چکیده:
مقدمه: استرس هیپرگلیسمی با افزایش مرگ و میر داخل بیمارستان در بیماران مبتلا به بیماری‌های خونی و بستره در بخش مراقبتهای ویژه (ICU) همراه است. این مشخص نیست که آیا این اختلال در بیماران یک بخش اورژانس داخلی نیز با افزایش مرگ و میر همراه است یا خیر. هدف از این مطالعه تعیین شیوع استرس هیپرگلیسمی و میزان مرگ و میر مرتبط با آن در بیماران بستره در یک بخش اورژانس داخلی بود.

روش‌ها: بر این مطالعه طولی از آینده‌نگری به مدت 6 ماه، 101 بیمار که در اورژانس داخلی بیمارستان آرامیزه و مرکز ارژنژ در شهرستان مشهد بستری شدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. 120 بیمار به علت بدخیمی و 32 بیمار به علت طول بستری کمتر از 24 ساعت از مطالعه حذف شدند. تمام بیماران مورد معاینه قرار گرفتند و شرح حال اخذ شد. آزمایش‌های اولیه شامل فقد خون تصادفی زمان بستری، اوره، کرایتين و شمارش کلمه سلول‌های خونی (CBC)، انگام و فقد خون ناشتا (FBS) انجام و بعد از 24 ساعت مداوم‌دری شد. بیماران بر اساس فقد خون ناشتا به 5 گروه تقسیم شدند.

در تمام بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی، HbA1C اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: 170 گروه (240 مورد، زن) با متوسط سن 48 ± 18 سال مورد مطالعه قرار گرفتند. شیوع استرس هیپرگلیسمی در بیماران بستری شده 16/76 درصد در بیماران تحت درمان کورتیکوستروئید 19/8 درصد و بیماران با فقد خون ناشتا مختلط 19/4 درصد بیشتر از بیماران دیابتی (37/3%)، بیماران با فقد خون ناشتا مختلط (44/6%) و بیماران تحت درمان کورتیکوستروئید (27/4) بود. در 8% از بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی، HbA1C از کل بیماران از نظر HbAIC باطقیعی بود. از 4/6% در گروه هر گروه مراکز و بیمارستان مورد تحقیق در بیمارستان مراکز با گروه یک بیمار در بیمارستان با گروه باطقیعی بود.

توصیه‌گری: بر این مطالعه استرس هیپرگلیسمی یک یافته شایع (14/6) در بیماران بستری در بخش اورژانس داخلی بود و این بیماران مرگ و میر بالاتر از سایر بیماران داشتند.

واژگان کلیدی: استرس هیپرگلیسمی، مرگ و میر، بخش اورژانس

1- Longitudinal

- 1 2-

* نشان‌دهنده مشهه، بیمارستان آرامیزه، مرکز تحقیقات علوم سلامت مشهد.

zmosavil2@yahoo.com
مقدمه

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که هیبریدلیسمی و مقاومت به استرس در طی بیماری‌های ویمی‌کلیس های به طور شایع مشاهده می‌شود [1]. این مسئله حتی در بیماران که سابقه قبلی دیابت ندارند نیز قابل مشاهده است (استرس هیبریدلیسمی) [2]. در مطالعه بزرگ تصادفی نشان داده که هفظ قند خون در محدوده طبیعی با تجربه استرس داخلی قاطع، بطور قابل توجه مراک میزان دیابت مزدروی را کاهش می‌دهد [8,9]; به علاوه ارتباط بین قند خون زمان بسترا و میزان مراک و میزان مراک در بیماران با افزایش جاده میوکارد و سکته مغزی ابتلا شده [10] و این فرضیه که استرس هیبریدلیسمی ممکن است یک نشان صدمات و سیل قلبی باشد [21].

روش‌ها

مطالعه به صورت طولی در طی ۶ ماه در بخش اورژانس داخلی بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان مشهد (بیمارستان اورژانسی) انجام شد. کل بیماران بسترا در این مدت ۱۰۳۱ نفر بودند. بیماران به صورت روزانه از زمان بسترا مورد بررسی قرار گرفتند. در بدو بسترا برای تمام بیماران یک پرسشنامه که شامل سؤالات قبلی دیابت، بیمارانی که قبلی یک سیستمی قلبی، مصرف سیگار و عوامل مبتنی بر اماینیات، فشار خون، دیابت و آمیزیای خونی بود تکمیل شد. آزمایش‌ها شامل بای‌نیون (ІУ‌ن، CBC)، انت‌آوره‌های (BUN)، کراتین (Cr) و نیازی (BS) اند. پس‌اندازگیری ها توسط یک پاتراس تابث در بخش اورژانس و تحت نظارت محققین مطالعه انجام شد. فشار خون و درجه حرارت بیماران ثبت گردید. معاینه‌ها از طریق عبارتند از: ۱- جریان ملایم، ۲- طول مدت اول از ۱۱ تا ۲۴ ساعت از کل بیماران مزدروی، ۳- نفر به علت طول مدت بسترا کمتر از ۴۲ ساعت و ۱۲-۲۰ نفر با تشدید بدنی از طول مدت اول از کل بیماران مزدروی، ۴- نفر به علت بدندبی از طول مدت اول از کل بیماران مزدروی، ۵- نفر به علت سایر بیماران افزایش چندگانه نشان می‌دهند و هیبریدلیسمی به عون باعث شد که استرس هیبریدلیسمی ممکن است یک نشان صدمات و سیل قلبی باشد [21].

1- Neuroendocrine dysregulation
کلاسیکال، دارو و/or سیستم جداسازی مهاجرتی.

**پایان‌نامه:***

88 بیمار شامل 80 مرد (54٪) و 8 زن (46٪) در محدوده سنی 49-99 سال (میانگین 64±14 سال) مورد بررسی قرار گرفتند. از همه بیماران یکی یا دو مورد دارونهالی شدند. برای 178 بیمار (5/4) از بیماران این سلول‌های خونی استخوانی و 3 مورد دیگر (0/3) از بیماران مزمن یا تهوع به دلیل سیستم جداسازی مهاجرتی در افراد بالای 65 سال مشاهده شد. از بین 400 مورد (0/5) در طول مطالعه فوت کردند. علت فوت به دو دسته کلی تقسیم شد:

1- ایستگی قلبی و تنفسی (30٪) نفر از بیماران فوت شده خارج (0/3) نفر داخل ICU (0/5) در گروه با قند خون تغییر 50 نفر (0/7) در گروه با قند خون ناشی از 61 نفر (0/4) در گروه دیابت کنترل کردن و گروه دیابت قدرتمند در صورتی که قند خون سطح هر هفته بالاتر از سطح بالای 160 mg/dl بود بیماران به قند خون پس از جمع‌آوری اطلاعات نماد موجود، این اطلاعات کلیدی بودند. سپس داده‌ها وارد رایانه شدند و آنالیز آماری آنها توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید و در Chi-Square تحلیل براي متغیرهای کیفی از آزمون استفاده گردید. برای متغیرهای کیفی ابتدا پس از آنچه نمودار آنها توسط آزمون کلمگروف - سیمری، از آزمون‌های 4 و آنالیز واریانس و تکی استفاده شد.
جدول 1- ویژگی‌های بالینی بیماران پنج گروه زمان بستری

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه زمان بستری</th>
<th>تحت درمان ناشتا</th>
<th>دیابت</th>
<th>فندطبیعی</th>
<th>اسنسه</th>
<th>هیپرگلیسی</th>
<th>تعداد بیماران (%)</th>
<th>P = (در مقایسه با هر گروه فرد طبیعی)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین سن جنس (زن/مرد)</td>
<td>49/25</td>
<td>0.49</td>
<td>0.73</td>
<td>0.70</td>
<td>0.09</td>
<td>9</td>
<td>0.002</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف دخانیات تعداد (%)</td>
<td>59/17</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>6</td>
<td>0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بیماری اسپیکی</td>
<td>36</td>
<td>0.95</td>
<td>0.85</td>
<td>0.91</td>
<td>0.93</td>
<td>10</td>
<td>0.001</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ویژگی‌های بالینی بیماران در بررسی میزان شنواع استرس هیپرگلیسی و ...

فوق معنی دار بود به این صورت که در مجموع از کل بیماران مورد بررسی بی 17 نفر (23%) به‌صورت ICU متنقل سطح 2، 8 نفر (11%) از گروه استرس هپرگلیسی و 6 نفر (11%) از گروه مصرف از دیابت بودند. مشخص است همانطور که میزان بستری در بیماران استرس هیپرگلیسی به وضوح بالاتر از ICU گروه دیگر بود (P = 16.1%). گرچه میزان بستری در بیماران دیابتی بین ان بیماران به فرد گروه طبیعی بود و لی تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P = 0.05). در تفاوت در نظر 37 نفر (33%) از بیماران استرس هیپرگلیسی علاوه سیستمی مشاهده کرده که این میزان بالاتر از هیپرگلیسی (15/8%) گروه ناشتا و 5/4% از دیابت (P = 0.2) از بین گروه همانطور که در گروه تحت درمان با کورتیکو استروئید تفاوت در درمان ناشتا (5/0%) و ا penetrate- و اوره از گروه 5 گروه همانتورکی در گروه تحت درمان با کورتیکو استروئید بیشتر از چهار دیگر بود (P = 0.001). در میزان مرج و میر داخل بیمارستانی در استرس هیپرگلیسی و 4 نفر (19/8%) گروه دیابت 5 نفر (2/3%) گروه بین این گروه تحت 7 نفر (1/4%) گروه تحت درمان با کورتیکو استروئید معنی‌دار نبود (P = 0.49), بود که مرج و میر در گروه. بر اساس آن تفاوت بین میزان بستری در ICU از 3 گروه
جدول 2- مشخصات بیماران فوت شده در 5 کروه در طی بستری در اورژانس داخلی بیمارستان امام رضا (ع)

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیماران مبتلا به HbA1C</th>
<th>درمان</th>
<th>گلونکز خون</th>
<th>اسکس</th>
<th>تعداد بیماران</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>8/19</td>
<td>3.3</td>
<td>3.5</td>
<td>88/34</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7/19</td>
<td>10</td>
<td>3.5</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6/19</td>
<td>3</td>
<td>4 ± 3</td>
<td>75 ± 4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>12/19</td>
<td>0.19</td>
<td>59.9</td>
<td>10 ± 11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>13/19</td>
<td>11.8 ± 14</td>
<td>28.5 ± 9.9</td>
<td>8 ± 5/11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Mean ± SD

با توجه به نمودارهای 1 و 2 میزان مرگ و میر در بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی به وضوح بیشتر از سایر گروه‌ها بود. میزان و چرخه ICUR در بیماران استرس هیپرگلیسمی 5/2 بیشتر از بیماران با قند طبیعی و ناشی از درگیری استرس HbA1C 15% بیشتر بود سبب داشته و تحت درمان با کورتیکوستروئید بود. متوسط گلونکز خون تصادفی زمان بستری در بیماران فوت شده در گروه استرس هیپرگلیسمی 7/7 میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بود که به وضوح از گلونکز خون گروه دیابتی می‌باشد. کمتر بود (P<0.001) (ولی با سایر گروه‌ها نشان داده نمی‌شود). متوسط گلونکز خون ناشی از درگیری در بیماران فوت شده گروه استرس هیپرگلیسمی (A/1) 175 ± 38.7 کمتر بود (P<0.001) (ولی با سایر گروه‌ها نشان داده نمی‌شود).
نمودار 1- مکر و میر خارج ICU در بیماران پنج کروه

نمودار 2- مکر و میر داخل ICU در بیماران پنج کروه

جدول 3- مشخصات بیماران کروه استرس هپرکلیدسی به تفکیک HbA1C بین < 4% و HbA1C بین 4% تا 8%

<table>
<thead>
<tr>
<th>HbA1C بین 4% تا 8%</th>
<th>تعداد بیماران (٪)</th>
<th>میانگین سن (سال)</th>
<th>مرگ و میر (٪)</th>
<th>مدت استرس (روز)</th>
<th>میانگین فندخون تصادفی (mg/dl)</th>
<th>میانگین فندخون ناشتا (mg/dl)</th>
<th>جنس (زن/مرد)</th>
<th>تعداد مبتلای به ICU در تمام موارد 100٪</th>
<th>P &lt; 0.05</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6/3 (10)</td>
<td>9/1/8 (11)</td>
<td>1/7/8 (5)</td>
<td>2/4/7 (3)</td>
<td>8/1/7 (4)</td>
<td>5/1/7 (5)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>7/4/7 (4)</td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>7/6 (12)</td>
<td>9/1/8 (11)</td>
<td>1/7/8 (5)</td>
<td>2/4/7 (3)</td>
<td>8/1/7 (4)</td>
<td>5/1/7 (5)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>7/4/7 (4)</td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>8/9 (15)</td>
<td>9/1/8 (11)</td>
<td>1/7/8 (5)</td>
<td>2/4/7 (3)</td>
<td>8/1/7 (4)</td>
<td>5/1/7 (5)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>7/4/7 (4)</td>
<td>0.8</td>
</tr>
<tr>
<td>9/9 (15)</td>
<td>9/1/8 (11)</td>
<td>1/7/8 (5)</td>
<td>2/4/7 (3)</td>
<td>8/1/7 (4)</td>
<td>5/1/7 (5)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>17/5/7 (3)</td>
<td>7/4/7 (4)</td>
<td>0.8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
بحث

در این مطالعه میزان شروع استرس هیرکلسیمی (۱۴\%) (۱۲۱) نفر بود که از میان افراد ۱۰ نفر (۸\%) آنها بیشتر از ۱۷ داشتند که معدل ۱۷\% از کل جمعیت مورد مطالعه بود که این گروه می‌توانند بیماران با دیابت قبلی تشویق داده نشده یا پره دیابت باشد. در مطالعه Umbierrez در یک بخش طبی عمومی، شروع استرس هیرکلسیمی (۱۲\%) (۷) در مطالعه اویلارد روز بیماران مبتلا به ایستگی قلبی، شروع استرس هیرکلسیمی (۲۰\%) (۷) بود (که (۲۰\%) بیماران گروه استرس هیرکلسیمی بر اساس تشویق داده نشده استاد(۷۱). در مطالعه Levetan شروع استرس هیرکلسیمی در بیماران Marfella بیماران قلبی، شروع استرس هیرکلسیمی (۲۹\%) (۷) با گزارش شد (۷،۱۷،۱۸). در مطالعه که اختیار متشابه بود در یک برسی روز مقطع حس خون گروه کوتکان از بروتولینیت تحت تهیه مکانیکی، شروع هیرکلسیمی با BS ۱۱۰ mg/dl ۱۵۰ و با تعیین ۸/۸ 

Oswald در مطالعه‌ای روز بیماران مبتلا به ایستگی قلبی، ۵/۴ بیماران هیرکلسیمی تازه تشویق داده شده (زمان بستری). در این مطالعه از طریق مدت بستری در بیماران استرس هیرکلسیمی (۸/۵) (۷) روز ب در طور مجدد بیماران با نیاز به غذای دیابتی بود (۷) (۷) P<۰/۱۰ در مطالعه ICU میزان مراکز خارج علائم در بیماران استرس هیرکلسیمی بیشتر از بیماران با نیاز به غذای دیابتی بود (۵). در مطالعه ICU میزان مراکز و میر بیماران استرس هیرکلسیمی در
در مطالعه دیگری که توسط Oswald و همکاران روی بیماران متابالیته به سطح حاد قلی انجام شد، این میزان 6/8% بود. 

در مطالعه Soler و همکاران 9% از کل بیماران متبالتا به سکته حاد قلی و 12% از بیماران متبالتا به سندرم کرونتی حاد، دیابت قبلی مشخص داده نشده داشتند [41].

در این مطالعه میزان کربن دیاکسید نیتروژن در بیماران یک بخش اورژانسی داخلی بیمارستان نیز این مطالعه نشان دهی کرد که این مورد و Ümperirez و ümperirez انسداد قلب و اسپریز گروه اسپریز علیه مرسوم یک بخش دیابت داخلی انجام شد. 

بول دمت بیمارستان در مطالعه ما در گروه استرس هیپرگلیسمی به دیروقت بیشتر از گروه بیماران قطر طبیعی بود. اما در بیماران قطر طبیعی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که جوی طول مدت بستری در بیماران گروه ملکور می‌تواند بیشتر بوده، این بیماران بدلارتر از بیماران بستری. از دیگر دیروقت و میر کلی در بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی بالاتر از سایر گروه‌ها بوده و همینطور میزان میر و میر داخل و خارج بالاتر از سایر گروه‌ها بوده).

در نهایت اینکه شیوع ابتلا به عفونت، مصرف قلی با اکثریت دخانیات و بیماری‌های ایسکمی سطح دیابت در بیماران استرس هیپرگلیسمی به طور واضح بالاتر از سایر گروه‌ها بوده و در بین بیماران این گروه، تقریباً یک سوم مورد فوت به علت سنی ممکن بود در حالتی چندین یافتنی در سایر گروه‌ها مشاهده نمی‌شود.

بنابراین با توجه به مجموعه یافته‌های فوق به راحتی نیم‌توان گفت که اگر اسپریز هیپرگلیسمی یک عامل خطر مستقل برای افزایش میر و میر داخل بیمارستانی است با این که این بیماران به علت حال عمومی بدنی دچار نیز بالاتر از گروه دیابتی و گروه دیابتی پی سطح طبیعی بود [15].

برای که با توجه به این مطالعه است، ümperirez همان‌طور است، بیماران دیابتی شناخته گرایی در بیمارستان باید در مراقبت‌های خارجی را هم بهتر می‌شود. همچنین باعث کاهش انتقال‌های و کاهش تولید هرم‌کوسین A و فعالیت‌های کاهش در حالی‌که بالاتر است. 

در مطالعه ما میزان انتقال بیماران استرس هیپرگلیسمی به ICU 7/6% بیماران با قند خون طبیعی 1/2% و بیماران ümperirez و ümperirez در مطالعه استرس هیپرگلیسمی ICU میزان انتقال به بیماران 6/4% و بیماران با قند خون طبیعی 9/2% بوده که با توجه به تحقیق تا حاضر در انتقال به ICU سه گروه فوق بود [17].

در مطالعه ما نماینند بین بیماران استرس هیپرگلیسمی به طور معنی‌داری بالاتر از بیماران با قند خون طبیعی بود (P<0/00001) در بین سایر گروه‌ها از لحاظ سنی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با ارائه سی و عملکرد سلول‌های بافت لنزی، کاهش می‌باشد و توانایی خشک انسولین خواست. انستیتوی تحقیق آزاد شدن سیستم‌های و فعالیت انتی‌فیتیهای T ضروری است.

است. 

در مطالعه ما میزان مصرف دخانیات (P<0/00001) سایرة بیماری‌های ایسکمیک قلی (P<0/00001) و عفونت بیماری ایسکمیک قلی (P<0/00001) در بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی بالاتر از سایر گروه‌ها بوده و در حالی‌که در مطالعه ümperirez بین بیماران از لحاظ متغیرهای فوق تفاوتی وجود نداشت [17].

در مطالعه ما بیماران با بیماران بالاتر از 6/6% (بیماران هبی‌آیک استرس هیپرگلیسمی دیابتی) مشخص داده نشده، این میزان در مطالعه Oswald 9/3% کاهش شده است. [15].
داست که در مجموع متابقه این مطالعه نشان داد که استرس هیپرگلیسمی در بیماران یک باعث افزایش اورژانس داخلی شیوع بالایی برخوردار است (14) و مربوط می‌باشد به درمان با وضعیت بافتن خون طبیعی و دیابتی است و این که میزان هب‌اِی‌سی در بیماران مبتلا به استرس هیپرگلیسمی تأثیری در مراکز و میر ندارد.

سیاسگاری
هزینه‌های این پژوهش، توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردیده است. از جمله آقای دکتر متظری مسئول متغیر و بررسی متغیر اورژانس داخلی بیمارستان امام رضا (ع) به شاخصی‌ها و همکاری‌ها بی‌شایستگی تقدیر می‌گردد.

2. Leonidou L, Mouzaki A, Michalaki M, Delastik AL, Kyria
4. Aronson O, Hammernik H, kapelovich MR, Suleiman A, Ag
13. Srinivasan V, Spinella PC, Drott HR, Roth CL, Helfaer MA, Nadkarni V. Association of
78
90/0 : 4:;8 <=/ >0 4/… 28