

مقاله اصلی

بررسی علل عفونی منجر به بستری در بیماران سالمند بستری شده در بخش عفونی بیمارستان امام رضا (ع)

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۳۰

خلاصه

مقدمه

طبق برآورد ها پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰، ۲۰٪ کل جمعیت جهان را افراد سالمند تشکیل دهند. عفونت ها هنوز عامل ۳۰٪ مرگ و میرها در این گروه سنی اند. اختلال عملکرد ایمنی سلولار و همورال، کاهش رفلکسهای فیزیولوژیک دفاعی بدن، افزایش شیوع بیماریهای مزمن و غیره، از علل احتمالی افزایش بروز بیماری های عفونی در دوران سالمندی است. مطالعه حاضر با هدف یافتن شایعترین کانون های عفونت نزد این افراد، علائم اولیه و میزان مرگ و میر آنها انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی با مراجعه به پرونده ۲۷۲ بیمار سالمند بستری شده از سال ۱۳۸۶-۱۳۸۷ در بخش عفونی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد، مهمترین یافته های بالینی و پاراکلینیک این بیماران و تشخیص نهایی مطرح شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS جمع آوری و با آزمون های تی، کای اسکوئر، فیشرمورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

حدود ۳۱٪ بیماران بستری شده طی مدت یکسال در بخش عفونی، سالمند بودند. از این میان ۵۳٪ مؤنث و ۴۷٪ مذکر بودند. شایعترین شکایات بیماران مشکلات تنفسی بود (۴۵٪) و شایعترین تشخیص نهایی پنومونی بود (۴۳٪). ۳۹٪ از بیماران در آغاز مراجعه دچار تغییرات سطح هوشیاری بودند و ۵۱٪ از یک بیماری زمینه ای رنج می بردند. نرخ مرگ و میر در بیماران ۱۹/۵٪ بود.

نتیجه گیری

به نظر می رسد عفونتها هنوز یکی از علل شایع نیازمندی سالمندان به اقدامات بیمارستانی است و علیرغم دستیابی به متدهای درمانی و آنتی بیوتیک های نوین با میزان مرگ و میر بالایی در این گروه سنی همراه است. توجه به وجود ریسک فاکتورها و علائم خطر مثل سن بالا، کاهش سطح هوشیاری و وجود نقص ایمنی و شروع زودرس درمان می تواند باعث کاهش مرگ و میر در این بیماران شود.

کلمات کلیدی: سالمندی، بستری، بیماری عفونی

۱ اشرف توانایی ثانی*

۲ سید حمیدرضا میر کریمی

۱- دانشیار بیماری های عفونی، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

*مشهد- بیمارستان امام رضا (ع)، بخش عفونی

تلفن: +۹۸-۵۱۱-۸۵۱۵۰۰۱

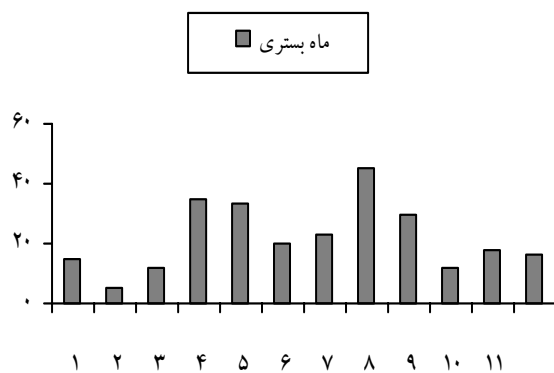
email: tavanaee@mums.ac.ir

مقدمه

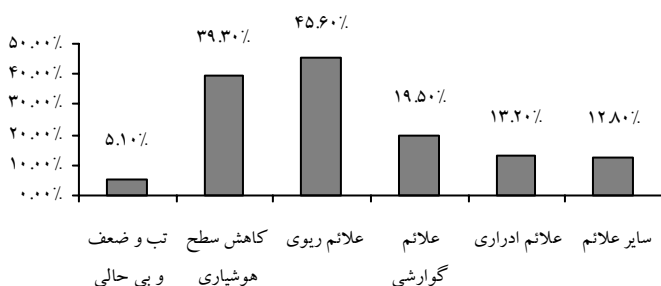
یا تشخیص نهایی یک بیماری عفونی التزامی برای ورود به مطالعه نبود. بعد از جمع آوری اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS از آزمون های فیشر، تی، کای اسکوئر و انگرکت برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید.

نتایج

از بین ۸۷۱ بیمار ۲۷۲ نفر را افراد سالمند تشکیل می دادند (۳۱/۲۲٪) که از این میان ۱۲۸ نفر (۴۷/۱٪) مرد و ۱۴۴ نفر (۵۲/۹٪) زن بودند. میانگین سنی کل افراد مورد مطالعه حدود ۷۷ سال بود که از بین آنها ۴۰/۸٪ سالمندان جوان^۳ (۶۵-۷۴ ساله)، ۳۸/۶٪ سالمندان میانه^۴ (۷۵-۸۴ ساله) و ۲۰/۶٪ سالمندان پیر^۵ (۸۵ سال به بالا) بودند. بیشترین موارد بستری شده در طی ماه های آبان و تیر و کمترین موارد بستری در طی ماه های اردیبهشت و دی بود (نمودار ۱).



نمودار ۱- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه برحسب زمان بستری



نمودار ۲- توزیع فراوانی بیماران برحسب علائم اولیه

در سال ۱۹۰۰ تنها ۱۵ میلیون نفر از مردم جهان سن بالای ۶۵ سال داشتند (۱٪ کل جمعیت)، و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰، ۲/۵ میلیارد نفر از مردم جهان یا به عبارتی ۲۰٪ کل جمعیت را افراد سالمند تشکیل دهند (۱). همین تخمین ساده اهمیت توجه به گروه سنی سالمندی^۱ و طب سالمندان^۲ را کاملاً روشن می سازد. جامعه ای که ۲۰٪ آن را افراد سالمند تشکیل می دهند، نیاز به همین میزان و بلکه بیشتر صرف توجه، هزینه، پژوهش و... در قبال این گروه است. بیماران سالمند نسبت به افراد جوان تر، نیاز به مدت زمان بستری بیشتری دارند، بیماری های آنها با مرگ و میر بیشتری همراه است و قسمت اعظمی از هزینه های وارد به سیستم های بهداشتی- درمانی را به خود اختصاص می دهند.

افزایش ریسک عفونت در این دوران احتمالاً ناشی از تغییرات فیزیولوژیکی است که حاصل فرایند پیری است. اختلال در عملکرد ایمنی سلولار و همورال، کمبودهای تغذیه ای، کلونیزاسیون باکتریال در برخی سطوح مخاطی، کاهش رفلکس های فیزیولوژیک دفاعی بدن (مثل سرفه، ترمیم زخم و...)، افزایش شیوع بیماری های مزمن همراه با عفونت ها و... از علل احتمالی افزایش بروز بیماری های عفونی در دوران سالمندی است (۱-۵). عفونت ها هنوز یکی از مهمترین و شایعترین علل بستری و یا به نوعی احتیاج پیدا کردن به مراقبت های بیمارستانی طی دوران سالمندی است و هنوز عامل ۳۰٪ مرگ و میرها در این گروه سنی می باشند (۱). مطالعه حاضر با هدف یافتن شایعترین کانون های عفونت نزد این افراد، علائم اولیه و میزان مرگ و میر آنها انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی با مراجعه به پرونده ۲۷۲ بیمار سالمند بستری شده از تیرماه ۱۳۸۶ تا خرداد ۱۳۸۷ در بخش عفونی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد، مهمترین یافته های بالینی و پاراکلینیک این بیماران و تشخیص نهایی مطرح شده جهت آنها مورد بررسی قرار گرفت. معیار لازم جهت ورود به مطالعه سن بالای ۶۵ سال و بستری شدن در بخش عفونی بود، و وجود تب

³ Young old⁴ Middle old⁵ Oldest old¹ Elderly² Geriatric

۷۵ نفر از بیماران (۲۷/۶٪) در آزمایشات اولیه حین بستری و یا در CBC های سریال طول مدت بستری دچار لکوسیتوز بودند و ۷ نفر (۲/۵۷٪) لکوپنی داشتند (که البته یک مورد از آنها در زمینه انجام کموتراپی به علت مالتیپل میلوما بود). شیفت به چپ در مورد ۶۵ نفر (۲۳/۹٪) از بیماران یافت شده بود. ۱۴ نفر (۵/۱۴٪) از بیماران دچار لنفوسیتوز بودند. (که البته ۲ مورد از آنها به علت ابتلا به CLL بود.) و در ۵ مورد باند می گزارش شده بود که ۱ مورد از آنها بیش از ۱۰٪ بود. در ۱۸۶ نفر (۶۸/۳٪) از بیماران هیچ یافته غیر طبیعی در CBC وجود نداشت.

در مورد ۷۰ نفر از بیماران آزمایش ESR^۱ درخواست شده بود که در این میان ۴۵ نفر (۶۴/۳٪) دچار افزایش متوسط ESR (۳۵-۷۰) و ۱۰ نفر (۱۴/۳٪) دچار افزایش بارز ESR (بیش از ۷۰) بودند. در آزمایش ادرار بیماران بیشترین یافته پیوری در ۷۲ مورد (۲۶/۵٪) و سپس باکتریوری در ۳۵ مورد (۱۲/۹٪) بود. همآچوری نیز در ۲۷ مورد (۹/۹٪) از بیماران گزارش شده بود.

برای ۹۶ بیمار کشت خون انجام شده بود، که در ۹۰ مورد (۹۳/۸٪) نتیجه آن منفی و در ۶ مورد (۶/۲٪) مثبت بود. در موارد کشت خون مثبت ارگانیزم های موجد بیماری عبارت بودند از ۲ مورد E.coli، ۲ مورد استاف کوکولاز مثبت، ۱ مورد آسینتو باکتر و ۱ مورد کشت خون مثبت همزمان پنوموکوک و سودومونا برای ۹۰ بیمار نیز کشت ادرار انجام گرفته بود، که در ۵۲ مورد (۵۷/۷٪) نتیجه آن منفی و در ۳۸ مورد (۴۲/۲٪) مثبت گزارش شده بود. بیشترین ارگانیزم مسئول در موارد کشت مثبت عبارت بود از E.coli و به دنبال آن کلبسیلا. در ۳ مورد نیز کشت ادرار از لحاظ وجود کاندیدا مثبت بود.

در مورد ۴۲ بیمار بزل کمری و آزمایش مایع CSF انجام گرفته بود. از این تعداد ۳۲ نفر (۷۶/۲٪) مایع CSF طبیعی، ۸ نفر (۱۹٪) CSF آسپتیک و ۲ نفر (۴/۸٪) مایع سپتیک داشتند.

به طور کلی ۱۸۱ نفر از بیماران (۶۶/۵٪) واجد معیارهای لازم برای اطلاق عنوان SIRS بودند و سایر بیماران (۹۱ نفر معادل ۳۳/۵٪) فاقد معیار کافی بودند. بیشترین تشخیص نهایی مطرح شده جهت بیماران پنومونی بود (۱۱۷ نفر معادل ۴۳٪ از بیماران). عفونت های سیستم ادراری (پیلونفریت، اوروسپیس و UTI) با ۳۱ مورد (۱۱/۴٪) در مقام بعدی قرار داشت.

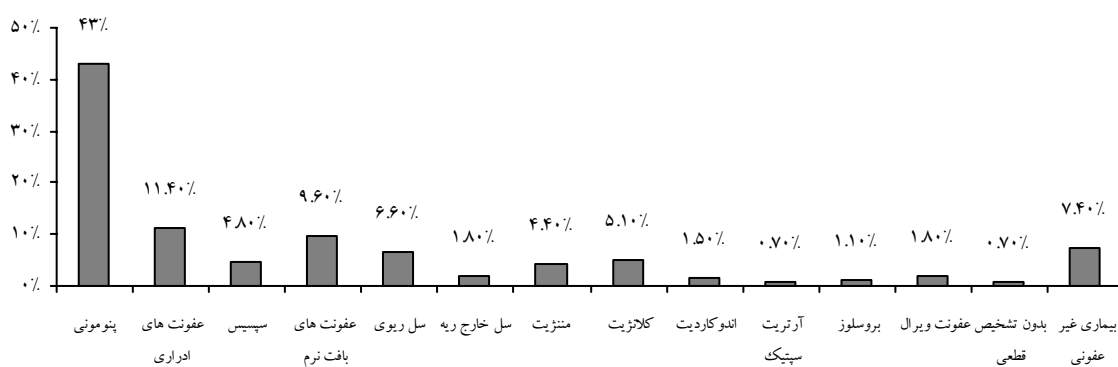
متوسط مدت بستری در بیماران ۷/۷ روز بود و میانگین مدت علائم بیمار ۱۷/۳ روز برآورد شد، با این حال ۷۶٪ بیماران مدت علائم کمتر از ۲ هفته داشتند و ۶۲٪ بیماران مدت علائم کمتر از ۷ روز داشتند. در بین بیماران مورد مطالعه ۲۰۷ نفر (۷۶/۱٪) با شکایت تب مراجعه کرده بودند، در حالی که از این مقدار ۱۷۹ نفر (۶۵/۸٪) در هنگام معاینه اولیه درجه حرارت آکزیلاری بیش از ۳۷/۳ داشتند. از طرفی ۶۵ نفر از بیماران (۲۳/۹٪) در هنگام مراجعه شکایتی از تب نداشته اند. از این میان ۴۵ نفر (۱۶/۵٪) طی معاینات اولیه واقعا فاقد تب و جهت ۲۰ نفر (۷/۴٪) تب یافت شده بود. شایعترین شکایات ذکر شده توسط بیماران، مشکلات تنفسی (۴۵/۶٪) و پس از آن به ترتیب مربوط به تغییرات سطح هوشیاری (۳۹/۳٪)، شکایات گوارشی (۱۹/۵٪)، شکایات ادراری (۱۳/۲٪) بود. سایر شکایات (۱۲/۸٪) و مشکلات عمومی (۵/۱٪) در انتهای این لیست قرار داشت (نمودار ۲).

در جمعیت مورد مطالعه ۵۰ نفر از بیماران (۱۸/۴٪) از دیابت ملیتوس رنج می بردند. ۴۵ نفر (۱۶/۵٪) سابقه بیماری های ایسکمیک قلبی داشتند و ۱۶ نفر (۵/۹٪) نیز دچار یک بیماری مزمن ریوی بودند. شیوع حوادث عروق مغزی^۱ نیز در بین بیماران کم نبود (۴۷ نفر از بیماران معادل ۱۷/۳٪). ۲۲ نفر از بیماران (۸/۱٪) نیز از نگاه معاینه گر اولیه کاشکتیک ارزیابی شده بودند. در این میان ۳۲ نفر (۱۱/۸٪) از بیماران سابقه بستری قبلی (یک یا چند مورد) به علت یک بیماری عفونی در این مرکز یا مراکز دیگر را ذکر می کردند. به طور کلی ۱۳۹ نفر از بیماران (۵۱/۱٪) واجد یک بیماری زمینه ای بودند.

وجود تاکی کاردی ($PR > 90$) در مورد ۱۳۰ نفر (۴۷/۸٪) از بیماران ثبت شده بود. در میان بیماران تاکی کارد ۱۲۲ نفر (۹۳/۸٪) تب دار و ۸ نفر (۶/۲٪) فاقد تب بودند. از طرفی میانگین PR در جمعیت تب دار ۱۰۰/۸ و در جمعیت بدون تب ۸۳/۲ بود که بین وجود تب و وجود تاکی کاردی به لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود داشت ($p = 0/001$).

متوسط RR در جمعیت مورد مطالعه ۳۱/۵ بود. این عدد در بیماران با تشخیص نهایی پنومونی ۳۴/۳ و در سایر بیماران ۲۷/۸ بود که این ارقام به لحاظ آماری بیانگر ارتباط معنی دار بین میزان RR و تشخیص نهایی پنومونی می باشد ($p = 0/0001$).

² Erythrocyte Sedimentation Rate¹ Cerebrovascular accident



نمودار ۳- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب تشخیص نهایی مطرح شده

بجز نوع بیماری عفونی که بیمار با آن دست به گریبان بود، ارتباط ۵ متغیر مستقل دیگر به عنوان فاکتور های فرضی خطر بالا برنده میزان مرگ و میر سنجیده شد (سن بیمار، جنس بیمار، وجود بیماری زمینه ای، وجود اختلال سطح هوشیاری و میزان درجه تب). میانگین سنی جمعیت فوت شده ۸۰ سال بود، در حالی که در جمعیت بهبود یافته ۷۶/۳ سال بود که این ارقام به لحاظ آماری حکایت از ارتباط معنی دار بین سن و میزان مرگ و میر در بیماران داشت ($p = ۰/۰۰۱$). از طرفی از میان ۱۰۷ نفر بیماری که با افت سطح هوشیاری مراجعه کرده بودند، ۳۶ نفر ($۳۳/۶٪$) فوت کرده بودند و ۷۱ نفر از آنها ($۶۶/۴٪$) بهبود یافته بودند که این ارقام نیز به لحاظ آماری بیانگر ارتباط معنی دار بین وجود اختلالات سطح هوشیاری و میزان مرگ و میر می باشد ($p = ۰/۰۰۰۱$). بین سه متغیر دیگر (جنس بیمار، وجود بیماری زمینه ای و میزان درجه تب) با میزان مرگ و میر ارتباط معنی داری وجود نداشت.

بحث

در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۴ طی مدت یکسال تحت عنوان بررسی علل کاهش سطح هوشیاری در بیماران سالمند بستری شده در بخش عفونی در همین مرکز درمانی انجام گرفته بود، ۳۰٪ بیماران بستری شده طی مدت یکسال سالمند بودند (۶). در بررسی حاضر نیز ۳۱/۲۲٪ بیماران سالمند بودند، این ارقام نشان دهنده ثابت بودن نسبت جمعیت سالمند به کل جمعیت بیماران بستری در طی دو مقطع زمانی متفاوت است. هرچند این دو مقطع زمانی نزدیک به هم اند ولی باز هم می توان اینگونه برداشت کرد

عفونت های بافت نرم (مشمول بر سلولیت، پای دیابتی و آبسه های بافت نرم) با ۲۶ مورد ($۹/۶٪$) در مقام سوم قرار داشت. سایر تشخیص های نهایی مطرح شده جهت بیماران عبارت بود از: سپسیس (مشمول بر سپسیس، سپسیس شدید و شوک سپتیک) ۱۳ مورد ($۴/۸٪$) سل ریوی ۱۸ مورد ($۶/۶٪$)، سل خارج ریوی (مشمول بر سل مهره و مننژیت سلی) ۵ مورد ($۱/۸٪$) کلاژیت ۱۴ مورد ($۵/۱٪$)، مننگوانسفالیت (مشمول بر مننگوانسفالیت پیوژن، مننگوانسفالیت آسپتیک و مننگوانسفالیت سلی) ۱۲ مورد ($۴/۴٪$)، اندوکاردیت ۴ مورد ($۱/۵٪$)، آرتریت سپتیک ۲ مورد ($۰/۷٪$)، بروسلوز ۳ مورد ($۱/۱٪$)، عفونت های ویرال ۵ مورد ($۱/۸٪$)، بیماران بدون تشخیص نهایی (FUO) و ترخیص با رضایت شخصی قبل از تشخیص) ۲ مورد ($۰/۷٪$) و تشخیص های غیر عفونی ۲۰ مورد ($۷/۴٪$). از میان تشخیص های غیر عفونی مطرح شده جهت بیماران بدخیمی ها با ۱۰ مورد ($۶۳٪$) در صدر قرار داشت (که فراوانترین بدخیمی مطرح شده در این بیماران تومور سر پانکراس با ۳ مورد بود) و به دنبال بدخیمی ها مسمومیت با تریاک با ۵ مورد، آمبولی ریه با ۳ مورد و گزیدگی ها با ۲ مورد قرار داشت (نمودار ۳).

از بین ۲۷۲ بیمار مورد مطالعه نهایتاً ۵۳ مورد ($۱۹/۵٪$) به مرگ انجامیده بود. بیشترین تشخیص نهایی مطرح شده در این بیماران عبارت بود از پنومونی با ۱۵ مورد ($۲۸/۳٪$) و بعد از آن سپسیس شدید و شوک سپتیک با ۱۱ مورد ($۲۰/۸٪$) و بیماران با تشخیص غیر عفونی (خصوصاً بدخیمی ها و آمبولی ریه) با ۹ مورد ($۱۷٪$) قرار داشتند. کشنده ترین عفونت نیز اندوکاردیت بود زیرا هر ۴ مورد ابتلا به این بیماری یعنی ۱۰۰٪ مبتلایان فوت شدند.

فراوانترین تشخیص نهایی مطرح شده جهت بیماران یعنی پنومونی (۴۳٪ از بیماران) هماهنگی قابل انتظار را دارد.

۳/۳۹٪ از بیماران طبق شرح حال و معاینات اولیه درجاتی از تغییرات سطح هوشیاری را نشان می دادند. در مطالعه سال ۸۴ در همین مرکز که جهت بررسی علل تب و کاهش سطح هوشیاری در سالمندان با بیماری های عفونی انجام گرفته بود، ۳۱/۸٪ بیماران با تب و افت سطح هوشیاری مراجعه کرده بودند (۶). در مطالعه سال ۷۹-۸۰ بیمارستان بوعلی قزوین نیز ۴/۱۴٪ از بیماران در بدو مراجعه دچار افت کامل هوشیاری (کما) بودند و تنها ۴/۵۴٪ از بیماران کاملاً هوشیار بودند. این ارقام همگی بیانگر این مسئله است که همراهی بیماری های عفونی و تغییرات سطح هوشیاری در سالمندان تا چه اندازه فراوان اند. شایع ترین شکل این تغییرات هوشیاری دلیریوم است و طبق مطالعات مهمترین علل ایجاد دلیریوم حاد در سالمندان عبارتند از: عفونتها، مسمومیتها، اختلالات متابولیک و بیماری های سیستم عصبی مرکزی. متأسفانه این همراهی بالا با میزان مرگ و میر بالا نیز همراه است. در مطالعه حاضر ۳۳/۶٪ از بیماران مبتلا به تغییرات سطح هوشیاری در نهایت فوت شدند. در مطالعه سال ۸۴ در همین مرکز نیز ۲۷/۵٪ از بیماران فوت کرده بودند (۶). این میزان مرگ و میر بالا احتمالاً ناشی از تشخیص مشکل علت بیماری و غفلت از درمان به موقع است.

پنومونی شایعترین تشخیص نهایی مطرح شده جهت بیماران بود (۴۳٪ بیماران) که تقریباً در تمام مطالعات قبلی انجام گرفته در مراکز درمانی سطح کشور نیز در رتبه نخست عفونت های سالمندان بوده است. در برخی مطالعات شیوع ۴ برابر پنومونی در جمعیت سالمند نسبت به افراد جوانتر گزارش شده است (۱۲،۱۱). متأسفانه این میزان بالای ابتلا، با مرگ و میر زیادی نیز همراه است. بر اساس بعضی مطالعات پنومونی اکتسابی از اجتماع چهارمین علت شایع مرگ و میر در افراد ۶۵ سال به بالاست. یک مطالعه طی سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۳ در دانشگاه علوم پزشکی تهران بر بیماران سالمند دچار پنومونی نشان داد وجود هیپوتانسیون، کاهش سطح هوشیاری، اسیدوز متابولیک، آنمی و وجود نقص ایمنی در بدو بستری بیماران با عواقب وخیم و مرگ و میر بالایی همراه است (۱۱). در مطالعه حاضر عفونت های سیستم ادراری با ۱۱/۴٪ در رتبه دوم تشخیص های نهایی قرار گرفت. در اغلب

که امروزه میزان شیوع بیماری های عفونی در جمعیت سالمند به یک حالت تعادل رسیده است با این حال احتمالاً تغییر در الگوی شیوع برخی بیماری های عفونی می تواند این تعادل را بر هم بزند. از طرفی طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ حدود ۷/۲٪ افراد کشور را افراد سالمند تشکیل می دهند، که این نسبت جمعیتی با نسبت جمعیتی مطالعه حاضر و مطالعه سال ۸۴ اختلاف فاحشی دارد. ولی اینگونه به نظر می رسد که شیوع بیماری های عفونی در جمعیت سالمند بسیار بیشتر از سایر گروه های سنی است. بیشترین موارد بستری طی ماههای تیر و مرداد از تابستان و آبان و آذر از پاییز بود که به شکل جالب توجهی با مطالعه سال ۷۱-۷۴ بیمارستان سینای کرمانشاه مشابهت داشت (۷).

در مطالعه مذکور غالب موارد بستری شده طی تابستان را بیماران مبتلا به گاستروانتریت و اغلب موارد بستری شده طی ماه های پاییز را بیماران مبتلا به پنومونی تشکیل می دادند. اما در مطالعه حاضر بیشترین موارد بستری چه در مدت تابستان و چه طی پاییز را بیماران پنومونی به خود اختصاص می دادند. این نتایج احتمالاً ناشی از عدم بستری شدن بیماران مبتلا به گاستروانتریت در این مرکز و درمان آنها به صورت تحت نظر یا بستری موقت است.

متوسط مدت بستری در افراد مطالعه حاضر ۷/۷ روز برآورد شد. در مطالعات قبلی نیز اکثر موارد بستری طول مدت حداکثر یک هفته را داشتند (۸-۱۰). این تشابه احتمالاً به دلیل یکسان بودن نحوه پاسخ بیماران سالمند به درمانهای ضد میکروبی و یکسان بودن از نظر بروز عوارض در سیر بیماری و بستری است. در مطالعه حاضر ۷۶/۱٪ از افراد تحت مطالعه در هنگام مراجعه از وجود تب شکایت داشتند ولی تنها در ۶۵/۸٪ از بیماران در معاینات بدو مراجعه تب یافت شد.

در مطالعه سال ۷۳ مرکز درمانی بوعلی تهران نیز ۷۶٪ از بیماران با شکایت تب مراجعه کرده بودند و ۵۳٪ واقعا تب داشتند (۹). این مسئله احتمالاً ناشی از مصرف مسکنها و داروهای تب بر، نوسانی بودن چرخه تب بیماران در طول شبانه روز و یا وجود اختلالات اتونومیک یا شتاختی است که باعث می شود بیماران درک مناسبی از درجه حرارت مرکزی بدن خود نداشته باشند. شایعترین شکایت اولیه در میان بیماران شکایات تنفسی بود که ۴۵/۶٪ از بیماران از این دسته از علائم شکایت داشتند. این یافته با

اختلال سطح هوشیاری دو عاملی بود که دارای رابطه معنا دار با میزان مرگ و میر بود. در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۴ در همین مرکز جهت بررسی علل تب و افت سطح هوشیاری در بیماران سالمند مبتلا به بیماری های عفونی انجام گرفت نیز ۲۷/۵٪ از بیماران وارد شده به مطالعه در نهایت فوت شدند که تقریباً معادل یک نفر بازای هر چهار نفر بوده است (۶). این یافته ها حاکی از آن است که افت سطح هوشیاری ناشی از شدت عفونت در سالمندان علامتی است که نشان از پیش آگهی بد بیماران دارد و نیازمند بررسی و درمان بسیار سریع عامل زمینه ساز است. همچنین سن بالا در بیماران عاملی است که با ریسک بالای مرگ و میر همراه است، لذا در این دو گروه از بیماران باید توجهات خاص تشخیصی و درمانی اعمال شود.

نتیجه گیری

علی رغم بهبود بهداشت عمومی و شاخص های سلامت در جامعه و با وجود کشف و تولید آنتی بیوتیک های جدید و شیوه های نوین تشخیصی و درمانی هنوز بیماری های عفونی در گروه سنی سالمندان عده زیادی از بیماران را به کام مرگ می کشد. از این رو به نظر می رسد، علاوه بر تکیه بر مبانی تشخیص و درمان، توجه به روشهای مراقبت و پیشگیری اولیه در سالمندان باید بیش از پیش مد نظر قرار گیرد، در عین حال بیماران سالمندی که در بدو مراجعه واجد ریسک فاکتورهای مذکور فوق (که با افزایش مرگ و میر همراهند)، می باشند، هیپوتانسیون، کاهش سطح هوشیاری، اسیدوز متابولیک، آنمی و وجود نقص ایمنی و سن بالا، باید در اولویت تشخیصی و درمانی قرار گیرند و همچون یک اورژانس پزشکی با آنها برخورد شود.

تشکر و قدردانی

از تشریک مساعی کلیه کارکنان بیمارستان امام رضا (ع) در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می شود.

مطالعات قبل نیز این دسته از عفونت ها دومین علت شایع بیماری های عفونی منجر به بستری در سالمندان گزارش شده است. از جمله در دو مطالعه شیوع این عفونت ها در میان سالمندان بستری شده ۱۳٪ و ۱۹/۵٪ گزارش شد. سایر عفونتهای شایع گزارش شده در افراد سالمند بسته به مطالعه و مرکز درمانی انجام گرفته تفاوتی با سایر مطالعات دارد. در برخی مطالعات به دلیل تفاوتی موجود در سیستم غربالگری و درمان موقت بیماران، گاسترو انتریت ها در مقام سوم (و گاهی دوم) عفونتهای درگیر کننده گروه سنی سالمندان بوده است. با این حال در مطالعه حاضر به علت عدم ورود این دسته از بیماران به مطالعه عفونتهای نسج نرم و عفونت پای دیابتیک در مقام سوم عفونتهای شایع قرار داشت. در مطالعه حاضر میزان مرگ و میر افراد تحت مطالعه ۱۹/۵٪ بود. در سه مطالعه قبلی در مراکز درمانی سینای کرمانشاه، بوعلی تهران و امام خمینی تهران میزان مرگ و میر جمعیت مورد مطالعه به ترتیب ۱۳/۴٪، ۱۲/۵٪ و ۱۷/۸٪ بود. اندکی بالاتر بودن میزان مرگ و میر در این مطالعه احتمالاً به دلیل وارد نشدن بیماران مبتلا به گاستروانتریت به مطالعه است زیرا بسیاری از این بیماران با بهبودی کامل از بیمارستان ترخیص می شوند و میزان مرگ و میر در این دسته از بیماران بسیار اندک است، به طوری که حتی یک مورد از این بیماران طی یک سال مدت مطالعه نیاز به بستری پیدا نکرده اند و همگی با اقدامات درمانی لازم طی مدت تحت نظر بودن بهبودی لازم را یافته اند.

بیشترین مرگ و میر در گروه مورد مطالعه در زمینه پنومونی و سپسیس رخ داده بود. به طوری که این دو تشخیص مجموعاً حدود ۵۰٪ از علل مرگ و میر بیماران را به خود اختصاص می دادند. در سایر مطالعات نیز این دو تشخیص مهمترین علل مرگ و میر بیماران سالمند مورد مطالعه بوده اند.

بجز تشخیص نهایی مطرح شده جهت بیمار ارتباط ۵ فاکتور احتمالی دیگر که ممکن بود در میزان مرگ و میر تأثیرگذار باشند سنجیده شد که از میان این ۵ فاکتور سن بیمار و وجود

References:

- 1- Kent B, Crossley C, Phillip K, Peterson P. Infections in the Elderly. In: Mandel G, Bennett J, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Disease. 7th ed. United state of America: Elsevier; 2010.p. 3857-3864.
- 2- Rhyne R, Roche R. infection in elderly. In: Britlman J, Quenzer R. Infectious Disease in Emergency Medicine. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott – Raven; 1998.p.291-316.
- 3- Htwe TH , Mushtaq A, Robinson SB, Rosher RB, Khardori K. Infection in the Elderly in.Infect Dis Clin North Am 2007; 21: 711-743.
- 4- Weels K.UTI May be Cause of Sudden Confusion in Elderly.2009.Available at:www.Suite101.com.
- 5- Weksler ME. The immune system and the aging process in man. Proc Soc Exp Biol Med 1980; 165:200-205.
- 6- Mahmodi V.Evaluation of etiologic of state of abnormal consciousness in fevral elderly patientes admitted in infectious ward in Imam Reza Hospital(2006).tez of specialist .Mashad Univ Med Sci 2007.
- 7- Sari-Aslani P. Evaluation of epidemiologic of infectious diseases in elderly patientes admitted in Sina Hospital in Kermanshah in (1371-74).Kermanshah Univ Med Sci 1375.
- 8- Rasooli Negad M. Evaluation of etiologic of fever in 101 elderly patientes admitted in Imam Khomeiny Hospital .Tumj 1999; 3:41-43.
- 9- Nasiry-Onsorodi A. Evaluation of epidemiologic and clinical of infectious diseases in elderly patientes admitted in BoAli Medical Center in1373.Shahid Beheshti Univ Med Sci 1997.
- 10- Asefzade S.Evaluation of routin infectious diseases in elderly patients admitted in infectious ward in BoAli Hospital Ghazvin (2001-2002). Bumj 2006; 12:53-54.
- 11- Hasibi M. Evaluation relationship between clinical, laboratory and CXR finding with mortality due to pnemonia in elderly patients. Iran J Infect Dis Trop Med 2009; 36:49-52.
- 12- Falsey AR, Patricia A, Hennessey RN, Maria A, Formica MS, Christopher C. Respiratory Syncytial Virus Infection in Elderly and High-Risk Adults. N Engl J Med 2005; 352:1749-1759.
- 13- Wealshire, Lincolnshire. Elderly at increased risk for infection really depend on their caregiver.2010. Available at: www.NURSE VIRGINIAblog.com.
- 14- Lavoie-Vaughan N. Spotting Infections in Your elderly Parents. 2008. Available at: <http://intlupart.wordpress.com>.