شیوع سوءتفقیه در بیماران بستری در بخش ارتباطی

دکتر حسین احمدی
دکتر احمدپریامبروک
دکتر احسان کاظمی‌نژاد لیلی
دکتر سیدی‌وحید حسینی
معوسی
می‌تواند در مراکز تحقیقات ارتباطی، بیمارستان پورسپوری، دانشگاه علوم پزشکی کیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: ahmadreza.mirbolook@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: 91/02/23
تاریخ پذیرش: 92/01/11

چکیده

مقدمه: سوءتفقیه عمده‌ترین فروند در بیماران ارتباطی بوده و باعث افزایش نرخ مرگ‌ومیر، تأخیر عملکرد ریکاوری و همچنین افزایش هزینه‌های فیزیکی دارویی می‌شود. در این مطالعه به شیوع سوءتفقیه در بیمارانی که در بخش ارتباطی بیمارستان پورسپوری رشت در سال 1399 بستری بودند، بررسی گردید.

پرداختن: افراد بیماران ضرورت به نشان‌نماینده شدند که در بخش ارتباطی بیمارستان پورسپوری رشت در سال 1399 بستری بودند.

نتایج: از 234 بیمار، 17 بیمار دارای سوءتفقیه بودند که میزان آن 7.29 تایید شد. این کمیت در بخش ارتباطی بیمارستان نیز می‌تواند کاهش یابد.

نتیجه‌گیری: باید به بررسی سوءتفقیه و روند بهبود بیماران ارتباطی و درمان آن توجه شود.

کلیدواژه‌ها: ارتباطی، بیمارستان، سوءتفقیه

مقدمه

سوءتفقیه در همه دنیا هم در جامعه و هم در بیماران بستری در بیمارستان بروز می‌کند. سوءتفقیه در بیماران بستری در بیمارستان همانند بخش ارتباطی به دلایل گوناگونی حادث می‌شود. از جمله افزایش نیاز به انتزاع، افزایش از دست‌دادن انتزاع، کاهش ورود غذا به بدن و رژیم‌های بی‌پرداز و... در بخش ارتباطی سوءتفقیه بهتر شده در بیمارستان باغ افزایش نرخ مرگ‌ومیر، تأخیر عملکرد ری‌کاری و همچنین افزایش هزینه‌های تغذیه‌آرا در می‌رود. در بیمارستان‌های خصوصی، بیمارستان‌های دولتی و... سوءتفقیه رخ و مداخله تغذیه‌ی مناسب زود هنگام برای کاهش هزینه بسیار مهم به‌شمار می‌آید.

آزمایش‌های مکانیکی و پیلوتی نشان می‌دهد که سوءتفقیه بروزتی، به طور منفی بر ترتیب کال و اولیه استخوان‌ها در طی

1. مراکز تحقیقات ارتباطی، بیمارستان پورسپوری، دانشگاه علوم پزشکی کیلان، رشت، ایران

کلیه مقالات علمی پزشکی گیلان، دوره پیست و چهارم شماره: 44 صفحات: 24-44

Downloaded from journal.gums.ac.ir at 18:26 IRDT on Wednesday August 14th 2019
دهیدرانتاسون شیرین بیمار (CVP) کمتر از ۲ سانتی‌متر آب) به دلیل افزایش کاهش پروآلبومین برای هر بیمار پرسه‌شمار محقق ساخت تنظیم شد و پایان آن توسط ۶ مختصات از ارتود، یک مختصات تغذیه و سه مختصات ایدیمپولزی ناید شد، و در آن علاوه بر افزایش چربی و عوامل خاصه همراه مانند ضربه و بیماری زیمی، پیشین، بادادسی در روز اول بستری این اطلاعات تنها شد و در همان روز روز دوم بستری این بیماران از لحاظ تغذیه با آزمایش‌های سرمی نظر تعداد لنفوسیت‌ها و میزان آلبومین سرم ارزیابی شدند. آلبومین <40кg/dl و تعداد لنفوسیت >150000 кл/м³ غیرطبیعی در نظر گرفته شد. بر اساس این میزان، ما بیماران را به ۲ گروه زیر تقسیم کردیم:

گروه بدون سوژه‌بندی:

\[ cells_{mm^3} < 30 \times 10^3 \text{ و میزان لنفوسیت کلی} \leq 1500 \]

گروه A: آلبومین < 30 г/dl

\[ cells_{mm^3} < 30 \times 10^3 \text{ و میزان لنفوسیت کلی} < 1500 \]

گروه B: آلبومین 30 г/dl < < 40 г/dl

\[ cells_{mm^3} < 30 \times 10^3 \text{ و میزان لنفوسیت کلی} < 1500 \]

گروه C: آلبومین 40 г/dl < < 50 г/dl

\[ cells_{mm^3} < 30 \times 10^3 \text{ و میزان لنفوسیت کلی} < 1500 \]

گروه D: آلبومین 50 г/dl < < 60 г/dl

\[ cells_{mm^3} < 30 \times 10^3 \text{ و میزان لنفوسیت کلی} < 1500 \]

نمونه‌ها به صورت روزانه توسط پریشک مختصات داخلی ویژت و در صورت وجوه هر یک از معايیر خروجی، نمونه از طرح خارج و نمونه دیگری جایگزین می‌شهد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد SPSS و روزنامه‌ای ۱۶ شده و برای مقایسه فراوانی سوژه‌بندی طبق منفی‌های زیمین و انتقاله شد. Chi-Square Test

ویژگی‌های شکستگی از روش انتخابی، اگر فایل می‌شود، با تحقیق شتاب‌زدن برخی از بیماران، با دستگاه سیمک مدل SF.3,5000 ولف لنفوسیت‌های آزمایش‌های در ۳ سی‌سی از بیمار، با همین شدت. همچنین، برای سنجش بروآلبومین (2 سی‌سی خون از ورید بیمار جرفه کرده داده برای طبیعی منفی سوژه سرم سرم فعالیت پیدا و نتایج در

کاهش سرعت بکاری شود (۷۷) جدا از این یافته‌ها، این باور وجود دارد که مشکل سوژه‌بندی در بیماران با سوژه‌بندی در بیشتر مناطق. به طور معمول صورت می‌گیرد (۸۰). ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران بستری در بیمارستان برای بیماری‌های حاد دچار سوژه‌بندی هستند و نشان داده شده که وضعیت تغذیه این بیماران پس از بستری در بیمارستان ممکن است بهتر هم یادگیرد (۱۰).

با توجه به اینکه تغذیه نش می‌باشد. در بایک‌های تغذیه‌بندی در بیمارستان که دست کم دستگاه و شکستگی

مواد و روش‌ها

در مطالعه توسیعی مقطعی به بررسی شروع سوژه‌بندی در بیمارستان که در بخش ارتوپدی بیمارستان پورسپینیا رشت در سال ۱۳۹۰ بسته بود. برداختن معايیرهای روز به مطالعه عبارت بودند از: بیماران بستری به علت تروما و شکستگی

اماده، بستری در بخش ارتوپدی، دست کم ۸۸ ساعت بستری در بخش ارتوپدی (آزمایش‌های برای این بیماران دیگر نشان داده شده). جراحی غیرانتهایی ارتوپدی و در مدت ۱۰ روز اقامت در بخش تغذیه بیمار تنها توسط سروپکسی تغذیه بیمارستان و وعده‌های معمول بیمارستان صورت گرفته بود. بیماران از ارتوپدی به بیمارستان بستری کلیو، دست کم ۱۰ روز به دلیل فوت، انتقال به بخش دیگر با تحقیق در بیمارستان بستری شده بودند. انتقال به بیماران گوناگون، تازه‌کریمی، فوق‌العاده انتقال (موجب افزایش در میزان آلبومی سرم می‌شود) به تشخیص پزشک مالک، استفاده از داروهای کوریکواسترونیک

با ضداخترانه غیرانتهایی (موجب افزایش در میزان آلبومین سرم می‌شود)، استفاده از سروپکسی تغذیه

خارج از سروپکسی تغذیه بیمارستان و هنگام دستگاه تغذیه بیمار، انتقال به بیماری‌های کبدی با عفونت شدید به تشخیص پزشک مالک، تزریق ترکیب حاوی پروتونین به
شیوع سوئونگهی در بیماران بستری در بخش ارتودئودی

دمای 20-23 درجه سانتی‌گراد فیبر و تنگهداری شد. حداقل تا در 80 مورد با توجه به آن ناگهانی انسان نمی‌توان زنی از گرم کردن آن در زمان روزهای اول و رقیق و سرمازگی با کپت‌فیلم و دستگاه تنفس‌کننده تودهای گوگ‌های سینه، در سطح توده، کمتر از 50 درصد خون به بهبود یافته کرکرد. گرفته شده به تکرار مورد ادامه‌کردن گالیا. در این روش ایندا خون با مقادیر مشخصی از پایین کننده با سلول‌های فلوسنس ساید فیکارترین که بیماران مورد ادامه‌کردن سرکرده شده، سپس، سوسپنژ سلولی در دستگاه فلوسنس‌نور انالیز و مقادیر معیار شد. (11)

نتایج

از 377 بیمار بستری در بخش ارتودئودی در 148 مورد (39%) لنفوسیت و 199 مورد (53%) گروه‌های سینه. همچنین، بیمارانی که نمودارهای فیکارترین که در زمان روزهای اول و دوشنبه و سه‌گزارش به روز و روزهای اول می‌توان دچار سوئونگهی بیشتر در روز دوم به 41 مورد رسید.

فرآیند سوئونگهی در روز دوم در میان 66 دوران (68/77)

جدول 1: فراوانی سوئونگهی بر حسب گروه‌های سنی

در زمان سوئونگهی درمان در زمان سوئونگهی

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه‌های سنی</th>
<th>تعداد (درصد)</th>
<th>تعداد (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>33/36 (33/36)</td>
<td>23</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>35/38 (35/38)</td>
<td>19</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>37/40 (37/40)</td>
<td>14</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>39/42 (39/42)</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>41/44 (41/44)</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>43/46 (43/46)</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>45/48 (45/48)</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>47/50 (47/50)</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>51/54 (51/54)</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>55/58 (55/58)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>60/63 (60/63)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>65/68 (65/68)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>70/73 (70/73)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>75/78 (75/78)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>80/83 (80/83)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در صورت شکستگی به 91 به 33/36 درصد به طی 11 گروه بستری از 33/33 درصد به

شکستگی 18 به زیو دی‌سی در 80 مورد در روز دوم در زمان روزهای اول

اگر که این انفیزیش شیوع سوئونگهی شکستگی به زیو، نسبت

پیا در سکتی‌های بستری دیدار شد (0/05).
بحث و نتیجه‌گیری
سوختگی یکی از مشکلات جدی در جهان بیوزه در بیمارستان‌های بیمارستانهای بسیار زیادی پیرادارد. تاثیر فیزیکی سوختگی بیماران اثری بر درمان می‌باشد. کاهش میزان انباشتهای نفاسی، کاهش عملکرد قلب، کاهش جذب مواد غذایی، معاینه کامپوزیتی و روز، زخم بستری، ناامنی، خطر تروموامبولی و اختلال در عملکرد کلیوی (11).

۱۰ درصد بیماران بستری در بیمارستان‌ها بیماری‌های حاد دور سوختگی هستند (10) در مطالعه‌ها مایک بیمار آلبومین بالای ۳/۵۰۰۰ سنتی‌گرم/لیتر و لنفوسیت کلی بالای ۱۵۰۰ سنتی‌گرم/لیتر (B) ۴۰ درصد بیمار آلبومین بالای ۳/۵۰۰۰ سنتی‌گرم/لیتر و لنفوسیت کلی بالای ۱۵۰۰ سنتی‌گرم/لیتر (C) و ۲۰ درصد بیمار آلبومین بالای ۳/۵۰۰۰ سنتی‌گرم/لیتر و لنفوسیت کلی بالای ۱۵۰۰ سنتی‌گرم/لیتر (D) می‌باشد. در واقع در بیماران از مطالعات میزان آلبومین بسته‌بندی، به عنوان شاخص آزمایشگاهی سوختگی یکی از میزان آلبومین از نظر گرفته شده است. در حالی که کیفی سوختگی به تنهایی نمی‌تواند برای سوختگی، به معنی بر افزایش سن، شاخص قابل اطمینان باشد، سوختگی در هر کدام از شاخص کارکنده آن است. نتایج اکتشافات در سالمندان کابانا ۱۵ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۶ درصد، بنیاد استرالیا ۶ درصد، سالمندان کابانا ۱۵ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۶ درصد، بنیاد استرالیا ۶ درصد، سالمندان کابانا ۱۵ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۶ درصد، بنیاد استرالیا ۶ درصد.
شیوع سوءتغذیه در بیماران بستری در بخش ازودی

بیش از 60 درصد گزارش شده است (12-15). در مطالعه ما از 377 بیمار بستری در بخش ازودی، 99 نفر (26.3 درصد) در روز پیشرفت میلی به سوءتغذیه بودند. در مطالعه دکتر فیانیان در بیمارستان هارا و آیت الله کاشانی اصفهانی بر سوءتغذیه شیوع سوءتغذیه بطور کلی 43 درصد بسط آمد (13). در مطالعه کولار در بیمارستان که به دلیل شیوع سوءتغذیه بر اساس آلموندین در هنگام پیشرفت 18 درصد بود (14). مقایسه نتایج ما با این مطالعات نشان می دهد که میزان بروز سوءتغذیه در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان پورسینای رشت در بتوان مقایسه مطالبی در طی سال های 80 تا 87 در اصفهان (13) شوی کمتری داشته که می تواند نشان دهد آگاهی بیشتر بیماران مراجعه کننده به بیمارستان پورسینای رشت به عنوان مرکز توجه استان گیلان با گذشته زمان و پیشرفت یا پرستی در سال های آخر باشد ولی با شیوع بالای آن در مقایسه با کشورهای پرشته، کاهش محسوسی دیده نمی شود (12-15).

عوامل گوناگونی از جمله مصرف دارویی معتدل و افزایش، مشکلات اقتصادی، اختلال حسی و محدودیت های حرکت، مشکلات ناشی از جویدن و بلع غذا و بیماری های زیمیه نهایی بخشی از دلایل است که گرد را مستند سوءتغذیه می کنند (14). علائم بر وجود سوءتغذیه در هنگام پیشرفت تغذیه نامحسوس در دوران بستری نیز می تواند موجب بروز یا تشدید سوءتغذیه در بیماران بود. بروز و پیشرفت سوءتغذیه در بیماران بیماری جادویی آموزش زیادی تربیت سایر سوءتغذیه در بیمارستان است. سوءتغذیه خاصی در بیمارستان در دوران بستری نیز مشاهده گردیده است که در طی بستری میزان آن افزایش می یابد (11).

در مطالعه ما در طی دو روز بستری میزان سوءتغذیه 4/8 درصد کاهش یافت که بررسی سوءتغذیه در بیمارستان بستری این امر را ارزیابی می یکی از نتایج در کاهش شاخصی در درآمدهای بیماری و افزایش مصرف غذا در بیمارستان می دید.

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان/دوره بیست و سوم/شماره 89/فروردین 1393 41
که میزان بروز سوءتغذیه پس از ده روز بستری ۱۰۴ درصد افزایش یافته بود (۱۱). این تفاوت در نتایج مطالعه ما، که کاهش بروز سوءتغذیه در مدت بستری را داشت، با تناوب مطالعات اربه‌ی معرفی‌شده می‌تواند نشان از تفاوت بروز آسیب حاد و تفاوت وضعیت بیماران در دو بخش ارتودوکس و مقابله‌ی ویژه‌ای باشد. با این حال در بررسی فراوانی سوءتغذیه بپرس حب نوع سوءتغذیه، در شکستگی بار و برحسب محل سکته‌برگی در مطالعه ما در بیماران که دچار شکستگی فمور، لگن و آسیب‌های چندانی بودند در طی ۱۰ روز بستری افزایش بروز سوءتغذیه باشد. دریافت که میزان پایین آلبومن و تغییرات کلی میزان منجر به بستری طولانی‌تر در بیمارستان شود به طور معنی‌داری بوده. در همچنین تحقیقات داشته که میزان آلربین پایین بتواند محل سکته‌برگی در بیماران که دچار آسیب‌های چندانی بودند پیش‌بینی‌شده است از سایر افراد آزمایشگاهی آلربین و لنفوستی که در روز اول و توجه به ریز غذایی این بیماران علاوه بر کنترل سوءتغذیه، از آسیب‌های احتمالی که بیماران در بخش ارتودوکس به دنبال آسیب و بر اساس سئم ممکن است با آن مواجه شوند پیش‌گیری شود. این مطالعه با استفاده از داده‌های یک پایان‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی گیلان به نگارش در آمد. این اثربخشی اعلام می‌دارد که هیچ‌گونه تهیه منافعی ندارند.


Evaluation Of Malnourished Patients in Orthopedic Ward

Ettehad H.(MD)\(^1\) - *Mirbolook A.R.(MD)\(^1\) - Kazemnejhadleili E.(PhD)\(^1\) - Hosseini S.Z.(MD)\(^1\) - Mousavi M.S.(MD)\(^1\) - Saghary S.(BS)\(^1\)

*Corresponding Address: Orthopaedic Research Center, Poursina Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

EMail: ahmadrezamirbolook@yahoo.com

Received: 30 Jan/2013 Accepted: 17 Sep/2013

Abstract

**Introduction:** Malnutrition is the cause of many problems in orthopedic patients. In this study, we aimed to determine the prevalence of malnutrition in patients who were hospitalized for ten days.

**Objective:** Control the potential damage caused by malnutrition in orthopedic patients

**Materials and Methods:** This is a cross-sectional study in which the prevalence of malnutrition in patients admitted to the Poursina hospital during the year 2011 was determined. A researcher-made questionnaire was formulated for each patient and their features were recorded on the first day of hospitalization, then, on the same day and the tenth day of hospitalization in these patients by nutritional tests, and lymphocyte count and serum albumin levels, were evaluated as well. Upon data collection, they were entered into SPSS version 16.

**Results:** Of the 377 patients admitted to the orthopedic ward on the first day, 99 patients with malnutrition were recorded that reached to 81 cases on the tenth day. Malnutrition rate in open fractures increased in day 10 of hospitalization but reduced during the same period in closed fractures (P<0.005). Most of the malnourished patients had fracture of the femur. In patients with fractures of the femur, pelvis and multiple injuries, unlike other fracture sites, an increased incidence or severity of malnutrition during 10 days hospitalization was seen.

**Conclusion:** Due to the negative impact of malnutrition on patient improvement and orthopedic complications, dietary control is essential in these patients.

**Conflict of interest:** non declared

**Keywords:** Inpatients/ Malnutrition/ Orthopedics

Please cite this article as: Ettehad H, Mirbolook AR, Kazemnejhadleili E, Hosseini SZ, Mousavi MS, Saghary S. Evaluation Of Malnourished Patients in Orthopedic Ward. J of Guilan University of Med Sci 2014; 23(89):37-44. [Text in Persian]