



در این شماره میخوانید:

- سابقه‌ی خانوادگی دیابت و ارتباط آن با دیابت بارداری
- دیابت در ایران
- ارزیابی انتقال درون‌خانواده‌ی ویروس هپاتیت C
- شیوع و عوامل خطر رخداد ویروس هپاتیت دی در بیماران مبتلا به عفونت همزمان ویروس هپاتیت بی و ویروس نقص ایمنی انسانی
- بررسی تأثیر مداخله‌ی شناختی-رفتاری بر رفع موانع تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیز
- کمیته آژانس دارویی اروپا توصیه به محدود کردن مصرف انٹی بیوتیک های فلوروکونولون و کوینولون میکند
- ریسک فاکتورهای سکنه ایسکمیک و همورازیک در ۲۲ کشور

صفحه	عنوان
۳	سابقه‌ی خانوادگی دیابت و ارتباط آن با دیابت بارداری دیابت در ایران
۴	ارزیابی انتقال درون‌خانواده‌ای ویروس هپاتیت C
۴	شیوع و عوامل خطر رخداد ویروس هپاتیت دی در بیماران مبتلا به عفونت همزمان ویروس هپاتیت بی و ویروس نقص ایمنی انسانی
۶	بررسی تأثیر مداخله‌ی شناختی رفتاری بر رفع موانع تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیز
۹	کمپته آژانس دارویی اروپا توصیه به محدود کردن مصرف انتی بیوتیک های فلوروکوینولون و کوینولون میکند
۹	ریسک فاکتورهای سگته ایسکمیک و هموراژیک در ۲۲ کشور
۱۰	تأثیر دریافت کافیین بر کاهش وزن

کلید سلامت

شماره شاپا: ۶۰۱۸-۲۲۵۱

سال نهم- شماره ۸۸

مهر ماه ۱۳۹۷

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری
سلامت

سردبیر:
دکتر مریم کاظمی، دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی،
دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی

سابقه‌ی خانوادگی دیابت و ارتباط آن با دیابت بارداری: مطالعه‌ی مروری و متاآنالیز

Family history of diabetes and the risk of gestational diabetes mellitus in Iran: a systematic review and meta-analysis

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Moosazadeh M, Asemi Z, Lankarani KB, Tabrizi R, Maharlouei N, Naghibzadeh-Tahami A, et al. Family history of diabetes and the risk of gestational diabetes mellitus in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. ۹-۳۰۲۳۹: (۱۶)۱۳;۲۰۱۶.

Diabetes Metab Syndr. 2016 Dec 13. pii: S-1871 9-30239(16)4021. doi: 10.1016/j.dsx.2016.12.016. [Epub ahead of print]

URL :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28017634>

محل دقیق اجرای طرح: کشوری

سالهای اجرای طرح: ۹۶-۱۳۹۵

تاریخ ارائه‌ی گزارش: ۹۶/۱۲/۱۱

نام و نام خانوادگی تهیه‌کننده‌ی گزارش: مریم اکبری

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟

دیابت بارداری ملیتوس تحمل‌ناپذیری گلوکز در دوران بارداری است و از شایع‌ترین اختلال متابولیک دوران بارداری شناخته شده است. شیوع دیابت بارداری در سرتاسر جهان بین ۲۲/۳ تا ۲/۴ درصد، بسته به جمعیت مورد مطالعه و نوع آزمون‌های تشخیصی متفاوت است. این بیماری با عوارض شدید جنینی و مادری، همچون پره اکلامپسی، ماکروزومی، افزایش خطر عفونت، زایمان سخت، ناهنجاری‌های جنینی و عوارض قلبی-تنفسی و اختلال‌های متابولیکی همراه است.

روش مطالعه:

مطالعه‌ی مروری سیستماتیک حاضر با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی ملی و بین‌المللی تعداد ۲۳ مقاله بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۵ جمع‌آوری شد و وزن هر مطالعه باتوجه به تعداد نمونه و نسبت شانس با استفاده از روش مانتل هینزل محاسبه گردید. داده‌ها با استفاده از روش متاآنالیز مدل آثار تصادفی و با نرم‌افزار R و Stata Version ۱۰ آنالیز و سوگرایی انتشار با استفاده از فائل پلات بررسی شد. مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

- با جست‌وجوی اولیه، تعداد ۲۵۱۶ مقاله از پایگاه‌های اطلاعاتی ملی و بین‌المللی یافت شد. در ادامه با ارزیابی کیفیت مقاله‌ها و معیارهای ورود و خروج، تعداد ۲۳ مقاله وارد فرایند متاآنالیز شد.

- در ۲۳ مطالعه ارتباط بین سابقه‌ی خانوادگی دیابت و دیابت بارداری بررسی شد. سال انتشار مقالات وارد شده به متاآنالیز از ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۵ بوده است. نوع مطالعه در

هشت مقاله‌ی کوهورت، در پنج مقاله‌ی موردشاهدی و در بیست مقاله‌ی مقطعی ذکر شده است.

- با ترکیب نتایج هشت مطالعه‌ی کوهورت با استفاده از متاآنالیز، برآورد کلی نسبت شانس ابتلا به دیابت بارداری در گروهی که سابقه‌ی خانوادگی دیابت داشتند، به‌طور معناداری (۴/۲۹- ۱/۵) ۲/۵۴ برابر گروهی که سابقه‌ی خانوادگی دیابت نداشتند، بوده است.

- با ترکیب نتایج پنج مطالعه‌ی مورد-شاهدی با استفاده از متاآنالیز، برآورد کلی نسبت شانس ابتلا به دیابت بارداری در گروهی که سابقه‌ی خانوادگی دیابت داشتند، به‌طور معناداری (۷/۲۳- ۲/۱۱) ۳/۹۱ برابر گروهی بوده است که سابقه‌ی خانوادگی دیابت نداشتند.

- با ترکیب نتایج بیست مطالعه‌ی مقطعی با استفاده از متاآنالیز، برآورد کلی نسبت احتمال ابتلا به دیابت بارداری در گروهی که سابقه‌ی خانوادگی دیابت داشتند، به‌طور معناداری (۴/۸۴- ۳/۰۷) ۳/۸۶ برابر گروهی بوده است که سابقه‌ی خانوادگی دیابت نداشتند.

- با ترکیب نتایج این ۳۳ مطالعه با استفاده از متاآنالیز، برآورد کلی نسبت احتمال ابتلا به دیابت بارداری در گروهی که سابقه‌ی خانوادگی دیابت داشتند، به‌طور معناداری (۴/۲۷- ۲/۸۰) ۳/۴۶ برابر گروهی بوده است که سابقه‌ی خانوادگی دیابت نداشتند.

محدویت مطالعه:

- محاسبه‌نکردن نسبت احتمال در برخی مطالعه‌های اولیه؛
- ناممکن بودن محاسبه‌ی نسبت احتمال تعدیل‌شده.

- پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم؛
- غربالگری انتخابی براساس عوامل خطر ساز دیابت در

قبل و بعد از دوران بارداری؛
- انجام مطالعه‌های آینده‌نگر برای مقایسه‌ی عوارض جنینی و مادری و نوزادی در گروه، با و بدون عوامل خطر ساز دیابت بارداری؛

- تعادل‌کردن سبک زندگی مادران به‌منظور برخورداری از وزن مناسب و فعالیت بدنی مطلوب به‌منظور جلوگیری از بروز و کاهش شیوع این بیماری؛

- ضرورت آموزش همگانی زوجین، به‌ویژه در بارداری‌های پرخطر باتوجه به نقش ثابت‌شده‌ی عواملی چون سن، نمایه، توده‌ی بدنی بالا و تعداد زیاد حاملگی‌ها در بروز دیابت بارداری.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هرکدام:

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ارائه‌ی گزارش)؛

- معاونان بهداشتی و درمانی دانشگاه‌ها (ارائه‌ی گزارش)؛

- انجمن پزشکان و متخصصان زنان و زایمان (ارائه‌ی گزارش)؛

- مراکز بهداشتی و درمانی (ارائه‌ی گزارش)؛
- رسانه‌ها (بسته‌های آموزشی آموزش مادران باردار).

دیابت در ایران: تجزیه تحلیل گذشته نگر از اولین گزارش ملی دیابت از برنامه ملی کنترل و پیشگیری دیابت ۲۰۱۶

Diabetes in Iran: Prospective Analysis from First Nationwide Diabetes Report of National Program for Prevention and Control of Diabetes (NPPCD2016-)

•Alireza Esteghamati, Bagher Larijani, Mohammad Haji Aghajani, Fatemeh Ghaemi, Jamshid Kermanchi, Ali Shahrami, Mohammad Saadat, Ensieh Nasli Esfahani, Morsaleh Ganji, Sina Noshad, Elias Khajeh, Alireza Ghajar, Behnam Heidari, Mohsen Afarideh, Jeffrey I. Mechanick & Faramarz Ismail-Beigi
<https://www.nature.com/articles/s-13379-017-41598z>

این مطالعه تجزیه تحلیل گذشته نگر از اطلاعات ثبت شده در کلینیک دیابت وابسته به دانشگاه از بیماران سرپایی (تعداد ۳۰۲۰۲) در کشور در سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ انجام داده است. سهم انواع دیابت: دیابت نوع یک ۱۱٫۴٪، نوع دو ۸۵٫۵٪ و سایر انواع دیابت ۱٫۳٪ گزارش شده است. فراوانی استفاده از داروهای گیاهی، داروهای خوراکی، انسولین و درمان ترکیبی با انسولین به ترتیب ۲٫۹٪، ۶۰٫۵٪، ۱۱٫۵٪ و ۲۵٫۱٪ مشاهده شد. نزدیک به ۱۳٫۲٪، ۱۱٫۹٪ و ۴۳٫۳٪ بیماران دیابتی، به ترتیب هیپرگلیسمی کنترل شده، هیپرلیپیدمی و فشارخون بالا داشتند. سهم رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، پای دیابتیک و بیماری ایسکمی قلبی در این بیماران به ترتیب ۲۱٫۹٪، ۱۷٫۶٪، ۲۸٪، ۶٫۲٪ و ۲۳٫۹٪ بود. برخلاف در دسترس بودن دارو و پوشش انسولین در ایران، کنترل تخمین زده شده برای قند و چربی و فشار خون بالا (بخصوص برای مردان جوان و زنان پیر) هنوز کامل نیست. مطالعات بیشتر بر عوارض مزمن عروقی دیابت که شیوع بالایی هم در ایران دارد پیشنهاد میشود.

ارزیابی انتقال درون خانوادگی ویروس هپاتیت C در بین خانواده‌های دچار یک مورد شناسایی شده: مطالعه آرمایشی در استان فارس (ایران)

Title: Evaluation of hepatitis C virus intra familial transmission among families with one index case, a pilot study from Fars province, Iran

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2016 Autumn; 258–250 (4):9.

کامران باقری لنگرانی، مریم اردبیلی، مسعود سپهری‌منش، مریم نجابت، محمدمیر همتی‌راد، سیدیونس حسینی*

Kamran B. Lankarani, Maryam Ardebili, Masood Sephehrmanesh, Maryam Nejabat, Mohammad Amir Hemmati Rad, Seyed Younes Hosseini*

URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27789080>

محل دقیق اجرای طرح: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کلینیک شهید مطهری، شیراز، جنوب ایران.

سال(های) اجرای طرح: از اواخر بهار ۲۰۱۲ تا آخر تابستان

تاریخ ارائه گزارش: ۱۳۹۶/۱/۱۴

نام و نام خانوادگی تهیه‌کننده گزارش: مریم قریشی

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟

- عفونت مزمن ناشی از ویروس هپاتیت سی (HCV) مسئله‌ی بهداشت جهانی است که بر حدود ۳ درصد از جمعیت جهان تأثیر می‌گذارد.

- این مشکل از عوامل و دلایل اصلی سیروز کبدی و سرطان کبد و پیوند کبد در سرتاسر جهان به‌شمار می‌رود.

- الگوی اپیدمیولوژی و روش گسترش ویروس هپاتیت سی (HCV) هنوز مبهم است و در حدود بیشتر از نیمی از بیماران منبع انتقال عفونت ناشناخته می‌ماند.

- گزارش‌های ضدونقیضی در پیشینه‌ی تحقیق‌ها در زمینه‌ی انتقال درون خانوادگی ویروس هپاتیت سی وجود دارد.

- یکی از مشکلات مطالعات قبلی، استفاده از روش‌های ارزیابی ایمونولوژیکی نسل اول در این ارزیابی‌ها بوده است.

- نشان داده شده است که مایعات بدن غیر از خون شامل بزاق و مایع منی ممکن است حاوی ذراتی از ویروس هپاتیت سی باشد.

- بعضی از مطالعه‌ها با روش زنجیره‌ای پلی مرز رونویسی معکوس ژنوم (RT-PCR) ویروس هپاتیت سی را در بزاق بیماران ارزیابی کردند و نشان دادند که علاوه بر انتقال جنسی و عمودی، بزاق هم می‌تواند از روش‌های انتقال، به‌ویژه در کسانی باشد که روش انتقال در آن‌ها مشخص نیست.

- در این مطالعه، حدود ۷۶ درصد از مردم طبقه بندی شده، زیر سطح متوسط وضعیت اقتصادی اجتماعی بودند.

- بیماران در سطح متوسط وضعیت اقتصادی اجتماعی، بیشترین درصد مثبت بودن آزمایش‌های زنجیره‌ای و سرولوژی را نشان داده‌اند.

- در خانواده‌های با سطح متوسط اقتصادی اجتماعی، افزایش میزان عضو جدید آلوده، بسیار بیشتر بوده است ($P > 0.001$).

- میزان تحصیلات تأثیر معنی‌داری در این زمینه نداشته است.

- براساس یافته‌های سرولوژیکی، احتمال انتقال ویروس از نظر نوع رابطه‌ی خانوادگی به ترتیب به صورت انتقال برادربرادر، زن و شوهر و پدر و مادر، دختر یا پسر بیشتر بوده است. در این مطالعه از ۲۲ مورد جدید شناخته شده، سیزده مورد به صورت انتقال برادر به برادر، پنج مورد انتقال از همسر بوده و هیچ انتقال به خواهر رخ نداده است.

- پس انتقال درون خانوادگی هپاتیت سی در جمعیت و در بین اقوام، رواجی زیاد و در این حالت، انتقال از یک برادر رواج بیشتری دارد.

- شیوع ژنوتیپ هپاتیت سی در خانواده‌های مورد مطالعه همان شیوع الگوی کشوری را داشته که ژنوتیپ **a3** و **a1** شایع‌تر بوده است.

- تاریخچه‌ی سوء مصرف مواد مخدر به صورت درون‌شیرینی، زندانی شدن، به اشتراک گذاشتن ابزارهای شخصی و روابط جنسی عوامل خطررزی مهم به شمار می‌روند.

محدویت مطالعه:

- کمبود توالی آنالیزها و بررسی توالی نژادی برای مشخص کردن کامل نحوه‌ی انتقال عفونت هپاتیت سی از محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود.

- از محدودیت‌های دیگر این است که آزمایش زنجیره‌ای پلی مرز فقط برای افراد با الی‌ای مثبت انجام شده نه همه‌ی بیماران.

پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:

- آگاه‌سازی روش‌های انتقال درون خانوادگی افراد مبتلا به هپاتیت سی و توجه داشتن به افراد پرخطرتر در این زمینه؛

- آموزش روش‌های کاهش احتمال انتقال درون خانوادگی هپاتیت سی به بیماران.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هر کدام:

- پزشکان (ارائه‌ی گزارش)؛

- متخصصان (ارائه‌ی گزارش)؛

- کارکنان بیمارستان‌ها (ارائه‌ی گزارش)؛

- بیماران (روش‌های اطلاع‌رسانی جمعی)؛

- خانواده‌های بیماران (روش‌های مختلف ارتباط جمعی و رسانه‌های مختلف).

- انتقال خون و محصول‌های خونی هم نوعی روش انتقال در تعداد زیادی از بیماران است. استفاده از لوازم تزریقی خون مشترک هم نوع دیگری از روش انتقال در این زمینه برای استفاده‌کنندگان از داروهای تزریقی است؛ ولی اهمیت آن‌ها باید ارزیابی شود.

- ریسک فاکتورهای دیگر مثل تماس بدنی، زندگی در یک منزل، استفاده از وسایل مشترک در برخی مطالعه‌ها بررسی شده، ولی هنوز ابهام‌هایی در آن وجود دارد.

- ادعا بر این است که عفونت هپاتیت سی کمتر از طریق انتقال جنسی و تولد از فرد بیمار یا استفاده از وسایل مشترک آلوده شده به خون آلوده منتقل می‌شود، ولی گزارش‌های دیگر هم نظرهای دیگری دارند.

روش مطالعه:

- مطالعه مقطعی روی ۳۴ خانواده (۲۳۶ عضو خانواده) از نُه شهرستان مختلف شیراز انجام شده است.

- این خانواده‌ها، بیمار آلوده شده به هپاتیت سی داشتند و به درمانگاه کبدی مطهری شیراز مراجعه کرده‌اند.

- این مطالعه‌ی مقطعی از طریق مصاحبه و انجام آزمایش‌های سرولوژیکی، با استفاده از نسل چهارم کیت‌های آزمایش‌های الیزا برای بررسی آنتی‌بادی هپاتیت سی در نمونه‌ی سرم بیماران و بررسی ژنوم **RNA** ویروسی و روش زنجیره‌ای پلی مرز انجام شده است.

مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

- از ۳۴ خانواده بررسی شده در هجده خانوار (۵۲.۹ درصد)، حداقل یک عضو آلوده‌ی جدید علاوه بر شاخص مورد، براساس داده‌های سرولوژیکی برای عفونت هپاتیت سی (عفونت **HCV**) وجود داشته است.

- از این تعداد، ۲۲ مورد جدید شناخته شده آنتی‌بادی هپاتیت سی مثبت داشته‌اند، دوازده نفر از یازده خانوار تست زنجیره‌ای پلی مرز مثبت که نشان‌دهنده‌ی عفونت فعال است، تأیید شده با دو روش **PCR** داشته‌اند.

- سن، جنسیت، مصرف مواد، تاریخچه‌ی انتقال خون، فعالیت جنسی، استفاده از سوزن و تیغ‌های مشترک تاتو به صورت معنی‌دار از ریسک فاکتورهای تأثیرگذار بوده‌اند و از بین ریسک فاکتورها تنها درمان‌های دندان پزشکی، استفاده‌ی مشترک از غذا و نوشیدنی یا مسواک و تماس داشتن با لباس آلوده به خون تأثیر معنی‌داری نداشته است.

- در مقایسه‌ی خانواده‌های با یک عضو خانوادگی و بیشتر از یک عضو منتقل شده‌ی بیماری، سابقه‌ی زندانی شدن ($P=0.001$)، استفاده‌ی مشترک از تیغ یا سوزن ($P=0.016$) و مصرف مواد ($P=0.001$) به صورت معنی‌داری ریسک فاکتور برای انتقال بیشتر از یک نفر در خانواده را براساس ارزیابی **RNA** ویروس نشان داده است.

- از سوی دیگر، براساس تشخیص سرولوژیکی کل آنتی‌بادی **anti-HCV** (در معرض **HCV** قرار گرفتن)، مصرف مواد مخدر داخل وریدی ($P=0.054$)، سابقه‌ی زندانی ($P=0.014$)، انتقال خون ($P=0.017$) و روابط جنسی محافظت نشده ($P=0.036$) عوامل پرخطری بودند که تفاوت معنی‌داری بین خانواده با یک یا بیش از یک عضو **HCV** مثبت داشته‌اند.

شیوع و عوامل خطر رخداد ویروس هپاتیت دی در بیماران مبتلا به عفونت همزمان ویروس هپاتیت بی و ویروس نقص ایمنی انسانی، شیراز، ایران

Title: The Prevalence and Risk Factors of Hepatitis Delta Virus in HIV/HBV Co-Infected Patients in Shiraz, Iran, ۲۰۱۲

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Iran J Med Sci. 2015 Sep; 453-448 : (5)40.

محمد معتمدیفر، محمد طاهری، کامران باقری لنگرانی، مینا غلامی، محمد امینی لاری، حسین فرامرزی، جمال سروری*

Mohammad Motamedifar, PhD; Mohammad Taheri, MSc; Kamran Bagheri Lankarani, MD; Mina Gholami, BC; Mahmood Amini Lari, MD; Hossein Faramarzi, MD; Jamal Sarvari, PhD*

مقاله URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/۲۶۳۷۹۳۵۲>

محل دقیق اجرای طرح: شیراز، ایران

سال اجرای طرح: سال ۲۰۱۲

تاریخ ارائه گزارش: ۱۳۹۶/۱/۱۴

نام و نام خانوادگی تهیه‌کننده گزارش: مریم قریشی

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟

- ویروس هپاتیت بی دلتا برای کامل شدن و عفونت‌زایی، به آنتی‌ژن سطحی ویروس هپاتیت بی، نیاز دارد.

- در سراسر جهان ۱۵ تا ۲۰ میلیون انسان ویروس هپاتیت بی دارند که حدود ۵ درصد افراد، هپاتیت بی را شامل می‌شوند.

- کشورهای مدیترانه، شرق اروپا، آسیای مرکزی، آفریقای مرکزی و حوضه‌ی آمازون مناطق اندمیک هستند.

- بیشترین شیوع هپاتیت بی در برخی مناطق در بخش‌هایی از آفریقا، آمریکای جنوبی، رومانی، روسیه و منطقه‌ی مدیترانه، از جمله جنوب ایتالیا دیده شده است؛ در حالی که

در شمال اروپا و شمال آمریکا یافتن آن غیرمعمول است.

- در ایران ۵ درصد افراد هپاتیت بی، هپاتیت بی دارند و میزان شیوع آن از ۱۷.۳ تا ۱۷ درصد متفاوت است.

- اغلب نتیجه‌ی عفونت مزمن همزمان هپاتیت بی و بی به یک بیماری شدید و پیشرونده منجر می‌شود که به‌سختی درمان‌پذیر است.

- دو الگوی اپیدمیولوژی با پیامدهای متفاوت شامل عفونت همزمان در ۲۰ درصد از بیماران و اضافه‌شدن عفونت در ۸۰ درصد بیماران برای عفونت هپاتیت بی توضیح داده شده است.

- عفونت همزمان معمولاً به عفونت حاد منجر می‌شود که خود کنترل است و می‌تواند به هپاتیتیس فولمیننت منجر شود؛ در صورتی که عفونت اضافه‌شونده معمولاً به عفونت شدید و به‌سرعت پیش‌رونده‌ی کبدی که اغلب موجب بیماری‌های مرحله‌ی نهایی کبدی از قبیل سیروز و هپاتوسلولار کارسینوما منجر می‌شود.

- تنها ۱۵ درصد از بیماران با عفونت هپاتیت بی در مقایسه با ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران با عفونت هپاتیت بی

به سیروز کبدی منتهی می‌شوند.
- بیماری کبدی ایجاد شده به واسطه‌ی ویروس‌های هپاتیت ممکن است در افراد مبتلا به ایدز تهاجمی‌تر و شدیدتر باشد و در دوره‌ی زمانی کوتاه‌تری به سیروز یا مرحله‌ی نهایی کبدی منجر می‌شود.

- بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی انسانی به احتمال زیاد بیشتر با عوامل مستعدکننده‌ی بیماری کبدی جبران‌ناپذیر روبه‌رو هستند، عواملی مانند عفونت‌ها، الکل، مواد مخدر، مواد سمی برای کبد مانند کتوکونازول، کوتریموکسازول، فنی‌توئین، بنزدیازپین‌ها و عوامل ضدویروسی.

- علاوه‌براین، افراد آلوده به ویروس نقص ایمنی انسانی در معرض خطر بیشتری برای کسب ویروس هپاتیت بی دی با همان روش انتقال ویروس ایدز (جنسی و تزریقی) روبه‌رو هستند؛ بنابراین، بررسی شیوع ویروس‌های هپاتیت بی در افراد اچ‌آی‌وی آلوده اهمیت خاصی دارد.

- شیوع عفونت HDV-HBV در بیماران اچ‌آی‌وی، در محدوده‌ای از ۱.۲ درصد در جنوب شرقی برزیل به ۱۴.۵ درصد در جنوب و شرق اروپا و ۲۲.۲ درصد در تایوان گزارش شده است.

- در ایران شیوع هپاتیت بی دی در بیماران با عفونت همزمان هپاتیت بی و ویروس نقص ایمنی انسانی بین ۱۲ تا ۳۱.۵ درصد گزارش شده است.

روش مطالعه:

- هدف این مطالعه‌ی مقطعی، ارزیابی شیوع سرولوژی عفونت هپاتیت بی دی در بین بیماران با عفونت همزمان ویروس هپاتیت بی و ویروس نقص ایمنی انسانی است.
- بیماران با اطلاعات موجود در دسترس از مرکز تحقیقات ایدز شیراز ایران از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۲ با روش نمونه‌گیری بررسی شدند.

- تشخیص عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی با سنجش سرولوژی، از جمله تشخیص آنتی‌بادی ضد ویروس نقص ایمنی انسانی با استفاده از روش آزمایش immunoblot تأیید شده است.

- اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات لازم، با پرسش‌نامه از بیماران به‌دست آمده و نمونه خون پنج سی‌سی برای تست الیزا از نظر HBsAg و ویروس هپاتیت بی و برای آزمایش‌های ALT و AST و سنجش CD۴ از بیماران گرفته شده است.

- مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

- از ۱۴۸۰ فرد با عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی، ۱۷۸ نفر عفونت همزمان هپاتیت بی هم داشته‌اند.

- متوسط سن شرکت‌کنندگان 4 ± 37.4 سال (محدوده‌ی ۲۲-۶۳) بوده است. ۱۷۵ (۹۸.۴ درصد) نفر مرد و ۳ (۱.۶ درصد) زن بودند. ۲۸ نفر (۱۵.۷ درصد) متأهل و ۱۵۰ نفر (۸۴.۳ درصد) مجرد بوده‌اند.

- از بین این ۱۷۸ نفر، ۳۵ نفر (۱۹.۷ درصد، ۹۵ درصد CI: ۱۴ درصد-۲۵ درصد) آنتی‌بادی هپاتیتیس دی ویروس مثبت و ۱۴۳ نفر (۸۰.۳ درصد) آنتی‌بادی هپاتیتیس دی ویروس منفی داشته‌اند.

- هپاتیت دی در تعداد زیادی (۱۹.۷ درصد) از بیماران موجود در جمعیت مبتلا به ایدز در شیراز، جنوب غرب ایران، تأثیر گذاشته است.

- این شیوع زیاد، نشان‌دهنده‌ی الزام به آزمایش هپاتیت دی در این گروه از بیماران است.

- تزریق خون (P=۰.۰۰۲، OR: ۱۴.۳، CI and: ۲.۵-۱۰.۴) و تاریخچه‌ی زندانی‌بودن (P=۰.۰۱، OR: ۲.۳۱، CI and: ۱.۲-۴.۴۹) به‌منزله‌ی عوامل خطر آفرین اصلی عفونت به هپاتیت دی در این گروه از بیماران مبتلا به ویروس هپاتیت بی و ایدز شناخته شده است.

- سن، وضعیت تأهل، تماس جنسی غیرایمن و تزریق مواد مخدر، با شیوع عفونت ویروسی هپاتیتیس دی در بیماران مبتلا به HIV / HBV آلوده‌شده، مرتبط نبوده است.

- بر اساس یافته‌های این مطالعه، ALT و AST در بیماران آلوده به ویروس هپاتیتیس دی در مقایسه با کسانی که برای ویروس هپاتیتیس دی منفی بوده‌اند، تفاوت زیادی نداشته است.

- انتقال هپاتیت دی از طریق روش‌های تزریقی به‌صورت مکررتری رخ می‌دهد تا رابطه‌ی جنسی.

- اگرچه شیوع ویروس هپاتیتیس دی در ایران در مقایسه با دیگر مناطق آندمیک مانند ترکیه و ایتالیا کمتر است، مقایسه‌ی داده‌ها از ایران با سایر کشورها شیوع زیاد ویروس هپاتیتیس دی در بیماران ایرانی مبتلا به عفونت HIV / HBV را نشان می‌دهد.

- علاوه‌براین، میزان عفونت ویروسی هپاتیتیس دی در مناطق جنوب ایران بیشتر از مناطق شمال است و عفونت ویروس هپاتیتیس دی در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی، نسبت به افراد بدون سابقه‌ی عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی بیشتر شایع است.

محدویت مطالعه:

- عفونت با هپاتیتیس دی همراه با ژنوتیپینگ می‌تواند با HDV RNA assay شناسایی شود که این نوع در این مطالعه انجام نگرفته است.

پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:

- در گروه‌های جمعیتی پرخطر تالاسمی، هموفیلی و همودیالیزی و...، غربالگری خون برای تسریع تشخیص هپاتیت دی توصیه می‌شود.

- توصیه می‌شود برای بیماران مبتلا به ایدز که هم‌زمان با ویروس هپاتیتیس بی آلودگی دارند، به‌ویژه کسانی که در مناطق آندمیک برای ویروس هپاتیتیس دی زندگی می‌کنند، بررسی آنتی‌بادی ضدویروس هپاتیتیس دی انجام شود.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هرکدام:

- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (تهیه‌ی گزارش ترجمان دانش)؛
- مدیران بیمارستان‌ها (ارائه‌ی گزارش)؛
- مراکز انتقال خون (ارائه‌ی گزارش)؛
- مراکز درمان همودیالیزی (ارائه‌ی گزارش)؛
- مراکز بیماری‌های خاص (ارائه‌ی گزارش)؛
- مراکز درمان بیماری‌های تالاسمی (ارائه‌ی گزارش)؛
- مراکز درمان بیماران مبتلا به ایدز (ارائه‌ی گزارش)؛
- پزشکان (تهیه‌ی گایدلاین‌ها)؛
- کارکنان (ارائه‌ی گزارش).

بررسی تأثیر مداخله‌ی شناختی رفتاری بر رفع موانع تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیز

بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله ۸۸/۶ درصد و گروه کنترل ۹۴/۳ درصد نامطلوب بود.

در باره‌ی تبعیت از رژیم دارویی، میزان تبعیت از رژیم دارویی اکثر بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله ۶۰ درصد و گروه کنترل ۷۷ درصد مطلوب نبود و این موضوع نشان‌دهنده‌ی اهمیت بیشتر بیماران به تبعیت از رژیم دارویی است.

قبل از انجام مداخله میزان تبعیت نکردن از رژیم‌درمانی اکثر بیماران در گروه مداخله، ۶۲/۹ درصد و گروه کنترل، ۵۴/۳ درصد بود؛ بنابراین قبل از انجام مداخله‌ی دو گروه از نظر موانع تبعیت از رژیم‌درمانی تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=15$). بعد از انجام مداخله، در گروه مداخله در اکثر افراد، ۹۴/۱ درصد، موانع رفع شده و در گروه کنترل در نزدیک به ۵۰ درصد افراد، ۶۷/۹ درصد، موانع نسبتاً رفع شده بود. آزمون آماری نشان داد که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر میزان رفع موانع تبعیت از رژیم‌درمانی بعد از انجام مداخله‌ی تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت ($p>0.001$).

بیشترین درصد موانع تبعیت از رژیم‌درمانی، رژیم دارویی و غذایی و محدودیت مصرف مایعات، نمونه‌های شرکت‌کننده به ترتیب شامل آگاهی‌نداشتن از میزان مناسب مایعات مصرفی روزانه، ۹۰ درصد و فراموشی در دریافت داروها به علت تعدد داروها، ۸۰ درصد و بی‌اعتقادی به تأثیر تبعیت از رژیم غذایی بر روند درمان، ۶۰ درصد بود. محدودیت مطالعه:

ممکن است برطرف کردن موانع تبعیتی به دلیل مشکلات اقتصادی در این مطالعه لحاظ نگردیده باشد.

همچنین وضعیت روحی و روانی فرد در زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها، بر پاسخ واحدهای پژوهش تأثیر می‌گذارد. ممکن است هم از لحاظ برداشت اشتباه از سؤال‌ها و هم احتمال صداقت‌نداشتن در پاسخ به پرسش‌نامه‌ها خطاهایی وجود داشته باشد.

پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌ی شناختی رفتاری باعث رفع موانع تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیز می‌گردد و این موضوع می‌تواند به بهبود تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیز کمک کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که این نوع مداخله در رفع موانع تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیز نیز استفاده شود. مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هر کدام:

- وزارت بهداشت (ارائه‌ی گزارش)؛
- ریاست دانشگاه‌ها و ریاست بیمارستان‌ها (ارائه‌ی گزارش)؛
- پزشکان و دانشجویان پزشکی و پرستاران بخش دیالیز (آموزش)؛
- اطلاع‌رسانی بیماران و خانواده‌های بیماران (رسانه‌ها و آموزش).

Title: The effects of cognitive behavioral interventions on removing barriers to treatment adherence in hemodialysis patients

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Zolfaghari M, Sookhak F, Kashfi SH, Sekhavati E, Tabrizi R. The effects of cognitive behavioral interventions on removing barriers to treatment adherence in hemodialysis patients. Asian J Pharm Clin Res. ۲۰۱۷; ۱۰(۱):۵-۱.

<http://tums.ac.ir/-1-73185-10689/25/10/1395PB.pdf-zolfaghm09-12-14-01-2017-.pdf>

محل دقیق اجرای طرح: شهرستان لار و لامرد

سال اجرای طرح: ۹۲

تاریخ ارائه‌ی گزارش: ۱۳۹۶/۲/۶

نام و نام خانوادگی تهیه‌کننده‌ی گزارش: رضا تیریزی

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟

- نارسایی کلیه وضعیت تهدیدکننده‌ی حیات است که سالانه میلیون‌ها نفر در جهان از این بیماری رنج می‌برند و هزینه‌های مالی بسیار زیادی در سیستم سلامتی و بهداشت صرف آن می‌شود.

- فاکتورهای شناخته‌شده‌ی متعددی بر کفایت دیالیز تأثیر می‌گذارند که از آن جمله می‌توان به رژیم‌درمانی اشاره کرد.

- تبعیت نکردن از رژیم‌درمانی مشکلی مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله بیماران همودیالیزی است.

- به‌منظور بهبود تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیزی می‌توان از استراتژی‌های مداخله‌ای مانند حذف موانع تبعیت از رژیم‌درمانی و آموزش بیمار و استراتژی‌های شناختی رفتاری استفاده کرد.

روش مطالعه:

- این مطالعه‌ی بالینی در فاصله‌ی بهمن ۱۳۹۱ تا خرداد ۱۳۹۲ در بخش همودیالیز بیمارستان امام‌رضاع) شهرستان لار و ولیعصر(عج) لامرد انجام شد. نمونه‌های پژوهش هفتاد بیمار در محدوده‌ی سنی بیست تا شصت سال بودند که به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر در روزهای زوج) و کنترل (۳۵ نفر در روزهای فرد) قرار گرفتند. در گروه مداخله، مداخله‌ی شناختی رفتاری شش مرحله‌ای انجام شد. میزان موانع تبعیت از رژیم‌درمانی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی پژوهشگر ساخته به‌روش خودگزارش‌دهی، در دو مرحله‌ی قبل از مداخله و بعد از مداخله بررسی شد. مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌نماید؟

- در خصوص انجام دیالیز، بیشترین علت در گروه کنترل ۳۷/۲ درصد و گروه مداخله ۴۸/۶ درصد، بیماری فشارخون بود و بیشتر بیماران در گروه کنترل ۷۴/۳ درصد و مداخله ۷۴/۳ درصد بین یک تا پنج سال بود که دیالیز می‌شدند. - میزان تبعیت از رژیم غذایی اکثر بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله ۸۲/۹ درصد و گروه کنترل ۶۲/۹ درصد و همچنین میزان تبعیت از محدودیت مصرف مایعات اکثر

ریسک فاکتورهای سکتة ایسکمیک و هموراژیک در ۲۲ کشور: مطالعه مورد شاهی

Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study

Dr Martin JO, Donnell Ph Dab, Prof Denis Xavier MDc, Prof Lisheng Liu MDd, Prof Hongye Zhang MDe, Siu Lim China, Purnima Rao Melacini MSca, Sumathy Rangarajan MSca, Shofiqui Islam MSca, Prof Prem Pais MDc, Prof Matthew J McQueen MBChB, Charles Mondo MDf, Prof Alberto Damasceno MDg, Prof Patricio Lopez-Jaramillo MDh, Prof Graeme J Hankey FRACP, Prof Antonio LDans MDj, Prof Khalid Yusoff FRCPk, Thomas Truelsen DMScl, Prof Hans Christoph Diener MDm... Prof Salim Yusuf DPhila

THE LANCET: Volume ۳۷۶, Issue ۱۰-۱۱, ۹۷۳۵ July ۲۰۱۰, Pages ۱۱۲-۱۲۳

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610608242>

نقش ریسک فاکتورهای مختلف برای بار بیماری سکتة مغزی مشخص نیست بخصوص در کشورهای با درآمد پایین و متوسط. هدف این مطالعه بررسی ارتباط ریسک فاکتورهای شناخته شده و مهم با سکتة مغزی و انواع اولیه آن است. ارزیابی نقش ریسک فاکتورهای مختلف در بار بیماری سکتة و یافتن تفاوت بین ریسک فاکتورهای سکتة مغزی و قلبی در این مطالعه انجام شده است. این مطالعه یک مطالعه استناددارد مورد شاهی است که در ۲۲ کشور جهان از مارچ ۲۰۰۷ تا اپریل ۲۰۱۰ انجام شد. موارد بیماران مبتلا به سکتة حاد مغزی بار اول بودند (در ۵ روز اول علایم بیماری یا ۷۲ ساعت اول بستری در بیمارستان) و شاهد ها افراد سالمی بودند که از نظر سن و جنس با موارد همسان شده بودند. تمامی شرکت کنندگان پرسشنامه ساختار یافته ای را تکمیل کردند و مورد معاینه فیزیکی قرار گرفتند و از آنها نمونه خون و ادرار گرفته شد. نسبت شانس (OR) و خطر منتسب (PAR) جمعیت برای ارتباط تمامی انواع سکتة مغزی و ریسک فاکتورهای انتخابی محاسبه شد. از میان ۳۰۰۰ مورد انتخاب شده ۷۸٪ سکتة مغزی ایسکمیک و ۲۲٪ سکتة مغزی هموراژیک بود. در میان ۳۰۰۰ مورد و ۳۰۰۰ شاهد مورد مطالعه قابل توجه ترین ریسک فاکتور ها برای تمامی انواع سکتة مغزی، فشار خون بالا (OR ۱.۶۴، CI ۰.۸۰۳-۲.۶۰۲، PAR ۶۰.۳٪، ۹۹٪ CI ۰.۳۹-۴.۵۳۰)، سیگاری بودن در حال حاضر (۰.۹۰۲، ۰.۵۱۰۲-۷.۵۰۱، ۹۰.۱۸٪، ۳۰.۱۵-۱.۰۲۳)، نسبت دور کمر به دور باسن (۱.۶۵، ۰.۹۹۰۱-۳.۶۰۱، ۵۰.۲۶٪، ۸.۰۱۸-۰.۳۶۶)، نمره ریسک رژیم غذایی (۱.۳۵، ۰.۶۴۰۱-۱.۱۰۱، ۸.۰۱۸٪، ۲۰.۱۱-۰.۷۲۹)، فعالیت فیزیکی (۱.۶۹، ۰.۵۳۰-۰.۹۰۰، ۵۰.۲۸٪، ۰.۴۸-۰.۵۰۱۴)،

کمیته آژانس دارویی اروپا توصیه به محدود کردن مصرف آنتی بیوتیک های فلوروکوینولون و کوینولون میکند

EMA committee recommends restrictions on fluoroquinolone, quinolone antibiotics

<https://www.reuters.com/article/us-health-antibiotic-europe/ema-committee-recommends-restrictions-on-fluoroquinolone-quinolone-antibiotics-idUSKCN1MF1TI>

Reporting by Noor Zainab Hussain in Bengaluru; Editing by Matthew Mpoke Bigg
Our Standards: The Thomson Reuters Trust Principles

کمیته ارزیابی ریسک آژانس دارویی اروپا به دنبال مرور عوارض جانبی آنتی بیوتیکهای فلوروکوینولون و کوینولون توصیه به محدود کردن مصرف وسیع الطیف آنها کرده است.

عوارض جانبی بالقوه طولانی مدت و ناتوان کننده این آنتی بیوتیکها بسیار نادر هستند ولی عوارض جانبی عمده آنها عضله، تاندون، استخوانها و سیستم عصبی را متاثر میکند.

کمیته ارزیابی ریسک فارماکوویژولانس عنوان میکند که آنتی بیوتیکها تنها برای درمان عفونت باید استفاده شوند زمانی که مصرف آن ضروری است و سایر داروها نمی توانند کاربردی داشته باشند. این کمیته پیشنهاد به جمع آوری برخی دارو ها منجمله تمام داروهای شامل کوینولون ها از بازار میکند.

سازمان غذا و دارو آمریکا در ماه جولای خواستار تغییر برچسب گذاری بر روی های فلوروکوینولون جهت اخطار و اعلام جدی عوارض جانبی بر سلامت روان و اختلالات قند خون شد.

در سال ۲۰۱۶ سازمان غذا و دارو آمریکا اخطاری در خصوص ارتباط فلوروکوینولون ها و عوارض جانبی بالقوه دایمی و ناتوان کننده آن منتشر کرد. توصیه کمیته ارزیابی ریسک فارماکوویژولانس به کمیته آژانس دارویی اروپا برای محصولات پزشکی دارویی در مصارف انسانی فرستاده میشود و پس از تایید نهایی در ظرف مدت ۲ ماه قابل اجرا میشود.

تمامی این ریسک فاکتورها برای سبکته مغزی ایسکمیک معنی دار بودند اما فشار خون بالا و مصرف الکل و سیگار و رژیم غذایی و نسبت دور کمر به دور باسن برای سبکته مغزی همورازیک معنی دار بودند. یافته های این مطالعه نشان میدهد که ۱۰ ریسک فاکتور عنوان شده با ۹۰٪ ریسک سبکته های مغزی مرتبط هستند. مداخلات هدفمند برای کاهش فشار خون و سیگار و بهبود فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی سالم میتوانند بار بیماری سبکته مغزی را کاهش دهند.

دیابت (۳۶۰۱، ۱۰۰۱-۶۸۰۱؛ ۰.۰۵٪، ۶۰۲-۵۰۹)، مصرف الکل بیش از ۳۰ نوشیدنی در ماه یا دایم الخمر بودن (۵۱۰۱، ۱۸۰۱-۹۲۰۱؛ ۰.۸۳٪، ۹۰۰-۴۰۱)، استرس روانی اجتماعی (۳۰۰۱، ۶۰۱-۰۶۰۱؛ ۰.۶۰۴٪، ۱۰۲-۶۰۹)، افسردگی (۳۵۰۱، ۱۰۰۱-۶۶۰۱؛ ۰.۲۰۵٪، ۷۰۲-۸۰۹)، علل قلبی (۳۸۰۲، ۷۷۰۱-۲۰۰۳؛ ۰.۷۰۶٪، ۸۰۴-۱۰۹)، نسبت اپولیپوپروتیین B به A1 (۸۹۰۱، ۷۰۱-۱۰۳۷) بودند. در مجموع این ریسک فاکتورها ۸۸،۱٪ خطر منتسب جمعیت برای تمامی انواع سبکته های مغزی را حساب کردند. وقتی تمامی تعاریف از فشار خون بالا مدنظر قرار گرفت مانند سابقه فشار خون بالا، خطر منتسب جمعیت به ۹۰،۳٪ برای تمامی انواع سبکته افزایش یافت.

تاثیر دریافت کافئین بر کاهش وزن: مرور نظامند و متاآنالیز دوز پاسخ از کارآزمایی های تصادفی شده

This systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) was performed to summarize the effect of caffeine intake on weight loss. We searched the following databases until November 2017: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, and Cochrane Central Register of Controlled Trials. The relevant data were extracted and assessed for quality of the studies according to the Cochrane risk of bias tool. We estimated an intake-status regression coefficient (Beta) for each primary study and estimated the overall pooled Beta and SE using random effects meta-analysis on a double-log scale. Heterogeneity between studies was assessed by the Cochran Q statistic and I-squared tests (I²). Thirteen RCTs with 606 participants were included in the meta-analyses. The overall pooled Beta for the effect of caffeine intake was %95) 0.29CI: 0.40 ,0.19; Q = 124.5, I%91.2=2) for weigh, %95) 0.23CI: 0.36 ,0.09; Q = 71.0, I%93.0=2) for BMI, and %95) 0.36 CI: 0.48 ,0.24; Q = 167.36, I%94.0=2) for fat mass. For every doubling in caffeine intake, the mean reduction in weight, BMI, and fat mass increased 2 Beta-fold (1.17 = 20.23 ,1.22 = 20.29, and 1.28 = 20.36), which corresponding to 17 ,22, and 28 percent, respectively. Overall, the current meta-analysis demonstrated that caffeine intake might promote weight, BMI and body fat reduction.

The effects of caffeine intake on weight loss: a systematic review and dos-response meta-analysis of randomized controlled trials

Reza Tabrizi, Parvane Saneei, Kamran B Lankarani, Maryam Akbari, Fariba Kolahdooz, Ahmad Esmailzadeh, Somayyeh Nadi-Ravandi, Majid Mazoochi & Zatoollah Asemi show less

Received 06 Feb 2018, Accepted 30 Jul 2018, Published online: 18 Oct 2018

Journal

Critical Reviews in Food Science and Nutrition

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10408398/10.1080/2018.1507996>

این مرور نظامند و متا آنالیز از کارآزمایی های تصادفی شده جهت خلاصه کردن تاثیر دریافت کافئین بر کاهش وزن، انجام شده است. پایگاههای MEDLINE, EMBASE, Web of Science, Cochrane تا نوامبر ۲۰۱۷ جستجو شدند مقالات مرتبط استخراج شدند و کیفیت مطالعات بوسیله ابزار ریسک بیاس کاکرین ارزیابی شدند. بتا دریافت کافئین در هر مطالعه به تنهایی بوسیله رگرسیون تخمین زده شد و بتای تجمیعی و SE نیز برای دریافت کافئین بوسیله اثر تصادفی در متاآنالیز برآورد شد. هتروژنسیته بین مطالعات بوسیله کاکرین Q و تست آماری I² ارزیابی شد.

۱۳ کارآزمایی بالینی تصادفی شده با ۶۰۶ شرکت کننده وارد متاآنالیز شدند. بتا تجمیعی برای اثر دریافت کافئین بر وزن (۹۵٪ CI: ۰.۱۹, ۰.۴۰; Q = ۱۲, ۱۲۴.۵, I² = ۹۱.۲٪)، توده بدنی (۹۵٪ CI: ۰.۰۹, ۰.۳۶; Q = ۷۱.۰, I² = ۹۳.۰٪) و توده چربی (۹۵٪ CI: ۰.۲۴, ۰.۴۸; Q = ۱۶۷.۳۶, I² = ۹۴.۰٪) محاسبه شد.

به ازای دو برابر شدن مصرف کافئین، متوسط کاهش وزن، توده بدنی و توده چربی به اندازه ۲ برابر بتا افزایش می یابد. (به ترتیب ۲۲٪، ۱۷٪ و ۲۸٪)

متا آنالیز حاضر نشان داد که در مجموع مصرف کافئین میتواند باعث کاهش وزن، توده بدنی و توده چربی شود.

وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



Shiraz E Medical Journal
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
ISSN: 1735-1391

شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
Health Policy Research Center

<http://emedicalj.com>



مجله کلید سلامت
Health Policy Research Journal

شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
Health Policy Research Center

<http://hkj.sums.ac.ir>



Women's Health Bulletin
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences
pISSN: 2345-5136
eISSN: 2382-9990

شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
Health Policy Research Center

<http://womenshealthbulletin.com>



International Journal of
School Health
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences
eISSN: 2383-1219
pISSN: 2345-5152

شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
Health Policy Research Center

INTERNATIONAL JOURNAL OF
SCHOOL HEALTH

<http://intjsh.com>



Social Pharmacy Journal

<http://socialpharmacyjournal.com>



WOMEN'S HEALTH
Bulletin

WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014

p-ISSN: 2343-5136
e-ISSN: 2182-9648

womenshealthbulletin.com



p-ISSN: 2345-5152



INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014



بهداشت بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روند
توسعه شبکه‌های بهداشتی ایران



مؤلفان
کامران باقری لنگری
رحمت‌لله حائقی
سید محمود علیان
سید علیرضا سیدان
حسام رحمانی پور خانی
محمدعلی لسانی پخش
محمدحسین شانی
بهنام هریز
سیدمهدی قهرمانی

مؤلفان و مجریان

مقتضیان جهت خرید کتاب فوق به آدرس: شیراز، میدان امام حسین، دانشگاه پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت مراجعه نمایند.
شماره تماس: ۰۷۱۳۲۳۰۹۱۱۵.



مؤلفان
دکتر کامران باقری لنگری | دکتر سید محمد رحمانی پور خانی
دکتر سیدمهدی قهرمانی | دکتر محمدحسین شانی
دکتر سید علیرضا سیدان | دکتر رحمت‌لله حائقی
دکتر سید محمود علیان | دکتر کامران باقری لنگری

دکتر سید قهرمانی | دکتر سید محمد
دکتر سیدمهدی قهرمانی | دکتر محمدحسین شانی
دکتر سید علیرضا سیدان | دکتر رحمت‌لله حائقی
دکتر سید محمود علیان | دکتر کامران باقری لنگری





دومین کنگره بین المللی مطالعات اجتماعی سلامت

The Second International Congress on Social Studies in Health

سلامت اجتماعی ایرانیان در صده ۱۴۰۰ هجری شمسی



حامیان کنگره



Sponsored and Indexed by CIVILICA

2-3 January 2019
Abstracts will be Accepted till
6 NOV 2018

۱۲ - ۱۳ دی ماه ۱۳۹۷
تهران / فرهنگستان علوم پزشکی

مهلت ارسال خلاصه مقالات

تا ۱۵ آبان ماه ۹۷

محور های همایش: شناخت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت / مداخلات اجتماعی برای ارتقا، سلامت / نقش عوامل اجتماعی در سیاست گذاری سلامت / غنی سازی علوم پزشکی با علوم اجتماعی

ssh2.sums.ac.ir
ssh1sums@gmail.com

دبیرخانه همایش: شیراز، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات
سیاست گذاری سلامت / شماره تماس: ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵

برگزار کنندگان کنگره





The 7th International Conference on Women's Health

Nov 21 and 22, 2018 - Shiraz, Iran
۳۰ آبان و ۱ آذر ۱۳۹۷ - شیراز - ایران

Abstracts on all aspects
of women's health are
accepted.

مجموعه ارسال خلاصه مقالات تا ۱۳ آبان ۱۳۹۷



Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

www.whc2018.sums.ac.ir

Tel/Fax: +98-71-32309615



9

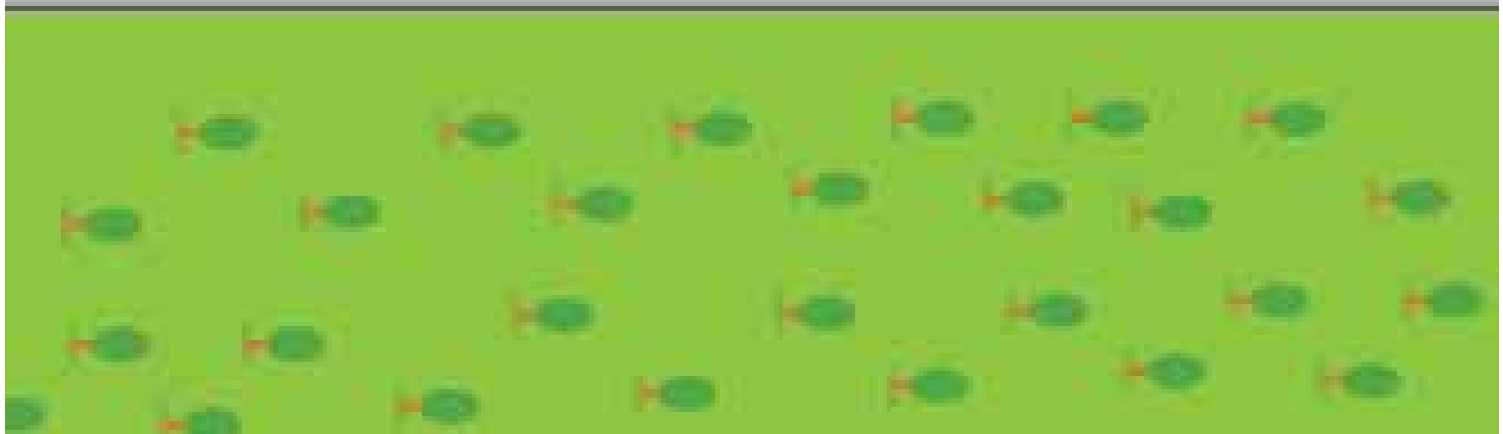
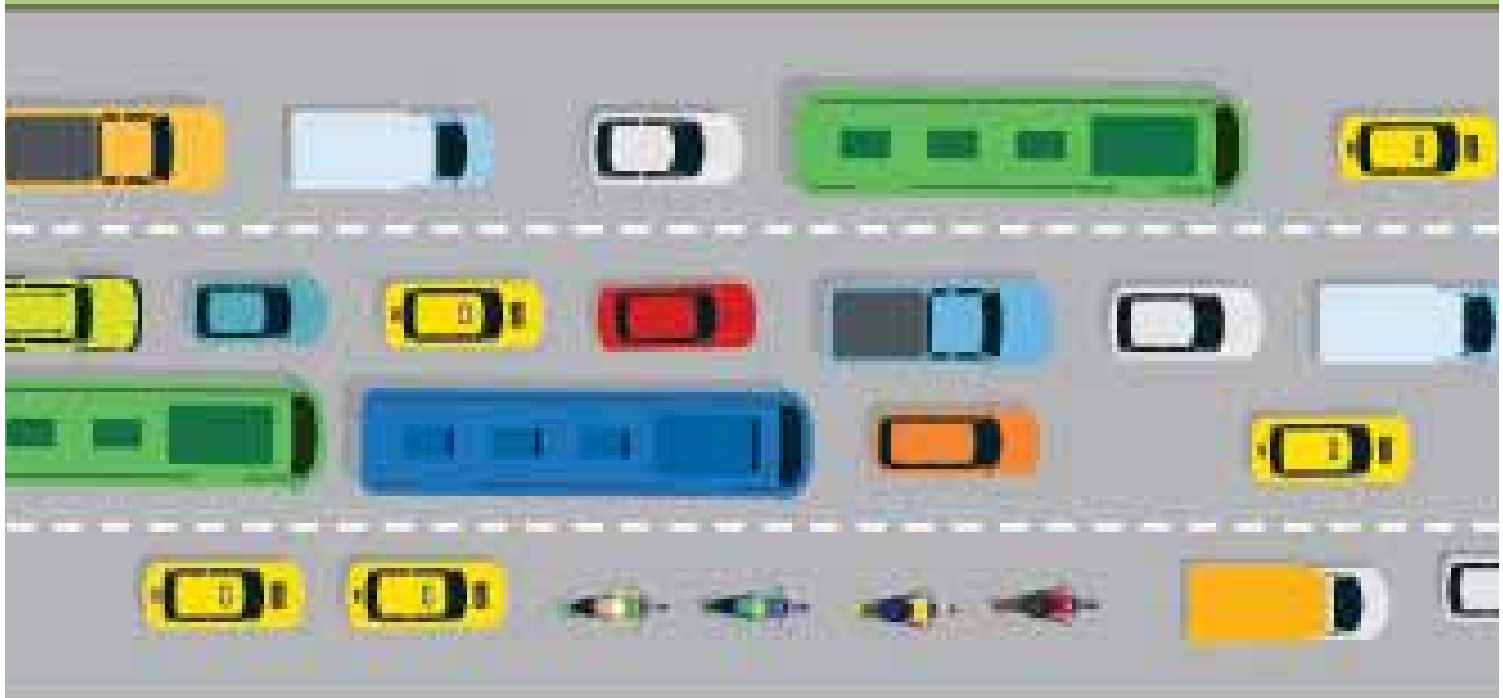
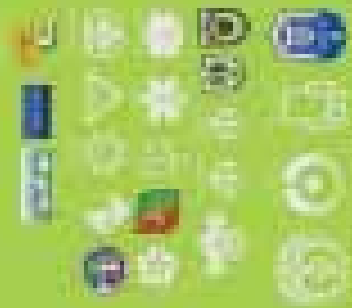
Building Foundations for a Resilient
Economy and Society

9. Building Foundations for a Resilient Economy and Society

2024 January 2018 - Shree, from
the 1st to 20th 2018 - 1999 to 2018



www.greenpolicy.com





۱ و ۲ اسفندماه ۱۳۹۷
February 20-21 2019

سلامت همراه

سومین کنگره بین‌المللی سلامت همراه

Shiraz Third International Congress on

mHealth

SIM Congress



2019 mHealth
Shiraz International
CONGRESS

- محورهای کنگره**
- دستورالعمل‌ها و استانداردهای سلامت همراه
 - خدمات بیمار محور در سلامت همراه
 - ارتقاء سلامت و سلامت همراه
 - کارآفرینی، سرمایه گذاری و بازاریابی در سلامت همراه
 - مخاطرات و چالش‌های سلامت همراه
 - کاربرد فناوری‌های نوین در سلامت همراه
 - سیستم اطلاعات سلامت و سلامت همراه

- Congress Topics**
- Standards and Guidelines in Mobile Health
 - Patient-Centered Services in Mobile Health
 - Health Promotion via Mobile Health
 - Entrepreneurship, Investment and Marketing Strategies
 - Mobile Health Challenges and Threats
 - Use of New Technologies in Mobile Health
 - Health Information System and Mobile Health

دبیر خانه:

شیراز - خیابان نشاط - جنب مجتمع سالن‌های صدرا وسینا
ساختمان مرکز رشد فناوری اطلاعات علوم پزشکی شیراز

www.mhealth.sums.ac.ir • تلفکس: ۰۷۱-۳۲۲۳۲۷۷۳

mhealth2019@sums.ac.ir / mhealth2019@gmail.com



همراه با جایزه دانشمند جوان جهت برترین طرح‌ها و چکیده مقالات