

یافته‌های بالینی بیماران مبتلا به پنومونی اکتسابی بستری شده در بخش ریه بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۵

حشمت الله توکل^۱، ماریا چراغی^۲، سید مهدی طباطبایی^۳، بهداد هاشمی^۴

^۱ استادیار گروه ریه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ^۲ استادیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ^۳ استادیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. ^۴ پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

مجله طب پیشگیری سال اول، شماره اول، پاییز ۹۳ صفحات ۵۷-۵۱

چکیده

مقدمه: پنومونی یکی از علل شایع بستری بیماران در بیمارستان می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی دموگرافیک و شیوع برخی از مهم‌ترین علائم بالینی و همچنین مدت زمان بستری بیماران می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی و بر اساس داده‌های موجود در پرونده بیماران انجام شده است. جامعه مورد پژوهش، بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۵ که با تشخیص پنومونی اکتسابی از اجتماع در این مرکز بستری شده بودند را تشکیل می‌دهد. اطلاعات مورد نیاز نظیر سن و جنس و نیز علائم بالینی نظیر سرفه، خلط، بیماری زمینه‌ای، خلط خونی، درد پلورتیک و تنگی نفس وارد نرم افزار آماری شد.

یافته‌ها: میانگین سنی ۳۶۵ بیمار مبتلا به پنومونی اکتسابی ۶۰/۶ سال بوده است. ۴۷/۴ درصد بیماران زیر ۶۵ سال و ۵۲/۶ درصد بیماران ۶۵ سال و بیشتر سن داشتند. ۵۱/۲ درصد آن‌ها مرد و ۴۸/۸ درصد زن بودند. شایع‌ترین علائم به ترتیب شامل سرفه (۸۷/۹ درصد)، تنگی نفس (۸۱/۴ درصد)، خلط (۷۲/۹ درصد) و تب (۵۵/۶ درصد) بوده و خلط خونی با ۲۴/۱ درصد از همه ی علائم کمتر بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه شیوع بالای پنومونی اکتسابی از اجتماع را در جامعه‌ی ما نشان می‌دهد همچنین نشان داد که سن و جنس از موارد تأثیر گذار بر بروز برخی علائم می‌باشد. **واژگان کلیدی:** پنومونی اکتسابی - یافته‌های بالینی - عوامل دموگرافیک - اهواز

نویسنده مسؤل:
دکتر ماریا چراغی، استادیار گروه
بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات
عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،
دانشگاه علوم پزشکی جندی
شاپور اهواز
اهواز- ایران
تلفن: ۹۸۹۱۶۳۴۳۰۸۶
پست الکترونیکی:
mariacheraghi@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۳/۵/۹ اصلاح نهایی: ۹۳/۶/۱۴ پذیرش مقاله: ۹۳/۷/۲

مقدمه:

پنومونی اکتسابی از اجتماع (CAP)، شامل عفونت حاد پارانشیم ریه همراه با علائم حاد عفونت می‌باشد که با انفیلتراسیون حاد در گرافی ریه یا با یافتن تغییرات صدا در معاینه‌ی فیزیکی بیماران تأیید می‌شود و این تشخیص در بیماری صورت می‌گیرد که در بیمارستان بستری نیست و یا حداقل طی ۱۴ روز گذشته در بیمارستان بستری نبوده است (۳). علائم این بیماری شامل سرفه، سرفه ی خلط دار، تنگی نفس، تب و درد پلورتیک سینه می‌باشند. Community Acquired Pneumonia خصوصاً در افراد مسن به علت شیوع بالا، مرگ و میر و عوارض قابل توجه، بسیار قابل اهمیت است و حدوداً ۵۰

پنومونی یکی از علل شایع بستری بیماران در بیمارستان است. شیوع این بیماری حدود ۱۲ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر گزارش شده است و در دو سر طیف سنی بیشترین شیوع را دارد (۱). پنومونی به طور کلی به دو دسته کسب شده از اجتماع Community Acquired Pneumonia (CAP) و کسب شده از بیمارستان (Nasocomial) تقسیم بندی می‌شود. پنومونی کسب شده از اجتماع نیز خود به دو دسته تقسیم می‌شود: دسته‌ای که در خارج از بیمارستان امکان درمان دارند (Outpatient) و دسته‌ای که نیاز به بستری شدن در بیمارستان جهت درمان دارند (Inpatient) (۲).

مجله طب پیشگیری سال اول، شماره اول، پاییز ۹۳

آماري SPSS ۱۹ وارد شده و مورد تجزيه و تحليل آماری قرار گرفت. از آزمون آماری Chi - square و آزمون t - test جهت مقایسه متغیرها استفاده شد. تمامی بیماران بالای ۱۸ سال وارد مطالعه شدند و بیمارانی که تا ۱۰ روز قبل از مراجعه به بیمارستان سابقه بستری شدن در بیمارستان را داشتند، بیمارانی که مورد شناخته شده HIV مثبت بودند و بیمارانی که قبل از مراجعه به بیمارستان آنتی بیوتیک مصرف کرده بودند از مطالعه حذف شدند.

یافته ها:

میانگین سنی ۳۶۵ بیمار مبتلا به پنومونی اکتسابی ۶۰/۶ سال بوده است. ۴۷/۴ درصد بیماران زیر ۶۵ سال و ۵۲/۶ درصد بیماران ۶۵ سال و بیشتر سن داشتند. ۵۱/۲ درصد آن‌ها مرد و ۴۸/۸ درصد زن بودند. شایع ترین علائم به ترتیب شامل سرفه (۸۷/۹ درصد)، تنگی نفس (۸۱/۴ درصد)، خلط (۷۲/۹ درصد)، تب (۵۵/۶ درصد)، درد پلورتیک و خلط خونی با ۲۴/۱ درصد از همه ی علائم مذکور کمتر بود (جدول شماره ۱). در این مطالعه سرفه و درد پلورتیک به طور معنی داری در مردان بیشتر دیده شد. همچنین سرفه در گروه سنی زیر ۶۵ سال بیشتر بود، تنگی نفس نیز در بیماران گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر بیشتر از گروه سنی زیر ۶۵ سال دیده شد. تعداد تنفس زیر ۲۰ در دقیقه در گروه سنی زیر ۶۵ سال بیشتر بوده، در حالی که تعداد تنفس ۲۹-۲۰ در دقیقه و بیشتر از ۳۰ در دقیقه در سنین بالای ۶۵ سال بیشتر بوده است. تعداد ضربان قلب زیر ۱۰۰ در گروه سنی بالای ۶۵ سال بیشتر بوده ولی موارد ۱۰۰-۱۲۵ و بیشتر از ۱۲۵ در گروه سنی زیر ۶۵ سال بیشتر بوده است. همچنین بیماری زمینه ای در افراد متعلق به گروه‌های سنی بالای ۶۵ سال بیشتر دیده شد.

درصد کل موارد پنومونی منجر به بستری، در افراد بالای ۶۵ سال اتفاق می افتد، همچنین ۹۰ درصد مرگ و میر ناشی از عفونت دستگاه تنفس تحتانی، در افراد بالای ۶۵ سال رخ می دهد و علی رغم دسترسی به آنتی بیوتیک‌های مختلف، این بیماری هنوز یکی از علل اصلی مرگ در افراد مسن می باشد (۴).

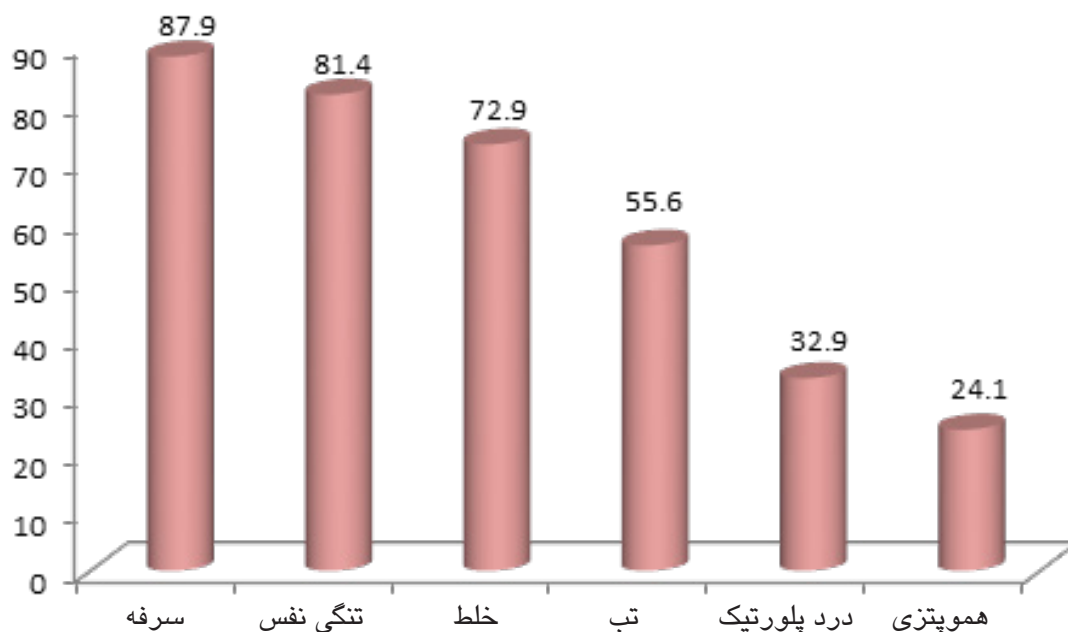
با توجه به اهمیت این بیماری که جزء ۱۰ علت اول مرگ و میر در کشور ما می باشد، و با توجه به این که شناخت بیشتر در مورد علائمی که بیماران مبتلا به CAP با آن‌ها مراجعه می کنند، کمک می کند تا پزشک بتواند زودتر به تشخیص درست بیماری برسد و ارزیابی بهتری از شدت بیماری داشته باشد، همچنین با تشخیص سریع و به موقع این بیماری می توان هم طول مدت بستری بیمار و هم هزینه‌های درمانی این بیماران را به میزان زیادی کاهش داد و نیز از اتلاف سرمایه‌های ملی که می تواند در جهت پیشبرد هر چه بهتر نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی به کار رود، جلوگیری کرد.

لذا با توجه به این که در استان خوزستان تا کنون بررسی در مورد شیوع و بروز علائم بالینی و آزمایشگاهی پنومونی صورت نگرفته است و از آمارهای موجود در استان در خصوص این بیماری اطلاعات زیادی در دسترس نمی باشد، اهمیت مطالعه در این مقطع زمانی و مکانی در خصوص CAP روشن می شود؛ بنابراین ما در این مطالعه بر آن شدیم که متوسط سنی بیماران، جنسیت آن‌ها و شیوع برخی از مهم ترین علائم بالینی و همچنین مدت زمان بستری آن‌ها در بیمارستان را مورد ارزیابی قرار دهیم.

روش کار:

این مطالعه که یک پژوهش توصیفی - تحلیلی (مقطعی) می باشد، که به صورت یک بررسی گذشته نگر مبتنی بر داده‌های موجود در پرونده بیماران انجام شده است. جامعه پژوهش شامل تمامی مراجعه کنندگان به بیمارستان امام خمینی(ره) اهواز که با تشخیص پنومونی اکتسابی از اجتماع بستری شده بودند می باشد. برای هر فرد پرسشنامه‌ای حاوی برخی اطلاعات فردی و علائم بالینی بیماری براساس اطلاعات موجود در پرونده بیماران تنظیم شد. این پرسشنامه از چند بخش تشکیل شده که در بخش اول خصوصیات دموگرافیک بیماران، در بخش دوم خصوصیات بالینی آن‌ها و در بخش سوم مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان مورد بررسی قرار می گیرد. سپس اطلاعات استخراج شده در نرم افزار

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی علائم بالینی در بیماران مبتلا به پنومونی اکتسابی



بحث و نتیجه‌گیری:

زیر ۵۰ سال، ۱۹ درصد آن‌ها در محدوده ۶۴-۵۰ سال و ۵۶ درصد آن‌ها بالاتر از ۶۴ سال سن داشتند. نتایج به دست آمده از این مطالعه، با نتایج مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. در مطالعه‌ی دیگر (۱۰)، متوسط سن بیماران بستری شده به علت CAP ۶۴ سال بوده است. در این مطالعه، ۵۶ درصد آن‌ها سن بالای ۶۵ سال داشته‌اند این نتایج نیز به مطالعه‌ی ما نزدیکی دارد. Kothe و همکاران (۱۱) در سال ۲۰۰۷ مطالعه‌ی را بر روی ۲۶۳ بیمار مبتلا به CAP انجام دادند. از این بیماران، ۴۹ درصد زیر ۶۵ سال و ۵۱ درصد بالای ۶۵ سال سن داشتند. نتایج تمامی مطالعات مذکور از لحاظ بررسی سنی با مطالعه‌ی ما همخوانی داشت. از لحاظ توزیع جنسی، ۵۱/۲ درصد بیماران مطالعه‌ی ما مرد بودند و ۴۸/۸ درصد آن‌ها نیز زن بودند. در مطالعه‌ی Jenifer (۵) ۵۳/۶ درصد بیماران مرد و ۴۶/۶ درصد آن‌ها زن بودند. در مطالعه‌ی Hedluna (۱۰) نیز از بیماران مبتلا به CAP، ۵۴ درصد مرد و ۴۶ درصد زن بوده‌اند. نتایج دو مطالعه‌ی مذکور کاملاً با نتایج حاصل از مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. در مطالعه‌ی Lauderdale (۷) ۶۳/۷ درصد از بیماران مرد و ۳۶/۳ درصد زن بودند. این مقادیر تا حدودی با نتایج حاصل از مطالعه‌ی ما همخوانی دارد گرچه این همخوانی خیلی نزدیک نمی‌باشد.

۳۶۵ بیمار در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند که، میانگین سنی آن‌ها ۶۰/۶ سال بود. بیشترین تعداد بیماران در محدوده‌ی سنی ۷۹-۷۰ سال (۳۰/۴ درصد) بودند. همچنین ۱۷۳ بیمار (۴۷/۴ درصد) زیر ۶۵ سال و ۱۹۲ بیمار (۵۲/۶ درصد) ۶۵ سال و بیشتر سن داشتند. در مطالعه‌ی انجام شده توسط Jenifer (۵) میانگین سنی بیماران مطالعه شده ۵۸/۸ سال بود که ۵۰/۱ درصد بیماران ۶۵ سال و بیشتر سن داشتند. که این مطالعه هم از لحاظ میانگین سنی و هم از لحاظ توزیع بیماران زیر ۶۵ سال و بالای ۶۵ سال با مطالعه‌ی ما همخوانی داشته است. در مطالعه‌ی نیز که در آرژانتین (۶) صورت گرفت، متوسط سنی بیماران ۵۹ سال ذکر شده که با یافته به دست آمده از مطالعه‌ی ما مشابهت دارد. همچنین در مطالعه‌ی دیگر که در تایوان (۷) صورت گرفت سن نمونه‌ها بین ۱۷ تا ۹۹ سال و میانگین سنی آن‌ها ۵۶ سال بوده است که این عدد نیز با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. در مطالعه‌ی دیگر که توسط Feagan در کانادا انجام گرفته است (۸)، متوسط سنی بیماران ۶۹ سال ذکر شده است. این عدد نیز با آن که از میانگین به دست آمده از مطالعه‌ی ما کمتر بوده است، اما به آن نزدیک می‌باشد. در مطالعه‌ی گارسیا (۹) و همکاران در سال ۲۰۰۱، ۲۵ درصد بیماران سن

شامل بیماری‌های قلبی (۱۷/۳ درصد) و پس از آن سرطان‌ها بوده است (۴/۱ درصد). در مطالعه‌ی Jenifer (۵) ۲۵/۸ درصد بیماران دچار بیماری زمینه‌ای بوده که شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای آن‌ها بیماری قلبی و عروقی (۲۱/۱ درصد) و در رأس آن‌ها CHF بود. در مطالعه‌ی گارسیا و همکاران (۹) میزان شیوع عوامل زمینه‌ای در بین بیماران مورد تحلیل قرار گرفت که طبق نتایج آن، ۵۴ درصد از بیماران جنسیت مذکر را (به عنوان یکی از عوامل خطر) داشتند، ۱۴ درصد مبتلا به CHF بودند، ۱۹ درصد سایر بیماری‌های قلبی را داشتند (به طور کلی ۳۳ درصد مبتلا به مشکلات قلبی بودند)، ۱۴ درصد مبتلا به COPD بودند، ۱۰ درصد دیابت شیرین، ۷ درصد بدخیمی، ۱۱ درصد مصرف سیگار و ۳ درصد الکلیسم به عنوان بیماری زمینه‌ای آن‌ها ذکر شده بود. در مطالعه‌ی Riquelme (۱۳) شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای همراه، مشکلات قلبی بودند که در ۳۸ درصد از بیماران دیده شدند و در رده‌ی دوم COPC بود که ۳۰ درصد بیماران را شامل می‌شد. در مطالعه‌ی Fang (۱۷) شایع‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای به ترتیب ایمنوسپارشن (۳۶/۳ درصد)، COPC (۳۲/۴ درصد) و بدخیمی‌ها (۲۸/۴ درصد) بودند.

در مطالعه‌ی Alan (۱۴)، ۵۰ درصد از موارد CAP و ۹۰ درصد از موارد مرگ و میر ناشی از CAP در افراد بالاتر از ۶۵ سال اتفاق افتاده بود. در واقع نشان داده شد که مرگ در افراد مسن به دلیل پنومونی نسبت به افراد جوان‌تر، ۳-۵ برابر بیشتر بوده است. همچنین در این مطالعه برخی موارد از جمله تعداد تنفس، ضربان قلب، وجود تب و مرگ و میر در بیماران بررسی شد که این نتایج به دست آمد: میان تب، تاکی پنه، تاکی کاردی، بیماری زمینه‌ای و مدت زمان بستری با جنس هیچ ارتباط آماری معنی داری دیده نشد، اما تاکی پنه در گروه سنی بالای ۶۵ سال بیشتر دیده شد، تاکی کاردی در گروه‌های سنی زیر ۶۵ سال بیشتر دید شد، بیماری زمینه‌ای نیز در گروه سنی بالای ۶۵ سال بیشتر دیده شد؛ همچنین مرگ و میر و تب نیز ارتباط آماری معنی داری با سن نداشتند نتایج مذکور تقریباً همگی با نتایج مطالعه‌ی ما همخوانی دارد.

در خصوص طول مدت زمان بستری، میانگین مدت زمان بستری مطالعه‌ی ما ۶/۵۸ روز بود. در مطالعه‌ی Feagan (۸)، میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان ۷ روز بوده است. این میزان کاملاً با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد.

از لحاظ میزان درجه حرارت بدن، کلیه‌ی بیماران

شیوع علائم بررسی شده در میان بیماران در مطالعه‌ی ما، به ترتیب شامل سرفه (۸۷/۹ درصد)، تنگی نفس (۸۱/۴ درصد)، خلط (۷۲/۹ درصد)، تب (۵۵/۶ درصد)، درد پلورتیک (۳۲/۹ درصد) و خلط خونی (۲۴/۱ درصد) می‌باشد. در مطالعه‌ی Jenifer (۷) شیوع علائم بیماران به ترتیب شامل سرفه (۷۹/۹ درصد)، خلط (۷۲/۵ درصد) و تنگی نفس (۶۸/۷ درصد) بوده است. در یک مطالعه (۶) بر روی بیماران، ۶۰/۸ درصد آن‌ها سرفه، ۳۲/۱ درصد درد سینه و ۵۴ نفر ۶۲ درصد خلط داشتند. همان طور که مشاهده می‌شود سه علامت غالب بیماران در این سه مطالعه، مشابه مطالعه‌ی ما می‌باشد. در مطالعه‌ی Lauderdale (۷) شایع‌ترین علائم به ترتیب شامل سرفه ۶۴ درصد و تب ۷۹/۸ درصد بودند. در مطالعه‌ی دیگر (۱۲) شایع‌ترین علامت بالینی CAP در بیش از ۸۰ درصد موارد CAP سرفه گزارش شد که مشابه مطالعه‌ی ما می‌باشد. در خصوص مصرف سیگار در مطالعه‌ی ما ۳۶/۷ درصد نفر از بیماران سیگار می‌کشیدند. در مطالعه‌ی گارسیا (۹) مصرف سیگار به عنوان بیماری زمینه‌ای در ۱۱ درصد بیماران ذکر شده بود که کمتر از میزان به دست آمده از مطالعه‌ی ما می‌باشد، اما در هر صورت مقدار قابل توجهی است و می‌تواند سیگار را به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز مطرح کند، تفاوت درصد در این دو مطالعه می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی در بین دو گروه مورد مطالعه باشد.

از لحاظ درصد مرگ و میر، ۸/۲ درصد از بیماران مطالعه‌ی ما فوت نمودند. در مطالعه‌ی Jenifer (۵) میزان مرگ و میر بیماران با پنومونی کسب شده از اجتماع، حدود ۱۵ درصد برآورد شد. در مطالعه‌ی که توسط Feaga انجام گرفته بود (۸)، میزان مرگ و میر کلی در بیمارستان ۱۴/۱ درصد بوده است. در مطالعه‌ی Riquelme نیز (۱۳) میزان مرگ و میر بیماران ۲۶ درصد و در مطالعه‌ی Kothe (۱۱) نیز این میزان ۶/۳ درصد بوده است. در مطالعه‌ی (۱۴) نیز، ۵۰ درصد از موارد CAP و ۹۰ درصد از موارد مرگ و میر ناشی از CAP در افراد بالاتر از ۶۵ سال اتفاق افتاده بود. در واقع نشان داده شد که مرگ در افراد مسن به دلیل پنومونی نسبت به افراد جوان‌تر، ۳-۵ برابر بیشتر بوده است. آمارهای ذکر شده در سایر مطالعات همگی مؤید یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی ما می‌باشند.

همچنین در میان بیماران مورد مطالعه‌ی ما، ۲۹ درصد بیماری زمینه‌ای داشتند و ۲۵۹ نفر (۷۱ درصد) فاقد بیماری زمینه‌ای بودند. شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای

بیشتر بوده است. در مطالعه‌ی Alan (۱۴) نیز تاکی کاردی در گروه‌های سنی زیر ۶۵ سال بیشتر دیده شد، که این مورد نیز با یافته‌های مطالعه‌ی ما مطابقت دارد.

به علاوه در این مطالعه بیماری زمینه‌ای در افراد متعلق به گروه‌های سنی بالای ۶۵ سال بیشتر دیده شد. در مطالعه‌ی Alan (۱۴) بیماری زمینه‌ای نیز در گروه سنی بالای ۶۵ سال بیشتر دیده شد که با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد و هم در متون معتبر درسی (۱) بدین صورت ذکر شده است، چنان که از نظر علمی نیز منطقی به نظر می‌رسد که در سنین بالاتر بیماری‌های زمینه‌ای نیز بیشتر به چشم می‌خورد.

در مطالعه‌ی Alan (۱۴) میان تب، تاکی پنه، تاکی کاردی، بیماری زمینه‌ای و مدت زمان بستری با جنس هیچ ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد، همچنین مرگ و میر و تب نیز ارتباط آماری معنی‌داری با سن نداشتند. این مطلب در مطالعه‌ی ما نیز به همین صورت بوده است که در مطالعه‌ی ما میان خلط خونی، تب، مدت زمان بستری، وجود بیماری زمینه‌ای، مرگ و میر و درجه حرارت بدن بیماران با جنس آن‌ها هیچ رابطه‌ی معنی‌داری کشف نشد. به دلیل عدم وجود چنین بررسی‌هایی در متون مورد استفاده، از مقایسه با سایر متون صرف نظر می‌شود. به علاوه میان وجود خلط، درد پلوریتیک سینه، تب تب بالای ۴۰ درجه، مدت زمان بستری، مرگ و میر و درجه حرارت بدن و میانگین مدت بستری با گروه‌های سنی بیماران در مطالعه‌ی ما هیچ ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. که چنین ارتباطی در هیچ یک از متون بررسی شده و کتب معتبر درسی نیز ذکر نشده.

مورد بررسی قرار گرفتند که از این بین ۵۵/۶ درصد بیماران تب داشتند. در مطالعه‌ی (۷) تب در ۷۹/۸ درصد بیماران دیده شد. در مطالعه‌ی Riquelme نیز تب در ۶۴ درصد بیماران دیده شد. همان طور که مشاهده می‌شود عدد به دست آمده از مطالعه‌ی ما تا حدودی کمتر از این دو مطالعه می‌باشد که این می‌تواند به علت مصرف خودسرانه‌ی تب برها در میان بیماران ما باشد. در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری بین بروز تب و گروه سنی بیماران کشف نشد ($p = 0/15$). علت آن ممکن است به علت دخالت مصرف خودسرانه‌ی تب برها در میان بیماران ما باشد.

در این مطالعه سرفه و درد پلوریتیک هر دو در بین مردان به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از زنان دیده شده‌اند.

همچنین در مطالعه‌ی ما سرفه در گروه سنی پایین ۶۵ سال بیشتر دیده شده است. در مطالعه‌ی Jenifer (۵) نیز سرفه به طور معنی‌داری بیشتر در گروه سنی پایین ۶۵ سال دیده شد، در کتب مرجع درسی (۱) نیز ذکر شده که علائم پنومونی در سنین پائین تر پرسرو صدادار است. آمار به دست آمده از مطالعه‌ی ما نیز در همین راستا می‌باشد.

در مطالعه‌ی ما تنگی نفس نیز در بیماران گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر بیشتر از گروه سنی زیر ۶۵ سال دیده شد. در مطالعه‌ی Jenifer (۵) تنگی نفس به عکس در گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر بیشتر دیده شد. این مطلب هم با کتب درسی (۱) و هم مطالعه‌ی ما همخوانی دارد.

در مطالعه‌ی ما شیوع خلط خونی در گروه سنی پایین ۶۵ سال بیشتر بوده است. این مطلب در متون بررسی شده در مطالعه‌ی حاضر بیان نشده، اما با توجه به این که در متون معتبر درسی ذکر شده که به طور کلی علامات ریوی و غیرریوی در گروه سنی زیر ۶۵ سال بیشتر مشاهده می‌شوند، این مطلب از لحاظ علمی منطقی به نظر می‌رسد.

در مطالعه‌ی ما تعداد تنفس زیر ۲۰ در دقیقه در گروه سنی زیر ۶۵ سال بیشتر بوده، در حالی که تعداد تنفس ۲۹-۲۰ در دقیقه و بیشتر از ۳۰ در دقیقه در سنین بالای ۶۵ سال بیشتر بوده است. در مطالعه‌ی Alan نیز (۱۴) تاکی پنه در گروه سنی بالای ۶۵ سال بیشتر دیده شد که با یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی ما مطابقت دارد.

همچنین در مطالعه‌ی ما تعداد ضربان زیر ۱۰۰ در گروه سنی بالای ۶۵ سال بیشتر بوده ولی موارد ۱۲۵-۱۰۰ و بیشتر از ۱۲۵ در گروه سنی زیر ۶۵ سال

References

منابع

1. Crapo J, Glassroth J, Karlinsky J, King T. Pneumonia NM, including community acquired pneumonia and nosocomial pneumonia In: Baum's Textbook of Pulmonary Diseases. 7th ed. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins. 2004;425-448.
2. Daniel M, Thomas J, Douglas C. Pneumonia. Chapter 239. Dennis Kasper. Anthony Fauci, Dan Lango, Stephan Hauser. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. Megraw Hill. New York. 2005;2 :1528-1541.
3. Bartlett GJ, Scott F, Dowell Lionel A. IDSA guidelines for CAP in adults. *Clin Infect Dis* 2000;31 :347-382 .
4. Fishman J. Community Acquired Pneumonia. In: Fishman A, Elias J, Fishman J, Grippi M, Kaiser L. Senior R. Fishman's manual of pulmonary diseases and disorders. 3 rd ed. McGraw Hill. New York. 2003;715-733.
5. Jenifer A, Brandbarg M. Clinical care for patients with pneumococcal pneumonia. *J Gen Intern Med*. 2000;15:638.
6. Luna CM, Famiglietti A. Community Acquired Pneumonia etiology. Epidemiology and outcome at a teaching hospital in Argentina. *Chest Journal* 2000;118(5):1344-1354.
7. Lauderdale T L, Chang FY. Etiology of Community Acquired Pneumonia among adult patient requiring hospitalization in Taiwan. *Respiratory Medicine*. 2005;99 :1079-1086.
8. Feagab B, Marrie T. Treatment and outcome of community acquired pneumonia at Canadian hospitals. *Arch intern medicine*. 2000;160 :1399.
9. Garcia M. A, Ordonex J. M, Garcia, Jimenes, F. Pauz et al. Clinical aspects and prognostic factors in elderly patients hospitalized for community acquired pneumonia. *Eur J air microbial Infects Dis*. 2001;20 :14-19.
10. Hedluna J, Ortquist A and the Swedish Infection disease society group Management of patient with Community Acquired Pneumonia treated in Hospital in Sweden. *Scand J Infect Dis*. 2002;34 :887-892.
11. Koth H, Bauer T, Marre R, suttorp N, Welte T, Dalhoff K and the Competence Network for Community – Acquired Pneumonia study group. Outcome of community – acquired pneumonia: influence of age, residence status and antimicrobial treatment. *Eur Respir J*. 2008;32 :139-146.
12. Bald Win DR, Tmacfaralane J, Armstrong D, Cohen J. Infectious disease: 1999;817-826.
13. Riqelme R, Torres A, Mensa J. Community- acquirec Pneumonia in the Elderly, Clinical and Nutritional Aspects. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 1997;156(6):1908-1914.
14. Alan M. Fain. Pneumonia in elderly: overview of diagnostic and therapeutic aprozches. *Clin Infect Dis*. 1999;28 :726-729.
15. Fang GD. Fine M, Orloff J, Arisumi D, Yu VL, Kapoor W, Grayston JT, Wang SP, Kohler R, Muder RR, et al. New and emerging etiologies for community – acquired pneumonia with implications for therapy. A prospective multicenter study of 359 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1990 Sep 69(5):307-16

Clinical manifestation of patients with Acquired Pneumonia admitted in the respiratory ward of Imam Khomeini Hospital in Ahvaz

H. Tavakol, MD ¹ M. Cheraghi, PhD ² SM Tabatabaei, PhD ³, B. Hashemi, GP ⁴

Assistant professor, Department of lung, Medical School, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.¹ Assistant professor, Social Determinants on health Promotion Research Center, Jundishapur University of Medical Sciences Ahvaz, Iran.² Assistant professor Department of Epidemiology, Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, Zahedan, University of Medical Sciences, Zahedan. Iran.³ General Physician, Imam Khomeini Hospital, Jundishapur University of Medical, Sciences, Ahvaz, Iran.⁴

(Received 31 Jul, 2014 Accepted 24 Sep, 2014)

ABSTRACT

Introduction: Pneumonia is an infection in the gas exchange units of the lung. This disease is one of the most common causes of admission in the hospital.

Regarding the pneumonia, we aimed to evaluate the mean age, sex and incidence of some important clinical manifestation and the duration of the admission in the hospital.

Methodology: In this cross sectional cases were selected from patients referring to Imam Khomeini hospital in Ahvaz during 2007-2004 with the diagnosis of the Community Acquired Pneumonia. During this study 365 patients were evaluated. Patients' data such as age, sex, and clinical manifestation were collected using a questionnaire and analyzed by statistical software.

Results: Mean age of the 365 patients was 60.6 years. Out of them 47.4% were <65 years old and 52.6% were > 65 years old. 51.2% were male and 48.8% were female. Most common manifestations were cough (87.9%), dyspnea (81.4%), sputum (72.9%) and fever (55.6%) respectively, and hemoptysis with 24.1% was the least common manifestation.

Conclusion: This study showed high prevalence of community acquired pneumonia in the studied population. It also showed that age and sex are effective factors in the presentation of the clinical manifestations of this disease.

Key Words: Community Acquired Pneumonia, Clinical Manifestation, age, sex.

Correspondence:
M. Cheraghi, Department of
Public Health, Jundishapur
University of Medical Sciences,
Ahvaz, Iran.
Tel: +989163413086
Email: mariacheraghi@gmail.com