





دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکتری حرفه‌ای (پزشکی)

عنوان:

بررسی تأثیر استفاده از چک لیست جراحی ایمن WHO در فراوانی مرگ و میر و
عوارض بعد از اعمال جراحی

استاد راهنما:

دکتر فرهاد پورفری

استاد مشاور:

دکتر ایرج فیضی

نگارش:

فاطمه موسی زاده

زمستان ۱۳۹۰

شماره پایان نامه:

۰۴۰۷

پروردگارا!

می دانم که هستی و می دانم که تمامی لحظاتم با توست

ای حضور غایب دستگیرم باش...

ای وام دار لحظه های روشن!

آینده بر من پنهان است، اما آسوده خاطرم

چون تو را می بینم و تو همه چیز را...

تو نشانم ده راهی که بهترین است

می خواهم آن شوم که تو می خواهی ...

چشمان امیدم، همواره به درهای گشاده رحمتت بوده، هست و خواهد بود...

تقدیم به:

دو باغبان زندگی ام، پدر و مادر مهربانم
تقدیم به آن دو که وجودشان برایم از هر مدرکی والاتر و بالاتر است
آنان که وجودم برایشان همه رنج بود و وجودشان برایم همه مهر
آنان که راست قامتی ام در شکستگی قامتشان تجلی یافت
توانشان رفت تا به توانایی برسم، مویشان سپید گشت تا رو سپید بمانم
آنان که فروغ نگاهشان، گرمی کلامشان و روشنی رویشان سرمایه های جاودانی
زندگی من است
در برابر وجود گرمی شان زانوی ادب بر زمین می زنم و با دلی مملو از عشق و
خضوع دستان پر مهرشان را می بوسم.

تقدیم به :

پدر بزرگ و مادر بزرگ عزیزم

که ثمره های همچون گلشان اکنون شیرینی لحظات من هستند
با شد که پایدار بمانند.

تقدیم به:

برادران نازنینم ، مهندس وحدت، حامد و امیرحسین

وجودی پاک ، بی ریا ، مهربان و دوست داشتنی

با هزاران آرزو برای موفقیت و خوشبختی شان.

تقدیم به:

خاله و دخترخاله عزیزم

که وجودشان مایه خشنودی زندگی ام می باشد،

باشد که به یاری حق شادترین روزهای زندگی قله های رفیع علم و تحصیل در

انتظارشان باشد.

و انسان کارآموز رنج استادش است.

تقدیم به :

استاد بزرگوارم

جناب آقای دکتر فرهاد پورفرضی

که همواره مرا از علم و کمال خویش بهره مند ساختند
هیچ واژه ای بیانگر لطف و محبت بی دریغ ایشان نخواهد بود

با سپاس فراوان از:

جناب آقای دکتر ایرج فیضی

و

با تشکر و سپاس از آقای حسین هم‌رنگ و خانم عظیمه صدیق و همه دوستان
و همکاران که در این امر مهم مرا یاری نمودند.

تقدیم به:

همه بیمارانی که طب را بر بالینشان آموختم، باشد که التیام بخش جزئی از
آلامشان باشم.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات

۲	۱-۱- بیان مسئله
۳	۱-۲- اهداف
۳	۱-۲-۱- هدف کلی
۳	۱-۲-۲- اهداف اختصاصی
۴	۱-۲-۳- هدف کاربردی
۴	۱-۳- فرضیات یا سئوالات تحقیق
۵	۱-۴- تعریف واژه ها

فصل دوم: بررسی متون

۷	۲-۱- مقدمه
۸	۲-۲- دلایل بروز عوارض
۸	۲-۳- عوارض جراحی
۱۰	۲-۳-۱- عوارض زخم
۱۰	۲-۳-۱-۱- هماتوم
۱۰	۲-۳-۱-۲- باز شدن زخم
۱۱	۲-۳-۱-۳- سروما
۱۱	۲-۳-۱-۴- عفونت زخم
۱۳	۲-۳-۲- عوارض تنفسی
۱۴	۲-۳-۲-۱- آتلکتازی
۱۴	۲-۳-۲-۲- پنومونی بعد از عمل
۱۵	۲-۳-۲-۳- آسپیراسیون ریوی
۱۵	۲-۳-۲-۴- آمبولی چربی
۱۵	۲-۳-۳- عوارض ادراری

- ۱۵ ۲-۳-۳-۱ احتباس ادرار بعد از عمل
- ۱۶ ۲-۳-۳-۲ عفونت دستگاه ادراری
- ۱۶ ۲-۳-۳-۳ نارسایی حاد کلیه
- ۱۷ ۲-۳-۴ ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی
- ۱۸ ۲-۳-۵ عوارض قلبی
- ۱۸ ۲-۳-۵-۱ اختلال ریتم
- ۱۸ ۲-۳-۵-۲ نارسایی قلبی بعد از عمل
- ۱۹ ۲-۳-۵-۳ انفارکتوس میوکارد
- ۱۹ ۲-۳-۶ عوارض ناشی از تغییرات حرکتی دستگاه گوارش
- ۱۹ ۲-۳-۶-۱ اتساع معده
- ۱۹ ۲-۳-۶-۲ انسداد روده
- ۲۰ ۲-۳-۶-۳ انواژیناسیون روده‌ی باریک
- ۲۰ ۲-۳-۶-۴ تجمع مدفوع متعاقب جراحی:
- ۲۰ ۲-۳-۷ عوارض صفاقی
- ۲۰ ۲-۳-۷-۱ هموپریتوئن
- ۲۱ ۲-۳-۷-۲ عوارض ناشی از درن
- ۲۱ ۲-۳-۸ تب بعد از عمل
- ۲۲ ۲-۳-۹ خونریزی

فصل سوم: شیوه‌ی اجرای تحقیق

- ۲۴ ۳-۱ نوع مطالعه
- ۲۴ ۳-۲ جامعه آماری
- ۲۴ ۳-۳ جمعیت مورد مطالعه
- ۲۴ ۳-۴ روش نمونه‌گیری
- ۲۴ ۳-۵ ابزار و روش گردآوری اطلاعات
- ۲۵ ۳-۶ روش آنالیز داده‌ها

۳-۷- ملاحظات اخلاقی ۲۵

فصل چهارم: نتایج

۴-۱- نتایج ۲۷

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵-۱- بحث ۴۲

۵-۲- نتیجه گیری ۴۵

۵-۳- پیشنهادات ۴۶

۵-۴- محدودیت ها ۴۶

پیوست ۴۷

منابع ۵۰

چکیده انگلیسی ۵۶

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۹	جدول ۱-۴- توزیع فراوانی گروه های سنی بیماران
۳۰	جدول ۲-۴- توزیع فراوانی بیماران بر حسب نوع پذیرش
۳۰	جدول ۳-۴- توزیع فراوانی بیماران بر حسب نوع جراحی
۳۱	جدول ۴-۴- توزیع فراوانی مرگ بر حسب جنسیت
۳۲	جدول ۵-۴- توزیع فراوانی عفونت محل عمل بر حسب جنسیت
۳۳	جدول ۶-۴- توزیع بازگشت غیربرنامه ریزی شده بیماران به اتاق عمل بر حسب جنسیت
۳۴	جدول ۷-۴- توزیع ترمبوز ورید عمقی در بیماران بر حسب جنسیت
۳۵	جدول ۸-۴- توزیع نارسایی حاد کلیه در بیماران بر حسب جنسیت
۳۶	جدول ۹-۴- توزیع تزریق خون حین عمل بر حسب جنسیت
۳۶	جدول ۱۰-۴- توزیع فراوانی میانگین واحدهای خون تزریق شده حین عمل
۳۷	جدول ۱۱-۴- مقایسه توزیع فراوانی میانگین تعداد واحدهای خون تزریق شده حین عمل در مطالعه اول و دوم
۳۸	جدول ۱۲-۴- توزیع تزریق خون بعد از عمل بر حسب جنسیت
۳۸	جدول ۱۳-۴- توزیع فراوانی میانگین واحدهای خونی تزریق شده بعد از عمل
۳۹	جدول ۱۴-۴- مقایسه توزیع فراوانی میانگین تعداد واحدهای خون تزریق شده بعد از عمل در مطالعه اول و دوم
۴۰	جدول ۱۵-۴- مقایسه توزیع فراوانی عوارض بعد از عمل در مطالعه ی اول و دوم
۴۰	جدول ۱۶-۴- توزیع فراوانی مشاهده حداقل یکی از عوارض

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۲۹	نمودار ۱-۴- جنسیت بیماران
۳۰	نمودار ۲-۴- وضعیت تاهل بیماران
۳۱	نمودار ۳-۴- عفونت محل عمل بیماران
۳۲	نمودار ۴-۴- بازگشت غیربرنامه ریزی شده بیماران به اتاق عمل
۳۳	نمودار ۵-۴- ترمبوز ورید عمقی در بیماران
۳۴	نمودار ۶-۴- نارسایی حاد کلیه در بیماران
۳۵	نمودار ۷-۴- تزریق خون حین عمل بیماران
۳۷	نمودار ۸-۴- تزریق خون بعد از عمل بیماران

ARF :Acute Renal Failure

DVT: Deep Vein Thrombosis

ASA-Score: American Society of Anesthesiologists Score

WHO: World Health Organization

بررسی تأثیر استفاده از چک لیست جراحی ایمن WHO در فراوانی مرگ و میر و عوارض بعد از اعمال جراحی

چکیده

مراقبت بهداشتی با ۳۴ میلیون جراحی انجام شده در سال یک جزء لاینفک مراقبت بهداشتی در جهان می‌باشد با وجود اینکه جراحی می‌تواند جلوی مرگ و میر و از دست دادن اندام را بگیرد ولی با ریسک قابل توجهی از عوارض مرگ و میر همراه است. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ توسط Alex B. Hoynes و همکاران با عنوان نقش چک لیست جراحی ایمن در کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از جراحی در جمعیت عمومی انجام شده به این نتیجه رسیده‌اند که میزان مرگ و عوارض حین بستری، بازگشت غیرقابل برنامه‌ریزی شده به اتاق عمل و عفونت محل عمل بعد از اعمال چک لیست در اعمال جراحی کاهش یافته است. در اردیبهشت در سال ۱۳۸۹ طی مطالعه‌ای که انجام شده اطلاعات پایه در مورد میزان مرگ و میر و عوارض ناشی از جراحی بدست آمده است. در این مطالعه هدف بدست آوردن این میزان‌ها بعد از اعمال چک لیست جراحی ایمن در جراحی‌ها و مقایسه‌ی این مطالعه بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه برای ۱۰۰۰ بیمار بالای ۱۶ سال که تحت اعمال جراحی غیرقلبی در بیمارستان فاطمی اردیبهشت قرار گرفته‌اند چک لیستی که توسط سازمان WHO طراحی شده توسط تیم اتاق عمل همان بیمار تکمیل گردیده و مرگ و میر و عوارض بعد از عمل تا ۳۰ روز بعد از عمل مورد پیگیری قرار گرفته و در فرم‌های مخصوص که به این منظور طراحی شده ثبت گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۱۰۰۰ بیمار مورد مطالعه ۴۵۲ مورد (۴۵/۲٪) مرد و ۵۴۸ مورد (۵۴/۸٪) زن بودند. ۲۸۵ بیمار (۲۸/۵٪) مجرد و ۷۱۵ بیمار (۷۱/۵٪) متأهل بودند.

فراوانی مرگ از ۱۰ مورد (۱٪) در مطالعه‌ی قبلی به ۷ مورد (۰/۷٪) در این مطالعه کاهش یافت. عفونت محل عمل از ۳۴ مورد (۳/۴٪) در مطالعه‌ی قبلی به ۲۱ مورد (۲/۱٪) و بازگشت غیر برنامه‌ریزی شده به اتاق عمل از ۱۲ مورد (۱/۲٪) در مطالعه‌ی قبلی به ۵ مورد (۰/۵٪) در مطالعه‌ی ما کاهش یافت. ۳ مورد (۰/۳٪) از بیماران دچار نارسایی حاد کلیه بدنبال جراحی شدند که در مطالعه‌ی قبلی نیز به همین میزان گزارش شده بود. فراوانی ترومبوز ورید عمقی طی ۳۰ روز بعد از جراحی از ۲۵ مورد (۲/۵٪) در مطالعه‌ی قبلی به ۱۶ مورد (۱/۶٪) در مطالعه‌ی ما کاهش یافت. در این مطالعه ۱۵ مورد (۱/۵٪) از بیماران تزریق خون حین عمل و ۳۴ مورد (۳/۴٪) تزریق خون طی ۷۲ ساعت اول بعد از عمل داشتند، در حالی که در مطالعه‌ی قبلی ۱۱ مورد (۱/۱٪) از بیماران تزریق خون حین عمل و ۵۰ مورد (۵٪) تزریق خون طی ۷۲ ساعت بعد از عمل داشتند.

نتیجه‌گیری: مرگ و میر و عوارض بدنبال اعمال جراحی بعد از استفاده از چک لیست جراحی ایمن WHO کاهش پیدا کرد که این کاهش در مورد مشاهده حداقل یکی از عوارض معنی دار بود، در مورد بازگشت غیر برنامه‌ریزی شده به اتاق عمل، عفونت محل عمل و تزریق خون طی ۷۲ ساعت بعد از عمل در حد بینابینی و در مورد مرگ، نارسایی حاد کلیه و ترومبوز ورید عمقی از نظر آماری معنی دار نبود که می‌تواند به دلیل فراوانی بالای جراحی‌های اورژانسی در این مطالعه نسبت به مطالعه‌ی قبلی باشد.

واژه‌های کلیدی: مرگ و میر ناشی از جراحی - عوارض ناشی از جراحی - چک لیست جراحی ایمن WHO

فصل اول

کلیات

۱-۱- بیان مسئله

مراقبت بهداشتی با ۳۳۴ میلیون جراحی انجام شده در سال یک جزء لاینفک مراقبت بهداشتی در جهان می باشد (۱). جراحی در هر جامعه ای، فقیر و غنی، روستایی و شهری و در هر مذهبی انجام می شود. این حجم سالانه هم اکنون از تولد نوزادان پیشی گرفته است (۲). در سال ۲۰۰۲ بانک جهانی ۱۶۴ میلیون سال ناتوانی اعلام کرد که ۱۱٪ از کل بار بیماری ها قابل انتساب به شرایط قابل درمان توسط جراحی بود (۳). با وجود اینکه جراحی می تواند جلوی مرگ و میر و از دست دادن اندام را بگیرد ولی با ریسک قابل توجهی از عوارض و مرگ و میر همراه است. ریسک عوارض در بسیاری از نقاط دنیا بطور ضعیفی مشخص شده است، ولی مطالعات در کشورهای صنعتی مرگ و میر پیرامون جراحی در بیماران بستری را ۰/۸٪ - ۰/۴٪ و میزان عوارض مازور را ۱۷٪ - ۳٪ نشان داده است (۴ و ۵). این میزان ها در کشورهای در حال توسعه بیشتر می باشد (۶-۹). بنابراین جراحی و عوارض وابسته به آن بار مهمی از بیماری ها را به خود اختصاص می دهد که نیازمند توجه از طرف جامعه ی بهداشت عمومی در کل جهان است. بررسی ها نشان داده که حداقل نصف عوارض جراحی قابل پیشگیری هستند (۵ و ۶). همچنین تلاشهای قبلی که با پیاده سازی شیوه های جدید برای کاهش عفونت محل عمل طراحی شده اند کاهش قابل ملاحظه عوارض را نشان داده اند (۱۰-۱۲). شواهد نشان می دهد که کارگروهی در جراحی برای بهبود نتایج به کاهش بار عوارض بعد از عمل می انجامد (۱۳ و ۱۴).

در طی مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ با عنوان نقش چک لیست جراحی ایمن WHO در کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از جراحی در جمعیت عمومی انجام شده به این نتیجه رسیده اند که میزان مرگ و میر و