مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
جلد چهارم، شماره چهار-آ. پاییز 1384. 235-232

فرآیند برخی عوامل مؤثر بر نتایج احیاء قلیبه روبری در بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال 1382

لیلی بریمیزاده، مرجان رسولی، دکتر ویژنیزاده، سوسن سمیعی

چکیده:
زمینه و هدف: با وجود این که تعدادی چهل سال از شروع انگیزه عمليات احیاء قلیبه روبری می‌گذرد، میزان زندگی ماندن افراد هموطن ضعیف می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که به طور متوسط 15% کسانی که در بیمارستان دچار ایست قلیبه می‌شوند زندگی ترخیص می‌شوند. اما این امر در کشورهای مختلف متغیر است. بنابر این برخی محققین نتایج احیاء قلیبه روبری و عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی شدند.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، 87 بیمار برگزاری که در دیار ایست قلیبه شدند از زمان شروع عملیات احیاء قلیبه روبه‌تا مراجعات طبی گردیدند، متوسط سن بیماران 1958 سال بود. بیمارانی که در اثر عمل با خارج از بیمارستان دچار ایست قلیبه شدند به دلیل مطالعه خارج گردیدند برای کنترل کیفیت عملکرد تیم احیاء و تجربه‌های مورد نیاز از چگونگی ساخت و برای سنجش سطح دانش تیم و کادر درمان از پرسشنامه استفاده شد. متغیرهای فیزیولوژیک و وضعیت بیمار نیز بر روی بیماران استفاده گردید.

یافته‌ها: تخمین زمان‌بردار 34 روز و 44 مدر بود که به طور کلی 184/1% آنها به احیاء زنده مانند ولی همه این افراد حداکثر 380 ثانیه سمت عقب تعداد ایست قلیبه می‌شود. فشار خون، اسیدنی شرایط سطح پتانسیم و سر و ریتم اولیه.

نتیجه گیری: بر اساس این یافته‌ها برآیند احیاء قلیبه روبری در بیمارستان همچنین با پایین بودن و برای تغییر این وضعیت لازم از چگونگی ساخت و برای سنجش سطح مهارت کادر درمان و تشکیل تیم احیاء متبحر از اولویت‌های برنامه‌ریزی در بیمارستان‌ها باشد.

واژه‌های کلیدی: احیاء قلیبه روبه در بیمارستان، مرگ بیمار، برآیند احیاء

1- (نوبتینه سمل) دانشجوی دکتری. گروه آموزشی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
barimnej@sina.tums.ac.ir

2- عضو هیات علمی گروه آموزشی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد مقدم

3- استادیار گروه آموزشی اقتصاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج دانشکده کشاورزی

4- عضو هیأت علمی گروه آموزشی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران

228
خدمه
عملیات احیای قلبی رژیم (CPR) به عنوان یک مهم‌ترین عملیات احیای قلبی رژیم است، و در افراد مبتلا به آسیب قلبی یا عروقی ضروری است.

اگر مبتلا به عارضه‌های قلبی باشد و می‌تواند به عاملی که احیای قلبی رژیم را تجربه کند، می‌تواند به عوامل متعددی از این فرصت استفاده کند.

مواد و روش‌ها
این مطالعه یک مطالعه توصیفی می‌باشد که در بیمارستان امام خمینی (ره) در تهران انجام شده است.

برای اولین بار، بوچنهوفن (Kouwenhoven) و در روش انجام داد پرتگاهی بیشتر به زبان در روش ارجاعی، افراد با توجه به تنها یک عامل عمیق و تکمیل شده‌است.

در این مطالعه، مطالعه‌گران به وسیله تکنیک‌های مختلف عاملی احیای قلبی و تنفسی شده و افرادی که در اتاق عمل و در حالت دچار ایست قلبی و تنفسی گرددند، همچنین افرادی که دچار ترومباوماهی متعددی قلبی و تنفسی شده‌اند، بخصوص افرادی که با توجه به این که از روش نمونه‌گیری خاصی برای اندازه‌گیری شد، قرار گرفته‌اند.

چک لیست مربوط به عمليات احیای قلبی رژیم که از ابزار استاندارد انجام قلب آمریکا (2005) است. انتخاب گردیده‌است و 7 روش توسط گروه پزشکان که در هنگام انجام عمليات حضور مستمر در کادر تیم احیای داشته‌اند به طور جدایی تکمیل گردیده است.

سطح مهارت کادر درمان و تیم‌های علمی، خوب، متخصص و به‌طور کامل به میزان خطای انجام شده در حین عملیات احیا، با استفاده از چک لیست مشاهده یا تعیین گردیده است.

در این مطالعه، چک لیست به توجه به اهمیت آنها و نظر متخصصین ضریب گرفته و به عنوان مثال تناشی

1. Cardio Pulmonary Resuscitation
2. Cardiac arrest
منتشر برای لوله‌گذران داخل ترشا یک طبقه از طرف بارا ضریب 3 و
ثبت نکرد کامل اقدامات بر روی استریپ ضریب 1 تعلق
گرفت. بیشترین خطا 48 امتیاز منفی و کمترین خطا صفر بود
و طبقه بنیاب سطح مهرات بصورت زیر انجام شد:

<table>
<thead>
<tr>
<th>سطح مهرات عالی (عدد 4)</th>
<th>5-0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سطح مهرات خوب (عدد 3)</td>
<td>6-10</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح مهرات متوسط (عدد 2)</td>
<td>8-12</td>
</tr>
<tr>
<td>بیشتر از 10</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2- بررسی نامه سنجش دانش پرستاران و تیم انجام، در دو
قسمت مشخصات فردی و 30 سوال چهارگزینه‌ای از ارتباط
با اقدامات لازم در عملیات انجام. تیم روبی تنظیم شد و
توسط پرستاران و تیم حاضر بر بالین سر بیمار دچار ایست
قلی تکمیل گردید. سطح شناخت کادرمان و تیم انجام;
عالی، خوب، متوسط و بد با توجه به امتیاز کسب شده از
بررسی نامه در نظر گرفته شد و به ترتیب اعداد 1.3.6.4 به
آن تعلق گرفت و به هر پاسخ صحیح یک امتیاز مثبت داده
شد و به هر پاسخ غلط با عده پاسخ‌گویی امتیاز تعلق
نگرفت. در یک پارامتر با توجه به امتیاز کسب شده سطح شناخت
فرد تیم انجام. رشد‌های امتیاز قابل کسب 49 و حداقل صفر
بود. طبقه‌نگرفت سطح شناخت به صورت زیر انجام شد:

<table>
<thead>
<tr>
<th>سطح شناخت عالی (عدد 4)</th>
<th>6-12</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سطح شناخت خوب (عدد 3)</td>
<td>8-10</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح شناخت متوسط (عدد 2)</td>
<td>10-12</td>
</tr>
<tr>
<td>بیشتر از 12</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3- استناد و مدارک موجود؛ منظور پرونده پرتشکی بیمار
است که مشخصات دموگرافیک و سابقه پرتشکی بیمار از 1
استخراج شد و انداره‌های یک پیژندگی که شامل انجام
الکتروکاردیوگرافی و تکراری یک سایری و آزمایشات
پیشنهاد جهت تعیین وضعیت هموگلوبینی بیمار از 4
ساعت قبل. این بود که نتایج انجام گردید و نتایج آن
در پرونده بیمار تیم شده بود.

4- چکلیست مربوط به حداقل تجهیزات لازم جهت
احیاء قلب روبی بزرگسال که براس چک لیست انجمن
قلب آمریکا و مجمع احیاء قلبی روبی انگلستان در سال
لبی بریم‌زار، هم‌نویس و هم‌رمان

فراوانی برخی عوامل مؤثر بر...

به‌طور کلی با آمار ۲۵٪ بوده است به طور کلی از ۵۸ بیمار
که دچار ابتلا شده‌اند از ۱۸/۷۶٪ (اثربخشی) احیاء
موفق داشتند و در ۷۱/۷۸٪ عملیات احیاء نا‌موفق بوده
به طوری که همگی آن‌ها حداکثر از ۱۰۰ ساعت بعد از احیاء
فوت نمودند (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی‌های پرداخت از مغفی‌های تحت برسی در بین بیماران احیاء شده در بیمارستان اطفال خمینی دانشگاه

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
<th>حداقل</th>
<th>حداقل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>۱۹/۸۶</td>
<td>۸۷</td>
<td>۵۷</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>طول مدت احیاء (دقیقه)</td>
<td>۴۲/۸۵۸</td>
<td>۵۵</td>
<td>۳۵</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فاصله بین اعلام کم و حضور تیم (دقیقه)</td>
<td>۶/۸۵</td>
<td>۵۰</td>
<td>۷۵</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>طول مدت بستری بعد از احیاء موافق (ساعت)</td>
<td>۲/۳۸۶۶۱</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۲۸/۸۱</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

طبق نتایج این تحقیق/۳۹/۸٪ موارد تیم‌های احیاء در
سطح بوجود بوده است. از این‌ها که این بر اساس
می‌تواند در طی ۲ سال با توجه به نیازهای بیمار
عکاک و در فاصله صفر تا ۲ دقیقه از اعلام کد بر با یک بیمار حاجی
بوده و در نهایت از موارد با تأخیر بیش از ۵ دقیقه
عملیات احیاء شروع شده است. در این، احیاء در۹۱/۸٪ موارد
لوله‌گذاری داخل تراشه انجام داده است. نتایج در
صد درصد بایبتر استفاده کرده و در ۲/۷۲٪ موارد نسبت
ماساز ۵ یک چاپ را کاربرد. درصد استفاده از ۸۵/۱٪
بوده است. بیشترین مشکل به وجود آمد در حین احیاء
تالش‌های متعدد بایر لوله‌گذاری داخل تراشه، عدم استفاده از
بتای آورا و کوشش با تأخیر از داروهای انتخابی در
مقدار دارو بوده است. همچنین در ۲۸/۷٪ موارد از اجدام
عمیق داروی را کمی تلاش‌های متعدد بایر لوله‌گذاری، اشکال در
 نحوه ساخت کردن، عدم استفاده از نخود تا زاویه نامناسب
دسته‌ها با برای احیاء، مثلاً روبیان دختر (جدول ۳).

از ۱۲۰ پرسشنامه بررسی شده در توزیع در طی
اعضاء تیم‌های مختلف گروه احیاء کننده ۸۸ نفر آن پاسخ
dانند که بیشتر اعضای تیم‌ها در پرسشان لیسانس/۴۵/۳٪
تشکیل می‌دادند و کمترین تعداد مربوط به بهپایان/۴۲/۳٪
می‌باشد از کل این افراد تنها ۴/۶٪ دوره مقدماتی و

۱۲۱
پایه‌ی انجام تحقیق

سرایی و ریتم قلبی اولیه بیمار با برای‌نگر احیاء قلبی ریوی نشان داد (0.50). مورد پژوهش (70.5/2%) دچار آسیب‌السیر شده بودند و بریتیشین درصد وقت احیای نیز در هنگام گروه قرار داشتند. آزمون مجذور کی، ارتباط معنی‌داری بین پناسیم خون بیمار 22

جدول 1: توزیع فراوانی احیاء شده شده با بررسی مشکلات حین عملیات احیاء (راه‌ها و/or برای‌نگر احیاء قلبی ریوی در بیمارستان استان خمینی)

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشکلات</th>
<th>برای‌نگر احیاء</th>
<th>قوت شده</th>
<th>زنده مانده</th>
<th>کل آزمون مجذور کی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تأخیر دربازگردن</td>
<td>22</td>
<td>23/4</td>
<td>24/6</td>
<td>23/3</td>
</tr>
<tr>
<td>راه‌های خیر</td>
<td>6/7</td>
<td>16/3</td>
<td>16/3</td>
<td>16/3</td>
</tr>
<tr>
<td>تأخیر درگذشت</td>
<td>3</td>
<td>33/6</td>
<td>33/6</td>
<td>33/6</td>
</tr>
<tr>
<td>لوله‌های راه‌دار</td>
<td>30/1</td>
<td>30/1</td>
<td>30/1</td>
<td>30/1</td>
</tr>
<tr>
<td>گذشت لوله‌های راه‌دار</td>
<td>38/20</td>
<td>38/20</td>
<td>38/20</td>
<td>38/20</td>
</tr>
<tr>
<td>ابزار در نحوه</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>سکش‌های کردن</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>تأخیر در شروع</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>ماساز</td>
<td>33/3</td>
<td>33/3</td>
<td>33/3</td>
<td>33/3</td>
</tr>
<tr>
<td>ماساز</td>
<td>88/8</td>
<td>88/8</td>
<td>88/8</td>
<td>88/8</td>
</tr>
<tr>
<td>قرار دادن دست در لوله</td>
<td>39</td>
<td>39</td>
<td>39</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>محل نامناسب</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم استفاده از لوله</td>
<td>55</td>
<td>55</td>
<td>55</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>تخته‌های خیر</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>رضایت نامناسب</td>
<td>33/3</td>
<td>33/3</td>
<td>33/3</td>
<td>33/3</td>
</tr>
<tr>
<td>دست‌ها</td>
<td>29</td>
<td>29</td>
<td>29</td>
<td>29</td>
</tr>
</tbody>
</table>

rahbanan an است که بریتیشین تعداد احیاء قلبی (20.3%) در فصل 12 13 7 شبه رخ داده است و بریتیشین مراکز میری(12/27) در فصل 12 13 7ص به پدیده است آزمون مجذور کای، ارتباط معنی‌داری بین زمان بروز احیاء قلبی و برای‌نگر

بحث

راهنمای زمان بروز احیاء قلبی، و برای‌نگر احیاء قلبی ریوی
فراوانی برخی عوامل مؤثر بر... 

لیلی برزند و همکاران

تشکر و قدردانی

بر خود لازم مدامی که ذکر نکردیم، یکی از وقایع شایع به وجود آمد، در حالی که من در حال تحقیقاتی نه جهت عادی از اندکی که پیش از نخستین زحمات اقایان را به عنوان از جریان و حسن کاری همچنین کلیه کسانی که به نحو ما را پیش از رساندند، افتخار می‌کنیم.

References


[2] [پرداخت کتابی ن. بررسی روند درمانی احیاء قلبی ورودی در بیماران بخش اورژانس بیمارستان شرقی (۱۳۷۸). گاگان نامه جهت نژاد درجه دکترای داروسنجی دانشگاه علوم پزشکی تهران.


