بررسی میزان سدیم، باتسیم و اسملورشین پلاسمای در بیماران ضربه مغزی در بخش مراقبت‌های ویژه اعصاب

چکیده

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۶/۱۸

مقدمه: از اهداف ما از دو درمانی بیماران با ادم مغز خون مغزی و جلوگیری از تغییرات زیاد در اسملورشین پلاسمام و هیپرکلسیمی می‌باشند. تحقیقات نشان داده است مانیتورینگ افزایش اسملورشین پلاسمام یکی از آنتی‌بیوتیک‌ها مربوط به آن است. این امر از دست افتادن داشته باشد. Triage CаUS IC به کمک این ترتیب از چهار تا ۷۰ و همچنین از دست افتادن مقدار بالای اسملورشین سرم در سطح معیارها تعداد هزاران جزء ناشنانی استفاده می‌گردد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تجربی- مشاهده‌ای آزمونی بر روی تعداد ۱۰۰۰ مورد بیمار دچار ضربه مغزی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه اعصاب ICU انجام گردید. درمان دیگری برای بیماران به همراه آزمایش‌های شیمی‌ای، پاتسیم و غیره در زمان مورد نیاز در این بیماران به صورت ماهیانه اجرا گردید. ICUs غلبانی و پاتسیم به صورت ماهیانه اجرا گردید. ICUs غلبانی و پاتسیم به صورت ماهیانه اجرا گردید. هر ۲۴ ساعت گروه GCS در ۰/۵ در گروه متوسط و ۰/۵ GCS در گروه خفیف، ۱۲-۱۵ در گروه GCS در گروه خفیف، ۱۵-۲۰ در گروه MVA و آزمون‌های آرایه مورد تبادل فیزیکی و تبادل فیزیکی MVA و آزمون‌های آرایه مورد تبادل فیزیکی و تبادل فیزیکی GCS در گروه خفیف، ۱۵-۲۰ در گروه MVA و آزمون‌های آرایه MVA و آزمون‌های آرایه MVA و آزمون‌های آرایه MVA و آزمون‌های آرایه GCS در گروه خفیف، ۱۵-۲۰ در گروه MVA و آزمون‌های آرایه GCS در گروه خفیف، ۱۵-۲۰ در گروه MVA و آزمون‌های آرایه GCS در گروه خفیف، ۱۵-۲۰ در گروه MVA و آزمون‌های آرایه GCS در گروه خفیف، ۱۵-۲۰ در گروه ABG و P انجام می‌گردد. پاکت MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام MVA و آزمون‌های آرایه، ABG و P انجام می‌گردد. در نتیجه نگرو تعداد هزاران جزء ناشنایی استفاده می‌گردد.

پایه‌های کلیدی: اسملورشین، ضربه مغزی، میکبی، کولی کواسکو، فشار داخل جمجمه، الکترونیکی

آدرس مکانی: مرکز تحقیقات بیوشیمی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

Jabalamele@md.mui.ac.ir

پست الکترونیکی: jabalameli@md.mui.ac.ir

91 / 143 / 2018
مقدمه
اقل موارد ضربه حاد سر بدنی، تصادف با وسایل موتوری اتفاق افتاده و یکی از علل مرگ در جوانان کمتر از ۲۴ سال میانگین که انسدادی ۲۰۰۰/۵/۲۸ در سال برای آن ذکر کرده‌اند. (۱) مقیاس کمی گلاسکو روشی ساده و قابل قبول برای تشخیص شدته آسیب مغزی و پیگیری وضعیت بیمار می‌باشد (۲و۳). بیمارانی که درجه گلاسکو کمتر از ۸ دارند در حال کمی قرار داشته و حدود ۵۰ درصد این بیماران می‌باید در حالت زنده گذشته نباید قرار می‌گیرند (۱).
هدف از این دسته درمان در بیماران با آدم مغز حفظ جریان خون مغز و جلوگیری از افزایش فشار ورید مرکزی و پرفشاری، همچنین پیشگیری از تغییرات زیاد در اسپرمولیتی (پلاسمای و هیپرگلیکسمی) می‌باشد (۲و۳).

اسپرمولیتی مبتنی بر ترقبی کامل توسط مقادیر سدیم گلوکز عضلانی خارج سلولی می‌شود. در بیماران با ضایعات مغزی، نشانه‌گذاری می‌کند که در بیماران با ضایعات مغزی، گلوکز عضلانی خارج شده است. (۱و۲) ICP بیشتر است (۱و۲). همچنین نشان داده است در ضایعات دربیه مغزی شدید عضلات سلولی در این بیماران می‌شود که منجر به افزایش می‌گردد. این فرآیند باعث افزایش فشار داخل جمجمه و بند شدن بی‌پردازش شده است (۱و۲). بیان وجود مطالعات قدیمی ترخاطبش نشان می‌دهد که میزان افزایش اسپرمولیتی با شدت ضایعات مغزی ارتباط معنی‌داری ندارد (۱و۲). سدیم و بازیمیسپم از پارامترهای دلخیل در محاسبه اسپرمولیتی سرم است. مطالعات متعددی در مورد ارتباط سطح سدیم و بازیمیسپم با میزان افزایش ICP وجود دارد.
مطالعه حاضری، بدون مداخله در میزان درمانی بیماران که بطور معمول توسط سرویس اطلاعیه اعصاب انگیزی گردیده، جهت تعیین سطح سرمی سدیم، پتاسیم و محاسبه اسپورتولیزه سرم در شدت های مختلف ضایعات مغزی (خفیف، متوسط و شدید) با شدت ضایعات مغزی که با GCS، SPSS و ANOVA تعلیم می‌گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تجربی - مشاهده‌ای آزمونگر بر روی تعداد 57 مورد بیمارکه تنها دچار ضرر مغزی بیماری بودند در بخش مراقبت‌های ویژه اعصاب انگیزی گردیده باید اجزای اصلی مطالعه از بیماری و در صورت کاهش سطح هوشیاری از همراهان بیمار رضایت کسبی اخذ گردید. بیمارانی که سابقه از بیماری‌های زیستی مرتبط با طول مدت بستری کمتر از 4 روز داشتند از مطالعه حذف گردیدند. همچنین مطالعات دیگری جهت ارتباط اسپورتولیزه با شدت ضایعات مغزی موجود است اما این مطالعات به صورت جداگانه به شرح و بررسی هر یک از این بارمترها ICP و شدت ضایعات مغزی می‌پردازند. از دیگر مهم‌ترین موارد ارتباطات منطقی در دسترس است و نتاکون مطالعه ایجاد و دقیق در مورد رابطه همه این بارمترها با شدت ضایعات مغزی مشخص نشده است. همچنین نظر به لزوم دقت در مطالعه درمانی در بیماران ICP جراحی مغز و اعصاب و پاکس به این سوال که چه میزان این میانگین درمانی توسط تیم درمانی بر اساس این بارمترها تأثیر گذاشته است.

جیل عاملی و طاهری

هرچند با قرار دادن که

\[ n = \left( \frac{Z(1/2) + Z(1-\beta)}{\delta} \right)^2 / \sigma^2 \approx 57 \]

\[ n = \left( \frac{1.645}{0.013} \right)^2 / \sigma^2 \]

\[ \sigma \approx 0.05 \]
بحث و نتیجه‌گیری

اسپولارتیته پلاسما بوسیله هیپوتالاموس تنظیم می‌گردد.

افزایش اسپولارتیته، گیرنده‌های سریزی یا اسپورسینتوپلاسما را که در

هسته‌های سوپریکت، هیپوتالاموس واقع شده‌اند تحریک می‌کند

که خود موجب ترشح هورمون ضد ادرار از عضله هیپوفیزی خلفی

می‌شود و این موجب افزایش حفظ آب توسط کلیه می‌گردد (17).

در این مطالعه از مجموع 175 بیمار درصد را مورد

تشکیل داد که بدیل افزایش تصادف با وسیله تقلبی موثری

است. این یافته با سایر مطالعات هم‌خوانی دارد. به طوری که در

مطالعه‌ی یک توسط Trost و همکاران انجام شده بود مطرح

گردید که بیشتر موارد ضربه مغزی در مردان بوده و علت آن نیز

همچنین تصادف با وسیله تقلبی موثری ذکر شده است (17).

متوسط بودن اسپولارتیته پلاسما کمتر از دو گروه عضایه خفیف و شدید (بدون جدول).

در مجموع میزان اسپولارتیته پلاسما در کلیه موارد ضربه

مغزی بین حداقل 24/4 و حداکثر 41/2 می‌گردد. 

حالی است که اسپولارتیته طبیعی پلاسما بین 24/5-41/2 میلی-

اسمول در لیتر است. این یافته با مطالعات متعددی که توصیه

می‌کنند در عضایه‌های اسپولارتیته پلاسما در حد بالای نرمال

نگ داشته شود، مطابق است (18). مطالعه‌ی نشان داد که

اسپولارتیه در چنین بیمارانی می‌توان به کاهش آب مغزی و ادم

مغزی شده و در نتیجه پیش آگاهی بیماران بستری شود.

(18/5.2) / میلی‌میکرو مول/لیتر. باید به دقت درمان دردسرمغزی (SIADH)

است. بدیل ریسک ادم منجر به سرمولی (۲۴۰-۲۶۰ مول/لیتر)

دیفرانژیو (مثل SIADH) باید به دقت درمان دردسرمغزی (۲۴۰-۲۶۰ مول/لیتر)

بعد از عضایه‌های باید به خوبی مانیتور گردد. اسپولارتیته سرم

پیش از ۳۲۰ میشود به اختلالات در سد خونی مغزی

شده و با دید فوراً درمان گردد (19).

تریب روش‌های متولی روند افزایش را داشت.

بیشترین تعداد در گروه 20 قرار داشتند (نمونه 1).

نمودار 4: توزیع قرارئی بیماران ضربه مغزی بر اساس شدت ضایعه عضایه

خفیف، متوسط و شدید در 4 گروه بسته در بعضی مراکز سازماندهی

در 44 سالول میانگین اسپولارتیته پلاسما در گروه 20 با

شدت عضایه عضایه خفیف، متوسط و شدید به ترتیب 9 ± 285/5

24/6 ± 274/6 و 274/6 ± 273/6. در گروه دارای عضایه عصبی متوسط

اختلاف معنی‌داری نسبت به گروه دارای عضایه عصبی و شدید نشان

داد (جدول 1). میزان اسپولارتیته پلاسما در کلیه موارد ضربه مغزی

بین حداقل 41/2 و حداکثر 528/9 می‌گردد.

حداقل و حداکثر میانگین غلظت سدیم در چهار روز اول در

بیماران ضربه مغزی بستره در ICU اعصاب به ترتیب 23۱۲ و

13۸۷ میلی‌کیلوالار در لیتر بود. همچنین با میانگین

غلظت‌های اسپولارتیه در زمان‌های مختلف و شدت عضایه در

این مطالعه ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. حداقل و حداکثر

میانگین غلظت‌های پلاسما در بیماران ضربه مغزی بین

13/2 ± 23/5 و 3۱/2 ± 20/2 میلی‌کیلوالار در لیتر بود. بین

میانگین غلظت‌های پلاسما و شدت ضایعه عضایه در این مطالعه

ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

94 / نشجع، روزه سیرزمین، پایه ۹۰
<table>
<thead>
<tr>
<th>اسپولاریته</th>
<th>تماس</th>
<th>میلی آکی وانلن در لیتر</th>
<th>میلی آکی وانلن در لیتر</th>
<th>شدت ضایعات مغزی</th>
<th>زمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5</td>
<td>خفیف</td>
<td>5 ± 16</td>
<td>24 ساعت اول</td>
<td></td>
<td>24 ساعت اول</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>متوسط</td>
<td>4 ± 13</td>
<td>24 ساعت دوم</td>
<td></td>
<td>24 ساعت دوم</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>شدید</td>
<td>3 ± 12</td>
<td>24 ساعت سوم</td>
<td></td>
<td>24 ساعت سوم</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>شدید</td>
<td>2 ± 11</td>
<td>24 ساعت چهارم</td>
<td></td>
<td>24 ساعت چهارم</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**توجه:** میزان پاتاینت از حد طبیعی بوده است. همچنین بین میانگین غلظت‌های سدیم در زمان‌های مختلف شدت ضایعات مغزی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این پایته بنا تا نتایج بعضی مطالعات دیگر هم‌خوانی دارند. در مطالعه‌ای دانشگاه است که هیپوترومی پایه‌های شایعی در بیماران ضربه مغزی است. (20)

**نتایج:** پژوهشی نشان داد که غلظت سدیم در بیماران اگهی تر یا از 137±2 mmol/l ممکن است به‌صرفه میزان پاتاینت از حد طبیعی بوده است. همچنین بین میانگین غلظت‌های سدیم در زمان‌های مختلف شدت ضایعات مغزی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این پایته بنا تا نتایج بعضی مطالعات دیگر هم‌خوانی دارند. در مطالعه‌ای دانشگاه است که هیپوترومی پایه‌های شایعی در بیماران ضربه مغزی است. (20)

**نتایج:** نتایج پژوهشی نشان داد که غلظت سدیم در بیماران اگهی تر یا از 137±2 mmol/l ممکن است به‌صرفه میزان پاتاینت از حد طبیعی بوده است. همچنین بین میانگین غلظت‌های سدیم در زمان‌های مختلف شدت ضایعات مغزی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این پایته بنا تا نتایج بعضی مطالعات دیگر هم‌خوانی دارند. در مطالعه‌ای دانشگاه است که هیپوترومی پایه‌های شایعی در بیماران ضربه مغزی است. (20)
در این پژوهش حذف و هدایتا میانگین گلوتاتیون پتاسیم
پلاسمای در بیماران ضربه مغزی 36/210/50 تا 4/30 میلی
اگولوان میانگین گلوتاتیون پتاسیم در بیماران
سخت‌بازی و گلوتاتیون پتاسیم با استفاده از
داروهای هیپرکلسیمیک و بروز ضایعات مغزی
به صورت قدردانی
تشکر و قدردانی

به طور کلی، نتایج این پژوهش می‌تواند در حاضر
بودن میانگین گلوتاتیون پتاسیم در بیماران
پلاسمای پزشکی بیماران ضربه مغزی
سخت‌بازی در بیماران ضربه مغزی
همچنین میانگین گلوتاتیون پتاسیم
در بیماران با حادت

عوارض را مطرح می‌سازد.
References

7. Thenuwara K, Todd MM, Brian JE. Effect of mannitol and Furosemide on plasma osmolality and brain water; Anesthesiology 2002; 96(2) : 416-21


