بررسی رابطه نمایه توده بدن و ممر و میر داخل بیمارستانی بیماری‌های پاک شرایط کردن قرار گرفتن

محراب مریان، سید حسام الدین عباسی، ابراهیم نیسابعی، پیام قابوی‌، علیرضا علاییالموئی، علی اردوان

چکیده

مقدمه: تصور بر این است که افراد چاق احتمال بیشتری برای ابتلا به عوارض بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب دارند. مطالعات مختلفی که جهت بررسی این رابطه انجام گردیده‌ایند نتایجی کویرنی نموده اند. هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین نمایه توده بدن (BMI) و ممر و میر داخل بیمارستانی متعاقب عمل جراحی عروق کرونر بود.

روش‌ها: بر اساس نظرات ژنتکر و در گزارش مطالعه، در این مطالعه وارد گردیدند. بیماران بر اساس نمایه توده بدن به گروه‌های میزانی تقسیم شدند. در گروه اول بیمارانی قرار گرفتند که BMI آنها کمتر از متوسط بود. در گروه دوم بیمارانی قرار گرفتند که BMI آنها مساوی یا بیشتر از متوسط بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد ممکن است بیمارانی که BMI متوسط یا بالاتر باعث تاثیر قطعی در عمل جراحی می‌شوند، ممکن است بیشتر بیمارستانی متعاقب عمل جراحی عروق کرونر بیشتری باشند.

واژگان کلیدی: نمایه توده بدن، جراحی پاک عروق کرونر، ممر و میر داخل بیمارستانی


1. مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران
2. ویژه پزشکی و بهداشت مصنعی

*شناسه: چاپ‌سازی کارگر شما، مرکز قلب تهران، کدپستی: 14111713188802 تلفن: 09126778888020  پست الکترونیک: mehrabmarzban@yahoo.com

tarih دریافت: 82/6/33

tarih پذیرش: 83/9/20
مقدمه
بتوان بهبود وضعیت اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی ایران بررسی رابطه شخصیت شناخته شود و می‌تواند برای بیمارستانین‌... در دهه‌های اخیر به‌هیله وضعیت اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی ایران بررسی رابطه شخصیت شناخته شود و می‌تواند برای بیمارستانین‌... به‌هیله وضعیت اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی ایران بررسی رابطه شخصیت شناخته شود و می‌تواند برای بیمارستانین‌...
شده در این مطالعه در بین این سه گروه، تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. (جدول ۵)

اراده و درصد کسر چهارشنبه، همان چه برای CIDP نشان می‌دهد، در این سه گروه نیز مثبت هستند. در حالی که در بیمارستان‌های دانشگاهی، این تفاوت معنی‌داری در بین این سه گروه برقرار نبود.

\[ \text{Ejection fraction} \]

قلم

ینه مدل رگرسیون لوچیستیک

در بررسی ارتباط سایر عوامل خطر با مرض و مصرف نکته مطرح شده، عوامل خطری که به سطح معنی‌داری ۱/۰ با مرض و محرک ارتباط داشتند، انتخاب شدند و در آنالیز رگرسیون لوچیستیک وارد شدند. (جدول ۲)

در آنالیز صورت‌های اولیه، دیباشت میلیوی دارای برابری ۰/۳۸۱ (۱/۲۸۱) Regression Coefficient شد. در عین حال، طی بررسی منشأ محرک گردید که دیباشت‌های با BMI کمتر از ۳۰ درصد بیشتر نسبت به سایر حالات ترکیب دیباشت و نمایندگی توده دیباشت. مغرب و مصرف بیشتری داشتند (۱/۰۰۰). (جدول ۱)

با این حال، وجود فشار خون بالا با یک‌دیگر تفاوت معنی‌داری در داشتن BMI به ترتیب ۱/۰/۰۰۰ (جدول ۱) به وجود می‌آید. این به نشان و استفاده در بیمارستان‌ها و ایالات به بیمارها می‌رسد. این فشار خون بالا در داروها و دچار همچنین اثر بیماران دارای فشار خون بالا بوده است. سایر عوامل خطر اضافه گیری

\[ \text{BMI} \]

از میان ۱۲۸۸ بیمار مورد بررسی در این مطالعه، ۸۷۳ نفر (۷۱/۴٪) مرد و ۳۱۱ نفر (۲۶/۶٪) زن بودند. از میان کل بیماران، ۴۹۲ بیمار (۳۷/۶٪) دارای BMI زیر ۲۵، ۴۰۱ بیمار (۳۱/۱٪) بین ۲۵ و ۳۰ BMI دارای BMI بیش از ۳۰ تا ۳۰ و ۴۲ بیمار (۳/۱٪) BMI بیش از ۳۰ داشتند (جدول ۲).

\[ \text{BMI} \]

در مدل حاصل دارای همبستگی برای ۰/۸۹٪ و ویژگی برای ۶۶/۷٪ جهت شناسایی بیمارانی که در بیمارستان فوت می‌نامند می‌پایش.

جدول ۱- عوامل خطری که در بین طبقه‌های مختلف نمایه توده بدن، تفاوت معنی‌داری دارند

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>BMI ≥ 30</th>
<th>BMI &lt; 30</th>
<th>BMI &lt; 20</th>
<th>BMI &gt; 40</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>مرد ۱/۲ (۲۹/۲ نفر)</td>
<td>مرد ۱/۵ (۵۲/۲ نفر)</td>
<td>مرد ۱/۵ (۸۱/۵ نفر)</td>
<td>مرد ۱/۵ (۸۱/۵ نفر)</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>زن ۱/۵ (۴۴ نفر)</td>
<td>زن ۱/۵ (۴۴ نفر)</td>
<td>زن ۱/۵ (۴۴ نفر)</td>
<td>زن ۱/۵ (۴۴ نفر)</td>
</tr>
<tr>
<td>سایه‌های فشار خون بالا</td>
<td>مرد ۱/۵ (۸۱/۵ نفر)</td>
<td>مرد ۱/۵ (۸۱/۵ نفر)</td>
<td>مرد ۱/۵ (۸۱/۵ نفر)</td>
<td>مرد ۱/۵ (۸۱/۵ نفر)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۲- فراوانی و نسبت عوامل خطر در طبقه‌های مختلف نمایه توده بدن

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>BMI ≥40</th>
<th>30 ≤ BMI &lt; 40</th>
<th>BMI &lt; 30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>58/82</td>
<td>58/5</td>
<td>58/2</td>
</tr>
<tr>
<td>کشیدن سیگار</td>
<td>%14/5</td>
<td>%31/5</td>
<td>%26/3</td>
</tr>
<tr>
<td>Functional Class (New York)</td>
<td>I</td>
<td>7/9</td>
<td>7/9</td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
<td>5/5</td>
<td>5/5</td>
<td>5/5</td>
</tr>
<tr>
<td>III</td>
<td>4/4</td>
<td>3/4</td>
<td>3/4</td>
</tr>
<tr>
<td>IV</td>
<td>0/0</td>
<td>0/0</td>
<td>0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه آنتی‌بیوتیک کاروتید</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بلوئیز</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه اسکلت فیتی</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>وجود آروماتیک</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه دیابت میتیوس</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه سکته مغزی</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>نارسایی کلیه</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>COPD</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه آنادیترکتومی کاردیا</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه جراحی عروق محیطی</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه PCI</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه خانوادگی مبتلا</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>هیپرکلسترولمی</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
<td>%0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح (mg/dl) HDL</td>
<td>40/4</td>
<td>33/4</td>
<td>28/4</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح (mg/dl) LDL</td>
<td>20/8</td>
<td>15/8</td>
<td>10/8</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح (mg/dl) TG</td>
<td>38/2</td>
<td>24/2</td>
<td>19/2</td>
</tr>
<tr>
<td>EF (%)</td>
<td>24/2</td>
<td>14/2</td>
<td>9/2</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد عروق گرفنار</td>
<td>1/1</td>
<td>1/1</td>
<td>1/1</td>
</tr>
<tr>
<td>گرفناري left main</td>
<td>%2/2</td>
<td>%2/2</td>
<td>%2/2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 3- نسبت مرک و میر و زندگی ماندن در طبقه‌های مختلف نمایه توده بدن

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>BMI ≤ 20</th>
<th>20 &gt; BMI ≤ 24</th>
<th>BMI &gt; 24</th>
<th>وضعیت ترخیص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.016</td>
<td>98%</td>
<td>98%</td>
<td>1%</td>
<td>زندگی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(1434 نفر)</td>
<td>(1434 نفر)</td>
<td>(1 نفر)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.017</td>
<td>92%</td>
<td>92%</td>
<td>3%</td>
<td>فوت شده</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(1194 نفر)</td>
<td>(1194 نفر)</td>
<td>(13 نفر)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 4- متغیرهایی که به واسطه دارا بودن ارتباط با مرک و میر در سطح 0/1 برای آنالیز چند متغیر انتخاب شده‌اند

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>عامل خطر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 0.001</td>
<td>EF  ( \geq 25 % )</td>
</tr>
<tr>
<td>0.001</td>
<td>دیابت ملیتوس</td>
</tr>
<tr>
<td>0.001</td>
<td>دیابت ملیتوس با نمایه توده بدن کمتر از 30</td>
</tr>
<tr>
<td>0.004</td>
<td>سال 75 &lt; سن</td>
</tr>
<tr>
<td>0.024</td>
<td>سابقه سکته قلبی</td>
</tr>
<tr>
<td>0.004</td>
<td>سابقه بیماری مزمن انسدادی رویی</td>
</tr>
<tr>
<td>0.034</td>
<td>سابقه آرتیمی</td>
</tr>
<tr>
<td>0.01</td>
<td>جنس مذکر</td>
</tr>
<tr>
<td>0.1</td>
<td>نمایه توده بدن بالای 40</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 5- پیش بینی کننده های مرک داخل بیمارستان متعاقب عمل CABG

<table>
<thead>
<tr>
<th>P value</th>
<th>95% CI for OR</th>
<th>OR (Odds Ratio)</th>
<th>Regression coefficient (B)</th>
<th>متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>EF &lt; 25%</td>
</tr>
<tr>
<td>0.0002</td>
<td>1/329-1/328</td>
<td>1/298</td>
<td>1/382</td>
<td>سال 75 &lt; سن</td>
</tr>
<tr>
<td>0.013</td>
<td>1/321-1/320</td>
<td>1/295</td>
<td>1/444</td>
<td>دیابت ملیتوس با نمایه توده بدن کمتر از 30</td>
</tr>
<tr>
<td>0.0007</td>
<td>1/320-1/291</td>
<td>1/288</td>
<td>1/232</td>
<td>PCI سابقه</td>
</tr>
<tr>
<td>0.001</td>
<td>1/442-1/441</td>
<td>1/292</td>
<td>1/468</td>
<td>عدد ثابت</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتایج گیری

متحده آمریکا سالانه حدود 68 میلیارد دلار هزینه صرف دارم که می‌شود. همچنین در آن کشور حدوداً سالی 30 میلیارد دلار صرف برناهه‌های کاهش وزن و غذایی

بحث و نتایج گیری

چاقی یک مشکل مشترک بین جوامع مختلف می‌باشد که نتایج این مطالعه به آن در حالت افتراقی است. در ایالات...
اختصاصی مربوط به آن می‌شود [1]. وزن افزایش، تحت تأثیر
عوامل زنگیک و عادات غذایی و رفتاری آنها می‌باشد [15].
2. چاقی به عوامل یک عامل خطر شاخص‌های به رای‌بافی با
بیماری‌هایی از قبیل دیابت، افزایش فشار خون و بیماری
غیر قرنث محصول می‌گردد [16].
غلال تیتانی سایه به علت خطر گسترش می‌شود که فرد را
در معرض برخورد پس از عمل جراحی باید پس
عوامل قرونث قرار می‌دهد. این عوامل اکثری ناشی از سخت
تر بودن تکنیک‌های جراحی در افراد چاق و مشکل‌تر بودن
مراقبتهای بعد از عمل در این افراد باشد [8]. به‌همین
دلیل تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران چاق وزن توسط
کاردیولوژیست‌ها جهت انجام عمل جراحی با یس
مغزی نمی‌شوند یک نکته که به آن توصیه‌های جهت کاهش
وزن صورت می‌پذیرد. حتی برخی از افراد نیز خود
جرحات نیک به نتیجه‌گیری از خطرات پس از عمل، از
انجام عمل جراحی سریالی می‌زند [17].
همان‌گونه که در مقدمه نیز اشاره شد در حال حاضر یک
توافق کلی در وجود رابطه مستقیم در بین چاقی و خطرات
ناشی از اعمال جراحی با یس عوامل قرونث وجود ندارد.
عوامل فیزیکی اولیه مطالعه ایرانی با حجم نمونه قابل
توجه در این رابطه می‌باشد به منظور بررسی این رابطه
انجام گردیده است.
در مطالعه ما اکثریت قربانی اتفاق بیماران (49/9%) دارای
نمایه توده بدن کمتر از 30 نمی‌باشد. در این مطالعه
معادل غیر چاق و مطلق متوسط بودند. اما در بیماران
فوت شده در مقایسه با بیماران زده مانده، نسبت بیماران
با چاقی شدید، به‌شکل معمول مانند بازوی بود. این نتیجه با
نتیجه حاصل از مطالعه بر روی پایگاه داده‌های

2. Heseker H, Hartmann S, Kubler W, Schneider R. An epidemiologic study of food consumption
Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Report of the American College of
Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to
Revise the 1991 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). American College
4. Parsonnet V, Dean D, Bernstein AD. A method of uniform stratification of risk for evaluating
the results of surgery in acquired adult heart disease. Circulation 1989; 79 3-12.
operations can be performed safely in obese
patients. Eur J Cardiothorac Surg 2004; 25:
212-217.
6. Moulton MJ, Creswell LL, Mackey ME, Cox JL,
Rosenbloom M. Obesity is not a risk factor for
significant adverse outcomes after cardiac
7. Schwann TA, Habib RH, Zacharias A, Parenteau
GL, Riordan CJ, Durham SJ, Engoren M.
Effects of body size on operative, intermediate,
and long-term outcomes after coronary artery
bypass operation. Ann Thorac Surg 2001; 71:
521-530.
8. Brandt M, Harder K, Walluscheck KP, Schottler
I, Rahimi A, Moller F, et al. Severe obesity
does not adversely affect perioperative
mortality and morbidity in coronary artery bypass
surgery. Eur J Cardiothorac Surg 2001; 19:
662-666.
9. Hannan EL, Kumar D, Racz M, Siu AL, Chassin
MR. New York State's Cardiac Surgery
Reporting System: four years later. Ann Thorac
10. Hattler BG, Madia C, Johnson C, Armitage JM,
Hardesty RL, Kornos RL, Pham SM, Payne
DN, Griffith BP. Risk stratification using the
Society of Thoracic Surgeons Program. Ann
11. Grover FL, Hammermeister KE, Burchfiel C.
Initial report of the Veterans Administration
Preoperative Risk Assessment Study for
Cardiac Surgery. Ann Thorac Surg 1990; 50:
12-26.
12. O'Connor GT, Plume SK, Olmstead EM, Coffin
LH, Morton JR, Maloney CT, et al. Multivariate
prediction of in-hospital mortality
associated with coronary artery bypass graft
surgery. Northern New England Cardiovascular
Disease Study Group. Circulation 1992; 85:
2110-2118.
13. Higgins TL, Estafanos FG, Loop FD, Beck GJ,
Blum JM, Parangani L. Stratification of
morbidity and mortality outcome by
preoperative risk factors in coronary artery
bypass patients. A clinical severity score. JAMA
1992; 267: 2344-2348.
14. Roques F, Nashef SA, Michel P, Gauducheau E,
de Vincentis C, Baudet E, et al. Risk factors
and outcome in European cardiac surgery:
analysis of the EuroSCORE multinational
database of 19030 patients. Eur J Cardiothorac
15. Hamann A, Sharma AM. Genetics of obesity
and obesity-related hypertension. Semin
16. Barrett-Connor EL. Obesity, atherosclerosis,
and coronary artery disease. Ann Intern Med
1985; 103: 1010-1019.
17. Simopoulos AP, Van Itallie TB. Body weight,
100: 285-295.
18. Kuduvalli M, Grayson AD, Oo AY, Fabri BM,
Rashid A. Risk of morbidity and in-hospital
mortality in obese patients undergoing coronary
artery bypass surgery. Eur J Cardiothorac Surg
19. Prabhakar G, Haan CK, Peterson ED, Coombs
LP, Cruzzavala JL, Murray GF. The risks of
moderate and extreme obesity for coronary
artery bypass grafting outcomes: a study from
the Society of Thoracic Surgeons' database. Ann