් පානය කළ යුතුයි. එය මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන සහ වකුගඩුවල ගල් ඇතිවීම වළක්වයි.
- නිධන්ගත වකුගඩු රෝගයට සුක්ෂමව සහ අවබෝධයෙන් කළ යුතු ප්‍රතිකාර පරිච්ජේද 10 සිට 14 දක්වා සාකච්ජා කළ ඇති ආකාරයට කළ යුතුයි.
- මෙම රෝගයේදී ඇතිවන වේදනාව, ලේගැලීම, ආසාදන හෝ අවහිරතා සිදුවන නිසා සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකට ශල්‍යකර්ම හෝ විකිරණශිලි මගින් කෝෂ්ඨ දිය කිරීම කෙරේ.

ප්‍රතිකාර වල අරමුණ වන්නේ නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය වර්ධනය පමා කිරීම සහ වකුගඩු ආසාදන ගල් සහ උදරයේ වේදනාව අඩුකිරීමය.

PKD රෝගියෙකු වෛද්‍යවරයෙකු හමුවිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

PKD රෝගියෙකු වහාම වෛද්‍යවරයෙකු හමුවිය යුත්තේ ඔහු හෝ ඇයට පහත සඳහන් රෝග ලක්ෂණ වර්ධනය වුවොත්ය.

- උණ, හදිසි උදර වේදනාව හෝ රතු පැහැයෙන් මුත්‍රා පිට වුවොත්
- තදබල හෝ නැවත නැවත හටගන්නා හිසරදය
- විශාල වූ වකුගඩුවට හදිසි අනතුරක් සිදු වුවොත්
- පපුවේ වේදනාව, තදබල කෑම අරුචිය, තදබල වමනය, තදබල මාංශ පේශි දුර්වල වීම, ව්‍යාකුලතාවය, නිදිමත ගතිය, සිහිනැතිවීම හෝ වලිප්පුව.

PKD තිබෙන කිසිම ලක්ෂණයක් පහළ නොකරන රෝගීන්ට මූලික වශයෙන් අවුරුදු ගණනක් යන තෙක් ප්‍රතිකාරයක් අවශ්‍ය විය නොහැක.

පරිච්ඡේදය 17

එක් වකුගඩුවකින් ජීවත් වීම

තනි වකුගඩුවක් තිබීම සිතේ කනස්සල්ලට කාරණයකි. නමුත් පූර්වාරක්ෂක ක්‍රම කිහිපයක් සහ සෞඛ්‍ය සම්පන්න ජීවන රටාවක් සමග එක් වකුගඩුවක් සහිත පුද්ගලයා සාමාන්‍ය ජීවිතයක් ගත කරයි.

සාමාන්‍ය ජීවිතයේදී එක් වකුගඩුවක් සහිත පුද්ගලයා මුහුණ පෑමට ඉඩ ඇති ප්‍රශ්න මොනවාද? ඒ මන්ද?

සියලුම දෙනා පාහේ වකුගඩු දෙකක් සහිතව ඉපදෙති. නමුත් ධාරිතාව වැඩි නිසා වකුගඩු දෙකකින් සිදුකරන සාමාන්‍ය කාර්යය එක් වකුගඩුවකින් සිදුකිරීමට හැකියාව ඇත. එනිසා එක් වකුගඩුවක් සහිත පුද්ගලයෙකුට තම දෛනික කටයුතු හෝ ලිංගික ක්‍රියාකාරකම් හෝ දැඩි වෙහෙසකාරී වැඩ කිරීමේදී කිසිම ප්‍රශ්නයක් පැන නොනගී.

ජීවිතාන්තය දක්වා සාමාන්‍ය සහ ක්‍රියාකාරී ජීවිතයකට එක් වකුගඩුවක් ප්‍රමාණවත්ය. එක් වකුගඩුවක් ඇතිව ඉපදෙන බොහෝ පුද්ගලයන් ඔහුට එක් වකුගඩුවක් ඇතිබව හඳුනාගන්නේ, අහඹුවෙන් සම්පූර්ණයෙන්ම වෙනස් හේතුවකට විකිරණවේදී පරීක්ෂණයක් කරන විටදීය.

එක් වකුගඩුවක් ඇති කීපදෙනෙකුගේ දිගුකාලීනව ඇතිවිය හැකි අයහපත් ප්‍රතිඵල වන්නේ අධිරුධිර පීඩනය සහ මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන පිටවීමය. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය අඩුවීම සිදුවන්නේ බොහෝම කලාතුරකිනි.

එක් වකුගඩුවක් ඇතිවීමට හේතු මොනවාද?

පුද්ගලයෙකුට එක් වකුගඩුවක් ඇති විය හැකි පොදු තත්වයන් තුනක් නම්:

1) පුද්ගලයා උපතින්ම එක් වකුගඩුවක් සහිත වීම.

2) එක් වකුගඩුවක් ශල්‍යකර්මයක් මගින් ඉවත් කර ඇත. වකුගඩුවක් ඉවත් කිරීමට වැදගත් හේතූන් වන්නේ ගල් ඇතිවීමේ රෝගය, පිළිකාව, බාධා ඇතිවීම, වකුගඩුවේ සැරව එකතුවීම හෝ තදබල කම්පන සහගත අනතුරකින් (Traumatic Injury).

3) වෙනත් පුද්ගලයෙකුට වකුගඩුවක් බද්ධ කිරීම සඳහා එක් වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කිරීම.

එක් වකුගඩුවක් ඇති පුද්ගලයා සාමාන්‍ය සහ ක්‍රියාකාරී ජීවිතයක් ගතකරයි.

උපතින්ම එක් වකුගඩුවක් පමණක් ඇතිවීමේ හැකියාවන් මොනවාද?

බොහෝ මිනිස්සු එක් වකුගඩුවක් සහිතව ඉපදෙති. මිනිසුන් 750 කින් එක් කෙනෙකුට උපතින්ම එක් වකුගඩුවක් ඇතිවීමේ සම්භාවිතාව ඇත. එක් වකුගඩුවක් පමණක් ඇතිවීම වඩාත් පොදු වන්නේ පුරුෂයින්ට වන අතර වම් වකුගඩුව නැතිව ඉපදීම සාමාන්‍ය ලක්ෂණයකි.

එක් වකුගඩුවක් ඇති මිනිසුන්ට පූර්වාරක්ෂාව අවශ්‍ය ඇයි?

එක් වකුගඩුවක් ඇති මිනිසුන්ට කිසිම ප්‍රශ්නයක් නැත. නමුත් එය සමාන කළ හැක්කේ අමතර රෝදයක් නොමැති, රෝද දෙකේ වීලරයකටය. දෙවන වකුගඩුව නැති පුද්ගලයාගේ ක්‍රියාකාරී තනි වකුගඩුවට හදිසි තදබල හානියක් සිදු වුවහොත් උග්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවය ඇතිවීමට

හේතුවන අතර වකුගඩුවේ සියලුම ක්‍රියාකාරීත්වයන් වේගයෙන් නරක අතට හැරීම සිදුවිය හැක.

උග්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවය නිසා ප්‍රශ්න කිපයක් සහ සංකූලතා ඇතිවීමට හේතුවන අතර කඩිනමින් වහාම ඒ ගැන අවධානය යොමුවිය යුතුය. කෙටි කාලයක් තුළදී ප්‍රශ්නවල භයානක බව වර්ධනයවී ජීවිතය පවා හානිවීමේ සංකූලතාවලට ද හේතුවිය හැක. එවැනි පුද්ගලයන්ට වහාම රුධිර කාන්දුකරණය අවශ්‍යය. එක් වකුගඩුවක් සහිත මිනිසුන්ගේ වකුගඩුවට සිදුවන හානිය සහ එහි අහිසි ප්‍රතිඵල වැළැක්වීමට, ඔවුන් විසින් අවශ්‍ය පූර්වාරක්ෂා පියවර ගත යුතුයි.

තනි වකුගඩුවකට හදිසි හානියක් ඇතිවීමේ අවදානමක් ඇතිවිය හැක්කේ කුමන තත්වයන් යටතේද?

තනි වකුගඩුවකට හදිසි සහ තදබල හානියක් ඇතිවිය හැකි අවදානම් තත්වයක් සිදුවන්නේ :

1) මුත්‍රකයේ (Ureter) (මුත්‍ර වාහිනියේ) ගලක් හෝ රුධිර කැටියක් තිබීම නිසා හදිසියේ මුත්‍රා ගලායාම අවහිර වීම. එම අවහිර වීම නිසා වකුගඩුවෙන් මුත්‍රා එලියට ගලායාම නවතී.

2) උදර ශල්‍යකර්මයකදී තනි වකුගඩුවේ මුත්‍රකය වැරදීමකින් බඳිනු ලැබුවහොත්, උදා: වකුගඩුවේ සැදෙන මුත්‍රා, මුත්‍රකය තුලින් ගලා යන්නේ මුත්‍රාශයටය.

3) තනි වකුගඩුවට හදිසි අනතුරක් සිදුවීමකින්: බොක්සිං, හොකී, පාපන්දු, සටන් කලාව සහ මල්ලවපොර වැනි අයි සම්බන්දතා ඇති ක්‍රිඩාවලදී වකුගඩුවට අනතුරකින් හානි සිදුවීමේ අවදානමක් ඇතිවිය හැක. තනි වකුගඩුව සාමාන්‍ය වකුගඩුවට වඩා විශාලවීම සහ බරින් වැඩි වීමට හේතු වන්නේ, ශරීරයේ අවශ්‍යතාවයන්ට අනුව සාර්ථකව කටයුතු කිරීමටය. එවැනි විශාලවූ වකුගඩුව අනතුරකට භාජනය වීමේ සහ හානි

සිදු වීමේ අවදානම වැඩිය.

බොහෝ මිනිස්සු එක් වකුගඩුවක් සහිතව උපත ලබති.

තනි වකුගඩුවක් ආරක්ෂා කිරීමට අනුමත කර ඇති පූර්වාරක්ෂක ක්‍රියා මාර්ග මොනවාද?

එක් වකුගඩුවක් ඇති මිනිසුන්ට කිසිම ප්‍රතිකාරයක් අවශ්‍ය නැත. නමුත් තනි වකුගඩුව ආරක්ෂා කර ගැනීමට පූර්වාරක්ෂක ක්‍රියාමාර්ග ගැනීම නුවණට හුරුය. වැදගත් පූර්වාරක්ෂක ක්‍රම වන්නේ :

- වැඩි ප්‍රමාණයක් ජලය පානය කිරීම. (දිනකට ලීටර 3ක් පමණ)
- තනි වකුගඩුවට සිදුවන අනතුරු වළක්වාගැනීම සඳහා බොක්සිං, හොකී, පාපන්දු, සටන් කලාව සහ මල්ලවපොර වැනි ක්‍රිඩා කිරීමෙන් වැළකීම.
- වකුගඩුවල ගල් සහ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන වළක්වා ගැනීම සඳහා කල් ඇතිව සුදුසු ප්‍රතිකාර කිරීම.
- කිසිදු නව ප්‍රතිකාර ක්‍රමයක් පටන් ගැනීමට පෙර හෝ උදරයේ ශල්‍යකර්මයක් කිරීමට පෙර, රෝගියාට එක් වකුගඩුවක් පමණක් ඇතිබව වෛද්‍යවරයාට දැනුම්දීම කළ යුතුයි.
- අධි රුධිර පීඩනය පාලනය කිරීම, නිතර ව්‍යායාම කිරීම, සමතුලිත සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර රටාවක් පිළිපැදීම සහ වේදනානාශක ඖෂධ වලින් වැළකී සිටීම. වෛද්‍යවරයාගේ උපදෙස් අනුව අධි ප්‍රෝටීන් ආහාර වලින් වැළකී සිටීම සහ දිනපතා ගන්නා ලුණු (සෝඩියම්) ප්‍රමාණය පාලනය කිරීම.
- නිතර වෛද්‍ය පරීක්ෂණ කිරීම. එක් වකුගඩුවක් සහිතව ජීවත්වන පුද්ගලයෙකුට දියයුතු පළමු සහ වඩාත්ම වැදගත්ම උපදෙස වන්නේ නිතර වෛද්‍ය පරීක්ෂණයන්ට භාජනය විය යුතු බවය. රුධිර

පීඩනය පරීක්ෂා කිරීමෙන්ද මුත්‍රා සහ රුධිරය වසරකට වරක්වත් පරීක්ෂා කිරීමෙන්ද ඔබගේ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය ගැන අධීක්ෂණයෙන් සහ අවබෝධයෙන් සිටිය යුතුයි. නිතර වෛද්‍ය පරීක්ෂණයන්ට භාජනය වීමෙන් වකුගඩු ප්‍රශ්න සම්බන්ධයෙන් හෝ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වරධනය වීමේ මුල් ලක්ෂණ කල් ඇතිව හඳුනා ගැනීමට හැකිවේ. කල් ඇතිව වකුගඩු ප්‍රශ්න හඳුනා ගතහොත් වෙලාවට ප්‍රතිකාර ගැනීමට සහ වකුගඩුව ආරක්ෂා කර ගැනීමට අවස්ථාවක් සලසා දෙයි.

> එක් වකුගඩුවක් ඇති පුද්ගලයා සිත කරදර කර ගත යුතු නැත, නමුත් නියමිත පූර්වාරක්ෂක පියවර සහ නිතර වෛද්‍ය පරීක්ෂණ වලට මුහුණ දිය යුතුයි.

එක් වකුගඩුවක් ඇති රෝගියෙක් වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවකදීද?

එක් වකුගඩුවක් ඇති රෝගියා වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ පහත සඳහන් ලක්ෂණ ඇත්නමිය.

- හදිසි සහ සම්පූර්ණයෙන්ම මුත්‍රා කිරීම නැවතීම.
- විශාල වී ඇති තනි වකුගඩුවට හදිසි අනතුරක් සිදුවුවොත්.
- රෝගය හඳුනා ගැනීමේ පරීක්ෂණ සඳහා X කිරණ (X Ray) ඩයි යොදාගැනීමට ඇති උවමනාව හෝ වේදනාවට ඖෂධ ගැනීමට ඇති උවමනාව.
- උණ, මුත්‍රා දැවිල්ල හෝ මුත්‍රා රතුපාට වීම.

> හදිසියේ ඇතිවන සම්පූර්ණයෙන් මුත්‍රා ගලායාම නැවතීම සිදුවන්නේ ගල් නිසා ඇතිවන බාධාවක් ඇත්නමිය.

පරිච්ඡේදය 18

මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන

වකුගඩුව, මුත්‍රකය, මුත්‍රාශය සහ මුත්‍රා මාර්ගය යන ඉන්ද්‍රියයන්ගෙන් මුත්‍රා පද්ධතිය සමන්විත වේ. මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) මුත්‍රා මාර්ගයේ ඕනෑම කොටසකට බලපෑම් කළහැකි බැක්ටීරියා ආසාදනයකි. UTI (Urinary Track Infection) මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනය ශරීරයේ ඇතිවන ආසාදන වලින් දෙවන ස්ථානය ගන්නා වඩාත් පොදු ආසාදනයකි.

මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනයකදී පහල වන ලක්ෂණ මොනවාද?

මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන විවිධ විය හැක්කේ ආසාදනයේ බරපතලකම, වයස සහ මුත්‍රා මාර්ගයේ, ආසාදනය පිහිටි ස්ථානය අනුවය.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයේ ඉතා පොදු ලක්ෂණ:

- මුත්‍රා කරන විට දැවිල්ල හෝ වේදනාව
- මුත්‍රා කරන වාර ගණන සහ දිගටම පවතින මුත්‍රා කිරීමට ඇති උවමනාව
- උණ සහ ඇඟට දැනෙන රෝගී බව
- මුත්‍රවලින් දුගඳක් වහනය වීම සහ මුත්‍රා වලාකුල් මෙන් අපැහැදිලි වීම

ආසාදනය නිසා මුත්‍රාශයේ ඇතිවන ලක්ෂණ (Cystitis) - සිස්ටිටීස්

- උදරයේ පහල කොටසේ අපහසුතාවය
- නිතරම වේදනාකාරී ලෙස ටික ටික මුත්‍රා පහවීම
- පැත්තක ඇතිවන වේදනාවක් නොමැතිව අඩු උෂ්ණත්ව ප්‍රමාණයකින් යුත් උණ

- මුත්‍රා සමඟ රුධිරය පිට වීම

මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන වලදී ඇතිවන පොදු ලක්ෂණ වන්නේ මුත්‍රා දැවිල්ල සහ නිතර නිතර මුත්‍රා කිරීමට ඇති උවමනාව

මුත්‍රා මාර්ගයේ ඉහළ කොටසේ ආසාදන නිසා ඇතිවන රෝග ලක්ෂණ - (Pyelonephritis) (පයලෝනිෆ්‍රයිටිස්)

- උදරයේ පිටුපස ඉහළ කොටසේ සහ පැත්තක වේදනාව
- ඉතා තද උණ සමග ශිතලවී වෙව්ලීම
- ඔක්කාරය, වමනය, දුර්වලබව, මහන්සිය දැනීම සහ සාමාන්‍ය අසනීප ගතියෙන් පෙළීම
- මානසික වෙනස්වීම් හෝ වැඩිහිටි අයගේ හිතේ ව්‍යාකූලභාවය.

මෙය ඉතා භයානක ආකාරයේ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනයකි. ප්‍රමාණවත් නොවන සහ ප්‍රමාදවී කරන ප්‍රතිකාරය ජීවිතයට හානිදායකය.

නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලට හේතු මොනවාද?

නිතර හෝ නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලට වැදගත් හේතුන් වන්නේ:

1) මුත්‍රා මාර්ගයේ සිදුවන බාධා : විවිධ සැඟවුණු හේතුන් නිසා ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධාවන්, නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනවලට හේතුවිය හැක (UTI).

2) ස්ත්‍රී පාර්ශවය - ස්ත්‍රීන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගය කෙටි නිසා පුරුෂයින්ට වඩා මෙම රෝගය (UTI) ස්ත්‍රීන්ට ඇතිවිය හැකි ප්‍රවනතාවය ඉහළයි.

3) ලිංගික සංසර්ගයේදී - ලිංගික වශයෙන් ක්‍රියාකාරී ස්ත්‍රීන්ට, ලිංගිකව ක්‍රියාකාරී නැති ස්ත්‍රීන්ට වඩා මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇතිවිය හැක.

4) මුත්‍රා මාර්ගයේ ගල් - වකුගඩුවේ, මුත්‍රකයේ හෝ මුත්‍රාශයේ ගල් නිසා මුත්‍රා පිටවීමට බාධාවක් ඇතිවන හෙයින් මුත්‍රා මාර්ග අසාදන (UTI) ඇතිවීමේ අවදානම වැඩිවේ.

5) මුත්‍රා කැතීටරකරණය කිරීම - කැතීටරය මුත්‍රා මාර්ගය තුලට සවි කර ඇති අයට මුත්‍රා මාර්ග අසාදන (UTI) වැළදීමේ අවදානම වැඩිය.

6) උපතින්ම ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ගයේ විෂමතා - උපතින්ම මුත්‍රා මාර්ගයේ විෂමතා ඇති ළමුන්ට එනම් Vesicoureteral Reflux වැනි (මුත්‍රා, මුත්‍රාශයේ සිට ආපස්සට එනම් මුත්‍රකයේ ඉහළට ගමන් කිරීමේ තත්වය) සහ අපර මුත්‍රා මාර්ගික කපාටය (Posterior Urethral Valve) ඇති ළමුන්ට මුත්‍රා මාර්ග අසාදන (UTI) වැළදීමේ අවදානම වැඩිය.

7) අකර පුරස්ථිය අතිප්ලාස්මීයතාවය - විශාලවූ පුරස්ථිය නිසා (Benign Prostatic Hyperplasia) (BPH), අවුරුදු 60 ට වැඩි පුරුෂයින්ට මුත්‍රා මාර්ග අසාදන (UTI) ඇති වීමේ ප්‍රවනතාවය ඇත.

8) ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතියේ යටපත්වීම - දියවැඩියාව, HIV හෝ පිළිකා ඇති රෝගීන්ට UTI වැළදීමේ වැඩි අවදානමක් ඇත.

9) වෙනත් හේතු - මුත්‍රකය හෝ මුත්‍රා මාර්ගය පටුවීම, ජන්‍ය මුත්‍රේන්ද්‍රිය කාර්ෂයේ (Genito Urinary Tract) ක්ෂය රෝගය හෝ මුත්‍රාශයේ අපවර්තනය (Bladder Diverticulum)

නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග අසාදන වලට ප්‍රධාන හේතුව වන්නේ මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධාය

නැවත නැවත මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන ඇතිවීම නිසා වකුගඩුවට හානිකර විය හැකිද?

වැඩිහිටියන්ගේ නැවත නැවත මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන ඇතිවීම නිසා වකුගඩුවට හානියක් සිදුනොවේ. ගල් නිසා අවහිරතා ඇතිවීම හෝ මුත්‍රා පිටවන මාර්ගය පටුවීම සහ ජන්‍ය මුත්‍රේන්ද්‍රිය කාර්ෂයේ (Genito

Urinary Tract) ක්ෂය රෝගය වැළදීම වැනි රෝගයට නැඹුරු කරවන සාධක නිවැරදි නොකළොත් වැඩිහිටියන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන නිසා (UTI) වකුගඩුවලට හානි සිදුවිය හැක.

කෙසේ හෝ තරුණ ළමුන්ගේ නැවත නැවත සිදුවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනවලට නිවැරදි ප්‍රතිකාර නිසි වේලාවට නොකිරීම නිසා වැඩෙන වකුගඩුව ආපසු යතා තත්වයට හැරවිය නොහැකි හානි සිදුවිය හැක. මෙම හානිය නිසා වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය අඩුවීමට සහ ජීවිතයේ පසු කළකදී අධි රුධිර පීඩනය ඇතිවීමට හේතුවේ. එම නිසා ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වැඩිහිටියන්ගෙ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලට වඩා බරපතළය.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන හඳුනා ගැනීම.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන හඳුනා ගෙන එම ආසාදනයේ බරපතලකම ස්ථාපිත කිරීම පිණිස විමර්ශන කරනු ලැබේ. පුද්ගලයෙකුට මුත්‍රා මාර්ගයේ සංකූලතා හෝ නැවත නැවත ආසාදන ඇතිවුවොත් රෝගය හඳුනා ගෙන අවදානම් සාධක කල් ඇතිව ස්ථාපිත කර ගැනීමට විවිධ පරීක්ෂණ කරනු ලැබේ.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සඳහා කරනු ලබන මූලික විමර්ශන:

1) **මුත්‍රා පරීක්ෂණ** – "සාමාන්‍ය මුත්‍රා විශ්ලේෂණය" මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සඳහා කරනු ලබන ඉතා වැදගත් පරීක්ෂණයකි. මෙම පරීක්ෂණය සඳහා උදේ පාන්දරින්ම ගන්නා මුත්‍රා සාම්පලය වඩාත් සුදුසුය. මුත්‍රා, අන්වීක්ෂීය (Microscopic) පරීක්ෂණයකදී සුදු රුධිරාණු සෛල සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක් තිබීම, මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයක් ඇති බවට නිගමනය (UTI) කළ හැක. මුත්‍රා වල සුදු රුධිරාණු සෛල තිබීම මුත්‍රා මාර්ගයේ ඇවිල්ල සමග ආසාදන තත්වයක් ඇති බව පෙන්නුම් කරන නමුත් ඒවා නොතිබුණු පමණින් මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයක් නැතැයි බැහැර කළ නොහැක.

විශේෂ මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය (Leukocyte Esterase and Nitrites) (සුදු රුධිරාණු එසිටරේස් සහ නයිට්‍රයිට්) මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සඳහා කරනු ලබන ප්‍රයෝජනවත් පරීක්ෂණයක් වන අතර එය ගෙදරදී හෝ කාර්යාලයේදී කළ හැක. මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය ධනාත්මක නම්, මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති බව පෙන්නුම් කරන අතර එවැනි රෝගීන් තවදුරටත් ඇගයීම අවශ්‍යය. මුත්‍රාවල පාට වෙනස්වීමේ තීව්‍රතාවය මුත්‍රාවල තිබෙන බැක්ටීරියා සංඛ්‍යාවට සමානුපාතිකය. මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සඳහා කරන මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය ඉන්දියාවේදී පහසුවෙන් ලබාගත නොහැක.

මුත්‍රා පිට කිරීමේදී අවහිරතාවක් නොතිබුණත්, වැඩිහිටියන්ට මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන නිසා වකුගඩුවලට හානියක් ඇති නොවේ.

2) මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණය (Culture) සහ සංවේදිතා පරීක්ෂණය (Sensitivity) -

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) හඳුනා ගැනීමට රන් සම්මත ප්‍රමිතිය වන්නේ මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණයයි. එය කළ යුත්තේ ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ලබාගැනීමට පෙරය. මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණය නිර්දේශ කරන්නේ සංකූලතා හෝ ප්‍රතිරෝධී (Resistant) මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) වලට වන අතර අවස්ථා කිහිපයකදී එය කරන්නේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන, සායනික රෝග විනිශ්චය තහවුරු කිරීමටය.
මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණයට පැය 48 - 72 ක කාලයක් ගතවේ. මෙම පරීක්ෂණයේ ප්‍රධාන අපහසුතාවය වන්නේ මුත්‍රා සාම්පලය ලබාගැනීමේ සිට පරීක්ෂණ වාර්තාව ලැබෙන තෙක් සැලකිය යුතු කාලයක් ගතවීමය.

මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණයේදී ජීවීන්ගේ (Organisms) වර්ධනයේ ස්වභාවයේ පදනම මත ආසාදනයේ බරපතලකම සහ කුමන වර්ගයේ ජීවියෙක් එයට හේතුවී ඇත්දැයි තීරණය කරයි. මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණයෙන් ආසාදනයට හේතුවන විශේෂිත බැක්ටීරියාව සහ ඒ සඳහා ප්‍රතිකාර කළ යුත්තේ කුමන ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ලබාදී මෙන්දැයි තීරණය කළ හැක.

තමන් ගන්නා මුත්‍රා සාම්පලය දූෂණය වීම වැළැක්වීමට පළමුව ප්‍රජනන පෙදෙස (Genital Area) සෝදා පිරිසිදුකර, මුල් මුත්‍රා ටික පිටවෙන්නට හැර මැද හරියේදී පිටකරන ලද මුත්‍රා, නිර්ජීවාණු කළ (Sterile) භාජනයකට ලබාගන්නා ලෙස පුද්ගලයාට නියම කරයි. මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණ සඳහා මුත්‍රා සාම්පල එකතු කරන අනෙකුත් ක්‍රම වන්නේ ඉතා ඉහළ යුනික චූෂණය (Supra Pubic Aspiration), කැතිටර මුත්‍රා නිදර්ශකයක් (Catheter Specimen) සහ මුත්‍රා බෑග් නිදර්ශකයයි (Bag Specimen Urine).

> මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණය සහ සංවේදීතා පරීක්ෂණය UTI හඳුනාගැනීමට ඇති වටිනාම පරීක්ෂණයයි.

3) රුධිර පරීක්ෂණ

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලදී (UTI) කරනු ලබන රුධිර පරීක්ෂණ වන්නේ හිමොග්ලොබින්, පූර්ණ සහ විවික්ත සුදු සෛල ගණනය (Total and Differential White Cell Count), රුධිර යූරියා, සෙරම් ක්‍රියැටිනින්, රුධිර සීනි සහ C ප්‍රතික්‍රියා ප්‍රෝටීනයි (C Reactive Protein).

රෝගයට නැඹුරු කරවන ප්‍රවණතා සාධක හෝ අවදානම් සාධක හඳුනාගැනීමට කරණ විමර්ශන:

ප්‍රතිකාර කිරීමෙන් පසු ආසාදනය මර්දනය නොවුනොත් හෝ නැවත නැවත ආසාදනය ඇතිවුවහොත්, රෝගයට නැඹුරු කරවන ප්‍රවණතා සාධක හෝ අවදානම් සාධක හඳුනාගැනීම පිණිස තවදුරටත් කළ යුතු පරීක්ෂණ පහත සඳහන් වේ.

1) උදරයේ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් සහ X රේ පරීක්ෂණ
2) CT ස්කෑන් පරීක්ෂණ හෝ උදරයේ MRI පරීක්ෂණ
3) වොයිඩින් සිස්ටොයුරෙත්රෝග්‍රෑම් (Voiding Cystourethrogram) (VCUG) (මික්චුරේටින් සිස්ටොයුරෙත්රෝග්‍රෑම් Micturating Cystourethrogram - MCU)
4) අන්තර්ශිරා මෞත්‍රරේඛනය (Intravenous Urography) (IVU)
5) ක්ෂය රෝගය හඳුනාගැනීම සඳහා කරන අන්වීක්ෂිය පරීක්ෂණ (Microscopic Examination)
6) සිස්ටොකොපි (Cystoscopy): මෞත්‍රමුත්‍රා රෝග විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා සිස්ටොස්කෝපි නමැති විශේෂ උපකරණයකින් මුත්‍රාශය ඇතුළත බලන ක්‍රියා පිළිවෙළකි.
7) ප්‍රසව හා නාරිවේද විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙකු ලවා පරීක්ෂණය කිරීම
8) මුත්‍රාගතික ලක්ෂණ (Urodynamics) මුත්‍රාශයේ පීඩණය මැණීම පිණිස
9) රුධිර රෝපිත පරීක්ෂණ (Blood Cultures)

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වැළැක්වීමට

1) දිනපතා දියර සැහෙන ප්‍රමාණයක් (ලීටර 3-4) පානය කරන්න. එය මුත්‍රා සමග මිශ්‍රවී මුත්‍රාශයේ සහ මුත්‍රා මාර්ගයේ ඇති බැක්ටීරියා පහ කිරීමට උපකාරී වේ.

2) පැය දෙක තුනකට වරකවත් මුත්‍රා බැහැර කරන්න. වැසිකිළියට යෑම කල් නොදමන්න. මුත්‍රාශයේ මුත්‍රා සැහෙන වේලාවක් තබාගැනීම නිසා බැක්ටීරියා වැඩීමට අවස්ථාව සළසයි.

3) විටමින් C අඩංගු ආහාර, ඇස්කොබික් අම්ලය හෝ ක්‍රැන්බරි යුෂ පරිභෝජනය කරන්න. එයින් මුත්‍රා ඇසිඩ් සහිත වී බැක්ටීරියා වැඩීම වළක්වයි.

4) මල බද්ධය වළක්වන්න හෝ එයට වහාම ප්‍රතිකාර කරන්න.

5) වැසිකිළිය පාවිච්චි කිරීමෙන් පසු කාන්තාවන් සහ ගැහැණු ළමයි ඉදිරියේ සිට පිටුපසට පිස දැමිය යුතුයි. (පිටිපස සිට ඉදිරියට නොවේ) මෙම සිරිත ගුද ප්‍රදේශයේ බැක්ටීරියා යෝනි ප්‍රදේශයට සහ මුත්‍රා මාර්ගයට පැතිරීම වළක්වයි.

6) ලිංගික ප්‍රදේශය සහ ගුද ප්‍රදේශය ලිංගික සංසර්ගයට පෙර හා පසු පිරිසිදු කරන්න. ලිංගික සංසර්ගයට පෙර හා පසු මුත්‍රා කරන්න. ලිංගික සංසර්ගයෙන් පසු, වහාම පිරුණු වතුර වීදුරුවක් පානය කරන්න.

7) වාතය සංසරණය හොඳින් සිදු වීම සඳහා, කාන්තාවන් ඇඳිය යුත්තේ කපු යට ඇඳුම්ය. තදට හිරවූ කලිසම් සහ නයිලෝන් යට ඇඳුම් ඇඳීමෙන් වළකින්න.

8) ලිංගික සංසර්ගයෙන් පසු ප්‍රතිජීවක ඖෂධ එක මාත්‍රාවක් පමණක් ගැනීමෙන්, ලිංගික ක්‍රියාකාරීත්වයෙන් පසු කාන්තාවන්ට නැවත නැවත සෑදෙන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සාර්ථකව වළක්වාගත හැකිය.

> UTI සඳහා සාර්ථක ප්‍රතිකාරය වන්නේ ඊට පාදකවූ සැඟවුණු ප්‍රවනා සාධක හඳුනාගැනීමය.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලට ප්‍රතිකාර

සාමාන්‍ය පියවර:

ජලය වැඩි ප්‍රමාණයක් පාවිච්චි කරන්න. පුද්ගලයෙකු වමනය නිසා මුඛයෙන් ප්‍රමාණවත් දියර ගැනීමට අපහසු වී හෝ විජලනය සිදු වී ඉතා අසනීප තත්වයෙන් සිටිනම් ආරෝග්‍යශාලාගත කර අන්තර්ශිරා මගින් දියර ලබාගන්න (IV Fluids).
උණ සහ වේදනාව අඩුකිරීමට ඖෂධ ලබාදෙන්න. තාපය ලබාදෙන උපකරණයෙන් (Heating Pads) වේදනාව අඩුකරයි. කෝපි, මධ්‍යසාර, දුම්පානය සහ කුලුබඩු අධික ආහාර ගැනීමෙන් වළකින්න. ඒවායින් මුත්‍රාශය කුපිත කරවයි. මුත්‍රාමාර්ග ආසාදන වළක්වන සියලුම පියවරවල් අනුගමනය කරන්න.

> මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වැළකීමටත්, ප්‍රතිකාර කිරීමටත් වැඩි වතුර ප්‍රමාණයක් පානය කිරීම අත්‍යාවශ්‍යය.

මුත්‍රා මාර්ගයේ පහළ (Lower Urinary Tract) කොටසේ ඇතිවන ආසාදනවලට ප්‍රතිකාර ((Cystitis Mild Infections) (කෝෂ්ඨ දාහය සුළු ආසාදන))

නිරෝගි තරුණ කාන්තාවන්ට කෙටිකාලීන ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දින 3කට සාමාන්‍යයෙන් ප්‍රමාණවත්ය. සමහර වෛද්‍යවරු ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දින 7ක ප්‍රතිකාරයකට කැමැත්ත පළ කරයි. ඉඳහිට ප්‍රතිජීවක ඖෂධ එක් මාත්‍රාවක් පමණක් දෙනු ලැබේ. බහුල වශයෙන් පාවිච්චි කරන මුඛයෙන් ගන්නා ප්‍රතිජීවක ඖෂධ වන්නේ ට්‍රිමෙතොප්‍රිම් (Trimethoprim), සෙෆලොස්පෝරින් (Cephalosporin), නයිට්‍රොෆියුරන්ටොයින් (Nitrofurantoin), හෝ ෆ්ලුරෝක්විනොලෝන් (Fluoroquinolones).

තදබල වකුගඩු ආසාදන ප්‍රතිකාර- (Phelonephritis) (ද්‍රෝණි වෘක්ක ප්‍රදාහය)

මධ්‍යස්ථ තත්වයේ සිට තදබල උග්‍ර වකුගඩු ආසාදන ඇති රෝගීන් තදබල ලක්ෂණ ඇති රෝගීන් හෝ අසනීප තත්වයේ පසුවන රෝගීන් ආරෝග්‍යශාලා ගත කළ යුතුයි. මූලික චිකිත්සාවට ප්‍රථම ඊට හේතුවූ බැක්ටීරියා සහ නිවැරදි ප්‍රතිජීවක ඖෂධ තීරණය කිරීම සඳහා මුත්‍රා සහ රුධිර රෝපණ (Culture) පරීක්ෂණ ලබාගත යුතුයි. රෝගීන්ට අන්තශ්ශෛරික IV දියර සහ අන්තශ්ශෛරික (Intravenous) ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දින කිපයක් සහ ඒ සමගම මුඛයෙන් ගන්නා ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දින 10-14 ක කාලයක් ප්‍රතිකාර කළ යුතුයි. IV ප්‍රතිජීවක ඖෂධවලට ප්‍රතිචාරය දුර්වල නම් (නොකඩවා පවතින ලක්ෂණ සහ උණ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නරක අතට හැරීම) ප්‍රතිබිම්බ ගැනීම සුදුසුය. කරන ලද චිකිත්සාවේ ප්‍රතිචාරය ඇගයීමට චිකිත්සාවෙන් පසු මුත්‍රා පරීක්ෂණයක් කළ යුතුයි.

නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රාමාර්ග ආසාදනවලට ප්‍රතිකාර

නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රාමාර්ග ආසාදනවලට සැඟවුණු හේතු හඳුනාගැනීම අත්‍යවශ්‍යය. සැඟවුණු හේතුව අනුව නිශ්චිත ඖෂධ හෝ ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර සැලසුම් කරනු ලැබේ. මෙම රෝගීන් ගැන අවධානයෙන් සිටිය යුතු අතර වළකාලීමේ පියවරයන් වලට අනුකූල වන අතර දිගුකාලීන ප්‍රතිජීවක චිකිත්සාවට අනුකූලතාව දැක්විය යුතුය.

තදබල වකුගඩු ආසාදන වලදී ප්‍රතිකාර වශයෙන් (Pyelonephritis) ආරෝග්‍යශාලා ගතවීම සහ අන්තශ් ශෛරික ප්‍රතිජිවක ඖෂධ අවශ්‍යය

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති රෝගියෙකු වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති (UTI) රෝගියෙකු වහාම වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ පහත සඳහන් ලක්ෂණ ඇත්නම්ය.

- මුත්‍රා පරිමාව අඩුවීම හෝ සම්පූර්ණයෙන් මුත්‍රා යාම නැවතීම.
- නොකඩවා පවත්නා උණ, සීතල, කොන්දේ වේදනාව, වළාකුල් වැනි අපැහැදිලි මුත්‍රා, මුත්‍රාවල රුධිරය තිබීම.
- දැඩි වමනය සහිත රෝගීන්, දැඩි දුර්වලතාවය හෝ රුධිර පීඩනය පහළ බැසීම.
- මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති සියලුම ළමුන්.
- එක් වකුගඩුවක් ඇති රෝගීන් සහ කලින් ගල් තිබූ බවට ඉතිහාසයක් තිබෙනම්.
- දින දෙකක් හෝ තුනක් ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ලබාගත්තත් ප්‍රතිචාරයක් නොමැති නම්.

පරිච්ඡේදය 19

ගල් හටගැනීම

ගල් හටගැනීම ඉතා බහුලව පවතින මෞත්‍ර මූඛ විද්‍යාත්මක (Urological) රෝගයකි. වකුගඩුවක ගල් ඇති වීම නිසා දැරිය නොහැකි වේදනාවකට හේතුවිය හැක. සමහර වේලාවට කිසිම ලක්ෂණයක් නොපෙන්වා නිශ්ෂබ්දව වකුගඩුවක ගල් පැවතිය හැක. නියමිත වේලාවට ප්‍රතිකාර නොකලොත් සමහර රෝගීන්ට ගල් හටගැනීම නිසා මුත්‍රා මා ර්ග ආසාදන සහ වකුගඩුවට හානි පවා සිදුවිය හැක. එක් වරක් ගල් ඇතිවූ විට එය නැවත නැවත ඇතිවීම පොදු ලක්‍ෂණයකි. එනිසා වකුගඩුවක ගල් ඇති වීම පිළිබඳ අවබෝධය, වළක්වාගැනීම සහ ප්‍රවේසම් වීම අත්‍යවශ්‍යය.

වකුගඩුවක ගලක් යනු කුමක්ද?

වකුගඩුවක ගලක් යනු වකුගඩුවේ හෝ මුත්‍රා මාර්ගයේ ඇතුලත සෑදුණු ස්ඵටික (Crystals) බවින් යුත් එකකි. වැඩි සාන්ද්‍රනයකින් යුත් ස්ඵටික හෝ කුඩා අංශු වලින් යුත් කැල්සියම්, ඔක්සලේට්, යූරේට් සහ පොස්පේට් යනාදිය මුත්‍රාවල තිබීම ගල් සෑදීමට වගකිව යුතුයි. මෙම ද්‍රව්‍යයන් ස්ඵටික මිලියන ගණන් මුත්‍රාවල එකතුවී ක්‍රමයෙන් ප්‍රමාණයෙන් වැඩිවී කාලයක් ගතවීමේදී ගලක් සෑදෙයි. සාමාන්‍යයෙන් ස්ඵටික එකතුවීම වැළැක්වීම හෝ මර්දනය කිරීමට හේතුවන ද්‍රව්‍යයන් මුත්‍රාවල අඩංගුවී ඇත. ගල් ඇතිවීම මර්දනය කරන මෙම ද්‍රව්‍යවල මට්ටම අඩුවීම ගල් සෑදීමට දායක වේ. මුත්‍රා ගල් හඳුන්වන වෛද්‍ය නාමය "යූරෝලිතියසිස්" (Urolithiasis) ය. පිත්තාශයේ ගල් (Gall Stones) සහ වකුගඩුවේ ගල් එකිනෙකට වෙනස් බව සිහි තබාගත යුතුයි.

මුත්‍රාවල ගල්වල ප්‍රමාණය, හැඩය සහ පිහිටි ස්ථානය කුමක්ද?

වකුගඩුවේ ගල් ප්‍රමාණයෙන් සහ හැඩයෙන් විවිධය. ඒවා වැලි කැටයක් තරම් කුඩා හෝ ටෙනිස් බෝලයක් මෙන් විශාල විය හැක. මෙම ගල් රවුම් හෝ ඕවලාකාර හැඩයකින් සහ සුමට පෘෂ්ඨයකින් යුක්ත වන අතර එම ගල් වේදනාව අඩු සහ ස්වභාවික ලෙස ඉවත් කිරීමේ හැකියාව ඉහළයි. වකුගඩුවේ ගල් අවිධිමත් කඩතොළු ඇති රළු මතුපිටක් සහිතය. මෙම ගල් වැඩි වේදනාවක් ඇතිකරන අතර ඒවා තමන්ගේම ශක්තියෙන් පිටවීමේ හැකියාව අඩුය. මුත්‍රා පද්ධතියේ ඕනෑම තැනක ගල් ඇතිවිය හැක. ඒවා බොහෝ අවස්ථාවල වකුගඩුවේ ඇතිවී පසුව මුත්‍රාවාහිනියට බසී.

> උදරයේ දැරිය නොහැකි වේදනාවට හේතුවක් වන්නේ මුත්‍රා මාර්ගයේ ගල් තිබීමය.

වකුගඩු ගල් වර්ග මොනවාද?

වකුගඩු ගල් වර්ග හතරක් ඇත .

1) කැල්සියම් ගල් – මෙය ඉතාමත් සුලබ වර්ගයේ වකුගඩු ගල් වන අතර, 70%-80% ම රෝගීන්ගේ මේම ගල් දැකිය හැක. කැල්සියම් ගල් බොහෝ අවස්ථාවල කැල්සියම් ඔක්සලේට් ආකාරයට පවතින අතර කැල්සියම් පොස්පේට් ආකාරයට සෑදෙන්නේ කලාතුරකිනි. කැල්සියම් ඔක්සලේට් ගල් සෑදීමට නැඹුරු වන්නේ මුත්‍රා අම්ල ගතියෙන් යුක්ත වූවිටය.

2) ස්ට්රුවයිට් ගල් (Struvite Stones) - ස්ට්‍රුවයිට් (මැග්නිසියම්, ඇමෝනියම්, පොස්පේට්) ගල් සෑදෙන්නේ ඉතා අඩුවෙන් (10%-15%

පමණ) වන අතර වකුගඩු වල ආසාදන නිසා හටගනී. එම ගල් කාන්තාවන් අතර බහුලය. එය වැඩෙන්නේ ක්‍ෂාරීය මුත්‍රාවලය (Alkaline Urine).

3) යූරික් අම්ල ගල් (Uric Acid Stones) - මේවා එතරම් බහුල නැත (5%-10% පමණ). මේවා සෑදෙන්නේ මුත්‍රාවල යූරික් අම්ලය බහුලව ඇතිවිට සහ මුත්‍රා බොහෝ කලක් අම්ල ගතියෙන් යුක්ත වූවිටය. රක්තවාත (Gout) රෝගීන්ට යූරික් අම්ල ගල් සෑදේ. ඉහළ සත්ව ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණයක් ආහාරයට ගන්නා විජලනය වූ හෝ කිමියෝතෙරපි (රසායනික චිකිත්සාව) වලට භාජනය වූවන්ට යූරික් අම්ල ගල් සෑදේ. යූරික් අම්ල ගල් විකිරණශීලි වලට දෘශ්‍යමාන නොවේ. එමනිසා උදරයේ X රේ කිරණ පරීක්ෂාවකින් එය සොයා ගත නොහැක.

4) සිස්ටීන් ගල් (Cystine Stones) - මේවා කලාතුරකින් ඇතිවන පරම්පරාවෙන් පැවතෙන තත්වයකි. එය හඳුන්වන්නේ සිස්ටිනූරියා නමිනි (Cystinuria). මුත්‍රාවල සිස්ටීන් වැඩි ප්‍රමාණයක් තිබීම එහි ලක්ෂණයයි.

බොහෝ අවස්ථාවලදී වකුගඩු ගල් ඇතිවන්නේ වකුගඩුවේ සහ මුත්‍රකයේය (Ureter).

ස්ටැග්හෝන් ගල් යනු කුමක්ද?

ස්ටැග්හෝන් කලනය (Calculus) ඉතා විශාල ස්ට්රුවයිට් (Struvite) ගලකි. එය වකුගඩුවේ විශාල කොටසක පිහිටන අතර මුවෙකුගේ අං වලට සමාන නිසා එය ස්ටැග්හෝන් යන නමින් හඳුන්වනු ලැබේ. මෙම ස්ටැග්හෝන් ගල ඉතා සුලු වේදනාවක් හෝ කිසිම වේදනාවක් පවා ඇති නොකරන බැවින් බොහෝ රෝගීන්ගේ එය හඳුනාගත නොහැකි වන අතර අවසාන ප්‍රතිපලය වන්නේ වකුගඩුව හානි වීමයි.

මුත්‍රාගල් සෑදීමට දායකවන්නේ කුමන සාධකද?

සෑම කෙනෙකුටම ගල් සෑදීමේ ප්‍රවණතාවක් ඇත. ගල් සෑදීමේ අවදානම වැඩිවීමට හේතුවන සාධක වනුයේ:

- අඩු ජල ප්‍රමාණයක් පානය කිරීම - විශේෂයෙන් ගන්නා වතුර ප්‍රමාණය සහ විජලනය හේතුවේ.
- ගල් සෑදීමේ පවුලේ ඉතිහාසයක් ඇත්නම්.
- ආහාර - ගන්නා ආහාරවල වැඩි ප්‍රමාණයක් සත්ව ප්‍රෝටීන, සෝඩියම් සහ ඔක්සලේට් අඩංගු වීම සහ අඩු ප්‍රමාණයක් තන්තු සහ පොටෑසියම් අධික පැහිරි සහිත පලතුරු අඩංගු වීමත්ය.
- 75% ක් වකුගඩු ගල් සහ 95% ක් මුත්‍රාශයේ ගල් ඇතිවන්නේ පුරුෂයන්ටය. අවුරුදු 20-70 දක්වා පිරිමින්ගේ සහ ස්ථූල බවින් යුත් අයට වැඩි අවදානමක් ඇත .
- ඔත්පලව හෝ දිගුකලක් එක්තැන්ව ඇවිදීමට නොහැකි පුද්ගලයින්ට.
- උෂ්ණ ආර්ද්‍රතාවයෙන් යුත් වාතාවරණයක ජීවත්වීම.
- නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රාමාර්ග ආසාදන සහ මුත්‍රා පහවීමේදී අවහිරතාවයක් ඇත්නම්.
- පරිවෘත්තීය (Metabolic) රෝග - අධිපැරාතයිරොයිඩතාව (Hyperparathyroidism), සිස්ටිනූරිය (Cystinuria), රක්තවාතය (Gout) යනාදිය
- සමහර ඖෂධ වර්ග පාවිච්චිය - අධිමූත්‍රක (Diuretics) සහ ප්‍රත්‍යම්ලකය (Antacid) ගැනීම

ගල් සෑදීමට වැදගත් අවදානම් සාධක දෙකක් වන්නේ අඩු ජල ප්‍රමාණයක් ගැනීම සහ පවුලේ ඉතිහාසයේ වකුගඩු ගල් ඇත්නම්ය.

මුත්‍රාගල් ඇතිවූවිට පහළවන ලක්ෂණ මොනවාද?

මුත්‍රාගල් නිසා පහළවන ලක්ෂණ, මුත්‍රා ගලේ ප්‍රමාණය, හැඩය සහ පිහිටි ස්ථානය අනුව වෙනස් වේ. මුත්‍රා ගලක් ඇතිවූවිට පහළවන පොදු ලක්ෂණ වනුයේ:

- උදරයේ වේදනාව
- කිසිම ලක්ෂණයක් පෙන්නුම් නොකර, සාමාන්‍යයෙන් කෙරෙන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණයකදී හෝ ඊට කිසිම සම්බන්දයක් නැති වෙනත් පරීක්ෂණයකදී මුත්‍රාගල් තිබෙන බව අහඹුවෙන් සොයා ගැනීම. කිසිම ලක්ෂණයක් පහල නොවී අහඹුවෙන් විකිරණවේදී (Radiological Test) පරීක්ෂණයකදී සොයාගනු ලබන ගල් “නිශ්ශබ්දව පවතින ගල් (Silent Stones)” යනුවෙන් හඳුන්වනු ලැබේ.
- නිතර මුත්‍රා පහවීම සහ දිගටම පවතින මුත්‍රා කිරීමට ඇති උවමනාව.
- ඔක්කාරය හෝ වමනය.
- මුත්‍රාවල සමගරුධිරය පිටවීම (Haematuria) (රක්ත මුත්‍රතාව).
- මුත්‍රා කරන විට ඇතිවන වේදනාව සහ/හෝ දැවිල්ල .
- මුත්‍රාශයේ ගල මුත්‍රාමාර්ගයේ පිවිසුමේ හිරවූවොත්, මුත්‍රා කරන විටදී මුත්‍රා ගලායාම හිටි හැටියේ නවතී.
- මුත්‍රා කරන විටදී ගල් පිටවීම.
- සුලු පිරිසකගේ මුත්‍රා ගල් හේතුකොටගෙන සංකූලතා ඇති වීමට ඉඩ ඇත. නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සහ මුත්‍රා මාර්ගයේ අවහිරතා වැනි සංකූලතා හේතුවෙන් වකුගඩුවලට තාවකාලික හෝ ස්ථිර හානියක් සිදුවේ.

මුත්‍රා ගල් හේතුකොටගෙන ඇතිවන උදර වේදනාවේ ලක්ෂණ:

- මුත්‍රා මාර්ගය තුල පිහිටි ගලේ වර්ගය, ගලේ ප්‍රමාණය සහ ගල පිහිටි ස්ථානය අනුව වේදනාවේ තදබල බව සහ වේදනාව පිහිටි ස්ථානය පුද්ගලයාගෙන් පුද්ගලයාට වෙනස් වේ. වේදනාවේ තදබල බව ගලේ ප්‍රමාණයට අන්තර් සම්බධතාවයක් නැති බව මතක තබා ගත යුතුයි. සාමාන්‍යයෙන් විශාල ප්‍රමාණයේ සියුම් ගල් වලින් ඇතිවන වේදනාවට වඩා තදබල වේදනාවක් කුඩා ප්‍රමාණයේ රළු ගල් වලින් ඇතිවේ.
- ගල් නිසා ඇතිවන පැත්තක අපැහැදිලි වේදනාව හිටි හැටියේ තදබල ඉවසිය නොහැකි වේදනාවකට පත් විය හැක. තමා සිටින ඉරියව්ව මාරුවන විටදී සහ වාහනයක යමින් සිටී නම් එහි ගැස්සීම නිසා වේදනාව උත්සන්න විය හැක. එම වේදනාව මිනිත්තු කිහිපයක සිට පැය ගණන් දක්වා තිබෙන අතර ඉන් පසුව සහනයක් ඇතිකරයි. වේදනාවේ වර්ධනය සහ අඩුවීම වකුගඩු ගල් වල ලක්ෂණයකි.
- උදරයේ වේදනාව ගල පිහිටා ඇති පැත්තේ ඇතිවේ. වකුගඩුවේ වේදනාව සහ මුත්‍රකයේ ගල්වල වේදනාව තුනටිය සිට ඉකිලිය දක්වා ඇතිවී ඒ සමගම ඔක්කාරය සහ වමනය ඇතිකරයි.
- මුත්‍රාශයේ ගල් නිසා උදරයේ පහල වේදනාව සහ මුත්‍රා කරනවිටදී වේදනාව ඇතිකරන අතර නිතරම එය දැනෙන්නේ ශිෂ්නයේ (Penis) අගය.
- බොහෝ මිනිසුන් හිටි හැටියේ උදරයේ ඇතිවන අධික වේදනාව නිසා වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබාගැනීම සඳහා වහාම ක්‍රියාත්මක වෙයි.

උදරයේ වේදනාව සහ මුත්‍රාවල රුධිරය තිබීම මුත්‍රා ගලක් තිබෙන බව තදින්ම පෙන්නුම් කරයි.

වකුගඩු ගල් වකුගඩුවට හානි සිදුකරයිද?

- ඔව්. වකුගඩුවේ ගල් හෝ මුත්‍රකයේ ගල් (Ureter) නිසා මුත්‍රා මාර්ගයේ මුත්‍රා ගමන් කිරීම අවහිර විය හැක. එම අවහිරතාව නිසා වකුගඩුවේ විස්තාරණය වීමක් (Dilatation) සිදුවේ. සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකගේ දිගටම පවතින අවහිරතාව නිසා ඇතිවන විස්තාරණය හේතුකොට ගෙන දිගු කාලයකදී වකුගඩුවට හානිසිදුවිය හැක.

මුත්‍රා ගල් හඳුනාගත හැක්කේ කෙසේද?

පර්යේෂණ පවත්වන්නේ මුත්‍රා ගල් හඳුනාගැනීම සථාපිත කිරීම සහ සංකූලතා සොයා ගැනීමට පමණක් නොව, ගල් සෑදීම ඉහළ දැමීමට හේතුවන සාධක හඳුනා ගැනීමටත්ය.

විකිරණවේදී පරීක්ෂණ (Radiological Investigations)

- **අල්ට්‍රාසවුන්ඩ්** - මුත්‍රා ගල් හඳුනාගැනීමට සහ අවහිරතාවයක් පවතින්නෙහිද යන්න සොයාගැනීමටත් බහුලව යොදාගන්නා පහසුවෙන් ලබාගත හැකි වැඩි වියදමක් නොයන සරල පරීක්ෂණයකි.
- **X කිරණ (X Ray-KUB)** – (වකුගඩු-මුත්‍රකය-මුත්‍රාශයේ (KUB)) මුත්‍රාගල් වල ප්‍රමාණය, හැඩය සහ පිහිටි තැන "X කිරණ- KUB" මගින් දැක බලා ගත හැකිය. එම නිසා ප්‍රතිකාරයට පෙරත් පසුවත් ගලක් තිබේද යන්න සහ එහි ප්‍රමාණය නිරීක්ෂණය කර ගැනීමට ඇති ඉතාමත්ම ප්‍රයෝජනවත් ක්‍රමය "X Ray-KUB" පරීක්ෂණය කිරීමයි.
- CT ස්කෑන් - ඕනෑම ප්‍රමාණයක ගල් හඳුනා ගැනීමට සහ අවහිරතාවයක් තිබේදැයි දැනගැනීමට මුත්‍රා පද්ධතියේ CT ස්කෑන් කිරීම ඉතාම නිවැරදිතාවයෙන් යුත් සහ වඩාත්ම සුදුසු රෝග

විනිශ්චය ක්‍රමයකි.

- අන්තශ් ශෛරීය මෞත්‍රරේඛනය (Intravenous Urography) IVU - ඉතා අඩුවෙන් යොදාගන්නා IVU පරීක්ෂණය ගල් සහ අවහිරතා හඳුනාගැනීමට තිබෙන ඉතා විශ්වාසදායි පරීක්ෂණයකි. වකුගඩුවේ ක්‍රියාකාරීත්වය පිළිබඳ තොරතුරු සැපයීමට IVU පරීක්ෂණය ඉතා ප්‍රයෝජනවත් වන්නේය. වකුගඩුවේ ව්‍යුහය සහ මුත්‍රකයේ විස්තාරණය (Ureteric Dialatation) මෙම පරීක්ෂණයෙන් විනිශ්චය කෙරේ.

> නිශ්ශබ්දව පවතින ගල් වලින් පරිස්සම් වන්න ඒවා වේදනා නොදැනෙන නමුත් වකුගඩුවට හානි සිදු විය හැක.

රසායනාගාර පරීක්ෂණ

- මුත්‍රා පරීක්ෂණ - මුත්‍රා පරීක්ෂණ කරනු ලබන්නේ මුත්‍රා ආසාදන සහ මුත්‍රාවල PH අගය මැනීමටය. පැය 24 ක් ඇතුලත එකතුකරන ලද මුත්‍රා සංචිතයෙන් දිනපතා මුත්‍රා පරිමාව, කැල්සියම්, පොස්පරස්, යූරික් අම්ලය, මැග්නීසියම්, ඔක්සලේට්, සිට්රේට්, සෝඩියම් සහ ක්‍රියැටිනින් ප්‍රමාණය මැනිය හැක.
- රුධිර පරීක්ෂණ - මූලික පරීක්ෂණ වන පූර්ණ රුධිර ගණනය (Full Blood Count) ක්‍රියැටිනින්, ඉලෙක්ට්‍රොලයිට් (විද්‍යුත් ශ්ලේෂක) සහ රුධිර සීනි, තවද ගල් සෑදීම ඉහළ දැමීමට ඉවහල් වන රසායනික ද්‍රව්‍ය එනම් කැල්සියම්, පොස්පරස්, යූරික් අම්ලය සහ පැරාතයිරොයිඩ් හෝමෝන මට්ටම හඳුනාගැනීමේ විශේෂ පරීක්ෂණයකි.
- ගල් විශ්ලේෂණය - ස්වයංකාරී ලෙස පිටවන ගල් හෝ විවිධ ප්‍රතිකාර මගින් ඉවත්කරන ලද ගල් වර්ග එකතු කරනු ලැබේ. එම

ගල් පිළිබඳව රසායනික විශ්ලේෂණයක් කිරීමෙන් එම ගල් සෑදී ඇති සංයුතිය දැනගත හැක. ඒ මගින් ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට ක්‍රම සහ චිකිත්සක සැලසුම් තීරණය කිරීමට පුලුවන.

මුත්‍රා ගල් වැළැක්වීම

"එක්වරක් වකුගඩුවක ගලක් සාදන්නා සෑම විටම ගලක් සාදන්නෙකි" යන්න වකුගඩු ගල් සම්බන්දයෙන් පැවසෙන කියමනකි. 50%-70% දක්වා පුද්ගලයින්ගේ වකුගඩු ගල් නැවත නැවත සෑදෙයි. අනෙක් අතට පූර්වාරක්ෂණ ක්‍රම මගින් සහ ප්‍රතිකාර වලින් එම ගණන 10% දක්වා හෝ ඊටත් අඩු කළ හැක. එම නිසා වකුගඩු ගල් වලින් පීඩා විඳින අය ඉන් වැලකීමේ පියවර අනුගමනය කළ යුතුයි.

මුත්‍රා මාර්ගයේ ගල් හඳුනාගැනීම සඳහා වැදගත් පරීක්ෂණ වන්නේ CT ස්කෑන්, සෝනොග්‍රැෆි සහ X කිරණ වේ

සාමාන්‍ය පියවර

මුත්‍රා ගල් සෑදීම වර්ධනය හෝ වැළැක්වීමට වැදගත් සාධකයක් වන්නේ තම ආහාර වේලය. **මුත්‍රා ගල් ඇති සියලුම රෝගීන්ට ප්‍රයොජනවත් වන සාමාන්‍ය පියවර වනුයේ :**

1. වැඩිපුර දියර පානය කරන්න -

- ගල් සෑදීම වැළැක්වීම සඳහා සරල සහ වැදගත් පියටරක් වන්නේ වැඩිපුර ප්‍රමාණයක් ජලය පානය කිරීමය. දිනකට වතුර වීදුරු 12 - 14 (ලීටර 3 කට වැඩි ප්‍රමාණයක්) පානය කරන්න. දවස පුරා ප්‍රමාණවත් ලෙස වතුර පානය කිරීම සඳහා වතුර බෝතලයක් තමා රැගෙන යා යුතුයි.

- බොහෝ රෝගීන්ට කුමන වතුර පානය කළ යුතුද යන්න ගැටලුවකි. නමුත් මතක තබාගත යුත්තේ ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට තමා පානය කරන වතුර ප්‍රමාණය වතුරේ තත්වයට වඩා වැදගත් බවයි.
- ගල් ඇතිවීම වැළැක්වීමට, තමා දිනකට පානය කරන දියර ප්‍රමාණයට වඩා දිනකට ප්‍රමාණවත් මුත්‍රා පරිමාවක් සෑදීම ඉතා වැදගත්ය. ඔබ ප්‍රමාණවත් ලෙස වතුර පානය කරන්නේ දැයි වගබලා ගැනීමට දිනකට පිටකරන සම්පූර්ණ මුත්‍රා ප්‍රමාණය මනින්න. එය දිනකට ලීටර 2 - 2.5 ට වැඩි විය යුතුයි.
- මුත්‍රාවල පැහැය ඔබ නිත්‍ය වශයෙන් වතුර පානය කරන්නේ දැයි ඔබට කියා දෙයි. දවස පුරා ප්‍රමාණවත් තරම් ජලය පානය කළොත් මුත්‍රා ජල මිශ්‍රිත, පැහැදිලි සහ වැඩි වතුර ගතියෙන් යුත්ත වේ. ජල මිශ්‍රිත වූ මුත්‍රා යන්නෙන් අදහස් වන්නේ එම මිශ්‍රණය අඩු ඛණිජ සාන්ද්‍රණයකින් යුක්තවීමය. එමනිසා ගල් සෑදීම වළක්වයි. කහ සහ තද පාට මුත්‍රා සාන්ද්‍රණයක් ඇතිවන්නේ තමා පානය කරන ජල ප්‍රමාණය ප්‍රමාණවත් නැති නිසාය.
- ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට සෑම කෑම වේලකින්ම පසු වතුර වීදුරු දෙකක් පානය කරන්න. රාත්‍රී නිදාගැනීමට පෙර වතුර වීදුරු දෙකක් පානය කිරීම සහ රාත්‍රි කාලයේ නැගිටින සෑම විටකදීම අමතර වතුර වීදුරුවක් පානය කරන්න. මධ්‍යම රාත්‍රියට වතුර වීදුරුවක් පානය කිරීම ඉතා වැදගත් කාර්‍යභාරයක් ඉටු කරයි. ඔරලෝසුවක් නියමිත වේලාවට නාද වීමට තබා මේ සඳහා විශේෂයෙන් නැගිට වතුර වීදුරුවක් පානය කිරීම ඵලදායීය.
- ශාරීරික වශයෙන් ක්‍රියාකාරී මිනිසුන් උෂ්ණාධික දිනවලදී වැඩි දියර ප්‍රමාණයක් පානය කිරීම අනුමත කරන අතර ඊට හේතුව වන්නේ සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක් ජලය දහඩිය ලෙස සිරුරෙන් පිටවන නිසාය.

- පොල් වතුර, බාර්ලි හෝ බත් කැද, පැගිරි අධික දියර එනම් ලෙමනේඩ්, අන්නාසි යුෂ වැනි දියර ගැනීම, තමා ගන්නා මුලු දියර ප්‍රමාණය වැඩි කිරීමෙන් ගල් සෑදීම වළක්වයි.

මුත්‍රා ගල් වැළැක්වීමට සහ ප්‍රතිකාරයට ඉතා වැදගත් සරල සහ ඉතා අවශ්‍ය පියවර වන්නේ වැඩි වශයෙන් දියර වර්ග පානය කිරීමය.

මුත්‍රා ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට, වඩා හිතකර කුමන පියවරද?

ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට උපකාරී වීමට පොල් වතුර, බාර්ලි හෝ බත් කැද, පැගිරි අධික දියර එනම් ලෙමනේඩ්, තක්කාලි යුෂ හෝ අන්නාසි යුෂ පානය කළ යුතුය. නමුත් මතක තබා ගත යුත්තේ තමා ගන්නා මුලු දියර ප්‍රමාණයෙන් 50% ක් වත් ජලය විය යුතු බවය.

මුත්‍රා ගල් තිබෙන අය කුමන දියර පානයන් වැළකිය යුතුද?

ග්‍රේප් ෆෘට්, ක්‍රැන්බෙරි, ඇපල් යුෂ, කහට තේ, කෝපි, චොකලට් සහ සීනි දමා රසකර ඇති සැහැල්ලු පාන එනම් “කෝලා” වර්ග සහ සියලු මධ්‍යසාර පාන වර්ග බියර් ඇතුලුව.

2) ලුණු සීමා කිරීම

තම ආහාර වේලෙහි වැඩිපුර ලුණු ගැනීමෙන් වළකින්න. එමනිසා අච්චාරු, පපඩම්, ලුණු සහිත කෙටි ආහාර යනාදිය ගැනීමෙන් වළකින්න. ආහාර වේලේ උවමනාවට වඩා ලුණු හෝ සෝඩියම් තිබීමෙන්, මුත්‍රා වලට කැල්සියම් පෙරීම වැඩිවීම හේතුවෙන් කැල්සියම් ගල් සෑදීමේ අවදානම වැඩිකරයි. එමනිසා ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට දිනකට සෝඩියම් 100 mEq හෝ ගෑම් 6 ට අඩුවෙන් සීමා කළ යුතුයි.

3) සත්ව ප්‍රෝටීන ගැනීම අඩු කරන්න

නිර්මාංශ නොවන ආහාර වන එළු මස්, කුකුල් මස්, මාළු සහ බිත්තර කැමෙන් වළකින්න. මෙම සත්ව ආහාර වල ඉහළ යූරික් අම්ල ප්‍රමාණයක් / පූරින් අඩංගු නිසා යූරික් අම්ල ගල් සහ කැල්සියම් ගල් ඇතිවීමේ ඉහළ අවදානමක් ඇත.

4) සමතුලිත ආහාර වේල -

වැඩිපුර එළවලු සහ පළතුරු සහිත සමතුලිත ආහාරයක් ගන්න. එවිට අම්ල එකතුවීමේ ප්‍රමාණය අඩුකරන අතර මුත්‍රා ආම්ලික බවින් අඩුවීමේ ප්‍රවණතාවක් ඇති කරයි. කෙසෙල්, අන්නාසි, බ්ලුබෙරි, චෙරීස් සහ දොඩම් වැනි පළතුරුද කැරට්, කරවිල සහ බෙල් පෙපර් වැනි එළවලුද අනුභව කරන්න. ඉහළ තන්තු ප්‍රමාණයක් ඇති ආහාර වන බාර්ලි, බෝංචි, ඕට්ස් සහ සීලියම් ඇට ආහාරයට ගන්න. සුදු පාන්, පැස්ටා සහ සීනි වැනි පිරිපහදු කළ ආහාරවලින් වැළකීම හෝ පාලනය කරන්න. වකුගඩුවල ගල් ඉහළ සීනි ප්‍රමාණයක් ගැනීමත් සමග අනුබද්ද වී ඇත.

5) අතිකුත් අවවාද

විටමින් C දිනකට මිලි ග්‍රෑම් 1000 ට අඩුවෙන් සීමා කරන්න. රාත්‍රියට පරක්කු වී බර ආහාර ගැනීමෙන් වළකින්න. ස්ථූලතාවය ගල් ඇතිවීමට ස්වාධීන අවදානම් සාධකයකි. එනිසා සමතුලිත ආහාර ගැනීමෙන් ස්ථූලතාවය වළකාගන්න.

පිරිසිදු විනිවිද පෙනෙන ජලය වැනි මුත්‍රා තමා ප්‍රමාණවත් ජලය ප්‍රමාණයක් ගන්නා බව පෙන්නුම් කරයි.

විශේෂ පියවර

1) කැල්සියම් ගල් වලින් වැළකීමට

- ආහාර වේල - වකුගඩු ගල් ඇති රෝගීන්ට කැල්සියම් ගැනීමෙන් වැළකිය යුතුය යන්න වැරදි සංකල්පයකි. ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට

කැල්සියම් අඩංගු සෞඛ්‍යදායක, කිරි නිෂ්පාදනද ඇතුලත් ආහාර වේලක් ගත යුතුය. ආහාරමය කැල්සියම් ඔක්සලේට් සමග බැඳී ශරීරයෙන් බැහැරවේ. එමනිසා බඩවැල් වලින් (අන්තක) ඔක්සලේට් අවශෝෂණය නොවීම නිසා පසුව ගල් සෑදීම අවම කරයි. නමුත් ආහාර වේලෙහි කැල්සියම් අඩුවන විට නොබැඳෙන ඔක්සලේට් අන්තකවලින් අවශෝෂණයවී ඔක්සලේට් ගල් ඇති වීම වර්ධනය වේ.

- අතිරේක කැල්සියම් ආහාරයට ගැනීමෙන් සහ අඩු කැල්සියම් සහිත ආහාර ගැනීමෙන් වැළකිය යුතුයි. මක්නිසාදයත්, මේ දෙවිදියටම ගල් වර්ධනය වීමේ අවදානම ඇති කරන නිසාය. අතිරේක කැල්සියම් අවශ්‍යම නම් අවදානම අඩු කිරීම පිණිස එය ගත යුත්තේ ආහාර වේලක් සමගය.
- ඖෂධ ප්‍රතිකාර - තියාසයිඩ් (Thiazide) අධිමුත්‍රක ගැනීමෙන් කැල්සියම් ගල් ඇතිවීම වැළැක්වීමට උපකාරීවේ.

2) ඔක්සලේට් ගල් සෑදීම වැළැක්වීමට

කැල්සියම් ඔක්සලේට් ගල් ඇති පුද්ගලයින් ඔක්සලේට් වැඩියෙන් අඩංගු ආහාර සීමා කළ යුතුය. ඔක්සලේට් වැඩි ආහාර වන්නේ:

- එළවලු - නිවිති, රුබාබ්, බණ්ඩක්කා, බීට්රූට් සහ බතල .
- පළතුරු සහ වියළි පළතුරු - ස්ට්‍රෝබෙරි, රාස්බෙරි, චීකු, අම්ලා, කස්ටඩ් ඇපල්, මිදි, කජු, රට කජු, ආමන්ඩ් සහ වියළි ෆිග්ස්
- වෙනත් ආහාර – කොළ ගම්මිරිස්, පළතුරු කේක්, මාමලේඩ්, තද දුඹුරු චොක්ලට්, රටකජු බටර්, සෝයා බෝංචි ආහාර සහ කොකෝවා
- බීම වර්ග - ග්‍රේප් ෆෘට් බීම, තදපාට කෝලා වර්ග , තද කහට තේ හෝ කලු තේ

කැල්සියම් ගල් සෑදීමෙන් වැලකීමට ආහාරවල ලුණු සීමා කිරීම

3) යූරික් ගල් ඇතිවීම වැළැක්වීමට

- සියලුම මධ්‍යසාර බීමවර්ග වලින් වැළකෙන්න.
- සත්ව ප්‍රෝටීන් වැඩි ආහාර එනම් ඉන්ද්‍රිය මස් (උදා - මොළය, පිකුදු, වකුගඩු), මාළු (උදා: ඇන්කොවීස්, සාඩින්, හෙරිං, ට්‍රවුට්, සැමන්) ඌරු මස්, කුකුල් මස්, හරක් මස් සහ බිත්තර.
- ඇට වර්ග පාලනය කරන්න. රනිල වගී බෝංචි හෝ පරිප්පු වගී, හතු, නිවිති, ඇස්පරගස් සහ මල් ගෝවා වැනි එළවළු
- මේද සහිත ආහාර පාලනය කරන්න - එනම් සලාද වලට දමන සෝස් වගී , අයිස් ක්‍රීම් සහ බැදපු ආහාර.
- ඖෂධ ගැනීම – යූරික් අම්ල සංස්ලේෂණය (Systhesis) නිශේධන කිරීමට සහ මුත්‍රා යූරික් අම්ල පිට කිරීම වැඩිකිරීමට ඇලෝපියුරිනොල් (Allopurinol) දීම, යූරික් අම්ල අවශෝෂණය වීම (Precipitation) සහ අම්ල සහිත මුත්‍රාවල ගල් සෑදීම සිදුවන නිසා මුත්‍රා ක්ෂාරීය (Urine Alkaline) පවත්වා ගැනීමට පොටැසියම් සිට්රේට් අවශ්‍යය.
- අතිකුත් පියවර - ශරීර බර අඩුකර ගැනීම

මුත්‍රා ගල් වලට ප්‍රතිකාර

මුත්‍රා ගල් වලට ප්‍රතිකාර කිරීමේ සාධක රඳා පවතින්නේ පහලවන ලක්ෂණ වල තත්වය; ප්‍රමාණය, පිහිටීම, ගල් ඇතිවීමට හේතුව; සහ මුත්‍රා ආසාදන ඇතිවීම හෝ නැතිවීම සහ අවහිරතාවය මතය.

ප්‍රධාන විකල්ප ප්‍රතිකාර දෙක වනුයේ:

A) ගතානුගතික ප්‍රතිකාර

B) ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර

පරිස්සම් වන්න - කැල්සියම් අඩංගු ආහාර සීමා කිරීම ගල් සෑදීම වර්ධනය කරයි.

A) ගතානුගතික ප්‍රතිකාර

බොහෝ වකුගඩුවල ගල් කුඩා නිසා (විෂ්කම්භය මිලි මීටර 5 ට අඩු) ලක්ෂණ පහල වීමෙන් පසු සති 3-6 කාලයක් ඇතුළත එම ගල් වලට තමන්ගේම ශක්තියෙන් බැහැර විය හැක. ගතානුගතික ප්‍රතිකාර ක්‍රමයේ අරමුණ වන්නේ රෝග ලක්ෂණ සමනය කර ශල්‍යකර්මයක් නොමැතිව ගල් බැහැර කිරීමට උදව් කිරීමය.

වකුගඩු ගල් වලට වහාම කළ යුතු ප්‍රතිකාර

ඉවසිය නොහැකි වේදනාවට ප්‍රතිකාර කිරීමේදී රෝගියාට අන්තර් පේශිය (Intramuscular) හෝ අන්තර් ශෛරීක (Intravenous) කළමනාකරණය මගින් NSAIDs හෝ Opioids ඖෂධ දිය යුතුය. ඊට වඩා අඩු වේදනාවකට මුඛයෙන් දෙන ප්‍රතිකාර නිතරම ප්‍රතිඵලදායි වේ.

වැඩිපුර දියර ප්‍රමාණයක් පානය කිරීම.

තදබල වේදනාව ඇති රෝගීන්ට දියර පානය මධ්‍යම ප්‍රමාණයේ විය යුතු අතර වැඩිපුර ගැනීම නුසුදුසුය. ඊට හේතුව දියර වැඩිපුර ගැනීමෙන් වේදනාව උග්‍ර වන බැවිනි. නමුත් වේදනාව නොමැති කාලයේදී සෑහෙන ප්‍රමාණයක් දියර පානය කරන්න. ලීටර 2-3 ප්‍රමාණයක් ජලය පානය කිරීමෙන් ශල්‍යකර්මයක් නොමැතිව ගල ඉවත් කිරීමට උදව්වේ. ගල් සහිත රෝගියෙකුට බීර පානය කිරීම සුදුසු චිකිත්සාවක් නොවේ. තදබල වේදනාව සමඟ ඇති ඔක්කාරය, වමනය සහ උණ ඇති රෝගීන්ට ශරීරයේ දියර අඩුපාඩුව මගහැරවීමට අන්තර් ශෛරීක (Intravenous) සේලයින් ශරීරය තුලට දීම අවශ්‍යය. මුත්‍රා සමග පිට කළ ගල පරීක්ෂණය සඳහා රෝගියා විසින් ආරක්ෂා කළ යුතුය. ගල් එකතුකිරීමට ඇති සරල ක්‍රමය පෙරනයකට (Strainer) මුත්‍රා පිටකිරීමය.

අනෙකුත් පියවර

මුත්‍රාවල PH අගය පවත්වා ගෙන යෑම ඉතා වැදගත්ය. කැල්සියම් චැනල් බ්ලොකර්ස් (Calcium Channel Blockers) සහ ඇල්ෆා බ්ලොකර්ස් (Alpha Blockers) මුත්‍රකයේ ගැස්ම වළකා රෝගියාගේ මුත්‍රකයෙන් ඉබේම ගල පිටකිරීමට උදව් වෙයි. ඊට සම්බන්ධ ප්‍රශ්න වන ඔක්කාරය, වමනය සහ මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන වලට ප්‍රතිකාර කරන්න. සාකච්ඡා කරන ලද සියලුම සාමාන්‍ය සහ විශේෂ වැළැක්වීමේ පියවරයන් (ආහාරමය උපදෙස්, ඖෂධ ආදිය) අනුගමනය කරන්න.

වැඩිපුර වතුර පානය කිරීමෙන් විශාල සංඛ්‍යාවක් කුඩාගල් මුත්‍රා සමග බැහැර වේ.

B) ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර

ගතානුගතික පියවර මගින් ප්‍රතිකාර කළ නොහැකි වකුගඩු ගල් වලට විවිධ ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර ඇත. වැඩි වශයෙන් උපකාරී කරගන්නා ශල්‍යකර්ම ක්‍රම වන්නේ (Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy) එක්ස්ට්‍රා කෝපෝරියල් ෂොක් වේව් ලිතොට්‍රිප්සි (ESWL), (Percutanous Nephrolithotripsy - PONL) පර්කියුටේනියස් නෙෆ්‍රොලිතොට්‍රිප්සි, යුරේටර්ස්කොපි (Ureterscopy) සහ කලාතුරකින් කරන විවෘත ශල්‍යකර්මයයි. මෙම තාක්ෂණික ක්‍රම එකිනෙක සමඟ තරගකාරී නොවන නමුත් එකිනෙකට අනුපූරක වේ. මෛත්‍රමුඛ රෝග (Urologist) විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා රෝගියාට සුදුසු වඩාත් හොඳ ක්‍රමය කුමක් දැයි තීරණය කරයි.

ශල්‍යකර්මය අවශ්‍ය වන්නේ මුත්‍රා ගල් ඇති කුමන රෝගියෙකුටද?

කුඩා ගල් ඇති බොහෝ රෝගීන්ට ගතානුගතික ක්‍රමයට ප්‍රතිඵලදායි ලෙස ප්‍රතිකාර කළ හැකි නමුත් වකුගඩු ගල් ඉවත් කිරීමට ශල්‍යකර්මය අවශ්‍ය වන්නේ:

- නැවත නැවත තදබල වේදනාව ඇතිවීමත් සාධාරණ කාලයක් ගතවී ඇතත් ගල පිට නොවීම.
- ගල තනිවම පිටතට ඒමට නොහැකි තරමට විශාල නම්
- ගල මුත්‍රා ගලායාම සැළකිය යුතු ලෙස අවහිර කරයි නම් සහ වකුගඩුවට හානියක් වීමට හේතුවී ඇත්නම්.
- නිතර නිතර මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන හෝ රුධිරය පිට වෙයි නම්

ගල් අවහිර වීම නිසා ක්‍රියාකාරී එකම වකුගඩුව ක්‍රියා විරහිත වුවොත් හෝ ක්‍රියාකාරී වකුගඩු දෙකම එකවර ක්‍රියා විරහිත වුවොත් එම රෝගීන්ට වහාම ශල්‍යකර්මය අවශ්‍යය.

ගල් නැවත නැවත ඇතිවීමේ අවස්ථා 50% ට වඩා ඇතිවේ. ඒවායින් වැළකීම සඳහා තරයේ අවවාද කරනු ලැබේ.

1. එක්ස්ට්‍රා කෝපොරියල් ෂොක් වේව් ලිතොට්‍රිප්සි ESWL - (Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy)

වකුගඩු ගල් වලට ප්‍රතිකාර කරන අලුත්ම ප්‍රතිඵලදායි සහ නිතරම පාහේ පාවිච්චි කරන ප්‍රතිකාරය මෙයයි. ලිතොට්‍රිප්සි ප්‍රතිකාරය, විශාලත්වයෙන් සෙ. මි. 1.5 ට අඩු වකුගඩු ගල් හෝ ඉහළ මුත්‍රකයේ ඇති ගල් වලට කදිමයි.

ලිතොට්‍රිප්සි ක්‍රමයේදී, ලිතෝට්‍රිප්ටර් යන්ත්‍රයෙන් නිෂ්පාදනය කෙරෙන ඉතා ඉහළ සංකේන්ද්‍රගත කම්පන තරංග හෝ අතිධ්වනික තරංග වලින් (Highly Concentrated Shock Waves or Ultrasonic Waves) ගල් කැඞීම කරයි. මෙම ගල් කුඩා අංශු වලට කැඞී පහසුවෙන් මුත්‍රා මාර්ගය හරහා මුත්‍රා සමග පිටවේ. ලිතොට්‍රිප්සි කිරීමෙන් පසු ගල් කැබලි පහසුවෙන් පිට කිරීම සඳහා රෝගියාට නොමසුරුව දියර පානය කරන ලෙස අවවාද කරනු ලබයි. ලොකු ගලක් ලිතොට්‍රිප්සි කිරීමෙන් පසු මුත්‍රකයේ අවහිර වීමක් අපේක්ෂා කරයි නම්, එම අවහිරතාවය මග හැරීමට විශේෂ සියුම් ප්ලාස්ටික් ටියුබයක් (Stent නමින් හඳුන්වන) මුත්‍රකයේ තැන්පත් කරයි. ලිතොට්‍රිප්සි සාමාන්‍යයෙන් ආරක්ෂා සහිතය. ලිතොට්‍රිප්සි කිරීමෙන් අනුමාන කළ හැකි සංකූලතා වන්නේ මුත්‍රාවල රුධිරය, මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන, අසම්පූර්ණ ගල් ඉවත් කිරීම (සම්පූර්ණ කිරීමට තව වාර කිපයක් අවශ්‍ය විය හැක). අසම්පූර්ණ ගල් කැබලි කිරීම (එය මුත්‍ර මාර්ගයේ අවහිරතා ඇති කිරීම පවා සිදු විය හැකියි) වකුගඩු වලට හානි සිදුවීම සහ රුධිර පීඩනය ඉහළ යෑම සිදුවේ.

ලිතොට්‍රිප්සි කිරීමෙන් ඇති වාසිය වන්නේ එය ආරක්ෂිත ක්‍රමයක් වන අතර ආරෝග්‍යශාලාවේ නැවතිම, නිර්වින්දනය කිරීම හෝ ශල්‍යමය කැපීමක් අවශ්‍ය නැත. මෙම ක්‍රමයේ වේදනාව ඉතා අවම මෙන්ම එය සියලුම වයස් කාණ්ඩවල රෝගීන්ට ඉතා සුදුසුය.

ලිතොට්‍රිප්සි විශාල ගල්වලට සහ ස්ථූල රෝගීන්ට අඩු ඵලදායිය. ලිතොට්‍රිප්සි ගර්භනී සමයේ අනුමත නොකරන අතර සහ දැඩි ආසාදන, පාලනය කළ නොහැකි අධි රුධිර පීඩනය, මුත්‍ර මාර්ගයේ විදූර (Distal) අවහිරතාව සහ රුධිර වහනය වීම වැනි සංකූලතා ඇති රෝගීන්ටද අනුමත කරනු නොලැබේ.

ලිතොට්‍රිප්සියෙන් පසු නිතර පසු විපරමින් සිටීම කලින් කලට පරීක්ෂණ කිරීම සහ නැවත ගල් ඇතිවීමේ රෝගය සිදු නොවීම සඳහා ගත යුතු වැළැක්වීමේ පියවර තදින් පිළිපැදීම අනිවාර්යය.

ලිතොට්‍රිප්සි යනු ඉතා ඵලදායි සහ බොහෝ අවස්ථාවල උපයෝගි කරගනු ලබන වකුගඩු ගල් සඳහා යොදා ගතහැකි, ශල්‍යකර්මයක් නොවන, වකුගඩු චිකිත්සාවකි.

2. පර්කියුටේනියස් නෙෆ්රොලිතෝටොමි හෝ PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy - PCNL)

පර්කියුටේනියස් නෙෆ්රොලිතෝටොමි හෝ PCNL ක්‍රමයෙන් වකුගඩුවේ හෝ මුත්‍රකයේ ඇති මධ්‍යම ප්‍රමාණයේ හෝ විශාල ගල් (සෙ. මී. 1.5 ට වඩා ලොකු) ඉවත් කිරීමට ඇති ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමයකි. **යුරේටරස්කොපි** හෝ **ලිතොට්‍රිප්සි** වැනි ප්‍රතිකාර ක්‍රම මගින් ගල් ඉවත් කිරීම අසමත් වුවොත්, නිතරම පාවිච්චි කරන විකල්පය PCNL ය.

මෙම ක්‍රියාවලියේදී සාමාන්‍ය නිර්වින්දනය යටතේ, මෞත්‍රමූක විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා ශරීරය පිටුපස කැපුමක් කර, සමේ සිට වකුගඩුව කරා කුඩා මාර්ගයක් ප්‍රතිබිම්බ විශාල කරනයකින් (Image Intensifier) හෝ සෝනෝග්‍රෆික් පාලනය යටතේ කරයි. උපකරණ එම මාර්ගයෙන් ඇතුල් කිරීම සඳහා එම මාර්ගය විස්තාරණය කරයි. නෙෆ්රස්කොප් නමැති උපකරණය පාවිච්චි කර මෞත්‍රමූඛ විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා ගල තිබෙන තැන හඳුනාගෙන ගල ඉවත් කරයි(නෙෆ්රොලිතෝටොමි - Nephrolithotomy). ගල විශාල නම් ඉතා ඉහල ධාරිතාවකින් යුත් ශබ්ද තරංගවලින් එය කඩා ඊටපසු ගල් කැබලි ඉවත් කරයි (නෙෆ්‍රොලිතොට්‍රිප්සි - Nephrolithotripsy).

ඇත්ත වශයෙන්ම PCNL ඉතා ආරක්ෂා සහිතය. නමුත් අනෙකුත් ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාරවලදී මෙන්ම මෙහිදීද ඇතැම් අවදානම් සහ සංකූලතා ඇතිවිය හැක. PCNL වල ඇතිවිය හැකි සංකූලතා වන්නේ රුධිරය වහනය වීම, ආසාදන, උදරයේ අනිකුත් ඉන්ද්‍රියයන්ට වන තුවාල, එම ඉන්ද්‍රියයන් නම් පුරීතානය (Colon), මුත්‍රා වහනය වීම සහ ජල උරසයයි (Hydrothorax).

PCNL සඳහා වන ප්‍රධාන වාසිය නම් කුඩා කැපීමක් (සෙ. මී. 1) අවශ්‍ය වීමයි. රෝගියාගේ තිබෙන ගල් සම්පූර්ණයෙන් ඉවත් කර ඔහුව ගල් වලින් නිදහස් කිරීමට ඇති ඉතා හොද ස්ථිර ක්‍රමය සහ එය එක් වරම කිරීමට හැකියාව ඇත්තේ PCNL ක්‍රමයයි. PCNL ක්‍රියාත්මක කිරීමේදී ආරෝග්‍යශාලාවේ සිටිය යුතු කාලය කෙටිය රෝගියා සුවවී යතා තත්වයට පැමිණීම ඉක්මන්ය.

වකුගඩුවල ඇති මධ්‍යම තරමේ හෝ විශාල ප්‍රමාණයේ ගල් ඉවත් කිරීමට ඉතා ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමය වන්නේ PCNL ය.

Ureteroscopy (URS) යුරේටරස්කොපි

යුරේටරස්කොපි, මුත්‍රකයේ මැද සහ පහළ පිහිටි ගල් වලට ප්‍රතිකාර කිරීමේ ඉතා ඉහළ ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමයකි. යුරේටරස්කොපි ක්‍රමය මගින් කරනු ලබන්නේ රෝගියාව නිර්වින්දනය කර, කැමරාවක් සවිකරන ලද සිහින් ආලෝකයකින් දැල්වූ ටියුබයක් (යුරේටරස්කෝප් - Ureteroscope) මුත්‍ර මාර්ගයෙන් මුත්‍රාශයට සහ ඉන්පසු මුත්‍රකයට ඇතුල් කරනු ලැබේ.

යුරේටරස්කෝපය මගින් ගල දැකගත හැක. එම ගලේ ප්‍රමාණය සහ මුත්‍රකයේ විෂ්කම්භය අනුව ගල කැබලි කිරීම සහ/හෝ ඉවත් කිරීම කරයි. මුත්‍රකයේ ගල කුඩා නම් ග්‍රහණය කරන උපකරණයෙන් ග්‍රහණය කර ඉවත් කරයි. ගලක් එක කැබැල්ලක් වශයෙන් ඉවත් කිරීමට විශාල වැඩි නම් එය කුඩා කැබලි වලට කැඩීම වායු පීඩනය කරන ලද (Pneumatic) ලිතොට්‍රිප්සි මගින් කරනු ලැබේ. මෙම කුඩා ගල් කැබලි මුත්‍රා සමඟ ස්වයංක්‍රියව පිටවේ. රෝගීනට සාමාන්‍යයෙන් එදිනම ගෙදර යෑමට පුළුවන් අතර තම සාමාන්‍ය කටයුතු දින 2-3 කින් පටන් ගත

හැක.

URS හි වාසිය වන්නේ තද ගල් පවා මෙම ක්‍රමයෙන් කැඩීමට හැකි වීමය. ඊට කැපීම් අවශ්‍ය නැත. ගර්බනී කාන්තාවන්ට, ස්ථූල පුද්ගලයන්ට සහ රුධිර වහනය වැනි අක්‍රමිකතා ඇති අයට මෙය ආරක්ෂාකාරීය.

මෙම ක්‍රමය සාමාන්‍යයෙන් ආරක්ෂාකාරී වුවත් අනෙක් ක්‍රියාවලි වලදී මෙන්ම මෙහිදීත් අවදානම් ඇතිවේ. URS හි ඇති විය හැකි සංකූලතා වන්නේ මුත්‍රාවල රුධිරය තිබීම, මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන, මුත්‍රකයේ සිදුරු ඇති වීම, මුත්‍රකයේ විෂ්කම්භය පටුකරන කැලැල් සහිත පටක සෑදීමය (යුරේටරල් ස්ට්‍රික්චර්).

> ශල්‍යකර්මයක් නොමැතිව යුරේටරස්කොපි මගින් මධ්‍යම සහ පහළ මුත්‍රකයේ ගල් වලට සාර්ථකව ප්‍රතිකාර කළ හැක.

විවෘත ශල්‍යකර්මය

ගල් රෝගය සඳහා කරන විවෘත ශල්‍යකර්මය වඩාත්ම ආක්‍රමණික සහ ඉතා වේදනාත්මක ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකි. එම ශල්‍යකර්මය කිරීමට දින 5-7 ක කාලයක් ආරෝග්‍යශාලාවේ නැවතී සිටිය යුතුය.

නව තාක්ෂණ ක්‍රම තිබෙන නිසා විවෘත ශල්‍යකර්මයේ අවශ්‍යතාවය උග්‍ර ලෙස අඩුකර ඇත. වර්තමානයේ විවෘත ශල්‍යකර්මය කලාතුරකින් කරන්නේ අන්ත දුර්ලබ අවස්ථාවකදී බොහෝ සංකූලතා ඇති රෝගීන්ට සෑදෙන විශාල ගලක් නම් පමණී.

විවෘත ශල්‍යකර්මයේ ප්‍රධාන ප්‍රයෝජනය වන්නේ, ගල් රැසක්, ඉතා විශාල ප්‍රමාණයේ ගලක් හෝ මුව අං මෙන් ඇති ගල් එක වරම සම්පූර්ණයෙන් ඉවත් කළ හැකි වීමයි. විවෘත ශල්‍යකර්මය කාර්‍යක්‍ෂම , පිරිවැය ඵලදායි ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකි. මෙය විශේෂයෙන් අදාල වන්නේ

සීමිත සම්පත් ඇති සංවර්ධනය වන රටවලටය.

වකුගඩු ගල් ඇති රෝගියකු වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවලදීද?

වකුගඩු ගල් ඇති රෝගියකු වහාම වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ:

- උදරයේ තදබල වේදනාව ඖෂධවලින් සුව නොවන්නේ නම්
- දියර ගැනීමට හෝ ඖෂධ ගැනීමට බැරි තදබල ඔක්කාරය සහ වමනය ඇත් නම්
- උණ, සීතල, උදරයේ වේදනාව සහිතව මුත්‍රා දැවිල්ල
- මුත්‍රා වල රුධිරය
- සම්පූර්ණයෙන් මුත්‍රා පිටකිරීම නතරවීම

> වකුගඩුවක විශාල ගල් ඇති හෝ වෙනත් ප්‍රතිකාර ක්‍රම අසාර්ථක වූ සුළු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකට පමණක් විවෘත ශල්‍යකර්මය වෙන් කර තබා ගත යුතුයි.

පරිච්ඡේදය 20

අකර පුරස්ථිතික හයිපර්ප්ලේසියාව (Benign Prostatic Hyperplasia-BPH)

පුරස්ථි ග්‍රන්ථිය පිහිටා ඇත්තේ පුරුෂයින්ට පමණය. වැඩිහිටි පුරුෂයන්ගේ (සාමාන්‍යයෙන් අවුරුදු 60ට වැඩි) පුරස්ථි ග්‍රන්ථිය විශාලවීම හේතුකොට ගෙන මුත්‍රා කිරිමේ අපහසුතා ඇතිවේ. ආයු අපේක්ෂා කාලය වැඩිවීමත් සමග අකර පුරස්ථික හයිපර්ප්ලාසියාවද (B.P.H යනුවෙන්ද හැඳින්වේ) වැඩිවී ඇත.

පුරස්ථිය ග්‍රන්ථිය යනු කුමක්ද? එහි කාර්යයන් මොනවාද?

එය වෝල්නට් ගෙඩියක ප්‍රමාණයේ කුඩා ඉන්ද්‍රියයක් වන අතර පුරුෂ ප්‍රජනන පද්ධතියේ එක් කොටසකි.
එය මුත්‍රාශයට හුදෙක්ම යටින් ගුද මාර්ගයට ඉදිරියෙන් පිහිටා ඇත. ඵුරස්ථිය මුත්‍රා මාර්ගයේ මූලික කොටසක් වටා පිහිටා ඇත. (එය මුත්‍රාශයෙන් මුත්‍රා ගෙන යන නාලයයි) වෙනත් වචන වලින් කියතොත් මුත්‍රා මාර්ගයේ මූලික කොටසක් (සෙ.මි. 3 ක් පමණ) පුරස්ථය තුලින් ගමන් කරයි.

පුරස්ථිය පුරුෂ ප්‍රජනේන්ද්‍රියයි. එයින් පිටකරනු ලබන ද්‍රාවනයෙන් ශුක්‍රාණු පෝෂණය කර ඒවා මුත්‍රාශයට රැගෙන විත් ශුක්‍ර මෝචනයේදී පිටකරනු ලැබේ.

අකර පුරස්ථික හයිපර්ප්ලේසියාව යනු කුමක්ද?

"බිනයින් පුරස්ථික" යන්නෙහි තේරුම - පුරස්ථික ගැටලුව හානිදායක නැත යන්නය. (පිළිකා හේතුකොට ගෙන ඇති නොවේ) සහ

"හයිපර්ප්ලාසියා" යන්නෙහි තේරුම ප්‍රසාරනය වීම යන්නයි.

බිනයින් පුරස්ථික හයිපර්ප්ලාසියා හෝ බිනයින් පුරස්ථික අධිතර්පණය (Benign Prostatic Hypertrophy) BPH පුරුෂයින් සියලු දෙනාටම පාහේ වයස්ගත වනවිට ඇතිවන පිළිකාමය නොවන පුරස්ථික ප්‍රසාරනය වීමකි. පුරුෂයින් වයස් ගත වන විට පුරස්ථි ග්‍රන්ථිය සෙමෙන් විශාලවේ. විශාලවූ පුරස්ථිය මුත්‍රා මාර්ගය තෙරපා මුත්‍රා වහනයට බාධා සිදුකර මුත්‍රා කිරිමේදී සංකූලතා ඇතිකරයි. මුත්‍රා මාර්ගය පටුවීම නිසා මුත්‍රා වහනය සෙමින් සිදුවන අතර මුත්‍රා යාමේ වේගය අඩුවේ.

බිනයින් පුරස්ථික හයිපර්ප්ලාසියාව වැඩිහිටි පුරුෂයින්ගේ රෝගයකි.

අකර පුරස්ථික හයිපර්ප්ලේසියාවේ රෝග ලක්ෂණ (BPH)

BPH හි රෝග ලක්ෂණ ආරම්භ වන්නේ අවුරුදු 50න් පසුවය. වයස අවුරුදු 60 වන වියේ පසුවන පුරුෂයින්ගෙන් භාගයක් සහ අවුරුදු 70 සහ 80 වන වියේ සිටින 90% ක් පුරුෂයින්ට BPH රෝග ලක්ෂණ ඇත. BPH හි රෝග ලක්ෂණ ක්‍රමයෙන් ආරම්භ වී අවුරුදු ගණනක් ගතවන විට එය සෙමෙන් නරක අතට හැරේ. BPH හි වඩාත් පොදු රෝග ලක්ෂණ වන්නේ:

- නිතර මුත්‍රා කිරීම, විශේෂයෙන් රාත්‍රියට. මෙය සාමාන්‍යයෙන් කලින්ම ඇතිවන රෝග ලක්ෂණයකි.
- සෙමින් සහ දුර්වල ලෙස මුත්‍රා වහනය වීම.
- මුත්‍රාශය පිරී ඇති බව දැනුනත්, මුත්‍රා වහනය ආරම්භයේදී ඇති අපහසුව හෝ ඇඩි වෙහෙසකාරී බව.
- වහාම මුත්‍රා කිරීමට උවමනාව ඇතිවීම, ඉතාමත් කරදරකාරී

ලක්ෂණයකි.

- මුත්‍රා කිරීමට මහන්සි වී තැටමීම.
- මුත්‍රා වහනයට බාධා සිදුවී කඩින් කඩ එය කිරීම.
- මුත්‍රා කිරීමෙන් පසු මුත්‍රා කාන්දුවීම හෝ බින්දුව බින්දුව වහනය වීම. මුත්‍රා කිරීමෙන් පසුවත් මුත්‍රා බින්දු වහනය වන නිසා යට ඇඳුම් තෙත් වේ.
- මුත්‍රාශය සම්පූර්ණයෙන් හිස් නොවීම.

අකර පුරස්ථිතික හයිපර්ප්ලේසියාවේ (BPH) සංකූලතා:

BPH දැඩි ලෙස ඇතිවී, ඊට ප්‍රතිකාර නොකර සිටියහොත්, කාලයක් යන විට සුලු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකට බරපතල ප්‍රශ්න ඇතිවිය හැක. (BPH) හි පොදු සංකූලතා වනුයේ:

- (Acute) උග්‍ර ලෙස මුත්‍රා රැඳී තිබීම - ප්‍රතිකාර නොකළ තදබල BPH කාලයක් යන විට මුත්‍රා වහනයේදී හිරිහැරියේම, සම්පූර්ණයෙන්ම සහ බොහෝ විට වේදනාකාරී බාධාවීමක් සිදුවිය හැක. එවැනි රෝගීන්ට මුත්‍රාශයෙන් මුත්‍රා පිට කිරීමට කැතිටරය නමැති නලයක් ඇතුළු කිරීමට අවශ්‍යවේ.
- (Chronic) තිව්‍ර ලෙස මුත්‍රා රැඳී තිබීම - දීර්ඝ කලක් අර්ධ වශයෙන් මුත්‍රා වහනයට බාධාවක් ඇතිවුවොත් එය තිව්‍ර මුත්‍රා රැඳීමකට හේතුවේ. තිව්‍ර මුත්‍රා රැඳීම වේදනා රහිත වන අතර ඉතිරිවී රැඳී ඇති මුත්‍රා ප්‍රමාණයේ වැඩි වීම එහි ලක්ෂණයයි. සාමාන්‍ය මුත්‍රා කිරීමෙන් පසු ඉතිරිවී රැඳී ඇති මුත්‍රා "රැඳෙන මුත්‍රා" යනුවෙන් හඳුන්වනු ලැබේ. එහිදී සාමාන්‍යයෙන් දැකිය හැකි මුත්‍රා රැඳීමට හේතුවන්නේ මුත්‍රාශය සම්පූර්ණයෙන් හිස් නොවීම හෝ නිතර සුලුවෙන් මුත්‍රා වහනය වීමයි. (මුත්‍රා පිටතට ගැලීම)
- මුත්‍රාශයට සහ වකුගඩුවට වන හානිය – උග්‍ර ලෙස මුත්‍රා රැඳී තිබීම

මුත්‍රාශයේ මාංශ පේශි බිත්තිය ඇදීමකට හේතුවේ. දිගු කලක් යනවිට මුත්‍රාශය දුර්වලවී එය නිසි විධියට ක්‍රියාත්මක වීම සිදු නොවේ.

- විශාල ලෙස මුත්‍රා පරිමාවක් රැඳී තිබීමෙන් මුත්‍රාශය වැඩි පීඩනයකට පත්වේ. මුත්‍රාශයේ ඉහළ පීඩනය හේතු කොට ගෙන මුත්‍රා මුත්‍රකය තුලින් ආපස්සට පීඩනය වී වකුගඩු වලට වහනය වේ. ඒ හේතුවෙන් මුත්‍රා මුත්‍රකය සහ වකුගඩුවලට පිරීම නිසා වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට හේතුවිය හැක.
- මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන සහ මුත්‍රාශයේ ගල්: සම්පූර්ණයෙන් මුත්‍රා හිස් කිරීමට අපහසුවීම මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන සහ මුත්‍රාශයේ ගල් සෑදීමේ අවදානම වැඩි කරයි.
- BPH පුරස්ථි පිළිකාවට ඇති අවදානම වැඩි නොකරන බව මතක තබා ගත යුතුයි.

> BPH නිසා විශේෂයෙන් රාත්‍රියට නිතර නිතර මුත්‍රා යාම සහ දුර්වල ලෙස මුත්‍රා වහනයට හේතුවේ.

BPH හඳුනාගැනීම

රෝග ඉතිහාසය සහ රෝග ලක්ෂණ මගින් BPH තිබෙන බවට පෙන්නුම් කරයි නම් පුරස්ථිය විශාලවී ඇති බව ස්ථිර කිරීමට හෝ ඇති බව බැහැර කිරීමට පහත සඳහන් පරීක්ෂණ කරනු ලැබේ.

1) ඩිජිටල් ගුද මාර්ග පරීක්ෂාව (Digital Rectal Examination - DRE)

මෙම පරීක්ෂාවේදී අත්වැස්මක් පැලඳූ ඇඟිල්ලක් ස්නේහනය කර මෘදු ලෙස රෝගියාගේ ගුද මාර්ගයට ඇතුල් කර, ගුද මාර්ග බිත්තිය තුලින් පුරස්ථි ග්‍රන්ථිය මතුපිට ස්පර්ෂ කර දැනගැනීම (හඳුනා ගැනීම) කරනු ලැබේ. මෙම පරීක්ෂණයෙන් වෛද්‍යවරයාට පුරස්ථි ග්‍රන්ථියේ ප්‍රමාණය

සහ එහි තත්වය පිළිබඳ අදහසක් ගෙන දේ. BPH හිදී කරන DRE පරීක්ෂණයෙන් පුරස්ථිය විශාලවී ඇත්ද, සිනිඳුද, කියා දැන ගැනීමට පුළුවන් වන අතර සංයුතිය තද, ගැට සහිත ආසාමාන්‍ය දැනීමක් ඇති පුරස්ථිය, පුරස්ථියේ පිළිකාමය තත්වයක් හෝ පුරස්ථිය කැල්සිහවනය වී ඇත්තේදැයි යෝජනා කරයි.

> ඩිජිටල් ගුද මාර්ග පරීක්ෂාව සහ සොනොග්‍රැෆි, BPH හඳුනාගැනීමට ඇති ඉතා වැදගත් පරීක්ෂණ වේ.

2) අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් සහ පසුව ටික ටික පහවන ඉතිරිව ඇති මුත්‍රා පරිමාවේ පරීක්ෂණය (Ultrasound and Post Void Residual Volume Test)

අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය පුරස්ථියේ ප්‍රමාණය සහ අනෙකුත් ප්‍රශ්න වන පිළිකාමය තත්වයන් ඇති බව, මුත්‍රකයේ සහ වකුගඩුවේ විස්තාරණය සහ සැරව පිරුණු ගෙඩි වැනි තත්වයන් ඇත්දැයි දැනගත හැක.

අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් ප්‍රතිබිම්බ, මුත්‍රා කිරීමෙන් පසු ඉතිරිවී ඇති මුත්‍රා ප්‍රමාණය තිරණය කිරීමට යොදා ගැනේ. පසුව හිස්වන ඉතිරිවී ඇති මුත්‍රා ප්‍රමාණය මි.ලි.50 ට වඩා අඩුනම් එය මුත්‍රාශය ප්‍රමාණවත් ලෙස හිස්වී ඇතිබව පෙන්නුම් කරයි. මි.ලි.100-200 දක්වා හෝ ඊට වැඩි ප්‍රමාණයක් ඉතිරිවී ඇත්නම් එය සැළකිය යුතු කරුණක් වන අතර ඒ සම්බන්ධව තව දුරටත් ඇගයීමක් අවශ්‍ය බව පෙන්නුම් කරයි.

3) පුරස්ථි ලක්ෂණ ගණනය හෝ දර්ශකය

අන්තර්ජාතික පුරස්ථි ලක්ෂණ ගණනය (International Prostate Symptom Score) හෝ ඇමරිකානු මුත්‍රවේදි සංගමයේ (AUA – American Urological Association) ලක්ෂණ දර්ශකය BPH හඳුනා ගැනීමට

උදව්වේ. මෙම හඳුනාගැනීමේ ක්‍රමයේදී බිනයින් පුරස්ථික හයිපරප්ලාසියාවට සම්බන්ද පොදු ලක්ෂණ ගැන ප්‍රශ්න කිරීමෙන් පුරුෂයින්ගේ මුත්‍රා ප්‍රශ්න ඇගයීමට ලක් කෙරේ. ගණනය කළ පුරස්ථි ලක්ෂණ අනුව මුත්‍රා පිළිබඳ ගැටලුවල තදබල බව විනිශ්චය කෙරේ.

4) රසායනාගාර පරීක්ෂණ - BPH හඳුනාගැනීමට රසායනාගාර පරීක්ෂණ උපකාර නොවේ. නමුත් ඒවා ඊට සම්බන්ද සංකූලතා හඳුනාගැනීමට සහ ඒ හා සමානව ඉදිරිපත් වන ප්‍රශ්න ඉවත් කිරීමට උදව් වේ. මුත්‍රා පරීක්ෂණයෙන් ආසාදන පිළිබඳව දැනගැනීමද, රුධිර පරීක්ෂණයෙන් වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය පිළිබඳව දැනගැනීමද කරනු ලැබේ.

5) පුරස්ථිය විශේෂිත ප්‍රතිදේහ ජනක පරීක්ෂණය (PSA – Prostate Specific Antigen)

මෙය පුරස්ථියේ පිළිකාවක් ඇත්දැයි දැනගැනීමට කරන රුධිර පරීක්ෂණයකි.

> රුධිර PSA පරීක්ෂණය පුරස්ථියේ පිළිකාව හඳුනාගැනීමට කරන ඉතා වැදගත් පරීක්ෂණයකි.

BPH ලක්ෂණ ඇති පුද්ගලයෙකුට පුරස්ථික පිළිකා තිබිය හැකිද? පුරස්ථි පිළිකා හඳුනාගන්නේ කෙසේද?

ඔව්. බොහෝ පුරස්ථි පිළිකා ලක්ෂණ සහ BPH සමානය. එමනිසා සායනික රෝග ලක්ෂණවලින් දෙක අතර තිබෙන වෙනස් තත්වයන් හඳුනා ගැනීම අපහසුය. නමුත් BPH, පුරස්ථි පිළිකාවට සම්බන්ද නැති බව මතක තබාගත යුතුය. පුරස්ථි පිළිකා හඳුනා ගැනීමට ඇති

වැදගත්ම පරීක්ෂණ තුන වන්නේ අංගුලිය (digital) ගුද මාර්ග පරීක්ෂණය (DRE), පුරස්ථීය විශේෂිත ප්‍රතිදේහ ජනක රුධිර පරීක්ෂණය (Prostate Specific Antigen - PSA) සහ පුරස්ථීය ජීවවේක්ෂාවයි (Prostate Biopsy).

BPH සඳහා ප්‍රතිකාරය

BPH සඳහා කරනු ලබන විකල්ප ප්‍රතිකාර තීරණය කිරීමේදී සාධක වනුයේ රෝග ලක්ෂණවල බරපතලකම එම රෝග ලක්ෂණ හේතුකොටගෙන එදිනෙදා ජීවිතයට ඇතිවන බලපෑම් සහ ඊට ආශ්‍රිතව පවත්නා වෛද්‍ය පහසුකම්ය. BPH සඳහා කරන ප්‍රතිකාරයේ අරමුණ වන්නේ ඇතිවන රෝග ලක්ෂණ අඩුකිරීම, ජීවන තත්වය දියුණු කිරීම, පසුව හිස්වන ඉතිරිව පවතින (Post Void Residual Urine Volume) මුත්‍රා පරිමාව අඩු කිරීම සහ BPH නිසා ඇතිවන සංකූලතා අඩු කිරීමය.

BPH සඳහා කරන විකල්ප ප්‍රතිකාර ක්‍රම තුන:

1) අවධානයෙන් සිටීම සහ ජීවන රටාව වෙනස් කිරීම (ප්‍රතිකාරයක් නොමැතිව) .

2) වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර.

3) ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර.

> පුරස්ථික පිළිකා සහ BPH වල රෝග ලක්ෂණ බොහෝ සමානය. නිශ්චිත හඳුනාගැනීම සඳහා නිවැරදි පිළිවෙලකට පරීක්ෂණ කළ යුතුයි.

1) අවධානයෙන් සිටීම සහ ජීවන රටාව වෙනස් කිරීම (ප්‍රතිකාරයක් නොමැතිව)

සුළු රෝග ලක්ෂණ ඇති හෝ පහළවන රෝග ලක්ෂණ වලින් තමාට කරදරයක් නොවන පුරුෂයින්ට ගත යුතු වඩාත් සුදුසු ක්‍රියා මාර්ගය වන්නේ ප්‍රතිකාරයක් නොමැතිව අවධානයෙන් යුතුව බලා සිටීමයි. අවධානයෙන් යුතුව බලා සිටීම යන්නෙන් අදහස් වන්නේ පහළ වන BPH රෝග ලක්ෂණ අඩුකිරීමට යම් කිසි දෙයක් නොකර නිකම් බලාගෙන සිටීම නොවේ. අවධානයෙන් සිටින කාලය තුළදී එම පුද්ගලයා BPH රෝග ලක්ෂණ අඩු කිරීමට ජීවන රටාව වෙනස් කළ යුතු අතර පහළ වන රෝග ලක්ෂණ හොඳ අතට හැරෙනවාද නැතිනම් නරක අතට හැරෙනවාද කියා දැන ගැනීමට අවුරුදු පතා නිත්‍ය පරීක්ෂණ කළ යුතුයි. ජීවන රටාවේ කළ යුතු වෙනස් කම්:

- මුත්‍රා කිරීමේ පුරුදු සහ දියර පානය පිළිබඳව සරල වෙනස්කම් කරන්න.
- මුත්‍රාශය නිතර හිස් කරන්න. මුත්‍රා නොකර බොහෝ වේලා රඳවා තබා ගෙන නොසිටින්න. මුත්‍රා කිරීමට උවමනාව ඇතිවූ වහාම මුත්‍රා කරන්න.
- දෙවරක් මුත්‍රා කිරීම. මෙහි අදහස මුත්‍රා පහ කිරීම අනුපිළිවෙලින් දෙවරක් කළ යුතුබවය. පළමුව සාමාන්‍ය ආකාරයට සැහැල්ලුවෙන් මුත්‍රාශය හිස්කර ටිකක් වේලා සිට නැවත මුත්‍රා කිරීමට උත්සහ කරන්න. මෙහිදී මුත්‍රා පහකිරීමට උවමනාවට වඩා වේගයෙන් හෝ අනවශ්‍ය වෙහෙසක් දැරීම සුදුසු නැත.
- සවස් කාලයේදී, මධ්‍යසාර සහ කෝපි අඩංගු පානයන්, පානය කිරීමෙන් වළකින්න. මේ දෙකෙන්ම මුත්‍රාශයේ මාංශ පේශිවල තත්වයට බලපෑම් ඇති කරන අතර වකුගඩු උත්තේජනයවී මුත්‍රා නිෂ්පාදනය ඇති කිරීම සමග රාත්‍රී කාලයේ මුත්‍රා කිරීමේ

අවශ්‍යතාවය ඇතිවේ.

- අධික ලෙස දියර පානයෙන් වළකින්න. (දිනකට දියර ලීටර 3 කට වඩා අඩුවෙන් පාවිච්චි කරන්න) අධික ප්‍රමාණයක් දියර එකවර පානය නොකර, එය දවස පුරා පැතිර යන ආකාරයට වරින් වර පානය කිරීමට සකස් කර ගන්න.
- නිදා ගැනීමට හෝ ගමනක් යාමට පැය කිපයකට කලින්, ගන්නා දියර ප්‍රමාණය අඩු කරන්න.
- වෛද්‍යවරයෙක් නියම නොකර කවුන්ටරයෙන් ගන්නා සෙම්ප්‍රතිශ්‍යාව සහ පීනස සඳහා විහිදුවා හරින ඩිකන්ජෙස්ටන්ට් (Decongestants) හෝ ඇන්ටිහිස්ටමින් ඖෂධ ප්‍රතිකාර නොකරන්න. මෙම ප්‍රතිකාර පහලවන රෝග ලක්ෂණ නරක අතට හැරවීමට හෝ මුත්‍රා රුදවීමට හේතුවිය හැක.
- මුත්‍රා පරිමාව වැඩිකරන ඖෂධ ගන්නා වේලාව වෙනස් කරන්න. (උදා : අධිමුත්‍රක)
- ශරීරය උණුසුම්ව තබාගන්න. දිනපතා ව්‍යායාම කරන්න. සිසිල් කාලගුණය සහ ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් අඩුකම රෝග ලක්‍ෂණ නරක අතට හරවයි.
- මුත්‍රා කාන්දුවීම වැළැක්වීමට ශ්‍රෝණි (Pelvic) ශක්තිමත් කරන ක්‍රියාකාරකම් ඉගෙනගෙන ක්‍රියාත්මක කරන්න. ශ්‍රෝණි ව්‍යායාම වලින් ශ්‍රෝණි තලයේ (Pelvic Floor) මාංශ පේශි ශක්තිමත් කිරීම සහ මුත්‍රාශයට ආධාරකයක් සපයන අතර වක්‍ර පීඩානය (Sphincter) වැසීමට උපකාර වේ. ව්‍යායාම මගින් ශ්‍රෝණි මාංශ පේශි නැවත නැවත තද කිරීම සහ ලිහිල් කිරීම කරයි.
- වේලාවකට අනුව මුත්‍රා කිරීමට සහ සම්පූර්ණයෙන් හිස් කිරීමට මුත්‍රාශය හසුරුවන්න. නිතර මුත්‍රා කිරීමට උත්සහ කරන්න.

- මල බද්ධයට ප්‍රතිකාර කරන්න.
- ආතතිය අඩු කරන්න. නොසන්සුන් බව සහ ආතතිය නිසා වැඩි වාර ගණනක් නිතර මුත්‍රා කිරීමට සිදුවිය හැක.

සුලු ලක්ෂණ ඇති BPH වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර නොමැතිව, අවධානයෙන් සිටීමෙන් සහ ජීවන රටාව වෙනස් කිරීමෙන් පාලනය කළ හැක.

2) වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර

සුලු රෝග ලක්‍ෂණ සිට මධ්‍යස්ත රෝග ලක්‍ෂණ දක්වා පෙන්නුම් කරන, BPH රෝග ලක්‍ෂණ පාලනය කිරීමට ඇති වඩාත්ම පොදු සහ සුදුසුම ක්‍රමය වන්නේ ඖෂධ ප්‍රතිකාරයයි. ප්‍රතිකාර කළ පුරුෂයින්ගෙන් **2/3** ක් පමණ, වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර මගින් ප්‍රධාන රෝග ලක්‍ෂණ සැළකිය යුතු ප්‍රමාණයකින් අඩුකරයි. විශාලවූ පුරස්ථිය සඳහා ඇල්ෆා- බ්ලෝකර්ස් සහ ඇන්ටි-ඇන්ඩ්‍රොජන්ස් (5-ඇල්ෆා රිඩක්ටේස් ඉන්හිබිටර්ස්) යනුවෙන් ඖෂධ පංති වර්ග දෙකක් ඇත.

- ඇල්ෆා බ්ලෝකර්ස්

ටැම්සුලෝසින් (Tamsulosin), ඇල්ෆුසෝසින් (Alfusosin), ටෙරාසොසින් (Terazosin) සහ ඩොක්සැසොසින් (Doxasosin) වැනි ඖෂධ වෛද්‍යවරු නියම කරති. ඒමගින් පුරස්ථිය තුළ සහ එය වටා ඇති මාංශ පේශීන් ලිහිල්කර මුත්‍රා කිරීමේ බාධා අඩුකර පහසුවෙන් මුත්‍රා බැහැර කිරීමට සළස්වයි. ඇල්ෆා බ්ලෝකර්ස් වල වඩාත් සුලබ අතුරු ආබාධ වන්නේ හිසේ සුලු සැහැල්ලු ගතියක්, කරකැවිල්ල සහ තෙහෙට්ටුවයි.

- 5 - ඇල්ෆා රිඩක්ටේස් ඉන්හිබිටර්ස් **(5 – Alpha Reductase Inhibitors)**

ෆයිනස්ටරයිඩ් (Finasteride) සහ ඩියුටස්ටරයිඩ් (Dutastaride) යන ඖෂධ මගින් පුරස්ථි ග්‍රන්ථියේ විශාලත්වය අඩුකරයි. මෙම ඖෂධ මුත්‍රා වහනයේ වේගය වැඩි කරන අතර BPH වල රෝග ලක්‍ෂණ ද අඩුකරයි. ඒවා ඇල්ෆා බ්ලෝකර්ස් මෙන් වේගයෙන් ක්‍රියා නොකරයි. (ප්‍රතිකාර ආරම්භවී මාස 6 කින් දියුණුව දැක ගත හැක) පොදුවේ තදබල පුරස්ථි ථි විශාලත්වය ඇති පුරුෂයින්ට මෙය හොඳින් ක්‍රියාත්මක වේ. 5-ඇල්ෆා රිඩක්ටේස් ඉන්හිබිටර්ස් වල බහුලව දැකිය හැකි අතුරු ආබාධ වන්නේ ශිෂ්නය ප්‍රාණවත් වීම සහ ශුක්‍ර මෝචනය පිළිබඳ ප්‍රශ්න, ලිංගික ක්‍රියා පිළිබඳ දූර්වල උනන්දුව සහ බෙලහීනතාවයයි.

- සම්බන්ධීකරණ ප්‍රතිකාර

ඇල්ෆා බ්ලෝකර්ස් සහ ඇල්ෆා රිඩක්ටේස් ඉන්හිබිටර්ස් වෙනස් ආකාරයට ක්‍රියාත්මක වීම සහ එකම වේලාවට ගතහොත් ඉන් ආකලන බලපෑමක් ඇතිවේ. එම නිසා මෙම ඖෂධ ද්විත්වය වෙන වෙනම ගැනීමට වඩා එක වර ගැනීමෙන් BPH රෝග ලක්‍ෂණ වල සැළකිය යුතු විශිෂ්ඨ දියුණුවක් ඇතිවේ. මෙම ඖෂධ ද්විත්වය එක වර ගැනීමේ ප්‍රතිකාරය, තදබල BPH රෝග ලක්ෂණ ඇති, විශාලවූ පුරස්ථිය ඇති සහ ඇල්ෆා බ්ලෝකර්ස් ඉහළ මාත්‍රාවකටවත් ප්‍රමාණවත් ප්‍රතිචාරයක් නොදක්වන පුරුෂයින්ට අනුමත කරනු ලැබේ.

සුලු ප්‍රමාණයේ සිට මධ්‍යස්ත ප්‍රමාණය දක්වා BPH රෝග ලක්‍ෂණ වලට සරල වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වඩා සුදුසුය. ශල්‍යකර්ම කිරීම පුලුවන් තරම් වළක්වන්න.

3) ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර

ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර අනුමත කරන්නේ පහත සඳහන් පුද්ගලයන්ටය.

- කරදරකාරී, මධ්‍යස්ථ ලක්‍ෂණවල සිට තදබල ලක්‍ෂණ වලට වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර වලින් ප්‍රතිඵලයක් නොලැබේ නම්.
- උත්සන්න ලෙස මුත්‍රා රැඳී ඇත්නම්.
- නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන.
- නැවත නැවත හෝ දිගටම මුත්‍රාවල රුධිරය පවතී නම්.
- BPH හේතුකොට ගෙන ඇතිවන වකුගඩු අකර්මණ්‍ය.
- BPH සමග මුත්‍රාශයේ ගල්.
- වැඩි වශයෙන් හෝ සැළකිය යුතු ලෙස මුත්‍රාශයේ පසුවට පහවන මුත්‍රා රැඳී පැවතීම.

ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර කොටස් දෙකකට බෙදිය හැක. එනම් ශල්‍යකර්ම චිකිත්සාව සහ සුවය සඳහා දිය හැකි අවම වශයෙන් ආක්‍රමණික ප්‍රතිකාරය. ඉතා බහුලව හෝ සාමාන්‍යයෙන් කෙරෙන ශල්‍යකර්මය වන්නේ **“පුරස්ථියේ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් රිසෙක්ෂන්ය”** (TransUrethral Resection - TURP). කුඩා ප්‍රමාණයේ සිට මධ්‍යම ප්‍රමාණයේ ග්‍රන්ථි ශල්‍යකර්ම කළමණාකරනය කිරීමේදී, TURP වලට සමාන ප්‍රතිඵල ගැනීමේ අරමුණ ඇතිව අඩු මෙහෙයවීමේ හැකියාවක් සහ අඩු වියදමකින් යුත් නව ක්‍රම කීපයක් වර්තමානයේ ක්‍රියාත්මක කෙරේ.

තදබල BPH ලක්ෂණ මුත්‍රා රැඳී පැවතීම, නැවත නැවත මුත්‍රා මාර්ගයේ ඇතිවන ආසාදන සහ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය යන කරුණු ශල්‍යකර්මයක අවශ්‍යතාවය පෙන්නුම් කරයි.

ශල්‍යකර්ම චිකිත්සා

බහුලව කෙරෙන විශේෂිත ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර වන්නේ පුරස්ථියේ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් රිසෙක්ෂන් (Transurethral Resection - TURP), ට්‍රාන්ස්යුරෙත්‍රල් ඉන්සිෂන් (Transurethral Incision of the Prostate - TUIP) සහ විවෘත පුරස්ථි විච්ඡේදනයයි (Open Prostatectomy).

1) Transurethral Resection of the Prostate – (TURP)

පුරස්ථියේ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් රිසෙක්ෂන් ශල්‍යකර්මය(TURP), ඖෂධ චිකිත්සාවට වඩා, රන් හා සමාන ප්‍රමිතියක් ඇති පුරස්ථි ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකි. එය 85%-90% දක්වා රෝගීන් කොටසකගේ මුත්‍රා කිරීමේ බාධාවන් සමනය කරන අතර එම සහනදායක තත්වය සාමාන්‍යයෙන් දිගු කලක් පවතී. TURP නම්, මෞත්‍රමූබ වෛද්‍යවරයා (Urologist) විසින් පුරස්ථි ග්‍රන්ථියේ මුත්‍රා වහනයට බාධා කරන කොටසක් ඉවත් කිරීම සඳහා කරන අවම ආක්‍රමණික ශල්‍යකර්මයකි. TURP ශල්‍යකර්මය සඳහා සමේ කැපුමක් හෝ මැස්මක් අනවශ්‍යය වන අතර ඒ සඳහා ආරෝග්‍යශාලාවේ නැවතීම අවශ්‍යය.

ශල්‍යකර්මයට පෙර

- එම ශල්‍යකර්මයට පෙර ඒ සඳහා රෝගියා සුදුසු තත්වයේ සිටීදැයි ස්ථිර කර ගනී.
- රෝගියාට දුම් පානය නවත්වන ලෙස කියා දෙයි. දුම් පානය පපුවේ සහ තුවාල වල ආසාදන ඇතිවීමේ අවදානම වැඩිකර සුවවීම පමාකරන නිසාය.
- රුධිරය තුනීකරන ඖෂධ නවත්වන ලෙස රෝගියාට දැනුම් දෙයි. (වෝෆාරින් - Warfarin) ඇස්ප්‍රින් සහ ක්ලොපිඩොග්‍රෙල් (Clopidogrel)

ක්‍රියාවලිය කරගෙන යන අතරතුරදී

- TURP ශල්‍යකර්මය සඳහා සාමාන්‍යයෙන් මිනිත්තු 60-90 දක්වා කාලයක් ගතවේ.
- TURP ශල්‍යකර්මය සඳහා නිර්වින්දනය කරනු ලබන්නේ කොදු ඇට පේලිය මගිනි. ආසාදන වැළැක්වීම සඳහා ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දෙනු ලැබේ.
- TURP ශල්‍යකර්මය කරන විට, පුරස්ථිය ඉවත් කිරීම සඳහා ශිෂ්නය අගින් (Resectoscope) රිසේක්ටස්කෝප් නමැති උපකරණයක් මුත්‍රා මාර්ගයට ඇතුල් කරනු ලැබේ.
- රිසේක්ටස්කෝප් උපකරණයේ ආලෝකය ඇති අතර අභ්‍යන්තරය දැක බලා ගැනීමට කැමරාවක්ද, පටක කැපීමට සහ රුධිර වාහිනී සීල් කිරීමට විදුලි පුඩුවක් (Loop) සහ වාරි තරල මුත්‍රාශයට ගෙන යාම සඳහා නාලිකාවක්ද (Channel) ඇත.
- පුරස්ථිමය පිළිකා තත්වයක් ඇත්දැයි දැන ගැනීම පිණිස, එම ක්‍රියාවලියේදී ඉවත් කරන ලද පුරස්ථිතික පටක (Histopathological) හිස්ටොපැතොලොජිකල් පරීක්ෂණය සඳහා රසායනාගාරයට යවනු ලැබේ.

> BPH සඳහා ඉතා ප්‍රතිඵලදායි සහ ජනප්‍රිය ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාරය TURP ය.

ශල්‍යකර්මයට පසු

- TURP ශල්‍යකර්මයෙන් පසු ආරෝග්‍යශාලාවේ සිටිය යුත්තේ දින 2-3 දක්වාය.
- ශල්‍යකර්මයෙන් පසු විශාල ත්‍රිත්ව ලුමන් කැතිටරයක් (Triple Lumen Catheter) ශිෂ්නයේ අගින් (මුත්‍රා මාර්ගයෙන්) මුත්‍රාශයට ඇතුල්

කරනු ලැබේ.

- මුත්‍රාශ නිස්සේචන ද්‍රාවණයක් (A Bladder Irrigation Solution) කැතිටරයට සම්බන්ධ කර පැය 12-24 ක කාලයක් පුරාම නොනත්වා මුත්‍රාශය නිස්සේචනය කර වැස්සීමට සලස්වනු ලැබේ.
- ශල්‍යකර්ම ක්‍රියාවලියේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් ඇතිවූ රුධිරය හෝ රුධිර කැටි මුත්‍රාශය නිස්සේචනය කිරීමෙන් ඉවත් වේ.
- මුත්‍රාවල සැළකිය යුතු රුධිර වහනයක් හෝ රුධිර කැටි නොමැති වූවිට කැතිටරය ඉවත් කෙරේ.

ශල්‍යකර්මයෙන් පසු අවවාද

TURP ශල්‍යකර්මයෙන් පසු ඉක්මන් සුවය සඳහා ගත යුතු පියවර පහත සඳහන් වේ.

- මුත්‍රාශය හොඳින් පිරිසිදු වී මුත්‍රා පිටවීම සඳහා දියර වගී වැඩිපුර පානය කරන්න.
- මල පහ කරන විටදී තැටමීම නුසුදුසු නිසා මල බද්ධය වළක්වාගන්න. තැටමීමේ ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් රුධිර වහනය වැඩිවිය හැක. මල බද්ධය ඇතිවුවහොත් දින කිපයක් විරේකයක් පාවිච්චි කරන්න.
- වෛද්‍යවරයාගේ අවසරය නොමැතිව රුධිරය තුනී කරන ඖෂධ ගැනීම ආරම්භ නොකරන්න.
- ශල්‍යකර්මයෙන් පසු සති 4-6 කාලයක් බර ඉසිලීම හෝ වෙහෙසවී කරන වැඩවලින් වළකින්න.
- ශල්‍යකර්මයෙන් පසු සති 4-6 කාලයක් ලිංගික කටයුතු වලින් වළකින්න.
- මද්‍යසාර, කැෆේන් අඩංගු පාන වගී (කෝපි, තේ වැනිදෑ), කුලුබඩු සහ මිරිස් අඩංගු සැර ආහාර ගැනීමෙන් වැළකෙන්න.

TURP ශල්‍යකර්මය කරන්නේ රෝගියා සිහිනැති නොකර කශේරුකයට (Spinal) නිර්වින්දන බෙහෙත් විදීමෙනි. ඒ සඳහා ආරෝග්‍යශාලාවේ නැවතිය යුත්තේ කෙටි කාලයකි.

ඇතිවිය හැකි සංකූලතා

- වහාම ඇතිවිය හැකි පොදු සංකූලතා වන්නේ රුධිරය වහනය වීම සහ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇතිවීමය. අඩුවෙන්ම ඇතිවිය හැකි සංකූලතා වන්නේ TURP සින්ඩ්‍රෝමය සහ ශල්‍යකර්මයෙන් පසු ඇතිවන ගැටලුය.
- TURP ශල්‍යකර්මය කිරීමෙන් පසු ඇතිවන සංකූලතා වන්නේ මුත්‍රා මාර්ගය පටුවීම, ප්‍රත්‍යගාමී උත්ක්ෂේපනය (ශුක්‍රානු ආපස්සට ගමන් කිරීම), අසංධාරිතය (ශුක්‍රානු පිට වීමේ පාලනයක් නැති වීම) සහ නෂ්ටකාමයයි (ලිංගික බෙලහීනතාවය).
- ශුක්‍රානු ආපස්සට ගමන් කර මුත්‍රාශයට යෑම TURP ශල්‍යකර්මයෙන් ඇති වන පොදු විෂම ප්‍රතිඵලයකි. එය 70% ක් පමණ පුද්ගලයින්ට සිදුවේ. මෙය ලිංගික ක්‍රියාවලියට හෝ සතුටට බල නොපාන නමුත් වඳ භාවයට හේතුවේ.
- සංකූලතා අවදානම වැඩිවිය හැක්කේ ස්ථූල බව, දුම් පානය, මධ්‍යසාර අනිසි ලෙස භාවිතය, මන්දපෝෂණය සහ දියවැඩියාව නිසාය.

ආරෝග්‍යශාලාවෙන් පිටවූ පසු වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ රෝගියාට පහත සඳහන් ලක්ෂණ ඇත්නම්:

- මුත්‍රා පහකිරීමට නොහැකි නම් හෝ අපහසුතාවයක් තිබේ නම්.
- ඖෂධ ගැනීමෙන් පසු වුවද තදබල වේදනාවක් තිබේ නම්.
- විශාල රුධිර කැටි සමග රුධිර වහනය හෝ රුධිර කැටි කැතීටරයේ හිරවී එහි ක්‍රියාකාරීත්වයට අවහිර කරයි නම්.
- උණ සහ සීතල සමග ආසාදන ලක්ෂණ.

2) Transurethral Incision of the Prostate – TUIP - පුරස්ථියේ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් කැපුම

TUIP කුඩා පුරස්ථි හෝ දුර්වල ශරීර සෞඛ්‍යයෙන් යුත්, TURP ශල්‍යකර්මයට සුදුසු නැති පුරුෂයින්ට, ඇති විකල්පයකි. TURP වලට සමාන ක්‍රමයකට TUIP කෙරේ. නමුත් පුරස්ථි ටිශුයෙන් පටක ඉවත් කරනවා වෙනුවට මෙහිදී පුරස්ථියේ ගැඹුරු දික් අතට කැපුම් දෙකක් හෝ වැඩියෙන් දැමෙයි. මෙම කැපුම් නිසා මුත්‍රා මාර්ගය පුලුල් වේ. තවද මුත්‍රා මාර්ගයේ පීඩනය අඩුකර මුත්‍රා වහනය වඩා පහසුකරයි.

TUIP වල ප්‍රයෝජන වන්නේ අඩුවෙන් රුධිරය වහනය වීම. ශල්‍යකර්මය නිසා සිදුවන සංකූලතා අඩු වීම. කෙටි කලකදී සුවවෙන අතර ආරෝග්‍යශාලාවේ නැවතී සිටීම කෙටි කාලයකට සීමාවේ. ප්‍රත්‍යගාමී උත්ක්ෂේපනය සහ මුත්‍රා අසංධාරිතය TURP වලට වඩා අවදානම අඩුය. TUIP ශල්‍යකර්මයේ සීමාවල් වන්නේ ඵලදායි බව අඩු කම (උදා. රෝග ලක්ෂණවල ප්‍රමාණවත් නොවන සහනයක් හෝ කාලයකට පසු ඇතැම් රෝගීන්ගේ රෝග ලක්ෂණ නැවත මතු වීම) සහ පසු විපරම් ප්‍රතිකාරයක් ලෙස TURP ශල්‍යකර්මය ඒ සඳහා යොදා ගැනීමට සිදුවේ. විශාල ප්‍රමාණයේ පුරස්ථියකට TUIP ඉතාම හොඳ ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමයක්

නොවේ.

මුත්‍රාශයට ශුක්‍රාණු ආපස්සට ගමන් කිරීම TURP ශල්‍යකර්මයෙන් ඇතිවන පොදු සංකූලතාවකි. එය මදසරු බවට හේතුවේ. (පියෙකු වීමේ හැකියාව නැති වීම)

TUIP වල ප්‍රයෝජන වන්නේ අඩුවෙන් රුධිරය වහනය වීම. ශල්‍යකර්මය නිසා සිදුවන සංකූලතා අඩු වීම. කෙටි කලකදී සුවවෙන අතර ආරෝග්‍යශාලාවේ නැවතී සිටීම කෙටි කාලයකට සීමාවේ. ප්‍රත්‍යගාමී උත්ක්ෂේපනය සහ මුත්‍රා අසංධාරිතය TURP වලට වඩා අවදානම අඩුය. TUIP ශල්‍යකර්මයේ සීමාවල් වන්නේ ඵලදායි බව අඩු කම (උදා. රෝග ලක්ෂණවල ප්‍රමාණවත් නොවන සහනයක් හෝ කාලයකට පසු ඇතැම් රෝගීන්ගේ රෝග ලක්ෂණ නැවත මතු වීම) සහ පසු විපරම් ප්‍රතිකාරයක් ලෙස TURP ශල්‍යකර්මය ඒ සඳහා යොදා ගැනීමට සිදුවේ. විශාල ප්‍රමාණයේ පුරස්ථියකට TUIP ඉතාම හොඳ ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමයක් නොවේ.

විවෘත පුරස්ථික විච්ඡේදනය (Open Prostatectomy)

Open Prostatectomy නම් පුරස්ථිය ඉවත් කිරීමට උදරයේ ශල්‍යකර්ම කැපුමක් දමන ශල්‍යකර්මයකි. බොහෝ ඵලදායි ක්‍රම තිබෙන නිසාත්, අඩු හානිකර විකල්ප මාර්ග තිබෙන නිසාත්, විවෘත පුරස්ථි විච්ඡේදනය **(Open Prostatectomy)** BPH සඳහා යොදාගන්නේ කලාතුරකිනි.

Open Prostatectomy වෙන් කර ඇත්තේ දරුනු ලෙස විශාලවූ පුරස්ථි ඇති පුරුෂයින් කිහිපදෙනෙකුට පමණක් සහ මෙම ශල්‍යකර්මයේදීම එකවර නිවැරදි කර ගැනීමට අවශ්‍ය වෙනත් ගැටලු වලින් වේදනා විඳින රෝගීන්ටය.

අවම ආක්‍රමනික ප්‍රතිකාර ක්‍රම (Minimally Invasive Treatments-(MITs))

අවම ආක්‍රමනික ක්‍රම නම් ඉතා අඩුවෙන් වේදනාව ගෙන දෙන්නකි. නවීන තාක්ෂණය සහ පර්යේෂණ සමග අවම ආක්‍රමනික ප්‍රතිකාර ක්‍රම ඉලක්ක වී ඇත්තේ BPH සඳහා සරලව සහ නිරෝගී ආකාරයට ප්‍රතිකාර කිරීමයි.

පුරස්ථියේ ඇති අතිරික්ත පටක ඉවත් කිරීමට, **MITs** ප්‍රතිකාර ක්‍රමය සාමාන්‍යයෙන් තාපය, ලේසර් හෝ විද්‍යුත් වාෂ්පීකරණය භාවිතා කරයි. මෙම ප්‍රතිකාර සියල්ල ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් ක්‍රමයකට කෙරේ. (ශිෂ්නයේ මුත්‍ර මාර්ග තුලින් ඉහළට යයි).

අවම ආක්‍රමනික ප්‍රතිකාර ක්‍රම වලින් ඇති ප්‍රයෝජන වන්නේ:

ආරෝග්‍යශාලාවෙ කෙටිකලක් නැවතීමට සිදුවීම, අවම වශයෙන් නිර්වින්දනය අවශ්‍ය වීම, සම්මත පුරස්ථි ශල්‍යකර්මයට වඩා අවදානම සහ සංකූලතා අඩුය. තවද රෝගියා අඩු කාලයකින් සුවය ලැබ යථා තත්වයට පත් වේ.

කුඩා පුරස්ථිති හෝ TURP නුසුදුසු වැඩි අවදානමක් ඇති රෝගීන්ට TUIP විලක්පයකි.

මෙම ක්‍රමයේ අහිතකර ප්‍රතිඵල වන්නේ

සම්මත TURP ශල්‍යකරමයට වඩා එලදායි බව අඩුය. අවුරුදු 5-10 ට පසු නැවත ශල්‍යකර්මයක් අවශ්‍ය වීමට ඉඩ ඇත. හිස්ටොපැතලොජිකල් පරීක්ෂණය සඳහා අවශ්‍ය පුරස්ථික පටක ලබා ගත නොහැක. (සැගවුණු පුරස්ථි පිළිකා ඇත්දැයි සැක හැර දැන ගැනීමට) එහි ආරක්ෂාව සහ කාර්‍යක්ෂම බව සඳහා දිගු කල් අධ්‍යයනයන් ඇත්තේ සුලු

වශයෙනි. පසුබැමකට ඇති වැදගත් අතිරේක කරුණ වන්නේ අවම ආක්‍රමනික ප්‍රතිකාර ක්‍රම **MITs** බොහෝ සංවර්ධනය වන රටවල ලබා ගත නොහැකි අතර වර්තමානයේ ඒවා ඉතා වැඩි වියදම් සහිතය.

BPH වලදී යොදාගන්නා විවිධ අවම ආක්‍රමනික ප්‍රතිකාර ක්‍රම වන්නේ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් මයික්‍රොවේව් තර්මෝතෙරපි (TUMT), ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් නීඩල් ඇබ්ලේෂන් (TUNA), වෝටර් ඉන්ඩියුස්ඩ් තර්මෝතෙරපි (WIT), පුරස්ථීත ස්ටෙන්ට් සහ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් ලේසර් චිකිත්සාවය.

1) ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් මයික්‍රොවේව් තර්මෝතෙරපි (TUMT)

මෙම ක්‍රමයේදී මුත්‍රා වහනයට බාධා කරන වැඩිපුර තිබෙන පුරස්ථීත පටක මයික්‍රෝවේව් තාපයයෙන් දහනය කරනු ලැබේ.

2) පුරස්ථියෙහි - ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් නීඩල් ඇබ්ලේෂන් (TUNA)

මෙම ක්‍රමයේදී විකිරණ සංඛ්‍යාත ශක්තිය යොදාගෙන මුත්‍රා වහනය අවහිර කරන වැඩිපුර තිබෙන, පුරස්ථීත පටක ආතංචනය කිරීම (Coagulated) සහ විපත්‍යය (Necrose) කෙරේ.

3) වෝටර් ඉන්ඩියුස්ඩ් තර්මෝතෙරපි (WIT)

මෙම කාක්ෂණයේදී උෂ්ණත්වයෙන් කෙරෙන ආතංචනය(Coagulation) සහ වැඩිපුර පුරස්ථිත පටක විපත්‍යය කිරීමට උණුවතුර හේතුවේ.

4) පුරස්ථිත ස්ටෙන්ට්ස්

මෙම තාක්ෂණයේදී පුරස්ථීත මුත්‍රා මාර්ගයේ පටු වී ඇති කොටස ඇතුළත ස්ටෙන්ට් එකක් දමනු ලැබේ. මෙම ස්ටෙන්ටය නාලිකාව විවෘතව තැබීම නිසා පහසුවෙන් මුත්‍රා කිරීමට හැකිවේ. ස්ටෙන්ට්ස් නැමෙන සුලුය. ඒවා ස්වයංක්‍රියව පුලුල් වෙන ටයිටේනියම් වයර් උපාංගයක් වන අතර එහි හැඩය ස්ප්‍රින් හෝ දඟර වැනිය.

5) ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් ලේසර් චිකිත්සාව

මෙම තාක්ෂණයේදී පුරස්ථියේ බාධා කරන කොටස් තාපය මාර්ගයෙන්, ලේසර් ශක්තිය උපයෝගි කරගෙන විනාශ කරයි.

> MIT ප්‍රයෝජන - කෙටි කලක් ආරෝග්‍යශාලාවේ නැවතීමට සිදුවේ. අවදානම අඩුය. අවධානය, වියදම ප්‍රතිඵල සහිතය. දිගුකාලීන ආරක්ෂාව ලැබේ.

BPH රෝගියෙකු වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

BPH රෝගියෙකු වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ:

- මුත්‍රා කිරීමට කිසිසේත්ම අපහසු නම්.
- මුත්‍රා කරන විට වේදනාව හෝ දැවිල්ල, දුගඳ වහනය, සීතල සමග උණ.
- මුත්‍රා වල රුධිරය.
- මුත්‍රා කිරීම පාලනය කළ නොහැකිකම නිසා යට ඇඳුම් තෙත් වීම.

> පුරස්ථී ස්ටෙන්ට් ආරක්ෂාකාරි ඵලදායි ප්‍රතිකාරයක් වන්නේ, ඖෂධ ඵලදායි නොවූ විට සහ ශල්‍යකර්ම නුසුදුසු යැයි තීරණය කළ විටය.

පරිච්ඡේදය 21

ඖෂධ සහ වකුගඩු ගැටලු

විවිධ ඖෂධ වර්ග නිසා වකුගඩුවට හානි සිදු වීම පොදු කරුණකි.

ශරීරයේ ඇති අනිකුත් ඉන්ද්‍රියයන් හා සසඳන කළ වකුගඩුව ඖෂධවලට විෂවීමේ වැඩි අවදානමක් ඇත්තේ මක්නිසාද?

ඖෂධ හේතුකොට ගෙන වකුගඩුවට හානි සිදුවීමට වැඩි වශයෙන් වැදගත්වන හේතු දෙකක් වන්නේ:

1) වකුගඩුව මාර්ගයෙන් ඖෂධ බැහැර කිරීම .

වකුගඩුව යනු ඖෂධ සහ එහි පරිවෘත්තිය නිෂ්පාදන (Metabolites) බැහැර කිරීමේ කාර්යයේ නිරතවන ප්‍රධාන ඉන්ද්‍රියකි. ඖෂධ බැහැර කිරීමේ ක්‍රියාවලියේදී සමහර ඖෂධ හෝ එහි පරිවෘත්තිය නිෂ්පාදන නිසා වකුගඩුවට හානි සිදුවිය හැක.

2) වකුගඩුවට වැඩි රුධිර ප්‍රමාණයක් ගලායාම.

සෑම මිනිත්තුවකටම හෘද වස්තුවෙන් පොම්ප කරන මුලු රුධිරයෙන් 20% ක් (1200 ml රුධිරය) පිරිසිදු කිරීම සඳහා වකුගඩු දෙකටම ඇතුල් වේ. ශරීරයේ තිබෙන සියලුම ඉන්ද්‍රියයන් අතරින් ඉන්ද්‍රියයේ කිලෝ බරට අනුව වැඩිම ප්‍රමාණයක් රුධිරය ලබාගන්නේ වකුගඩුවයි. ඉතා හොඳින් රුධිරය සැපයෙන නිසා හානිදායක ඖෂධ සහ ද්‍රව්‍යයන් විශාල ප්‍රමාණයක් කෙටි කාලයකදී වකුගඩුවට ලබාදේ. මේ නිසා වකුගඩුවට හානි සිදුවිය හැක.

වකුගඩුවට හානි කරන ප්‍රධාන ඖෂධ

1) වේදනානාශක

ශරීරයේ වේදනාවට, හිසේ කැක්කුමට, සන්ධි වේදනාවට සහ උණට ඔසුසල කවුන්ටරයෙන් ලබාගත හැකි විවිධ ඖෂධ ඇති අතර මෙම ඖෂධ ලබාගන්නේ වෛද්‍යවරයෙකුගේ නිර්දේශයක් නොමැතිවය. මෙම ඖෂධ වකුගඩු හානියට ප්‍රධාන වශයෙන් බලපායි.

> ඖෂධ නිසා ඇතිවන වකුගඩු හානියට ප්‍රධාන හේතුව වන්නේ වේදනානාශකය.

NSAIDS යනු මොනවාද? මෙම කණ්ඩායමට කුමන ඖෂධ අයත් වන්නේද?

ස්ටෙරොයිඩ නොවන ප්‍රතිප්‍රදාහ ඖෂධ, (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs - NSAIDS) වේදනාව අඩු කිරීමට, උණ සහ ප්‍රදාහය අඩු කිරීමට ඇති පොදු ඖෂධ වේ. මෙම ඖෂධවලට ඇතුලත් වන්නේ ඇස්ප්‍රින්, ඩික්ලෝෆිනැක් (Diclofenac), ඉබියුප්‍රොෆෙන් (Ibuprofen), ඉන්ඩොමෙතසින් (Indomethacin), කෙටොප්‍රොෆෙන් (Ketoprofen), නිමෙසුලයිඩ් (Nimesulide), නැප්‍රොක්සෙන් යනාදියයි.

NSAID වකුගඩුවලට හානි පමුණුවයිද?

NSAID ඖෂධ සාමාන්‍යයෙන් ආරක්ෂාකාරීයි, එය එසේ වන්නේ වෛද්‍යවරයෙකුගේ උපදෙස් මත නිවැරදි මාත්‍රා වලින් ගත් විටදිය. සිහිතබා ගතයුතු වැදගත් කරුණක් වන්නේ ඖෂධ නිසා ඇතිවන වකුගඩු හානියට ප්‍රධාන හේතුව ඇමිනොග්ලයිකෝසයිඩ්ස් (minoglycosides) ඖෂධ බවත්, NSAIDs ඖෂධ ඊට දෙවෙනි සථානය ගන්නා බවත්ය.

NSAIDs වකුගඩුවලට හානි සිදු කරන්නේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

NSAID පාවිච්චිය නිසා ඇතිවන වකුගඩු හානියේ අවදානම වැඩි වන්නේ:

- වෛද්‍යවරයෙකුගේ උපදෙස් නොමැතිව දිගුකලක් වැඩි මාත්‍රාවක් පාවිච්චි කළහොත්.
- ඖෂධ කිපයක සන්කලනයක් ඇති, තනි පෙත්තක් දිගු කලක් පාවිච්චි කළහොත්. (උදා: APC - ඇස්ප්‍රින්, ෆෙනසටින් සහ කැෆෙන් අඩංගුය)
- වයස් ගත, වකුගඩු අකර්මණ්‍යවූ, දියවැඩියාව හෝ විජලනය ඇති පුද්ගලයෙකු NSAIDs ගතහොත්.

වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති රෝගීන්ට කුමන වේදනානාශක ආරක්ෂාකාරීද?

අනෙකුත් NSAIDs වලට වඩා පැරසිටමෝල් (Acetaminophen) ආරක්ෂාකාරී ඖෂධයකි.

බොහෝ හෘදවස්තු රෝගීන්ට ඇස්ප්‍රින් මුලු ජීවිත කාලයටම ගන්නා ලෙස නියම කරනු ලැබේ. ඉන් වකුගඩුවලට හානියක් සිදුවේද?

හෘද කන්තුක (Cardiac) රෝගීන්ට අඩු මාත්‍රාවකින් යුත් ඇස්ප්‍රින් ගන්නා ලෙස වෛද්‍යවරු උපදෙස් දෙන නිසා, එය ආරක්ෂාකාරීය.

> තමා විසින්ම පොදු වේදනානාශක ඖෂධ පාවිච්චිය භයානකය.

NSAIDs හේතුවෙන් වකුගඩුවලට සිදුවන හානිය ආපසු හැරවිය හැකිද?

ඔව් සහ නැහැ.

ඔව් - කෙටිකලක් NSAID පාවිච්චි කිරීම නිසා උග්‍ර වකුගඩු හානිය ඇතිවූවොත් NSAIDs ඖෂධ නැවැත්වීමෙන් සහ නිසි ප්‍රතිකාර වලින් ආපසු හැරවිය හැක.

නැත - සන්ධි වේදනා ඇති බොහෝ වයස්ගත රෝගීන් හට දිගු කලකට NSAID අවශ්‍යය. වැඩි මාත්‍රාවකින් දිගුකලක් (අවුරුදු ගණන්) දිගටම ඒවා ගතහොත් එය මන්දගාමී සහ දිනෙන් දින වර්ධනය වන වකුගඩු හානියකට හේතුවේ. මේ වර්ගයේ වකුගඩු හානිය ආපසු හැරවිය නොහැක. දිගුකලක් NSAIDs වැඩි මාත්‍රාවක් අවශ්‍යය වයස්ගත රෝගීන් කායික වෛද්‍යවරයෙකුගේ උපදෙස් සහ ආරක්ෂාව යටතේ ඖෂධ පාවිච්චි කළ යුතුයි.

NSAIDs දිගු කලක් ගැනීම නිසා ඇතිවන මන්දගාමීව සිදුවන නමුත් දිනෙන් දින වර්ධනය වන වකුගඩු හානිය කල් ඇතිව හඳුනාගත හැක්කේ කෙසේද?

NSAIDs හේතුකොට ගෙන ඇතිවන වකුගඩු හානිය හඳුනාගැනීමට ඇති එකම සහ පළමු ඉඟිය මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන තිබීයමය. වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නරක අතට හැරෙන විට රුධිරයේ ක්‍රියැටිනින් මට්ටම ඉහළ යයි.

වේදනානාශක හේතුකොට ගෙන ඇතිවන වකුගඩු හානිය වළක්වා ගත හැක්කේ කෙසේද?

වේදනානාශක හේතුකොට ගෙන ඇතිවන වකුගඩු හානිය වැළැක්වීමට ගත යුතු සරල පියවර වන්නේ:

- වැඩි අවදානමක් ඇති පුද්ගලයින්ට NSAIDs පාවිච්චිය වළක්වන්න.
- වේදනානාශක ඖෂධ වගවිභාගයකින් තොරව පාවිච්චිය සහ වේදනාව සමනය කිරීමට ගන්නා ඖෂධ කවුන්ටරයෙන් ගැනීමෙන් වළකින්න.
- දිගු කලකට NSAIDs අවශ්‍ය වුවහොත් ඒවා ගත යුත්තේ වෛද්‍යවරයෙකුගේ අනුදැනුම ඇතිවය.
- NSAIDs ගන්නා මාත්‍රාව සහ ගන්නා කාලය සීමා කරන්න.
- ඖෂධ කිපයක සන්කලනයක් ඇති වේදනානාශක දිගුකලක් ගැනීමෙන් වළකින්න.
- දිනපතා වැඩිපුර දියර ප්‍රමාණයක් පානය කරන්න. වකුගඩුවලට ප්‍රමාණවත් රුධිර ප්‍රමාණයක් සැපයීමට සහ වකුගඩුවලට සිදුවිය හැකි හානිය වළක්වා ගැනීමට ප්‍රමාණවත් ලෙස සජලනය කිරීම ඉතා වැදගත්ය.

දියවැඩියාව, වකුගඩු අකර්මණ්‍ය, විජලනය හෝ වයස්ගත රෝගීන්ට ඖෂධ නිසා වකුගඩු වලට වන අවදානම වැඩිය.

2) ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ්ස් (Aminoglycosides)

නිතරම පාවිච්චියේ යෙදෙන ප්‍රතිජීවක ඖෂධ කාණ්ඩයක් වන ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ්ස් වකුගඩු හානියට හේතුවන පොදු කරුණකි. ආරම්භක චිකිත්සාවෙන් දින 7-10 කාලයකින් පසු වකුගඩු හානිය සිදුවේ. මෙම වකුගඩු හානිය හඳුනා ගැනීම බොහෝවිට මගහැරෙන්නේ පිටවන මුත්‍රා ප්‍රමාණයේ කිසියම් වෙනසක් දක්නට නොහැකිවීම නිසාය.

ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ්ස් නිසා ඇතිවන වකුගඩු හානියේ අවදානම වැඩි වන්නේ, වයස්ගත, විජලනයෙන් පෙළෙන, කලින් වකුගඩු රෝග

වැලඳුනු, ශරීරයේ පොටැසියම් සහ මැග්නීසියම් හීනතාවයක් ඇති, දිගුකලක් වැඩි ඖෂධ මාත්‍රා ප්‍රමාණයක් ගත්, අනෙකුත් ඖෂධ සමග ඖෂධ සංකලනයක් ගැනීමෙන් වකුගඩු හානි වූ, පටකවල හානිකර බැක්ටීරියා සහ විෂ ඇති (sepsis), අක්මා රෝග සහ සංචායන හෘද අකරණිය (Congestive Heart Failure) ඇති අයටය.

ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ්ස් නිසා ඇතිවන වකුගඩු හානිය වළක්වා ගත හැක්කේ කෙසේද?

ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ නිසා ඇතිවන වකුගඩු හානිය වළක්වා ගැනීමට ගත හැකි පියවර වන්නේ:

- ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ්ස් නිසා වැඩි අවදානමක් ඇති පුද්ගලයින්ට එම ඖෂධ ආරක්ෂාකාරී ලෙස පාවිච්චි කිරීම. අවදානම් සාධක නිවැරදි කිරීම හෝ ඉවත් කිරීම.
- අවශ්‍ය මාත්‍රාව බෙදා කිහිප වරක් ගැනීමට වඩා දිනපතා එක් මාත්‍රාවක් පමණක් ගැනීම.
- ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ්ස් චිකිත්සාවේ ප්‍රශස්තම මාත්‍රා ප්‍රමාණය සහ පාවිච්චිය සඳහා කාල පරාසයක් යොදා ගැනීම.
- කලින් වකුගඩු රෝග වැළඳී ඇතිනම් මාත්‍රා ප්‍රමාණය වෙනස් කිරීම.
- කල් ඇතිව වකුගඩු හානිය හඳුනාගැනීමට දවසක් ඇර දවසක් සෙරම් ක්‍රියැටිනින් පරීක්ෂණය කිරීම.

Radiocontrast Injections (විකිරණ අසමතා එන්නත්)

ආරෝග්‍යශාලා ගතවී සිටින රෝගීන්ට විකිරණ අසමතා මාධ්‍යය (X කිරණ ඩයි - X Ray Dye) එන්නත් කිරීමෙන් ඇතිවන වකුගඩු හානිය තීව්‍ර වකුගඩු හානියට පොදු හේතුවකි. එම රෝගය ආපසු යථා තත්වයට හැරවිය හැක.

විකිරණ අසමතා මාධ්‍යය එන්නත් කිරීමෙන් වන වකුගඩු හානිය ඉහළ අවදානම් මට්ටමක පවතින්නේ දියවැඩියාව, විජලනය ඇති, හෘද රෝග ඇති, කලින් වකුගඩු හානිවී ඇති අයට, වයස්ගත අයට සහ එක් වරකට ඖෂධ වර්ග කිහිපයක් ගන්නා අයට ඉන් වකුගඩු වලට හානි සිදුවිය හැක.

විකිරණ අසමතා මාධ්‍යය එන්නත් කිරීමෙන් වන වකුගඩු හානිය වළකාගත හැකි විවිධ පියවර කිපයකි. වැදගත් පියවර වනුයේ කුඩා මාත්‍රාවක් පාවිච්චි කිරීම, අයනික නොවන අසමතා ඖෂධ පාවිච්චිය, IV දියර මගින් සජලනය ප්‍රමාණවත් ලෙස පවත්වාගෙන යාම, සෝඩියම් බයිකාබනේට් සහ ඇසටිල්සිස්ටීන් කළමනාකරණය කිරීමයි.

ඉහළ අවදානමක් ඇති රෝගීන්ට වකුගඩු හානිය වැළැක්වීමට ඇමිනෝග්ලයිකෝසයිඩ්ස් ආරක්ෂාකාරී ලෙස පාලනය කිරීම සහ සෙරම් ක්‍රියැටිනින් අනුක්‍රමිකව පරීක්ෂා කරන්න.

වෙනත් ඖෂධ

බහුල වශයෙන් වකුගඩු හානිය සිදුකරන ඖෂධ වන්නේ ප්‍රතිජීවක ඖෂධ, ප්‍රතිපිළිකා චිකිත්සා (Anti Cancer Therapy), ප්‍රතික්ෂයරෝග ඖෂධ (Anti Tuberculosis Drugs) යනාදියයි.

වෙනත් ඖෂධ ක්‍රම

- සියලු ස්වභාවික ඖෂධ (ආයුර්වේද ඖෂධ, චීන ඖෂධ ශාක ආදිය) සහ ආහාර පරිපූරක හානිකරනැත යන්න වැරදිය.
- මෙම කාණ්ඩයේ සමහර ඖෂධවල බර ලෝහ සහ විෂ ද්‍රව්‍ය ඇතුලත්ය. එමගින් වකුගඩු හානිය සිදුවිය හැක.

- මෙම කාණ්ඩයේ සමහර ඖෂධ පාවිච්චිය වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇති රෝගින්ට භයානකය.
- ඉහළ පොටැසියම් ප්‍රමාණයක් අඩංගු සමහර ඖෂධ වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේදී මාරක තත්වයක් ගෙනදිය හැක.

වකුගඩුවලට සෑමවිටම ස්වභාවික ඖෂධ ආරක්ෂාකාරීය යන අදහස වැරදිය.

පරිච්ඡේදය 22

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය (Nephrotic Syndrome)

මුත්‍රා සමග අධික ලෙස ප්‍රෝටීන පිටවීම, රුධිරයේ ප්‍රෝටීන මට්ටම අඩුවීම, ඉහළ කොලෙස්ටරෝල් මට්ටමක් සහ ඉදිමුම වැනි ලක්ෂණ බහුලව ඇති රෝගයකි වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය. මෙම රෝගය ඕනෑම වයසකදී ඇතිවිය හැකි අතර වැඩිහිටියන් හා සසඳන විට නිතරම වැඩි වශයෙන් ඇතිවන්නේ ළමුන්ටය. ඖෂධ වලට ඇති ප්‍රතිචාර විද්‍යාමාන වන්නේ ක්‍රමයෙන් ක්ෂයවීමේ ක්‍රමය, මාත්‍රාව අඩුකිරීම සහ ඖෂධ නැවැත්වීමෙනි. ප්‍රතිකාර නොකරන කාල පරිච්ජේදයේදී නැවත නැවත උත්සන්න වීම සහ ඉදිමුම ඇතිවේ. සුවවීම නැතහොත් ප්‍රකෘතිමත් තත්වයට පත් වීම සහ නැවත නැවත රෝගය මතුවීම දිගුකලක් (අවුරුදු ගණනක්) තිබිය හැකි අතර ළමයාට සහ පවුලේ අයටත් එය මහත් කනස්සල්ලට හේතු වන්නේය.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය යනු කුමක්ද?

අප ශරීරයේ ඇති වකුගඩුව පිල්ටරයක් මෙන් ක්‍රියාත්මක වී රුධිරයේ ඇති අපද්‍රව්‍ය සහ වැඩිපුර වතුර මුත්‍රාවලට ඉවත්කර පිට කිරීමට උපකාරී වේ. මෙම පිල්ටර වල හිල් වල ප්‍රමාණය කුඩාය. එනිසා සාමාන්‍ය අවස්ථාවලදී ප්‍රෝටීන ප්‍රමාණයෙන් විශාලවූ නිසා මුත්‍රා මගින් පිට නොකරයි. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී, මෙම පිල්ටරයේ ඇති හිල් විශාල වීම නිසා ප්‍රෝටීන කාන්දු වී මුත්‍රාවලට එකතුවෙයි. මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිටවීම නිසා රුධිරයේ ප්‍රෝටීන් මට්ටම පහළ යයි. රුධිරයේ ප්‍රෝටීන් මට්ටම අඩුවීම හේතුකොටගෙන ඉදිමුම ඇතිවේ. මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිටවීමේ ප්‍රමාණය අනුව සහ රුධිරයේ අඩුවී ඇති ප්‍රෝටීන් මට්ටම මත

ඉදිමුමේ බරපතලකම රඳා පවතී. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති බොහෝ රෝගීන්ගේ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය සාමාන්‍යය.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට හේතු මොනවාද?

ළමුන්ගේ 90% ගෙන් වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට හේතුව දැනගත නොහැක. (අඥාත හේතු හෝ මූලික වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය යනුවෙන්ද හැඳින්වේ) මූලික වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට ව්‍යාධවේදී (Pathological) වර්ග 4 ක් හේතුකොටගෙන හටගනී. එනම් (Minimal Change Disease - MCD) අවම වෙනස්වීම් ඇති රෝගය, (Focal Segmental Glomarulosclerosis - FSGS) ඛණ්ඩනිය ගුච්ජික පාරධ්‍යය, (Menbranous Nephropathy) පටලමය නෙෆ්‍රෝපති සහ (Membranoproliterative Glomerulonephritis - MPGN) පටල ප්‍රගණක ගුච්චිකා වෘක්ක ප්‍රදාහයයි. මූලික වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය "බැහැර කිරීම හඳුනා ගැනීමකි" උදා: ඒවා හඳුනාගන්නේ ද්විතියික හේතු ඉවත් කිරීමෙන් පසුය.

> ළමුන්ගේ නැවත නැවත ඇතිවන ඉදිමුමට ප්‍රධාන හේතුව වන්නේ වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයයි.

10% ට වඩා අඩු කොටසකගේ වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය දෙවෙනි වන විවිධ තත්ව වන්නේ ආසාදන, ඖෂධ වලට නිරාවරණය, මාත්සරික පිළිකා, පරම්පරාවෙන් පැවතෙන විෂමතා හෝ ක්‍රමවත් රෝග වන දියවැඩියාව, ක්‍රමවත් ලියුපසය (Systemic Lupus), රෝහිතමය සහ පිෂ්ඨාභ රෝගයයි. (Erythematosus and Amyloidosis)

අවම වෙනස්කම් සහිත රෝගය (Minimal Change Disease)

ළමුන්ගේ වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට පොදු හේතුව වන්නේ අවම වෙනස්කම් සහිත රෝගයයි. මෙම රෝගය අඥාත හේතු මත ඇතිවන වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය සහිත 90% කට (අවුරුදු 6 ට පහළ) සහ වැඩි වයස් ළමුන්ගේ 65% කට මෙම රෝගය වැළඳී ඇත. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී රුධිර පීඩනය සාමාන්‍ය නම්, මුත්‍රාවල රතු රුධිර සෛල නැතිනම්, රුධිර පරීක්ෂණයේදී ක්‍රියැටිනින් අගය සහ කම්ප්ලිමන්ට් 3 (C3) සාමාන්‍ය නම්, වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට සැගවුණු ව්‍යාධිවේදී හේතුව අවම වෙනස්කම් සහිත රෝගය බව ඉහළින්ම කිව හැක. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට හේතුවන සියලුම හේතුවලින් අවම වෙනස්කම් සහිත රෝගය අඩුවෙන්ම ඇතිවන්නේ රෝගීන් 90% ක් ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාවට ප්‍රතිචාර දක්වන නිසාය.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේ ලක්ෂණ

මෙම රෝගය ඕනෑම වයස් සීමාවකදී ඇතිවිය හැකි නමුත්, බහුලව ඇතිවන්නේ වයස අවුරුදු 2-8 දක්වාය. එහි බලපෑම බොහෝ විට ඇතිවන්නේ ගැහැණු ළමුන්ට වඩා, වැඩි වශයෙන් පිරිමි ළමුන්ටය. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී ළමුන්ට ඇතිවන මුල් ලක්ෂණය වන්නේ ඇස් වටා පිම්බුණු ගතියක් හෝ ඉදිමුම සහ මුහුණේ ඉදිමුමයි. ඇස් වටා ඉදිමුම ඇති රෝගීන් පළමුව අක්ෂි විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙකු (Opthamologist) පළමුව හමුවිය යුතුයි.

- වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී ඇස් වටා ඉදිමුම සහ මුහුණේ ඉදිමුම වඩා හොඳින් දැකගත හැක්කේ උදය වරුවේය. සවස් වරුවේ සුළු වශයෙන් දැක ගත හැක.
- කාලයත් සමග ඉදිමුම පාද, අත්, උදරය සහ මුලු ශරීරය පුරාම වර්ධනය වී බර වැඩිවීමද සිදුවේ.
- ශ්වසන පථයේ (Respiratory Tract) ආසාදනයක් සැදුණු පසු ඉදිමුම

ඇති වීම සහ බොහෝ රෝගීන්ට උණද ඇතිවිය හැක.

- ඉදිමුම හැරුණු විට, රෝගියා සාමාන්‍යයෙන් සුවෙන් සහ නිරෝගී ක්‍රියාකාරී බවින් යුක්තව ඇති අතර ලෙඩ ගතියක් පෙනීමට නැත.
- සාමාන්‍යයෙන් පහ කරන මුත්‍රා ප්‍රමාණයට වඩා අඩු මුත්‍රා ප්‍රමාණයක් පහ කිරීම පොදු ලක්ෂණයකි.
- මුත්‍රාවල පෙණ ගතිය තිබීම සහ ඇල්බියුමින් තිබීම නිසා පිගන් ගඩොල්වල සුදු පැල්ලම් ඇතිවීම දැකිය හැකි ලක්ෂණයකි.
- රතුවන් මුත්‍රා, හුස්ම ගැනීමේ අපහසුව සහ අධිරුධිර පීඩනය වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමවේදි අඩුවෙන් දක්නට ලැබේ.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේ සංකූලතා මොනවාද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී ඇතිවිය හැකි සංකූලතා වන්නේ, ආසාදන වර්ධනය වීමේ අවදානම වැඩිවීම, නහරවල රුධිර කැටි ඇතිවීම, (ගැඹුරු වූ නහරවල ත්‍රොම්බොසිස්) මන්ද පෝෂණය, නිරක්තිය, ඉහළ කොලෙස්ටරෝල් සහ ට්‍රයිග්ලිසරයිඩ්ස් නිසා හෘද රෝග ඇතිවීම, ප්‍රතිකාර නිසා වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වීම සහ විවිධ සංකූලතා ඇතිවීමය.

රෝග නිශ්චය

A) මූලික රසායනාගාර පරීක්ෂණ

ඉදිමුම ඇති රෝගීන් පළමු පියවර ලෙස කළ යුත්තේ වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය රෝග නිශ්චය කර ගැනීමය. රසායනාගාර පරීක්ෂණවලින් ස්ථිර කර පෙන්නුම් කළ යුත්තේ:

- මුත්‍රා සමග අධික ලෙස ප්‍රෝටීන් පිටවීම.
- රුධිරයේ ප්‍රෝටීන් මට්ටම අඩු වීම.
- රුධිරයේ කොලෙස්ටරෝල් මට්ටමය ඉහළ යෑම.

1) මුත්‍රා පරීක්ෂණ

- වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය හඳුනාගැනීමේ පළමු පරීක්ෂණය මුත්‍රා පරීක්ෂණයයි. සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන මුත්‍රා පරීක්ෂණය ඍණාත්මක හෝ සුලු ප්‍රමාණයක් ප්‍රෝටීන් (ඇල්බියුමින්) පෙන්නුම් කරයි. අහඹු (random) මුත්‍රා සාම්පලයක ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණය 3+ හෝ 4+ තිබෙ නම් එය වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇතැයි හඳුනාගත හැකි ලක්ෂණයකි.

- මුත්‍රාවල ඇල්බියුමින් තිබීම වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති බවට විශේෂිතවූ රෝග නිර්නය තහවුරුවක් නොවේ. එයින් යෝජනා වන්නේ මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිටවීමක් පමණි. මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිටවීමට ස්ථිර හේතුව සොයාගැනීමට තවදුරටත් පරීක්ෂණ අවශ්‍යය.

- ප්‍රතිකාර ආරම්භ කළ පසු, නිතරම මුත්‍රා පරීක්ෂා කර ප්‍රතිකාරය නිසා ඇතිවන ප්‍රතිචාරය කුමක්දැයි ඇගයිය යුතුයි. මුත්‍රා පරීක්ෂණයෙන් ප්‍රෝටීන් පෙන්නුම් නොකරන්නේ නම් ප්‍රතිකාරය නිසා ධනාත්මක ප්‍රතිචාරයක් ඇතැයි යෝජනා කළ හැක. ස්වයං අධීක්ෂණය සඳහා මුත්‍රා ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණය ගෙදරදී කිරීමෙන් මුත්‍රාවල තිබෙන ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණය ඇස්තමේන්තු කළ හැක.

- මුත්‍රා අන්වීක්ෂිය පරීක්ෂණයේදී (Microscopic) සාමාන්‍යයෙන් රතු රුධිර සෛල සහ සුදු රුධිර සෛල දැකිය නොහැක.

- වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන පිටවීම දිනකට ග්‍රෑම් 3 ක් වේ. පැය 24 කදි නැතිවී ඇති ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණය ඇස්තමේන්තු කළ හැක්කේ පැය 24 ක මුත්‍රා සංචිතයකින් හෝ වඩා පහසුවෙන් එය කළ හැක්කේ ස්පොට් මුත්‍රා ප්‍රෝටීන්/ක්‍රියැටිනින් අනුපාතයෙනි. මෙම පරීක්ෂණවලින් නැතිවී ඇති ප්‍රෝටීන ප්‍රමාණයේ ඉතා නිවැරදි මිනුමක් ලබාගත හැකි අතර එම ප්‍රෝටීන් නැතිවීම සුලුද, මධ්‍යද හෝ වැඩිද යනුවෙන් හඳුනාගත හැක. පැය 24 දී මුත්‍රා මගින් ප්‍රෝටීන්

නැතිවීමේ ඇස්තමේන්තුව ප්‍රයෝජනවත් වන්නේ ප්‍රතිකාරයෙන් පසු දැකිය හැකි ප්‍රතිචාරයට අමතරව හඳුනාගැනීමේ අගය වැදගත් වන නිසාය.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති ළමුන්ගේ දැකිය හැකි මුල් ලක්ෂණය, ඇස් වටා ඉදිමුම සහ මුහුණ ඉදිමුමයි.

2) රුධිර පරීක්ෂණ

- වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේ සොයාගෙන ඇති ලක්ෂණ වන්නේ රුධිරයේ ඇල්බියුමින් මට්ටම අඩු වීම (3 g/dl වලට අඩු), රුධිර පරීක්ෂණවලදී ඉහළ අගයක් ඇති කොලෙස්ටරෝල් ප්‍රමාණයක් තිබීම (Hypercholesterolemia – අධිකොලෙස්ටරෝලතාවය).
- වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී සේරම් ක්‍රියැටිනින් අගය සාමාන්‍ය තත්වයේ තිබේ. වකුගඩුවේ සම්පූර්ණ ක්‍රියාකාරීත්වය ඇගයීමට ක්‍රියැටිනින් අගය මැනීම කරනු ලැබේ.
- බොහෝ රෝගීන්ගේ සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන පරීක්ෂණයක් වන්නේ සම්පූර්ණ රුධිර පරීක්ෂණයයි.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේ රෝග විනිශ්චයට මෙන්ම ප්‍රතිකාර අධීක්ෂණය කිරීම සඳහා මුත්‍රා පරීක්ෂණ ඉතා වැදගත්ය.

B) අතිරේක පරීක්ෂණ

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය රෝග විනිශ්චය සථාපිත කිරීමෙන් පසු තෝරා ගත් අමතර පරීක්ෂණ කරනු ලැබේ. මෙම පරීක්ෂණ වලින් වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ප්‍රාථමිකද (idiopathic) හෝ පද්ධතිමය අක්‍රමිකතා (Systemic Disorder) වලට ද්විතියික දැයි තීරණය කරයි. තවද ඊට අනුබද්ද ගැටලු සහ සංකූලතා ඇත්දැයි සොයා ගත හැකිවේ.

1) රුධිර පරීක්ෂණ

- රුධිර සීනි, සීරම් විද්‍යුත්ශ්ලේථක (Electrolytes) කැල්සියම් සහ පොස්ෆරස්
- HIV සඳහා පරීක්ෂණ, හෙපටයිටිස් B සහ C සහ VDRL පරීක්ෂණය
- අනුපූරක අධ්‍යයනය (Complement Studies) C3, C4 සහ ASO ටයිටර් (ASO Titer)
- ප්‍රතින්‍යෂ්ටික ප්‍රතිදේහ (Antinuclear Antibody - ANA) ඇන්ටි ඩබල් ස්ට්‍රැන්ඩඩ් DNA ඇන්ටිබොඩි (Anti Double Stranded DNA Antibody) රූමටොයිඩ් ෆැක්ටර් සහ ක්‍රයිග්ලොබියුලින් (Cryoglobulin)

2) විකිරණවේදී පරීක්ෂණ (Radiological Tests)

- උදරයේ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය කරන්නේ වකුගඩුවේ හැඩය ප්‍රමාණය තීරණය කිරීමටත් විශාල වකුගඩු ගල් සොයාගැනීමටත් කෝෂ්ඨ (Cyst) හෝ අනෙකුත් බාධා හෝ අනිකුත් අසාමාන්‍යතා හඳුනාගැනීමටය.
- ආසාදන ඇත්දැයි දැනගැනීමට පපුවේ X කිරණ පරීක්ෂණ ගැනීම

3) වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාව (Biopsy)

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට හේතුවන සැඟවුණු හේතු සොයාගැනීමට ඉතා වැදගත් පරීක්ෂණයකි. වකුගඩු ජීවවෙක්ෂාවේදී වකුගඩු පටකයක කුඩා සාම්පලයක් ගෙන රසායනාගාරයකදී පරීක්ෂණය කරනු ලැබේ. (වැඩිපුර තොරතුරු සඳහා පරිච්ඡේදය 4 කියවන්න)

හඳුනාගැනීමට ඇති වැදගත් ඉඟි වන්නේ මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිටවීම ප්‍රමාණය සහ රුධිර පරීක්ෂණවලදී අඩු ප්‍රෝටීන්, ඉහළ

ප්‍රතිකාර

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී ප්‍රතිකාර කිරීමේ අරමුණ වන්නේ රෝග ලක්ෂණ අඩු කර ගැනීමත්, මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිටවීම නිවැරදි කිරීමත්, සංකූලතා වැළැක්වීම සහ එයට ප්‍රතිකාර කර වකුගඩුව ආරක්ෂා කර ගැනීමත්ය. මෙම රෝගයට ප්‍රතිකාර කිරීම සාමාන්‍යයෙන් දිගුකලක් ගත වේ (අවුරුදු ගණන්).

1) ආහාර පිළිබඳ උපදෙස්

ඉදිමුම ඇති රෝගියෙකුගේ ඵලදායි ප්‍රතිකාර නිසා ඉදිමුම් ගතිය නැති වූවිට ඔවුන් පිළිපදිමින් සිටි ආහාර පාලනය පිළිබඳ උපදෙස් සහ සීමා කිරීම් වෙනස් කරනු ලැබේ.

- ඉදිමුම ඇති රෝගියෙකු ආහාර වලට ගන්නා ලුණු පාලනය සහ මේස ලුණු ආහාරයට ගැනීමෙන් මෙන්ම සෝඩියම් බහුලව ඇති ආහාර වලින් වැළකීමත් නිසා ජලශෝථතත්වය (Edema) (ජලය එකතු වීම) වැළැක්වීමට හේතුවිය හැක. දියර ගැනීම පාලනය සාමාන්‍යයෙන් අවශ්‍ය නැත. දිනපතා අධි මාත්‍රාවක් ස්ටෙරොයිඩ ගන්නා රෝගීන් ඉදිමුම නැතිවුනත් ලුණු ආහාරයට ගැනීම පාලනය

කළ යුතු වන්නේ අධි රුධිර පීඩන අවදානම අඩු කිරීමටය. ඉදිමුම ඇති රෝගීන්ට අවශ්‍යය ප්‍රමාණයට ප්‍රෝටීන් ලබා දිය යුතු වන්නේ නැතිවූ ප්‍රෝටීන නැවත ලබා දීමට සහ මන්දපෝෂණය වැළැක්වීම සඳහාය. තවද ප්‍රමාණවත් කැලරි සහ විටමින් ප්‍රමාණයක් මෙම රෝගීන්ට ලබා දිය යුතුයි.

- රෝග ලක්ෂණ නොමැති රෝගීන් - ලක්ෂණ පහළ නොවන කාලපරිච්ඡයේදී ආහාර පිළිබඳව දෙන උපදෙස් නම් සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය සම්පන්න ආහාර වේලක් ගන්නා ලෙසට සහ අනවශ්‍ය ලෙස ආහාර පාලනය නොකරන ලෙසටය. ලුණු සහ දියර පාලනයෙන් වළකින්න. ප්‍රමාණවත් ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණයක් ලබාදිය යුතුයි. වකුගඩුවට සිදුවන හානිය වැළැක්වීමට අධි ප්‍රෝටීන් ආහාර ගැනීමෙන් වළකින්න. වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වී ඇත්නම් ප්‍රෝටීන් ගැනීම සීමා කරන්න. පළතුරු සහ එළවලු ගැනීම වැඩි කරන්න. රුධිරයේ ඉහළ කොලෙස්ටරෝල් මට්ටම පාලනය කිරීම සඳහා ආහාරවලින් මේදය ගැනීම අඩු කරන්න.

2) ඖෂධ චිකිත්සාව

A) විශේෂ ඖෂධ ප්‍රතිකාර

- ස්ටීරොයිඩ චිකිත්සාව - වෘක්ක චිකිත්සාව ශමනයට තිබෙන ප්‍රමිත ප්‍රතිකාරය ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන්ය (Steroid). මෙම ඖෂධයට බොහෝ ළමුන් ප්‍රතිචාර දක්වයි. සති 1-4 කාලයකදී ඉදිමුම සහ මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන අතුරුදහන් වේ. (ප්‍රෝටීන නොමැති මුත්‍රා හඳුන්වන්නේ නැවත යථා තත්වයට පැමිණි මුත්‍රා ලෙසය).
- ප්‍රත්‍යාවර්තික චිකිත්සාව (Alternate) - ස්ටෙරොයිඩ ප්‍රතිකාරවලට ප්‍රතිචාර නොදක්වන සහ මුත්‍රාවලින් ප්‍රෝටීන දිගටම කාන්දු වන ළමුන් කුඩා කණ්ඩායමකට තවදුරටත් පරීක්ෂණ කළ යුතු අතර

එනම් වකුගඩු පටක ජීවවෙක්ෂා පරීක්ෂාවකට ලක් කළ යුතුයි. එවැනි රෝගීන් පාවිච්චි කළ යුතු විකල්ප ඖෂධ වන්නේ ලෙවමිසෝල් (Levamisole), සයික්ලෝ ෆොස්ෆමයිඩ්, සයික්ලොස්පෝරින්, ටැක්‍රොලිමස් සහ මයික්‍රො ෆෙනිලේට් මොෆ්ටිල් (MMF) ය. මෙම විකල්ප ඖෂධ ස්ටීරෝයිඩ චිකිත්සාවත් සමගම පාවිච්චි කරන අතර ස්ටීරෝයිඩ මාත්‍රාව ක්‍රමයෙන් අඩුකරයි. එය ශමනය පවත්වාගෙන යාමට ඉවහල්වේ.

B) උපකාරක ඖෂධ ප්‍රතිකාර

- මුත්‍රා පිටකරන ප්‍රමාණය සහ ඉදිමුම අඩුකිරීමට අධිමුත්‍රක ඖෂධ.
- ප්‍රති රුධිර පීඩන ඖෂධ - එනම් ACE Inhibitors (ඉන්හිබිටර්ස්) සහ ඇන්ජියෝටෙන්සින් II රිසෙප්ටර් බ්ලොකර්ස් වලින් රුධිර පීඩනය පාලනය සහ මුත්‍රා වල ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණයද අඩු කරයි.
- ආසාදනවලට ප්‍රතිකාර කිරීමට ප්‍රතිජීවක ඖෂධ (උදා: බැක්ටීරියල් සෙප්සිස්, පෙරිටෝනයිටීස්, නියුමෝනියා) ස්ටැටින් (සිම්වාස්ටැටින්, ඇටෝවස්ටාටින්), කොලෙස්ටරෝල් සහ ට්‍රිග්ලිසරයිඩ් අඩුකිරීමට ඉන් හෘද අවදානම් සහ රුධිර වාහිනි ගැටලු අවදානම් අඩුකරයි.
- අනුපූරක කැල්සියම්, විටමින් D සහ සින්ක්.
- ස්ටෙරොයිඩ නිසා ඇතිවන ආමාශයේ අපහසුතාවයට රැබිප්‍රසෝල් (Rabiprazole), පැන්ටොප්‍රසෝල් (Pantoprazole), ඔමිප්‍රසෝල් (Omeprazole), හෝ රැනිටිඩීන් (Ranitidine).
- ඇල්බියුමින් ලබාදීම සාමාන්‍යයෙන් නොකෙරෙන්නේ ඒවායේ ප්‍රතිඵල පවතින්නේ ටික කලක් නිසාය.
- රුධිරය කැටි ගැසීම වැළැක්වීමට රුධිරය තුනී කරන වෝර්ෆරින් (Warferine), (Conmadin) හෝ හෙපරින් (Heparin) අවශ්‍ය විය හැක.

> වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට ප්‍රතිකාර වශයෙන් තිබෙන ප්‍රථම ගණයේ ප්‍රතිකාරය වනුයේ ප්‍රෙඩ්නිසලෝන්ය.

3) සැඟවුණු හේතුවලට ප්‍රතිකාර

ද්වීතිය වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය එනම් දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය, ලුපස් වකුගඩු රෝගය, ඇමිලොයිඩොසිස් යනාදියට හේතුවන සැඟවුණු හේතුවලට සූක්ෂම ආකාරයෙන් ප්‍රතිකාර කළ යුතුයි. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය පාලනයට මෙම විෂමතාවයන්ට නිසි ප්‍රතිකාර අවශ්‍යය.

4) සාමාන්‍ය උපදෙස්

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය අවුරුදු කිපයක් පවතින රෝගයකි. මෙම රෝගය පිළිබඳව රෝගියාගේ පවුලේ සමාජිකයන් විසින් දැනුවත් විය යුතු කරුණු නම් රෝගයේ ස්වභාවය සහ එහි ප්‍රතිඵල, ලබාදිය යුතු ඖෂධ වර්ග සහ ඒවායේ අතුරු ආබාධ, රෝගය වැළැක්වීමෙන් වන ප්‍රතිලාභ සහ අසාදනයට කල් ඇතිව කළ යුතු ප්‍රතිකාර යනාදියයි. ඉදිමුම ඇතිවී රෝගය යළි මතුවූ විට සුපරීක්ෂාකාරීව හොඳින් රැකබලා ගැනීම වැදගත් වන බව අවධාරණය කළ යුතුයි. නමුත් (Remission) ශමනය වන කාලයේදී රෝගියාට සාමාන්‍ය දරුවෙකු මෙන් ප්‍රතිකාර ලබා දිය යුතුයි.

- වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති වූ අවස්ථාවක ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාව පටන් ගැනීමට පෙර ආසාදනයට ප්‍රමාණවත් ලෙස ප්‍රතිකාර කළ යුතුයි. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති ළමුන්ට ශ්වසන සහ අතිකුත් ආසාදන ඇති වීමට ඉඩ ඇත. රෝගය වැළැක්වීම, කල් ඇතිව හඳුනාගැනීම සහ ආසාදනවලට ප්‍රතිකාර කිරීම වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී අත්‍යවශ්‍යය වන්නේ ආසාදනය හේතුවෙන් පාලනය වී

ඇති රෝග යලි මතු වීමට හේතුවිය හැකි නිසාය (රෝගියා ප්‍රතිකාර ලබන කාලයේදීත්).

- ආසාදන වලින් වැළකී සිටීමට, පිරිසිදු ජලය පානය කිරීම, අත් හොඳින් සෝදා පිරිසිදුව තබා ගැනීම, ජනාකීර්ණ ප්‍රදේශවලට යෑමෙන් වැළකී සිටීම හෝ ආසාදන ඇති රෝගීන් සමග සමීපව ස්පර්ශ වන ලෙස සම්බන්ධතා ඇති කර ගැනීමෙන් වැළකීමට පවුලේ අය සහ දරුවාට පුරුදු පුහුණු කළ යුතුයි.
- ස්ටෙරොයිඩ පාවිච්චි කළ යුතු නියමිත කාලය අවසන් වූ පසු සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන ප්‍රතිශක්තිකරණය කළ යුතුයි.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නැවත නැවත ඇතිවීමට ආසාදන වැදගත් හේතුවක් වන නිසා ආසාදනවලින් ළමුන් වැළකීම අත්‍යවශ්‍යය.

5) අධීක්ෂණය කිරීම සහ පසු විපරම

- වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය දිගුකලක් (අවුරුදු ගණන්) පැවතිය හැකි නිසා වෛද්‍යවරයා මුණගැසී ඔහුගේ උපදෙස් පරිදි නිතරම පසු විපරමින් සිටිය යුතුයි. වෛද්‍ය උපදෙස් මත මෙම පසු විපරම් කාලයේදී රෝගියාව ඇගයීමකට ලක් කර මූත්‍රාවලින් ප්‍රෝටීන් පිටවීම, බර ප්‍රමාණය, රුධිර පීඩනය, උස, ඖෂධ නිසා ඇතිවන අතුරු ආබාධ සහ සංකූලතා වර්ධනය වන්නේදැයි සොයා බලනු ලැබේ.
- රෝගීන් නිතරම තම බර කිරා සටහන් කළ යුතුයි. එම බර සටහනින් දියර ප්‍රමාණය අඩුවීද වැඩිවීද යන්න අධීක්ෂනය කිරීමට උපකාරී වේ.
- ගෙදරදී, නිතරම මූත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් ප්‍රමාණය පරීක්ෂා කර බැලීමට

පවුලේ අයව පුහුණු කළ යුතුයි. එම සියලුම මූත්‍රා පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල සහ ඖෂධ වර්ග සහ මාත්‍රා ප්‍රමාණයන් පොතක සටහන් කර තබා ගත යුතුයි. මෙසේ කිරීමෙන් රෝගය නැවත මතු වීම කල් තියා හඳුනාගැනීමට සහ එයට වහාම ප්‍රතිකාර කිරීමට උදව්වේ.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය අවුරුදු ගණනාවක් තිබෙන රෝගයක් නිසා නිතර මූත්‍රා පරීක්ෂාව සහ වෛද්‍යවරයාගේ සමීප උපදෙස් ලබාගැනීම අතිශය තීරණාත්මක බව කිව හැක.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන් දෙන්නේ ඇයි? එය දෙන්නේ කෙසේද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට ප්‍රතිකාර කිරීමේදී පාවිච්චි කරන ප්‍රථම ඖෂධය ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන්ය (ස්ටෙරොයිඩ). ඒ මගින් රෝගය ප්‍රතිඵලදායි ලෙස නිවැරදි කර මූත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන පිටවීම නවත්වයි. ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන් ගත යුතු මාත්‍රාව, ගත යුතු කාල සීමාව සහ එය දිය යුත්තේ කුමන ක්‍රමයකටද යන්න තීරණය කරන්නේ වෛද්‍යවරයාය. ආමාශයේ අසාමාන්‍ය උද්දීපනය වැළැක්වීමට මෙම ඖෂධය ආහාර සමග ගත යුතු බව වෛද්‍යවරයා රෝගියාට උපදෙස් දෙයි.

රෝගය මුලින්ම වැළඳුණු අවස්ථාවේදී ඖෂධය සාමාන්‍යයෙන් මාස 4 ක පමණ කාලයකට පියවර තුනකින් දෙනු ලැබේ. මූලික වශයෙන් මෙම ඖෂධය දිනපතා සති 4-6 පමණ කාලයකටද, ඉන් පසුව මෙම ඖෂධය දවසක් හැර දවසක් එක් මාත්‍රාවක්ද සහ අවසාන වශයෙන් ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන් ඖෂධය ක්‍රමයෙන් මාත්‍රාව අඩු කරමින් නතර කරනු ලැබේ. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය මුල් වරට වැළඳුණු අවස්ථාවේදී කරන ප්‍රතිකාර වලට වඩා එය නැවත වරක් හෝ දෙවැනි වරට වැළඳුණු අවස්ථාවේදී කරන ප්‍රතිකාර වෙනස්ය.

ප්‍රතිකාර කර සති 1-4 දක්වා කාලයේදී රෝගියාගේ රෝග ලක්ෂණ සියල්ල පහවී මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන් පිට වීම නතරවේ. නමුත් ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන් වල අතුරු ආබාධ ගැන බියවී එය පාවිච්චිය නතර කිරීමේ වැරද්ද කිසිවෙක් විසින් නොකළ යුතුයි. රෝගය නැවත වරක් වැළඳීම වැළැක්වීමට නම් වෛද්‍යවරයා විසින් යම් කිසි කාලයකට නියම කරන ලද ඖෂධ ප්‍රමාණය එසේම ගැනීම ඉතා වැදගත්ය.

ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන්වල අතුරු ආබාධ මොනවාද? (Cortecosteroids)

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේ ප්‍රතිකාර වලට බහුලව පාවිච්චි කරන ඖෂධය වන්නේ ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන්ය. නමුත් මෙම ඖෂධයෙන් ඇති විය හැකි අතුරු ආබාධ කිපයක් නිසා මෙය පාවිච්චි කළ යුත්තේ දැඩි වෛද්‍ය අධීක්ෂණය යටතේ පමණි.

1) කෙටිකාලීනව ඇතිවන අතුරු ආබාධ

බහුලව ඇතිවන කෙටිකාලීන අතුරු ආබාධ වනුයේ කෑම රුචිය වැඩිවීම, බර වැඩිවීම, මුහුණ ඉදිමුම, ආමාශයේ අසාමාන්‍ය උද්දීපනය, ආසාදන වලට වැඩි ප්‍රවණතාවක් ඇතිවීම, දියවැඩියාවට සහ අධිරුධිර පීඩනයට ඇති වැඩි අවදානම, කැසීම, කුරුළෑ සහ කලු ලප, මුහුණේ කෙස් වැඩි වශයෙන් වැඩීම.

> ප්‍රශස්ත ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාව රෝගය පාලනයට, රෝගය නිතරම නැවත මතු වීම මගහැරීමට සහ ස්ටෙරොයිඩ නිසා ඇතිවන අතුරු ආබාධ අඩුකිරීමට අත්‍යවශ්‍යය.

2) දිගුකාලීනව ඇතිවන අතුරු ආබාධ

දිගු කාලීන අතුරු ආබාධ වන්නේ බර වැඩිවීම, ළමුන්ගේ වැඩීම බාලවීම,

සම තුනී වීම, කලවා වල අත්වල සහ උදරයේ සම ඇදීමේ සලකුණු, තුවාල සෙමෙන් සුවවීම, ඇසේ සුද වැඩිවීම, (අති රුධිර මේදතාව) හයිපර්ලිපිඩීමියා, අස්ථි ප්‍රශ්න (ඔස්ටියෝපොරොසිස්), උකුලේ නිර්වාහිනික විපන්‍යාසය (Avascular Necrosis of the Hip) සහ මාංශ පේශි දුර්වලතාවයයි.

බහු සංකූලතා තිබුණත් වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී (Cortecosteroid) කෝටිකෝ ස්ටෙරොයිඩ ප්‍රතිකාරය කරන්නේ ඇයි?

කෝටිකෝ ස්ටෙරොයිඩ වල තදබල අතුරු ආබාධ තිබුණත් එමෙන්ම වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට ප්‍රතිකාර නොකළොත් අවදානම් තත්වයක් වැඩිවිය හැක. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය හේතුකොට ගෙන තදබල ඉදිමුම සහ ශරීරයේ ප්‍රෝටීන ප්‍රමාණය අඩුවිය හැක. රෝගයට ප්‍රතිකාර නොකළොත් බොහෝ සංකූලතා එනම් ආසාදන අවදානම වැඩිවීම, මන්දරක්ත පරිමාව (Hypovolemia), ත්‍රොම්බොබොලිසම් (Thromboembolism), මේද අසාමාන්‍යතා, මන්දපෝෂණය සහ රක්තහීන්තාව ඇතිවිය හැක. ප්‍රතිකාර නොකරන ලද වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති දරුවන් බොහෝ විට ආසාදන වලින් මිය යති. කෝටිකෝ ස්ටෙරොයිඩ ළමාකාලයේ පාවිච්චි කිරීම නිසා ජීවවේක්ෂාව 3% දක්වා අඩුවී ඇත. කෝටිකෝ ස්ටෙරොයිඩ ප්‍රශස්ත මාත්‍රාව සහ ඒවා ගත යුතු කාල සීමාව වෛද්‍ය උපදෙස් මත ලබාගැනීම ඉතා යහපත් වන අතර සිදුවන හානිය අවමය. ඖෂධ චිකිත්සාව අවසන් කළායින් පසු බොහෝ ස්ටෙරොයිඩ අතුරු ආබාධ කාලයත් සමග නැතිවී යයි. චිකිත්සාවෙන් ඇතිවිය හැකි යහපත ලබාගැනීමට සහ රෝගයෙන් ජිවිතයට හානිවන සංකූලතා වැළැක්වීමට කෝටිකෝ ස්ටෙරොයිඩ්ස් ලබා ලබා දිය යුතු අතර ඉන් ඇතිවන සමහර අතුරු ආබාධ භාරගැනීම වැළැක්විය නොහැක.

> අතුරු ආබාධ ඇතිවීම අඩුකිරීමට ස්ටෙරොයිඩ ගත යුත්තේ දැඩි වෛද්‍ය උපදෙස් මතය.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති දරුවෙකුට මුලික ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාවෙන් පසු ඉදිමුම අඩුවීම සහ මුත්‍රා ප්‍රෝටීන් රහිතවේ. නමුත් ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාව කරන 3 වන හෝ 4 වන සතියේදී මුහුණේ ඉදිමුම නැවත දක්නට ලැබේ. ඒ මන්ද?

ස්ටෙරොයිඩ වලින් ස්වායීනව ඇතිවන අතුරු ආබාධ දෙක නම්, කෑම රුචිය වැඩිවීම හේතුවෙන් ඇතිවන බර වැඩිවීම සහ මේදය නැවත බෙදී යාමය. මේ නිසා මුහුණේ රවුම් හැඩයක් හෝ ඉදිමුමක් ඇතිවේ. ස්ටෙරොයිඩ නිසා ඇතිවන සඳවන් හැඩය ඇති මුහුණ ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාවේ තුන්වන හෝ හතරවන සතියේදී දැකගත හැකිවන අතර එය වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නිසා ඇතිවන ඉදිමුමට සමානවේ.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නිසා ඇතිවන මුහුණේ ඉදිමුම ස්ටෙරොයිඩ භාවිතය නිසා ඇතිවන සඳ වැනි මුහුණේ හැඩයෙන් වෙනස් වන්නේ කෙසේද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ආරම්භ වන්නේ මුහුණේ පිම්බුණු ගතියක් හෝ මුහුණේ සහ ඇස් වටා ඉදිමුමෙනි. පසුව ඉදිමුම පාදවලට, අත් සහ මුලු ශරීරයටම වර්ධනය වේ. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයේදී උදේ නැගිට්ට වහාම මුහුණේ ඉදිමුම දක්නට ලැබේ. සවසට එය දැකිය හැක්කේ සුලු වශයෙනි. ස්ටෙරොයිඩ නිසා ඇතිවන ඉදිමුම බලවත් ලෙස මුහුණ සහ උදරයට බලපාන (මේදය නැවත බෙදා හැරෙන නිසා) නමුත් අත්වලට සහ පාදවලට සාමාන්‍ය හෝ කෙට්ටු ගතියක් දැකිය හැක. ස්ටෙරොයිඩ නිසා ඇතිවන ඉදිමුම මුලු දවස පුරාම ඒකාකාරීව පවතී.

උපරිම ස්වභාවයන්හි බෙදා හැරීම සහ කාලයට අනුව ඇතිවන විවිධ ලක්ෂණ මෙම සමාන තත්වයන් දෙකේ වෙනස හඳුනාගැනීමට උදව්වේ.

සමහර රෝගීන්ගේ හඳුනාගැනීමේ ප්‍රශ්නය විසදීමට රුධිර පරීක්ෂණ ඉවහල් වේ. ඉදිමුම ඇති රෝගීන්ගේ අඩු සේරම් ප්‍රෝටීන්/ඇල්බියුමින් සහ ඉහල කොලෙස්ටරෝල් තත්වය රෝගය යලි මතුවී ඇති බවට පෙන්නුම් කරන අතර පරීක්ෂණ දෙකේ සාමාන්‍ය අගය ඇත්නම් එය ස්ටෙරොයිඩ වල බලපෑම පෙන්නුම් කරයි.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය හේතුකොට ගෙන ඇතිවන මුහුණේ ඉදිමුම සහ ස්ටෙරොයිඩ බලපෑම නිසා ඇතිවන මුහුණේ ඉදිමුම අතර වෙනස හඳුනාගැනීම වැදගත් වන්නේ මන්ද?

රෝගියෙකුට කළ යුතු ඉතා නිවැරදි ප්‍රතිකාර උපාය මාර්ග තීරණය කිරීමේදී ඉදිමුම වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය පටන් ගැනීමක් නිසා ඇතිවන්නක්ද නැතහොත් ස්ටෙරොයිඩ අතුරු ආබාධ නිසා ඇතිවන්නක්ද කියා වෙනස දැනගැනීම ඉතා වැදගත්ය.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නිසා ඇතිවන ඉදිමුමට ස්ටෙරොයිඩ මාත්‍රාව වැඩි කිරීම, ඖෂධ ලබා දෙන ක්‍රමයෙහි සහ වේලාවන් වල වෙනසක් ඇති කිරීම, අනෙකුත් නිශ්චිත ඖෂධ ලබාදීම සහ තාවකාලික පරිපූරකයක් වශයෙන් වතුර පෙත්ත (Water Pill - Diuretics – අධිමූත්‍රක) දීම අවශ්‍යය.

ස්ටෙරොයිඩ බලපෑම නිසා ඇතිවන ඉදිමුම දිගුකලක් ස්ටෙරොයිඩ ගැනීම නිසා සිදුවීමක් බව සාක්ෂි දරයි. කිසිවෙකුත් සිත කරදර කර ගෙන රෝගය පාලනය කළ නොහැකි තත්වයක තිබේදැයි සිතා හෝ ඖෂධ විෂ වේදැයි බියෙන් ස්ටෙරොයිඩ මාත්‍රාව ගැනීම වේගයෙන් අඩුකිරීම සුදුසු නැත. වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය දිගු කාලීනව පාලනය කිරීමට වෛද්‍යවරයාගේ උපදෙස් මත ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාව දිගටම ගැනීම අත්‍යවශ්‍යය. ස්ටෙරොයිඩ නිසා ඇතිවන මුහුණේ ඉදිමුමට අධිමූත්‍රක ගැනීම නුසුදුසු වන අතර, එය ප්‍රතිඵල රහිත සහ හානිදායක විය හැකි නිසාත්ය.

ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාව ආහාර රුචිය සහ බර වැඩි කරන අතර මුහුණේ සහ උදරයේ ඉදිමුමටද හේතුවේ.

ළමුන්ගේ වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නැවත ඇතිවිය හැකි අවස්ථා මොනවාද? එම රෝගය නැවත ඇතිවීම කොපමණ කලකින් සිදුවිය හැකිද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නැවත ඇතිවීම වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති දරුවෙකුට 50%-70% දක්වා ඉහළ ගොස් ඇති අතර රෝගය නැවත ඇතිවීමේ සංඛ්‍යාතය රෝගියාගෙන් රෝගියාට වෙනස්වේ.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට ප්‍රතිකාර කිරීමේදී ස්ටෙරොයිඩ ප්‍රතිඵල රහිත වූ විට කුමන ඖෂධ පාවිච්චි කළ හැකිද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට ප්‍රතිකාර කිරීමේදී ස්ටෙරොයිඩ ප්‍රතිඵල රහිත වූ විට පාවිච්චි කළ හැකි අනිකුත් නිශ්චිත ඖෂධ වන්නේ ලෙවමිසෝල් (Levamisole), සයික්ලොෆොස්ෆමයිඩ් (Cyclophosphamide), සයික්ලොස්පොරින් (Cyclosporin), ටැක්‍රොලිමස් (Tacrolimus) සහ මයිකොෆෙනලේට් මොෆෙටිල් (Mycophenalate Mofetil - MMF).

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති ළමුන්ට වකුගඩු පටක පරීක්ෂාවක් අවශ්‍යය යැයි යෝජනා කළ හැක්කේ කුමන අවස්ථාවකදීද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති ළමුන්ට ස්ටෙරොයිඩ ප්‍රතිකාරය ආරම්භයට පෙර වකුගඩු පටක පරීක්ෂණයක් කිරීම අවශ්‍ය නැත. නමුත් වකුගඩු පටක පරීක්ෂාව කළ යුත්තේ:

- ප්‍රමාණවත් ස්ටෙරොයිඩ ප්‍රතිකාරයන්ට ප්‍රතිචාරයක් නොදක්වන්නේ නම්.
- නිතරම රෝගය නැවත මතු වීම හෝ ස්ටෙරොයිඩ වලින් යැපෙන වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇත්නම්.

- ළමා කාලයේ වැළඳෙන වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නිසා විකෘති ලක්ෂණ පෙන්නුම් කිරීම, එනම් ජීවිතයේ පළමු වර්ෂයේදී රෝගය වැළඳීම, අධි රුධිර පීඩනය, මූත්‍රාවල නොකඩවා දක්නට ලැබෙන රතු සෛල, වකුගඩු අක්‍රිය වීම සහ අඩු රුධිර C3 මට්ටම
- වැඩිහිටියන්ට වැළඳෙන වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නොදන්නා සම්භවයක් නම් රෝගය හඳුනාගැනීම සඳහා ස්ටෙරොයිඩ චිකිත්සාවට ප්‍රථම වකුගඩු පටක පරීක්ෂාවක් (Kidney Biopsy) අවශ්‍යය.

ප්‍රශස්ත ලෙස චිකිත්සාව සැළසුම් කිරීමට රෝගය නිසා ඇතිවන ඉදිමුම සහ ස්ටෙරොයිඩ නිසා ඇතිවන ඉදිමුමේ වෙනස සම්බන්දව දැනගැනීම අත්‍යවශ්‍යය.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇතැයි සැක කළ හැකි පූර්ව ලක්ෂණ මොනවාද? එය සුව කිරීමට බලාපොරොත්තු වන කාල වකවානුව කුමක්ද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇතිවීමේ හේතුව මත පූර්ව ලක්ෂණ රැඳී ඇත. ළමුන්ගේ වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමයට බලපාන බහුල හේතුව ඉතා හොඳ පූර්ව ලක්ෂණ පෙන්නුම් කරන අවම වෙනස්කම් ඇති කරන රෝගයයි (Minimal Change Disease). අවම වෙනස්කම් ඇති කරන රෝගය ඇති බොහෝ ළමුන් ස්ටෙරොයිඩ වලට හොඳින් ප්‍රතිචාර දක්වයි. එනිසා තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වර්ධනය වීමේ අවදානමක් නැත.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති සුලු ළමුන් කොටසක් ස්ටෙරොයිඩ වලට ප්‍රතිචාර නොදක්වයි. එනිසා තවදුරටත් ඇගයීම (අමතර රුධිර පරීක්ෂණ සහ වකුගඩු පටක පරීක්ෂා) අවශ්‍යය. මෙම ස්ටෙරොයිඩ වලට ප්‍රතිචාර නොදක්වන ළමුන්ට විකල්ප ඖෂධ මගින් ප්‍රතිකාර අවශ්‍යය වන අතර (ලෙවමිසෝල (Levamisole), සයික්ලොෆොස්ෆමයිඩ් (Cyclophosphamide), සයික්ලොස්පොරින් (Cyclosporin), ටැක්රෝලිමස් (Tacrolimම්) යනාදිය) තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය ඇතිවීමේ ඉහළ

අවදානමකට මුහුණ පෑ හැක.

නිවැරදි ප්‍රතිකාර නිසා වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති ළමුන්ගේ ප්‍රෝටීන පිටවීම නැවති සාමාන්‍ය තත්වයට පත්වේ. බොහෝ ළමුන්ගේ මෙම රෝගය නැවත වැළදීමේ තත්වය අවුරුදු ගණනක් පවතී. (ළමා කාලය පුරාම) ළමයා වැඩෙන විට නරක අතට හැරීමේ සංඛ්‍යාතය අඩුවේ. අවුරුදු 11-14 කාලයේදී වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය සම්පූර්ණයෙන් සුව අතට හැරේ. මෙම ළමුන්ට ඉතා හොඳ පූර්ව ලක්ෂණ ඇති අතර වැඩිහිටි

> ළමුන් තුළ බහුලව පවතින වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය නිසා වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවයක් ඇති නොවේ.

තත්වයේදී සාමාන්‍ය ජීවිතයක් ගත කළ හැක.

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති පුද්ගලයෙකු වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය ඇති පවුලක ළමයෙකු වහාම වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ ඔහු හෝ ඇය පහත සඳහන් කරුණු වර්ධනය වුවොත්ය.

- උදර වේදනාව, උණ, වමනය හෝ පාචනය.
- ඉදිමුම, අපැහැදිළි වේගවත් ලෙස බර වැඩි වීම, මුත්‍රා පරිමාවේ සැළකිය යුතු අඩුවීමක්.
- අසනීප ගතියෙන් පසුවීම. උදා: ඔහු/ඇය සෙල්ලම් කිරීම නැවැත්වුවහොත් සහ ක්‍රියාකාරී නැතිනම්.
- දිගටම තද කැස්ස සහිත උණ හෝ තදබල හිස රුදාව.
- පැපොල හෝ සරම්ප ඇත්නම්.

.

පරිච්ජේදය 23

ළමුන්ට ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන දිගුකාලීන සහ කෙටිකාලීන සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්න සමග ළමුන් අතර බහුලව ඇතිවිය හැකි ප්‍රශ්නයකි.

වැඩිහිටියන් සමඟ සසඳන විට ළමුන්ට ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන සම්බන්දයෙන් හදිසි අවධානය සහ වහාම ප්‍රතිකාර කළ යුත්තේ ඇයි?

ළමුන්ට ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනවලට වහාම ඉක්මන් අවධානය අවශ්‍ය වන්නේ:

- ළමුන්ට උණ ඇතිවීමට පොදු හේතුවක් වන්නේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයයි. මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනය ළමුන්ට ඇතිවන ඉතා සුලබ ආසාදන අතරින් තුන්වන ස්ථානය ගන්නේ, ශ්වසන මාර්ග ආසාදනය සහ පාචනයට පසුවයි.
- ප්‍රමාණවත් නොවන සහ ප්‍රමාද වී ප්‍රතිකාර කිරීම භයානක විය හැකි අතර එය ස්ථිර වකුගඩු හානියකට හේතුවිය හැකියි. නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන වකුගඩුවල කැළැල් ඇති වන අතර එය දීර්ග කාලීනව අධි රුධිර පීඩනය, වකුගඩුවේ වැඩීම බාලවීම සහ තිව්‍ර වකුගඩු රෝගයටද (CKD) හේතුවිය හැක.
- ඉදිරිපත් වන විවිධ තත්වයන් නිසා මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සොයා ගැනීම බොහෝ අවස්ථාවල මගහැරී යයි. එය නිවැරදිව සොයා ගැනීමට නම් රෝගය පිළිබඳ දැඩි විමසිල්ලෙන් සහ සැකයකින්ද සිටීම අත්‍යාවශ්‍යය.

- එය නැවත නැවත ඇතිවීමේ අවදානම ඉතා ඉහළය.

ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලට හේතුවිය හැකි පූර්ව ලක්ෂණ:

ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වලට හේතුවිය හැකි පූර්ව අවදානම් සාධක වන්නේ:

- ගැහැණු ළමුන් අතර මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන බහුල වන්නේ ගැහැණු ළමුන්ට කෙටි මුත්‍රා මාර්ගයක් ඇති නිසාය.
- වැසිකිළි යාමෙන් පසු ගැහැණු ළමුන් පිස දමන්නේ පිටුපස සිට ඉදිරියටය. (ඉදිරියේ සිට පිටුපසට වෙනුවට)
- උපතින්ම මුත්‍රා මාර්ගයේ තිබිය හැකි ළමුන්ගේ අසාමාන්‍යතා එනම් වෙසිකෝයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් (Vesicouretral Reflux), (එහිදී මුත්‍රාශයේ සිට මුත්‍රා පිටුපසට වහනය වී මුත්‍රා වාහිනියට ගමන් කර වකුගඩු දෙසට ගමන් කරන තත්වයක්) සහ අපර මුත්‍රා කපාටයයි. (Posterior Urethral Valve)
- චර්ම ඡේදනය නොකළ පිරිමි ළමුන්ට මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇතිවීමේ හැකියාව චර්ම ඡේදනය කළ පිරිමි ළමුන්ට වඩා වැඩි විය හැක.
- මුත්‍රා මාර්ගයේ ව්‍යුහාත්මක අසමානතා. උදා: අපර මුත්‍රා මාර්ග කපාටය
- මුත්‍රා පද්දතියේයේ ගල් ඇතිවීම.
- වෙනත් හේතු - මල බද්ධය, යෝනි සහ වෘෂණ කෝෂ ආශ්‍රිත ප්‍රදේශයේ අපිරිසිදු සෞඛ්‍ය තත්වය, දිගු කාලයක් කැතිටරය සම්බන්ද කර තිබීම හෝ පවුල් පසුබිමේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයක් තිබීම.

> ළමුන්ගේ උණ ඇතිවීමට බහුල හේතුවක් වන්නේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනය.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ලක්ෂණ

වයසින් වැඩුනු ළමුන් ඔවුන්ගේ ප්‍රශ්න ගැන පැහැදිලිව පැමිණිලි කළ හැක. මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදනයේ බහුලව දැකිය හැකි රෝග ලක්ෂණ වැඩිහිටියන්ගේ මෙන්ම වයසින් වැඩි ළමුන්ගේද එක සමානය. මේ පිළිබඳව 18 වන පරිච්ඡේදයේ සාකච්ඡා කර ඇත.

වයසින් බාල ළමුන්ට ඔවුන්ගේ ප්‍රශ්න පැමිණිලි කිරීමට හැකියාවක් නැත. මුත්‍රා කරන විට හැඩීම, මුත්‍රා කිරීමට ඇති අපහසුව, මුත්‍රා වලින් දුගඳක් වහනය වීම සහ නිතර ඇතිවන පැහැදිලි කළ නොහැකි උණ ගතිය මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයේ පොදු පැමිණිලිය.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති (UTI) වයසින් බාල ළමුන්ට පහළ විය හැකි ලක්ෂණ වන්නේ: කෑම අරුචිය, වමනය හෝ පාචනය, දුර්වල ලෙස බර වැඩි වීම හෝ බර අඩුවීම, කැසීමය. නැතිනම් කිසිම ලක්ෂණයක් පහළ නොවීමටද පුළුවන.

> UTI - මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති ළමුන්ට පොදු ලක්ෂණ වනුයේ: නිතර උණ ගතිය, දුර්වල ලෙස බර වැඩි වීම සහ මුත්‍රා ප්‍රශ්නය.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන හඳුනාගැනීම

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති ළමුන්ගේ කළ යුතු පරීක්ෂණ වන්නේ:

1) මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයේ මූලික පරීක්ෂණ

- මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) නිර්ණය කිරීමේ පරීක්ෂණ: මුත්‍රා අන්වීක්ෂ පරීක්ෂණ හෝ ඩිප්ස්ටික් පරීක්ෂණ. තව දුරටත් විස්තර 18 වන පරිච්ඡේදයේ සාකච්ඡා කර ඇත.
- (UTI) මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සඳහා රෝග නිර්ණය කිරීමේ ස්ථිර පරීක්ෂණ : මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණයෙන් රෝගය ස්ථිර වශයෙන් හඳුනා ගැනීමටත්, ආසාදනයට හේතුවන විශේෂිත බැක්ටීරියා වර්ගය හඳුනා ගැනීමටත්, ප්‍රතිකාරය සඳහා උචිතම ප්‍රතිජීවකය තෝරාගැනීමටත් ඉවහල්වේ.
- රුධිර පරීක්ෂණ : හිමෝග්ලොබින්, සම්පූර්ණ සහ විවිධ වූ සුදු සෛල ගණනය කිරීම රුධිර යූරියා, සීරම් ක්‍රියැටිනින්, රුධිර සීනි සහ C ප්‍රතික්‍රියා ප්‍රෝටීන යනාදියයි.

2) මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයේදී අවදානම් සාධක පරීක්ෂා කිරීම.

- සැඟවුණු අසාමාන්‍යතා සොයාගැනීමට විකිරණවේදී පරීක්ෂණ : වකුගඩු සහ මුත්‍රාශයේ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය, උදරයේ X-කිරණ පරීක්ෂණය, වොයිඩින් සිස්ටෝයුරෙත්‍රොග්‍රෑම් - (Voiding Cystourethrogram - VCUG), උදරයෙ CT ස්කෑන් හෝ MRI පරීක්ෂණ සහ අන්තං ශිරා මෞත්‍ර රේඛනය. (Intravenous Urography - IVU).

- වකුගඩුවේ කැළැල් ඇතිබව හඳුනාගැනීමේ පරීක්ෂණ : DMSA වකුගඩු ස්කෑන් පරීක්ෂණය වකුගඩුවේ කැළැල් හඳුනාගැනීම සඳහා සුදුසුම පරීක්ෂණයයි. DMSA (Dimercaptosuccinic Acid) ඩිමෙකැප්ටොසුසිනික් පරීක්ෂණය කිරීමට වඩාත් සුදුසු වන්නේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයෙන් පසු මාස 3-6 ත් අතර කාලයේදීය.
- මුත්‍රාශයේ ඇගයීමක් කිරීමට මෞත්‍රගතික අධ්‍යයනය (Urodynamic Studies).

> UTI වල පූර්ව සාධක හඳුනාගැනීමට ඇති වැදගත් පරීක්ෂණ වනුයේ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ්, VCUG සහ IVU පරීක්ෂණය.

වොයිඩින් සිස්ටෝයුරෙත්‍රොග්‍රෑම් යනු කුමක්ද? එය කරනු ලබන්නේ කොයි අවස්ථාවේදීද? කෙසේ කරනු ලබයිද?

- වොයිඩින් සිස්ටෝයුරෙත්‍රොග්‍රෑම් (VCUG – කලින් සඳහන් කළ මික්චුරේටින් සිස්ටොයුරෙත්‍රොග්‍රෑම් - Micturating Cystourethrogram - MCU) මෙය ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන සහ වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් (Vesicouretral Reflux - VUR) හඳුනාගැනීමට ඇති වැදගත් X-කිරණ පරීක්ෂණයකි.
- VCUG පරීක්ෂණය වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් සහ එහි තදබල බව හඳුනාගැනීමට ඇති හොඳම රන් හා සමාන ප්‍රමිතියක් සහ මුත්‍රාශයේ සහ මුත්‍රා මාර්ගයේ අසාමාන්‍යතාද ඉන් හඳුනාගත හැක. මෙම පරීක්ෂණය කළ යුත්තේ සෑම අවුරුදු 2න් පහළ ළමුන්ටම ප්‍රථම මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනය UTI ඇති වීමෙන් පසුය.
- VCUG කළ යුත්තේ UTI වලට ප්‍රතිකාර කිරීමෙන් පසු සාමාන්‍යයෙන් රෝගය හඳුනාගෙන පළමු සතියට පසුවය.

- මෙම පරීක්ෂණයේදී මුත්‍රාශය පිරෙන්නට අසමතා ධාරිතාවක්, (එක්ස්-රේ පටල මත දැක ගත හැකි radio opaque අයඩීන් අඩංගු ඩයි තරල) කැතීටරයක් මගින් තදබල අපූතික (Aseptic) ආරක්ෂාව යටතේ සහ සාමාන්‍යයෙන් ප්‍රතිජීවක ආවරණය යටතේ පුරවනු ලැබේ.
- මෙම ඩයි තරල හිස් කිරීමට පෙර සහ නියමිත කාල අන්තරයන් වලදී එක්ස්-රේ අනුරූප මාලාවක් ගනු ලැබේ. මෙම පරීක්ෂණයෙන් ව්‍යුහාත්මක ස්වරූපය පරිපූර්ණව දැකගත හැකි වන අතර මුත්‍රාශය සහ මුත්‍රා මාර්ගයේ ක්‍රියාකාරීත්වයද පෙන්නුම් කරයි.
- VCUG මගින් මුත්‍රාශයේ සිට මුත්‍රා පිටිපසට වහනය වී මුත්‍රා වාහිනියට හෝ වකුගඩුවලට ගමන්කිරීම හඳුනා ගැනේ. මෙය හඳුන්වනු ලබන්නේ වෙසිකෝයුරේටල් රිෆ්ලක්ස් යනුවෙනි. VCUG අත්‍යවශ්‍ය වන්නේ පිරිමි ළදරුවන්ගේ අපර මුත්‍රා මාර්ග කපාටය හඳුනාගැනීමටය.

VCUG වෙසිකෝයුරේටල් රිෆ්ලක්ස් සහ අපර මුත්‍රා මාර්ග කපාටය හඳුනාගැනීමට UTI ඇති ළමුන්ට කළ හැකි විශ්වාසී X කිරණ පරීක්ෂණයකි.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වැළැක්වීම

1. දියර පානය වැඩි කරන්න. එවිට එය මුත්‍රා සමග මිශ්‍රවී, මුත්‍රාශයෙන් සහ මුත්‍රා මාර්ගයෙන් බැකිටීරියා පිටකිරීමට ඉවහල්වේ.

2. ළමුන් සෑම පැය දෙකකට හෝ තුනකට වරක් මුත්‍රා පිට කළ යුතුයි. දිගු වේලාවක් මුත්‍රාශයේ මුත්‍රා රඳවා තබාගැනීම බැක්ටීරියා වර්ධනයට හේතුවේ.

3. ළමුන්ගේ ලිංගික ප්‍රදේශය පිරිසිදුව තබාගන්න. වැසිකිළි යාමෙන් පසු ඉදිරියේ සිට පිටුපසට (පිටුපස සිට ඉදිරියට නොවේ) ළමුන්ව පිසදමන්න. මෙම පිළිවෙලින් ගුද කලාපයෙන් (Analregion) මුත්‍රා මාර්ගයට බැක්ටීරියා පැතිරීම වළක්වයි.

4. ලිංගේන්ද්‍රිය ප්‍රදේශය සමඟ අශූචි මිශ්‍රවීම වැළැක්වීමට නිතරම ළදරුවන්ගෙ ඩයපර්ස් මාරු කරන්න.

5. වාතාශ්‍රය සංසරණය සඳහා ළමුන්ට කපු යට ඇඳුම් පමණක් පාවිච්චිය පුරුදු කරන්න. තද යට ඇඳුම් සහ නයිලෝන් යට ඇඳුම් ඇඳීමෙන් වළකින්න.

6. ළමුන්ව සබන් පෙණ වල ස්නානයෙන් (Bubble Baths) වළකින්න.

7. චර්ම ඡේදනය නොකළ පිරිමි ළමුන්ගේ (Uncircumcised) ශිෂ්නයේ ඉදිරි සම නිතරම සේදිය යුතුය.

8. VUR ඇති ළමුන්ට මුත්‍රාශයේ මුත්‍රා ඉතිරිවීම වැළැක්වීමට මුත්‍රා කරන විට දෙවරක් හෝ තෙවරක් මුත්‍රා පහ කිරීමට සැලැස් වීම කළ යුතුයි.

9. තිව්‍ර මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) නිතරම ඇතිවීමට පෙළඹෙන සමහරක් ළමුන්ට ඉන් වැළකී සිටීමේ පියවරක් වශයෙන්, දිනපතා අඩු මාත්‍රාවක් ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දිගු කලක් ගැනීමට නිර්දේශ කරනු ලැබේ.

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) සඳහා ප්‍රතිකාර

සාමාන්‍ය පියවර

- මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන වළක්වා ගැනීමේ සියලුම පියවර අනුගමනය කිරීමට ළමයාව පෙළඹවිය යුතුයි.
- UTI ඇති ළමයෙකුට වැඩිපුර වතුර පානය කරන ලෙස අවවාද කරනු ලැබේ. ආරෝග්‍යශාලාවේ සිටින රෝගී ළමුන්ට අන්තර්ශිරා දියර චිකිත්සාව (Intravenous Fluid Therapy) අවශ්‍යය.
- උණ ඇත්නම් සුදුසු ඖෂධ දිය යුතුයි.
- ප්‍රතිකාරයෙන් පසු ආසාදනය ප්‍රමාණවත් ලෙස පාලනය වී දැයි දැන ගැනීමට මුත්‍රා පරීක්ෂණය අවශ්‍යය. නැවතත් ආසාදනයක් ඇතිවී නැති බවට සථිර කර ගැනීමට සියලුම ළමුන්ට නිතිපතා මුත්‍රා පරීක්ෂණ කර පසු විපරමින් සිටිය යුතුයි.
- UTI ඇති සියලුම ළමුන්ට අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් සහ අනෙකුත් සුදුසු පරීක්ෂණ කළ යුතුයි.

විශේෂිතවූ පරීක්ෂණ

- UTI ඇති ළමුන්ට ප්‍රමාද නොවී ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ප්‍රතිකාර කිරීමෙන් වර්ධනය වන වකුගඩු ආරක්ෂා කර ගත යුතුයි.
- ප්‍රතිකාර පටන් ගැනීමට පෙර මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණයට යැවිය යුතු වන්නේ ඉන් අසාදනයට හේතුවන බැක්ටීරියාව හඳුනා ගැනීමට සහ සුදුසු ප්‍රතිජීවක ඖෂධ තෝරා ගැනීම සඳහාය.
- ළමයා අසනීපයෙන් පසු වී ඉතා තද උණක්, වමනය, ඉළඇට සහ උකුල අතර දෙපැත්තේ තදබල වේදනාව සහ මුඛයෙන් ඖෂධ ගැනීම අපහසු නම් ආරෝග්‍යශාලා ගත කර අන්තර්ශිරා අධි ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ලබාදීම කළ යුතුයි. මසකට වඩා අඩු වයසැති බිළිඳුන් සහ බාල ළදරුවන්ට ඔඹ ඇත්නම් තිසි කළමනාකරණයක් සහ ප්‍රතිකාර අවශ්‍යය.
- ප්‍රතිජීවක ඖෂධ මුඛයෙන් ලබා දෙන්නේ අසනීපයක් නොමැති, මුඛයෙන් ඖෂධ ලබා ගත හැකි මාස 3-6 ට වැඩි ළමුන්ටය.
- වෛද්‍යවරයා නිර්දේශ කර ඇති පරිදි ළමුන්ට සම්පූර්ණ ප්‍රතිජීවක ඖෂධ මාත්‍රාව ලබාදීම ඉතා වැදගත්ය. UTI ලක්ෂණ පෙන්නුම් නොකෙරෙතත් නිර්දේශිත සම්පූර්ණ ඖෂධ ප්‍රතිකාරය නියමිත කාල සීමාවට ළමයාට දිය යුතුයි.

UTI ළමුන්ට ප්‍රමාදවී කරන අප්‍රමාණවත් ප්‍රතිකාරය භයානකය. ඉන් ඇතිවන වකුගඩු හානිය ආපසු හැරවිය නොහැක.

නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන

ළමුන්ට නැවත නැවත ඇතිවන UTI රෝග ලක්ෂණ සඳහා අල්ට්‍රාසවුන්ඩ්, VCUG සහ සමහර විට DMSA ස්කෑන් පරීක්ෂණ මගින් සැඟවුණු හේතුව හඳුනා ගත හැක. නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) වලදී ප්‍රතිකාර කළ හැකි වැදගත් ප්‍රශ්න තුන වන්නේ VUR, අපර මුත්‍රා මාර්ගික කපාටය සහ වකුගඩු ගල්ය. සැඟවුණු හේතුවට අනුව විශේෂිත වූ වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර, අනුගමනය කළ යුතු වළක්වාලීමේ ක්‍රම සහ දිගුකාලීනව රෝගය වළක්වාලීමට ප්‍රතිජීවක ඖෂධ චිකිත්සාවක් සැලසුම් කළ යුතුයි. සමහර ළමුන්ගේ ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාරය සැලසුම් කරන්නේ වෘක්කවේද විශේෂඥ සහ මෞත්‍රමුඛ රෝග විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඒකාබද්ධවයි (Nephrologist and Urologist).

> මූලික චිකිත්සාවට පෙර රෝගයට හේතුවන බැක්ටීරියාව සහ ඒ සඳහා සුදුසු ප්‍රතිජීවකය තෝරා ගැනීමට මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂාව සඳහා යැවිය යුතුය.

අපර මුත්‍රා මාර්ග කපාටය (PUV)

අපර මුත්‍රා මාර්ග කපාටය (PUV) පිරිමි ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගයේ උත්පත්තියෙන්ම ඇතිවන අසාමාන්‍යතාවයකි. PUV පිරිමි ළමුන්ගේ පහළ මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධා ඇති වීමට පොදු හේතුවකි.

මූලික ප්‍රශ්න සහ එහි ඇති වැදගත්කම: PUV හිදී මුත්‍රා මාර්ගයේ ඇතුලත පටක තට්ටු ඇති වීම නිසා සාමාන්‍ය මුත්‍රා වහනය අසම්පූර්ණ වීම හෝ වරින් වර බාධා ඇති කිරීමට හේතු වේ. මුත්‍රා වහනයට, මුත්‍රා මාර්ගයේ ඇති අවහිරතාවය නිසා මුත්‍රා ආපස්සට යැම හේතුවෙන් මුත්‍රාශයේ ආපසු පීඩනයක් ඇතිකරයි. එනිසා මුත්‍රාශයේ ප්‍රමාණය විශාල වන අතර එහි මාංශ පේශි බිත්තිය බොහෝ ඝන වේ. ඉහළ ගිය මුත්‍රාශයේ පීඩනය සමඟ දළ වශයෙන් විශාලවූ මුත්‍රාශය නිසා ආපසු පීඩනය මුත්‍රකයට සහ වකුගඩුවට ගමන් කරයි. මෙහි ප්‍රතිඵලයක් වන්නේ මුත්‍රකය සහ වකුගඩුව විස්තාරණය වීමයි. එම විස්තාරණය හඳුනා ගෙන වේලාවට ප්‍රතිකාර නොකලොත් එය තිව්‍ර වකුගඩු හානියට හේතුවිය හැක(CKD). දිගුකාලීනව 25%-30% දක්වා PUV සහිතව ඉපදුණු ළමුන් අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයට (ESKD) යොමුවිය හැක. එමනිසා PUV ළදරුවන්ගේ සහ ළමයින්ගේ ලෙඩ රෝග සහ මරණ අනුපාතයට සැළකිය යුතු හේතුවකි.

රෝග ලක්ෂණ : අපර මුත්‍රා මාර්ග කපාටයේ පොදු ලක්ෂණ වන්නේ දුර්වල ලෙස මුත්‍රා වහනය වීම, මුත්‍රා බින්දු වශයෙන් යැම, මුත්‍රා පිට කිරීමට අපහසුව සහ මුත්‍රා පිටකිරීමට වෙර දැරීමට සිදුවීම, ඇඟ තෙමීම සහ පැහැදිලිව හඳුනාගත හැකි මුත්‍රාශය (Palpable Bladder) සහ මුත්‍රා

මාර්ග ආසාදනය හේතුකොටගෙන උදරයේ පහළ කොටස (උපරි යුනික කොටස - Supra Pubic Region) පිරුණු බවක් දැනීම.

රෝග හඳුනා ගැනීම : රෝගය හඳුනාගැනීම සඳහා උපතට පෙර හෝ පසුව අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය කිරීමෙන් පිරිමි ළමයෙකුට PUV ඇති බවට පළමු ඉඟිය පෙන්නුම් කරයි. නමුත් PUV ඇති බවට හඳුනාගැනීම ස්ථිර කිරීමට VCUG පරීක්ෂණය ක්ෂනිකව පශ්චාත් ප්‍රසූති කාලයේදී (Postnatal) කිරීම අවශ්‍යය.

> නියමිත වේලාවට ප්‍රතිකාර නොකලොත් පිරිමි ළමුන්ගේ මුත්‍රා මාර්ගයේ බාධාවට හේතුවන PUV නිසා තිව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යට හේතු විය හැක.

ප්‍රතිකාර : ශල්‍යකර්ම විශේෂඥයන් (මෞත්‍රමුඛ වෛද්‍යවරු) සහ වකුගඩු විශේෂඥයන් (Nephrologist) එක්ව PUV වලට ප්‍රතිකාර කරයි.

වහාම රෝගය සුව අතට හැරවීමට කළයුතු ප්‍රථම ප්‍රතිකාරය නලයක් මුත්‍රාශයට ඇතුලත් කර (සාමාන්‍යයෙන් මුත්‍රා මාර්ගය තුලින් සහ සමහර විට කෙලින්ම උදර බිත්තිය තුලින් උපරි යුනික කැතිටරය) (Supra Pubic Catheter) ඉන් දිගටම මුත්‍රා පෙරීම සිදු කිරීමයි. ඒ සමගම උපකාරක පියවර වශයෙන් එනම් ආසාදනයට ප්‍රතිකාර, රක්තහීනතාවය සහ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය, සහ මන්ද පෝෂණය, දියර සහ විද්‍යුත් ශ්ලේෂක (Electrolyte) අසාමාන්‍යතා නිවැරදි කිරීම මගින් සාමාන්‍ය තත්වය වැඩි දියුණු කිරීමට උපකාරීවේ. PUV වලට නිශ්චිත ප්‍රතිකාරය ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාරයයි. එය කළ යුත්තේ උපකාරක පියවරයන් වලින් අනතුරුවයි. මෞත්‍රමුඛ වෛද්‍යවරයා (Urologist) විසින් මුත්‍රා මාර්ගයේ කපාටය එන්ඩස්කොප් උපකරණය මාර්ගයෙන් ඉවත් කරයි. ඉන් අනතුරුව සියලුම ළමයින් නිත්‍ය වශයෙන් ජීවිත කාලය පුරාම වෘක්කවේදී විශේෂඥ

උපදෙස් ලබාගත යුතු වන්නේ මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති වීමේ අවදානම, වර්ධනයේ ප්‍රශ්න, විකිරණවේදී අසාමාන්‍යතා, රක්ත හීනතාවය, අධි රුධිර පීඩනය සහ තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇතිවිය හැකි බැවිනි.

(Vesicouretral Reflux - VUR)

වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් (VUR) යනු "මුත්‍රාශයේ සිට මුත්‍රාවාහිනියට මුත්‍රා ආපස්සට ගලා යෑමයි".

"වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස්" පිළිබඳව දැනගැනීම වැදගත් වන්නේ ඇයි?

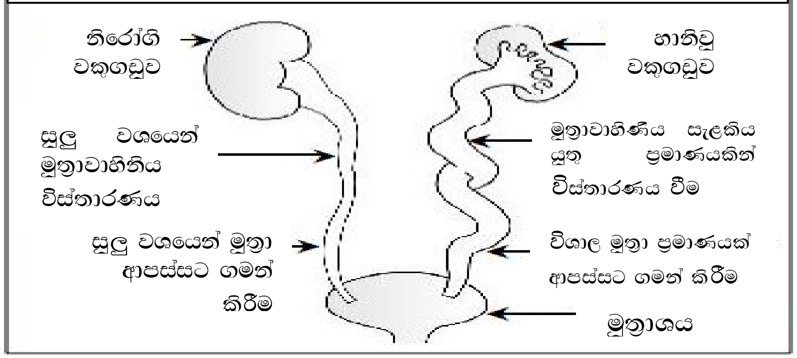
උණ ආශ්‍රිත මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති ළමුන්ගෙන් 30% -40% අතර ප්‍රමාණයකට VUR ඇත. බොහෝ ළමුන්ගේ වකුගඩුවල කැළැල් ඇති වීම සහ වකුගඩු හානි වීමට VUR හේතු විය හැක. දිගුකාලීනව වකුගඩුවේ කැළැල් ඇතිවීම නිසා අධි රුධිර පීඩනය, ගැබ් ගත් තරුණ ස්ත්‍රීන්ට ඇතිවන ලේ විෂ වීමේ තත්වය අධි රුධිර පීඩනය සමග (Toxemia), නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය සහ අවසාන වශයෙන් සමහර රෝගීන්ට ඇතිවන අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගයට හේතු විය හැක. VUR ඇති පුද්ගලයෙකුගේ පවුලේ සාමාජිකයන්ට VUR ඇති වීම බහුලව දැකිය හැකි අතර මෙය නිතරම වැඩියෙන් බලපාන්නේ ගැහැණු ළමයින්ටය.

වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් යනු කුමක්ද? එය ඇතිවන්නේ ඇයි?

VUR තත්වය එනම් අසාමාන්‍ය ලෙස මුත්‍රාශයේ සිට මුත්‍රා ආපස්සට වහනය වී (Reflux) මුත්‍රාවාහිනියට දෙසට සහ පහසුවෙන්ම වකුගඩු වලට ගමන් කරයි. මෙය එක් පැත්තක හෝ දෙපැත්තෙහිම සිදුවිය හැක. මුත්‍රා වකුගඩු වලින් සෑදී මුත්‍රාවාහිනිය තුලින් පහළට ගලා විත් මුත්‍රාශයට යයි. මුත්‍රා සාමාන්‍යයෙන් ගලන්නේ එක් දිශාවකටය, මුත්‍රාවාහිනියෙන් පහලට ගමන් කර මුත්‍රාශය තුලට යයි.

UTI තිබෙන ළමුන්ට VUR බහුලව ඇති අතර අධි රුධිර පීඩන සහ තීව්‍ර වකුගඩු රෝග අවදානම කරාද ගෙනයයි.

මුත්‍රාශයෙන් මුත්‍රාවාහිනියට ආපස්සට මුත්‍රා ගමන් කිරීම



මුත්‍රා පහ කරන විටදී සහ මුත්‍රාශය මුත්‍රාවලින් පිරී තිබෙන විටදී, මුත්‍රාශය සහ මුත්‍රවාහිනිය අතර තිබෙන කපාටය, මුත්‍රා ආපස්සට ගමන් කිරීම වැළැක්වීමට වගකිව යුතුයි. VUR වලට හේතුවන්නේ මෙම කපාටයේ ඇති යාන්ත්‍රණික දෝෂයක් නිසාය. මුත්‍රාශයෙන් මුත්‍රාවාහිනියට සහ වකුගඩුවට මුත්‍රා ආපස්සට ගමන් කිරීමේ පදනම මත VUR හි බරපතලකම ගණනය කෙරේ, එනම් සුලු තත්වයේ සිට බරපතළම තත්වය දක්වා ගණනය කරනු ලැබේ (අදියර I සිට අදියර V දක්වා ගණනය කෙරේ).

වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් වලට හේතු වන්නේ කුමක්ද?

VUR වර්ග දෙකකි. ප්‍රාථමික VUR සහ ද්විතියික VUR ය. ප්‍රාථමික VUR ඉතා බහුල වර්ගයක් වන අතර එය උපතේදීම තිබෙන දෙයකි. ද්විතියික VUR ඕනෑම වයසකදී සිදුවිය හැක. එය පොදු වශයෙන්

සිදුවන්නේ මුත්‍රා මාර්ගයේ හෝ මුත්‍රාශයේ සිදුවන බාධාවීමක් හෝ ක්‍රමවත් ක්‍රියාකාරීත්වයක් නොමැති කමින් මුත්‍රාශයේ ආසාදනයත් සමඟය.

වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් වල රෝග ලක්ෂණ මොනවාද?

VUR හි විශේෂිත වූ සළකුණු සහ රෝග ලක්ෂණ නොමැත. නමුත් නිතරම සහ නැවත නැවත ඇතිවන මුත්‍රා මාර්ගයේ ආසාදන (UTI), VUR ඇති බවට පෙන්නුම් කරයි. වයස්ගත ළමුන්ගේ ප්‍රතිකාර නොකළ වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් නිසා සළකුණු සහ රෝග ලක්ෂණ දෘෂ්‍යමාන වන්නේ අධි රුධිර පීඩනය, මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන් තිබීම හෝ වකුගඩු අකර්මණ්‍ය වැනි සන්කූලතා හේතු කොට ගෙනය.

වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් (VUR) හඳුනාගන්නේ කෙසේද?

VUR ඇතැයි සැක කරන ළමුන්ගේ කළ යුතු පරීක්ෂණ වන්නේ:

1) VUR හඳුනා ගැනීම සඳහා මූලික පරීක්ෂණ

- වොයිඩින් සිස්ටෝයුරෙත්‍රොග්‍රෑම් - VCVG වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් හඳුනාගැනීමට සහ එහි බරපතළ කම ගණනය කිරීමට ඇති ඉතාම හොඳ රන් ප්‍රමිතියක් ඇති පරීක්ෂණයකි.
- වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් ගණනය කරන්නේ මුත්‍රා ආපස්සට යෑමේ ප්‍රමාණය අනුවය. VUR හි අදියර ගණනය කරන්නේ මුත්‍රවාහිනියට සහ වකුගඩු වලට ආපස්සට ගලා යන මුත්‍රා ප්‍රමාණය අනුවයි. අදියර ගණනය කිරීම වැදගත් වන්නේ රෝගියාට ඉදිරියේදී බාධාවක් නොමැතිව මුත්‍රා පිටකිරීමට රෝගයේ ඇතිවිය හැකි ලක්ෂණ වල තත්වය සහ ඒ සඳහා ඉතාම සුදුසු චිකිත්සාව කුමක්දැයි තීරණය කිරීමටය.

- සුලු වශයෙන් ඇතිවන VUR හිදී මුත්‍රා ආපස්සට ගමන් කරන්නේ මුත්‍රවාහිනියට පමණි (අදියර I සහ II). ඉතා බරපතල ලෙස ඇතිවන VUR හිදී දැවැන්ත ලෙස මුත්‍රා ආපස්සට ගමන් කරන අතර මුත්‍රවාහිනියේ සැළකිය යුතු ඇදවීමක් සහ විස්තාරණයක් සහ තදබල ලෙස වකුගඩු ඉදිමීමක් ද ඇතිවේ (අදියර V).

දිගටම දිනපතා ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දීමෙන් (අවුරුදු ගණනක්) මුල් අදියර වල ඇති මුත්‍රා ආපස්සට ගමන් කිරීම, ශල්‍යකර්මයකින් තොරව විසඳිය හැක.

2) VUR හිදී අමතර පරීක්ෂණ

- මුත්‍රා පරීක්ෂණය සහ මුත්‍රා රෝපණ පරීක්ෂණය - එම පරීක්ෂණ වලින් මුත්‍රා මාර්ග ආසාදනයක් ඇත්දැයි තීරණය කළ හැක.
- රුධිර පරීක්ෂණය - සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන රුධිර පරීක්ෂණ වන්නේ හිමොග්ලෝබින්, සුදු රුධිරාණු සෛසල සහ සෙරම් ක්‍රියැටිනින්ය.
- වකුගඩු සහ මුත්‍රාශයේ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය - වකුගඩු වල ප්‍රමාණය, හැඩය දැනගැනීම පිණිස සහ කැලැල් සොයා ගැනීමටත්, වකුගඩු ගල්, බාධාවීම් සහ වෙනත් අසාමාන්‍යතා දැන ගැනීමටත්ය. මෙම පරීක්ෂණයෙන් මුත්‍රා ආපස්සට යනවාද කියා දැනගැනීමට නුපුළුවන.
- DMSA වකුගඩු ස්කෑන් පරීක්ෂණය - වකුගඩු වල කැලැල් ඇත්දැයි සොයා ගැනීමට ඇති වඩාත් සුදුසුම ක්‍රමයයි.

වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් වලට ප්‍රතිකාර කරන්නේ කෙසේද?

VUR වලට ප්‍රතිකාර කිරීම වැදගත් වන්නේ ඇතිවිය හැකි මුත්‍රා ආසාදන සහ වකුගඩු හානිය වැළැක්වීම සඳහායි. වෙසිකොයුරේට්‍රල් රිෆ්ලක්ස් කළමනාකරණය රඳා පවතින්නේ මුත්‍රා ආපස්සට ගමන් කිරීමේ අදියර අනුව, ළමුන්ගේ වයස සහ රෝග ලක්ෂණ අනුවය. VUR වලට ප්‍රතිකාර කිරීමේදී විකල්ප තුනක් ඇත. එනම් ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ලබාදීම, ශල්‍යකර්ම සහ එන්ඩොස්කොපි ප්‍රතිකාරයයි. VUR වලට කළ හැකි පොදු පළමුවැනි ප්‍රතිකාරය වන්නේ, මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) වැළැක්වීම සඳහා ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ලබාදීමයි. බරපතල VUR තත්වයක් හෝ ප්‍රතිජීවක ඖෂධවලින් ප්‍රතිඵලයක් නොලැබෙන තත්වයක් ඇති වූ විට කිරීම පිණිස ශල්‍යකර්ම සහ එන්ඩොස්කොපි ප්‍රතිකාරය පසුවට තබනු ලැබේ.

සුලු වශයෙන් ඇතිවන VUR : සුලු වශයෙන් ඇතිවන VUR දරුවා වයස අවුරුදු 5-6 වනවිට ඉබේම නැතිවී යයි. එමනිසා සුලු වශයෙන් VUR ඇති දරුවන්ට ශල්‍යකර්ම කිරීම ඇත්තේ අඩු ප්‍රවණතාවයකි. එවැනි රෝගීන්ට අඩු මාත්‍රාවකින් යුත් ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දිනකට එක් වරක් හෝ දෙවරක් දිනපතා දිගුකලක් දීමෙන් මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන (UTI) වළක්වා ගත හැක. එය ප්‍රතිජීවක ඖෂධ මගින් රෝගය වළක්වා ගැනීමේ පියවරක් ලෙස (ප්‍රතිජීවක ප්‍රාරක්ෂණය - Prophylaxis) හඳුන්වනු ලැබේ. අවුරුදු 5 වනතෙක් ප්‍රතිජීවක ප්‍රාරක්ෂණය දෙනු ලැබේ. ප්‍රතිජීවක ඖෂධ දීමෙන් VUR සුව නොවේ. ප්‍රතිජීවක ප්‍රාරක්ෂණය සඳහා වඩා සුදුසු ඖෂධ වන්නේ නයිට්‍රොෆියුරන්ටොයින් (Nitrofurantoin) සහ කොට්‍රිමොක්සසෝල්ය (Cotrimoxazole).

VUR ඇති සියලුම ළමුන් UTI වැළැක්වීමේ සාමාන්‍ය පියවරවල් (ඉහත සාකච්චා කර ඇති පරිදි) අනුගමනය කළ යුතු අතර නිතිපතා නිතර නිතර සහ මුත්‍රා කරන විට දෙවරක් මුත්‍රා හිස් කිරීම කළ යුතුයි. UTI ඇත්දැයි සොයා ගැනීමට කාලයකට අනුකූලව මුත්‍රා පරීක්ෂණ කළ

යුතුයි. මුත්‍රා ආපස්සට යෑම අඩුවී ඇත්දැයි තීරණය කිරීමට VCUG සහ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ අවුරුදු පතා කළ යුතුයි.

> තදබල ශල්‍යකර්ම සහ එන්ඩොස්කොපි ප්‍රතිකාරය කළ යුතු වන්නේ ප්‍රතිජීවක ඖෂධවලින් ප්‍රතිඵලයක් නොලැබුණු විටය.

බරපතල VUR : බරපතල VUR ඉබේම නැතිවීමේ ප්‍රවනතාවය අඩුය. එම නිසා බරපතල VUR ඇති ළමුන්ට ශල්‍යකර්ම හෝ එන්ඩස්කොපි ප්‍රතිකාරය අවශ්‍යය වේ. මුත්‍රා ආපස්සට යෑම නිවැරදි කිරීමට විවෘත ශල්‍යකර්මයක් (මුත්‍රාවාහිණීය නැවත බද්ධ කිරීමක් Uretral Reimplantation හෝ මූත්‍ර වාහිණීය ආරෝපණය කිරීමක් Ureteoneo Cystostomy) කිරීමෙන් මුත්‍රා ආපස්සට යෑම වළක්වා ගත හැකියි. ශල්‍යකර්මයේ ප්‍රධාන වාසිය වන්නේ එහි සාර්ථකත්ව අනුපාතය 88%-99% දක්වා ඉහළ ප්‍රතිඵලයක් ලැබීමය.

බරපතල වර්ගයේ VUR සඳහා එන්ඩොස්කොපි ප්‍රතිකාරය දෙවැනි ඵලදායි ප්‍රතිකාර ක්‍රමයයි. එන්ඩොස්කොපි තාක්ෂණයේ ප්‍රයෝජන වන්නේ එය බාහිර රෝගී අංශයේ කළ හැකි, මිනිත්තු 15 පමණ කාලයකින් කළ හැකි සුලු අවදානමක් සහිත එකකි. එයට කැපුමක් අවශ්‍ය නැත. එන්ඩොස්කොපි ප්‍රතිකාරය කරන්නේ සාමාන්‍ය නිර්වින්දනය යටතේය. මෙම ක්‍රමයේදී එන්ඩොස්කොප් (ආලෝකය දෙන නලයක්) ආධාරයෙන් විශේෂ ඝනත්වයකින් යුත් ද්‍රව්‍යයක් (උදා : Dextranomer / Hyalnromic Acid Copolymer - Deflux) මූත්‍ර වාහිණීය, මුත්‍රාශයට ඇතුල් වන තැනට එන්නත් කරනු ලැබේ. එම ඝන ද්‍රව්‍ය එන්නත් කිරීම නිසා මුත්‍රා, මූත්‍ර වාහිණීයට ඇතුලු වීම මර්දනය කර මූත්‍ර වාහිණීයට ආපසු මුත්‍රා යාම වළක්වයි. මේ ක්‍රමයට මුත්‍රා ආපස්සට යෑම නැවතීමේ සම්මතය සාර්ථකවී ඇති ප්‍රමාණය 85%-90% දක්වාය. එන්ඩොස්කොපි

ප්‍රතිකාරය VUR ඇතිවූ මුල් කාලයේදී කිරීමට සුදුසු පහසු ප්‍රතිකාර විකල්පයක් වන අතර එය දිගුකාලීනව ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ගැනීම සහ VUR වැලදී ආතතියෙන් අවුරුදු ගණන් ජීවත්වීම වළක්වන බැවිනි.

අනුගමනය කළයුතු

VUR ඇති සියලුම ළමුන්ව ජීවිත කාලය මුලුල්ලේම අධීක්ෂණයෙන් සිටිය යුතු අතර ඔවුන්ගේ උස සහ බර මැනීම, රුධිර පීඩනය බැලීම, මුත්‍රා විශ්ලේෂන සහ අනෙකුත් පරීක්ෂාවන් නිර්දේශ කර ඇති පරිදි කළ යුතුය.

රුධිර පීඩනය ඇගයීමට, වර්ධනය, නැවත නැවත මුත්‍රා මාර්ග අසාධන පිළිබඳව VUR වලදී නිතර විධිමත් පසු විපරමින් සිටිය යුතු බව උපදෙස් දෙයි.

වෛද්‍යවරයෙකු මුණ ගැසිය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන ඇති ළමයින්ට වහාම වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ:

- නිතරම උණ ගතිය, සීතල, වේදනාව, මුත්‍රා කරන විට දැවිල්ල, මුත්‍රා වලින් දුගඳක් හැමීම හෝ මුත්‍රාවල රුධිරය තිබීමය.
- ඔක්කාරය හෝ වමනය සමග දියර සහ ඖෂධ වර්ග ලබාගැනීමට ඇති අපහසුතාවය.
- අධුවෙන් දියර ගැනීම හෝ වමනය නිසා විජලනය ඇතිවීම.
- පිටුපස පහල කොටසේ හෝ උදරයේ වේදනාව.
- කැසීම, දුර්වල ආහාර රුචිය, ළමයාගේ වැඩීම බාධාවේ නම් හෝ දරුවා අසනීප ගතියෙන් සිටීනම්.

පරිච්ඡේදය 24

ඇඳේ තෙමීම (Bed Wetting)

ඇඳේ තෙමීම හෝ නින්දේදී නිරුත්සාහයෙන් මුත්‍රා පහවීම ළමුන් අතර බහුලව පවතියි. ඇඳ තෙමීම රාත්‍රියේදී නිරුත්සාහයෙන් මුත්‍රා වහනය (Nocturnal Enuresis) වකුගඩු රෝගයක්, කම්මැලිකමක් සහ ළමුන්ගේ අකීකරු කමක් නිසා සිදුවන දෙයක් නොවේ. බොහෝ අවස්ථාවලදී කිසිම ප්‍රතිකාරයක් නොමැතිව ළමුන්ගේ වැඩීමත් සමග එය ඉබේටම නවතී. කෙසේ හෝ එය ළමුන්ට සහ ඔවුන්ගේ පවුල්වල අයට කනස්සල්ලට කාරණයක් වන්නේ ඔවුන් අපහසුතාවයට සහ ලැජ්ජාවට පත් වීමට හේතුවන නිසාය.

ඇඳ තෙමීමෙන් පෙළෙන ළමුන්ගේ ප්‍රතිශතය කුමක්ද? එය සාමාන්‍යයෙන් නවතින්නේ කුමන වයසේදීද?

අවුරුදු 6 ට අඩු ළමුන් අතර ඇඳ තෙමීම බහුලව සිදුවේ. වයස අවුරුදු 5 වනවිට 15%-20% දක්වා ළමයි ඇඳ තෙමීම සිදු කරති. වයසත් සමග ඇඳ තෙමීම සමානුපාතික අඩු වීමක් තිබේ . අවුරුදු 10 දී 5% ද අවුරුදු 15 දී 2% පමණද වැඩිහිටියන්ගේ 1% ට අඩු ප්‍රමානයක්ද වේ.

ඇඳ තෙමීම වැඩියෙන් සිදු වන්නේ කුමන ළමයි අතරද?

- තම දෙමාපියන්ට ළමා කාලයේදී එම ප්‍රශ්නය තිබූ ළමයින්ට.
- සාමාන්‍ය ස්නායුවේදිය වර්ධනයේ (Neurological Development) යම්කිසි පමාවක් තිබුණු ළමයින්ට, ඒ හේතුවෙන් පිරුණු මුත්‍රාශයක දැනීම හඳුනා ගැනීමට ඇති හැකියාවේ අඩුකම.

- තද නින්දේ සිටින ළමයින්ට.
- තමය ගැහැණු ළමුන්ට වඩා පිරිමි ළමුන් අතර බහුලය.
- මානසික හෝ ශාරීරික ආතතිය නිසා මෙම ප්‍රශ්නය ආරම්භ වීමට හෝ වැඩි වීමට හැක.
- ඉතා සුලු ළමුන් සංඛ්‍යාවකගෙ (2%-3%) වෛද්‍ය ප්‍රශ්න නිසා එනම් මුත්‍රා මාර්ග ආසාදන, දියවැඩියාව, වකුගඩු අකර්මණ්‍ය, කිරි පණුවන්, මල බද්ධය, කුඩා මුත්‍රාශය, කොඳු ඇට පේළියේ අසාමාන්‍යතා සහ මුත්‍ර මාර්ග කපාටවල අඩුපාඩු ඇති පිරිමි ළමුන්ට මෙය බලපෑ හැක.

රාත්‍රියේදී ඇඳ තෙමීම බාල ළමුන් අතර ඇති පොදු ප්‍රශ්නයකි. නමුත් එය රෝගයක් නොවේ.

ඇඳ තෙමෙන ළමුන් කවදා කුමන වේලාවට පරීක්ෂණ කළ යුතුද?

ඇඳ තෙමීම සම්බන්දයෙන් වෛද්‍ය හෝ ව්‍යුහාත්මක ප්‍රශ්න ඇතැයි සැක කළ විට තෝරාගත් ළමුන් සංඛ්‍යාවකගේ පමණක් පරීක්ෂණ කරනු ලැබේ. නිතර කරනු ලබන වෛද්‍ය පරීක්ෂණ වනුයේ මුත්‍රා පරීක්ෂණ, රුධිර ග්ලුකෝස්, කොඳු ඇට පේළියේ X කිරණ ගැනීම සහ අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණ හෝ අනෙකුත් වකුගඩුවේ හෝ මුත්‍රශයේ ප්‍රතිබිම්බ පරීක්ෂණය (Imaging Test).

ප්‍රතිකාර

ඇඳ තෙමීම ඉබේම ඇතිවන දෙයකි. එය සිතා මතා නොකෙරේ. එනිසා බැනීම, දඩුවම් කිරීම, කෑ ගැසීම, ළමයාට ගැසීම සුදුසු නැත. දරුවාට දෝෂාරෝපනය කිරීම වෙනුවට, කාළයත් සමග ඇඳ තෙමීම නැවතී එය සුව වෙන බවට දරුවාට සහතික වන්න.

ඇඳ තෙමීමේ මූලික ප්‍රතිකාර වලට ඇතුලත් වන්නේ අධ්‍යාපනය, දිරි ගැන්වීමේ චිකිත්සාව (Motivational Therapy) සහ දියර පානය සහ මුත්‍රා හිස් කිරීමේ පුරුදු වෙනස් කිරීමය. මෙම පියවරයන් මගින් ඇඳ තෙමීම අඩු වීමේ දියුණුවක් නොවුනහොත් ඇඳ තෙමීම ඇඟවීමේ සංඥා මගින් හෝ ඖෂධ ප්‍රතිකාර මගින් අත්හදා බැලිය කළ හැකිය.

1) අධ්‍යාපනය සහ දිරි ගැන්වීමේ චිකිත්සාව

- ඇඳ තෙමීම ගැන දරුවාට හොඳින් කියා දිය යුතුයි.
- ඇඳ තෙමීම ළමයාගේ වරදක් නොවේ. එනිසා කේන්ති ගැනීම හෝ බැන වැදී අවවාද දීම නොකරන්න. එම නිසා තිබෙන තත්වය නරක අතට හැරීමට හේතුවිය හැක.
- ඇඳ තෙමීම නිසා කිසිම කෙනෙක් ළමයාට විහිලු නොකරන ලෙසට වග බලා ගන්න.
- ඇඳ තෙමීම නිසා ළමයාට ඇතිවන ආතතිය අඩු කළ යුතුයි. එය පහසුවෙන් මග හරවා ගත හැක්කේ, පවුලේ අය තමා සමග සිටින බව, එම ප්‍රශ්නය තාවකාලික එකක් බව සහ එය නිවැරදි කළ හැකි බව ළමයාට ඒත්තු ගැන්වීමය.
- ඩයපර්ස් (Diapers - මුත්‍රා උරා ගැනීමට අඳින යට ඇඳුමක්) වෙනුවට පුහුණු යට ඇඳුම් (Training Pants) පාවිච්චි කිරීමට දෙන්න.
- නිදා ගන්නා පරිසරයේ රාත්‍රි ලාම්පු යොදා රාත්‍රියට වැසිකිළියට යාමට පහසුවෙන ආකාරයට නිසි සැළැස්මක් යොදන්න.
- අමතර රාත්‍රි ඇඳුමක්, ඇඳ ඇතිරිල්ලක් සහ තුවායක් ළමයාට ගැනීමට පහසු තැනක තබන්න. එවිට ළමයා රාත්‍රියේදී ඇඳතෙමා ඇහැරුනොත් පහසුවෙන් ඇඳ ඇතිරිලි සහ ඇඳුම් මාරුකරගත හැක.
- ඇඳ මෙට්ටයට සිදුවන හානිය වැළැක්වීමට ප්ලාස්ටික් වලින්

ආවරණය කරන්න.

- ඇඳ ඇතිරිල්ලට යටින් විශාල තුවායක් තබා අමතර උරාගැනීමකට සලස්වන්න.
- මුත්‍රා ගඳ නැති කිරීම සඳහා දිනපතා උදයට ළමයාට ස්නානය කිරීමට උනන්දු කරවන්න.
- ඇඳ තෙමීම නොකළ දින වලදී දරුවාව වර්ණනා කර තෑග්ගක් ලබා දෙන්න. සුලු ත්‍යාගයක් හෝ ලබා දීමෙන් ළමයින්ව දිරිමත් කර උනන්දු කරවිය හැක.
- මල බද්ධය ගැන නොසළකා සිටීම සුදුසු නැත . එයට ප්‍රතිකාර කළ යුතුයි.

2) දියර ගැනීම සීමා කරන්න

- නිදා ගැනීමට පෙර පැය දෙක තුනකට කලින් දියර ගැනීම සීමා කරන්න. නමුත් දහවල් කාලයේදී ප්‍රමාණවත් දියර ප්‍රමාණයක් ගැනීමට වග බලා ගන්න.
- කැෆේන් (තේ, කොපි) කාබනේට් කළ බීම (කෝලා) සහ චොකලට් සවසට ගැනීමෙන් වැළකෙන්න. ඒවා ගැනීමෙන් මුත්‍රා පහකිරීම ඇති උවමනාව වැඩිකල හැකි අතර ඇඳ තෙමීම බැරෑරුම් විය හැක.

3) මුත්‍රා හිස් කිරීමේ චාරිත්‍ර පිළිබඳ උපදෙස්

- ඇඳට යාමට පෙර දෙවරක් මුත්‍රා කිරීමට සලස්වන්න. පලමු මුත්‍රා කිරීම ඇඳට යාමට නියමිත වේලාවට පෙර සහ දෙවන මුත්‍රා කිරීම නින්දට වැටීමට ආසන්න වේලාවට පෙර කළ යුතුයි.
- දවස පුරා නිශ්චිත කාලයකට සැරයක් වැසිකිළියට යාම සිරිතක් කර ගන්න.

- ළමයා නින්දට ගොස් පැය 3 කට පසු නැගිට්ටවා මුත්‍රා පහ කිරීමට සලස්වන්න. අවශ්‍ය නම් ඔරලෝසුවේ සීනුව නාදවීමට තබන්න.
- ඇඳ තෙමීමේ නිශ්චිත වේලාව තීරණය කර නැගිට්ට විය යුතු වේලාව ගලපා ගත හැක.

4) ඇඳ තෙමීම නතර කිරීම සඳහා සීනුව නාද කිරීම.

- ඇඳ තෙමීම නැතහොත් තෙතමනය පාලනය කරන සීනුව, ඇඳ තෙමීම පාලනය කිරීමට ඉතා ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමයකි. එය සාමාන්‍යයෙන් වෙන් කර ඇත්තේ අවුරුදු 7 න් ඉහළ ළමුන්ටය.
- මෙම සීනුව නාද කිරීමේ ක්‍රමයේදී (Alarm) ළමයාගේ යට කලිසමට සංවේදකයක් සම්බන්ද කරනු ලැබේ. ළමයා ඇඳේදී මුත්‍රා කරන විට එම උපකරණය මගින් ළමයා පහ කරන පළමුවැනි මුත්‍රා බින්දුව පිළිබඳව සන්නිවේදනය කිරීම නිසා සීනුව නාදවී ළමයා නින්දෙන් නැගිටියි. නින්දෙන් නැගිට්ට ළමයාට වැසිකිළියට යන තෙක් ඔහුගේ මුත්‍රා පාලනය කර ගත හැක.
- මෙම සීනුව නාදකරන ක්‍රමයේදී (Alarm) ඇඳ තෙමීම සිදු වීමට මොහොතකට පෙර ළමයාව නැගිට්ට වීමට පුරුදු පුහුණු කරයි.

ඇඳට යාමට පෙර දියර පානය සීමාකිරීම සහ මුත්‍රා පහකිරීමේ පුරුදු නිසි පිළිවෙලට විනයානුකූලව කිරීම වැදගත් පියවරයන්ය.

5) මුත්‍රාශය පුහුණු කරන ව්‍යායාම

- ඇඳ තෙමීමේ ප්‍රශ්නය ඇති බොහෝ ළමයින්ට ඇත්තේ කුඩා මුත්‍රාශයකි. මුත්‍රාශය පුහුණු කිරීමේ අරමුණ වන්නේ මුත්‍රාශයේ ධාරිතාව වැඩිකිරීමය.

- දවල් කාලයේ දී ජලය වැඩි ප්‍රමාණයක් පාවිච්චි කරන ලෙසද මුත්‍රා පහකිරීමේ උවමනාව ඇතිවුනත් මුත්‍රා පහ නොකර තබාගන්නා ලෙස ළමුන්ට දන්වයි.
- පුරුදු පුහුණු කිරීමෙන් දිගු වේලාවක් මුත්‍රා රඳවා තබාගැනීමට ළමයාට පුලුවන. මේ නිසා මුත්‍රාශයේ මාංශපේශි ශක්තිමත් කර මුත්‍රාශයේ ධාරිතාව වැඩි කරයි.

ඇඳ තෙමීමට උපකාර කරගන්නා සීනුව නාද කරන උපකරණය (Alarm) සහ ඖෂධ චිකිත්සාව සාමාන්‍යයෙන් යොදා ගන්නේ අවුරුදු 7 ට වැඩි ළමුන්ටය.

6) ඖෂධ චිකිත්සාව

ඇඳ තෙමීම නතර කිරීමට ඖෂධ පාවිච්චිය අවසාන පිළියමක් ලෙස සලකන අතර එය පාවිච්චි කිරීමට ලබාදෙන්නේ අවුරුදු 7 ට වැඩි ළමුන්ට පමණකි. ඒවා ප්‍රතිඵලදායීය. නමුත් ඇඳ තෙමීම නතර නොකරයි. ඉන් සිදුවන්නේ එය නැවතීමට ඉඩක් තැබීම වන අතර එය පාවිච්චි කරන්නේ තාවකාලිකවය. ඖෂධ පාවිච්චිය නතර කළ විට ඇඳ තෙමීම නැවත සිදුකරයි. ස්ථිර වශයෙන් පිළියමක් ලෙස ඖෂධ වලට වඩා ඇඳ තෙමීමේදි සීනු නාදය ඇතිකරන උපකරණය වඩා සුදුසුය.

A) ඩෙස්මොප්‍රෙසින් ඇසිටේට් (Desmopressin Acetate - DDAVP)

ඩෙස්මොප්‍රෙසින් ඇසිටේට් පෙති වෙළඳපොළෙන් ලබා ගත හැකි අතර අනෙකුත් ක්‍රම අසාර්ථක වන විට මෙය නිර්දේශ කෙරේ. මෙම ඖෂධයෙන් ළමුන්ගේ රාත්‍රි කාලයේදි නිපදවන මුත්‍රා ප්‍රමාණය අඩු කෙරේ. එම නිසා මෙම ඖෂධය ප්‍රයෝජනවත් වන්නේ මුත්‍රා විශාල ප්‍රමාණයක් නිපදවන

ළමුන්ටය. ළමයා මෙම ඖෂධය පාවිච්චි කරන විට සවසට පාවිච්චි කරන දියර ප්‍රමාණය අඩු කළ යුත්තේ ජලය විසවීම වැළැක්වීමටය. මෙම ඖෂධය සාමාන්‍යයෙන් දෙන්නේ රාත්‍රි ඇඳට යාමට පෙරය. කුමන හේතුවක් නිසා හෝ ළමයා වැඩි දියර ප්‍රමාණයක් පාවිච්චි කර ඇත්නම් රාත්‍රියට මෙම ඖෂධ දීමෙන් වළකින්න. මෙම ඖෂධය ඉතා ප්‍රතිඵලදායි වන අතර සුලු අතුරු ආබාධ කිපයක්ද ඇති නමුදු එහි ඉතා අධික මිළ නිසා බොහෝ දෙමාපියන්ට ඒ සඳහා මුදල් වියදම් කළ නොහැක.

B) ඉමිප්‍රාමින් - Imipramin (Tricyclic Antidepressants)

මුත්‍රාශයට විවේකයක් ඇති කරයි. වක්‍ර පිධානය (Sphincter-) තද කරන අතර ඒ හේතුවෙන් මුත්‍රා වැඩි ප්‍රමාණයක් දරා ගැනීමට මුත්‍රාශයේ ධාරිතාව වැඩි කරයි. මෙම ඖෂධය සාමාන්‍යයෙන් ගනු ලබන්නේ මාස 3-6 අතර කාල සීමාවකටය. මෙම ඖෂධයෙන් ඉක්මන් ප්‍රතිඵල ලැබෙන නිසා ඇඳට යාමට පැයකට පෙර ගනු ලැබේ. මෙම ඖෂධය ඉතා ඉහළ ප්‍රතිඵලයක් ගෙනදෙයි. නමුත් එහි නිතර ඇති වන අතුරු ආබාධ නිසා එය පාවිච්චි කරන්නේ තෝරාගත් අයට සුදුසු අවස්ථාවලදි පමණකි.

C) ඔක්සිබටිනින් - Oxybutynin (Anticholinergic Drugs)

මෙය ප්‍රයෝජනවත් වන්නේ දවල් කාලයේ ඇඳ තෙමන අයටය. මෙම ඖෂධයෙන් මුත්‍රාශය සංකෝචනය අඩුකර මුත්‍රාශයේ ධාරිතාව වැඩි කරයි. අතුරු ආබාධ වනුයේ මුඛය වියළිම, මුහුණ පිම්බීම සහ මල බද්ධයයි.

තාවකාලික යහපත සඳහා ඇඳ තෙමීමට ඖෂධ චිකිත්සාව කෙටිකාලීන ප්‍රතිඵලදායි පියවරක් වුවත් ඉන් රෝගය සුව කළ නොහැක

ඇඳ තෙමීමේ ප්‍රශ්නය ඇති ළමුන් සඳහා වෛද්‍යවරයා හමු විය යුත්තේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

ඇඳ තෙමීම සිදුවන ළමයෙකු සිටින පවුලක් වහාම වෛද්‍යවරයා හමු විය යුත්තේ ළමයාට:

- දවල් කාලයේ ඇඳ තෙමීමේ ප්‍රශ්නය ඇත්නම්.
- අවුරුදු 7 හෝ 8 පසුවත් ඇඳ තෙමීම කරයි නම්.
- මාස 6 ක් පමණ ඇඳ තෙමීම නොකර නැවත ඇඳ තෙමයි නම්.
- මල පහ කිරීම පාලනයක් නොමැති නම්.
- උණ, වේදනාව, දැවිල්ල, නිතර මුත්‍රා කිරීම, අසාමාන්‍ය පිපාසය, මුහුණ සහ පාද ඉදිමීම ඇතිවන්නේ නම්.
- දුර්වල මුත්‍රා පහ කිරීමක් ඇත්නම් සහ මුත්‍රා පහ කරන විට අපහසුවක් හෝ නැටමීමක් ඇත්නම්.

පරිච්ඡේදය 25

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය සඳහා ගත යුතු ආහාර

වකුගඩු වල ප්‍රධාන කාර්‍යය වනුයේ අපද්‍රව්‍ය නිෂ්පාදන ඉවත් කර රුධිරය පිරිසිදු කිරීමය. ඊට අමතරව වකුගඩුව අතිරේක ජලය, ඛනිජ සහ රසායනික ද්‍රව්‍ය ඉවත් කරන අතර ශරීරයේ ඇති ජලය සහ සෝඩියම්, පොටෑසියම්, කැල්සියම්, ප්‍රොස්පරස් සහ බයිකාබනේට් වැනි ඛනිජ ද්‍රව්‍ය ක්‍රමවත්ව පාලනය කර ඉතා වැදගත් කාර්‍යයක් කරයි.

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ (CKD) දියර සහ විද්‍යුත් විච්ඡේද (Electrolytes) ක්‍රියාත්මක වීම අපිළිවෙළ විය හැක. මෙම හේතුව නිසා සාමාන්‍ය වශයෙන් ජලය, ලුණු හෝ පොටෑසියම් පාවිච්චි කළත් දියර වල සහ විද්‍යුත් විච්ඡේද වල සමතුලිත බාවයට තදබල ව්‍යාකූලතා සිදු වීමට හේතුවිය හැක.

නිසි විධියට ක්‍රියා නොකරන වකුගඩුවකට ඉසිලිය නොහැකි බර අඩුකිරීමට සහ දියර සහ විද්‍යුත් විච්ඡේදයේ සමතුලිත බව රැක ගැනීමට බලපාන ව්‍යාකූලතා වැළැක්වීමට තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන් ඔවුන්ගේ ආහාර වේල සුදුසු විධියට නවීකරණය කර ගත යුත්තේ, වෛද්‍යවරයෙකුගේ සහ ආහාර පිළිබඳ විශේෂඥයෙකුගේ (Diatician) අනුදැනුම ඇතිවය. තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට නිශ්චිත ආහාර වේලක් නොමැත. සෑම රෝගියෙකුටම ඔවුන්ගේ සායනික තත්වය, වකුගඩු අකර්මණ්‍යයේ අදියර සහ අනෙකුත් වෛද්‍ය ප්‍රශ්න පදනම් කරගෙන, විවිධ ආහාර වේල් පිළිබඳ උපදෙස් දෙයි. එකම රෝගියාට වුවත් විවිධ අවස්ථාවලදී ආහාර වේල වෙනස් කිරීමට අවශ්‍යය.

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ ආහාරවක්‍ර චිකිත්සාවේ අරමුණු:

1. තීව්‍ර වකුගඩු රෝගයේ වර්ධනය සෙමෙන් සිදුවීමට සහ රුධිර කාන්ද්‍රකරණය කල් දැමීමට.
2. රුධිරයේ ඇති වැඩිපුර යූරියා නිසා ඇතිවිය හැකි විෂ සහිත බව අඩු කිරීමට.
3. උපරිම පෝෂණ තත්වය පවත්වා ගැනීමටත් ශරීර ස්කන්ධයේ අඩුවීම වැළැක්වීමට.
4. දියර සහ විද්‍යුත් විච්ඡේද ව්‍යාකූලතා ඇතිවීමේ අවදානම අඩුකිරීමට.
5. හෘද කන්තුක වාහිනී රෝගයේ අවදානම අඩු කිරීමට.

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ ආහාරවක්‍ර චිකිත්සාවේ සාමාන්‍ය මූලධර්ම:

- ප්‍රෝටීන් පාවිච්චිය ශරීර බරෙන් / දිනකට 0.8 gm/kg දක්වා පාලනය කරන්න.
- ශක්තිය ලබාදීම සඳහා ප්‍රමාණවත් කාබොහයිඩ්‍රේට් ප්‍රමාණයක් සපයන්න.
- මධ්‍යස්ථ මේද ප්‍රමාණයක් සපයන්න. තමන් ගන්නා බටර්, ගිතෙල් සහ තෙල් ප්‍රමාණය සීමා කරන්න.
- ඉදිමුම තිබේ නම් ගන්නා දියර සහ වතුර ප්‍රමාණය පාලනය කරන්න.
- ආහාර වේලේ සෝඩියම්, පොටෑසියම් සහ පොස්ෆරස් පාලනය කරන්න.
- විටමින් වර්ග සැපයීම සහ අවශ්‍ය ප්‍රමාණයට මූලධර්ම හඳුනා ගන්න. ඉහළ තන්තුමය ආහාර වේලක් නිර්දේශිතයි.

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට ආහාර වේල තෝරා ගැනීමේදී සහ ආහාර වේල වෙනස් කිරීමේදී අවශ්‍ය විස්තර පහත සඳහන් වේ.

1) ඉහළ කැලරි ප්‍රමාණයක් ගැනීම

දිනපතා කටයුතු වලට සහ උෂ්ණත්වය පවත්වා ගැනීමට, ශරීරයේ වර්ධනයට සහ ප්‍රමාණවත් ශරීර බරක් පවත්වා ගැනීමට, ශරීරයට කැලරි අවශ්‍යය. කැලරි සපයන්නේ ප්‍රධාන වශයෙන් කාබෝහයිඩ්‍රේට් සහ මේද වලිනි. තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට සාමාන්‍ය වශයෙන් දිනකට අවශ්‍ය වන කැලරි ප්‍රමාණය වන්නේ, ශරීර බර කිලෝ එකකට කැලරි 35-40 ය. එක් දිනකට තමන් ගන්නා කැලරි ප්‍රමාණය ප්‍රමාණවත් නොමැති නම් කැලරි ලබා දීමට ප්‍රෝටීන පාවිච්චි කරනු ලැබේ. මෙම ප්‍රෝටීන හිඟ බව හානිදායක ප්‍රතිඵල වලට මග පෙන්වන මන්ද පෝෂණය සහ ඉතා විශාල ප්‍රමාණයක් අපද්‍රව්‍ය නිෂ්පාදනය විය හැක. එම නිසා තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට ප්‍රමාණවත් කැලරි ප්‍රමාණයක් ලබාදීම අත්‍යවශ්‍යය. රෝගියාගේ කැලරි ගණනය කළ යුත්තේ දැනට තිබෙන බර අනුව නොව රෝගියාගේ නිශ්චිත බර අනුවය. විශේෂයෙන් පෙර පැවතුනු මන්ද පෝෂණය හෝ දියවැඩියාව සමඟ තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇත්නම් රෝගියාගේ බර අඩුවීම හෝ වැඩිවීම සිදුවිය හැක.

කාබෝහයිඩ්‍රේට්ස්

ශරීරයට අවශ්‍ය කැලරි ප්‍රමාණය ලබා ගැනීමට මූලික මූලාශ්‍රය වන්නේ කාබෝහයිඩ්‍රේට්ය. කාබෝහයිඩ්‍රේට් අඩංගු ආහාර වන්නේ තිරිඟු, ධාන්‍ය වර්ග, හාල්, අර්තාපල්, පලතුරු සහ එළවලු, සීනි, පැණි, කුකීස්, කේක්, රස කැවිලි සහ බීම වර්ගය. දියවැඩියාව සහ ස්ථූල රෝගීන් කාබෝහයිඩ්‍රේට් සීමා කිරීම අවශ්‍යය. සම්පූර්ණ කාබෝහයිඩ්‍රේට් ප්‍රමාණය ලබා ගැනීමට ධාන්‍ය වර්ග වන ශුද්ධ නොකළ සම්පූර්ණ තිරිඟු, ශුද්ධ

නොකළ හාල් සහ මිලට් වර්ග වන ජොහාර්, බජ්රා, රගි සහ තන්තු ප්‍රමාණයකුත් ලබාගත හැකි නැවිනි ලබාගැනීම වඩා සුදුසුය. මේවායින් කාබෝහයිඩ්‍රේට් විශාල ප්‍රමාණයක් නිපදවන අතර අනෙකුත් සරල සීනි අඩංගු ද්‍රව්‍ය කාබෝහයිඩ්‍රේට් නිපදවන්නේ 20% ක් පමණි.

මේදය

මේදය ශරීරයට කැලරි සපයන ප්‍රධාන මූලාශ්‍රයක් වන අතර කාබෝහයිඩ්‍රේට් සහ ප්‍රෝටීන වලට වඩා දෙගුණයක් කැලරි ලබාදේ. සංතෘප්ත නොවන හෝ “හොඳ” මේදය වන වෙරළු තෙල්, රටකජු තෙල්, කැනෝලා තෙල්, සූරියකාන්ත තෙල්, මාළු සහ ඇට වර්ග වඩාත් සුදුසු වන අතර සංතෘප්ත හෝ “නරක” මේදය එනම් රතු මස්, කුකුල් මස්, යොදය සහිත කිරි, බටර්, එළගිතෙල්, චීස්, පොල් සහ ඌරු තෙල් ගැනීම නුසුදුසුය. සංතෘප්ත මේදය සහ කොලෙස්ටරෝල් අඩංගු ආහාර ගැනීම අඩු කිරීම සුදුසු වන්නේ එය හෘදයාබාද සහ වකුගඩු අකර්මණ්‍යයට හේතු වන නිසාය. සංතෘප්ත නොවන තෙල් අතරින් ඒක අසංතෘප්ත සහ බහු අසංතෘප්ත මේද වල අනුපාතය ගැන අවධානය යොමු කිරීම ඉතා වැදගත්ය. ඔමේගා 6 වැඩි ප්‍රමාණය ඇති බහු අසංතෘප්ත මේද අම්ල (PVFA) සහ ඉතා ඉහළ ඔමේගා-6/ඔමේගා-3 අනුපාතය හානිදායක වන අතර අඩු ඔමේගා-6/ඔමේගා-3 අනුපාතය ඉතා හොඳ ප්‍රතිඵලයක් ලබාදෙයි. එළවලු තෙල් මිශ්‍රණය තනි එක් තෙලක් පාවිච්චියට වඩා මෙම අරමුණ ඉටු කරයි. ට්‍රාන්ස් මේදය (Trans Fat) අඩංගු වනස්පති/දල්දා ඝිතෙල්, ගැඹුරු තෙලේ බදින ලද අර්තාපල්, ඩෝනට්, වානිජමය වශයෙන් නිෂ්පාදිත කුකීස් සහ කේක් හානිදායක වන අතර ඒවායින් වැළකිය යුතුය.

2) ප්‍රෝටීන් ගැනීම පාලනය කරන්න.

ශරීරයේ පටක පවත්වා ගැනීමටත් අලුත් වැඩියා කිරීමටත් ප්‍රෝටීන් අවශ්‍යය. තවද එය තුවාල සුව කිරීමට සහ ආසාදනවලට එරෙහිව සටන් කිරීමටද උදව් වේ. ප්‍රෝටින පාලනය කිරීම මගින් වකුගඩු අක්‍රිය වීමේ ප්‍රතිශතය අඩු කරන අතර එය රුධිර කාන්දුකරණය සහ වකුගඩු බද්ධය පසුවට කල් දමයි. නමුත් අනවශ්‍ය විධියට ප්‍රෝටීන පාලනය නොකළ යුතුයි. ආහාර රුචියේ දුර්වලකම තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන් අතර පොදුය. ආහාර රුචියේ දුර්වලකම සහ තදින් ප්‍රෝටීන පාලනය කිරීම හේතුවෙන්, මන්ද පෝෂණය, බර අඩු වීම, ශක්තිය අඩුවීම සහ ශරීරයේ ඔරොත්තු දීමේ හැකියාව අඩු කරන අතර මරණ අවදානමද වැඩි කරයි. ඉන්දියාවේ බොහෝ අය එළවලු ආහාර පරිභෝජනය කරයි. එළවලු ආහාර පමණක් පරිභෝජනය නොකරන අයද එය නිත්‍ය දෛනික පදනමක් යටතේ ඒවා ආහාරයට නොගනී. ඉන්දියාවේ වෛද්‍ය පර්යේෂණ සභාවේ මතය වූයේ ඒ රටේ පොදුවේ ගත් කල සමාජ ආර්ථික සහ වඩා ඉහළ ආර්ථික පසු බිමක සිටින ජනයාගේ ප්‍රෝටීන පරිභෝජනය ශරීරයේ කිලෝ ග්‍රෑම් බරකට තිබිය යුතු එක ග්‍රෑමයක් වන අවම මට්ටමට වඩා අඩු බවයි. පෙර සඳහන් කළ ඇති අයුරු තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය (CKD) උච්ච අවස්ථාවේදී ගත යුතු ප්‍රෝටීන ප්‍රමාණය ශරීර බර 1kg ට ග්‍රෑම් 0.8 ක් වුවද එය ආන්තික (Marginal) මට්ටමය. වැදගත් වන්නේ පරිභෝජනය කරනු ලබන ප්‍රෝටීන ප්‍රමාණයේ ගුණාත්මක භාවය ඉහළ නැංවීමයි. අවධානය යොමු කළ යුත්තේ ඉහළ ජීව විද්‍යාත්මක අගයක් (0.4 සිට 0.6 ග්‍රෑම්/කිලොග්‍රෑම්) ඇති කිරි ආහාර වලින් සමන්විත මුදවපු කිරි, වෙනත් පිරිසිදු කරන ලද සෝයා පිටි, සෝයා කැටිති (Granule), සෝයා කුට්ටි (Chunk), බිත්තර සුදු මදය යනාදිය සහ නිර්මාංශ නොවන අයට බිත්තර සුදු මදය දෛයිනික පදනමක් මත සහ සුළු ප්‍රමාණයක් මේදය අඩංගු මාළු සුදුසුය.

3) දියර ගැනීම

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය (CKD) ඇති රෝගීන් දියර ගැනීම සම්බන්ධයෙන් ආරක්ෂා විය යුත්තේ ඇයි?

වකුගඩු වලින් කෙරෙන ප්‍රධාන කාර්‍යයක් වනනේ ශරීරයේ නිසියාකාර වතුර ප්‍රමාණයක් පවත්වා ගෙන වැඩිපුර ඇති වතුර මුත්‍රා වශයෙන් පිට කිරීමයි. තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නරක අතට හැරෙන විට මුත්‍රා පිට කරන ප්‍රමාණය සාමාන්‍යයෙන් අඩු කරයි. පිට කරන මුත්‍රා ප්‍රමාණය අඩු වූ විට ශරීරයේ වැඩි දියර ප්‍රමාණයක් රැඳීමෙන් මුහුණ පිම්බීම, පාද හා අත් ඉදිමීම සහ අධි රුධිර පීඩනය ඇති කිරීමට හේතු වෙයි. පෙනහලු වල දියර එකතු වීම නිසා හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාවයට හේතුවේ. මෙය පාලනය නොකළහොත් එය ජිවිත හානියටද හේතුවිය හැක.

අතිරික්ත ජලය ශරීරයේ තිබෙන බවට ඉඟි:

අතිරික්ත ජලය ශරීරයේ තිබීම හඳුන්වන්නේ දියර අධිබර නමිනි. ඉදිමුම, ජලෝදරය (Ascites - උදර කුහරයේ දියර එකතුවීම), කෙටි හුස්ම ගැනීම සහ කෙටි කලකින් බර වැඩිවීම, දියර අධිබර ඇති බවට ඉඟියකි.

තීව්‍ර වකුගඩු හානිය ඇති රෝගීන් තමන් ගත යුතු දියර ප්‍රමාණය පාලනය කිරීමට අනුගමනය කළ යුතු පූර්වෝපායන් කුමක්ද?

දියර අධිබර හෝ අඩු වීම වැළැක්වීමට වෛද්‍යවරයාගේ අනුමැතිය ඇතිව ප්‍රමාණවත් දියර පරිමාවක් ගත යුතුය. තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට ගත යුතු නියමිත දියර ප්‍රමාණය එකිනෙකට වෙනස්ය. ගත යුතු දියර ප්‍රමාණය ගණනය කරන්නේ මුත්‍රා පිටකරන ප්‍රමාණය සහ රෝගියාගේ ශරීරයේ දියර තත්වය අනුවය.

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට උපදෙස් දෙන්නේ කොපමණ දියර ප්‍රමාණයක් ගැනීමටද?

- ඉදිමුම නැති සහ ප්‍රමාණවත් මුත්‍රා පිට කිරීමක් ඇති රෝගීන්ට ජලය සහ දියර පාලනයක් නොමැතිව ගත හැක. නමුත් තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන් වකුගඩුව ආරක්ෂා කිරීමට විශාල දියර ප්‍රමාණයක් ගත යුතුය යන්න වැරදි මතයකි.
- ඉදිමුම සහ අඩු මුත්‍රා ප්‍රමාණයක් පිට කරන රෝගීන්ට දියර ප්‍රමාණය පාලනය කළ යුතු බවට උපදෙස් දෙනු ලැබේ. ඉදිමුම අඩු කිරීමට, පැය 24 ක කාලය තුළදී ගත යුතු දියර ප්‍රමාණය, දිනකට පිට කරන මුත්‍රා ප්‍රමාණයට වඩා අඩුවිය යුතුයි.
- දියර අධිබර හෝ අඩු වීම වැළැක්වීමට, සාමාන්‍යයෙන් දිනකට ගත යුතු දියර ප්‍රමාණය සමාන විය යුත්තේ කලින් දින පිට කරන ලද මුත්‍රා ප්‍රමාණයට අමතරව මි.ලී.500 එකතු කිරීමෙනි. දහඩිය දැමීමෙන් හා හුස්ම ගැනීමෙන් අඩුවන දියර ප්‍රමාණය අමතරව එකතු කරන මි.ලී.500 යෙන් සම්පූර්ණ කරයි.

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති කෙනෙකු දිනපතා තම බර මැන සටහනක් පවත්වාගත යුත්තේ ඇයි?

ශරීරයේ දියර පරිමාව පිළිබඳව සුපරීක්ෂාකාරීව සිටීමට සහ දියර වැඩිවී ඇති ප්‍රමාණය හෝ අඩුවී ඇති ප්‍රමාණය ඉතා ඉක්මනින් දැන ගැනීමට රෝගීන් දිනපතා තම බර මැන සටහන් කළ යුතුයි. ගත යුතු දියර ප්‍රමාණය පිළිබඳ දී ඇති උපදෙස් අනිවාර්යයෙන් අනුගමනය කළොත් ශරීර බර නොවෙනස්ව පවත්වා ගෙනයා හැක. හදිසියේ ඇතිවන බර වැඩිවීමෙන් පෙන්නුම් කරන්නේ දියර වැඩියෙන් ගැනීමෙන් අධිබර තත්වයක් හට ගෙන ඇති බවය. බර වැඩි වීම පෙන්නුම් කරන්නේ

රෝගීන්ට තමන් ගන්නා දියර සූක්ෂම ආකාරයෙන් පාලනය කළ යුතු බවට අනතුරු ඇඟවීමයි. බර අඩුවීම සාමාන්‍යයෙන් ඇති වන්නේ, දියර පාලනය කිරීම නිසා සහ අධි මුත්‍රක වලට ඇති ප්‍රතිචාරය යන ද්විත්ව බලපෑම හේතුවෙනි.

දියර ගැනීම අඩු කිරීමට ප්‍රයෝජනවත් ඉඟි:

දියර ගැනීම පාලනය කිරීම අපහසුය. නමුත් පහත සඳහන් ඉඟි ඔබට උපකාර විය හැක.

1. සෑම දිනකම එකම වේලාවකට ඔබේ බර මනින්න. ඒ අනුව දියර ගන්නා ප්‍රමාණය හදා ගන්න.
2. දිනකට ගත යුතු දියර ප්‍රමාණය පිළිබඳව ඔබට වෛද්‍යවරයා උපදෙස් දෙනු ඇත. ඒ අනුව දිනකට නිවැරදිව ගණනය කර මැන බලා දියර පානය කරන්න. මතක තබා ගත යුත්තේ තමන් ගන්නා දියර වල අඩංගු විය යුත්තේ ජලය පමණක් නොව, නමුත් තේ, කෝපි, කිරි, මුදවපු කිරි, මෝරු, යුෂ වර්ග, අයිස් ක්‍රීම්, සිසිල් බීම, සුප් වර්ග යනාදියත්ය. ඒ සමඟම ඔබ සැලකිලිමත් විය යුතු ආහාර නම් කොමඩු, මිදි, සලාද කොළ, තක්කාලි, සැල්දිරි, හොදි, ජෙලටින්, අධිශීත කළ ද්‍රව්‍ය වන අයිස් පලම් යනාදිය මන්ද යත් එහි වැඩි දියර ප්‍රමාණයක් අඩංගු වී ඇති නිසාය.
3. ලුණු සහිත ආහාර, දැවිල්ල සහ බැදපු ආහාර ගැනීමෙන් වළකින්න. හේතුව පිපාසාව වැඩි වී දියර වැඩි ප්‍රමාණයක් ගැනීමට යොමුවේ.
4. පිපාසාව ඇතිවිට පමණක් පානය කරන්න. හැමෝම පානය කරන නිසා හෝ පුරුද්දක් වශයෙන් හෝ පානය නොකරන්න.
5. ඔබට පිපාසය ඇතිවූ විට වතුර සුලු ප්‍රමාණයක් ගැනීමට හෝ අයිස් කැබැල්ලක් ගැනීමට උත්සහ කරන්න. කුඩා අයිස් කියුබයක් ගෙන

සූප්පු කරන්න. දියර වලට වඩා අයිස් දිගු වේලාවක් මුඛයේ තබා ගැනීමට පුලුවන. එම ප්‍රමාණයට ජලය පානය කරනවාට වඩා ඉන් සෑහීමකට පත්විය හැක. අයිස් තමා පරිභෝජනය කරන දියරයක් ලෙස ගණනය කිරීමට අමතක නොකරන්න. තමාට නියමිත ජල ප්‍රමාණය අයිස් ට්‍රේ එකට දමා ඝන වීමට තබන්න.

6. මුඛයේ වියළි බව ගැන සැලකිලිමත් වීමේදී වතුර පානය නොකර, එම වතුර මුඛයේ තබා ගෙන සොලවන්න. (Gargle) මුඛයේ වියළිබව අඩු කිරීමට චුවින් ගම්, සුකිරි ලෙමන් තීරුවක් හෝ මින්ට් සූප්පු කරන්න. මුඛ සෝදනයකින් මුඛය තෙත් කර ගන්න.
7. ඔබගේ පානයන් සඳහා නිතරම කුඩා ප්‍රමාණයේ කෝප්පයක් හෝ වීදුරුවක් පාවිච්චි කර දියර ගැනීම සීමා කරන්න.
8. කෑමෙන් පසු වතුර බොන විටදී ඖෂධත් ඒ සමඟ ගන්න. එවිට ඖෂධ ගැනීමට පාවිච්චි කරන වතුර ප්‍රමාණයෙන් තමා වැළකෙයි.
9. රෝගියෙක් නිතරම තම වැඩ කටයුතු වල නිරත විය යුතුයි. වැඩ කටයුතු වල නොයෙදී නිකම් සිටින විට නිතරම ජලය පානය කිරීමට සිතෙයි.
10. දියවැඩියා රෝගියෙකුගේ වැඩි රුධිර සීනි ප්‍රමාණයක් තිබෙන විට පිපාසය වැඩි වීමට ඉඩ ඇත. එනිසා පිපාසය අඩු කර ගැනීම සඳහා දියවැඩියාව දැඩි ලෙස පාලනය කිරීම අත්‍යවශ්‍යය.
11. උෂ්ණ දේශගුණය පිපාසය වැඩි කිරීමට හේතු වන නිසා සිසිල් සැප පහසු පරිසරයක ජීවත් වීමට පියවර ගැනීම සුදුසුය.

දිනකට නිර්දේශිත දියර ප්‍රමාණය මැන පරිභෝජනය කරන්නේ කෙසේද?

- වෛද්‍යවරයා දිනකට තමාට ගැනීමට නියම කරන ලද ජල ප්‍රමාණය හරියටම මැන භාජනයකට පුරවන්න.
- රෝගියා මතක තබා ගත යුත්තේ එදිනට එම ජල ප්‍රමාණයට වැඩියෙන් දියර ප්‍රමාණයක් ගැනීමට අවසර නැති බවයි.
- රෝගියා අමතර දියර කිසිවක් පරිභෝජනය කරයි නම් එම දියර ප්‍රමාණය මැන එම ප්‍රමාණයම තමා එදිනට බීමට ගැනීමට මැන සකස් කර ගන්නා ලද වතුර භාජනයෙන් ඉවත් කර විසිකර දැමිය යුතුයි.
- භාජනයේ ජලය හිස් වූ පසු තමාට දිනකට සීමා වූ ජල ප්‍රමාණය ලබාගෙන ඇති බවත් තවත් ජලය බීමට නොහැකි බවත් රෝගියාට හොඳින් පැහැදිලිවේ. දිනකට තමා ගත යුතු සම්පූර්ණ ජල ප්‍රමාණය දවස පුරා සමව විහිදී යන ලෙසින් පාවිච්චි කළ යුතු බව රෝගියාට අවවාද කරනු ලැබේ. මේ නිසා රෝගියා අමතර දියර පාවිච්චියෙන් වැළකෙයි.
- මෙම දියර පාලන ක්‍රමය එසේ දිනපතා කළ යතුයි.
- මෙම සරල ඉතා ප්‍රතිඵලදායි ක්‍රමය මගින් රෝගියාට නිර්දේශිත ජල ප්‍රමාණය හරියටම ලබා ගත හැකි අතර දියර ගැනීම මනා ලෙස පාලනය කළ හැක.

4) ආහාර වේලේ ලුණු (සෝඩියම්) පාලනය

තීව්‍ර වකුගඩු හානිය ඇති පුද්ගලයින්ට අඩු සෝඩියම් ආහාර වේලක් ගැනීමට අවවාද කරන්නේ ඇයි?

ශරීරයේ රුධිර පරිමාව පවත්වා ගෙන යාමටත් රුධිර පීඩනය පාලනය

කිරීමටත් අප ආහාර වේලට සෝඩියම් ඉතා වැදගත්ය. සෝඩයම් නියම ආකාරයට ක්‍රියාත්මක වීමට වකුගඩු වැදගත් කා ර්යභාරයක් කරයි. තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගින්ගේ ශරීරයෙන් වැඩිපුර සෝඩියම් සහ ජලය අයින් කිරීමට වකුගඩු වලට නොහැකිය. එම නිසා සෝඩියම් සහ ජලය ශරීරයේ එකතු වී රැඳී පවතී.

ශරීරයේ එකතු වී වැඩි වන සෝඩියම් ප්‍රමාණය නිසා පිපාසාව වැඩි වීමට, ඉදිමුමට, හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාවය සහ රුධිර පීඩනය වැඩි වීමට හේතුවේ. මෙම ප්‍රශ්න අඩු කිරීමට හෝ වළක්වා ගැනීමට තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගින් ආහාර වේලට සෝඩියම් ගැනීම පාලනය කළ යුතුයි.

සෝඩියම් සහ සාමාන්‍ය ලුණු වල වෙනස කුමක්ද?

සෝඩියම් සහ ලුණු යන වචන සාමාන්‍යයෙන් පාවිච්චි කරන සමානාර්ථ පදයන්ය. සාමාන්‍ය ලුණු යනු සෝඩියම් ක්ලෝරයිඩය. එහි 40% ක් සෝඩියම් ඇතුළත්ය. අප ආහාර වේලට සෝඩියම් ලබා ගන්නා ප්‍රධාන මූලාශ්‍රය ලුණුය. නමුත් සෝඩියම් ලබා ගන්නා එකම මූලාශ්‍රය ලුණු නොවේ. අප ආහාරයේ වෙනත් සෝඩියම් සංයෝග කිපයක්ම ඇත. එනම්:

- සෝඩියම් ඇල්ගිනේට් - අයිස්ක්‍රීම් සහ චොකලට් කිරි වලට පාවිච්චි කෙරේ.
- සෝඩියම් බයිකාබනේට් - බේකින් පවුඩර් සහ සෝඩා වශයෙන් පාවිච්චි කෙරේ.
- සෝඩියම් බෙන්සොඒට් - සෝස් කල් තබා ගැනීමට යොදයි.
- සෝඩියම් සිට්රේට් - ජෙලටින්, අතුරුපස, බීම වර්ග වල රසය වැඩි කිරීමට යොදයි.
- සෝඩියම් නයිට්රේට් - සකසන ලද මස් කල් තබා ගැනීමට සහ

වර්ණය වැඩි කිරීමට.

- සෝඩියම් සැකරයිඩ් - කෘතිම පැණි රසකාරකයක් ලෙස.
- සෝඩියම් සල්ෆයිට් - වියලි පලතුරු පාට අඩු වීම වැළැක්වීමට.

ඉහත සඳහන් සංයෝගවල සෝඩියම් අඩංගුය. නමුත් රසයෙන් ලුණු රස නැත . මෙම සංයෝගවල සෝඩියම් සැඟවී ඇත .

කෙනෙකු කොපමණ ලුණු ප්‍රමාණයක් ගත යුතුද?

ඉන්දියානු ජනගහනය සාමාන්‍යයෙන් දිනකට ගන්නා ලුණු ප්‍රමාණය ග්‍රෑම් 6-8 දක්වා පමණය. තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන් වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශයට අනුව ලුණු පාවිච්චි කළ යුතුයි. ඉදිමුම සහ අධි රුධිර පීඩනය ඇති තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ට සාමන්‍යයෙන් නිර්දේශ කරන්නේ දිනකට ලුණු ග්‍රෑම් **3** ක් පමණ ගැනීමටය.

සෝඩියම් ඉහළ ප්‍රමාණයක් ඇති ආහාර මොනවාද?

ඉහළ සෝඩියම් ඇති ආහාර වනුයේ:

1. මේස ලුණු (සාමන්‍ය ලුණු), බේකින් පවුඩර්.
2. පපඩම්, ලුණු සහිත අච්චාරු, ලුණු සහිත චට්නි, සෝස්, වැට් මසාල සහ සම්බාරාස්.
3. බේක් කරන ලද ආහාර - බිස්කට්, කේක්, පීසා, පාන්.
4. පිසීමට ගන්නා සෝඩා හෝ බේකින් පවුඩර් අඩංගු ආහාර උදා: ඉන්දියානු ආහාර වන ගන්තියාස්, පැකෝඩාස්, දොක්ලාස්, හඳවා, සමෝසා, රග්දා පැටිස්, දාහි වඩේ යනාදිය.
5. වේෆර්ස්, චිප්ස්, පොප්කෝන්, ලුණු සහිත රට කජු, ලුණු සහිත

වේලපු පලතුරු වන කජු, පිස්ටාචියොස්, ටින් කළ ආහාර ආදිය. එමෙන්ම පෙර සාදන ලද ලුණු සහිත ඉන්දියානු කෙටි ආහාර : සෙව්, චිවාඩා, චක්රි, මත්‍රි යනාදිය

6. වෙළඳපොලේ විකුණන ලුණු සහිත බටර් සහ චීස්
7. නූඩ්ල්ස්, ස්පැගටි, මැකරෝනි, කෝන්ෆ්ලේක්, වැනි ක්‍ෂණික ආහාර.
8. ගෝවා, කෝලිෆලවර්, තිවිති, උලුහාල් කොළ, රාබු, බීට්රූට්, කොත්තමල්ලි කොළ යනාදිය වැනි එළවළු.
9. ලුණු සහිත ලැසී, මසාල සෝඩා, නැවුම් දෙහි යුෂ සහ පොල් වතුර.
10. ඖෂධ වර්ග වන සෝඩියම් බයිකාබනේට් පෙති, ප්‍රති ආම්ලික ඖෂධ, විරේක වර්ග.
11. නිර්මාංශ නොවන ආහාර වන මස් වර්ග, කුකුල් මස් සහ සත්ව ශරීර ඉන්ද්‍රියන් වන වකුගඩු, පීකදු සහ මොළය.
12. මුහුදු ආහාර වන කකුළුවන්, පොකිරිස්සන්, බෙල්ලො, ඉස්සො සහ තෙල් සහිත මාලු වන කලම්බි, කුරුග්, කෙක්ඩා, බන්ගඩා සහ කරවල.

ආහාරයේ සෝඩියම් අඩු කිරීමට ප්‍රායෝගික ඉඟි

1. ලුණු ආහාරයට ගැනීම පාලනය කරන්න. ආහාර වේලේ වැඩිපුර ලුණු සහ බේකින් සෝඩා වලින් වැළකෙන්න.ආහාර පිසින විට ලුණු නොදමන්න. නියමිත ලුණු ප්‍රමාණය වෙනම එකතු කරන්න. මෙය ලුණු පාවිච්චිය අඩු කිරීමට ඉතා හොඳ විකල්පයක් සහ නිර්දේශිත ලුණු ප්‍රමාණය දිනපතා ආහාර වේලේ පරිභෝජනය වේදැයි වගබලා ගැනීමට පුළුවන.

2. ඉහළ සෝඩියම් ප්‍රමාණයක් අඩංගු ආහාර ගැනීමෙන් වළකින්න. (ඉහත සඳහන් කර ඇති පරිදි)

3. කෑම මේසයට ලුණු බඳුනක් හෝ ලුණු සහිත රස කාරක නොතබන්න හෝ ලුණු බඳුන කෑම මේසයෙන් ඉවත් කරන්න. සලාද, මෝරු, බත්, චපාති, බකාරි, පරාතා වැනි ආහාර වලට ලුණු එකතු නොකරන්න.

4. පිළියෙල කරන ලද ආහාර වල හා පැකට් කරන ලද ආහාර වල ලේබල් සැළකිලිමත්ව කියවා බලන්න. ලුණු ගැන පමණක් නොව අනෙකුත් සෝඩියම් අඩංගු සංයෝග ගැනද සොයා බලන්න. ලේබල් පරිස්සමින් පරීක්ෂා කර "සෝඩියම් නැති" හෝ "සෝඩියම් අඩු" ආහාර නිෂ්පාදන තෝරා ගන්න.

5. ඖෂධවල සෝඩියම් අඩංගු ප්‍රමාණය පරීක්ෂා කර බලන්න.

6. ඉහළ සෝඩියම් ප්‍රමාණයක් ඇති එළවලු පිසින විට පළමුව තම්බා වතුර ඉවත් කරන්න. මේ නිසා එළවලු වල සෝඩියම් අඩුවෙයි.

7. ලුණු අඩු ආහාර වේල රසවත් කිරීමට, සුදු ළූණු, ළූණු, දෙහි යුෂ, සියඹලා, බේකොළ, විනාකිරි, කුරුඳු, කරදමුංගු, කරාබුනැටි, කහ, අමුමිරිස්, සාදික්කා, කළු ගම්මිරිස්, සුදුරු, උළුහාල් ආහාරයට එකතු කරන්න.

8. පරිස්සම් වන්න - ලුණු වෙනුවට පාවිච්චි කරන අනුපූරක පාවිච්චියෙන් වළකින්න. ඒවායේ ඉහළ පොටෑසියම් ප්‍රමාණයක් අඩංගුය. ලුණු අනුපූරක වල ඉහළ පොටෑසියම් තත්වය හේතුවෙන් නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ රුධිරයේ පොටෑසියම් මට්ටම භයානක ලෙෂ ඉහළ යාමට පුළුවන.

9. මෘදු කරන ලද ජලය පානය නොකරන්න. ජලය මෘදු කිරීමේ ක්‍රියාවලියේදී ඉවත් කළ කැල්සියම් වෙනුවට සෝඩියම් ප්‍රතිස්ථාපනය

කරනු ලැබේ. එමනිසා ප්‍රතිලෝම ක්‍රියාකාරීත්වය යටතේ (reverse Osmosis) ජලය පිරිසිදු කිරීමේදී එම ජලය සෝඩියම් ඇතුලුව සියලුම ඛනිජ වර්ග වලින් අඩුවේ.

10. ආපන ශාලා වලින් ආහාර අනුභව කරන විට අඩු සෝඩියම් ප්‍රමාණයක් ඇති ආහාර තෝරාගන්න.

5) ආහාර වේලේ පොටෑසියම් පාලනය

නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ ආහාර වේලේ පොටෑසියම් පාලනය කළ යුතු යැයි උපදෙස් දෙන්නේ ඇයි?

ශරීරයේ ඇති වැදගත් ඛනිජයකි පොටෑසියම්. පොටෑසියම් ශරීරයට අවශ්‍ය වන්නේ මාංශ පේශි වල සහ ස්නායු වල නිසි ක්‍රියාකාරීත්වයට සහ හෘද ස්පන්දනය නිසි ආකාරව තබා ගැනීමටය. සාමාන්‍යයෙන් ශරීරයේ පොටෑසියම් මට්ටම සමතුලිත වන්නේ, පොටෑසියම් අඩංගු ආහාර ගැනීමෙන් සහ වැඩි පොටෑසියම් මුත්‍රා මගින් ඉවත් කිරීමෙන්ය.

වැඩිපුර ඇති පොටෑසියම් මුත්‍රා මගින් ඉවත් කිරීම නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගියෙකුට ප්‍රමාණවත් නොවේ. මේ හේතුවෙන් රුධිරයේ ඉහළ පොටෑසියම් තත්වයක් ඇති වීමට ඉඩ සලසයි (එය හයිපර්කැලීමියා තත්වයයි). රුධිර කාන්දුකරණය කරන රෝගීන් දෙවර්ගය අතරින්, හයිපර්කැලීමියා අවදානම, සන්සන්දනාත්මකව බලන කළ හීමෝඩයලසිස් කාන්දුකරණයට වඩා පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී අඩුය. මෙම අවදානම කාන්දුකරණ කාණ්ඩ දෙකේදී වෙනස් වීමට හේතු වන්නේ පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය එක දිගටම කරගෙන යන අතර හීමෝඩයලසිස් කාන්දුකරණය කඩින් කඩ කරගෙන යන නිසාය.

ඉහළ පොටෑසියම් මට්ටම නිසා තදබල මාංශ පේශි දුර්වලතාවය හෝ අසාමාන්‍ය හෘද රිද්මයක් ඇති වී භයානක තත්වයක් ඇති කරයි.

පොටැසියම් තත්වය ඉතා ඉහළ තත්වයක ඇත්නම් බලාපොරොත්තු නොවන ආකාරයට හෘදය නැවතීම සිදුවී හදිසි මරණයටද හේතු විය හැක. ඉහළ පොටැසියම් තත්වය කිසිම අර්බුදයක් හෝ ලක්ෂණයක් පෙන්නුම් නොකර ජීවිතයට අනතුරක් ගෙන දිය හැක. එනිසා එය හඳුන්වන්නේ “නිශ්ශබ්ද මාරයා” යනුවෙනි.

ඉහළ පොටැසියම් තත්වයේ බරපතල ප්‍රතිවිපාකයන් වැළැක්වීමට තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගින්ට අවවාද කරන්නේ ආහාර වේලේ පොටැසියම් සීමා කළ යුතු බවයි.

රුධිරයේ සාමාන්‍ය පොටැසියම් තත්වය කුමක්ද? එය ඉහළ තත්වයක් යැයි හඳුන්වන්නේ කුමන අවස්ථාවේදීද?

- රුධිරයේ තිබිය යුතු සාමාන්‍ය පොටැසියම් මට්ටම - 3.5 mEq/l සිට 5.0 mEq/l දක්වා
- පොටැසියම් මට්ටම 5.0 mEq/l සිට 6.0 mEq/l දක්වා ඉහළ ගිය විට ආහාර වේලේ වෙනස්කම් සිදු කළ යුතුයි.
- පොටැසියම් මට්ටම 6.0 mEq/l ට වඩා වැඩි වූ විට එය භයානක වන අතර එය අඩු කිරීමට ක්‍රියාශීලී ලෙස මැදිහත් විය යුතුයි.
- පොටැසියම් මට්ටම 7.0 mEq/l ට වඩා වැඩි වූ විට එය ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැකි නිසා වහාම ප්‍රතිකාර කිරීම අවශ්‍යය.

පොටැසියම් මට්ටම අනුව ගත යුතු ආහාර වර්ගීකරණය

රුධිරයේ පොටැසියම් මට්ටම පාලනය කර නිසි ආකාරයෙන් පවත්වා ගෙන යැමට, දී ඇති වෛද්‍ය උපදෙස් අනුව ආහාර ගැනීම වෙනස් කළ යුතුය. පොටැසියම් අඩංගු වී ඇති ප්‍රමාණය අනුව ආහාර කාණ්ඩ තුනකට බෙදා ඇත. (ඉහළ, මධ්‍යම සහ අඩු පොටැසියම් අඩංගු ආහාර)

- ඉහළ පොටැසියම් = ආහාර ගැ‍ම් 100 ක පොටැසියම් මිලි ගැ‍ම් 200 ට වඩා වැඩි නම්
- මධ්‍යම පොටැසියම් = ආහාර ගැ‍ම් 100 ක පොටැසියම් මිලි ගැ‍ම් 100 සිට 200 දක්වා
- අඩු පොටැසියම් = ආහාර ගැ‍ම් 100 ක පොටැසියම් මිලි ගැ‍ම් 100 වඩා අඩු නම්

ඉහළ පොටැසියම් සහිත ආහාර

- **පලතුරු** - අම්ලා, නැවුම් ඇප්‍රිකොට්, ඉදුණු කෙසෙල්, චෙරීස්, චිකු, නැවුම් පොල්, කස්ටර්ඩ් ඇපල්, මිදි, ගුස්බෙරි, කිවි, ලෙමන්, ඉදුණු අඹ, මස්ක් මෙලන්, මොසම්බි, පීච්, ප්ලම් සහ සැපෝටා.
- **එළවලු** - අමනාරන්, වම්බටු, බ්‍රොකොලි, පොකුරු බෝංචි, කොලොකේසියා, කොත්තමල්ලි, මුරුංගා, හතු , අමු පැපොල්, අර්තාපල්, නිවිති, බතල සහ අල වර්ග.
- **වියළි පලතුරු** - ආමන්ඩ්, කජු, රට ඉදි, වියළි අත්තික්කා, වියළි මිදි සහ වොල්නට්.
- **ධාන්‍ය වර්ග** – බජිරා, රගි සහ තිරිඟු පිටි.
- **ඇට වර්ග** - කලු කඩල පරිප්පු, බෙංගාලි කඩල පරිප්පු, බෙංගාලි කඩල, චානා, චානා පරිප්පු, මුං ඇට පරිප්පු, කොල්ලු පරිප්පු, මයිසූර් පරිප්පු, මුං, රතු කඩල , පියලි කළ රතු කොල්ලු, ලෙන්ටිල් සහ තෝර පරිප්පු.
- **මසාලා** - සුදුරු, කොත්තමල්ලි ඇට, වියළි රතු මිරිස් සහ උලු හාල් ඇට.
- **නිර්මාංශ නොවන ආහාර** - ඇන්කොවි, මැකරල්, රොහු, සුදු

පොම්පෙට් වැනි මාලු වර්ග. ඉස්සෝ, පොකිරිස්සෝ, කකුලුවෝ වැනි පිට පොත්ත සහිත මාලු වර්ග සහ හරක් මස්.

- **බීම වර්ග** - බෝන්විටා, පොල් වතුර, කෝපි, ටින්කිරි, චොකලට් පානය, නැවුම් පළතුරු බීම, පරිප්පු රසම්, සුප් වර්ග, බීර, වයින් වර්ග සහ වායු මිශ්‍රිත බෝතල් කල බීම වර්ග.
- **වෙනත් දෑ**- චොකලට්, කැඩ්බරි, චොකලට් කේක්, චොකලට් අයිස්ක්‍රීම්, ලෝනා ලුණු (ලුණු අනුපුරකයක්), බැදපු අර්තාපල් (චිප්ස්), සාතක්කාලි සෝස්.

මධ්‍යම ප්‍රමාණයක් පොටෑසියම් අඩංගු ආහාර

- **පළතුරු** - ලයිචීස්, පැණි රස දෙහි, දෙලුම් සහ කොමඩු.
- **එළවලු** - බීට්රූට්, අමු කෙසෙල්, කරවිල , ගෝවා, කැරට්, සෙලරි, මල් ගොවා, ප්‍රංශ බෝංචි, ඔක්රා (බණ්ඩක්කා), එණු, වට්ටක්කා, රාබු, ස්වීට් කෝන්, සැෆ්ලවර් කොළ සහ තක්කාලි.
- **ධාන්‍ය** - බාර්ලි, සාමාන්‍ය තිරිඟු පිටි, ජෝවාර්, තිරිඟු පිටි වලින් සාදන ලද නූඩ්ල්ස්, හබල පෙති සහ තිරිඟු වර්මසිලි.
- **නිර්මාංශ නොවන ආහාර** - සිටාල්, හිල්සා, කැට්ලා, මගුර්, පිකුදු.
- **බීම** - එළකිරි, මුදවපු කිරි
- **වෙනත් දෑ**- කලු ගම්මිරිස්, Cloves, කරදමුංගු, ගරම් මසාලා (ඉන්දියානු කුලු බඩු මිශ්‍රණයකි).

පොටෑසියම් අඩු ආහාර

- **පළතුරු** - ඇපල්, බ්ලැක්බෙරි, චෙරීස්, පේර, දොඩම්, ඉදුණු පැපොල්, පෙයාර්ස්, අන්නාසි, ජම්බු සහ ස්ට්‍රෝබෙරි

- **එළවලු** - බොටල් ගෝඩ් (ඩුඩි), පළල් බෝංචි, මාලු මිරිස්, රිජ්ඩ් ගෝඩ් (ධුරියා), පිපිඤ්ඤා, උලුහාල් කොල (මෙතී), සුදු ලුණු, සලාද කොළ, ග්‍රීන් පීස්, අමු අඹ, නොමේරූ උල් හැඩැති පතෝල
- **ඇට වර්ග** - ග්‍රීන් පීස්
- **ධාන්‍ය** - හල් රවා සහ තිරිඟු සෙමලිනා
- **එළවලු නොවන ආහාර** - හරක් මස්, බැටලු මස්, ඌරූ මස්, බිත්තර කුකුල් මස්
- **බීම** - මී කිරි, කොකා කෝලා, ෆැන්ටා, ලෙමනේඩ්, දෙහි යුෂ වතුර සමග, ලිම්කා, රිම්සිම් සහ සෝඩා.
- **වෙනත් විවිධ දෑ**- වියළි ඉගුරු, පැණි, මින්ට් කොළ, අබ, සාදික්කා, විනාකිරි

ආහාරයේ පොටෑසියම් අඩු කිරීමට ප්‍රායෝගික උපදෙස්:

1. දිනකට එක් පළතුරක් ආහාරයට ගන්න එය අඩු පොටෑසියම් ප්‍රමාණයක් ඇත පළතුරක් වීම වඩාත් සුදුසුය.
2. දිනකට තේ හෝ කෝපි එක කෝප්පයක් ගන්න.
3. පොටෑසියම් සහිත එළවලු ගත යුත්තේ පොටෑසියම් ප්‍රමාණය අඩු කිරීමෙන් පසුවයි (පහත සඳහන් පරිදි).
4. පොල් වතුර, පළතුරු බීම, ඉහළ පොටෑසියම් අඩංගු ආහාර ගැනීමෙන් වළකින්න (ඉහත සඳහන් කළ පරිදි).
5. සෑම ආහාරයකම පාහේ යම් කිසි ප්‍රමාණයක් පොටෑසියම් අඩංගුය. එහෙයින් හැකිතාක් දුරට අඩු පොටෑසියම් මට්ටමක් ඇති ආහාර තෝරාගන්න.

6. CKD රෝගීන්ට පොටෑසියම් පාලනය අවශ්‍යය වන්නේ කාන්දුකරණය කිරීමට පෙර පමණක් නොව මුලික කාන්දුකරණයෙන් පසුත් පොටෑසියම් පාලනය අවශ්‍යය.

එළවලු වල අඩංගු පොටෑසියම් ප්‍රමාණය අඩු කරගන්නේ කෙසේද?

- එළවලු ලෙලි ගසා කුඩා කැබලි වලට කපන්න.
- ඒවා ඇල් මරණ ලද වතුරින් සෝදා විශාල භාජනයකට දමන්න.
- භාජනය උණු වතුරින් පුරවන්න. වතුර ප්‍රමාණය, එළවලු ප්‍රමාණය මෙන් හතර හෝ පස් ගුණයක් විය යුතුයි. ඒවා අඩු තරමින් පැයක්වත් පෙගෙන්නට තබන්න.
- පැය 2-3 කාලයක් එළවලු වතුරේ පොහවා ගත් පසු උණුසුම් වතුරෙන් තුන් වරක් සෝදා හරින්න.
- පසුව වැඩි වතුර ප්‍රමාණයක් එක්කර එළවලු තම්බන්න. වතුර ඉවත් කර විසි කරන්න.
- තම්බන ලද එළවලු තමාට කැමති ආකාරයට පිසගන්න.
- මේ ආකාරයට එළවලු වල ඇති පොටෑසියම් අඩු කළ හැකි නමුත් එය සම්පූර්ණයෙන් ඉවත් කළ නොහැක. එම නිසා වඩාත් සුදුසු වන්නේ ඉහළ පොටෑසියම් අඩංගු එළවලු ආහාරයට නොගැනීම හෝ එම එළවලු සුලු ප්‍රමාණයක් ආහාරයට ගැනීමය.
- පිසින ලද එළවලු වල විටමින් විනාශ වන නිසා වෛද්‍ය උපදෙස් අනුව විටමින් පරිපුරක (Supplement) ගත යුතුයි.

අර්තාපල් වලින් පොටෑසියම් අඩු කිරීමට විශේෂ ඉඟි

- කොටු ලෙස කෑලි වලට කැපීමෙන්, පෙති ලෙස කැපීමෙන් හෝ සූරා ගැනීමෙන් කුඩා කැබලි කිරීම වැදගත්ය. මෙම ක්‍රමයට අර්තාපල් කපා තම්බා ගැනීමෙන් එහි බොහෝ පැතිකඩ වතුරට අනාවරණය වේ.
- අර්තාපල් පෙඟෙන්නට හෝ තම්බන්නට පාවිච්චි කරන ජලයේ උෂ්ණත්වය අනුව වෙනස පෙන්නුම් කරයි.
- අර්තාපල් පොහවා ගැනීමට හෝ තැම්බීමට විශාල වතුර ප්‍රමාණයක් දැමීම ප්‍රයෝජනවත්ය.

6) ආහාරයේ පොස්ෆරස් සීමා කිරීම

තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන් අඩු පොස්ෆරස් ආහාර වේලක් ගත යුත්තේ ඇයි?

- පොස්ෆරස් අස්ථි ශක්තිමත්ව සහ නිරෝගීව තබා ගැනීමට අත්‍යවශ්‍ය ඛනිජ ද්‍රව්‍යයකි. සාමාන්‍යයෙන් ආහාරයේ තිබෙන අතිරේක පොස්ෆරස් මුත්‍රා මාර්ගයෙන් පිටවීම නිසා රුධිරයේ තිබිය යුතු පොස්ෆරස් මට්ටම පවත්වා ගෙන යා හැක.
- රුධිරයේ තිබිය යුතු පොස්ෆරස් අගය වන්නේ 4.0-5.5 mg/dl .
- තීව්‍ර වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ ආහාර මගින් ගන්නා අතිරේක පොස්ෆරස් මුත්‍රා මගින් පිට කිරීමට හැකියාවක් නැති නිසා රුධිරයේ පොස්ෆරස් මට්ටම ඉහළ යයි. මෙම වැඩි වන පොස්ෆරස් අස්ථි වල ඇති කැල්සියම් පෙරා ගැනීම නිසා අස්ථි දුර්වල කරයි.
- පොස්ෆරස් මට්ටම වැඩි වීම නිසා කැසීම, මාංශ පේශි සහ අස්ථි දුර්වලතාවය, අස්ථි වේදනාව, අස්ථි තදවීම සහ සන්ධි වේදනාව වැනි

අපහසුතා ඇති කරයි. අස්ථි තදවීම නිසා අස්ථි කැඩීමක් සිදු වීමට වැඩි ප්‍රවණතාවයක් ඇත.

ඉහළ පොස්පරස් ප්‍රමාණයක් අඩංගු කුමන ආහාර අඩු කළ යුතු හෝ වැළැක්විය යුතුද?

ඉහළ පොස්පරස් අඩංගු ආහාර වන්නේ:

- **කිරි සහ කිරි ආශ්‍රිත නිෂ්පාදන** - බටර්, චීස්, චොකලට්, ටින්කිරි, අයිස් ක්‍රීම්, මිල්ක් ෂේක් සහ පනීර්.
- **වියළි පළතුරු** - කජු, ආමන්ඩ්ස්, පිස්ටාචියෝස්, වියළි පොල්, වොල්නට්
- **සිසිල් බීම** - තද පාට කෝලා, ෆැන්ටා, මසා, ෆෲටි, බියර්, කැරට්, කොලකේසියා කොළ, ඉරිඟු , රට කජු, නැවුම් පීස්, බතල
- **සත්ව ප්‍රෝටීන** - මස්, කුකුල් මස්, මාලු සහ බිත්තර

7) විටමින් අධික ආහාර සහ තන්තු සහිත ආහාර ගැනීම

කාන්දුකරණය කිරීමට පෙර කාල පරිච්ජයේදී CKD රෝගීන් විටමින් ඌනතාවයෙන් පෙළීමට හේතු වන්නේ ආහාර ප්‍රමාණය අඩුවෙන් ගැනීම, අතිරේක පොටැසියම් ඉවත් කිරීම සඳහා කෑම පිසීමට විශේෂ ක්‍රම අනුගමනය කිරීම සහ දුර්වල ආහාර රුචියයි. සමහර විටමින් වර්ග වන විශේෂයෙන් වතුරේ දියවන විටමින් B හා C, ෆෝලික් අම්ලය යනාදිය කාන්දුකරණයේදී ශරීරයෙන් ඉවත්වේ. මෙම ඇතිවන විටමින් අඩුවෙන් ගැනීම සහ ශරීරයෙන් ඉවත් වීම පිරිමසාලීමට CKD රෝගීන්ට වතුරේ දියවන විටමින් අනුපූරකයක් සහ මූලද්‍රව්‍ය තතු සොයා ගැනේ. CKD රෝගීන්ට ඉහළ තන්තු සහිත ආහාර ප්‍රයෝජනවත්ය. එමනිසා විටමින් සහ තන්තු වලින් පරිපූර්ණ නැවුම් පළතුරු සහ එළවලු වැඩියෙන්

ගන්නා ලෙසට රෝගීන්ට උපදෙස් දෙනු ලැබේ.

දිනපතා ආහාරය සැලසුම් කිරීම.

නිවු වකුගඩු රෝගය ඇති රෝගීන්ගේ දිනපතා ගන්නා ආහාර සහ ජල ප්‍රමාණය සැලසුම් කර සටහන් කරන්නේ ආහාර විද්‍යාව පිළිබඳ විශේෂඥයකු (Dietician) විසින් වෘක්කවේදී විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ උපදෙස් අනුවයි.

ආහාර සැලසුමට පොදු මූලධර්ම

1. **ජලය සහ දියර ආහාර ගැනීම** - දියර සීමාකිරීම කළ යුත්තේ වෛද්‍ය උපදෙස් අනුවය. දිනපතා බර සටහනක් පවත්වා ගෙන යා යුතුය. යම් අසාමාන්‍ය බරක් ඇතිවුවොත් එය වැඩි දියර ප්‍රමාණයක් ගැනීම බව පෙන්නුම් කරයි.
2. **කාබෝහයිඩ්‍රේට්** - ශරීරයට අවශ්‍ය කැලරි ප්‍රමාණය ධාන්‍ය සහ ඇට වර්ග සමගින් ලැබෙන්නේ දැයි වගබලා ගැනීමට රෝගියාට ග්ලූකෝස් සහ සීනි අඩංගු ආහාර ගත හැක. එය එසේ විය යුත්තේ රෝගියාට දියවැඩියාව නොමැති නම් පමණි.
3. **ප්‍රෝටීන්** - කිරි, ධාන්‍ය, ඇට වර්ග, බිත්තර, කුකුල් මස්, ප්‍රෝටීන ලබා දෙන ප්‍රධාන ආහාරය. කාන්දුකරණය මෙතෙක් ආරම්භ නොකරන ලද නිවු වකුගඩු රෝගය (CKD) ඇති රෝගීන්ට තමන් ගන්නා ආහාරයේ ප්‍රෝටීන් සීමා කළ යුතු බවට උපදෙස් දෙනු ලැබේ. දිනකට, ශරීර බරෙන් එක් කිලෝ ග්‍රෑමයකට, ප්‍රෝටීන් ග්‍රෑම් 0.8 ගැනීමට උපදෙස් දෙනු ලැබේ. කාන්දුකරණය ආරම්භ වූ පසු රෝගියාට ඉහළ ප්‍රෝටීන අඩංගු ආහාර අවශ්‍යය (විශේෂයෙන් පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය කරන රෝගීන්ට). ප්‍රෝටීන, පොටැසියම් සහ පොස්පරස් අධිකව අඩංගු සත්ව ප්‍රෝටීන වන

4. මස්, කුකුල් මස් සහ මාලු ගැනීමෙන් වළකින්න. CKD රෝගීන්ට සියලු සත්ව ආහාර හානිදායකය.

5. **මේදය** - ආහාරයේ මේද ප්‍රමාණය අඩු කළ යුතුය. නමුත් බටර්, එළඟිතෙල් යනාදිය ආහාරයෙන් සම්පූර්ණයෙන් අඩු කිරීම භයානකය. සාමාන්‍යයෙන් සෝයා බෝංචි තෙල්, රටකජු තෙල් ශරීරයට අවශ්‍ය නමුත් ඒවා සීමිත ප්‍රමාණයකින් ගැනීම සුදුසුය.

6. **ලුණු** - බොහෝ රෝගීන්ට ලුණු අඩු ආහාර වේලක් ගැනීමට අවවාද කරයි. කෑම මේසයේදී ලුණු එකතු නොකරන්න. බේකින් පවුඩර් යොදා පිසින ලද ආහාර අනුභව නොකරන්න. ඒවා ගන්නේ නම් සීමාසහිත ප්‍රමාණයක් ගැනීමට වග බලා ගන්න. ලුණු ආදේශක ගැනීමෙන් වළකින්න මන්ද යත් එහි අධික ප්‍රමාණයක් පොටෑසියම් අඩංගුය.

7. **ධාන්‍ය වර්ග** - හාල් හෝ හාල් නිෂ්පාදන එනම් හබල පෙති (පෝහා), කුර්මුරා (තම්බන ලද හාල්) ආහාරයට ගත හැක. ඒකාකාරී රසය මඟ හැරීම සඳහා විවිධ ඇට වර්ග වන තිරිඟු, හාල්, පෝහා, සව්, රුලං, පිටි, කෝන්ෆ්ලේක් වැනි දෑ මාරුවෙන් මාරුවට ආහාරයට ගත හැක. බාර්ලි, බජ්රා සහ ඉරිඟු වැනි ධන්‍ය සුලු ප්‍රමාණයෙන් ගත හැක.

8. **ඇට වර්ග** – රසයේ විවිධත්වය උදෙසා විවිධ පරිප්පු වර්ග නිවැරදි ප්‍රමාණයෙන් මාරුවෙන් මාරුවට ගැනීමෙන් ආහාර රුචිකත්වයක් ඇති කරයි. පරිප්පු දියර බවින් යුක්ත නිසා තමන් ගන්නා දියර ප්‍රමාණය සැලකිල්ලට ගත යුතුයි. පරිප්පු වතුරට පිසිනවාට වඩා එය ඝනත්වයෙන් යුතුව පිස ගෙන ආහාරයට ගැනීම වඩාත් සුදුසුය. පරිප්පු ගත යුතු ප්‍රමාණය වෛද්‍ය නිර්දේශයකට අනුව විය යුතුයි. පරිප්පු වලින් පොටෑසියම් ඉවත් කිරීම සඳහා ඒවා සේදීමෙන් පසු උණු වතුරේ පෙගෙන්නට හැර පසුව වතුර ඉවත්

කර විසි කරන්න. ඊට පසුව ඒවා වතුරින් තම්බා වැඩි වතුර ඉවත් කර විසි කරන්න. තම්බා ගත් පරිප්පු දැන් ඔබගේ රසය අනුව පිස ගත හැක. පරිප්පු සමග බත් වෙනුවට කිචාඩි හෝ තෝසෙ ගත හැක.

9. **එළවලු** - අඩු පොටෑසියම් සහිත එළවලු ඕනෑතරම් ආහාරයට ගත හැක. නමුත් අධික පොටෑසියම් සහිත එළවලු පරිභෝජනයට පෙර පොටෑසියම් ඉවත් කිරීම සඳහා සකසා ගත යුතුයි. රසය වැඩි කර ගැනීමට ලෙමන් යුෂ එකතු කරන්න.

10. **පළතුරු** - අඩු පොටෑසියම් සහිත පළතුරු වන ඇපල්, පැපොල්, බෙරි දවසට එක් වරක් පමණක් ගත හැක. රෝගියා කාන්දුකරණය කරන දිනයේදී එක් පළතුරක් පමණක් ආහාරයට ගත හැක. පළතුරු බීම සහ පොල් වතුර බීමෙන් වළකින්න.

11. **කිරි සහ කිරි නිෂ්පාදන** - කිරි හෝ කිරි නිෂ්පාදන වන කීර්, අයිස්ක්‍රීම්, මුදවපු කිරි හෝ මත්තා යනාදියෙන් එකක් මිලි ලීටර 300-350 අතර ප්‍රමාණයක් ගත හැක. නැවතත් වැඩි දියර ප්‍රමාණයෙන් වැළකීමට මෙම නිෂ්පාදන ගන්නා ප්‍රමාණයන් සීමා කරන්න.

12. **සිසිල් බීම** - පෙප්සි, ෆැන්ටා, ෆෲටි වලින් වැළකෙන්න. පළතුරු බීම හෝ පොල් වතුර පානය නොකරන්න.

13. **වියළි පළතුරු** - වියළි පළතුරු, රට කජු, තල ඇට, නැවුම් හෝ වියළි පොල් ගැනීමෙන් වළකින්න.

වචනාවලිය

උග්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍ය (ආබාධයක්): මෙය හදිසි හෝ වේගවත් ලෙස වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය නැතිවී යන තත්ත්වයකි. මෙලෙස වකුගඩු වලට සිදුවන හානිය තාවකාලික වන අතර සාමාන්‍යයෙන් නැවත යථා තත්ත්වයට පත් කල හැක.

රක්ත හීනතාවය: එය රුධිරයේ හිමොග්ලොබින් අඩු කරන වෛද්‍ය තත්වයකි. රක්ත හීනතාවය නිසා දුර්වල වීම, තෙහෙට්ටුව සහ වෙහෙසට පත්වූ විට හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාවය ඇති කරයි. රක්ත හීනතාවය නිදන්ගත වකුගඩු රෝගයේදී බහුලව දක්නට ලැබෙන අතර එය වකුගඩු වලින් erythropoietin අඩුවෙන් නිපදවීම නිසා සිදුවේ.

ස්වයංක්‍රිය peritoneal කාන්දුකරණය(APD): CCPD බලන්න.

Arteriovenous fistula (AV Fistula): ආටරියෝ වීනස් (ධමනි ශෛරික) හෝ AV ෆිස්ටියුලාව එහි තේරුම වන්නේ සැත්කමක් මාර්ගයෙන් ධමනියක් හා ශිරාවක් එකිනෙකට සම්බන්ධ කිරීමයි. එය සාමාන්‍යයෙන් සවි කරන්නේ වැලමිට සහ වළලුකර අතර වළලුකරට කිට්ටුවය. AV ෆිස්ටියුලාවෙන් ඉහළ පීඩනයකින් යුත් රුධිරය විශාල ප්‍රමාණයක් ධමනියකින් ශිරාවට ඇතුල් වී එය විස්තාරණය වේ. විස්තාරණය වූ ශිරාවෙන් කාන්දුකරණය (hemodialysis) කිරීම සඳහා අවශ්‍ය ඉදිකටු නැවත නැවත ඇතුල් කිරීම ඉතා පහසුවෙන් කළ හැක. AV ෆිස්ටියුලාව දිගු කාලීනව කරන hemodialysis සඳහා සනාල ප්‍රවේශයට වඩාත් පොදු හා හොඳම ක්‍රමය වේ.

කෘතිමවකුගඩු: Dialyzer බලන්න.

Benign prostatic hypertrophy (BPH): (අබර පුරස්ථීත අතිප්ලාස්මීයතාව) පුරස්ථී ග්‍රන්ථිය විශාල වීම, පිරිමියෙක් වයස් ගත වන විට බහුලව දැකිය හැකි තත්වයකි. BPH වැඩිහිටි පිරිමි තුළ-පිළිකා නොවන පුරස්ථී ග්‍රන්ථියේ විශාල

වීමකී. එයින් මුත්‍රා මාර්ගයේ තෙරපීමක් ඇති කර මුත්‍රා ගලා යෑමට බාධා මතුවී මුත්‍රා පහ කිරීමේ ගැටළු ඇති කරයි.

රුධිර පීඩනය: එය හදවත රුධිරය පොම්ප කරන විට රුධිර නාල බිත්ති මත රුධිරය සංසරණය කිරීමේදී යොදන ලද බලයයි. රුධිර පීඩනය ප්‍රධාන වැදගත් ලක්ෂණයක් වන අතර එහි මිනුම්, සංඛ්‍යා දෙකකින් සමන්විත වේ. පළමු අංකය උපරිම පීඩනය මනින සංන්‍යස්ත රුධිර පීඩනය පෙන්නුම් කරයි. දෙවන අංකය හදවත නිශ්චල වන විට රුධිර පීඩනය, රිද්ම අතර ගත් මිනුම්, පෙන්නුම් කරයි.

මොළය මියයාම: එය මොළයට දැඩි සහ ස්ථිර හානි ගෙන දෙන අතර වෛද්‍ය හෝ ශල්‍ය ප්‍රතිකාර වලට ප්‍රතිචාර නොදක්වයි. මොළය මියයාමෙන්, ශරීරයේ ස්වසනය සහ රුධිර සංසරණය කෘතිමව පවත්වාගෙන යනු ලැබේ.

Cadaveric වකුගඩු බද්ධ කිරීම: මියගිය පුද්ගලයන්ගෙන් ලබාගත් වකුගඩු බද්ධය බලන්න.

කැල්සියම්: ශරීරයේ වඩාත් බහුලව ඇති ඛනිජයකි, ශක්තිමත් ඇටකටු සහ දත් සංවර්ධනය හා නඩත්තු කිරීම සඳහා අත්‍යවශ්‍ය වේ. කිරි හා කිරි නිෂ්පාදන වන යෝගට් සහ චීස් කැල්සියම් වලින් පොහොසත් ස්වාභාවික මූලාශ්‍ර වේ.

හිමොඩයිලිසිස් (hemodialysis) සඳහා කැතීටරය: එය (lumens) ලුමන දෙකක් සමඟ දීර්ඝ, නම්‍යශීලී, කුහරමය නාලයකී. රුධිරය එක් ලුමනයකින් ඉවතට ගෙන පිරිසිදු කිරීම සඳහා කාන්දුපෙරණ පරිපථයට ඇතුල් කෙරේ, එලෙස පිරිසිඳු කරන ලද රුධිරය අනෙක් ලුමනය හරහා ආපසු ශරීරයට ලබා දෙයි. ද්විත්ව ලුමනයකින් යුක්ත කැතීටර ඇතලු කිරීම හදිසි හා තාවකාලික hemodialysis සඳහා වඩාත් පොදු හා ඵලදායී ක්‍රමයකි.

නොනවත්වා කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය(CAPD): CAPD යනු කාන්දුකරණ යන්ත්‍රයක් භාවිතයෙන් තොරව ගෙදරදීම පුද්ගලයෙකුට සිදු කළ හැකි කාන්දුකරණ ක්‍රමයකි. මෙම කාන්දුකරණ ක්‍රමයේ තරල හුවමාරුව ක්‍රමවත් කාල අන්තරයකට අනුව දවස පුරා, නැතහොත් දිනකට පැය 24 ක් සතියේ දින හතේම සිදු කෙරේ.

නොනවත්වා කරන චක්‍රීය පෙරිටොනියල් (peritoneal) කාන්දුකරණය (CCPD): CCPD හෝ ස්වයංක්‍රියව කරන පෙරිටොනියල් (peritoneal) කාන්දුකරණය (APD), ස්වයංක්‍රීය චක්‍රීය යන්ත්‍රයක් ආධාරයෙන් සෑම දිනකම ගෙදරදීම කරගතහැකි, අඛණ්ඩව කරන පෙරිටොනියල් කාන්දුකරණ ක්‍රමයකි. CCPD හිදී, රෝගියා රාත්‍රියේ නිදියන විටදී යන්ත්‍රය දියර හුවමාරුව සිදු කරයි. මෙම ක්‍රියාවලියේදී යන්ත්‍රය ස්වයංක්‍රීයව කාන්දුකරණ ද්‍රාවනය උදරයට පිරීම සහ ඉන් බැහැර කිරීම කරනු ලැබේ.

ක්‍රියැටිනීන් හා යූරියා: මෙය ප්‍රෝටීන් පරිවෘත්තීය නිසා බිඳ වැටුනු අපද්‍රව්‍ය වේ. මෙම ද්‍රව්‍යයන් වකුගඩු මඟින් ඉවත් කරනු ඇත. සීරම් ක්‍රියැටිනීන් සාමාන්‍ය මට්ටම මිලි ග්‍රෑම් 0.8 සිට 1.4% වන අතර, යූරියා මට්ටම මිලි ග්‍රෑම් 2 සිට 4% දක්වා වේ. වකුගඩු අක්‍රිය වීමේදී ලේ වල යූරියා සහ ක්‍රියැටිනීන් මට්ටම ඉහළ යනු ලැබේ.

නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය (CKD): ක්‍රමයෙන් වර්ධනය වෙන සහ ආපසු හැරවිය නොහැකි ලෙස ක්‍රමක්‍රමයෙන් මාස ගණනාවක සිට අවුරුදු ගණනාවක් දක්වා වකුගඩු වල ක්‍රියාකාරීත්වය නැති වීම නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය ලෙස හඳුන්වනු ලබයි. මෙම සුව නොවන රෝගය නිසා වකුගඩු වල ක්‍රියාකාරීත්වය සෙමින් හා අඛණ්ඩව අඩු කරයි. දිගු කලකට පසුව එය වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය සම්පූර්ණයෙන්ම වාගේ නතර වන තත්වයකට අඩු කරනු ලබයි. මෙම උග්‍ර හා ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැකි අදියර, අවසාන අදියර වකුගඩු රෝගය ESKD ලෙස හැඳින්වේ.

සිස්ටස්කොපි (Cystoscopy): වෛද්‍යවරුන් මුත්‍රශය සහ මුත්‍ර මාර්ගය ඇතුලත බලා රෝග විනිශ්චය කිරීමට පාවිච්චි කරන සිස්ටස්කොප් (cystoscope) නමින් හඳුන්වන තුනී, ඇල්වෙන උපකරණයකි.

මරණයට පත්වූ කෙනෙකුගේ (cadaveric) වකුගඩුවක් ගෙන බද්ධ කිරීම: මෙය මොළය මියගිය පුද්ගලයෙකු විසින් පරිත්‍යාග කළ සෞඛ්‍ය සම්පන්න වකුගඩුවක් නිදන්ගත වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන රෝගියෙකුට බද්ධ කරන ශල්‍ය කර්මයකි.

දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය (වෘක්කවේදය): දිගු කාලීනව පැවති දියවැඩියාව නිසා වකුගඩුවල ඇති කුඩා රුධිර නාලවලට හානි ඇති කරයි. මෙම හානිය පලමුව මුත්‍රා සමඟ ප්‍රෝටීන් පිටවීමට හේතු වේ. ඉන් අනතුරුව, එය අධි රුධිර පීඩනය, ඉදිමුම සහ ක්‍රමයෙන් හා වර්ධනාත්මක හානියක් වකුගඩුවල ඇති කරයි. අවසානයේ, වර්ධනාත්මක පිරිහීම දැඩි වකුගඩු අකර්මන්‍යයට හේතුවේ (අවසානය අදියර වකුගඩු රෝගය). මෙම දියවැඩියාව නිසා ඇතිවන වකුගඩු ප්‍රශ්නය දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය ලෙස හැඳින්වේ. දියවැඩියා වකුගඩු රෝගය, නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇතිවීමට පොදු හේතුවක් වන අතර එය සියයට 40-45 ක අලුත් නිදන්ගත වකුගඩු රෝගීන් බිහි කිරීමේ වගකීම දරයි.

රුධිර කාන්දුකරණය: වකුගඩු අකර්මන්‍ය වී ඇති රෝගීන්ට තම සිරුරෙන් අපද්‍රව්‍යය නිෂ්පාදන හා අනවශ්‍ය ජලය ඉවත් කරන කෘතිම ක්‍රියාවලියකි.

ඩයලයිසරය: හිමොඩයිලිසිස් ක්‍රියාවලියෙදී රුධිරය පිරිසිඳු කිරීමට හා ශරීරයෙන් අපද්‍රවය සහ වැඩිපුර ජලය ඉවත් කරන කෘතිම වකුගඩුකි.

ඩියුරටික්ස්: මුත්රා නිෂ්පාදනය වැඩි කරන ඖෂධ සහ ශරීරයේ ඇති ජලය මුත්‍රා ලෙසින් පහ කිරීම වැඩි කර ශරීරයේ ඇති ජලය නැති කිරීමට උපකාරි වේ. මුත්රා වැඩි කරන ඖෂධ "ජලය පෙති." ලෙසද හැඳින්වේ.

වියළි බර: මෙය අතිරික්ත දියර, කාන්දුකරණය මගින් ඉවත් කළ පසු පුද්ගලයෙකුගේ බරය.

රැඳී සිටින කාළය: පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී, පී ඩී දියරය උදරය තුළ රැඳී පවතින කාල සීමාව රැඳී සිටින කාලය ලෙස හැඳින්වේ. රැඳී සිටින කාලය තුළ දී පවිත්‍ර කිරීමේ ක්‍රියාවලිය සිදු වේ.

eGFR: (ඇස්තමේන්තු කරන ලද Glomerular පෙරහන අනුපාතය) රුධිර ක්රියටිනින් මට්ටම සහ වෙනත් තොරතුරු අනුව ගණනය කරනු ඇත. eGFR පරීක්ෂණය වකුගඩු කොතරම් හොඳින් ක්‍රියා කරන්නේ දැයි මැන බලන අතර එහි සාමාන්‍ය අගය 90 හෝ ඊට වඩා වැඩි විය යුතයි. මෙම eGFR පරීක්ෂණය රෝගය හඳුනා ගැනීම, අදියර ශ්‍රේණිගත කිරීම සහ නිදන්ගත වකුගඩු රෝගයේ (CKD) ප්‍රගමනය අධීක්ෂණය කිරීම සඳහා ප්‍රයෝජනවත් වේ.

විද්යුත් විච්ඡේද : සෝඩියම්, පොටෑසියම්, කැල්සියම් වැනි ඛනිජ වර්ග රුධිරයේ ඇති අතර ඉන් ශරීරයේ වැදගත් කර්තවයන් නියාමනය කරයි. මෙම රසායනික ද්‍රව්‍යය විද්යුත් විච්ඡේද්‍ය ලෙස හැඳින්වේ. වකුගඩු, රුධිරයේ විද්‍යුත් සාන්ද්‍රණය නිරන්තරයෙන් දිගටම පවත්වා ගෙන යන නිසා, වකුගඩු රෝග සහිත රෝගීන්ගේ රුධිරයේ විද්යුත් විච්ඡේද මට්ටම දැන ගැනීමට රුධිරය පරීක්ෂා කෙරේ.

අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය (ESKD): උග්‍ර අදියරේ නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය (අදියර 5 CKD) හඳුන්වනු ලබන්නේ, අවසන් අදියර වකුගඩු රෝගය (ESKD) හෝ අවසාන අදියර වෘක්ක රෝගය (ESRD) නමින්ය. මෙම අදියරේ නිදන්ගත වකුගඩු රෝග අවස්ථාවේ දී වකුගඩු සම්පූර්ණයෙන්ම හෝ සම්පූර්ණයෙන්ම පාහේ අක්‍රියව පවතී. ESKD රෝගීන් සෑහෙන දුරට සාමාන්‍යය ජීවිතයක් ගත කිරීමට නම්, කාන්දුකරණ හෝ වකුගඩු බද්ධයක් වැනි ප්‍රතිකාර අවශ්‍යය වේ.

Free!!! 200+ paged Kidney Book in 35+ Languages

Erythropoietin (epo): එය ඇට මිදුළු වලින් රතු රුධිරාණු සෛල ගොඩනැගීම ප්‍රවර්ධනය කිරීම සඳහා වකුගඩු වලින් නිපදවෙන හෝමෝනයකි. වකුගඩු හානිවී ඇත්නම් ඉන් අවශ්‍ය ප්‍රමාණයට Erythropoietin නිපදවීම සිදු නොවන නිසා රතු රුධිරාණු සෛල ගොඩනැගීම අඩු වන අතර ඉන් රක්තහීනතාව තත්වයට පත්වේ. වකුගඩු අක්‍රියවීම නිසා ඇතිවන රක්තහීනතාවයට ප්‍රතිකාර වශයෙන් Erythropoietin එන්නත් කරන ඖෂධයක් ලෙස ලබා ගත හැක.

හුවමාරුව: එය, පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය එක් සම්පූර්ණ චක්‍රයක් වන අතර එය අදියර තුනකින් සමන්විතය. මෙහි පළමු අදියර වන්නේ උදරය තුළට කාන්දුකරණ තරල ගලා ඒමයි. දෙවන අදියරදී, එම තරල උදරය තුළ පැය කිහිපයක් රඳා පවතිමින් රුධිරයෙ ඇති අතිරික්ත දියර සහ විෂ ද්‍රව්‍යයන් ඉන් ඉවත්වී කාන්දුකරණ තරලයට එක් වේ (රැඳී සිටීම නමින්ද හැඳින්වේ). තෙවැනි අදියරේදී එම රැඳී සිටි තරල පිටතට ගලා එනු ඇත.

එක්ස්ට්‍රාකෝපරියල් කම්පන තරංග ලිතොට්‍රිප්සි (ESWL): ලිතොට්‍රිප්සි ක්‍රමයේදී, ලිතොට්‍රිප්ටර් යන්ත්‍රයෙන් නිෂ්පාදනය කරන ඉතා ඉහළ සංකේන්ද්‍රගත කම්පන තරංග මගින් මුත්‍රා ගල් කැඩීම කරයි. ගල්, කුඩා අංශු බවට බිඳ වැටීමෙන්, මුත්‍රා මාර්ගය හරහා මුත්‍රා සමඟ පහසුවෙන් පිටවේ. ESWL වකුගඩු ගල් සඳහා ඵලදායී සහ පුළුල්ව භාවිතා කරන ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකී.

ෆිස්ටියුලා: ආටරියෝවීනස් (ධමනි ශෛරික) ෆිස්ටියුලාව බලන්න

බද්ධය: දිගු කාලීන හිමොඩයිලිස් සඳහා ප්රවේශ ක්‍රමයකි. බද්ධයක් නම් කෘතිම මෘදු ටියුබයක් මගින් ධමනියක් ශිරාවට සම්බන්ධ කෙරේ. හිමොඩයිලිස් ප්‍රතිකාරයේදී මෙම බද්ධයෙ කටු ඇතුළත් කෙරේ.

Hemodialysis: වකුගඩු අකර්මන්‍යයේදී වඩාත් හොඳ ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකී. හිමොඩයිලිස්හිදි කාන්දුකරණ යන්ත්‍රයේ අධාරයෙන් සහ කෘතිම වකුගඩුවකින් (dialyzer) රුධිරය පිරිසිදු කරයි.

Visit: www.KidneyEducation.com

හිමොග්ලොබින්: එය, රතු රුධිර සෛල තුළ ප්‍රෝටීන අණුවක්, එය පෙනහළු වලින් ශරීරයේ පටක වලට ඔක්සිජන් ගෙන ගොස් නැවත කාබන් ඩයොක්සයිඩ් පටක වලින් පෙනහළු වලට ගෙනයයි. හිමොග්ලොබින්, රුධිර පරීක්ෂණයක් මගින් මනිනු ලබන අතර, එහි අගය අඩු නම් රක්තහීනතාවය ලෙස සඳහන් කර ඇත.

හයිපකැලීමියා: සාමාන්‍ය සීරම් පොටෑසියම් මට්ටම 3.5 සිට 5.0 mEq/L අතර වේ. හයිපකැලීමියා රුධිරයේ පොටෑසියම් ඉහළ මට්ටමේ පවතින තත්වයකි. හයිපකැලීමියා, වකුගඩු අක්‍රිය වීමේදී පොදුය, ජීවිතයට තර්ජනයක් විය හැකි අතර හදිසි වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය වේ.

අධි ආතතිය: එය, අධික රුධිර පීඩනය විස්තර කිරීම සඳහා භාවිතා කරන නාමයකි.

Immunosuppressant ඖෂධ: ශරීරයේ ප්‍රතිශක්තිකරන පද්ධතිය මර්දනය කරන හෝ අඩු කරන ඖෂධ මගින් බද්ධ කළ ඉන්ද්‍රියයක් ශරීරය ප්‍රතික්ෂේප කිරීම වැළකීම.

අන්තශ්ශෛරික යුරොගෑම් (IVU): එය මුත්රා පද්ධතියේ X කිරණ මාලාවක්, ඩයි අඩංගු අයඩීන් අන්තශ්ශෛරිකව එන්නත් කළ පසු කරන පරීක්ෂණයක් වේ. මෙම පරීක්ෂණය වකුගඩුවල ක්‍රියාකාරීත්වය හා මුත්‍රා මාර්ගයෙ ව්‍යුහය පිළිබඳ තොරතුරු ලබා දෙයි.

වකුගඩු ජීවවේක්ෂාව: ඉදිකටුවකින් වකුගඩුවේ පටකයකින් කඩා කබැල්ලක් ලබා ගෙන එය අන්වීක්ෂයකින් පරීක්ෂා කර රෝගය හඳුනා ගැනීම කරනු ලබන පරිපාටිය.

වකුගඩු අක්‍රියවීම: වකුගඩුවල ක්‍රියාකාරීත්වය ක්‍රමයෙන් පිරිහීම නිසා රුධිරයේ ඇති විෂද්‍රව්‍ය හා අපද්‍රව්‍ය ප්‍රමාණවත් ලෙස පෙරීමක් සිදු නොවන තත්වයකි. එය රුධිරයේ යූරියා සහ ක්‍රියැටිනීන් මට්ටම වැඩි වේ.

මයික්‍රොඇල්බියුමිනියුරියා: මෙය මුත්‍රා වල ඇල්බියුමින් කුඩා නමුත් අසාමාන්‍ය ප්‍රමාණයක් පෙනුම් කිරීමයි. මෙය දියවැඩියා වකුගඩු රෝගයේ මුල් ආරම්භය පෙන්නුම් කරයි.

මික්චියුරේටින් සිස්ටොයුරෙත්රොගෑම්: වොයිඩින් සිස්ටොයුරෙත්රොගෑම් බලන්න

නෙෆ්රෝන්ස්: වකුගඩු ක්‍රියාකාරී ඒකකය රුධිරය සැබෑලෙස පිරිසිදු කිරීමට වගකිව යුතුයි. එක් වකුගඩුවක නෙෆ්රෝන්ස් මිලියනයක් පමණ අඩංගු වේ.

වෘක්කවේද වෛද්‍ය විශේෂඥ: වකුගඩු රෝග විශේෂඥ වෛද්‍යවරයෙක්

වෘක්ක සින්ඩ්රෝමය: වකුගඩු ප්‍රශ්නය කුඩා දරුවන් අතර නිතරම දැකිය හැකි අතර එහි ලක්ෂණ වන්නේ මුත්‍රා සමග ප්‍රෝටීන පිටවීම (දිනකට ග්රෑම් 3.5 කට වැඩියෙන්), රුධිරයේ ප්රෝටීන මට්ටම අඩු වීම, රුධිර කොලෙස්ටරෝල් මට්ටම වැඩිවීම සහ ඉදිමුම.

යුගල වශයෙන් පවතින වකුගඩු බද්ධය: අවසාන අදියර වකුගඩු රෝගය සහිත බොහෝ රෝගීන් හට නොගැලපෙන රුධිර වර්ගය හෝ පටක හරස් ගැලපුම සහිත සෞඛ්‍ය සම්පන්න හා කැමැත්තෙන් වකුගඩුවක් පරිත්‍යාග කළ හැකි වකුගඩු දානපතියන් සිටී. යුගල වශයෙන් පවතින වකුගඩු පරිත්‍යාගය ඊට ඇති උපාය මාර්ගයකි. එය ජීවත්වන පරිත්‍යාගශීලීන්ගේ වකුගඩු නොගැලපෙන පරිත්‍යාගශීලීන්/පරිත්‍යාගලාභීන් දෙදෙනෙක් අතර හුවමාරු කර ගැලපෙන යුගල දෙකක් හදා ගැනීමයි.

පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය: එය, වකුගඩු අක්‍රියවීම සඳහා ඵලදායී ප්‍රතිකාර ක්‍රමයකි. මෙම පිරිසිදු කරණ ක්‍රියාවලියේදී, කාන්දුකරණ තරල විශේෂ කැතීටරයක් හරහා උදර කුහරයට සම්බන්ධ කර ඇත. මෙම තරල රුධිරයේ ඇති අපද්‍රව්‍ය කොටස් හා අතිරේක ජලය ඉවත් කරයි. මෙම තරල වෙනස්වන

කාල සීමාවකට පසු උදරයෙන් ඉවත් කෙරේ.

පෙරිටොනයිටිස්: එය උදර කුහරය තුල හට ගන්නා ආසාදනයකි. පෙරිටොනයිටිස්, පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණයේදී ඇති විය හැකි පොදු ආසාදනයකි. එයට ප්‍රතිකාර නොකරන්නේ නම්, ජීවිතයටද තර්ජනයක් විය හැක.

පොස්පරස්: පොස්පරස් ශරීරය තුළ, කැල්සියම් වලට පමණක් පසුව හමු වූ දෙවන වඩාත්ම-බහුල ඛනිජයකි. එය කැල්සියම් සමග ක්‍රියා කර ශක්තිමත් ඇටකටු සහ දත් ගොඩ නගයි. මස් වර්ග, ඇට වර්ග, කිරි, බිත්තර, ධාන්‍ය වර්ග පොස්පරස් වලින් පොහොසත් ආහාර වේ.

පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය (PKD): පොලිසිස්ටික් වකුගඩු රෝගය වකුගඩු තුළ වර්ධනය වන විවිධ ගැටිති (තරල කුටීර) මගින් සංලක්ෂිත, වකුගඩුවල හට ගන්නා වඩාත් පොදු ජානමය ආබාධයක් වේ. එය නිදන්ගත වකුගඩු රෝගය ඇතිවීමට ප්‍රධාන හේතූන් අතර වේ.

පොටෑසියම්: එය ස්නායු, හෘදය සහ මාංශ පේශීන් නිසි ලෙස ක්‍රියායාකාරීත්වය සඳහා අවශ්‍ය වන ශරීරය තුළ ඇති ඉතා වැදගත් ඛනිජයක් වේ. අලුත් පළතුරු, පළතුරු යුෂ, පොල් වතුර හා වියළි පළතුරු පොටෑසියම් පොහොසත් මූලාශ්‍ර වේ.

පූර්ව හංග වකුගඩු බද්ධය: වකුගඩු බද්ධය සාමාන්‍යයෙන් කරනු ලබන්නේ කාන්දුකරණ ප්‍රතිකාරය වෙනස්වන කාල පරාසයක සිදු කිරීමෙන් පසුවයි. නඩත්තු කාන්දුකරණය ආරම්භ කිරීමට පෙර සිදු කරන වකුගඩු බද්ධය හඳුන්වන්නේ පූර්ව හංග වකුගඩු බද්ධය නමිනි.

ප්‍රෝටීන:එය ශරීර පටක ගොඩනගන, අලුත්වැඩියා කරන සහ පවත්වාගෙන යන ප්‍රධාන ආහාර පන්ති තුනෙන් එකකී. මාංශ බෝග, කිරි, බිත්තර සහ සත්ව ආහාර ප්‍රෝටීන වලින් පොහොසත් මූලාශ්‍රවේ.

Free!!! 200+ paged Kidney Book in 35+ Languages

ප්‍රොටීන්යූරියා: මුත්‍රාවල ප්‍රෝටීන අසාමාන්‍ය ලෙස ඉහළ මට්ටමක පැවතීම.

ප්‍රතික්ෂේපය: ශරීරය, යම්කිසි බද්ධ කළ ඉන්ද්‍රියයක් තම ශරීරයේම නොවන බව හඳුනා ගෙන එය විනාශ කිරීමට උත්සාහ කරන ක්‍රියාවලිය.

Semipermeable පටල: තෝරා ගනු ලැබූ ඇතැම් විසුරුවා හරින ලද ද්‍රව්‍ය හා තරල හරහා ගමන් කිරීමට ඉඩ දෙන පටලයක් වන අතර අනිකුත් දෑ රඳවා තබා ගැනේ. පටලයක් නම් තුනී ස්වාභාවික පටකයක් හෝ කෘතිම ද්‍රව්‍යයකි.

සෝඩියම්: රුධිර පීඩනය සහ රුධිර පරිමාව පාලනය කරන ශරීරයේ ඇති ඛනිජ ද්‍රව්‍යයකි. මේස ලුණු, ආහාරවල ඉතාමත්ම සුලබව ඇති සෝඩියම් වර්ගයක් වන සෝඩියම් ක්ලෝරයිඩ්ය.

පුරස්තියේ ට්‍රාන්ස් යුරේත්‍රල් රිසෙක්ෂන්(TURP): මෙම ශල්‍යකර්මය අකර පුරස්ථිතික හයිපර්ප්ලාසියාව (BPH) සඳහා මෛත්‍රමූත්‍ර වෛද්‍යවරයා විසින් කරන සම්මත ප්‍රතිකාර ක්‍රමය වේ. මෙම අවම-ආක්‍රමණික ශල්‍යය ප්‍රතිකාර ක්‍රමයේදී සිස්ටස්කෝප් (cystoscope) නැමති උපකරණය මුත්‍රා මාර්ගයතුලින් ඇතුල් කර මුත්‍රා ගලා ඒම අවහිර කරන පුරස්ථි ගන්ථිය ඉවත් කරනු ඇත.

අල්ට්‍රා සවුන්ඩ් පරීක්ෂණය: එය ශරීරයේ අවයව හෝ ව්‍යුහයන්ගේ රූපයන් නිර්මාණය කිරීමට ඉහළ සංඛ්‍යාත ශබ්ද තරංග භාවිතා කර වේදනා රහිතව රෝග විනිශ්චය කළ හැකි පරීක්ෂණයකි. අල්ට්‍රා සවුන්ඩ් පරීක්ෂණය සරල, ප්‍රයෝජනවත් සහ ආරක්ෂිත පරීක්ෂණයක් වන අතර එයින් වකුගඩුවල ප්‍රමාණය, මුත්‍රා ප්‍රවාහයට ඇති බාධා සහ අනෙකුත් ප්‍රශ්න වන සැරව ගෙඩි, මුත්‍රා ගල් පිලිකාමය තත්වයන් වැනි වටිනා තොරතුරු ලබාගත හැක.

වෙසිකොරේටරල් පතිවාහ (VUR): එය මුත්‍රාශයේ සිට මුත්‍රා වාහිනියට මුත්‍රා ආපස්සට (පතිවාහ) ගලා ගොස් ඇතැම්විට වකුගඩු දක්වා ගමන් කරන තත්වයකි. මෙය ශරීරයේ ව්‍යුහමය හා ක්‍රියාකාරී ආබාධයක් වන අතර එය එක් වකුගඩුවක හෝ වකුගඩු දෙකේම ඇති විය හැක. (VUR) ළමුන්ගේ මුත්‍රා

Visit: www.KidneyEducation.com

මාර්ග ආසාදන, අධි රුධිර පීඩනය සහ වකුගඩු අකර්මන්‍යයට ප්‍රධාන හේතුවක් වේ.

මෛත්‍රමුත්‍ර විශේෂඥ: වකුගඩු රෝග විශේෂඥ ශල්‍ය වෛද්‍ය වරයෙකි.

වොයිඩින් සිස්ටොයුරේත්‍රොගෑම් (VCUG): පහළ මුත්‍රා මාර්ගයේ (මුත්‍රාශය හා මුත්‍රා වාහිනිය) ව්‍යුහාත්මකව දැක ගැනීමට රෝගියාට කැතීටරයක් මාර්ගයෙන් X-රේ පටල මත දැක ගත හැකි ද්‍රාවනයක් (ඩයි වර්ගයක්) ඇතුල් කිරීමේ ක්‍රියාවලියයි. රෝගියාට මුත්‍රා පහ කිරීමට සලසා එක්ස්-රේ පරීක්ෂණය කරනු ලැබේ.

කෙටි යෙදුම්

ACE	: ඇන්ජියෝටෙන්සින් වෙනස් කරන එන්සයිම
ADPKD	: ඔටොසොමාල් ඩොමිනන්ට් පොලිසිස්ටික් වකුගඩු අබාධය
AGN	: (ග්ලොමේරුලොනෙෆ්රයිටිස්) ගුච්චිකා වෘක්ක ප්‍රදාහය
AKI	: තීව්‍ර වකුගඩු අබාධය
APD	: ස්වයන්ක්‍රිය පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය
ARB	: ඇන්ජියෝටෙන්සින් අවහිර කරන ප්‍රතිග්‍රාහකය
ARF	: තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මන්‍යය
AV	: ආට්රියෝ වීනස් (ධමනි ශෛරික ෆිස්ටියුලාව)
BP	: රුධිර පීඩනය
BPH	: අබර පුරස්ථිත අතිප්ලාස්මීයතාව
BUN	: රුධිර යූරියා නයිට්‍රජන්
CAPD	: අකන්ඩ ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය
CCPD	: අකන්ඩව කරන චක්‍රීය පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය
CKD	: නිධන්ගත වකුගඩු අබාධ
CRF	: නිධන්ගත වකුගඩු අකර්මන්‍යය
DKD	: දියවැඩියා වකුගඩු ආබාධය
DM	: දියවැඩියාව රෝගය
DMSA	: "ඩිමර්කැප්ටොසක්සිනික් ඇසිඩ්" වකුගඩු පරීක්ෂණය
eGFR	: ඇස්තමේන්තුගත ග්ලෝමරුලර් පෙරහන් අනුපාතය
EPO	: එරිත්රොපොයිටින්

SKD : අවසාන අදියර වකුගඩු ආබාධය

ESRD : අවසාන අදියර වකුගඩු ආබාධය

ESWL : එක්ට්‍රා කොපොරියල් ෂොක්වේව් ලිතොට්‍රිප්සි

GFR : ග්ලෝමරුලර් පෙරහන් අනුපාතය

HD : හිමොඩයලිසිස් /(හිමොකාන්දුකරණය)

IDDM : ඉන්සියුලින් මත යැපෙන දියවැඩියාව රෝගය

IJV : අභ්‍යන්තර කන්ධක ශිරාව

IPD : වරින්වර කරන පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය

IVU/IVP : ඉන්ට්‍රාවීනස් යුරෝග්‍රැෆි / ඉන්ට්‍රාවීනස් පයිලෝගැෆි

MA : මයික්‍රෝඇල්බියුමිනියුරියා

MCU : මික්චුවේටින් සිස්ටොයුරේත්‍රොගෑම්

MRI : (MRI) එම්.ආර්.අයි.ස්කෑන් පරීක්ෂණය

NIDDM : ඉන්සියුලින් මත නොයැපෙන දියවැඩියා රෝගය

NSAID : ස්ටෙරොයිඩ නොවන ප්‍රතිප්‍රදාහ ඖෂධ

PCNL : පර්කියුටේනියස් නෙෆ්රොලිතොටොමි

PD : පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය

PKD : පොලිසිස්ටික් වකුගඩු ආබාධය

PSA : පුරස්ථිය විශේෂිත ප්‍රතිදේහජනක පරීක්ෂණය

PUV : අපර මුත්‍රා මාර්ග කපාටය

RBC : රතු රුධිරානු සෛල

RRT : වකුගඩු නැවත බද්ධ කිරීමේ චිකිත්සාව

TB : ක්ෂය රෝගය

TIBC : පූර්ණ යකඩ බන්ධන ධාරිතාව

TURP : පුරස්ථියේ ට්‍රාන්ස් යුරේත්‍රල් රිසෙක්ෂන් ශල්‍යකර්මය

UTI : මුත්‍ර මාර්ග ආසාදනය

VCUG : වොයිඩින් සිස්ටොයුරේත්රොගෑම්

VUR : වෙසිකොයුරේටරල් රිෆ්ලක්ස්/(මුත්‍රා ආපස්සට වකුගඩුවට යෑම)

WBC : සුදු රුධිරානු සෛල

වකුගඩු රෝගීන් සිදුකරන පොදු රුධිර පරීක්ෂණ

නිර්දේශිත පරාසයන් පහත සාරාංශගත කොට ඇත.

පරීක්ෂණ	සම්ප්‍රදායානුකූල ඒකක	පරිවර්තන ඒකක	SI ඒකක
රුධිර පරීක්ෂණ - වකුගඩු ක්‍රියාකාරීත්වය සඳහා			
රුධිර යූරියා නයිට්‍රජන්	8 - 20 mg/dl	0.36	2.9 - 7.1 mmol/L
ක්‍රියැටිනින් පිරිමි ගැහැණු	0.7 - 1.3 mg/dl 0.6 - 1.2 mg/dl	88.4 88.4	68- 118 mcmd/L 50- 100 mcmd/L
eGFR	90 - 120 ml/min	--	-
රුධිර පරීක්ෂණ - රක්තහීනතාවය සඳහා			
ග්ලෝබින් පිරිමියා ගැහැණු	13.5 - 17.0 g/dl 12.0 - 15.5 g/dl	10 10	136- 175 g/L 120- 155 g/L
හෙමටොක්‍රිට් පිරිමි ගැහැණු	41 - 53% 36 - 48%	0.01 0.01	0.41 - 0.53 0.36 - 0.48
යකඩ මුලු එකතුව	50 - 175 mcg/dl	0.18	9 - 31 mcmol/L
යකඩ බන්ධක මුළු ධාරිතාව	240 - 450 mcg/dl	0.18	45 - 82 mcmol/L
ට්‍රාන්ස්ෆෙරින්	190 - 375 mg/dl	0.01	1.9 - 3.75 g/L
ට්‍රාන්ස්ෆෙරින් සන්තෘප්තිය	20 - 50 %	--	-
ෆෙරිටින් පිරිමි ගැහැණු	16 - 300 ng/ml 10 - 200 ng/ml	2.25 2.25	36 - 675 pmol/L 22.5- 450 pmol/L

පරීක්ෂණ	සාම්ප්‍රදායික ඒකක	පරිවර්තන ඒකක	SI ඒකක
රුධිර පරීක්ෂණ විද්‍යුත් විච්ඡේද්‍ය හා සෛලවල පරිවෘත්තීය අස්ථි රෝග සඳහා			
සෝඩියම් (Na)	135 - 145 mEq/L	1.0	135 - 145 mmol/L
පොටැසියම් (K)	3.5 - 5.0 mEq/L	1.0	3.5 - 5.0 mmol/L
ක්ලෝරයිඩ (Cl)	101 - 112 mEq/L	1	101- 112 mmol/L
කැල්සියම් අයනීකෘත	4.4 - 5.2 mg/dL	0.25	1.10 - 1.30 mmol/L
කැල්සියම් සමස්ත	8.5 - 10.5 mg/dl	0.25	2.2 - 2.8 mmol/L
පොස්පරස් අකාබනික	2.5 - 4.5 mg/dl	0.32	0.8 - 1.45 mmol/L
මැග්නීසියම්	1.8 - 3 mg/dl	0.41	0.75 - 1.25 mmol/L
බයිකාබනේට්	22 - 28 mEq/L	1	22 - 28 mmol/L
යූරික් අම්ලය පිරිමියා	2.4 - 7.4 mg/dl 1.4 - 5.8 mg/dl	59.48 59.48	140 - 440 mcmol/L 80 - 350 mcmol/L
PTH	11 - 54 pg/ml	0.11	1.2 - 5.7 pmol/L
රුධිර පරීක්ෂණ - පොදු සෞඛ්‍ය සඳහා			
ප්‍රෝටීන සමස්ථ ඇල්බියුමින්	6.0 - 8.0 g/dl 3.4 - 4.7 g/dl	10 10	60 - 80 g/L 34 - 47 g/L
කොලෙස්ටරොල් සමස්ත	100 - 220 mg/dl	0.03	3.0 - 6.5 mmol/L
රුධිර සීනි නිරාහාරව	60 - 110 mg/dl	0.055	3.3 - 6.1 mmol/L

පරීක්ෂණ	සම්ප්‍රදායානුකූල ඒකක	පරිවර්තන ඒකක	SI ඒකක
රුධිර පරීක්ෂණ - අක්මාවේ ක්‍රියාකාරීත්වය සඳහා			
බිලිරුබින් සමස්ත සෘජු	0.1 - 1.2 mg/dl 0.1 - 0.5 mg/dl	17.1 17.1	2 - 21 mcmol/L <8 mcmol/L
ඇලනයින් ට්‍රාන්සමිනේස් (SGPT)	7 - 56 unit/L	0.02	0.14 - 1.12 mckat/L
ඇස්පර්ටේට් ට්‍රාන්සමිනේස් (SGOT)	0 - 35 units/L	0.02	0 - 0.58 mckat/L
ඇල්කලයින් ෆොස්ෆටේස්	41- 133 units/L	0.02	0.7 - 2.2 mckat/L

දර්ශකය

ඒස් ඉන්හිබිටර් 46,157
තීව්‍ර වකුගඩු අකර්මණ්‍යතාවය 54-60
හේතු 54
රෝග නිර්ණය 56
කාන්දුකරණය 58
කළමනාකරණය 56
වැළැක්වාගැනීම 60
රෝග ලක්ෂණ 55
ප්‍රතිකාර 57
අනතුරුදායකබව 55
ආටරියෝවීනස්(AV)ෆිස්ටියුලා 93-97
රැකබලාගැනීම 94
ඇඳ තෙමීම 273-280
අවදානම් සාධක 274
ප්‍රතිකාර 274
වෛද්‍ය වරයා හමුවිය යුත්තේ 280
අකර පුරස්ථික හයිපර්ප්ලාසියාව206-226
සංකූලතා 208
රෝග නිර්ණය 209
ජීවන රටාව වෙනස් කිරීම 213
වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර 215
අවම අක්‍රමණික ප්‍රතිකාර ක්‍රම 224
විවෘත පුරස්ථික විච්ඡේදනය 223
ශල්‍යකර්ම ප්‍රතිකාර 217
රෝග ලක්ෂණ 207
TURP පුරස්ථියේ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් රිසෙක්ෂන් ශල්‍යකර්මය 218
මොළය මියයාම 138-140
මැරුණු පරිත්‍යාගශීලියෙකුගේ වකුගඩු බද්ධය 141-149
සෙන්ට්‍රල් වීනස් කැතීටර් 92
නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය 46, 61-86
නිධන්ගත වකුගඩු රෝගය (Cont...) -
රක්තහීනතාවය 67, 85
මූලික අවබෝධය 61
හේතු 62-63
සංකූලතා 69
රෝග නිර්ණය 64-65
eGFR 64-65, 71
හිමග්ලෝබීන් 70
සීරම් ක්‍රියැටිනින් 20,71
අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් 72
මුත්‍රා පරීක්ෂණ 70
කාන්දුකරණය 87-116
ආහාර 58,81
අධි රුධිර පීඩනය 68,83
වෛද්‍ය කළමනාකරණය 78-83
අධියර 65-67
රෝග ලක්ෂණ 67,68
ප්‍රතිකාර 74-80
අරමුණු 75
පියවර 9 ක්‍රියාකාරී සැලැස්ම 53
වෛද්‍ය වරයා හමුවිය යුත්තේ73
අකන්ඩව කරන ඇම්බියුලේටරි පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය 108-116
වාසි 114
සංකූලතා 113
අවාසි 114
ප්‍රශ්න 113
ක්‍රියාවලිය 109
වෛද්‍ය වරයා හමුවිය යුත්තේ 116
අකන්ඩව කරන චක්‍රීය පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය -111
ක්‍රියැටිනින් 08, 20, 38, 71
මැරුණු පරිත්‍යාගශීලියෙකුගේ වකුගඩු බද්ධය 141-149

දියවැඩියා වකුගඩු ආබාධය 145-159
රෝග විනිශ්චය 149
මයික්රෝඇල්බියුමින් 150-155
වලක්වාගැනීම 156
අවධානම් සාධක 158
ප්‍රතිකාර 157
මුත්‍ර පරීක්ෂණ 149 - 155
වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ 158
සැක කළ යුත්තේ 148
දියවැඩියා වෘක්කවේදය 145
ඩයලිසේට්(කාන්දුකරන ද්‍රාවනය)101
කාන්දුකරණය 31,39,87-116
කැතීටරය 92
ආහාර පාලනය 90
වියලිබර 90
කාර්යයන් 87
පෙන්නුම් කරන ලක්ෂණ 55,88
ක්‍රමවේද වර්ග 88
ක්‍රමවේදය තෝරාගැනීම 89
ඩයලයිසරය 99
තීව්‍රවකුගඩු රෝගය-ආහාර 281-305
නිසි කැලරි ප්‍රමාණය ගැනීම 283
දිනපතා ආහාරය සැලසුම 303
දියර ගැනීම 286
දියර ගැනීම අඩු කිරීමට ඉඟි 288
ආහාරවක්‍ර අරමුණු 282
දියර ප්‍රමාණය මැනීමට ඉඟි 290
ප්‍රොස්පරස් පාලනය 302
පොටෑසියම් 295
පොටෑසියම් වර්ගීකරණය 296
පොටෑසියම් පාලනය 295
පොටෑසියම් අඩු කිරීමට ඉඟි 299
ආහාරවක්‍ර මූලධර්ම 282
ප්‍රෝටීන පාලනය 285
ලුණු පාලනය 290
සෝඩියම් 291
සෝඩියම් ඉහළ ආහාර 292
සෝඩියම් පාලනය 295
සෝඩියම් අඩු කිරීමට ඉඟි 293
විටමින් සහ තන්තුමය ආහාර 302
අධිමුත්‍රක 85, 157
ඖෂධ සහ වකුගඩු ගැටලු 227-234
වියලිබර 90
eGFR 64-65, 71
අවසන් අධියර වකුගඩු රෝගය 53, 62, 117
එරිත්‍රොපොයිටින් 10,85
බද්ධය 97
හිමොඩයලිසිස් කාන්දුකරණය 89-106
වාසි 103
රුධිරය වාහිනික ඇතුල්වීම 92 – 97
AV ෆිස්ටියුලාව 93
සෙන්ට්‍රල් වීනස් කැතීටර් 92
බද්ධය 97
අවාසි 104
හිමොඩයලිසිස් යන්ත්‍රය 98
කාන්දුකරණ වර්ග 88
හිමොඩයලිසිස් ක්‍රියාවලිය 100
වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ 106
හිමග්ලෝබින් 20,70
අධිරුධිර පීඩනය වකුගඩු රෝග 15, 46, 48
ප්‍රතිශක්තිකරනය මර්ධන ඖෂධ 131
ඉන්ට්‍රාවීනස් යුරෝග්‍රැෆි (IVU)22
වකුගඩුපටක විශ්ලේෂණය 24-26
වකුගඩු රෝග 64-86
රක්තහීනතාවය 15, 67, 85
රෝග විනිශ්චය 17- 27
රුධිර පරීක්ෂණ 20
වකුගඩුපටක විශ්ලේෂණය **24-26**
විකිරණ පරීක්ෂණ 21-24
මුත්‍ර පරීක්ෂණ 19,20
අධි රුධිර පීඩනය 15,83,84
පූර්වාරක්ෂාව 42-50
නිධන්ගත වකුගඩු අබාධයට 45
දියවැඩියා රෝගීන්ට 45
නිරෝගී පුද්ගලයන්ට 42
අධිරුධිර පීඩන රෝගීන් 46
පොලිසිස්ටික් වකුගඩු අබාධයට 47
තනි වකුගඩුවක් ඇති අයට 50
ගල් හටගැනීම නිසා 49
මුත්‍ර මාර්ගික ආසාදනයට 48
වලක්වාගැනීම 42-50
අවධානම් සාධක 17
ඉදිමුම 14
රෝග ලක්ෂණ 14
වකුගඩු අක්‍රියවීම 29,30,36,52-53
තීව්‍ර වකුගඩු ආබාධය 54-60
නිදන්ගත වකුගඩු ආබාධය 61-86
වකුගඩු සහ එහි කාර්යයන් 5 - 13
වකුගඩුවේ ගල් 34,49,184-206
ගතානුගතික ප්‍රතිකාර 198
රෝගය හඳුනාගැනීම 190
දියර පානය 192
ලිතොට්‍රිප්සි (ESWL) 200
විවෘත ශල්‍යකර්මය 204
PCNL 202
වලක්වාගැනීම 192
අවදානම් සාධක 187
ලුණු පාලනය 194
ශල්‍ය ප්‍රතිකාර 199
රෝග ලක්ෂණ 188
ප්‍රතිකාර 197
වකුගඩු ගල් වර්ග 185
යුරේටස්කොපි (URS) 203
වකුගඩුවල ව්‍යුහය 5
වකුගඩු බද්ධකිරීම 117-144
වාසි 119
cadaveric මියගිය අයෙකුගේ 137
තහනම් පැතිකඩ 121
මියගියඅයෙකුගේ වකුගඩුවක් 137-144
අවාසි 120
වකුගඩුපරිත්‍යාගශීලියා 122
යුගල වකුගඩුපරිත්‍යාගය 123-125
බද්ධයෙන් පසු ආරක්ෂාව 128-135
බද්ධයෙන් පසු සංකූලතා 128
කාන්දුකරණයට පෙර බද්ධය 125
ප්‍රතික්ෂේපකිරීම 129
බද්ධකිරීමේ ශල්‍යකර්මය 126-127
ලිතොට්‍රිප්සි (ESWL) 139
මයික්‍රොඇල්බියුමිනියුරියා 19,45,150-155
මික්චුවේටින් සිස්ටොයුරේත්‍රොගෑම් (MCU) 23,259-260
අවම වෙනස්කම් සහිත ආබාධය 237
වෘක්කවේද විශේෂඥ 28,
වෘක්ක සින්ඩ්‍රෝමය 33,235-251
රෝග විනිශ්චය 235
සැක කළ හැකි පූර්ව ලක්ෂණ 237
රෝග ලක්ෂණ 237-238
ප්‍රතිකාර 242-249
වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ 254
P D දියරය 110
පෙරිටෝනියල් කාන්දුකරණය 89,107-116
CAPD 107-116
CCPD 111
IPD 107
වර්ග107
පොලිසිස්ටික් වකුගඩු ආබාධය 160-167
රෝග විනිශ්චය 163
වලක්වාගැනීම 164
රෝග ලක්ෂණ 161

ප්‍රතිකාර 165-166
වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ 167
අපර මුත්‍රාමාර්ග කපාටය (PUV)164-165
වකුගඩු ආබාධ වලක්වා ගැනීම 42-50
පුරස්ථික පිලිකා 211
පුරස්ථීය විශේෂිත ප්‍රතිදේහජනක (PSA) 212

වකුගඩු ප්‍රතික්ෂේපය 129-131
තනි වකුගඩුවකින් ජීවත්වීම 168-172
තනි වකුගඩුවක් තිබීමට හේතු 169
පූර්වාරක්ෂාව 169
වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ 172
පුරස්ථියේ ට්‍රාන්ස්යුරේත්‍රල් රිසෙක්ෂන් (TURP) 217
වකුගඩු අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් පරීක්ෂණය 21,72
යූරියා 08,20
මුත්‍රා ගල් හටගැනීම (වකුගඩු ගල් බලන්න)
මුත්‍ර මාර්ග ආසාදන 32, 173-183
හේතු 174
විමර්ශණ 176 - 179
වලක්වාගැනීම 180 - 181
රෝග ලක්ෂණ 173 - 174
ප්‍රතිකාර 181- 183
මුත්‍ර මාර්ග ආසාදන - දරුවන්ගේ 255-272
රෝග විනිශ්චය 258-259
හේතුවියහැකි පූර්ව ලක්ෂණ 256-257
වලක්වාගැනීම 260-261
රෝග ලක්ෂණ 257
ප්‍රතිකාර 262-263
VCUG (MCU) පරීක්ෂණ 263
වෛද්‍යවරයා හමුවිය යුත්තේ 272
මුත්‍රා රෝපිත සහ සන්වේදිතා පරීක්ෂණ 20,177,258
මුත්‍රා නිෂ්පාදනය 11-12
මෛත්‍රික රෝග විශේෂඥ 28
වෙසිකොයුරේටරල් රිෆ්ලක්ස් (VUR) 33, 266-272
රෝග විනිශ්චය 265
ප්‍රතිකාර 270-272
වොයිඩින් සිස්ටොයුරේත්‍රොගෑම්(VCUG) 23, 259-260
X-කිරණඋදරය 22