بررسی بروز پنوموني بیمارستانی ناشی از آسیپرسیوس در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در سال 1378

دکتر زهره پارسا یکتا* - افسر رضایی پور ** - دکتر سقراط فقیه زاده *** - مرجان رسولی ****

چکیده:
پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی و تحلیلی است که به‌مثابه تُنیمودنی بیمارستانی ناشی از آسیپرسیوس و متعاقب آن بروز پنومونی بیمارستانی (با یک‌سره‌دریایی دیگر به جز آسیپرسیوس) در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران (بخش‌های ویژه جنرال و مغز و اعصاب) در سال 1378 انجام شده است.

ابزارگرداوری داده‌ها: نووار گل‌کرک اکسیدان، آزمایش‌های خون، ترمومتر، رادیوگرافی قفسه سینه، کشتهٔ ترشحات لوله تراسه و برگ‌های تیپ طلا‌های بودند.

پژوهش بر روی 80 نمونه به روش نمونه‌گیری آسان انجام گرفت. واحدهای پژوهش بر حسب روز شروع گزارش به دو دسته (گروه اول 50 نفر از روز اول اتصال به ونتیلاتور و گروه دوم 30 نفر از روز دوم اتصال به ونتیلاتور) تقسیم شدند.

پس از 5 هفته نمونه‌گیری، بروز نقطه ای پنومونی بیمارستانی با آسیپرسیوس 18/7/126 و برآورد فاصله‌ای آن 14/1/126 تخمین زده شد. همچنین بروز نقطه ای پنومونی بیمارستانی داشته‌اند.

آسیپرسیوس 18/7/126 و برآورد فاصله آن 22/7/126 گزارش گردید.

نتایج پژوهش نشان داد که باقی ماندن لوله بین‌پنی، معدود و گزارش زودرس بیماران تحت ونتیلاتور می‌تواند عوامل مؤثری در تسیع بروز علائم و نشانه‌های پنومونی آسیپرسیوس محسوب گردد. به علاوه، بیشترین ارتشیا ریوی در لوب فوقانی وی رشته ایجاد شده بود. لذا می‌توان تصور کرده که بیماران به هنگام آسیپرسیوس، بیشتر در وضعیت خوابیده به پیدا شرایط داشته‌اند.

کلید واژه‌ها: بروز پنومونی - پنومونی بیمارستانی - آسیپرسیوس

* استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** کارشناس آرش پرستاری و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس
**** کارشناس آرش پرستاری (کاریشن آموزش داخلی - جراحی)
مقدمه:
عفونتهای بیمارستانی یکی از علل مرگ و میر بیماران در ایالات متحده محسوب می‌شوند که با عوارض قابل توجهی همراه است. ۱۰ - ۵٪ از بیماران بستری در بیمارستان، به عفونتهای بیمارستانی مبتلا می‌گردند (۱).

شایع‌ترین انواع عفونتهای بیمارستانی عفونت‌های نسبتاً ادراری (۷) و سیستم پنومونی است (۱۰).

آسیرپاسیون، شایع‌ترین علائم ابتلا به پنومونی باکتریال است که میزان مرگ و میر در بیماران دچار آسیرپاسیون محرومات مقدار ۷۰ - ۲٪ گزارش گردیده است (۵). میزان بروز پنومونی بیمارستانی، در بیماران نیازمند به دستگاه تهویه ساز، مکانیکی به مراتب بیش از بیماران است که از این دستگاه‌ها استفاده نمی‌کنند و مهم‌ترین منبع عفونت در این بیماران باکتری‌های قمی‌ساختوانی فوقانی دستگاه گوارش و باسیل‌های گرم منفی و بسته‌های کوک طلایی می‌باشند که از طریق آسیرپاسیون محرومات مقدار تغذیه از طریق لوله بینی - می‌تواند به دستگاه تنفسی تحتانی راه یافته و منجر به بروز پنومونی می‌گردد (۲).

مواد و روش‌ها:
این تحقیق یک پژوهشی توصیفی-حلبی است که از نمونه گیری آسان و در دسترس استفاده کرده است. پژوهش بر روی ۸۰ نمونه انجام گرفت. واحدهای مورد پژوهش عموماً بزرگسال و بین سال ۱۵ تا ۱۵ سال بودند. همگی از طریق لوله داخل تراشته به وارداتونر متصول بوده و از روز اول یا دوم اتصال به آن به وسیله لوله بینی - معدی کاراپسی شدهند. هیچکدام مبتلا به بیماری‌های تنفسی قبیل، دیابت و سرطان
نیوذه و در هنگام شروع نمونه گیری تنب و
لکوستینوز ناشی شد. کلیه ترشحات ساکشن
شده از طریق لوله ترایش جهت آزمون
و اکتشاف با نوار گلکز اکسیداز، خاک، خون
ماکروسکوپی بودند. از دیگر شرایط و رود
به مطالعه عدم واکنش ترشحات غیر خونی
ساکشن شده از لوله ترایش در برای نوار
گلکز اکسیداز در اولین روز شروع گزار

ابزار: گردآوری داده‌ها: نوار گلکز
اکسیداز، آزمایش‌های خون، ترمومتر،
رادیوگرافی قفسه سینه، کشته‌ها لوله
تراش و برگه تیب اطلاعات بودند.
کلیه بیماران دارای مشخصات واحدهای
پژوهشی بسته بر پخش و انتقال و اعصاب جهت انجام تحقیق
در نظر گرفته شدند.

تکمیل واحدهای مورد پژوهش از روز
اول شروع گزارش از نظر وجود گلکز و
ترشحات ریوی غیر خونی ساکشن شده از
طریق لوله ترایش مورد آزمون قرار گرفتند.
ترشحات ریوی غیر خونی مکثور دوبار
در روز در ساعت ۷ صبح و ۷ بعدازظهر از
طریق لوله ترایش ساکشن شده از نظر
وجود گلکز و در نتیجه واکنش با نوار
گلکز اکسیداز (نواری که مشخص
اخصائیت تغییر گلکز در مایعات بدن
بوده و درجه بندی آن از ۱تا ۴ متعی
می باشد) مورد بررسی قرار گرفته و نتایج
دربرگه مشاهده ثبت می شد که این عمل
برای بیماران گلکز مثبت (آسیب‌های کرده)
مجموعاً ۴ روز متوالی و برای سایر

واحدها ی پژوهشی نهایت روز ششم
اتصال به ونتیلیتور، یا یا زمانی که دیوار
تب و لکوستینوز شده یا از یک اسپرس
بیشتر نوار مواردی که ذاکار تنها مثبت نور
گلکز اکسیداز بودند در صورتی که از نظر
تغذیه ای در کروه اول واقع شده بودند از
لایح انتقال پلاکه‌های پنومونی بیمارستانی
آسپراسپین در روزهای چهارم و پنج
اتصال به ونتیلیتور تحت بردی قرار
گرفته و در صورتی که در کروه دوم قرار
داسته در روزهای نهم و ششم اتصال به
ویلاتون از این نظر مورد بردی واقع
شدند.

اکسیداز، آزمایش‌های خون، ترمومتر،
رادیوگرافی قفسه سینه، کشته‌ها لوله
تراش و برگه تیب اطلاعات بودند.
کلیه بیماران دارای مشخصات واحدهای
پژوهشی بسته بر پخش و انتقال و اعصاب جهت انجام تحقیق
در نظر گرفته شدند.

تکمیل واحدهای مورد پژوهش از روز
اول شروع گزارش از نظر وجود گلکز و
ترشحات ریوی غیر خونی ساکشن شده از
طریق لوله ترایش مورد آزمون قرار گرفتند.
ترشحات ریوی غیر خونی مکثور دوبار
در روز در ساعت ۷ صبح و ۷ بعدازظهر از
طریق لوله ترایش ساکشن شده از نظر
وجود گلکز و در نتیجه واکنش با نوار
گلکز اکسیداز (نواری که مشخص
اخصائیت تغییر گلکز در مایعات بدن
بوده و درجه بندی آن از ۱تا ۴ متعی
می باشد) مورد بررسی قرار گرفته و نتایج
دربرگه مشاهده ثبت می شد که این عمل
برای بیماران گلکز مثبت (آسیب‌های کرده)
مجموعاً ۴ روز متوالی و برای سایر

واحدها ی پژوهشی نهایت روز ششم
اتصال به ونتیلیتور، یا یا زمانی که دیوار
تب و لکوستینوز شده یا از یک اسپرس
علائم و نشانه‌های به‌پنومونی بیمارستانی را نشان دادند.

معیارها برای اثبات تشخیص پنومونی بیمارستانی با ملاک‌های تشخیصی پنومونی آسیب‌رسیون مشترک بود و تنها برای گروه اخیر از انجام کشش لوله تراشید خودداری شد.


جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (توزیع فراوانی) میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین آمار استنباطی نظیر آزمون‌های t-فیشر، F، ضریب همبستگی چپروپ برای مقایسه بروز معیارهای پنومونی بیمارستانی با آسیب‌رسیون و سایر انواع پنومونی های بیمارستانی به کار رفت (P).

نتایج:

نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد که پرونده پنومونی بیمارستانی ناشی از آسیب‌رسیون و پنومونی بیمارستانی فاقد آسیب‌رسیون میان دو گروه از بیماران با در نظر گرفتن عواملی چون گنس، سن، علت بستری، نوع دستگاه تهویه ساز مکانیکی، مد دستگاه تهویه ساز مکانیکی، نوع لوله بینی - معدی آنژی ناس، حجم فرمولا، کاوش شده در داروهای جون آنتی بیوتیکا، کورتونها، آنتی‌بیوتیک‌ها، گیرندگی های سنگین‌دیده و مقاومت گردید که همچنین کدام اختلاف آماری معناداری را معکوس نکرد. همچنین مشخص گردید که 10 نفر از بیماران گروه اول و 10 نفر از بیماران گروه دوم دچار پنومونی بیمارستانی ناشی از...
پنومونی بیمارستانی فاقد آسیراسیون
کشت لوله تراشته: روز چهارم اتصال
و نتیجتاً ۱/۲ لوله، روز پنجم اتصال به
و نتیجتاً ۲۰۰/۱ لوله
در حالی که مقایسه بروز می‌یاری‌های

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی واکنش ترسختن غیر خونی ساکش‌نگشته‌ای از لوله تراشته با
نوار کلوکز اکسپلاد در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در
سال ۱۳۷۸ و مقایسه میان دو گروه تا روز پنجم گروه

<table>
<thead>
<tr>
<th>آزمون</th>
<th>ترتیب اول</th>
<th>دوم</th>
<th>جمع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نتیجه</td>
<td>تعداد</td>
<td>تعداد</td>
<td>تعداد</td>
</tr>
<tr>
<td>+</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۲۰۰</td>
<td>۴۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>−</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۲۰۰</td>
<td>۳۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

واکنش با نوار

ریز گروه

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه</th>
<th>دوم</th>
<th>اول</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>vAM</td>
<td>vPM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vAM</td>
<td>vPM</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

سوم

| چهارم | پنجم |
|       | نوار |
| vAM   | vPM |
| vAM   | vPM |

جمع کل
جدول شماره ۲ : مشخصات بیماران آسیب‌دهنده (بیشترین درصد) و مقایسه بروز آسپراسیون میان ۲ گروه

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات بیمار (بیشترین درصد)</th>
<th>گروه دچار آسپراسیون</th>
<th>گروه دچار آسپراسیون</th>
<th>نتیجه آزمون</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>اول</td>
<td>دوم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%۳۱/۳</td>
<td>%۵۴/۳</td>
<td>χ² = ۱/۱۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%۲۷/۵</td>
<td>%۳۶/۷</td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%۲۷</td>
<td>%۲۷</td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>سن ۴۴ - ۵۵ سال</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ضایعات مغزی</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ونتیلاتور قدیمی</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>هدایایی</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>لوله بیش - معادل دمای بین</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>حجم فرمولای کم</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>استفاده از آنتی بیوتیک</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>استفاده از کورتون</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>H۲</td>
<td></td>
<td>χ² = ۱/۴۸۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول شماره ۳ – مشخصات بیماران دچار پنومونی بیمارستانی (بر حسب درصد) و مقایسه آنها میان دو گروه دچار عارضه مزبور بستری در بخش‌های مراقبت ویره بیمارستان‌ها علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸:

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات</th>
<th>دوم</th>
<th>وال</th>
<th>گروه دچارپنومونی بیمارستان</th>
<th>نتیجه آزمون</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>کمترین</td>
<td>درصد</td>
<td>بیشترین</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>χ² = 7/14</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>70%</td>
<td>80%</td>
<td>ئین</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>مذکر</td>
<td>مذکر</td>
<td>مذکر</td>
<td>مذکر</td>
</tr>
<tr>
<td>سن</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>44-44</td>
<td>65-65</td>
<td>80%</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>5-50</td>
<td>5-50</td>
<td>5-50</td>
<td>5-50</td>
</tr>
<tr>
<td>علت بستری</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>40%</td>
<td>ضایعات</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>GIB</td>
<td>GIB</td>
<td>GIB</td>
<td>ICH</td>
</tr>
<tr>
<td>نوع ونیتیلاتور</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>80%</td>
<td>Bear 5</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>MAI</td>
<td>MAI</td>
<td>MAI</td>
<td>BEAR 1000</td>
</tr>
<tr>
<td>فنون ونیتیلاتور</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>80%</td>
<td>IMV</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>SIMV</td>
<td>SIMV</td>
<td>SIMV</td>
<td>PEEP</td>
</tr>
<tr>
<td>لوله بینی – معدی</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>80%</td>
<td>سرس</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>تازنی و</td>
<td>تازنی و</td>
<td>تازنی و</td>
<td>فرمول</td>
</tr>
<tr>
<td>حجم فرمولا</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>80%</td>
<td>200 cc Qrh</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>500 cc Qrh</td>
<td>500 cc Qrh</td>
<td>500 cc Qrh</td>
<td>500 cc Qrh</td>
</tr>
<tr>
<td>آنتی بیوتیک</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>80%</td>
<td>خیر</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
</tr>
<tr>
<td>کورتون</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>80%</td>
<td>خیر</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
</tr>
<tr>
<td>آنتاگونیستهای H2</td>
<td>χ² = 0/77</td>
<td>P = 0/77</td>
<td>80%</td>
<td>خیر</td>
</tr>
<tr>
<td>F = 0/10</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
<td>بله</td>
</tr>
</tbody>
</table>
...


References:


Survey incidence of nosocomial pneumonia resulting from aspiration among the hospitalized patients in the intensive care unit of Tehran University of medical sciences in 1999

Dr. Z. Parsa yekta, A. Rezai pour, Dr. S. Faghihzadeh, M. Rassouli

Abstract:

The objectives of this analytical-descriptive study were determining the incidence of nosocomial pneumonia as a result of aspiration among the hospitalized patients in the intensive care units of Tehran university of medical sciences in 1999.

For collecting data, the applied instruments consisted of: Glucose oxidase tape, thermometers, blood tests, chest radiography, culture from endotracheal secretions and checklists.

The samples, consisting 80 patients, were assigned into 2 groups according to the day starting gavage: the first group included 50 patients from the first day connecting to ventilator and second group included 30 patients from the second day connecting to ventilator.

Following nearly 5 months of sampling incidence of nosocomial pneumonia resulting from aspiration estimated to 31.2% with an interval estimation of 21% < $\pi$ < 41%. Moreover, incidence of nosocomial pneumonia lacking aspiration estimated to 18.7% with an interval estimation of 11% < $\pi$ < 27%.

The results indicated that remaining the nasogastric tube and early gavaging of the patients under ventilation can be effective risk factors in the incidence of nosocomial pneumonia. Furthermore, the most pulmonary infiltration was happened in the upper lobe of the right pulmonary. Therefore, it could be supposed that the patients during aspiration had been mainly slept on their back.

Key words: incidence of pneumonia, nosocomial pneumonia, aspiration