

بررسی عوامل موثر بر تاخیر در جراحی و افزایش مرگ و میر یک ماهه بیماران دچار شکستگی پروگزیمال فمور در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی البرز در طی های ۱۴۰۰-۱۳۹۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۱۹

چکیده

مقدمه و هدف: با افزایش سن جمعیت، شکستگی لگن در افراد مسن به یک نگرانی پزشکی و اجتماعی رو به رشد تبدیل شده است. اینکه آیا جراحی زود هنگام اینگونه بیماران مفید است یا خیر، یک بحث طولانی مدت و یک نگرانی بالینی همیشگی در مدیریت بیماران مبتلا به شکستگی لگن است. آنچه ضروری بنظر می رسد بررسی دستورالعمل های نحوه برخورد با اینگونه بیماران در سیستم های مختلف مراقبت های بهداشتی است. لذا این مطالعه، با هدف بررسی عوامل موثر بر تاخیر در جراحی و افزایش مرگ و میر یک ماهه بیماران دچار شکستگی پروگزیمال فمور در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی البرز در طی های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت مقطعی تحلیلی طی سالهای ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بر روی ۱۲۶ بیمار در بیمارستان شهید مدنی شهر کرج صورت گرفت. بیماران به شش گروه از نظر زمان طول کشیده تا جراحی (کمتر از ۲۴ ساعت تا بیش از ۱۲۰ ساعت) تقسیم شدند. پس از آن با تماس تلفنی و بررسی پرونده بیماران در درمانگاه مرگ و میر و علت آن در یک ماه بعد از جراحی مورد بررسی قرار گرفت. داده ها با استفاده از فرم های از پیش طراحی شده و اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران و نیز استفاده از دستگاه و اپراتور یکسان برای هر یک از بیماران جمع آوری شد.

یافته ها: از بین ۱۲۶ بیمار وارد شده به مطالعه ۱۰۳ (٪ ۷۴/۸۱) نفر زن و ۲۳ (٪ ۲۶/۱۸) نفر مرد بودند. ۴ بیمار (۵/۲٪) تحت عمل جراحی فوری قرار گرفتند. ۱۷ نفر (۱۳/۸٪) در عرض ۲۴ ساعت پس از پذیرش و ۸۲ نفر (۶۴/۹٪) بیش از ۴۸ ساعت پس از پذیرش جراحی شدند. نتایج نشان داد که میزان مرگ و میر با تأخیر بیش از ۱۲۰ ساعت به شکل معناداری افزایش پیدا می کند. عدم وجود اتاق عمل در دسترس برای جراحی برنامه ریزی شده (۶۰/۳٪) شایع ترین علت تاخیر جراحی بود. سن بالاتر، زوال عقل و نیاز به کمک در فعالیت های زندگی روزمره قبل از شکستگی نیز با نرخ بالاتری از عوارض پزشکی همراه بود.

نتیجه گیری: به طور خلاصه، مطالعه ما نشان داد که تاخیرهای بسیار طولانی مدت اقامت بیمار را در بیمارستان افزایش می دهد و در نتیجه ممکن است خطر مرگ و میر و برخی از عوارض پزشکی نیز افزایش پیدا کند.

کلمات کلیدی: شکستگی پروگزیمال فمور، تاخیر در جراحی، عوارض بعد از جراحی

سلیمان آذر سینا^۱

آروین نجفی^{۲*}

محمد سجادی میرحسینی^۳

شهرزادانی^۴

محمد شیبانی^۵

یوسف خانی^۶

مهران بهرامیان^۷

آرش بنی عامریان^۸

۱. استادیار ارتوپدی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲. استادیار ارتوپدی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۳. استادیار ارتوپدی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۴. دانشیار اقدامات مداخله ای قلب و عروق بزرگسال، مرکز تحقیقات تحقیقات قلب و عروق، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۵. استادیار ارتوپدی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۶. دکترای اپیدمیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۷. استادیار طب اورژانس، مرکز آموزشی و درمانی شهید مدنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۸. دانشجوی دوره دستیاری ارتوپدی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

*نویسنده مسئول: آروین نجفی، استادیار

ارتوپدی، واحد توسعه تحقیقات بالینی،

بیمارستان شهید مدنی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران،

دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

تلفن تماس: ۰۲۸-۳۴۲۰۲۸-۹۸+

ایمیل: parsmedicine@gmail.com

مقدمه

با افزایش سن جمعیت، شکستگی لگن در افراد مسن به یک نگرانی پزشکی و اجتماعی رو به رشد تبدیل شده است. تخمین‌هایی وجود دارد که وقوع شکستگی‌های لگن در طول عمر در زنان ۱۸ درصد و در مردان ۶ درصد است، همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که مرگ‌ومیر یک ساله در بیماران دچار شکستگی لگن حدوداً ۲۰ درصد بوده و بسیاری از اینگونه بیماران که زنده می‌مانند به مراقبت طولانی مدت نیاز خواهند داشت.^۱

اکثر شکستگی‌های پروگزیمال فمور افراد مسن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، عموماً بیش از سه چهارم این شکستگی‌ها در بیماران بالای ۷۵ سال رخ می‌دهد. در حالی که در سال ۱۹۹۰ حدود ۳/۱ میلیون شکستگی لگن در سطح جهان گزارش شد، تخمین زده می‌شود که این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به بین ۳/۷ تا ۳/۲۱ میلیون نفر نیز برسد.^۲

اینکه آیا جراحی زودهنگام اینگونه بیماران مفید است یا خیر، یک بحث طولانی مدت و یک نگرانی بالینی همیشگی در مدیریت بیماران مبتلا به شکستگی لگن است. کارآزمایی تصادفی‌سازی شده در مورد زمان‌بندی جراحی در شکستگی لگن با توجه به ملاحظات اخلاقی مربوطه هرگز انجام نشده است. مطالعات مختلف انجام شده در این زمینه که عمدتاً مطالعات مشاهده‌ای بوده اند، گزارش کردند که جراحی زودهنگام با مرگ‌ومیر کمتر، مدت کوتاه‌تر بستری شدن در بیمارستان و میزان کمتر عوارض مرتبط است.^{۳-۹} از طرفی بسیاری از مطالعات انجام شده بر اساس عوامل همراه^۱ یا سایر پارامترهایی که ممکن است برای "انتخاب" بیماران برای جراحی مورد استفاده قرار گیرند، تنظیم نشده بودند. از طرفی در مطالعاتی که عوامل همراه را کنترل کردند، ارتباطی بین جراحی دیررس (بعد از ۲۴ تا ۴۸ ساعت) و افزایش مرگ‌ومیر پیدا مشاهده نشد.^{۱۰،۱۱} اخیراً سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)^۱ زمان انتظار ۴۸ ساعته برای جراحی در بیماران مسن با شکستگی لگن را در فهرست شاخص کیفیت خود قرار داده است.^{۱۱} برخی دیگر از منابع مانند دستورالعمل‌های کالج سلطنتی پزشکان بریتانیا توصیه می‌کنند که بیماران باید ظرف ۲۴ ساعت پس از پذیرش جراحی شوند.^{۱۲}

آنچه ضروری بنظر می‌رسد بررسی این مشاهدات و دستورالعمل‌ها در سیستم‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی است. لذا این مطالعه، با

مواد و روش‌ها

هدف بررسی عوامل موثر بر تأخیر در جراحی و افزایش مرگ‌ومیر یک ماهه بیماران دچار شکستگی پروگزیمال فمور در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی البرز در طی‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد.

این مطالعه به صورت مقطعی تحلیلی طی سالهای ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در بیمارستان شهید مدنی شهر کرج صورت گرفت. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول محاسبه حجم نمونه برای برآورد شیوع در یک جامعه استفاده شد، که این فرمول به صورت زیر است:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، دقت ۰/۰۷ و p یا شیوع برابر با ۰/۲ بر اساس مطالعات انجام شده^{۸-۲} حجم نمونه برابر با ۱۲۶ نفر محاسبه گردید. پس از هماهنگی‌های لازم و اخذ مجوزهای مربوطه، بیماران واجد شرایط وارد مطالعه شدند، انتخاب افراد به صورت تصادفی ساده و بر اساس لیست بیماران بود. بعد از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز از تمام شرکت کنندگان رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. همچنین برای شرکت در مطالعه هیچ هزینه اضافی بر شرکت کنندگان تحمیل نشد. شرکت کنندگان در هر زمانی امکان خروج از مطالعه بدون هر گونه اثر سویی بر درمان و خدمات دریافتی را داشتند و اطلاعات ماخوذه از بیماران ضمن محرمانه بودن صرفاً در راستای اهداف این پژوهش به کار گرفته شد. این اطلاعات بی‌نام بود و در سطح گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

معیار ورود به مطالعه داشتن شکستگی پروگزیمال فمور بود. بیماران دارای علایم اختلال نورولوژیک فوکال، سابقه پاتولوژی مغزی، سابقه آریتمی قلبی، نارسایی قلبی جبران نشده، تغییرات بیانگر سکتة قلبی در نوار قلب، هر گونه یافته به نفع سکتة قلبی حاد، هر گونه شرایط تهدید کننده حیات اندام و هر گونه شرایط همراه که کنتراندیکاسیون مداخله جراحی برای بیمار ایجاد نماید از مطالعه خارج شدند. پس از استخراج پرونده بیماران از بایگانی بیمارستان با متغیرهایی اعم از فاصله ورود بیماران به بیمارستان تا روز جراحی، اقدامات تشخیصی خواسته شده توسط سرویس بیهوشی، درخواست مشاوره قلب، اقدامات قلبی انجام شده برای بیماران، انجام اکوکاردیوگرافی، انجام اسکن قلبی و طرح نهایی جراحی، سن

1 Comorbidity

2 Organization for Economic Co-operation and Development

نتایج

از ابتدای فروردین ۱۳۹۹ تا ابتدای فروردین ۱۴۰۰، در مجموع ۱۵۹ بیمار با کد ICD10 S72 با گروه سنی ۶۵ تا ۱۰۴ ساله تحت عنوان شکستگی فمور در بیمارستان شهید مدنی کرج پذیرش شدند. ۳۳ بیمار با توجه به عدم داشتن معیارهای ورود و یا داشتن معیارهای خروج از تجزیه و تحلیل حذف شدند. جدول شماره ۱ ویژگی‌های ۱۲۶ بیمار را نشان می‌دهد که بر اساس تاخیر جراحی طبقه‌بندی شده‌اند. ویژگی‌های بیماران بر اساس مدت تأخیر متفاوت بود. به طور کلی تأخیرهای طولانی‌تر در مردان و بیمارانی که بیماری قلبی، بیماری مزمن انسدادی ریه یا سابقه سرطان قبلی داشتند و همچنین کسانی که طبق طبقه‌بندی انجمن بیهوشی آمریکا، ریسک جراحی بالاتری داشتند، شایع‌تر بود. فقط ۴ بیمار (۲/۵٪) تحت عمل جراحی فوری قرار گرفتند. ۱۷ نفر (۱۳/۸٪) در عرض ۲۴ ساعت پس از پذیرش و ۸۲ نفر (۶۴/۹٪) بیش از ۴۸ ساعت پس از پذیرش جراحی شدند.

بیماران، جنس بیماران، درخواست مشاوره داخلی، مدت زمان درخواست تا انجام مشاوره داخلی در کلیه بیماران بررسی شد. بیماران به شش گروه از نظر زمان طول کشیده تا جراحی (کمتر از ۲۴ ساعت تا بیش از ۱۲۰ ساعت) تقسیم شدند. پس از آن با تماس تلفنی و بررسی پرونده بیماران در درمانگاه مرگ و میر و علت آن در یک ماه بعد از جراحی مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از فرم‌های از پیش طراحی شده و اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران و نیز استفاده از دستگاه و اپراتور یکسان برای هر یک از بیماران جمع‌آوری شد. جهت توصیف خصوصیات پایه شرکت کنندگان در این مطالعه (به تفکیک گروه‌ها)، برای متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار (sd) و برای متغیرهای کیفی از تعداد و درصد استفاده شد. از آنالیزهای تک متغیره تی مستقل و کای دو و رگرسیون لجستیک در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در تمامی تحلیل‌های آماری، سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. از نرم افزار افزار آماری spss ورژن ۲۵ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری spss ورژن ۲۵ انجام شد.

جدول ۱: اطلاعات مربوط به بیماران بررسی شده

P-value						خصوصیات بیماران	
	بیشتر از ۱۲۰ ساعت	۹۶-۱۲۰ ساعت	۷۲-۹۶ ساعت	۴۸-۷۲ ساعت	کمتر از ۴۸ ساعت		
۰/۰۵۶	۸۳/۱ (۷/۲)	۸۲/۸ (۷/۳)	۸۳/۱ (۷/۴)	۸۴ (۶/۶)	۸۳/۹ (۳/۷)	۸۳/۶ (۷/۲)	میانگین سنی (± انحراف معیار)
<۰/۰۰۱	۶ (۵/۸۲)	۱۲ (۱۱/۶۵)	۱۵ (۱۴/۵۶)	۳۵ (۳۳/۹۸)	۳۵ (۳۳/۹۸)	۱۰۳ (۸۱/۸)	جنسیت (درصد)
	۲ (۸/۶۹)	۲ (۸/۶۹)	۵ (۲۱/۷۳)	۵ (۲۱/۷۳)	۹ (۳۹/۱۳)	۲۳ (۱۸/۲)	زن مرد
							همبودی بیماریها قبل از شکستگی، تعداد (درصد)
<۰/۰۰۱	۱ (۱۲/۵)	۲ (۱۴/۲۸)	۴ (۲۰)	۱۴ (۳۵)	۱۹ (۴۳/۱۸)	۴۰ (۳۱/۷)	بیماری قلبی
۰/۰۶	۱ (۱۲/۵)	۳ (۲۱/۴۲)	۶ (۳۰)	۱۱ (۲۷/۵)	۹ (۲۰/۴۵)	۳۰ (۲۳/۸)	دیابت ملیتوس
۰/۰۴۵	۲ (۲۵)	۴ (۲۸/۵۷)	۴ (۲۰)	۵ (۱۲/۵)	۳ (۶/۸۱)	۱۸ (۱۴/۲)	سرطان
۰/۲۶	۲ (۲۵)	۶ (۴۲/۸۵)	۸ (۴۰)	۱۱ (۲۷/۵)	۱۴ (۸۱/۳۱)	۴۱ (۳۳/۵۳)	دمانس
۰/۰۲	۱ (۱۲/۵)	۴ (۲۸/۵۷)	۲ (۱۰)	۲ (۵)	۳ (۶/۸۱)	۱۲ (۹/۵۲)	COPD
۰/۶۱	۱ (۱۲/۵)	۶ (۴۲/۸۵)	۸ (۴۰)	۵ (۱۲/۵)	۸ (۱۸/۱۸)	۲۸ (۲۲/۲۲)	وابستگی به دیگران برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، تعداد (درصد)

P-value						خصوصیات بیماران	
	بیشتر از ۱۲۰ ساعت	۹۶-۱۲۰ ساعت	۷۲-۹۶ ساعت	۴۸-۷۲ ساعت	کمتر از ۴۸ ساعت		
۰/۲۱	۲ (۲۵)	۱ (۷/۱۴)	۵ (۱۲/۵)	۴ (۱۰)	۴ (۹/۰۹)	۱۶ (۱۲/۶۹)	نیاز به آمبولانس، تعداد(درصد)
							نوع شکستگی استخوان ران، تعداد(درصد)
۰/۵۱	۳ (۳۷/۵)	۷ (۵۰)	۱۰ (۵۰)	۱۰ (۲۵)	۲۱ (۴۷/۷۲)	۵۱ (۴۰/۴۷)	گردن فمور
۰/۰۵۱	۳ (۳۷/۵)	۳ (۲۱/۴۲)	۷ (۳۵)	۲۸ (۷۰)	۲۰ (۴۵/۴۵)	۶۱ (۴۸/۴۱)	اینترتروکانتریک
۰/۰۴۴	۲ (۲۵)	۱ (۷/۱۴)	۱ (۵)	۱ (۲/۵)	۲ (۴/۵۴)	۷ (۵/۵۵)	ساب تروکانتریک
۰/۰۴۵	۰ (۰)	۳ (۲۱/۴۲)	۲ (۱۰)	۱ (۲/۵)	۱ (۲/۲۷)	۷ (۵/۵۵)	سایر
							خطر مرگ زودرس بر اساس انجمن بیهوشی آمریکا، تعداد(درصد)
<۰۰۱/۰	۷ (۸۷/۵)	۱۱ (۷۸/۵۷)	۱۶ (۸۰)	۳۵ (۸۷/۵)	۳۸ (۸۳/۳۶)	۱۰۷ (۸۴/۹۲)	کلاس ۳
<۰۰۱/۰	۱ (۱۲/۵)	۳ (۲۱/۴۲)	۴ (۲۰)	۵ (۱۲/۵)	۶ (۱۶/۶۳)	۱۹ (۱۵/۰۷)	کلاس ۴
۰/۸۹	۴ (۵۰)	۱۱ (۷۸/۵۷)	۱۳ (۶۵)	۳۴ (۸۵)	۳۷ (۸۴/۰۹)	۹۹ (۷۸/۵۷)	بی حسی موضعی، تعداد(درصد)

که تاخیر بیشتر در جراحی باعث افزایش نرخ عوارض عمده پزشکی می شود. بیماران با تأخیر جراحی طولانی تر، مدت بستری طولانی تری در بیمارستان داشتند. که البته این موضوع بیشتر مرتبط با افزایش زمان انتظار قبل از عمل بود، زیرا طول مدت اقامت پس از جراحی برای تمام دوره های زمانی مشابه بود.

به طور کلی، ۶ بیمار (۴/۷۷٪) فوت کردند و (۴۵/۲۴٪) ۵۷ حداقل ۱ عارضه پزشکی پس از جراحی در طول بستری داشتند. جدول شماره ۲ رابطه بین زمان تا عمل جراحی و پیامدهای نهایی و مدت اقامت بیمارستانی را نشان می دهد. نتایج نشان داد که میزان مرگ و میر با تأخیر بیش از ۱۲۰ ساعت به شکل معناداری افزایش پیدا می کند. آنالیزها همچنین نشان داد

جدول ۲: پیامدهای بعد از شکستگی لگن بر اساس زمان جراحی

پیامد				تعداد (درصد)	زمان انتظار برای جراحی	
میانۀ و دامنه میان چارکی بستری در بیمارستان بعد از جراحی (روز)	میانۀ و دامنه میان چارکی بستری در بیمارستان (روز)	مشکلات پزشکی حاد (درصد)	مرگ و میر (درصد)			
۷ (۴/۱۱-۵)	۷ (۱۱-۵)	۱۱ (۴۰/۷)	۱ (۳/۷)	۲۷ (۲۱/۴)	کمتر از ۲۴ ساعت	متغیر
۷ (۴/۱۱-۵)	۹ (۱۲-۷)	۷ (۴۱/۱)	۱ (۵/۸)	۱۷ (۱۳/۴)	۲۴-۴۸ ساعت	
۷ (۹-۴)	۹ (۱۲-۷)	۱۷ (۴۵/۹)	۱ (۱۲/۷)	۳۷ (۲۹/۳)	۴۸-۷۲ ساعت	
۷ (۱۰-۴)	۱۰ (۱۳-۸)	۱۴ (۴۸/۲)	۱ (۳/۴)	۲۹ (۲۳)	۷۲-۹۶ ساعت	
۷ (۱۰-۴)	۱۲ (۱۵-۹)	۵ (۴۵/۴)	۱ (۹)	۱۱ (۸/۷)	۹۶-۱۲۰ ساعت	
۶ (۱۰-۴)	۱۳ (۱۸-۱۱)	۳ (۶۰)	۱ (۲۰)	۵ (۳/۹)	بیش از ۱۲۰ ساعت	
۱	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴			P-value

آن دلایل حاد پزشکی (۳۳/۱٪) که شامل نیاز به قطع درمان ضد پلاکتی (۱۶/۸٪)، نیاز به اکوکاردیوگرافی یا سایر معاینات (۸/۷٪) و ناپایداری وضعیت بالینی (۵/۸٪) از دیگر دلایل تاخیر در جراحی بودند.

جدول شماره ۳ دلایل تاخیرهای جراحی بیش از ۴۸ ساعت و میانگین تاخیرهای مرتبط را نشان می‌دهد. عدم وجود اتاق عمل در دسترس برای جراحی برنامه ریزی شده (۶۰/۳٪) شایع‌ترین علت تاخیر بود. در کنار

جدول ۳: دلایل تاخیر در جراحی بیمارانی که جراحی آنها ۴۸ ساعت بعد از بستری در بیمارستان انجام شده است

فاصله زمانی تا جراحی بر حسب ساعت		تعداد (درصد)	دلیل تاخیر در جراحی
میانۀ (دامنه میان چارکی) تا زمان جراحی بر حسب ساعت	حداقل و حداکثر زمان طول کشیده تا جراحی بر حسب ساعت		
۷۸ (۶۹-۱۰۴)	۲۶۴-۴۹	۷۶ (۶۰/۳)	نبود اتاق عمل خالی
۱۲۴ (۹۳-۱۶۸)	۴۸۰-۶۰	۲۱ (۱۶/۸)	نیاز به قطع درمان ضد پلاکتی
۱۲۰ (۸۱-۱۶۵)	۳۳۶-۵۲	۹ (۷/۸)	نیاز به اکوکاردیوگرافی و سایر آزمایشات
۱۴۵ (۹۶-۲۳۵)	۹۱۲-۵۶	۱۱ (۸/۵)	ناپایداری وضعیت بالینی بیمار
۱۴۰ (۹۶-۱۸۳)	۲۱۶-۷۲	۱ (۰/۸)	نبود ذخایر خونی مورد نیاز
۱۲۰ (۸۷-۱۵۳)	۲۸۸-۵۰	۲ (۱/۵۸)	تاخیر در امضای رضایت برای جراحی
۷۰ (۵۲-۸۰)	۱۹۲-۴۹	۴ (۳/۱۷)	نامعلوم

کمک در فعالیتهای روزمره زندگی قبل از شکستگی با عوارض پزشکی در بیماران ارتباط داشتند. (جدول شماره ۴)

تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که تاخیرهای جراحی بیش از ۱۲۰ ساعت، سن بالا و بیماریهای همراه با افزایش خطر مرگ و میر و سن بالا، زوال عقل، تاخیرهای جراحی بیش از ۱۲۰ ساعت و نیاز به

جدول ۴: ارتباط متغیرهای بررسی شده با مرگ و عوارض بعد از جراحی

Pvalue	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)	پیامد
		مرگ در بیمارستان
۰/۰۰۰۱	۱/۰۶ (۱/۰۹-۱/۰۳)	سن
۰/۱۶۱	۰/۷۲ (۰/۴۵-۱/۱۴)	زوال عقل
۰/۰۱۳	۱/۱۴ (۱/۰۳-۱/۲۶)	بیماریهای همراه
۰/۰۰۷	۱/۶۸ (۰/۹۵-۲/۹۹)	نیاز به کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی قبل از شکستگی
Reference		از ۴۸ ساعت $\geq$
۰/۱۵۸	۰/۵۸ (۰/۲۸-۱/۲۳)	۴۸-۷۲ ساعت
۰/۴۹	۱/۲۴ (۰/۶۶-۲/۳۳)	۶۲-۹۶ ساعت
۰/۵۴	۰/۷۶ (۰/۳۱-۱/۸۷)	۹۶-۱۲۰ ساعت
۰/۰۰۵	۲/۱۴ (۱/۲۵-۳/۶۳)	> از ۱۲۰ ساعت
		عوارض پزشکی
۰/۰۰۰۱	۱/۰۵ (۱/۰۴-۱/۰۶)	سن
۰/۰۰۰۱	۴/۱۶ (۳/۳۸-۱۳/۵)	زوال عقل
۰/۲۷	۱/۰۳ (۰/۹۸-۱/۰۸)	بیماریهای همراه
۰/۰۰۰۱	۱/۵۶ (۱/۲۶-۱/۹۵)	نیاز به کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی قبل از شکستگی
Reference		از ۴۸ ساعت $\geq$
۰/۱۷	۱/۱۹ (۰/۹۳-۱/۵۵)	۴۸-۷۲ ساعت
۰/۰۰۷	۱/۴۸ (۰/۹۸-۱/۹۵)	۶۲-۹۶ ساعت
۰/۲۶	۱/۲۱ (۰/۸۶-۱/۷۱)	۹۶-۱۲۰ ساعت
۰/۰۰۱	۱/۶۶ (۱/۲۷-۲/۱۷)	> از ۱۲۰ ساعت

و زخم‌های فشاری معنی دار بود و در سایر موارد ارتباط معنی داری بین زمان تا عمل جراحی و عوارض مشاهده شده وجود نداشت (جدول شماره ۵)

همانطور که گفته شد بین طول کشیدن زمان عمل جراحی تا بیش از ۱۲۰ ساعت و عوارض بعد از عمل ارتباط معنی داری وجود دارد که از نظر نوع عوارض این ارتباط با پنومونی، نارسایی قلبی، عفونت مجاری ادراری

جدول ۵: نوع عوارض پزشکی بر حسب زمان طول کشیده تا جراحی

زمان تا جراحی	عوارض (درصد)						
	هذیان	پنومونی	نارسایی قلبی	عفونت مجرای ادراری	زخم های فشاری	درد شدید	علائم افسردگی
از ۴۸ ساعت $\geq$	۳۴/۸	۳/۷	۳/۷	۷/۴	۶/۶	۷/۴	۸/۱
۴۸-۷۲ ساعت	۳۸/۲	۲/۷	۳/۸	۱۰/۱	۵/۱	۱۰/۱	۸/۳
۶۲-۹۶ ساعت	۳۶/۷	۵/۴	۶/۳	۹/۴	۶/۷	۹/۴	۷
۹۶-۱۲۰ ساعت	۳۴/۳	۶/۶	۲/۸	۱۳/۳	۸/۱	۱۳/۳	۱۲/۴
از ۱۲۰ ساعت $>$	۳۷/۶	۱۱/۸	۱۱/۶	۱۵/۲	۱۰/۲	۱۵/۲	۱۰/۴
Pvalue	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۴	۰/۰۹۲	۰/۹۸
							۰/۵۳

بحث

این مطالعه نشان داد که بیشتر موارد مرگ و میر در بیماران مسن تر با شکستگی لگن، آن است که این بیماران بموقع تحت عمل جراحی قرار نمی گیرند. همچنین نشان داد که تاخیرهای جراحی (بیش از ۵ روز) در نهایت منجر به این می شود که بیماران مدت اقامت بیشتری در بیمارستان داشته باشند که خود ممکن است با افزایش خطر مرگ و میر و ایجاد برخی عوارض همراه باشد.

تاکنون نتایج متناقضی در مورد رابطه بین جراحی اولیه و بقا پس از شکستگی لگن در بیماران مسن تر منتشر شده است^{۱۷-۱۳، ۱۰، ۷، ۴}. یکی از علل مربوطه می تواند آن باشد که بیمارانی که تحت عمل جراحی زود هنگام قرار می گیرند، معمولاً جوان تر و سالم تر هستند^{۱۸، ۱۳، ۱۰}، بنابراین تأثیر زمانی توصیف شده ممکن است نتیجه سوگیری انتخاب باشد. با در نظر گرفتن این موضوع نتایج مطالعه ما ممکن است برای درک اختلافات بین مطالعات قبلی مفید باشد. ما از یک رویکرد تعدیل شده برای روشن کردن رابطه واقعی بین زمان تا جراحی و نتایج بالینی استفاده کردیم.

در گام دوم دلایل پزشکی و لجستیکی تاخیر را در نظر گرفتیم. نتایج حاصل نشان داد که برخلاف تصور در مواردی که تاخیرهای طولانی جهت ارزیابی شرایط حاد پزشکی بیمار اعمال میشود، پس از در نظرگیری سن، وضعیت عملکردی، مشکلات مزمن زمینه ای و مشکلات پزشکی

حاد، بین جراحی بسیار تاخیری و پیش آگهی بد ارتباط وجود دارد.

شایع ترین دلیل تاخیر جراحی در مطالعه ما عدم دسترسی به اتاق عمل در عرض ۴۸ ساعت پس از پذیرش بود که بیش از نیمی از تاخیرها را تشکیل می داد. این یافته نشان می دهد که بهبود سازمانی مورد نیاز است و نیاز به مداخلات با هدف بهبود کارایی مراقبت از بیماران وجود دارد. نیاز به تثبیت پزشکی یا آماده سازی قبل از جراحی دومین دلیل متداول تاخیر در جراحی بود، یافته ای که با تجربیات قبلی در سایر محیط های بالینی مطابقت دارد^{۱۴}. دستورالعمل های شکستگی لگن، اگرچه توصیه به کوتاه کردن مدت تاخیر در جراحی می کنند؛ اما شرایطی که نیاز به تأخیر دارند، مدت زمان استاندارد به تعویق انداختن، و عوامل خطر بدتر شدن وضعیت در صورت به تعویق افتادن عمل جراحی را به وضوح تعریف نکرده اند. در نتیجه، بیمارستان ها به دلایل متعددی طول مدت پذیرش تا عمل جراحی را بسیار متفاوت در نظر می گیرند که این مساله نیاز به بازبینی دارد.

توصیه ها در مورد نیاز به اکوکاردیوگرافی قبل از جراحی یا قطع درمان ضد پلاکتی به وضوح مشخص شده است^{۱۹}، اگرچه میزان اجرای آن ممکن است در بین متخصصان بیهوشی و بیمارستان ها متفاوت باشد. در مطالعه ما، تأخیرهای طولانی تر مرتبط با بی ثباتی بالین بیمار و نیاز به قطع درمان ضد پلاکتی بود. به طور خاص، طبق پروتکل فعلی، درمان با کلوپیدوگرل

محدودیت‌های مطالعه

محدودیت‌های مطالعه ما در درجه اول، گذشته نگر بودن بود و همچنین وجود دسته بندی‌های از پیش تعریف شده برای علل تاخیر که با توجه به عدم استانداردسازی عوامل ممکن است تحت تاثیر پزشک مربوطه قرار بگیرد. عملکرد پزشک معالج در ارزیابی قبل از عمل ذهنی بوده و در نتیجه نتایج آن متغیر است. با این وجود، سعی شد تا با رویکردی محافظه کارانه با توجه به شرح حال، بیماران مناسبی را جهت ورود به مطالعه انتخاب کنیم.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با کد اخلاق (IR.ABZUMS.REC.1400.331) مصوب دانشگاه علوم پزشکی البرز می‌باشد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری و مساعدت تمامی بیماران شرکت کننده در این مطالعه و واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید مدنی کرج تشکر و قدردانی نمایند.

باید ۵ تا ۷ روز قبل از انجام ایمن جراحی شکستگی لگن با بی‌حسی منطقه‌ای متوقف شود. لذا بنظر می‌رسد که مراقبت بهینه برای بیمارانی که شکستگی‌های لگن دارند و آماده جراحی نیستند، نیازمند تحقیقات بیشتر است.

نتیجه‌گیری

زمان ایده آل برای درمان جراحی شکستگی‌های پروگزیمال فمور در بیماران مسن هنوز بحث برانگیز است. و بنظر می‌رسد عوامل متعددی مانند بیماری‌های همراه بالینی و در دسترس بودن تجهیزات، کارکنان آموزش دیده و بخش مراقبت‌های ویژه پس از عمل ممکن است بر این تصمیم و در نهایت نتیجه‌گیری آن تأثیر بگذارند. به طور خلاصه، مطالعه ما نشان می‌دهد که تاخیرهای بسیار طولانی مدت اقامت بیمار را در بیمارستان افزایش می‌دهد و در نتیجه ممکن است خطر مرگ و میر و برخی از عوارض پزشکی نیز افزایش پیدا کنند.

References

- Gillespie WJ. Hip fracture. *Bmj*. 2001;322(7292):968-75.
- Fischer H, Maleitzke T, Eder C, Ahmad S, Stöckle U, Braun K. Management of proximal femur fractures in the elderly: current concepts and treatment options. *European Journal of Medical Research*. 2021;26(1):1-15.
- Rogers FB, Shackford SR, Keller MS. Early fixation reduces morbidity and mortality in elderly patients with hip fractures from low-impact falls. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 1995;39(2):261-5.
- Gdalevich M, Cohen D, Yosef D, Tauber C. Morbidity and mortality after hip fracture: the impact of operative delay. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*. 2004;124(5):334-40.
- McGuire KJ, Bernstein J, Polsky D, Silber JH. The 2004 Marshall UriSt award: delays until surgery after hip fracture increases mortality. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*. 2004;428:294-301.
- Weller I, Wai E, Jaglal S, Kreder H. The effect of hospital type and surgical delay on mortality after surgery for hip fracture. *The Journal of bone and joint surgery British volume*. 2005;87(3):361-6.
- Zuckerman JD, Skovron ML, Koval KJ, Aharonoff G, Frankel VH. Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 1995;77(10):1551-6.
- Novack V, Jotkowitz A, Etzion O, Porath A. Does delay in surgery after hip fracture lead to worse outcomes? A multicenter survey. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(3):170-6.
- Davis F, Woolner D, Frampton C, Wilkinson A, Grant A, Harrison R, et al. Prospective, multi-centre trial of mortality following general or spinal anaesthesia for hip fracture surgery in the elderly. *British Journal of Anaesthesia*. 1987;59(9):1080-8.
- Bottle A, Aylin P. Mortality associated with delay in operation after hip fracture: observational study. *Bmj*. 2006;332(7547):947-51.
- Grimes JP, Gregory PM, Noveck H, Butler MS, Carson JL. The effects of time-to-surgery on mortality

- and morbidity in patients following hip fracture. The American journal of medicine. 2002;112(9):702-9.
12. Mattke S, Kelley E, Scherer P, Hurst J, Lapetra MLG. Health care quality indicators project: initial indicators report. 2006.
 13. Majumdar S, Beaupre L, Johnston W, Dick D, Cinats J, Jiang H. Lack of association between mortality and timing of surgical fixation in elderly patients with hip fracture: results of a retrospective population-based cohort study. Medical care. 2006;552-9.
 14. Orosz GM, Magaziner J, Hannan EL, Morrison RS, Koval K, Gilbert M, et al. Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. Jama. 2004;291(14):1738-43.
 15. Siegmeth A, Gurusamy K, Parker M. Delay to surgery prolongs hospital stay in patients with fractures of the proximal femur. The Journal of bone and joint surgery British volume. 2005;87(8):1123-6.
 16. Franzo A, Simon G, Francescutti C. Mortality associated with delay in operation after hip fracture:... but Italian data seem to contradict study findings. BMJ. 2006;332(7549):1093.
 17. Khan SK, Kalra S, Khanna A, Thiruvengada MM, Parker MJ. Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291,413 patients. Injury. 2009;40(7):692-7.
 18. Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important? JBJS. 2005;87(3):483-9.
 19. Fleisher LA. Perioperative β -Blockade: How Best to Translate Evidence into Practice. 2006.

Investigating factors affecting the delay in surgery and the increase in one-month mortality of patients with proximal femur fractures in patients referred to Shahid Madani Alborz Hospital during 2020-2021

Received: 8 Feb 2023; Accepted: 8 Apr. 2023

Salman Azar Sina¹,
Arvin Najafi²,
Mohammad Sajjad Mirhosseini³,
Shahrooz Yazdani⁴,
Mohammad Shibani⁵,
Yosef Khani⁶,
Mehran Bahramian⁷,
Arash Baniamrian⁸,

1. Assistant Professor of Orthopedics,
Clinical Research Development Unit,
Shahid Madani Hospital, School of
Medicine, Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

2. Assistant Professor of Orthopedics,
Clinical Research Development Unit,
Shahid Madani Hospital, School of
Medicine, Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

3. Assistant Professor of Orthopedics,
Clinical Research Development Unit,
Shahid Madani Hospital, School of
Medicine, Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

4. Associate Professor of Interventional
Cardiology, Department of Cardiology,
School of Medicine
Cardiovascular Research Center, Shahid
Rajaei Hospital, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran

5. Assistant Professor of Orthopedics,
Clinical Research Development Unit,
Shahid Madani Hospital, School of
Medicine, Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

6. PhD in Epidemiology, Clinical
Research Development Unit, Shahid
Madani Hospital, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran

7. Assistant Professor of Emergency
Medicine, Shahid Madani Educational
and Therapeutic Center, School of
Medicine, Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

8. Orthopedic residency student,
Student Research Committee, School of
Medicine, Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

*Corresponding author: Arvin
Najafi, Assistant Professor of
Orthopedics, Clinical Research
Development Unit, Shahid Madani
Hospital, School of Medicine, Alborz
University of Medical Sciences,
Karaj, Iran, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran
Phone: +98-26-34209028
Email: parsmedicine@gmail.com

Abstract

Introduction and goal: With the aging of the population, hip fracture in the elderly has become a growing medical and social concern. Whether early surgery is beneficial in such patients is a long-standing debate and a constant clinical concern in the management of patients with hip fracture. Is What seeming necessary is to review the guidelines on how to deal with such patients in different health care systems. Therefore, this study was conducted with the aim of investigating factors affecting the delay in surgery and the increase in one-month mortality of patients with proximal femur fractures in patients referred to Shahid Madani Alborz Hospital during 2020-2021.

materials and methods: This cross-sectional analytical study was conducted on 126 patients in Shahid Madani Hospital in Karaj city during the years 2013-1400. Patients were divided into six groups according to the time taken until surgery (less than 24 hours to more than 120 hours). After that, the death and its cause in one month after the surgery were investigated by phone calls and examination of patients' files in the clinic. Data were collected using pre-designed forms and information recorded in patients' files, as well as using the same device and operator for each patient.

findings: Among the 126 patients included in the study, 103 (81.74) were women and 13 (18.26) were men. 4 patients (2.5%) underwent urgent surgery. 17 patients (13.8%) underwent surgery within 24 hours after admission and 82 patients (64.9%) underwent surgery more than 48 hours after admission. The results showed that the mortality rate increases significantly with a delay of more than 120 hours. Lack of available operating room for planned surgery (60.3%) was the most common cause of surgical delay. Older age, dementia, and the need for assistance with activities of daily living before the fracture were also associated with higher rates of medical complications.

Conclusion: In summary, our study showed that very long delays increase the patient's stay in the hospital and thus may increase the risk of mortality and some medical complications.

Keywords: Proximal femur fracture, delay in surgery, complications after surgery