

بررسی دموگرافیک بیماران منتقل شده توسط هلیکوپتر امداد به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران

محمد کلانتری میبیدی*، شهرام علمداری**، پریسا محمدی***، حمید کریمان****

*متخصص طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

ekalantari_meibodi@yahoo.com

**متخصص طب داخلی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

***متخصص طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

****متخصص طب داخلی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

پذیرش نهایی مقاله: ۸۸/۱۱/۲۸

وصول مقاله: ۸۸/۱۰/۳۱

چکیده

مقدمه: باتوجه به ضرورت کاهش زمان انتقال و درمان بیماران، مسئله انتقال بیماران به وسیله هواپیما یا هلیکوپتر می‌تواند نقش مهمی در کاهش مرگ و میر بیماران ایفا می‌نماید. هدف از این مقاله بررسی دموگرافیک بیماران منتقل شده توسط هلیکوپتر امداد به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، با هدف ضرورت مناسب برای تریاژ مصدومان و استفاده مناسبتر از امکانات می‌باشد.

روش‌ها: در این مطالعه پرونده‌های بیماران منتقل شده توسط اورژانس هوایی به بیمارستان امام خمینی (ره) از شروع پایه گذاری اورژانس هوایی (خرداد ۱۳۷۹) تا پایان اسفند ۱۳۸۰ مورد بررسی از لحاظ اپیدمیولوژی تروما و چگونگی خدمات دهی اورژانس قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۱۵۸ بیمار مورد مطالعه ۹۲٪ بیماران بر اثر تصادف آسیب دیده بودند. شایع‌ترین محل‌های آسیب اندام‌ها و سپس سر و گردن بود و شدیدترین آسیب در بیماران مولتیپل ترومای دچار آسیب به سر و گردن و توراکیس دیده شد. میانگین فاصله زمانی بین ورود بیمار به اورژانس و اولین ویزیت پزشک ۲۳ دقیقه بود و اکثر بیماران در سرویس جراحی عمومی و سپس در سرویس ارتوپدی مورد درمان قرار گرفته بودند.

نتیجه‌گیری: استفاده از معیار مناسب جهت غربالگری بیماران امداد هوایی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین تعداد بالای بیماران نیازمند خدمات سرویس ارتوپدی و جراحی عمومی نشانه لزوم تجهیز بیشتر نیرو و امکانات امداد هوایی در این زمینه است.

کلمات کلیدی: امداد هوایی، تروما، تریاژ، سرویس ارتوپدی، آسیب سر و گردن

مقدمه

لغت تروما از مفهوم یونانی به معنی آسیب بدنی مشتق شده و اولین مرکز تروما جهت مراقبت از سربازان زخمی ارتش ناپلئون ایجاد شده بوده است. در طی یک قرن گذشته جوامع صنعتی تحت یک تغییر اپیدمیولوژیک قرار گرفته اند و تروما به عنوان علتی برای از دست دادن سالهای مفید زندگی افراد درآمده که مقادیر بالائی از منابع بهداشتی سلامتی را به خود اختصاص می دهد. در کشورهای نظیر آفریقا و آسیا تصادفات جاده‌ای مهم‌ترین علت مرگ و ناتوانی ناشی از تروما را تشکیل می‌دهد. از فاکتورهایی که همواره در تروما از اهمیت شایانی برخوردار است زمان می‌باشد (۱ و ۲).

با توجه به اهمیت رشته طب اورژانس به عنوان یک رشته بالینی و مدیریتی و با توجه به اینکه کشور ایران با وسعت معادل ۱۶۴۰۰۰۰ کیلومترمربع همواره در معرض بلایای طبیعی و انسانی قرار دارد تصمیم گرفته شد، برای کاهش تلفات جانی و مالی برنامه بررسی انتقال بیماران به بیمارستان‌ها را در بیمارستان‌های مرجع پایتخت کشور ایران بررسی نماییم. بیماران از طریق اورژانس پیش بیمارستانی به مراکز بیمارستانی منتقل می یابند. از آنجایی که همواره تصمیم‌گیریهایی مسولین در امر مدیریت می‌بایستی بر اساس نیازهای افراد آن منطقه صورت گیرد و شناخت کافی نیازهای هر منطقه باعث تاثیر بر سیاست‌گذاری‌های نظام در سطح اول به عنوان پیشگیری از ایجاد بیماری‌ها در آن منطقه و همچنین در امر احداث و تجهیز مراکز درمانی در هر منطقه متناسب با نیاز محل به عنوان خدمات سطح دوم درمانی و همچنین باعث تاثیرات مثبت در امر سیاست‌گذاری دولت در

سطوح سوم خدمات بهداشتی درمانی که همان افزایش خدمات توانبخشی میباشد میگردد. لذا لازم است بیماری‌های شایع هر منطقه که با اورژانس ۱۱۵ تهران جهت امداد تماس حاصل می‌گردد مورد بررسی قرار داد تا بتوان با شناخت بیماری‌های شایع ضمن انجام تدابیر تدارکاتی و فنی مناسب گامی مثبت در تجهیز مراکز درمانی و استفاده از متخصصین مربوطه در جهت کاهش ناخوشی و مرگ و میر برداشت (۳).

باتوجه به ضرورت کاهش زمان انتقال و درمان بیماران، و با توجه به گسترده شدن روز افزون شهرها و افزایش جمعیت و تراکم ترافیک‌های شهری، و بروز سوانح در بزرگراهها و مناطق خارج شهری که معمولا با تعداد بالای مجروحین همراه است و نفوذ به مناطقی دور از دسترس آمبولانس‌های زمینی نظیر کوهستان مسئله انتقال بیماران به وسیله هواپیما یا هلی کوپتر اهمیت می‌یابد (۴).

آمبولانس هوایی ظرفیت حمل ۱۲-۱۰ مجروح را در کوتاه‌ترین زمان ممکن در صعب العبورترین مکانها داراست. در ایران در سال ۱۳۵۳ (۱۹۷۵ میلادی) به دنبال فرو ریختن سقف فرودگاه مهرآباد تهران و مجروح شدن تعداد زیادی از مردم خلا و کمبود فوریت‌های پزشکی تصمیم گرفته شد که به دنبال تصمیم وزارت بهداشت، مرکز اورژانس در تهران و در چند شهر بزرگ دیگر راه اندازی گردد. و سپس اورژانس هوایی تهران در تاریخ ۷۹/۳/۱ رسماً ایجاد گردید و ۵ بیمارستان امام خمینی، شهید چمران، هفت تیر، فیاض بخش و بعثت نیروی هوایی مجهز به باند فرود هلی کوپتر گردیدند و از آن تاریخ تاکنون بیماران زیادی به این بیمارستان‌ها ارجاع شده‌اند (۴ و ۵). باتوجه به ضرورت کاهش زمان انتقال و درمان بیماران، مسئله انتقال بیماران به

وسیله هواپیما یا هلی کوپتر می‌تواند نقش مهمی در کاهش مرگ و میر بیماران ایفا می‌نماید. هدف از این مقاله بررسی دموگرافیک بیماران منتقل شده توسط هلیکوپتر امداد به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، با هدف ضرورت مناسب برای تریاژ مصدومان و استفاده مناسب‌تر از امکانات می‌باشد.

روش‌ها

در این مطالعه پرونده‌های بیماران منتقل شده توسط اورژانس هوایی به بیمارستان امام خمینی (ره) از شروع پایه گذاری اورژانس هوایی (خرداد ۱۳۷۹) تا پایان اسفند ۱۳۸۰ مورد بررسی از لحاظ اپیدمیولوژی تروما و چگونگی خدمات دهی اورژانس قرار گرفتند. در این پرسشنامه اطلاعاتی در رابطه با سن، جنس، مکانیسم جراحات، مکان وقوع حادثه، محل آسیب بدنی، فاصله زمانی بین ورود بیمار به اورژانس، اولین ویزیت پزشک، انواع اقدامات پاراکلینیک و درمانی انجام شده، شدت آسیب بدنی، نیازمندی تخت مراقبت ویژه، فرآورده‌های خونی و پیامد بیماران و تخصص پزشک بستری کننده وارد گردید. اطلاعات جمع اوری شده را کد گذاری و جهت آنالیز نهایی وارد کامپیوتر شد. لازم به ذکر است با توجه به نواقصی که در پرونده‌ها موجود بود یک سری از بیماران حذف و افزایش مدت زمان مطالعه به میزان ۳ ماه بیشتر از میزان پیش بینی شده گردید. داده‌ها نهایتاً با استفاده از نرم افزار SPSS آنالیز گردیدند.

یافته‌ها

از ۱۵۸ بیمار منتقل شده توسط هلیکوپتر به اورژانس بیمارستان امام در زمان مورد مطالعه ۱٪ (۷۴ مرد) ($n=117$) و ۲۵/۹٪ زن ($n=41$) بودند.

۸۸/۶٪ بیماران سن زیر ۵۰ سال داشتند، شایعترین سن آسیب ۳۰ سال، میانگین سنی بیماران تروما دیده ۳۱ سال، مسن ترین بیمار ۸۰ ساله و کوچکترین بیماران ۳ ساله بود. اکثر بیماران در اثر سوانح رانندگی آسیب دیده بودند، متوسط زمان انتقال بیماران ۲۳/۵ دقیقه بوده است.

فراوانی نسبی شایعترین محلهای آسیب بدنی

شایعترین محلهای آسیب بدنی در بیماران منتقل شده توسط هلی کوپتر امداد به بیمارستان امام خمینی (ره)، ۳۱٪ آسیب اندامی، ۲۸٪ آسیب سروگردن و اندام، ۴٪ شکم و اندام، ۴٪ شکم و اندام، ۶٪ سروگردن و شکم، ۱۷٪ سر و گردن و ۱۰ درصد دیگر موارد بود.

فراوانی نسبی درجه ترومای بیماران

نمره Revised Trauma Score (RTS) در ۸۸ درصد برابر و بالاتر از ۱۱ و ۱۲ درصد کمتر از ۱۱ بود.

اقدامات پاراکلینیک

برای ۹۴/۹٪ بیماران گرافی ساده انجام شده بود و ۹۸/۸٪ بیماران مورد آزمایشات روتین (CBC, U/A, BG, RH) قرار گرفته بودند. برای ۳۴/۲٪ بیماران CT اسکن و فقط در یک مورد MRI انجام شده بود و ۲۷/۸٪ بیماران تحت سونوگرافی شکم قرار گرفته بودند. تعداد زیادی از بیماران منتقل شده، خصوصاً در اوایل راه اندازی اورژانس هوایی، مشکل عمده پزشکی نداشتند (مانند ضرب دیدگی و یا erosion اندامها) و چند ساعت پس از ورود بیمار به اورژانس مرخص شده بودند.

پیامد بیماران منتقل شده

۴۸ درصد بیماران با رضایت شخصی و ۲۶ درصد بوسیله پزشک مرخص شدند. ۱۶ درصد بیماران به بخش منتقل و ۲٪ به بیمارستان دیگر

و ۲ درصد فوت کرده بودند. ۲٪ موارد هم نقص در پرونده وجود داشت.

خدمات مورد نیاز بیماران

علاوه بر خدمات و مراقبت‌های اولیه پزشکی و اورژانس در ۹۸ درصد موارد به ترتیب، ۳۷ درصد موارد به جراحی شکم، ۲۳ درصد به خدمات ارتوپدی، ۴ درصد به خدمات جراحی مغز و ۴ درصد به خدمات جراحی گوش، حلق و بینی احتیاج داشتند.

بحث

اکثر بیماران در اثر سوانح رانندگی آسیب دیده بودند، در نتیجه تصادفات از علل مهم مولتیپل تروما به شمار می‌روند که مطرح کننده نیاز به تبلیغات و توجه بیشتر به قوانین راهنمایی و رانندگی و لزوم اصلاح یا وضع قوانین جدید می‌باشد(۶).

متوسط زمان انتقال بیماران ۲۳/۵ دقیقه بوده است. (علیرغم استفاده از هلیکوپتر به عنوان یک وسیله سریع و در عین حال هزینه بر) سریعترین ویزیت بیمار در لحظه ورود به اورژانس توسط پزشک ۲۱۰ دقیقه (معادل سه ساعت و نیم) بوده است. مطالعات مشابه صورت گرفته در سرویس امداد هوایی ایالات متحده، ایرلند و انگلستان به ترتیب برابر با ۸/۲، ۹ و ۱۷ دقیقه بوده است(۷-۱۰).

تعداد زیادی از بیماران منتقل شده، خصوصاً در اوایل راه اندازی اورژانس هوایی، مشکل عمده پزشکی نداشتند (مانند ضرب دیدگی و یا erosion اندامها) و چند ساعت پس از ورود بیمار به اورژانس مرخص شده بودند، که این مساله نشاندهنده *triage* و لزوم به کارگیری روشهایی در زمینه استفاده صحیح از امکانات موجود می‌باشد(۱۱).

تعداد بالای بیماران نیازمند خدمات سرویس ارتوپدی و جراحی عمومی نشانه لزوم تجهیز بیشتر نیرو و امکانات، و شدت آسیب بیشتر در بیماران که دچار آسیب سروگردن شده بودند مطرح کننده لزوم وجود امکانات ویژه و کادر مجرب در این زمینه است.

شیوع بسیار زیاد درصد رضایت شخصی در بیماران ما مؤید عدم رضایت یا عدم رسیدگی سریع و مناسب به بیماران است(۱۲).، به طوریکه بیماری که با هزینه بالا و صرف امکانات فراوان توسط هلیکوپتر به بیمارستان ارجاع شده در نهایت بدون انجام درمان کامل ناچار به رضایت شخصی می‌گردد. لذا لزوم رسیدگی به کادر و تجهیز مراکز درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

فهرست منابع

- 1- Bahman S, Roudsari, Moosa Zargar. Sex and age distribution in transport-related injuries in Tehran. Accident Analysis and Prevention 2004; 36:391-8.
- 2- Scott S, Mathew V, Arthur K, Jean-D. Prehospital trauma care systems. 1st ed. Geneva: WHO Press; 2005: 5-12
- 3- Rosen D. Emergency medicine concepts and clinical practice. Forth edition, 1998:62.
- 4- Alavi E, Noshadi V, Shadloo B. Helicopter emergency medical services' standards. 1st ed. Tehran: Aerospace Research Institute, Ministry of science, research & technology; 2005: 10-35.
- 5- Zarrabi B, Parhizghari S. exploring the causes of death among HEMS transferred patients to Imam Khomeini hospital from Mar 2003 to Mar 2004. 1st ed. Tehran: Aerospace Research Institute, Ministry of science, research & technology; 2005: 1-3.

- 6- Rosen B, Ling. Emergency medicine concepts and clinical practice. Forth edition 1998:65.
- 7- Campbell JD, Muellman RL, Gridley TS. Measuring response intervals in a system with a 911 primaries and EMS secondary public safety answering point. *Ann Emerg Med* 1997; 29:492-6.
- 8- Breen N, Woods J, Bury G, Murphy A, Brazier H. A national census of ambulance response times to emergency calls in Ireland *Emerg Med J* 2000; 17: 392-5.
- 9- Snook JA, Nichol JP, Brazier JE, Lees-Mlana E. A review of the costs and benefits of helicopter emergency Hospital Emergency Incident Command System Update Project, available at www.emsa.cahwnet.gov/dms2/heics3.htm, last accessed July 23, 2003.
- 10- Ambulance services in England and Wales. *J Public Health* 1996; 18: 67-77.
- 11- Alavi E, Shadloo B, Parhizgari S. Rationales and methods of performing the study of assessing the causes of death in emergency helicopter transported patients. 1st ed. Tehran: Aerospace Research Institute, Ministry of science, research & technology; 2006: 21-35.
- 12- .Bradt DA, Abraham K, Franks R:A strategic Plan for disaster medicine in Australasia: *Emerg Med (Fremantle)*.2003;15(3):271-82