

مطالعه سرانجام بیماران بستری در بخش اورژانس بیمارستان‌های رسول اکرم (ص) و فیروزگر با شکایت غیراختصاصی ضعف و بی‌حالی

الهه امیراحمدی^۱، مهدی رضایی^۲، فاطمه مشکینی^۳، محمد حسینی کسنویه^{۴*}

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۹

چکیده:

زمینه و هدف: داشتن ضعف و بی‌حالی و احساس نیاز به خدمات اورژانس بیمارستانی یکی از مهم‌ترین علل مراجعه بیماران به اورژانس بیمارستان‌ها می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین میزان ابتلا و مرگ‌ومیر بیماری‌ها با ضعف و بی‌حالی مراجعه‌کنندگان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت مشاهده‌ای و آینده‌نگر در بخش اورژانس بیمارستان‌های رسول اکرم و فیروزگر انجام گرفت. بیماران توسط تیم ارزیابی‌کننده در واحد تریاژ اورژانس توسط ابزار معتبر بین‌المللی تریاژ "شاخص شدت اورژانس (ESI)" به ۵ گروه تقسیم شدند. بیماران به مدت ۲ ماه پس از زمان ترخیص پیگیری شدند و وضعیت بیمار از لحاظ بیماری، سلامت یا مرگ مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: در بین سطوح ۱ و ۲ (بیمار با شرایط سطح حدت بالا) و ۳ (نیاز بیمار به دو یا بیشتر از تسهیلات اورژانس در صورت عدم اختلال در علائم حیاتی)، سطح ۳ بیشترین فراوانی مراجعه را داشت (۶۱/۹ درصد). ۹۰/۷ درصد بیماری‌های زمینه‌ای داشتند و ۶۶/۱ درصد از بیماران در زمان مراجعه دارو مصرف می‌کردند. در همان مراجعه اول ۱۱ درصد از بیماران فوت کرده‌اند. در پیگیری اولیه ۲۳/۷ درصد افراد همچنان بیمار بودند، ۴۰/۷ درصد بهبودی پیدا کرده بودند و ۱۷/۸ درصد آنان فوت کرده بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد در پیگیری نهایی ۹/۳ درصد افراد همچنان بیمار بودند؛ میزان بیماران بهبود یافته در پیگیری نهایی ۴۴/۱ درصد بود و درصد فراوانی فوتی‌ها در پیگیری نهایی ۲۴/۶ درصد بود. درصد مرگ‌ومیر بالا نشان از این دارد که نگرانی بیماران نه به خاطر داشتن ضعف و بی‌حالی، به خاطر بیماری زمینه‌ای خطرناک بوده است که آن‌ها را مجاب به مراجعه به بیمارستان کرده است.

واژه‌های کلیدی: ضعف، بی‌حالی، واحد اورژانس، پیامد بیماری

^۱ دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه طب اورژانس، تهران، ایران

^۲ دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه طب اورژانس، تهران، ایران

^۳ دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه طب اورژانس، تهران، ایران

^۴ دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه طب اورژانس، تهران، ایران

ایمیل: hosseinikasnavieh.sm@iums.ac.ir

مقدمه

ضعف عمومی یک بیماری نیست بلکه یک شکایت است و می‌تواند شکایت آغازین هر بیماری باشد. برخورد صحیح و مناسب کادر پزشکی با بیماری که با این شکایت به درمانگاه مراجعه می‌کند موجب جلوگیری از صرف وقت و هزینه و مراجعه بی‌مورد به پزشکان گوناگون می‌شود، بخصوص در جاهایی که دسترسی به امکانات تخصصی آسان نیست باعث می‌شود که بیمار سریع‌تر به پزشک یا متخصص ارجاع داده شود تا از عوارض تأخیر در درمان مصون بماند (۱). خستگی یکی از شایع‌ترین نشانه‌هایی است که بیمار به خاطر آن به پزشک و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌نماید. خستگی احساسی است که توسط بیمار و به صورت مختلف از جمله: بی‌حالی، کسالت و زود خسته شدن، فقدان انگیزه و نیرو، از دست دادن میل و علاقه به کارهای روزمره (۲، ۳). شکایت غیراختصاصی یکی از دلایل مراجعه‌کنندگان به بخش اورژانس می‌باشد. حتی این نوع شکایات در مراجعه‌کنندگان مسن غیر ترومائی نزدیک به ۲۰ درصد مراجعات را در بر می‌گیرد (۴). در نتیجه وجود ضعف حاد در ارتباط با طیف گسترده‌ای از بیماری‌های زمینه‌ای و میرایی مرتبط است (۵). بنابراین گرفتن شرح حال، تاریخچه بیماری‌ها یا ریسک فاکتورها در بیماران مراجعه‌کننده با شکایات غیراختصاصی مهم است (۶). در این شرایط اطلاعات به دست آمده موجود باعث عدم آشکار شدن و تشخیص مناسب می‌شود. اولین برداشت بالینی پزشکان و ابتکارات آن‌ها احتمالاً در ارزیابی اولیه این نوع از بیماران کمک کننده باشد (۷). این نوع از شکایات در ردیف شکایاتی است که هیچ پروتکل مدیریتی مبتنی بر شواهد، در بخش اورژانس برای آن وجود ندارد (۸). حتی بر اساس آن هیچ تشخیص اولیه‌ای افتراقی بعد از اولین ارزیابی فرد مراجعه‌کننده نمی‌توان قرار داد. هرچند در این مرحله مشکلاتی با وجود احتمالات و تفاسیر مختلف، قدرت کم در تشخیص افتراقی وجود دارد (۹).

شکایت غیراختصاصی یکی از دلایل مراجعه‌کنندگان به بخش اورژانس می‌باشد. همچنین داشتن ضعف و بی‌حالی و احساس نیاز به خدمات اورژانس بیمارستانی یکی از مهم‌ترین علل مراجعه بیماران به اورژانس بیمارستان‌ها می‌باشد. وجود ضعف حاد در ارتباط با طیف گسترده‌ای از بیماری‌های زمینه‌ای و میرایی مرتبط است. هرچند این نوع از بیماران از لحاظ طبقه‌بندی خطرات و فرایند تشخیصی بر اساس الگو تریاژ مشکل است که باعث تأخیر در فرایند درمان مناسب می‌شود. در این بیماران

تشخیص‌های گسترده‌ای داده می‌شود. عوارض حاد و میرایی در مطالعات کوهورت به‌طور مشخص بالا رفته است از مهم‌ترین عوامل پیشگوئی‌کننده سن و جنس نسبت به ماهیت شکایت است این نوع از شکایات در ردیف شکایاتی است که هیچ پروتکل مدیریتی مبتنی بر شواهد، در بخش اورژانس برای آن وجود ندارد. حتی بر اساس آن هیچ تشخیص اولیه‌ای افتراقی بعد از اولین ارزیابی فرد مراجعه‌کننده نمی‌توان قرار داد. هرچند در این مرحله مشکلاتی با وجود احتمالات و تفاسیر مختلف، قدرت کم در تشخیص افتراقی وجود دارد. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین پیامد نهایی بیماران مراجعه‌کننده با ضعف و بی‌حالی مراجعه‌کننده به اورژانس می‌باشد که به صورت مشاهده‌ای - آینده‌نگر انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مشاهده‌ای - آینده‌نگر می‌باشد که در بخش اورژانس بیمارستان‌های رسول اکرم و فیروزگر تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۹۶-۹۷ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمام افرادی بود که به علت ضعف و بی‌حالی به بیمارستان‌های رسول اکرم و فیروزگر مراجعه کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه علاوه بر شکایت فرد مراجعه‌کننده به اورژانس، با استفاده از اطلاعات حاصل از گرفتن شرح حال بیمار، معاینات بالینی و نتایج حاصل از آزمایشات و تصویربرداری‌های مناسب ابتلا یا عدم ابتلا مراجعه‌کنندگان و نیز میزان مرگ‌ومیر آن‌ها مشخص شد. بیمارانی که با شکایت ضعف و بی‌حالی به اورژانس مراجعه کرده‌اند توسط تیم ارزیابی‌کننده در واحد تریاژ اورژانس توسط ابزار معتبر بین‌المللی تریاژ "شاخص شدت اورژانس (ESI)" به ۵ گروه تقسیم شدند. معیار ESI یک ابزار تریاژ پنج سطحی و با کاربرد آسان می‌باشد که بیماران بخش اورژانس را با بررسی شدت بیماری و راه حل آن هم‌زمان دسته‌بندی می‌کند. در این روش ابتدا پرستار تریاژ، بیمار را بر اساس شدت بیماری و وخامت حال وی ارزیابی می‌کند. اگر شدت بیماری زیاد نباشد یعنی در صورت عدم وجود شرایط تهدیدکننده حیات یا اندام و یا شرایط پرخطر (سطوح ۱ و ۲ تریاژ)، پرستار بر اساس تجربه‌های قبلی از سایر بیماران و آموزش‌های سیستم تریاژ، با تخمین تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس، بیمار را سطح‌بندی می‌نماید. لذا پرستار مسئول تریاژ، علاوه بر آشنایی کامل با الگوریتم، باید از تجربه کافی نیز برخوردار باشد. در نظر گرفتن تسهیلات مورد

خود بیمار و یکی از همراهان بیمار هر ماه یک بار طی تماس تلفنی از شرایط بیمار اطلاع یافته و پیامد بیماری (سلامت، بیماری، مرگ) پرسیده شد. همچنین بیمارانی که در طی دو ماه آینده پس از اولین مراجعه با ضعف و بی حالی به اورژانس، به درمانگاه بیمارستان محل پژوهش مراجعه کردند، مورد بررسی قرار گرفتند. برای تعیین میزان ابتلا مراجعه کنندگان در اورژانس به بیماری های خاص از گرفتن شرح حال و معاینات بالینی، انجام آزمایشات خاص و گرفتن رادیوگرافی و سی تی اسکن استفاده شد.

نمونه گیری در مطالعه از نوع تصادفی ساده بود. تمام افرادی که با شکایت ضعف و بی حالی در مدت زمان انجام مطالعه به اورژانس مراجعه کردند و در سطح تریاژ ۱ و ۲ و ۳ قرار گرفتند وارد مطالعه شدند که تعداد آن ها ۱۱۸ نفر بود. پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات جهت تجزیه و تحلیل آماری وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ شد. آنالیز داده ها با استفاده از SPSS انجام شد. داده های توصیفی کمی به صورت میانگین داده های کیفی به صورت فراوانی و درصد فراوانی گزارش شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای آنالیز اطلاعات از شاخص های مرکزی و شاخص های پراکندگی استفاده شد. از جداول و نمودارها نیز جهت نشان دادن نتایج استفاده شد. در آنالیز تحلیلی داشتن یا نداشتن توزیع نرمال با تست K.S. مشخص شد و بر حسب آن از student t test و تحلیل کیفی با آزمون Chi-square انجام شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۵۴/۲ درصد و ۴۵/۸ درصد از بیماران مورد بررسی به ترتیب مرد و زن بودند. میانگین سنی بیماران ۷۳/۶ سال بود؛ کمترین سن ۳۳ و بیشترین ۹۹ سال بود. با توجه به شیفت بندی مراجعه بیماران در شیفت های صبح، عصر و شب، بیشترین مراجعه در حجم بررسی شده در شیفت عصر بودند. ۳۷/۳ درصد در شیفت صبح، ۴۴/۱ درصد در شیفت عصر و ۱۶/۱ درصد در شیفت شب بودند. بر اساس جدول ۱، سطح تریاژ ۳ بیشترین درصد مراجعه و سطح بیماری را در بین سطوح ۱ و ۲ و ۳ داشت. از بین بیماران مراجعه کننده ۹۰/۷ درصد از بیماران دارای بیماری زمینه ای بودند.

نیاز بیمار در بخش اورژانس برای تعیین سطح بیمار خصوصیت ویژه سیستم ESI است. در الگوریتم ESI، چهار نقطه تصمیم گیری وجود دارد:

نقطه تصمیم گیری الف: بیمار در حال مرگ است و یا نیاز به اقدامات فوری نجات دهنده حیات دارد. در این صورت بیمار در سطح ۱ قرار می گیرد.

نقطه تصمیم گیری ب: بیمار نباید منتظر بماند. (شامل: علائم پرخطر، اختلال هوشیاری، درد یا دیسترس شدید) که در این صورت بیمار در سطح ۲ قرار می گیرد.

نقطه تصمیم گیری ج: در صورت عدم وجود شرایط الف و ب، باید تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس تخمین زده شود. نیاز بیمار به ۲ یا بیشتر از تسهیلات اورژانس در صورت عدم اختلال در علائم حیاتی، وی را در سطح ۳ قرار می دهد. نیاز به یکی از تسهیلات اورژانس، او را در سطح ۴ و در صورتی که به هیچ کدام از تسهیلات اورژانس نیاز ندارد وی را در سطح ۵ قرار می دهد.

نقطه تصمیم گیری د: در صورتی که تسهیلات مورد نیاز بیمار طبق تعریف، ۲ و یا بیشتر باشد (سطح ۳) در این مرحله باید علائم حیاتی بیمار جهت طبقه بندی در نظر گرفته شود؛ یعنی در صورت وجود اختلال در علائم حیاتی بیمار در سطح ۲ قرار می گیرد و در غیر این صورت بیمار در همان سطح ۳ تقسیم بندی می گردد.

در نهایت با استفاده از این ۵ سطح الگوریتم تریاژ برای طبقه بندی بالینی بیماران موجود در بخش اورژانس استفاده شد که سطوح ۱، ۲، ۳ وارد مطالعه شدند. در این مطالعه بیماران به مدت ۲ ماه پس از زمان ترخیص پیگیری شدند و وضعیت بیمار از لحاظ سلامت یا مرگ مورد بررسی قرار گرفت.

معیار ابتلا و مرگ میر برای تعیین میزان ابتلا مراجعه کنندگان به اورژانس به بیماری های خاص با استفاده از گرفتن شرح حال و معاینات بالینی انجام آزمایشات خاص و گرفتن رادیوگرافی و سی تی اسکن و ... بود (اورژانس، انتقال به بخش های بستری یا ترخیص) عوارض حاد یا ناخوشی حاد شرایط خاصی است که زندگی بیمار تهدید می شود و نیاز به انجام مداخلات برای بازگرداندن بیمار به وضعیت طبیعی یا جلوگیری از رخداد بیماری، وضعیت سلامت در آینده و یا در نتیجه مرگ در طی ۶۰ روز از اولین مراجعه به اورژانس است. برای پیگیری بیماران بعد از ترخیص با استفاده از شماره تلفن

جدول ۱. فراوانی سطح تریاز

درصد	تعداد	متغیر	
۴/۲	۵	۱	سطح تریاز
۳۲/۲	۳۸	۲	
۶۱/۹	۷۳	۳	
۹/۳	۱۱	ندارد	بیماری زمینه‌ای
۹۰/۷	۱۰۷	دارد	
۵۵/۹	۶۶	عفونی	بیماری‌ها در تشخیص اولیه
۶/۸	۸	قلبی	
۷/۶	۹	عصبی	
۵/۱	۶	گوارش	
۱۱	۱۳	کلیوی	
۸/۵	۱۰	عوارض بیماری قلبی	
۵/۱	۶	سایر	
۳۷/۳	۴۴	عفونی	
۱۰/۲	۱۲	قلبی	
۶/۸	۸	عصبی	
۱۱	۱۳	گوارش	
۱۶/۱	۱۹	کلیوی	
۱۰/۲	۱۲	عوارض بیماری قلبی	
۳/۴	۴	سایر	
۵	۶	نامشخص	

خود اختصاص داده است. همچون تشخیص اولیه، در تشخیص نهایی نیز بیمارانی عفونی بیشترین فراوانی را دارد (جدول ۱). بر اساس یافته‌ها در همان مراجعه اول ۱۱ درصد از بیماران فوت کرده‌اند. این موارد در جدول ۲ نشان داده شده است.

۶۶/۱ درصد از بیماران در زمان مراجعه دارو مصرف می‌کردند و ۴۵/۲ درصد از بیماران دارای مراجعه مجدد بودند. نوع بیماری‌ها و فراوانی را در تشخیص اولیه بیماران مورد بررسی نشان می‌دهد که بیماری عفونی بیشترین درصد را به

جدول ۲. فراوانی تعداد فوت شدگان در زمان مراجعه

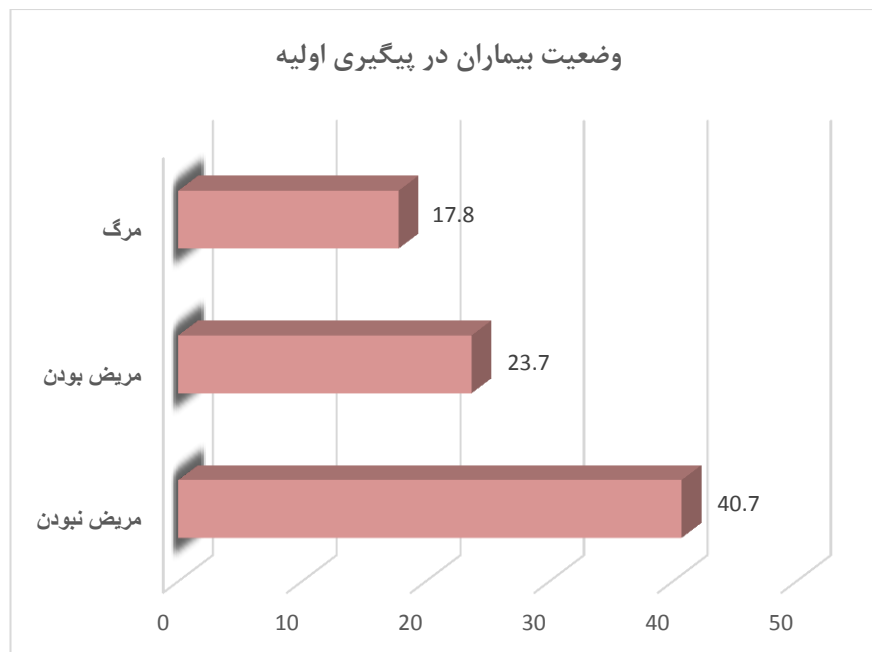
درصد	تعداد	وضعیت بیمار
۱۱	۱۳	فوت شده
۸۸/۱	۱۰۴	فوت نشده

جدول ۳. رابطه بین تشخیص اولیه و نهایی

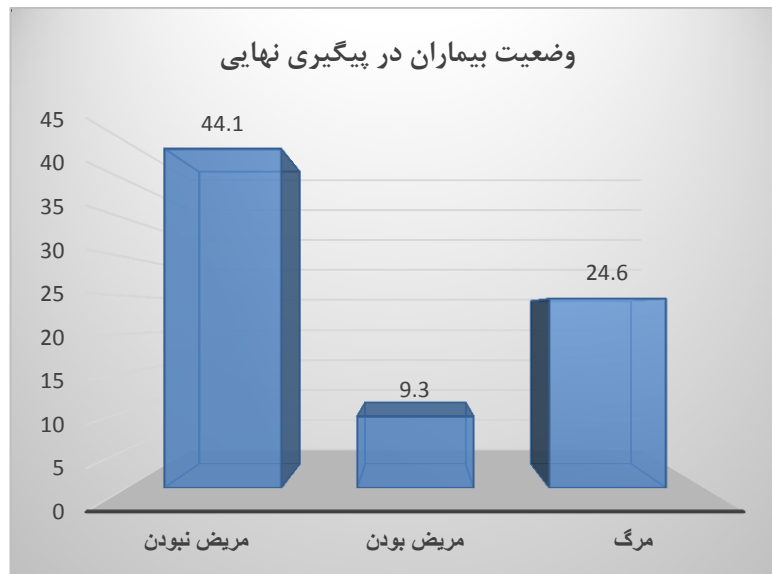
تشخیص نهایی تعداد (درصد)									
کل	نامشخص	سایر	عوارض بیماری قلبی	کلیوی	گوارش	عصبی	قلبی	عفونی	
۶۷ (۵۶/۸)	۳ (۵۰)	۰	۵ (۳۸/۵)	۰	۵ (۵۰)	۶ (۳۱/۶)	۵ (۵۰)	۴۱ (۹۳/۲)	تشخیص اولیه تعداد (درصد)
۸ (۶/۸)	۱ (۱۶/۷)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	عفونی
۹ (۷/۶)	۰	۰	۰	۰	۰	۲ (۱۰/۵)	۰	۱ (۲/۳)	قلبی
۵ (۴/۲)	۰	۰	۰	۰	۵ (۵۰)	۰	۵ (۵۰)	۰	عصبی
۱۳ (۱۱)	۱ (۱۶/۷)	۰	۰	۰	۰	۱۱ (۵۷/۹)	۰	۰	گوارش
۱۰ (۸/۵)	۱ (۱۶/۷)	۰	۸ (۶۱/۵)	۰	۰	۰	۰	۱ (۲/۳)	کلیوی
۶ (۵/۱)	۰	۴ (۱۰۰)	۰	۴ (۱۰۰)	۰	۰	۰	۱ (۲/۳)	عوارض بیماری قلبی
۱۱۸ (۱۰۰)	۶ (۱۰۰)	۴ (۱۰۰)	۱۳ (۱۰۰)	۱۹ (۱۰۰)	۱۰ (۱۰۰)	۹ (۱۰۰)	۱۳ (۱۰۰)	۴۴ (۱۰۰)	سایر
									کل

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد برای بیماری عفونی در ۹۳/۲ درصد موارد تشخیص اولیه و نهایی یکسان بوده‌اند. در مورد بیماری قلبی در ۵۳/۸ درصد، بیماری عصبی در ۶۶/۷ درصد، بیماری گوارش در ۵۰/۰ درصد، بیماری کلیوی در ۵۷/۹ درصد، عوارض بیماری در ۶۱/۵ درصد تشخیص اولیه و نهایی یکسان بوده‌اند.

نتایج نشان می‌دهد که در پیگیری اولیه ۲۳/۷ درصد افراد همچنان بیمار بودند، ۴۰/۷ درصد بهبودی پیدا کرده بودند و ۱۷/۸ درصد آنان فوت کرده بودند. در پیگیری نهایی ۹/۳ درصد افراد همچنان بیمار بودند، ۴۴/۱ درصد بهبودی پیدا کرده بودند و ۲۴/۶ درصد آنان فوت کرده بودند. جدول ۳ رابطه بین تشخیص اولیه و نهایی را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. وضعیت بیمار در پیگیری اولیه



نمودار ۲. وضعیت بیمار در پیگیری نهایی

پیامد اولیه سنجش میرایی بعد از ۳۰ روز و پیامد ثانویه مقایسه patient disposition و میزان میرایی مرتبط، طول مدت اقامت و پذیرش مجدد در بیمارستان. میزان مرگ در گروه novum³ درصد و در گروه استاندارد ۶/۲ درصد بود ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود (۸). در مطالعه حاضر درصد فراوانی فوتی‌ها در پیگیری اولیه ۱۷/۸ درصد بود در حالیکه در مطالعه Nicke و همکاران ۶ درصد بیماران در پیگیری اولیه فوت کرده بودند.

DUC و همکاران (۲۰۱۷) پیامد اولیه مرگ‌ومیر ۳۰ روز بعد از پذیرش بیمار را در نظر گرفتند و نشان دادند که احیاء قلبی و عروقی، تهویه مکانیکی و پذیرش بخش ICU باعث افزایش میرایی می‌شود. تجزیه و تحلیل یک شرایط نزدیک بین پیش‌بینی و مشاهده خطر مرگ‌ومیر را نشان داد در نهایت نتیجه گرفتند خطر میرایی بیماران بخش اورژانس به‌وسیله علائم بالینی معمولی و تست‌های بیوشیمی به‌طور دقیق قابل پیشگویی است (۱۰). Jenny و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس با شکایات غیراختصاصی پرداخته بودند تا مناسب‌ترین مدل موجود را پیشگویی نمایند و اینکه ابزارهای موجود تا چه حدی مناسب هستند نیز بررسی شد ابزارهای موجود می‌تواند سه پیامد کلیدی را پیش‌گویی کنند. در این مطالعه ۱۲۷۸ بیمار در بخش اورژانس وارد مطالعه شدند. نمونه بیماران از مراکز تشخیص مختلفی انتخاب شدند که با پیگیری ۳۰ روز بیماران همراه بود. مدل‌های متفاوت پیشگویی در سطوح متفاوت پیامدهای هدف بین ۸۲-۷۱ درصد بود. بهترین مدل ارائه شده قضاوت‌های اولیه پزشکان از چگونگی جستجو بیماری در افراد مراجعه‌کننده (۶۷٪ برای میرایی، ۱۶٪ برای ابتلا و ۱۶٪ برای

بحث

در مطالعه حاضر درصد بالایی از بیماران دارای مراجعه مجدد بودند و از طرفی عمده علت مراجعه در تشخیص اولیه و نهایی بیماری‌های عفونی بود. در زمان مراجعه ۱۱ درصد بیماران مورد بررسی در مطالعه فوت کردند. درصد فراوانی فوتی‌ها نیز در پیگیری اولیه ۱۷/۸ درصد و پیگیری نهایی ۲۴/۶ درصد بود. درصد مرگ‌ومیر بالا در مطالعه حاضر نشان از این دارد که در مطالعه حاضر بیمارانی که به اورژانس مراجعه کرده‌اند دارای بیماری‌های زمینه‌ای با میرایی بالاتر نسبت به مطالعات مورد اشاره داشته‌اند. Beglinger و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه آینده‌نگر مشاهده‌ای بیماران به مدت ۳۰ روز در بخش اورژانس بیمارستان پیگیری شدند؛ در طول پیگیری ۶/۶ درصد بیماران فوت شدند و ۵۸ درصد مراجعه‌کنندگان از بیماری حاد رنج می‌بردند. ۱۴۷ بیمار از اختلالات متابولیک، ۹۷ نفر پنومونی، ۸۳ نفر از نارسایی قلبی، ۷۰ نفر از عفونت‌های مجاری ادراری، ۵۶ مورد نارسایی کلیه، ۵۳ مورد از سرطان و ... رنج می‌بردند (۵). در مطالعه Beglinger و همکاران برخلاف مطالعه حاضر که تشخیص اولیه و نهایی بیماری‌های عفونی بود، اختلالات متابولیک علت عمده مراجعه بود همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ۱۱ درصد بیماران فوت کردند که در مطالعه Beglinger و همکاران این شاخص ۶/۶ درصد بود. بیماری‌های عفونی ماهیتا بیماری‌هایی مزمن و باعث مجدد چند باره بیماران به بیمارستان می‌گردد.

Nickel و همکاران مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی چندمرکزی انجام دادند که بیماران مراجعه‌کننده بدون شکایات غیراختصاصی را به مدت ۳۰ روز پیگیری کردند.

این می‌تواند نشان دهد که ضعف و بی‌حالی بوجود آمده می‌تواند ناشی از بیماری زمینه‌ای باشد. درصد بالایی از بیماران دارای مراجعه مجدد بودند و از طرفی عمده علت مراجعه در تشخیص اولیه و نهایی بیماری‌های عفونی بود. بیماری‌های عفونی بیماری‌هایی مزمن هستند و باعث مجدد چند باره بیماران به بیمارستان می‌گردد. نتایج نشان داد که در پیگیری اولیه ۲۳/۷ درصد افراد همچنان بیمار بودند و این میزان در پیگیری نهایی کاهش یافته بود (۹/۳ درصد) بود. میزان بیماران بهبود یافته در پیگیری اولیه ۴۰/۷ درصد بود که در پیگیری نهایی این میزان به صورت ناچیزی افزایش یافته بود (۴۴/۱ درصد) بود. درصد فراوانی فوتی‌ها نیز در پیگیری اولیه کمتر بود و در پیگیری نهایی بالاتر بود. درصد مرگ‌ومیر بالا نشان از این دارد که نگرانی بیماران نه به خاطر داشتن ضعف و بی‌حالی، به خاطر بیماری زمینه‌ای خطرناک بوده است که آن‌ها را مجاب به مراجعه به بیمارستان کرده است. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتر با حجم نمونه‌های بزرگ‌تر انجام شوند.

محدودیت‌های مطالعه:

عدم همکاری بیماران در بخش اورژانس یا در پیگیری دو ماهه.

تشکر و قدردانی:

مطالعه حاصل پایان‌نامه به کد اخلاق IR.IUMS.FMD.REC.1398.054 می‌باشد. این مطالعه با حمایت دانشگاه علوم پزشکی ایران و همکاری صمیمانه اساتید و رئیس محترم بخش اورژانس و همکاران ارجمند بیمارستان رسول و فیروزگر، انجام شد که بدین‌وسیله از آن‌ها تشکر و قدردانی می‌نماییم.

بیماری‌های عفونی) بود. به‌کارگیری و بررسی مدل‌هایی که با بیشترین دقت پیشگویی برای میرائی، عوارض حاد و بیماری‌های عفونی حاد در افراد مراجعه‌کننده با شکایات غیراختصاصی است (۱۱).

Karakoumis و همکاران (۲۰۱۵) شیوع، تشخیص، عوارض حاد و میرائی در بیماران مراجعه‌کننده با شکایات غیراختصاصی اشاره کرده‌اند. در این مطالعه مشاهده‌ای، بیماران به مدت ۳۰ روز پیگیری شدند. پیگیری میرایی ۳۰ روز ۶/۴ درصد بود. بیماران با عوارض حاد که از بیماری‌های نارسایی قلبی، پنومونی میرایی بالای ۱۵ درصد داشتند. در حالیکه بیمارانی که فاقد عوارض حاد بودند ولی از اضطراب و افسردگی برخوردار بودند میزان میرایی صفر درصد داشتند (۱۲). این یافته‌ها مغایر با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد چراکه در مطالعه حاضر درصد مرگ‌ومیر بیماران با شاخص مطالعه مذکور همخوانی نداشت. درصد مرگ‌ومیر بالا در مطالعه حاضر نشان از این دارد که در مطالعه حاضر بیمارانی که به اورژانس مراجعه کرده‌اند دارای بیماری‌های زمینه‌ای با میرایی بالاتر نسبت به مطالعات مورد اشاره داشته‌اند.

نتیجه‌گیری

بیشتر بیمارانی که با شکایت ضعف و بی‌حالی به اورژانس مراجعه کرده بودند در سطح تریاژ ۳ قرار داشتند؛ این نشان می‌دهد که اکثر بیماران در زمان مراجعه به CPR یا اقدامات حاد اورژانسی نیاز نداشتند. داشتن بیماری زمینه‌ای و همچنین مصرف دارو در زمان مراجعه نسبت به نداشتن بیماری زمینه‌ای و مصرف نکردن دارو فراوانی بیشتری داشت.

References

1. Berthelot S, Lang ES, Quan H, Stelfox HT. Development of a hospital standardized mortality ratio for emergency department care. *Annals of emergency medicine*. 2016;67(4):517-24. e26.
2. Ala A, Vahdati SS, Jalali M, Parsay S. Rapid emergency medicine score as a predictive value for 30-day outcome of nonsurgical patients referred to the emergency department. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2020;24(6):418.
3. Ha DT, Dang TQ, Tran NV, Vo NY, Nguyen ND, Nguyen TV. Prognostic performance of the Rapid Emergency Medicine Score (REMS) and Worthing Physiological Scoring system (WPS) in emergency department. *International journal of emergency medicine*. 2015;8(1):1-8.
4. Knutson KL, Von Schantz M. Associations between chronotype, morbidity and mortality in the UK Biobank cohort. *Chronobiology international*. 2018 Apr 11.
5. Beglinger B, Rohacek M, Ackermann S, Hertwig R, Karakoumis-Ilsemann J, Boutellier S, Geigy N, Nickel C, Bingisser R. Physician's first clinical impression of emergency department patients with nonspecific complaints is associated with morbidity and mortality. *Medicine*. 2015 Feb;94(7).
6. Ruedinger JM, Nickel CH, Bodmer M, Maile S, Kressig RW, Bingisser R. Diuretic use, RAAS blockade and morbidity in elderly patients presenting to the Emergency Department with non-specific complaints. *Swiss Medical Weekly*. 2012 May 6(19).
7. Patzen A, Simon NR, Jauslin AS, Nickel CH, Bingisser R. Nonspecific complaints in emergency medicine: contribution of clinical chemistry and diagnostic imaging to final diagnosis. An observational study. *Signa Vitae*. 2021;17(4):49-54.
8. Nickel CH, Messmer AS, Ghanim L, Ilsemann-Karakoumis J, Giersdorf S, Hertel S, Ernst S, Geigy N, Bingisser R. Adrenomedullin for risk stratification of emergency patients with nonspecific complaints: an interventional multicenter pilot study. *Medicine*. 2016 Jan;95(1).
9. Nickel C, Kuster T, Keil C, Messmer A, Geigy N, Bingisser R. Risk stratification using D-dimers in patients presenting to the emergency department with nonspecific complaints. *European journal of internal medicine*. 2016;31:20-4.
10. Ha DT, Dang TQ, Tran NV, Pham TN, Nguyen ND, Nguyen TV. Development and validation of a prognostic model for predicting 30-day mortality risk in medical patients in emergency department (ED). *Scientific reports*. 2017;7(1):1-10.
11. Jenny MA, Hertwig R, Ackermann S, Messmer AS, Karakoumis J, Nickel CH, et al. Are mortality and acute morbidity in patients presenting with nonspecific complaints predictable using routine variables? *Academic Emergency Medicine*. 2015;22(10):1155-63.
12. Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M, Rohacek M, Geigy N, Müller B, Ackermann S, Bingisser R. Emergency presentations with nonspecific complaints—the burden of morbidity and the spectrum of underlying disease: nonspecific complaints and underlying disease. *Medicine*. 2015 Jul;94(26).

Assessment of outcome of patients admitted to 2 academic Emergency Departments with non-specific complaints (weakness)

Elahe amirahmadi¹, Mehdi rezaee², Fateme meshkini³, Mohammad hoseini kasnavie⁴

Submitted: 2022.7.31

Accepted: 2022.11.11

Abstract

Background and aim: Having weakness and lethargy and feeling the need for hospital emergency services is one of the most important reasons for patients to go to hospital emergency rooms. The aim of the present study was to investigate the relationship between morbidity and mortality of patients with weakness and lethargy.

Method: The present study was conducted in an observational and prospective manner in the emergency department of Rasool Akram and Firouzgar hospitals. The patients were divided into 5 groups by the evaluation team in the emergency triage unit using the international valid triage tool "Emergency Severity Index (ESI)". The patients were followed up for 2 months after the time of discharge and the patient's condition was examined in terms of illness, health or death.

Result: Between levels 1 and 2 (patients with high severity conditions) and 3 (patient needs two or more emergency facilities in case of no disturbance in vital signs), level 3 had the highest frequency of referrals (61.9%). 90.7% had an underlying disease and 66.1% of the patients were taking medication at the time of visit. 11% of patients died in the first visit. In the initial follow-up, 23.7% of people were still sick, 40.7% had recovered and 17.8% had died.

Conclusion: According to results in the final follow-up, 3.9% of people were still sick; the rate of recovered patients in the final follow-up was 44.1% and the percentage of deaths in the final follow-up was 24.6%. The high mortality rate indicates that the patients' concern was not due to weakness and lethargy, but due to a dangerous underlying disease that forced them to go to the hospital.

Key words: Weakness, Lethargy, Emergency department, Disease outcome

¹ Department of Emergency medicine, school of medicine, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Department of Emergency medicine, school of medicine, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Department of Emergency medicine, school of medicine, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Department of Emergency medicine, school of medicine, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

