ORIGINAL ARTICLE

Clinical Features and Outcomes of Suspected and Confirmed COVID-19 Patients in Saveh, Iran, 2020

Mehdi Mesri[1],
Mohammad Rreza Rouhani[2],
Hamid Reza Koohestani[3],
Hadi Azani[4],
Ahmad Ahad[4],
Mahmood Karimy[5]

[1] Assistant Professor, Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
[4] Instructor, Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
[5] Associate Professor, Department of Public Health, Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

(Received July 14, 2020 ; Accepted December 7, 2020)

Abstract

Background and purpose: The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pneumonia is a major threat to global public health because it is very contagious and spreads quickly by human-to-human transmission. This study aimed to investigate the clinical characteristics and outcome of patients infected with COVID-19 in Saveh, Iran.

Materials and methods: A descriptive-analytical study was conducted in 1537 patients with suspected or confirmed COVID-19 from 18 February- 2 June 2020. Medical records were studied and a researcher-made questionnaire consisting of demographic information, epidemiological, and clinical manifestations were used to collect the data.

Results: There were significant differences between patients tested positive and negative for COVID-19 in terms of gender, age, duration of hospitalization, and contact with a patient with confirmed COVID-19 ($P<0.05$). The main symptoms of patients included cough (43.8%), fever (41.4%), and dyspnea (40.3%). The most common chronic diseases in these patients were cardiovascular disease (12.9%), diabetes (11.5%), and hypertension (9.7%). The mean age of death due to COVID-19 was 70.2±15.6 years and higher rate of mortality was seen in men (66.2%).

Conclusion: While responding to COVID-19, health authorities should consider vulnerable groups (older patients and those with underlying diseases) and provide them with more information on the modes of transmission of COVID-19 and the risks of infection.

Keywords: Coronavirus, COVID-19, Clinical features

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 30 (194): 51-61 (Persian).

* **Corresponding Author: Mahmood Karimy -** Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran (E-mail: karimymahmood@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی ام شماره ۱۹۴ اسفند سال ۱۳۹۹ (۶۱-۵۱)

تحلیل ویژگی های بالینی و پیامد بیماری در بیماران مشکوک و قطعی کووید-۱۹ (ساوه ۱۳۹۹)

مهدی مصری[۱]
محمد رضا روحانی[۲]
حمیدرضا کوهستانی[۳]
هادی اذانی[۴]
احمد احد[۴]
محمود کریمی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: شیوع کرونا ویروس یک تهدید بزرگ برای سلامت جهانی است، چرا که بسیار مسری است و به سرعت به روش انتقال انسان به انسان گسترش می‌یابد. این مطالعه با هدف ارزیابی ویژگی‌های بالینی و پیامد، در بیماران مشکوک و قطعی کووید-۱۹ ساوه، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی، بر روی ۱۴۶۳ بیمار مشکوک و قطعی کووید-۱۹ که از ۲۸ بهمن ۹۸ لغایت ۱۳ خرداد ۱۳۹۹ به مراکز درمانی ساوه مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته، شامل اطلاعات دموگرافیک، اپیدمیولوژیک و نیز پرونده پزشکی بیماران استفاده شد.

یافته‌ها: در بیماران کرونا مثبت و منفی از نظر جنس، سن، مدت بستری در بیمارستان و تماس با کووید-۱۹ اختلاف معنی داری وجود داشت (P<۰/۰۵). علائم اصلی بیماران کووید ۱۹ شامل سرفه (۴۳/۸ درصد)، تب (۴۱/۴ درصد)، و تنگی نفس (۴۰/۳ درصد) بود. مهم‌ترین بیماری‌های زمینه ای بیماران کووید ۱۹، شامل بیماری های قلبی عروقی، دیابت و فشار خون به ترتیب با ۱۲/۹، ۱۱/۵ و ۷/۷ درصد بود. میانگین سنی بیماران فوت شده ۱۵/۶±۷۰/۲ و مردان (۶۶/۲ درصد) میزان مرگ و میر بالاتری داشتند.

استنتاج: برای کنترل گسترش عفونت و کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از آن باید از کمپین‌ها و مداخلات بیش‌تری برای بهبود دانش و رفتار عموم مردم به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر همچون سالمندان و افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای در مورد نحوه انتقال بیماری، استفاده شود.

واژه های کلیدی: کرونا ویروس، کووید ۱۹، ویژگی‌های بالینی

مقدمه

در دسامبر ۲۰۱۹، ووهان، استان هوبی از چین، به مرکز شیوع سینه پهلو با علت نامعلوم تبدیل شد که توجه شدیدی نه تنها در چین، بلکه در سطح بین‌المللی، به‌وجود آورد. مقامات بهداشتی چین، بررسی فوری برای تشخیص و کنترل بیماری، شامل تفکیک و ایزوله کردن افراد مشکوک به بیماری، نظارت دقیق بر ارتباطات و تماس‌ها،

مولف مسئول: محمود کریمی: ساوه، دانشگاه علوم پزشکی ساوه
E-mail: karimymahmood@yahoo.com
۱. استادیار، گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳.استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
۴. مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
۵. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۹/۴/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۹/۵/۲۵ تاریخ تصویب : ۱۳۹۹/۹/۱۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

جمع‌آوری داده‌های اپیدمولوژیک و بالینی از بیماران، و ابداع روش‌های تشخیصی و درمانی، انجام دادند. در ۷ ژانویه ۲۰۲۰، دانشمندان چینی، یک کورونا ویروس جدید را از بیماران ووهان، تفکیک کردند(۱،۲). عامل بیماری یک کرونا ویروس جدید بود که با نام SARS-CoV-2 ثبت گردید و سازمان بهداشت جهانی بیماری ایجاد شده را کووید-۱۹ نامگذاری و در ۳۰ ژانویه سال، ۲۰۲۰ شیوع SARS-CoV-2 را وضعیت فوق‌العاده اعلام کرد(۳). افزایش تعداد موارد وگسترش پراکندگی جغرافیایی و در نوردیدن مرزهای بین‌المللی توسط بیماری، باعث تهدید بزرگی برای سلامت همه کشورها و جوامع شد(۴).

تا دو دهه پیش کرونا ویروس‌های انسانی، فقط به عنوان عامل ایجاد عفونت‌های تنفسی ساده شبیه به سرماخوردگی شناخته می‌شدند. اما دو کرونا ویروس نوپدید به نام‌های سارس (سندرم حاد تنفسی) و مرس (سندرم تنفسی خاورمیانه) با شدت بیماری بیش‌تر، همه‌گیری‌های شدیدی در سال‌های (۲۰۰۳ سارس) و (۲۰۱۲ مرس) در جهان ایجاد کردند. عفونت با ویروس کووید-۱۹ از نظر تظاهرات بالینی بسیار شبیه به عفونت‌های ویروسی دیگر است و بیماران طیف وسیعی از علائم بالینی را بروز می‌دهند(۵). از موارد بسیار خفیف و کم علامت تا موارد بسیار شدید بیماری که بیماران به مراقبت‌های ویژه نیاز پیدا می‌کنند و در مواردی منجر به مرگ می‌شود. عمده‌ترین علامت بیماری در زمان شروع عفونت تب، سرفه و خستگی است در حالی که ممکن است با علائم دیگر مانند خلط سینه، سر درد، هموپتزی (خلط خونی)، اسهال، تنگی نفس و لنفوپنی همراه باشد(۶). در سی‌تی اسکن ریه، پنومونی مشخص نمایان است و RNA ویروس در خون قابل ردیابی است. در موارد شدید تابلوی بالینی سندرم تنگی نفس حاد مشاهده می‌شود که با آسیب قلبی و کدورت ریه همراه است و معمولا به مرگ منتهی می‌شود. درصد بالایی از افراد جامعه (حدود ۸۰ درصد) عفونت بدون علامت و یا با علائم خفیف سرماخوردگی را بروز می‌دهند(۷). به‌طور متوسط حدود ۲۰ درصد بیماران دچار علائم شدیدتر بیماری می‌شوند که با پنومونی، سپسیس، شوک سپتیک و سندرم تنگی نفس حاد که با تجمع مایع در ریه همراه است. براساس شدت بیماری بعضی از بیماران به تنفس کمکی نیاز پیدا می‌کنند و تعداد کمی از مبتلایان (در حدود ۲ درصد موارد که در مطالعات مختلف کمی متغیر است) نیز می‌میرند(۸،۴). علائم بالینی بیماری بعد از یک دوره کمون تقریباً ۲/۵ روزه شروع می شود، ولی دوره انکوباسیون تا ۱۴ روز هم می‌تواند طول بکشد. طول دوره شروع بیماری تا مرگ در موارد حاد بیماری از ۶ تا ۴۱ روز است و به‌طور متوسط ۱۴ روز می‌باشد. مدت زمان این دوره به عوامل متعددی از قبیل سن و وضعیت سیستم ایمنی بیمار بستگی دارد، به طوری که، طول این دوره در بیماران بالای ۷۰ سال نسبت به بیماران زیر ۷۰ سال کوتاه‌تر است. افراد آلوده به عفونت ویروسی کووید-۱۹ حتی از چند روز قبل از شروع علائم بالینی هم می‌توانند بیماری را به افراد سالم منتقل کنند(۵،۹،۱۰).

کووید-۱۹ یک بیماری نوپدید قابل انتقال از حیوان به انسان محسوب می‌شود اما هنوز راه‌های انتقال، مخازن حیوانی، راه‌های پیشگیری، تظاهرات دقیق بالینی آن کامل مشخص نشده است و نیاز به مطالعات بیش‌تر دارد. برای مدیریت صحیح این همه‌گیری و انجام اقدامات مقابله‌ای پیشگیرانه و درمانی موثر، ضروری است اطلاعات کافی پیرامون عوامل، و تعیین‌کننده‌های موثر در ایجاد علائم و شکایات بیماری و پیآمدهای آن وجود داشته باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تحلیل ویژگی‌های بالینی و پیامد بیماری در بیماران مشکوک و قطعی کووید-۱۹ در بیماران ساوه انجام شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، همه‌ی ۱۴۶۳ بیمار مشکوک به کرونا مراجعه کننده به مراکز درمانی ساوه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

از ۲۹ بهمن ۹۸ لغایت ۱۳ خرداد سال ۱۳۹۹، وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه همه بیماران مشکوک به کرونای بستری شده (شامل بیمارانی با علائم تب، تنگی نفس، سرفه و میزان اشباع اکسیژن هموگلوبولین کم‌تر از ۹۳) و دارای پرونده در بیمارستان و معیار خروج عدم همکاری و عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. روش جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسشنامه‌های محقق ساخته و نیز اطلاعات موجود در پرونده درمانی بیماران بود. برای تکمیل پرسشنامه در مورد بیماران بستری تیم تحقیق بعد از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه به مراکز درمانی بیماران بستری مراجعه کرده و در مورد بیماران ترخیص شده نیز از بیمارستان با تماس تلفنی و گرفتن وقت قبلی به منزل مسکونی آن‌ها مراجعه می‌شد. پژوهشگران بعد از بیان اهداف مطالعه و اخذ موافقت بیماران با حفظ حالت محرمانگی اقدام به مصاحبه با بیمار و جمع‌آوری اطلاعات نمودند. بررسی و جمع‌آوری اطلاعات از پرونده بیماران هم با اخذ مجوز از مسئولین بیمارستان بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه محقق ساخته بود که بعد از بررسی متون معتبر علمی و مشاوره با اساتید صاحب نظر در زمینه بیماری‌های عفونی و اپیدمولوژی طراحی شد(۲،۶،۸،۱۱). این پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات اجتماعی- دموگرافیکی (نظیر سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، محل سکونت) و عوامل خطر ابتلا به کووید ۱۹ (نظیر بیماری‌های زمینه‌ای، استفاده از وسائل حفاظت فردی، و سابقه سوء مصرف مواد) بود. برای تعیین روایی محتوایی پرسشنامه طراحی شده از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی، پرسشنامه آماده شده در اختیار ۱۲ نفر از اساتید صاحب نظر در رشته‌های عفونی، داخلی، و اپیدمولوژی قرار گرفت و از ایشان درخواست شد تا پرسشنامه را براساس استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتم‌ها در جای مناسب، رعایت دستور زبان، بررسی و بازخورد لازم را ارائه دهند. در بررسی روایی محتوا به شیوه کمی دو شاخص CVR و CVI محاسبه گردید. برای تعیین CVR در خصوص ضرورت و یا عدم ضرورت هر آیتم از متخصصان سوال شد و مقادیر بیش‌تر از ۰/۵۶ مورد پذیرش قرار گرفت. برای تعیین CVI معیارهای مرتبط بودن، وضوح و سادگی هر آیتم بررسی و مقادیر بیش‌تر از ۰/۷۹ مورد پذیرش قرار گرفت. پایایی ابزار نیز در مطالعه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه با اخذ کد اخلاق با شماره IR.SAVEHUMS.1399.002 در کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی ساوه، بی‌نام کردن پرسش‌نامه‌ها، آزادانه بودن افراد برای شرکت در مطالعه و توضیح اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان در مطالعه رعایت شد. همچنین قبل از جمع‌آوری داده‌ها از شرکت کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (تی مستقل، کای دو و دقیق فیشر) در سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ انجام شد.

یافته ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۱۴۶۳ بیمار مشکوک به کووید ۱۹ با میانگین سنی ۲۰/۱ ±۵۰/۱ در دوره زمانی ۲۹ بهمن ۹۸ لغایت ۱۳ خرداد ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفتند. براساس نتیجه آزمایش PCR، ۵۲۶ نفر (۳۸/۷ درصد) مثبت قطعی، ۱۳۱ نفر مرگ (۸/۵ درصد)، ۸۰۶ نفر (۵۹/۳ درصد) منفی بودند. بیش‌تر بیماران (۳۹/۳ درصد) در گروه سنی ۵۹-۴۰ سال بوده و بیش‌تر بیماران ۳۰۱ نفر (۵۷ درصد) مرد و ۱۵۴ نفر (۲۹/۲ درصد) از بیماران سابقه تماس با بیمار کرونایی داشتند. نتایج نشان داد بیماران کرونا مثبت و منفی براساس نتیجه آزمایش PCR از نظر سن، جنس، سابقه تماس با بیمار کووید ۱۹ و طول مدت بستری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

داشتند (P<۰/۰۵). در این مطالعه ۲۹ نفر (۵/۵ درصد) از بیماران کرونا مثبت بد حال بوده و در ICU بستری بودند. نتایج نشان داد که بیماران کرونا مثبت بستری در ICU در مقایسه با بیماران کرونا مثبت بستری در بخش عفونی، میانگین سنی بالاتر و میانگین طول مدت بستری کم‌تری داشتند (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی، دیابت، و فشارخون به ترتیب با ۱۲/۹، ۱۱/۵ و ۹/۷ درصد مهم‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای بیماران مبتلا بود و بیماران کرونا مثبت و منفی از نظر میزان بیماری دیابت اختلاف معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۵). همچنین بیماران کرونا مثبت مبتلا به سرطان در مقایسه با بیماران بستری در بخش عفونی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر در بخش ICU بستری شده بودند (P<۰/۰۵). نشانه‌های بالینی اصلی بیماران کووید ۱۹در زمان مراجعه به بیمارستان، به ترتیب سرفه، تب، دیسترس تنفسی، با ۴۳/۸، ۴۱/۴، و ۴۰/۳ درصد بود. میزان اشباع پذیری هموگوبین از اکسیژن ۱۹۳نفر (۳۶/۷ درصد) از بیماران کم‌تر از ۹۳ درصد بود، و ۳۷ نفر (۷ درصد) از بیماران مبتلا، اینتوبه شده بودند و ۳۱ نفر (۵/۹ درصد) در سی‌تی‌اسکن ریه علائم داشتند. بیماران کرونا مثبت و منفی از نظر علائم سرفه، تب، دیسترس تنفسی، درد و ضعف بدن، اشباع‌پذیری هموگوبین از اکسیژن، و علائم ریوی سی‌تی تفاوت معنی‌داری داشتند و از نظر علائم گوارشی، سر درد، مصرف دخانیات و میزان اینتوبیشن با هم اختلاف معنی‌داری نداشتند. میزان اعتیاد، و کاهش سطح هوشیاری در بیماران کرونا منفی بیش‌تر بود. در مجموع ۷/۹ درصد از بیماران کرونا مثبت و منفی نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه داشتند. براساس نتایج، بیماران کرونا مثبت بستری در بخش ICU در مقایسه با بیماران بستری در بخش عفونی میزان کاهش سطح هوشیاری، درد و ضعف بدن، و لوله‌گذاری بیش‌تر و اشباع‌پذیری هموگلوبین از اکسیژن کم‌تری داشتند و بین دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۲).

از مجموع ۱۳۱ مورد مرگ ثبت شده، ۳ مورد مرگ به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات بیمار و عدم همکاری خانواده حذف و تحلیل نهایی بر روی ۱۲۸ مرگ انجام شد. از ۱۲۸مورد مرگ ثبت شده،۷۷ مورد تست کرونای مثبت داشتند، بیش‌ترین میزان میرایی در گروه سنی ۸۰ سال به بالا (۳۸/۹ درصد) بود. ارزیابی موارد مرگ کرونا مثبت نشان داد که بیش‌تر آن‌ها مرد (۶۶/۲ درصد) بوده و سابقه تماس (۲۹/۹ درصد) با بیمار کووید ۱۹ داشتند. موارد مرگ کرونا مثبت و منفی از نظر جنسیت و سابقه تماس با بیمار کووید -۱۹ با هم تفاوت معناداری داشتند (جدول شماره ۱). همچنین بیماری‌های قلبی و دیابت به ترتیب با ۱۹/۵ و ۱۶/۹ درصد مهم‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای موارد متوفی بودند و موارد مرگ کرونا منفی میزان فشارخون بیش‌تری نسبت به موارد مثبت داشتند و از نظر بیماری فشارخون اختلاف معناداری داشتند. موارد مرگ کرونا مثبت تب، سرفه، تنگی نفس، درد و ضعف بیش‌تری داشتند (جدول شماره ۲). همچنین موارد مرگ کرونا منفی، کاهش هوشیاری، علائم ریوی در سی‌تی، اشباع‌پذیری هموگوبین اکسیژن پایین‌تر، و لوله گذاری بیشتری نسبت به موارد مثبت داشتند. براساس نتایج موارد مرگ کرونا مثبت و منفی از نظر تب، داشتن علائم در سی‌تی اسکن و سرفه اختلاف معنی‌داری داشتند (جدول شماره ۳).

بحث

در این مطالعه میانگین سنی بیماران کرونا مثبت ۵۷ سال بود و بیماران کرونا مثبت نسبت به بیماران کرونا منفی میانگین سنی بالاتری داشتند. همچنین بیماران کرونا مثبت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، میانگین سنی بالاتری داشتند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

جدول شماره ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک بیماران مشکوک به کووید-۱۹ بر حسب نتیجه تستPCR، بخش بستری و میزان مرگ و میر در شهر ساوه سال ۹۹

متغیر های دموگرافیک		نتیجه تست PCR		سطح معنی داری	بخش بستری		سطح معنی داری	مرگ و میر		سطح معنی داری
		مثبت تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)		ICU تعداد (درصد)	عفونی تعداد (درصد)		مثبت تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)	
		۵۲۶ (۴۷)	۸۰۶ (۵۳)		۲۹ (۵/۵)	۴۹۷ (۹۴/۵)		۷۷ (۶۰/۱)	۵۱ (۳۹/۹)	
سن (سال)	۰-۴	.	۱۲ (۱/۴۹)		.	.	۰/۱۸	.	.	
	۵-۱۹	۲ (۰/۳۸)	۱۱ (۱/۳۶)		.	۲ (۰/۴۰)		.	.	
	۲۰-۳۹	۹۳ (۱۷/۶)	۳۱۴ (۳۹)	۰/۰۰۱	۵ (۱۷/۲)	۸۸ (۱۷/۷)		۴ (۵/۱)	۶ (۱۱/۷)	۰/۶۷
	۴۰-۵۹	۲۰۷ (۳۹/۳)	۲۲۵ (۲۷/۹)		۵ (۱۷/۲)	۲۰۲ (۴۰/۶)		۱۶ (۲۰/۷)	۶ (۱۱/۷)	
	۶۰-۷۹	۱۵۱ (۲۸/۷)	۱۵۳ (۱۹)		۱۱ (۳۷/۹)	۱۴۰ (۲۸/۱)		۲۷ (۳۵)	۲۰ (۳۹/۲)	
	≥۸۰	۷۳ (۱۳/۸)	۹۰ (۱۱/۱)		۸(۲۷/۵)	۶۵ (۱۳)		۳۰ (۳۸/۹)	۱۹ (۳۷/۲)	
میانگین ±انحراف معیار		۵۷ ± ۱۷/۶	۴۸/۶ ± ۲۰/۹	۰/۰۰۱**	۵۸ ± ۲۴/۹	۵۳/۳ ± ۱۸/۶	۰/۰۰۱	۷۰/۲ ± ۱۵/۶	۶۹/۶ ± ۱۹/۵	۰/۸۵
جنس	مرد	۳۰۱ (۵۷/۲)	۳۴۳ (۴۲/۶)	۰/۰۰۱	۲۰ (۶۹)	۲۸۱ (۵۶/۶)		۵۱ (۶۶/۲)	۱۸ (۳۵/۳)	۰/۰۰۲
	زن	۲۲۵ (۴۲/۸)	۴۶۳ (۵۷/۴)		۹ (۳۱)	۲۱۶ (۴۳/۴)	۰/۲۴	۲۶ (۳۳/۸)	۳۳ (۶۴/۷)	
تماس با بیماران کووید	بله	۱۵۴ (۲۹/۳)	۳۶۹ (۴۵/۷)	۰/۰۰۱	۷(۲۴)	۱۴۷ (۳۰)		۲۳ (۲۹/۹)	۴ (۷/۹)	۰/۰۰۷
	خیر	۳۷۲ (۷۰/۷)	۴۳۷ (۵۴/۳)		۲۲ (۷۶)	۳۵۰ (۷۰)	۰/۶۷	۵۴ (۷۰/۱)	۴۷ (۹۲/۱)	
مدت زمان بستری (روز) (میانگین±انحراف معیار)		۶/۶ ± ۸/۶	۳/۴ ± ۷	۰/۰۰۱**	۵/۸ ± ۱۰/۱	۷/۵ ± ۸/۹	۰/۰۰۱	۸/۱ ± ۸	۶/۷ ± ۹/۶	۰/۳۷

** : آزمون T مستقل

جدول شماره ۲: مقایسه بیماری های زمینه ای بیماران مشکوک به کووید-۱۹ بر حسب نتیجه تست PCR، بخش بستری و میزان مرگ و میر در شهر ساوه سال ۹۹

بیماری های زمینه ای		نتیجه تست PCR		سطح معنی داری	بخش بستری		سطح معنی داری	مرگ و میر		سطح معنی داری
		مثبت تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)		ICU تعداد (درصد)	عفونی تعداد (درصد)		مثبت تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)	
		۵۲۶ (۴۷)	۸۰۶ (۵۳)		۲۹ (۵/۵)	۴۹۷ (۹۴/۵)		۷۷ (۶۰/۱)	۵۱ (۳۹/۹)	
سرطان	بله	۴ (۰/۸)	۱۰ (۱/۳)	۰/۶۱	۲ (۷)	۲ (۰/۴)	۰/۰۱	.	۳ (۵/۹)	۰/۰۹
	خیر	۵۲۲ (۹۹/۲)	۷۹۶ (۹۸/۷)		۲۷ (۹۳)	۴۹۵ (۹۹/۶)		۷۷ (۱۰۰)	۴۸ (۹۴/۱)	
هیپرتانسیون	بله	۵۱ (۹/۷)	۴۵ (۷/۲)	۰/۳۲	۵ (۷/۳)	۴۶ (۹/۳)	۰/۱۸	۲ (۲/۶)	۷ (۳/۸)	۰/۰۴
	خیر	۴۷۵ (۹۰/۳)	۷۶۱ (۹۲/۸)		۲۴ (۸۲/۷)	۴۵۱ (۹۰/۷)		۷۵ (۹۷/۴)	۴۴ (۸۶/۲)	
دیابت	بله	۶۲ (۱۱/۵)	۷۲ (۸/۹)	۰/۰۱	۷ (۲۴/۲)	۵۵ (۱۱/۱)	۰/۰۶	۱۳ (۱۶/۹)	۱۰ (۱۹/۷)	۰/۷۳
	خیر	۴۶۴ (۸۸/۴)	۷۳۴ (۹۱/۱)		۲۲ (۷۵/۸)	۴۴۲ (۸۸/۹)		۶۴ (۸۳/۱)	۴۱ (۸۰/۳)	
بیماری قلبی و عروقی	بله	۶۸ (۱۲/۹)	۸۷ (۱۰/۷)	۰/۰۸	۵ (۱۲/۹)	۶۳ (۱۰/۷)	۰/۴۰	۱۵ (۱۹/۵)	۶ (۱/۸)	۰/۳۷
	خیر	۴۵۸ (۸۷/۰)	۷۱۹ (۸۹/۳)		۲۴ (۸۲/۷)	۴۳۴ (۸۹/۳)		۶۲ (۸۰/۵)	۴۵ (۸۷/۲)	
بیماری مزمن تنفسی	بله	۱۲ (۲/۲)	۱۱ (۱/۳)	۰/۱۲	۲ (۲/۲)	۱۰ (۱/۳)	۰/۱۳	۲ (۲/۶)	۵ (۹/۹)	۰/۱۹
	خیر	۵۱۴ (۹۷/۸)	۷۹۵ (۹۸/۷)		۲۷ (۹۷/۸)	۴۸۷ (۹۸/۷)		۷۵ (۹۷/۴)	۴۶ (۹۰/۱)	
آسم	بله	۷ (۱/۳)	۲۷ (۳/۳)	۰/۳۳	.	۷ (۳/۳)	۰/۶۷	۱ (۱/۳)	۲ (۴)	۰/۶۰
	خیر	۵۱۹ (۹۸/۷)	۷۷۹(۹۶/۷)		۲۹ (۱۰۰)	۴۹۰ (۹۶/۷)		۷۶ (۹۸/۷)	۴۹ (۹۶)	
بیماری کلیوی	بله	۱۲ (۲/۲)	۱۶ (۲)	۰/۷۱	۱ (۲/۲)	۱۱ (۲)	۰/۴۹	۲ (۲/۶)	۳ (۵/۹)	۰/۵۹
	خیر	۵۱۴ (۹۷/۸)	۷۹۰ (۹۸)		۲۸(۹۷/۸)	۴۸۶ (۹۸)		۷۵ (۹۷/۴)	۴۸ (۹۴/۱)	
بیماری کبد	بله	۱(۰/۲)	۳ (۰/۴)	۰/۸۱	.	۱(۰/۴)	۰/۹۴	.	.	–
	خیر	۵۲۵ (۹۹/۸)	۸۰۳ (۹۹/۶)		۲۹ (۱۰۰)	۴۹۶ (۹۹/۶)		۷۷ (۱۰۰)	۵۱ (۱۰۰)	
بیماری خونی	بله	۶ (۱/۲)	۱۰ (۱/۳)	۰/۸۴	۱ (۲/۲)	۵ (۱/۱)	۰/۲۸	۲ (۲/۶)	۲ (۴)	۰/۸۷
	خیر	۵۲۰ (۹۸/۸)	۷۹۶ (۹۸/۷)		۲۷ (۹۷/۸)	۴۹۲ (۹۸/۹)		۷۵ (۹۷/۴)	۴۹ (۹۶)	

جدول شماره ۳: مقایسه علائم و عوامل خطر بیماران مشکوک به کووید-۱۹ برحسب نتیجه تست PCR، بخش بستری و میزان مرگ و میر درشهر ساوه سال۹۹

علائم و عوامل خطر		نتیجه تست PCR		سطح معنی داری	بخش بستری در بیماران مثبت		سطح معنی داری	مرگ و میر		سطح معنی داری
		مثبت تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)		ICU تعداد (درصد)	عفونی تعداد (درصد)		مثبت تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)	
		۵۲۶ (۴۷)	۸۰۶ (۵۳)		۲۹ (۵/۵)	۴۹۷ (۹۴/۵)		۷۷ (۶۵)	۵۱ (۳۵)	
علائم در سی تی اسکن	بله	۳۱ (۵/۸)	۱۰۱ (۱۲/۵)	۰/۰۰۱	۱ (۳/۴)	۳۰ (۶)	۰/۰۰۰۱	۴ (۵/۱)	۱۵ (۲۹/۴)	۰/۰۰۵
	خیر	۱ (۰/۱)	۱۱ (۱/۳)		۱ (۳/۴)	۱۲ (۲/۴)		۱ (۱/۲)	۱ (۱/۹)	
	عدم انجام سی تی اسکن	۴۹۴ (۹۳/۹)	۶۹۴ (۸۶/۱)		۲۷ (۹۳/۱)	۴۵۵ (۹۱/۵)		۷۲ (۹۳/۵)	۳۵ (۶۸/۶)	
کاهش هوشیاری	بله	۷ (۱/۳)	۳۴ (۴/۳)	۰/۰۰۵	۳ (۱/۳)	۴ (۰/۹)	۰/۰۰۵	۵ (۶/۶۶)	۱۳ (۲۵/۵)	۰/۳
	خیر	۵۱۹ (۹۸/۷)	۷۷۲ (۹۵/۷)		۲۶ (۱۰۰)	۴۹۳ (۹۹/۱)		۷۲ (۹۳/۳۴)	۳۸ (۷۴/۵)	
لوله گذاری	بله	۳۷ (۷/۱)	۴۲ (۵/۳)	۰/۱۷	۱۲ (۴۱/۴)	۲۵ (۵/۱)	۰/۰۰۱	۳۰ (۳۸/۹)	۲۶ (۵۰/۹)	۰/۰۶
	خیر	۴۸۹ (۹۲/۹)	۷۶۴ (۹۴/۷)		۱۷ (۵۸/۶)	۴۷۲ (۹۴/۹)		۴۷ (۶۱/۱)	۲۵ (۴۹/۱)	
اشباع پذیری هموگوبین از اکسیژن	بیش تر از ۹۳ درصد	۳۳۳ (۶۳/۳)	۵۸۷ (۷۲/۸)	۰/۰۰۱	۹ (۳۱/۱)	۳۳۴ (۶۵/۱)	۰/۰۰۱	۲۶ (۳۳/۳)	۱۲ (۲۳/۶)	۰/۴۵
	کم تر از ۹۳ درصد	۱۹۳ (۳۶/۷)	۲۱۹ (۱۷/۲)		۲۰ (۶۸/۹)	۱۷۳ (۳۴/۹)		۵۱ (۶۶/۶)	۳۹ (۷۶/۴)	
تب	بله	۲۱۸ (۴۱/۴)	۱۶۴ (۲۰/۴)	۰/۰۰۱	۱۱ (۳۸)	۲۰۷ (۴۱/۷)	۰/۴۶	۳۱ (۴۰/۳)	۱۱ (۲۱/۶)	۰/۰۴
	خیر	۳۰۸ (۵۸/۶)	۶۴۲ (۷۹/۶)		۱۸ (۶۲)	۲۹۰ (۵۸/۳)		۴۶ (۵۹/۷)	۴۰ (۷۸/۴)	
درد و ضعف بدن	بله	۱۱۰ (۲۱)	۹۳ (۱۱/۶)	۰/۰۰۱	۱۲ (۴۱/۴)	۹۸ (۲۰)	۰/۰۰۹	۱۰ (۱۳/۳)	۲ (۴)	۰/۱۸
	خیر	۴۱۶ (۷۹)	۷۱۳ (۸۸/۴)		۱۷ (۵۸/۶)	۳۹۹ (۸۰)		۶۷ (۸۶/۶)	۴۹ (۹۶)	
سرفه	بله	۲۳۰ (۴۳/۸)	۱۷۲ (۲۱/۴)	۰/۰۰۱	۱۴ (۴۸/۳)	۲۱۶ (۴۳/۵)	۰/۷۰	۲۵ (۳۲/۵)	۷ (۱۳/۸)	۰/۰۳
	خیر	۲۹۶ (۵۶/۲)	۶۳۴ (۷۸/۶)		۱۵ (۵۱/۷)	۲۸۱ (۵۶/۵)		۵۲ (۶۷/۵)	۴۴ (۸۶/۲)	
تنگی نفس	بله	۲۱۲ (۴۰/۳)	۱۹۵ (۱۴/۲)	۰/۰۰۱	۱۳ (۴۴/۹)	۱۹۹ (۴۰/۱)	۰/۶۹	۳۹ (۵۰/۶)	۲۵ (۴۹/۹)	۰/۸۳
	خیر	۳۱۴ (۵۹/۷)	۶۱۱ (۷۵/۸)		۱۶ (۵۵/۱)	۲۹۸ (۵۹/۹)		۳۸ (۴۹/۴)	۲۶ (۵۰/۱)	
بی اشتهایی	بله	۲ (۰/۰۴)	۴ (۰/۰۵)	۰/۸۹	۰	۲ (۰/۵)	۰/۸۹	۸ (۱۰/۴)	۵ (۹/۹)	۰/۹۱
	خیر	۵۲۴ (۹۹/۶)	۸۰۲ (۹۹/۵)		۲۹ (۱۰۰)	۴۹۵ (۹۹/۵)		۶۹ (۸۹/۶)	۴۶ (۹۰/۱)	
مصرف دخانیات	بله	۲ (۰/۰۴)	۱۲ (۱/۵)	۰/۰۶	۱ (۳/۵)	۱ (۰/۳)	۰/۱۰	۱ (۱/۳)	۱ (۲)	۰/۷۶
	خیر	۵۲۴ (۹۹/۶)	۷۹۴ (۹۸/۵)		۲۸ (۹۶/۵)	۴۹۶ (۹۹/۷)		۷۶ (۹۸/۷)	۵۰ (۹۸)	
اعتیاد	بله	۲ (۰/۰۴)	۱۴ (۱/۸)	۰/۰۴	۱ (۳/۵)	۱ (۰/۳)	۰/۱۰	.	۲ (۴)	۰/۲۰
	خیر	۵۲۴ (۹۹/۶)	۷۹۲ (۹۸/۲)		۲۸ (۹۶/۵)	۴۹۶ (۹۹/۷)		۷۷ (۱۰۰)	۴۹ (۹۶)	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

این یافته همسو با مطالعات قبلی در این زمینه است که نشان دادند سن یک عامل خطر برای ابتلا به کووید ۱۹ می‌باشد و افراد مسن در خطر بیش‌تری برای ابتلا هستند(۱۴-۱۲). در مطالعه‌ای که در ووهان چین انجام شد، میانگین سنی بیماران آلوده به کرونا ویروس نوین ۵۹ سال گزارش شد(۱۵). مطالعات گوناگون موید این مطلب هستند، که در افراد سالمند، نه تنها احتمال خطر ابتلاء به بیماری بیش‌تر است، بلکه احتمال مرگ ناشی از بیماری نیز بیش‌تر است(۱۳،۱). در این رابطه، فرضیاتی مطرح می‌باشد، از جمله این که در ریه جایی‌که ویروس کووید- ۱۹مستقر می‌شود، تغییر در ویژگی‌های جسمی بافت ریه یا پیری سیستم ایمنی (پیرشدگی ایمنی) باعث افزایش استعداد افراد مسن به ابتلا به بیماری می‌شود. از طرف دیگر با افزایش سن، سلول‌های T حافظه از تنوع ضعیفی برخوردار می‌شوند و به همین دلیل پاسخ‌های ایمنی در سالمندان، دیرتر از کودکان و یا افراد جوان فعال می‌شود. لذا در مواجهه با اپیدمی‌هایی مانند کووید-۱۹ سالمندان جزء گروه‌های حساس و آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند(۱۶).

در مطالعه حاضر بیش‌تر بیماران کرونا مثبت مرد و بیش‌تر بیماران کرونا منفی زن بودند،که همسو با مطالعات قبلی در این زمینه است(۱۴-۱۲). از دلایل احتمالی این تفاوت علاوه بر تفاوت‌های بیولوژیکی مربوط به جنسیت، می‌توان به حضور بیش‌تر مردان در جامعه به دلیل مسئولیت‌های شغلی آن‌ها در کشورمان اشاره کرد(۱۷). از طرف دیگر مطالعالت قبلی نشان‌دهنده حساسیت بیش‌تر زنان به موضوع سلامت و بیماری خود و مراجعه بیش‌تر به مراکز درمانی با ظهور علائم بالینی است که این مساله می‌تواند یکی از دلایل احتمالی، بیش‌تر بودن موارد منفی در زنان را توجیه کند(۱۹،۱۸).

در این مطالعه یک سوم از بیماران کرونا مثبت و تقریباً نیمی از بیماران کرونا منفی، سابقه تماس با بیمار آلوده را گزارش کردند که نشان می‌دهد اقدامات آموزشی و پیشگیرانه همچون استفاده از ماسک و قرنطینه به خوبی رعایت نشده است. از آن‌جایی‌که در بیماران کرونا مثبت حدود دو سوم از بیماران سابقه تماس را گزارش نکردند، به نظر می‌رسد ناقلان بدون علامت نقش عمده‌ای در انتقال فرد به فرد بیماری ایفا می‌کنند. در تشخیص ناقلان بدون علامت، نشانه‌های بالینی و تصویربرداری (سی‌تی اسکن) کمک چندانی نمی‌کند و بهترین روش تشخیص این افراد، آزمایش پی سی آر می‌باشد، زیرا که اکثر آن‌ها فاقد نشانه‌های بالینی بوده و تصویر سی‌تی طبیعی دارند(۲۰).

در این مطالعه بیماری‌های قلبی، دیابت، و فشارخون به ترتیب مهم‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای بیماران کرونا مثبت و منفی بود. هر چند که نسبت بیماران دارای بیماری‌های زمینه‌ای، در بیماران کرونا مثبت بیش‌تر بود. همسو با یافته‌ها در مطالعه حاضر مطالعات قبلی نشان داده است که افراد مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای همچون دیابت و پرفشاری خون در معرض خطر بیش‌تری برای ایجاد عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری کووید-۱۹ می‌باشند(۱۲). در مطالعه انجام شده در چین تقریباً نیمی از بیماران بستری مشکوک به کرونا ویروس جدید، دارای بیماری‌های مزمن بودند(۲۱).

در مطالعه مشابه دیگر در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در سبزوار، ۴۳/۸ درصد کل بیماران حداقل یک بیماری زمینه‌ای داشتند(۲۲). از دلایل احتمالی بالا بودن میزان بیماری‌های زمینه‌ای فوق در بیماران کرونا منفی را شاید بتوان به مواردی همچون سن بالای بیماران، میزان شیوع بالای بیماری‌های قلبی، دیابت، و فشارخون در جامعه ایران نسبت داد(۲۳،۱۹،۱۸).

براساس یافته‌های مطالعه حاضر علائم رادیولوژیکی در بیماران کرونا منفی حدود سه برابر افراد کرونا مثبت (با آزمایش پی سی آر) بود که این یافته می‌تواند نشان‌دهنده میزان منفی کاذب بالا در تست‌های تشخیصی باشد. علاوه بر این مطالعات قبلی به اهمیت یافته‌های رادیولوژیکی در تشخیص کووید ۱۹ تاکید کرده‌اند که لازم است تیم درمان بیماران به این نکته توجه نمایند(۲۵،۲۴).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

همسو با مطالعات قبلی در این زمینه که نشان دادند کرونا ویروس SARS-CoV-2 در دستگاه تنفسی فوقانی تکثیر می‌یابد و در مرحله مقدماتی با علایم غیر اختصاصی و کلی نظیر احساس کسالت، خستگی و بدن درد، تب و سرفه خشک همراه است(۲۶،۱۳). یافته‌ها در مطالعه حاضر نیز نشان داد که نشانه‌های بالینی اصلی بیماران کووید ۱۹ در زمان مراجعه به بیمارستان، به ترتیب سرفه، تب، و دیسترس تنفسی بود و این علائم به‌طور معناداری در بیماران کرونا مثبت نسبت به کرونا منفی بیشتر بوده است. این یافته با مطالعات انجام شده در بیماران کووید-۱۹ چین همخوانی دارد(۲۷). نتایج مطالعه انجام شده در ووهان چین نشان داد که شروع زودرس تنگی نفس در کووید ۱۹ ممکن است نشان دهنده پیش‌آگهی ضعیف برای بیماری باشد(۲۸).

در مطالعه حاضر ۵/۵ درصد از بیماران کرونا مثبت و ۲/۴ درصد از بیماران کرونا منفی نیاز به بستری در ICU پیدا کردند. این یافته همسو با مطالعه انجام شده در استرالیا بود که نرخ بستری بیماران کووید-۱۹ در بخش مراقبت‌های ویژه را حدود ۵ درصد گزارش کرد(۲۹). در مطالعه مشابه دیگر در چین مشخص شد که وضعیت حدود ۵ درصد از بیماران به سمت وخامت پیش رفته که با نارسایی تنفسی، شوک عفونی و نارسایی در سایر ارگان‌های بدن همراه است و بیماران نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پیدا می‌کنند(۲۴). نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران کرونا مثبت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در مقایسه با بخش عفونی، میزان کاهش سطح هوشیاری، و لوله‌گذاری بیش‌تر و اشباع‌پذیری هموگلوبین از اکسیژن کم‌تری داشتند. این یافته مورد انتظار است چرا که این علائم مختص افراد بد حال در کووید-۱۹ بوده و این بیماران بایستی تحت مراقبت‌های ویژه قرار بگیرند. همسو با مطالعه حاضر، نتایج مطالعه انجام شده در چین هم نشان داد که میزان کاهش سطح هوشیاری و لوله‌گذاری در بیماران بستری در ICU بیش‌تر است(۲۷). توجه به نشانه‌های بالینی بیماران مثبت و منفی که فوت نموده‌اند نشانگر آن است که این بیماران در بدو ورود شرایط وخیم‌تر و شدیدتری داشته‌اند، بنابراین می‌توان گفت که بررسی و مشاهده دقیق تر نشانه‌های بالینی در بیماران ممکن است در اتخاذ تصمیمات و مداخلات درمانی کمک‌کننده باشد. در مطالعه حاضر میزان میرایی ۱۴/۶ درصد بود. این میزان در مقایسه با مطالعه انجام شده در گوانجو چین که میزان میرایی بیماری ۳ درصد گزارش شد و نیز میانگین مرگ در دنیا که ۴/۸۴ درصد می‌باشد، بیش‌تر، اما با مطالعات دیگر انجام شده در چین که میزان میرایی بین ۱۱ تا ۱۵ درصد گزارش شده است، همسو بود(۳۰،۲۶،۲-۳۲). از دلایل احتمالی بالا بودن میزان میرایی در مطالعه حاضر نسبت به میانگین جهانی کشندگی بیماری را می‌توان به انجام مطالعه در موارد بستری نسبت داد. هر چند به نظر می‌رسد آمارهای میرایی بیماری کووید ۱۹ کم گزارش می‌شود(۳۳). به هر حال عوامل مختلفی همچون امکانات درمانی، مرحله اپیدمی، میزان شیوع بیماری در افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای و مسن، می‌تواند بر بر میزان مرگ و میر اثرگذار باشد و تفاوت‌های ملاحظه شده را می‌توان با ارزیابی دقیق‌تر تحلیل کرد. با این وجود، مطالعات جدیدتر نشان دهنده آن است که نرخ مرگ و میر کروناویروس COVID-19 در حال تغییر بوده و تعداد موارد بهبود یافته در حال افزایش می‌باشد(۳۴،۳۱). همسو با مطالعات قبلی که نشان دادند بیش‌ترین میزان میرایی کووید-۱۹ در افراد مسن و افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای قبلی نظیر افزایش فشارخون، دیابت یا بیماری‌های قلبی- عروقی است که سیستم ایمنی آن‌ها تضعیف شده است، در مطالعه حاضر نیز بیش‌تر موارد مرگ مربوط به گروه سنی ۸۰ سال به بالا و دارای بیماری‌های زمینه‌ای بود(۳۶،۳۵،۱). این یافته را شاید بتوان این طور توجیه کرد که بیماری‌های زمینه‌ای (همچون فشار خون بالا) در میان افراد سالمند بیش‌تر است، لذا خطرات مرگ را در میان نمونه‌های مورد بررسی افزایش داده است. این یافته با مطالعات انجام شده در چین و ایتالیا همخوانی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

دارد(۳۸،۳۷). همسو با مطالعه حاضر، نتایج مطالعه‌ای در چین نشان داد، اگرچه سالمندان، حدود ۱۲ درصد از مبتلایان به کووید-۹۱ را به خود اختصاص داده بودند، اما بیش از ۵۰ درصد از مرگ ناشی از کووید-۱۹ مربوط به آنان بود. در آمریکا نیز، ۸۰ درصد مرگ‌های ناشی از کووید- ۱۹ در افراد بالای ۶۵ سال گزارش شد(۳۹). در مطالعه انجام شده در سبزوار ۷۱/۹ درصد از بیماران فوتی دارای بیماری‌های زمینه‌ای بودند(۲۲). از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به وضعیت خاص بیماران و مشکلات آن‌ها در پاسخگویی به سئوالات اشاره کرد.

در این مطالعه بیماری‌های قلبی، دیابت، و فشارخون مهم‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بود و بیش‌ترین میزان میرایی نیز در افراد مسن دارای بیماری‌های زمینه‌ای بود. نظر به این که در بیماری کووید-۱۹ بیش‌تر موارد بد حال و مرگ در افراد سالمند و دارای بیماری‌های زمینه‌ای است، بنابراین آموزش اختصاصی، مراقبت و بیماریابی به‌صورت فعال، از طریق ظرفیت سیستم شبکه‌های بهداشت (مراکز سلامت جامعه شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت) به این گروه‌ها می‌تواند گام مهمی برای کاهش بار بیماری در بیمارستان‌ها باشد.

به نظر می‌رسد بررسی و مشاهده علائم بالینی کووید-۱۹ ممکن است به تیم درمان در شناسایی پیش‌آگهی ضعیف تر بیماران کمک نماید. بنابراین، سیاستگذاران سلامت برای کنترل گسترش عفونت و کاهش مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از آن در بیمارستان‌ها باید از کمپین‌ها و مداخلات بیش‌تری برای بهبود برنامه‌های غربالگری استفاده کنند. علاوه بر این طراحی و اجرای شیوه نامه جامعی برای نظارت و پایش عملکرد مدیریت بحران اپیدمی کرونا در بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل نمی‌شد مگر با کمک و همکاری معاونت‌های محترم بهداشتی، درمان، پژوهشی و روسای بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه، لذا محققین بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از ایشان اعلام نمایند. علاوه بر این از همکاری و پاسخگویی بیماران و خانواده محترم ایشان نیز سپاسگزاریم.

References

1. Li JY, You Z, Wang Q, Zhou ZJ, Qiu Y, Luo R, et al. The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. Microbes infect 2020; 22(2): 80-85.
2. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet 2020; 395(10223): 470-473.
3. Poon LL, Peiris M. Emergence of a novel human coronavirus threatening human health. Nature Medicine 2020; 26(3): 317-319.
4. Bastola A, Sah R, Rodriguez-Morales AJ, Lal BK, Jha R, Ojha HC, etal. The first 2019 novel coronavirus case in Nepal. Lancet Infect Dis 2020; 20(3): 279-280.
5. Peeri NC, Shrestha N, Rahman MS, Zaki R, Tan Z, Bibi S, et al. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? Int J Epidemiol 2020; 49(3): 717-726.
6. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 72. 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331685/nCoVsitrep01Apr2020-eng.pdf.
7. Yee J, Unger L, Zadravecz F, Cariello P, Seibert A, Johnson MA, et al. Novel

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

coronavirus 2019 (COVID- 19): Emergence and implications for emergency care. Journal of the American College of Emergency Physicians Open 2020; 1(2): 63-69.

8. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19)outbreak. Journal of Autoimmunity 2020; 109: 102433.
9. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Lancet 2020; 395(10226): 760-762.
10. Control CfD, Prevention. Interim considerations for infection prevention and control of coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in inpatient obstetric healthcare settings. Acessado em. 2020; 18(02).
11. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet 2020; 395(10226): 809-815.
12. Lian J, Jin X, Hao S, Cai H, Zhang S, Zheng L, et al. Analysis of Epidemiological and Clinical features in older patients with Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) out of Wuhan. Clin Infect Dis 2020.
13. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. MedRxiv 2020.
14. Lin X, Gong Z, Xiao Z, Xiong J, Fan B, Liu J. Novel coronavirus pneumonia outbreak in 2019: computed tomographic findings in two cases. Korean J Radiol 2020; 21(3): 365-368.
15. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. N Engl J Med 2020; 382: 1199-1207.
16. Jannat Alipoor Z, Fotokian Z. COVID-19 and the Elderly with Chronic diseases: Narrative Review. J Mil Med 2020; 22(6): 632-640.
17. Marriott I, Huet-Hudson YM. Sexual dimorphism in innate immune responses to infectious organisms. Immunol Res 2006; 34(3): 177-192.
18. Karimy M, Rezaee Momtaz M, Tavousi M, Montazeri A, Araban M. Risk factors associated with self-medication among women in Iran. BMC Public Health 2019; 19(1): 1033 (Persian).
19. Karimy M, Azarpira H, Araban M. Using health belief model constructs to examine differences in adherence to Pap test recommendations among Iranian women. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2017; 18(5): 1389-1394 (Persian).
20. Ganji A, Mosayebi G, Khaki M, Ghazavi A. A Review of the 2019 Novel Coronavirus (Covid-19): Immunopathogenesis, Molecular Biology and Clinical Aspects. J Arak Uni Med Sci 2020; 23(1): 8-21 (Persian).
21. Tavakoli A, Vahdat K, Keshavarz M. Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): an emerging infectious disease in the 21st century. Iranian South Medical Journal 2020; 22(6): 432-450 (Persian).
22. Talebi S, Nematshahi M, Tajabadi A, Khosrogerdi A. Comparison of Clinical and Epidemiological Characteristics of Deceased and Recovered Patients with COVID-19 in Sabzevar, Iran. J Mil Med 2020; 22(6): 509-516. (Persian)
23. Zareban I, Araban M, Rohani MR, Karimy M, Zamani-Alavijeh F, Babanejad M, et al. High blood pressure self-care among hypertensive patients in Iran: a theory-driven study. J Hum Hypertens 2020: 1-8 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]

24. 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; 296(2): 200490.
25. 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. (Persian)
26. 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.
27. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. Jama. 2020; 323(11): 1061-1069.
28. Du Y, Tu L, Zhu P, Mu M, Wang R, Yang P, et al. Clinical features of 85 fatal cases of COVID-19 from Wuhan. A retrospective observational study. Am J Respir Crit Care Med 2020; 201(11): 1372-1379.
29. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger C. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. J Physiother 2020; 66(2): 73-82.
30. Liu T, Hu J, Kang M, Lin L, Zhong H, Xiao J, et al. Transmission dynamics of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). 2020. https://ssrn.com/abstract=3526307.
31. Meo SA, Al-Khlaiwi T, Usmani AM, Meo AS, Klonoff DC, Hoang TD. Biological and epidemiological trends in the prevalence and mortality due to outbreaks of novel coronavirus COVID-19. J King Saud Univ Sci 2020; 32(4): 2495-2499.
32. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature 2020; 579(7798): 265-269.
33. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. Lancet Infect Dis 2020; 20(7): 773.
34. Zumla A, Hui DS, Azhar EI, Memish ZA, Maeurer M. Reducing mortality from 2019-nCoV: host-directed therapies should be an option. Lancet 2020; 395(10224): e35- e36.
35. Tuite AR, Fisman DN. Reporting, epidemic growth, and reproduction numbers for the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) epidemic. Ann Intern Med 2020; 172(8): 567-568.
36. Read JM, Bridgen JR, Cummings DA, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. MedRxiv 2020.
37. 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): 1239-1242.
38. Iaccarino G, Grassi G, Borghi C, Ferri C, Salvetti M, Volpe M, et al. Age and multimorbidity predict death among COVID-19 patients: results of the SARS-RAS study of the Italian Society of hypertension. Hypertension 2020; 76(2): 366-372.
39. Jannat Alipoor Z, Fotokian Z. COVID-19 and the Elderly with Chronic diseases: Narrative Review. J Mil Med 2020; 22(6): 632-640 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-01-03]