چکیده
مقدمه: اسکرو هیپرگلیسمی با افزایش مرگ و میر داخل بیمارستان در بیماران مبتلا به بیماری‌های ورمی و بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) همراه است. اما مشخص نیست که آیا این اتفاقات در بیماران یک بخش ارژانس داخلی نیز با افزایش مرگ و میر همراه است یا خیر. هدف از این مطالعه تعیین شیوع اسکرو هیپرگلیسمی و میزان مرگ و میر مرتبط با آن در بیماران بستری در یک بخش ارژانس داخلی بود.
روش‌ها: این مطالعه تکراری آزمونی به مدت 6 ماه، 1301 بیمار که در ارژانس داخلی بیمارستان امام رضا (ع) (یک بیمارستان آموزشی و مركب ارژانس در شهرتستان مشهد) بستری شدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. 123 بیمار به علت بدخیمی و 33 نفر به علت تب بستری کمتر از 24 ساعت از مطالعه حذف شدند. تمام بیماران مورد معاینه قرار گرفتند و شرح حال اخذ شد. آزمایش‌های اولیه شامل قند خون تصادفی زمان بستری، اوره، کراتینین و شمارش کل و سلول‌های خونی (CBC) انجام و قند خون ناشتا در 1 بیمار بر اساس قند خون ناشتا به 5 گروه تقسیم شدند.
در تمام بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی، HbA1C، اندوزه‌گیری شد.

یافته‌ها: 266 بیمار (400 مرد، 386 زن) با متوسط سن 48 ± 18 سال مورد مطالعه قرار گرفتند. شیوع استرس هیپرگلیسمی 14% و بیماران قبلی شاخص شده 15/1%، گلکوز خون ناشتا مختل 2/1% و بیماران با قند خون مختل 2/3% بودند. در بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی مرگ و میر داخل بیمارستانی (19/8%) بیشتر از بیماران دیابتی (3/7%)، بیماران با گلکوز خون ناشتا بیشتر (1/9%) و بیماران تحت کنترل کروتیکواستروئید بیشتر HbA1C (1/7%) بود. 2/5% برای هر 4 گروه، 8/8% از کل بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی (1/1%) از کل بیماران، HbA1C بیشتر بود. از 6/1% بستری در یک گروه قند مرگ و میر بود و طول مدت اقدام با بیمارستان مشابه گروه طبیعی بود. توصیه‌گری: در این مطالعه استرس هیپرگلیسمی یک یافته شایع (1/4) در بیماران بستری در بخش ارژانس داخلی بود و این بیماران مرگ و میر بالاتر از سایر بیماران داشتند (P=0/0001).

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

1- Longitudinal

- 1- مرکز تحقیقات غدد-بیمارستان قائم(عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- 2- کارشناس آر در آمار حیاتی، مری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

* نشانی: مشهد، بیمارستان قائم، مرکز تحقیقات غدد درون ریز، تلفن: 9162592632 ، نمایر: 7777، پست الکترونیک: zmosavi12@yahoo.com
روس‌هار

مطالعه به صورت طولی در طی ۶ ماه در بخش اورژانس داخلی بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان مشهد (بیمارستان آموزشی) انجام شد. کل بیماران بستری در این مدت ۱۰۳۱ نفر بودند. بیماران به صورت روزانه از زمان بستری مورد بررسی قرار گرفتند. در بدو بستری برای تمام بیماران یک پرستار بهره‌مند شدند. این بیماران به مدت بیش از ۱۱ ساعت در بخش اورژانس تحت نظارت پرستار ثابت بودند. این مطالعه به صورت فیلتر شفاف و تحلیلی انجام شد. فشار خون، دمای حرارت و آزمایش‌های دیگر ثبت گردید.

1- Neuroendocrine dysregulation

مقدمه

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که هیپرگلیسمی و مقاومت به انسولین در طی بیماری‌های وخم هدایت به فاز شایع می‌شوند.[۱-۲] این مطالعات نشان داده که انسولین نسبت به میزان ۵۵ و سطح مایع و فشار خون در محدوده بدنی می‌باشد با تجویز انسولین درمانی قاطع، بطور کلی توجه مرگ و میر بیماران مزکر را کاهش می‌دهد.[۳] به علاوه ارتباط بین خونهای از زمان بستری و میزان مرگ و میر در داخل بیمارستان با افرازکورس جاد می‌کند و سطح مایع ابتلای سه شانه[۴-۵] و این فرضیه در محقق شده که استرس هیپرگلیسمی ممکن است یک نشان صدهم و سبب قلبی‌پری باشد.[۶-۷]

مطالعه به طور مشابه چندین مطالعه نشان داده است که احتمال مرگ و میر در بیماران انسولین مثبت است که به سکته حاد مغزی بیشتر از بیماران غیردیابتی می‌باشد.[۸-۹] البته همچنان جای بحث است که آیا هیپرگلیسمی زمان بستری به عنوان یک عامل خطر مستقیم در افراز مرگ و میر داخل بیمارستان و بیش از کمی در بیماران بستری مطرح است یا که افراز قبل خون عادی از یک پاسخ افرازی باید به استرس می‌باشد.

بیمارانی که بدون سابقه قبلی دیابت تحت عنوان استرس هیپرگلیسمی قرار می‌گیرند، به ۳ گروه تقسیم می‌شوند. ۱- کسانی که علت دیابت قبلی تشخیص داده نشدند. ۲- بیمارانی که در غیاب دیابت تحت استرس بیماری دیجی افرازی قلد خون بیماران. جهت کمک افتراق این دو گروه از یکدیگر سنگین HbA1c مقدار اسکله می‌تواند انجام شده که طی آنها تلاقی به این بوده تا بدان خود HbA1c می‌باشد. افراز گذشته شون.[۱۰] در بیماران از مطالعات مزکر مرگ و میر از کار افرازکورس و پژوهش می‌باشد. این مطالعات در بیمارستان در بیماران مبتلا به استرس هیپرگلیسمی نسبت به سایر بیماران افرازی شنجک‌کننده نشان می‌دهند و هیپرگلیسمی به عنوان یک عامل خطر مستقیم در افراز...
یافته‌ها
۴۲۶ بیمار شامل ۴۸۰ مرد (۵۵/۴٪) و ۳۸۶ زن (۴۴/۶٪) در محدوده سنی ۱۴–۶۹ سال (میانگین ± ۴۴ سال) مورد مطالعه قرار گرفتند.

از کل بیماران بنی ۱۴۱ فرد (۳۷٪) سابقه بیماری ایسکمی قلبی و ۷۵ فرد (۱۹٪) سابقه آخرین تیبیک قلبی را داشتند. بیماران با بیماری قلبی کریتریومی گذاشته شد. از کل بیماران بنی ۱۶ فرد (۴٪) طی بستری تشخیص یک بیماری عفونی گذاشته شد. از ICU کل بیماران بنی ۱۹ فرد (۵/) به مدت سه ماه شدند. علت فوت
۲ دسته کلی تشخیص شد:
۱- ایستگی قلبی یا تنفس ۳- سیستمی (شامل ۲ مورد یا
بیماری ضعیف از عوارض: تن در خستگی و افزایش سطح دمای بدن از ۳۶ درجه، یا بهبودی در دما به شدت کاهش یافت.

نکته: در بیماران از املاح به عنوان یکی از چهار گروه استفاده می‌شود.

۴- بیماران که هیچ سابقه قلبی از دیابت را دارند نه کم کردن و یا بستری یا فوت در ۱-۲ ماه گلوکز خون نشان‌اند و در غلظ مراحل HPLC و در پی آزمایشگاه HbA1C به روش HPLC افزایش در بیمار
تاخیر تشخیص داده نشده (HbA1C ≤ ۷٪) از طریق (HbA1C) چند
شده. شرایط ناشنا در این مطالعه حداکثر ۶ ماه سعی در انتقال کلیه از طریق خوراکی و تزریق در نظر گرفته

تشخیص ایجاد شد.


تشخیص داده شده (HbA1C) چند

۵٪ و ۲۵٪ (۳۰ فرد از بیماران فوت شده خارج
۲۰) (۱۰ فرد داخل ICU فوت گرفته). در غلظ روند قلبی-ترکیباتی نیز در این گروه در جدول ۱ آمده است.

میانگین سنی در گروه هیپرگلیکمی تازه تشخیص داده شده (۵۹ سال) بالاتر از گروه قند خون طبیعی (۵۴±۷ سال) بود (P=۰/۰۶) با توجه به فاصله میانگین سنی بین دو گروه طبیعی و انسدادی.

از لحاظ توزیع جنسی بین ۵ گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. متوسط قند خون صادقی زمان بستری در بیماران استرس هیپرگلیکمی (mg/dl ۱۰۴±۴) بالاتر از گروه قند خون طبیعی (mg/dl ۱۰۰±۴) بود (P=۰/۰۲) (۱).
جدول 1 - ویژگی‌های بالینی بیماران پنج گروه زمان بستری

| میزان | تحت درمان ICU | تحت درمان کوارتوکسترونید | دیابت | پنذکین | استرس هیپرگلیسی | تعداد بیماران (%)
|-------|----------------|-----------------------------|-------|---------|-------------------|----------------
جدول 2- مشخصات بیماران فوت شده در 5 گروه طی بستری در اورژانس داخلی بیمارستان امام رضا(ع)

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه</th>
<th>فوت درمان</th>
<th>ناشتالی مخت کوریکوتروئید</th>
<th>دیابت</th>
<th>قند‌پیله</th>
<th>استرس</th>
<th>هیپرگلیسی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>گروه‌بیشتر از گروه درمان</td>
<td>4/9.3</td>
<td>(1/1)</td>
<td>(1/4)</td>
<td>0/1</td>
<td>4/9.3</td>
<td>(1/4)</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه</td>
<td>0/22.6</td>
<td>85</td>
<td>4/9.3</td>
<td>(1/4)</td>
<td>0/1</td>
<td>4/9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه</td>
<td>2/1</td>
<td>10</td>
<td>4/9.3</td>
<td>(1/4)</td>
<td>0/1</td>
<td>4/9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه</td>
<td>1/0</td>
<td>4</td>
<td>4/9.3</td>
<td>(1/4)</td>
<td>0/1</td>
<td>4/9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه</td>
<td>0/4</td>
<td>100</td>
<td>4/9.3</td>
<td>(1/4)</td>
<td>0/1</td>
<td>4/9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه</td>
<td>0/0</td>
<td>100</td>
<td>4/9.3</td>
<td>(1/4)</td>
<td>0/1</td>
<td>4/9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه</td>
<td>119/0</td>
<td>117</td>
<td>216/0</td>
<td>117</td>
<td>216/0</td>
<td>117</td>
</tr>
</tbody>
</table>

با توجه به نمودارهای 1 و 2، میزان مرگ و میر در بیماران گروه استرس هیپرگلیسی به وضوح بیشتر از سایر گروه‌ها بود. میزان هر بیمار خارج ICU در بیماران استرس هیپرگلیسی 5 بر بیمار از بیماران با قند طبیعی و دیابتی بود. میزان میر داخل ICU نیز در گروه استرس هیپرگلیسی 15 بر بیمار از بیماران با قند طبیعی و 5 بر بیمار بیماران دیابتی و تحت درمان با کوریکوتروئید بود. متوسط گلکزر خون تصادفی زمان بستری در بیماران فوت شده در گروه استرس هیپرگلیسی 7/46 mg/dl بود که به وضوح از گلکزر خون تصادفی گروه دیابتی کمتر بود (P=0/01). ولی با سایر گروه‌ها نتایج معنی‌داری ندارند.

متوسط گلکزر خون ناشتا در بیماران فوت شده گروه استرس هیپرگلیسی 0/6175 mg/dl بود که به وضوح از گروه دیابتی کمتر بود (P=0/01).
نمودار ۱ - مرگ و میر خارج ICU در بیماران پنج کروه

نمودار ۲ - مرگ و میر داخل ICU در بیماران پنج کروه

جدول ۳ - مشخصات بیماران کروه استرس هیبرکلیسمی به تفکیک 

<table>
<thead>
<tr>
<th>HbA1C (mg/dl)</th>
<th>گروه ها</th>
<th>جنس (زن/مرد)</th>
<th>میانگین مراجعه، تعداد بیماران (درصد)</th>
<th>میانگین سن (سال)</th>
<th>درصد بیماران ضعیف (درصد)</th>
<th>تعداد اسنتی پاتولوژیک (درصد)</th>
<th>تعداد بیماران (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱۸±۱۱ ۳۸۵/۳</td>
<td>میانگین ۱۷/۵±۴/۵/۸</td>
<td>میانگین کنار خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>۱۴/۵±۹/۵</td>
<td>جنس (زن/مرد)</td>
<td>تعداد مطلوب به IC</td>
<td>در تمام موارد ۵۰/۰۰٪</td>
<td>می‌باشد.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
بحث

در این مطالعه میزان شیوع استرس هیپرگلیسمی 14\% (121) نفر بود که از میان افراد 100 نفر (8\%) آنها بیشتر از 17، داشتن که معدل 8\% از کل HbA1C جمعیت مورد مطالعه بود که این مغز متوانند بیماران با دیابت قبیل تشخیص داده شده‌ای به دیابت باشند. در مقایسه Umpierrez در مطالعه استرس هیپرگلیسمی 12\% (گزارش شد [7]). در مطالعه روز بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی، شیوع استرس هیپرگلیسمی 20\% بود (که 20\% بیماران گروه استرس هیپرگلیسمی بر اساس دیابت قبیل HbA1C تشخیص داده شده و نشان دادند [15]).

در مطالعه Levetan شیوع استرس هیپرگلیسمی در بیماران 24\% بود (که 20\% بیماران قلبی، شیوع استرس هیپرگلیسمی 29\% /گزارش شد [16]).

در مطالعه که اخیراً منشتر شده است، شیوع استرس هیپرگلیسمی در سگهای مبتلا به بیماری‌های ویمی پری و سایر 16\% گزارش شده است [5]. در مقایسه Umpierrez در مطالعه، دیگری که توسط کولوکس HbA1C دیابت، و همکاران انجام شد، شیوع استرس هیپرگلیسمی در بیماران هیپرگلیسمی که به دنبال بستری و در بستری، روزه در بیماران غیردیابتی با سطح ایسکمی معنی‌دار و افزایش از کار انتخابی بعد از ترخیص شده است [11].

در مطالعه ما، مرگ و میر کلی بیماران 46\% بود (44\% نفر). در بین بیماران فوت همیا مانگی 8\% گروه استرس هیپرگلیسمی به طور معنی‌داری بالاتر از گروه دیابتی بود. ولی بین مانگی 8\% گروه استرس هیپرگلیسمی 8\% گروه قند طبیعی و دور قند طبیعی تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت. بر طبق Umpierrez مطالعه، بیماران استرس هیپرگلیسمی قند، بدنه آشکارا جوان تازه هیپرگلیسمی با دیابت و بیماران با قند طبیعی فوت شده بودند [17, 18].

در مطالعه یک دری در بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی، 5/4\% بیماران هیپرگلیسمی تازه تشخیص داده شده (زمان بستری) بیشتر از حد نرمال داشتند [15].

در مطالعه ما طول مدت بستری در بیماران استرس هیپرگلیسمی 8\% (روز به طور معنی‌داری بالاتر از بیماران با قند طبیعی) بود (P<0\%0). در گروه چه طول مدت ایفای در بیماران قند طبیعی قند طبیعی بیشتر بود. ولی از لحاظ امراض معنی‌دار نبود. در مطالعه Umpierrez طول مدت بستری در بیمار استرس هیپرگلیسمی طبیعی با طور معنی‌داری بالاتر از بیماران دیابتی و
رمزی و نسوزی و بیمارستان: برنیسی میزان شنوی استرس هیپرگلیسمی و ...

در مطالعه دیگری که توسط Oswald و همکاران روی بیماران متیلا به سکته حاد قلبی انجام شد، این میزان 8% بود.

و در مطالعه Soler و همکاران 9% از کل بیماران متیلا به سکته قلبی و هاد 12% از بیماران متیلا به تندر کرونی و HbA1c Umpierrez و همکاران انجام شده بود. به علایم ما سعی کردیم تا با استمرار هیپرگلیسمی، بیشتر تخیض موارد قبیل دیابتی تخیض داده شده باشد. تابع این شاید تا هر کیفیت دارد به حال روی بیماران بیش داشته نشده بود.

طول مدت بیمارست در بیمارستان مطلقه ما در گروه استرس هیپرگلیسمی به وضعیت بستری از گروه بیماران طبیعی بوده. اما با سابیر گروهها تفاوت‌های معنی‌داری نداشت گرفته که از نظر زمانی، طول مدت بستری در گروه استرس هیپرگلیسمی بیشتر از سابیر گروهها بود. تابع این قطعاً نمی‌توان کت فک که این طول مدت بستری بیماران گروه دکتر بستری بوده این بیماران بدل متفاوت بود. از دیگر دکتر لیم و زیر کلی در بیمارستان استرس هیپرگلیسمی بالاتر از سابیر گروهها بوده. این نتایج تحقیق دانست و ساختاری CRP و فعالیت لانفیشی T ضروری است.

در مطالعه ما میزان مصرف دخانیات (P<0.001، P<0.001) و عقوقته بیماری ایسکمیک قلبی (P<0.001) و الغاب دارویی مصرف کننده که باعث کاهش سطح، سرم‌های تهیه، شده، متغیر بی‌وزارتی گلول‌ز را بهتر می‌کند، همچنین باعث کاهش انعقادی و کاهش تولید ترومبینک A و فعالیت مهار کننده فعال کننده بلاستونز می‌شود. 

1. شاید این توصیه‌ها که می‌باشد که جهت بیماران هیپرگلیسمی تازه تخیض داده شده، عادیت بستری از بیماران دیابتی دارند در حالیکه میزان اخر حسین شاید بحران بالابری کاشته باشد.

در مطالعه ما میزان انتقال بیماران استرس هیپرگلیسمی به 7/6/8 (ICU بیماران با قند خون طبیعی 1/2/2 و بیماران Umpierrez) به 7/6/8 (P<0.0001) در مطالعه ما میزان انتقال به بیمارستان استرس هیپرگلیسمی ICU میزان انتقال به بیمارستان استرس هیپرگلیسمی ICU بیماران با قند خون طبیعی 9/2. بیماران دیابتی 1/4 و بیماران با قند خون طبیعی 4/0 در میان ICU بیماران قانونی دارد این انتقال به ICU بیمارستان استرس هیپرگلیسمی به طور معنی‌داری بالابر از بیماران با این قند طبیعی بود.

و بین سابیر گروهها از نظر سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با افرادی سن، عملکرد سلولی دانی ناپایداری کاهش می‌باشد و نتایج ترسح انرژی نمک کاهش می‌شود. انرژی برای توقف آزاد شدن سیتوکین ها و فعالیت لانفیشی T ضروری است.

در مطالعه ما میزان انتقال بیمارستان استرس هیپرگلیسمی به طور معنی‌داری بالابر از بیماران با این قند طبیعی بود.

و بین سابیر گروهها از نظر سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با افرادی سن، عملکرد سلولی دانی ناپایداری کاهش می‌باشد و نتایج ترسح انرژی نمک کاهش می‌شود. انرژی برای توقف آزاد شدن سیتوکین ها و فعالیت لانفیشی T ضروری است.

و بین سابیر گروهها از نظر سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با افرادی سن، عملکرد سلولی دانی ناپایداری کاهش می‌باشد و نتایج ترسح انرژی نمک کاهش می‌شود. انرژی برای توقف آزاد شدن سیتوکین ها و فعالیت لانفیشی T ضروری است.

و بین سابیر گروهها از نظر سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با افرادی سن، عملکرد سلولی دانی ناپایداری کاهش می‌باشد و نتایج ترسح انرژی نمک کاهش می‌شود. انرژی برای توقف آزاد شدن سیتوکین ها و فعالیت لانفیشی T ضروری است.


13. Srinivasan V, Spinella PC, Drott HR, Roth CL, Helfær MA, Nadkarni V. Association of


