

## بررسی فراوانی و عوامل مرتبط با ابتلا و مرگ و میر ناشی از کوید ۱۹ در مراجعین بیمارستان شهدا قاین در سال ۹۹-۱۳۹۸

زهرا گزیده کار ، حسن جهانی ، علیرضا داوری ، حسین بزنا

### چکیده

**زمینه و هدف:** کوید ۱۹ یک بیماری نوپدید است که اولین مورد آن در دسامبر سال ۲۰۱۹ گزارش، و به سرعت سراسر جهان را درگیر کرده است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی و عوامل مرتبط با ابتلا و مرگ و میر ناشی از کوید ۱۹ در شهر قاین انجام گردید .

**روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی گذشته نگر، از منابع اطلاعات پورتال بیمارستان شهدا قاین ( بیمارستان منتخب کوید- ۱۹) از اسفند ۱۳۹۸ تا آذر ۱۳۹۹ که از ۱۱۲۴ بیمار مشکوک به عفونت تنفسی مراجعه کننده به بیمارستان جمع آوری شده بود، استفاده گردید. برای بررسی روابط علیتی از آزمون کای دو و رگرسیون لوژستیک استفاده و  $P < 0,05$  به لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** در این مطالعه از تعداد ۱۱۲۴ نفر با میانگین سنی  $51,6 \pm 24,5$  سال ۵۴۶ نفر (۴۸,۶ درصد) ، دارای نتیجه تست کرونا به روش RT-PCR مثبت داشتند و از این تعداد ۶۵ نفر ( ۱۱,۹ درصد ) افراد فوت کردند. میانگین سنی افراد کرونا مثبت  $47,5 \pm 27,5$  و افراد فوت شده  $67,48 \pm 20,04$  سال بود . بیشترین مراجعه افراد با شکایت علائم بالینی مربوط به تنگی نفس ( ۴۷,۳ درصد ) و سرفه ( ۴۵,۱ درصد ) بود. علائم بالینی بدن درد، سرفه و اسهال با نتیجه مثبت تست کرونا مرتبط و سکونت در شهر ، ابتلا به دیابت، سن بالای ۶۰ سال و مشاغل خانه داری، پرستاری، پرسنل بهداشت و درمان، کشاورزان و دامداران، دانشجویان و محصلان و از کار افتادگان از عوامل خطر ابتلا به کوید ۱۹ ، و سن بالای ۶۰ سال و بستری در بخش ICU به عنوان عوامل خطری برای فوت در اثر کرونا شناخته شدند ( $p < 0,05$ ).

**نتیجه گیری:** در مطالعه حاضر همانند مطالعات سایر مناطق دیگر، سرفه و تنگی نفس بیشترین فراوانی را در بین بیماران و افراد فوت شده داشته و از آنجا که این علائم با پیش آگهی بدتری ممکن است همراه باشد توجه ویژه پزشکان و کادر درمان به این علائم حائز اهمیت است. همچنین یافته های این پژوهش نشان می دهد که سالمندان بیشتر از سایر گروههای سنی در خطر مرگ و میر ناشی از این بیماری قرار دارند که نیاز به آموزش و توجه بیشتر به این قشر از جامعه را می رساند.

**کلید واژه:** COVID-19 ، علائم بالینی و بیماریهای زمینه ای

در حالی که شیوع به سرعت در حال تکامل است، سیستم های مراقبت بهداشتی در سراسر جهان به طور فعال علیه ویروس جدید در حال مبارزه هستند. اقدامات بهداشت عمومی از قبیل جدا کردن سریع موارد بیماری و ردیابی تماس ها برای مهار شیوع بیماری در جامعه و همچنین مراقبت از تعداد غیر قابل پیش بینی افراد آلوده به ویروس، محافظت از ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی که اغلب به تجهیزات حفاظت فردی نیاز دارند سیستم های بهداشتی را به چالش کشیده است. از آنجا که اپیدمی هنوز به پایان نرسیده است و تاثیرات جهانی این ویروس هنوز ادامه دارد لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی و عوامل مرتبط با ابتلا و مرگ و میر ناشی از این ویروس در بیمارستان شهدا قاین اجرا گردید.

**روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی گذشته نگر، از منابع اطلاعات پورتال بیمارستان شهدا قاین ( بیمارستان منتخب کوید- ۱۹) از اسفند ۱۳۹۸ تا آذر ۱۳۹۹ که از ۱۱۲۴ بیمار مشکوک به عفونت تنفسی مراجعه کننده به بیمارستان جمع آوری شده بود، استفاده گردید. اطلاعات استخراجی شامل متغیرهای دموگرافیک ( سن، محل سکونت، شغل، جنس )، علائم بالینی بیماری ( حرارت بدن، بدن درد، سرفه، اسهال، تنگی نفس، گلودرد)، سوابق بیماریهای زمینه ای ( ریوی، قلبی عروقی، دیابت، بیماریهای کلیوی، کبدی، بدخیمی ها و نقص سیستم ایمنی بدن )، سوابق ( پذیرش در بیمارستان، بستری در ICU و فوت ) و نتایج تست های آزمایشگاهی کرنا به روش RT-PCR بود. بیان کردنی است که این مطالعه توسط کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد اخلاق IR.BUMS.AC.IRC.1399.553 تصویب شد.

**مقدمه:** کرونا ویروس ها خانواده بزرگی از ویروسها هستند که شامل ویروس های معمولی سرماخوردگی تا عامل بیماریهای شدیدی همچون سارس، مرس و کوید ۱۹ می باشند (۱، ۲). تا کنون ۷ کرونا ویروس منتقل شده به انسان کشف شده است که آخرین نوع آنها کرونا ویروس سندروم حاد تنفسی است. در دسامبر ۲۰۱۹ یک مورد پنومونی ناشناس در شهر وهان چین گزارش شد که مشخصات بالینی آن بسیار شبیه به پنومونی ویروسی بود. سازمان جهانی بهداشت این ویروس را کووید ۱۹ نامگذاری کرد (۳).

شایعترین علائم عفونت تنفسی کووید ۱۹ را تب، سرفه، خستگی و اسهال ذکر کرده اند. سندروم دیسترس حاد تنفسی یا ARDS حدوداً ۹ روز پس از شروع عفونت بروز می کند (۴). سایر علائم مانند درد عضلانی و استخوانی، لرز و سردرد، تهوع و استفراغ نیز گزارش شده اند (۵). این ویروس علاوه بر ریه به سایر بافت ها از جمله قلب، کلیه، کبد، چشم و سیستم عصبی آسیب می زند (۴). گیجی، فراموشی، تضعیف و محو شدن حس بویایی و چشایی و دردهای عضلانی تا تشنج و سکته مغزی از جمله علائم عصبی این ویروس است که مربوط به کمبود اکسیژن و التهاب مغز است (۶، ۷).

اولین مورد ابتلا به کرونا در ایران در تاریخ ۳۰ بهمن و در استان قم گزارش شد سازمان جهانی بهداشت در تاریخ ۲۱ اسفند ۱۳۹۸ این بیماری را به عنوان یک پاندمی اعلام کرد (۸). براساس آمارهای جهانی تا کنون (۱۵ اسفند ۱۳۹۹) ۱۱۵ میلیون نفر در جهان مبتلا و ۲ میلیون نفر فوت و در خراسان جنوبی نیز تا کنون ۱۵۸۴۴ نفر مبتلا و ۷۵۹ نفر در اثر این بیماری فوت کرده اند.

میانگین فاصله زمانی بین پذیرش بیمار تا زمان فوت آن  $6,6 \pm 8,5$  روز با فاصله بین صفر تا ۲۹ روز و میانگین فاصله زمانی بین پذیرش بیمار تا زمان ترخیص آن  $4,2 \pm 6,2$  روز با فاصله بین صفر تا ۲۹ روز بود.

در بین مراجعین ۷۲ نفر (۹,۲٪) نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پیدا کردند که از این تعداد ۳۵ نفر (۸,۵٪) بیمار کرونایی بودند و از این افراد ۱۲ نفر (۲,۲٪) افراد نیاز به استفاده از دستگاه ونتیلاتور پیدا کردند.

در بررسی فراوانی علائم بالینی در مبتلایان به ترتیب بیشترین علائم بالینی در مراجعین مربوط به تنگی نفس ۲۸۷ نفر (۵۲,۶٪)، سرفه ۲۸۱ نفر (۵۱,۵٪)، بدن درد ۲۷۲ نفر (۴۹,۸٪)، سردرد ۱۸۵ نفر (۳۳,۹٪)، گلودرد ۷۰ نفر (۱۲,۸٪) و اسهال ۴۷ نفر (۸,۶٪) با میانگین درجه حرارت بدن  $0,76 \pm 37,66$  بود که با میانگین درجه حرارت بدن افراد فوتی تفاوت چندانی نداشت (درجه حرارت بدن موارد فوت شده  $0,74 \pm 37,68$ ) و فراوانی علائم بالینی در فوت شده‌ها نیز مربوط به تنگی نفس ۴۵ نفر (۶۹,۲٪)، سرفه ۳۱ نفر (۴۷,۷٪) و بدن درد ۲۱ نفر (۳۳,۸٪)، سردرد ۱۸ نفر (۲۷,۷٪)، اسهال ۹ نفر (۹,۲٪) و گلودرد ۶ نفر (۶,۲٪) بود. در خصوص فراوانی بیماریهای زمینه‌ای در بیماران کرونا بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به دیابت ۶۸ نفر (۱۲,۵٪)، قلبی - ریوی ۵۶ نفر (۱۰,۳٪)، کلیوی ۷ نفر (۱,۳٪)، نقص در سیستم ایمنی بدن ۳ نفر (۰,۵٪) و بدخیمی ۲ نفر (۰,۴٪) بودند در گروه فوتی‌ها بیماریهای قلبی - ریوی ۹ نفر (۱۳,۸٪) و دیابتی ۸ نفر (۱۲,۳٪)، کلیوی ۲ نفر (۳,۱٪)، بدخیمی و نقص سیستم ایمنی هر کدام جداگانه ۱ نفر (۱,۵٪) به ترتیب بیشترین بیماریهای زمینه‌ای را تشکیل می‌دادند.

پس از کد بندی اطلاعات و ثبت داده‌ها در نرم افزار SPSS ورژن ۲۱ و بررسی کیفیت ثبت داده‌ها، برای بیان آمار توصیفی متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از فراوانی نسبی و مطلق استفاده شد. برای بررسی روابط تک متغیره از آزمون کای دو و برای بررسی تاثیر همزمان نقش متغیرهای مستقل بر روی عوامل مرتبط با ابتلا به کوید ۱۹ از رگرسیون لوژستیک دوحالتی استفاده شد. سطح معنی داری ( $< 0,05$ ) در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر میانگین سنی افراد مراجعه کننده  $24/5 \pm 51,6$  سال با رنج سنی یکروزه تا ۹۹ سال بود. از تعداد ۱۱۲۴ مورد مراجعه کننده ۵۴۶ نفر (۴۸,۶٪) دارای تست مثبت و ۵۷۸ نفر (۵۱,۴٪) تست شان منفی بود و ۶۵ نفر (۱۱,۹ درصد) از افراد مبتلا به کرونا فوت شدند. میانگین سنی افراد کرونا مثبت  $27,5 \pm 47,5$  و در افراد فوتی  $20,04 \pm 67,48$  سال بود. از نظر وضعیت سکونت ۶۸۴ نفر (۶۰,۸٪) افراد ساکن قاین و ۴۴۰ نفر (۳۹,۲٪) ساکن توابع قاین بودند. ۵۲۸ نفر (۴۷٪) از افراد زن و ۵۹۵ نفر (۵۳٪) مرد بودند. از نظر وضعیت شغلی ۳۴۹ نفر (۳۲,۷٪) خانه دار، ۴۳ نفر (۴٪) شاغل در بخش بهداشت و درمان، ۶۴ نفر (۶٪) کشاورز و دامدار، ۳۴ نفر (۳,۲٪) محصل یا دانشجو، ۱۴۱ نفر (۱۳,۲٪) شغل آزاد، ۳۳ نفر (۳,۱٪) بازنشسته، ۱۷ نفر (۱,۶٪) از کار افتاده، ۱۴ نفر (۱,۳٪) راننده، ۱۸ نفر (۱,۷٪) کارگر، ۱۶ نفر (۱,۵٪) کارمند، ۲۰ نفر (۱,۹٪) کودک و نوزاد و ۳۰۸ نفر (۲۷,۴٪) در سایر مشاغل مشغول به فعالیت بودند. (مقایسه متغیرهای دموگرافیک در بیماران کوید ۱۹ و موارد فوت شده در جدول شماره ۱ آمده است)



					دامدار
۱ (۱,۶%)	۰,۹۴	۱۰ (۱,۹%)	۰,۶۸	۱۸ (۱,۷%)	کارگر
۰	۰	۷ (۱,۳%)	۰,۰۰۰	۳۴ (۳,۲%)	دانشجو و محصل
۰	۰	۰	۰,۹۹	۲۰ (۱,۹%)	کودک و نوزاد
۱۷ (۲۷%)	۰,۹۹	۱۸۱ (۳۳,۶%)		۳۰۸ (۲۸,۹%)	سایر

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی علائم بالینی و بیماریهای زمینه‌ای مرتبط با ابتلا به کرونا

۵

نام متغیر	علائم بالینی	دارد ( درصد )	ندارد ( درصد )	OR	p- value
بدن درد	۴۴۴ (۳۹,۵%)	۶۷۹ (۶۰,۵%)	۲,۴۶	(۹۲,۱ - ۳,۱۶)	۰,۰۰۰
سرفه	۵۰۷ (۴۵,۱%)	۶۱۳ (۵۴,۹%)	۱,۶	(۲,۰۶ - ۱,۲۸)	۰,۰۰۰
اسهال	۱۱۸ (۱۰,۵%)	۱۰۰۵ (۸۹,۵%)	۰,۶۵	(۰,۹۷ - ۴۴,۰)	۰,۰۳۴
تنگی نفس	۵۳۱ (۴۷,۳%)	۵۹۲ (۵۱,۷%)	۱,۵۵	(۱,۹۶ - ۱,۲۲)	۰,۰۰۰
سردرد	۳۱۳ (۲۷,۹%)	۸۱۰ (۷۲,۱%)	۱,۷۶	(۲,۳۰ - ۱,۳۵)	۰,۰۰۰
گلودرد	۱۴۱ (۱۲,۶%)	۹۸۲ (۸۷,۴%)	۱,۰۹	(۱,۴۵ - ۰,۷۱)	۰,۹۱۸
قلبی ریوی	۱۳۶ (۱۲,۱%)	۹۸۷ (۸۷,۹%)	۰,۷۰	(۱,۰۲۳ - ۰,۴۹)	۰,۰۰۶
دیابت	۹۷ (۸,۶%)	۱۰۲۶ (۹۱,۴%)	۲,۷۵	(۴,۳۵ - ۱,۷۲)	۰,۰۰۰
کلیوی	۱۹ (۱,۷%)	۱۱۰۴ (۹۸,۳%)	۰,۵۸	(۱,۴۹ - ۲۲,۰)	۰,۳۵
کبدی	۲ (۰,۲%)	۱۱۲۱ (۹۹,۷%)	۱,۰۰۴	(۱,۰۰۹ - ۰,۹۹)	۰,۵
بدخیمی ها	۴ (۰,۴%)	۱۱۱۹ (۹۹,۶%)	۱,۰۰	(۷,۱۷ - ۰,۱۴)	۱,۰۰۰
نقص سیستم ایمنی	۸ (۰,۷%)	۱۱۱۵ (۹۹,۳%)	۰,۷۵	(۳,۳۶ - ۰,۱۶)	۱,۰۰۰

نام متغیر	دارد ( درصد )	ندارد ( درصد )	OR	P-value
علائم بالینی و بیماریهای زمینه ای	۲۷۲ ( ۴۹,۸%)	۲۷۴ ( ۵۰,۲%)	۰,۴۷	۰,۰۰۶ ( ۲۷,۰,۸۱-۰)
بدن درد	۲۸۱ ( ۵۱,۵%)	۲۶۵ ( ۴۸,۵%)	۰,۸۴	۰,۵۱ ( ۵۰,۱,۴۱-۰)
سرفه	۴۷ ( ۸,۶%)	۴۹۹ ( ۹۰,۴%)	۱۳۱,۰۹	۰,۰۰۰ ( ۰,۰۰۰-۴۰۰,۰۰۰)
اسهال	۲۸۷ ( ۵۲,۶%)	۲۵۹ ( ۴۷,۴%)	۲,۲۲	۰,۰۰۴ ( ۲۷,۳,۸۷-۱)
تنگی نفس	۱۸۵ ( ۳۳,۹%)	۳۶۱ ( ۶۶,۱%)	۰,۷۲	۰,۲۶ ( ۴,۱,۲۷-۰)
سر درد	۷۰ ( ۱۲,۸%)	۴۷۶ ( ۸۷,۲%)	۰,۴۱	۰,۰۰۸ ( ۱,۱۷-۰,۱۴)
گلودرد	۵۶ ( ۱۰,۳%)	۴۹۰ ( ۸۹,۷%)	۱,۴۸	۰,۳۰ ( ۶۹,۳,۱۹-۰)
قلبی ریوی	۶۸ ( ۱۲,۵%)	۴۷۸ ( ۸۷,۵%)	۰,۹۸	۰,۹۷ ( ۴۴,۲,۱۶-۰)
دیابت	۷ ( ۱,۳%)	۵۳۹ ( ۹۸,۷%)	۳,۰۲	۰,۱۹ ( ۵۷,۱۵,۹۰-۰)
کلوی	۰	۵۴۶ ( ۱۰۰%)	۰	۰
کبدی	۲ ( ۰,۴%)	۵۴۴ ( ۹۹,۶%)	۷,۵	۰,۲۲ ( ۴۶,۱۲۱,۳۸-۰)
بدخیمی ها	۳ ( ۰,۵%)	۵۴۳ ( ۹۹,۵%)	۳,۷۴	۰,۳۱ ( ۳۳,۴۱,۸۵-۰)
نقص سیستم ایمنی	۱۲ ( ۲,۲%)	۵۳۴ ( ۹۷,۸%)	۸,۰۵	۰,۰۰۱ ( ۵۱,۲۵,۷۷-۲)
استفاده از ونتیلاتور	۳۵ ( ۸,۵%)	۳۷۸ ( ۹۱,۵%)	۷,۷۶	۰,۰۰۰ ( ۶۷,۱۶,۳۷-۳)
بسنری در بخش ICU				

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی علائم بالینی و بیماریهای زمینه ای مرتبط با مرگ و میر ناشی از کرونا

جدول شماره ۴: نتایج رگرسیون لوژیستیک به منظور بررسی عوامل موثر بر ابتلا به کوید ۱۹

۶

متغیر	ب تا	سطح معنی داری	نسبت شانس	کران بالا	کران پایین
سکونت در شهر	۰,۵۱	$P < ۰,۰۰۱$	۱,۷۵	۲,۳۶	۱,۲۹
خانه دار	۰,۴۰	۰,۰۲۹	۱,۴۹	۲,۱۲	۱,۰۴
پرستار	۲,۲۴	۰,۰۰۵	۹,۴	۴۵,۶۱	۱,۹۵
پرسنل بهداشت	۱,۸۱	۰,۰۰۱	۶,۱۱	۱۷,۱۹	۲,۱۷
محل و دانشجوی	۱,۶۰	۰,۰۰۱	۴,۹۹	۱۳,۲۱	۱,۸۹
دامدار و کشاورز	۱,۰۲	۰,۰۰۲	۲,۷۹	۵,۳۶	۱,۴۶
از کار افتادگان	۱,۸۳	۰,۰۰۷	۶,۲۳	۲۳,۳۶	۱,۶۶
بدن درد	۰,۸۱	$P < ۰,۰۰۱$	۲,۲۵	۳,۰۳	۱,۶۷
اسهال	-۰,۶۴	۰,۰۰۷	۰,۵۲	۰,۸۳	۰,۳۲
سرفه	۰,۴۲	۰,۰۰۴	۱,۵۲	۲,۰۳	۱,۱۴
دیابت	۰,۹۹	۰,۰۰۱	۲,۴۵	۴,۲۶	۱,۴۱
سن بالای ۶۰ سال	۰,۳۴	۰,۰۲۶	۱,۴۱	۱,۹۲	۱,۰۴

### بحث و نتیجه گیری:

است (۹). اما در برخی مطالعات این میزان ۲۱,۹٪،  
shaobo shi ، ۲۸,۲٪. Feizhou ، ۱۵٪. chaolin  
، ۱۳,۷٪. lingxi ، ۱۴,۴٪ گزارش کرده اند (۱۲-۱۰).

بر اساس مطالعه حاضر میزان فوتی ها در بیمارستان شهدا  
قاین ۱۱,۹ درصد با میانگین سنی  $۶۷,۴۸ \pm ۲۰,۰۴$   
بدست آمده است این در حالی است که طبق آمار جهانی  
نرخ مرگ و میر ناشی از کوید ۱۹ را ۳,۴٪ ثبت شده

مشخص نشده است هرچند در برخی مطالعات شیوع ابتلا به کوید در مردان را بیشتر از زنان بدست آمده است (۱۹).

اگرچه در مطالعه حاضر وجود بیماری دیابت در ابتلا به کرونا ویرس تاثیر ۲,۲ برابری داشت اما در بررسی تاثیر این بیماری در عوامل موثر بر مرگ و میر ناشی از کوید نه تنها دیابت بلکه ابتلا به بیماریهای زمینه ای دیگر نیز نقش موثری نداشتند هرچند در مطالعات دیگر بیماری دیابت بیشترین بیماری دیده شده در فوتی ها (۲۲ درصد) بوده است (۲۰). در گزارشات مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها در چین دیابت بیشترین مرگ و میر را داده است ۷,۳٪ در مقایسه با ۲,۳٪ سایر بیمارها (۲۱). داده های اخیر ایتالیا نشان می دهد که دو سوم موارد فوتی در اثر کوید دیابتی بوده اند (۲۲). برخی مطالعات نقص سیستم ایمنی بدن در دیابتی ها و همراه بودن دیابت با بیماریهای دیگری از قبیل بیماریهای قلبی عروقی ، آسیبهای کلیوی و ریوی، چاقی را از علل شدت کوید ۱۹ می دانند (۲۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر سکونت در شهر به عنوان عامل خطری برای ابتلا به کرونا شناخته شد که نشان دهنده نقش ازدحام جمعیت و تردد های بیشتر در افزایش موارد ابتلاست.

در مطالعه ما بیشترین فراوانی بیماریهای زمینه ای مربوط به بیماری قلبی ، دیابت بود این در حالیست که در مطالعات دیگر نیز بیماریهای قلبی عروقی و دیابت بیشترین فراوانی را در موارد فوت شده در اثر کرونا را داشتند (۲, ۱۰, ۱۳).

مطالعه حاضر یکسری محدودیت هایی دارد که از آن جمله می توان به مقطعی بودن، یک مرکزی بودن و انجام آن در بیمارستان اشاره کرد چرا که بیمارستان مرجعی

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که بیشترین علائم بالینی در افراد کرونا مثبت و فوت شده ناشی از کرونا مربوط به تنگی نفس، سرفه بود و در مطالعه نصرآ..زاده و همکاران بیشترین علائم را برای تنگی نفس ( ۷۳,۸٪ ) و سرفه خشک ( ۷۵,۱٪ ) و تب (۶۸,۴٪) و در مطالعات دیگری در تهران و چین بیشترین علائم بالینی را تب و سرفه ، و در مطالعه Zu Zy علائمی مثل احساس کسالت ، خستگی، درد عضلانی ، تب و سرفه را در مراحل مقدماتی بیماری گزارش کرده اند (۱۰, ۱۵-۱۲). در مطالعه حاضر شیوع سرفه در مبتلایان و موارد فوتی ۵۱,۵ - ۴۷ درصد بدست آمد که از این نظر مشابه مطالعه کاظمی نیا و song ی باشد ( ۵۴٪ و ۴۷٪ ) (۱۶, ۱۷).

میانگین زمانی بین پذیرش تا فوت بیمار  $8.5 \pm 6.6$  روز، در مطالعه حاضر بدست آمد در حالیکه در مطالعه Feizhou این زمان را ۱۸ روز و فاصله زمانی پذیرش بیمار تا ترخیص را ۲۲ روز بدست آوردند (۲).

در مطالعه حاضر بیشتر مبتلایان را میانسال بامیانگین سنی ۴۷ سال یا به بیانی دیگر قشر فعال جامعه بود در حالیکه در مطالعه نصرآ..زاده ، chaminwu و chaolin میانگین سنی بیماران را به ترتیب ۵۷,۸ ، ۴۹ و ۵۱ سال بدست آوردند (۱۰, ۱۳). همچنین در این مطالعه سن بالای ۶۰ سال به عنوان یک عامل خطر مرگ در اثر کرونا شناخته شد که با برخی مطالعات در چین و ایتالیا مشابه بود محققان ضعف سیستم ایمنی و فراوانی بالاتر بیماریهای زمینه ای را در شدت و عوارض بیشتر در این گروه سنی را از علل آن می دانند (۲, ۱۸). نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که با وجود شیوع بیشتر بیماری در مردان ولی میزان مرگ و میر در زنان بیشتر بود و در بین گروههای شغلی زنان خانه دار بیشترین فراوانی مرگ و میر را داشتند که این امر تا حدودی می تواند تابعی از بالاتر بودن میزان مرگ و میر در زنان باشد. با این وجود علت اصلی تفاوت ابتلا و مرگ و میر در بین زنان و مردان

healthcare workers in Sweden. Nature communications. 2020;11(1):1-8.

۹. Farnoosh G, Alishiri G, Hosseini Zijoud SR, Dorostkar R, Jalali Farahani A. Understanding the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease (COVID-19) based on available evidence-a narrative review. J Mil Med. 2020;22(1):1-11.

۱۰. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The lancet. 2020;395(10223):497-506.

۱۱. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The lancet. 2020;395(10229):1054-62.

۱۲. Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y, Alwalid O, Gu J, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet infectious diseases. 2020;20(4):425-34.

۱۳. Nasrollahzadeh Sabet M, Khanalipour M, Gholami M, Sarli A, Rahimikhorrani A, Esmaeilzadeh E. Investigating the Presentation and Mortality Rate in Covid-19 Patients With Underlying Diseases. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2020;23:0-.

۱۴. جعفرآبادی م، باقری م، شریعت م، رئیسی خ، بررسی علائم بالینی و عوامل etرنجبر ا، غفوری ف، Tehran University زمینه‌ساز در بیماران کوید-۱۹. Medical Journal. 2020;78.(۱۰)

۱۵. Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a perspective from China. Radiology. 2020;237(2):E15-E25.

۱۶. Kazeminia M, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Khaledi-Paveh B, Salari N, Mohammadi M, et al. Fever and Cough are Two Important Factors in Identifying Patients with the Covid-19: A Meta-Analysis. Journal of Military Medicine. 2020;22(2):193-202.

۱۷. Song F, Shi N, Shan F, Zhang Z, Shen J, Lu H, et al. Emerging 2019 novel coronavirus

برای بیمارانی با حال عمومی بدتر است از این رو میزان مرگ و میر در بیمارستان بیشتر دیده می شود.

تقدیر و تشکر: این مقاله از نتایج ثبت شده در پورتال بیمارستان شهدا قاین منتج شده است از تمام همکاران بیمارستان شهدا قاین و مرکز بهداشت قاین که اطلاعات را در اختیار نویسنده گذاشته اند کمال تشکر را دارم.

تضاد منافع: وجود ندارد.

۱. Tyrrell D, Bynoe M. Cultivation of a novel type of common-cold virus in organ cultures. British medical journal. 1965;1(5448):1467.

۲. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The lancet. 2020.

۳. Ganji A, Gh M, Khaki M, Ghazavi A. A Review on Immunopathogenesis, Molecular Biology and Clinical Aspects of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS). 2020;23(1):8-21.

۴. Wang P, Lu J, Jin Y, Zhu M, Wang L, Chen S. Epidemiological characteristics of 1212 COVID-19 patients in Henan, China. medRxiv. 2020.

۵. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The lancet. 2020;395(10223):507-13.

۶. Filatov A, Sharma P, Hindi F, Espinosa PS. Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19) :encephalopathy. Cureus. 2020;12.(۳)

۷. Vickers NJ. Animal communication: when i'm calling you, will you answer too? Current biology. 2017;27(14):R713-R5.

۸. Rudberg A-S, Havervall S, Månberg A, Falk AJ, Aguilera K, Ng H, et al. SARS-CoV-2 exposure, symptoms and seroprevalence in



(2019-nCoV) pneumonia. Radiology. 2020;295(1):210-7.

.۱۸ John P, Ioannidis M, Prevention S. What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID-19 Pandemic. 2020.

.۱۹ فراهانی ج، سوآن، جنیفر، راضی، سعید، et al و امجدی. مقایسه یافته‌های بالینی، آزمایشگاهی و رادیولوژیکی در بیماران سالمند و غیرسالمند مبتلا به کووید-۱۹. مجله طب دریا. ۲۰۲۱؛ ۲(۴):۰۰-.

.۲۰ Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Liu H, Wu Y, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. The Lancet Respiratory Medicine. 2020;8(5):475-81.

.۲۱ Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama. 2020;323(13):1239-42.

.۲۲ Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? The lancet. 2020;395(10231):1225-8.

.۲۳ Zhou Y, Chi J, Lv W, Wang Y. Obesity and diabetes as high-risk factors for severe coronavirus disease 2019 (Covid-19). Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2021;37(2):e3377.

---

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی  
zohre.gozidehkar@gmail.com

<sup>۱</sup> حسن جهانی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت  
<sup>۱</sup> علیرضا داوری، کارشناس ارشد  
<sup>۱</sup> حسین برنا، کارشناس ارشد