



مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی

بیمارستان قلب شهید رجایی

بررسی شیوع اختلالات عملکرد تیروئید در تهران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۸

شناسنامه طرح

کد رهگیری طرح:	۹۹۱۴۱
تاریخ تصویب پیش پروپوزال:	
عنوان طرح:	بررسی شیوع اختلالات عملکرد تیروئید در تهران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۸
عنوان لاتین طرح:	Prevalence of thyroid dysfunction and its risk factors in Tehran ۱۳۹۶-۱۳۹۸
تلفن:	۰۲۱۲۳۹۲۲۱۹۷
پست الکترونیکی:	zahra_ghaemz...@yahoo.com
نوع مطالعه:	طرح جمعیتی
تاریخ شروع:	۱۳۹۶/۰۱/۰۱
تاریخ خاتمه:	۱۳۹۹/۱۲/۲۹
محل اجرای طرح:	بیمارستان قلب شهید رجایی
محل اجرای طرح:	بیمارستان قلب شهید رجایی
سازمان مجری:	بیمارستان قلب شهید رجایی

سازمان مجری:	بیمارستان قلب شهید رجایی
دانشکده/محل خدمت:	Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences
رشته تخصصی:	داخلی - غدد
توضیحات:	
نوع طرح ها:	بنیادی

مجری / همکاران

نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	توضیحات
سیده زهرا قائم مقامی	مجری اصلی / نویسنده مقاله	نظارت بر اجرای طرح	
یاسمن خلیلی	همکار طرح و نویسنده مقاله	نوشتن مقاله	
پرهام صادقی پور	همکار طرح و نویسنده مقاله	نظارت بر اجرای طرح	
هومن بخشنده آبکنار	همکار طرح	مشاوره و آنالیز آماری	
دل ارا غلامی پور	همکار طرح و نویسنده مقاله	نوشتن پروپوزال	
نرجس خلیلی	همکار طرح	مشاور	

دانشکده/مرکز مربوطه

رده	نوع ارتباط با مرکز
گروه داخلی	وارد کننده

متون پیشنهاد

آیتم اطلاعات تفصیلی	متن

<p>در قسمت مربوطه ثبت شد</p>	<p>جدول متغیرها</p>
<p>در قسمت مربوطه ثبت شد</p>	<p>جدول زمان بندی</p>
<p>بیان مسئله</p> <p>هورمونهای تیروئید تقریباً بر تمام سلولهای هسته دار بدن تاثیر میگذارند و در فرآیند طبیعی رشد و متابولیسم نقشی حیاتی دارند (۱). همچنین نقش این هورمونها در تکامل عصبی و سیستم تولید مثل بسیار حائز اهمیت میباشد (۲). اختلال عملکرد تیروئید شیوع بالایی دارد، و اگرچه به راحتی قابل تشخیص و درمان میباشد اما اگر این امر به تعویق بیافتد ممکن است عوارض جانبی مهمی داشته باشد (۳، ۴). هایپوتیروئیدی و هایپر تیروئیدی مشکلات شایعی هستند که میتوانند پیامدهای مخربی بر سلامت افراد سراسر دنیا داشته باشند (۲). هایپوتیروئیدی و هایپر تیروئیدی غالباً به دنبال فرآیندهای پاتولوژیک غده تیروئید ایجاد میشوند که به آنها بیماری اولیه تیروئید گفته میشود، اما در بعضی موارد به دنبال بیماریهای هیپوتالاموس یا هیپوفیز (هیپوتیروئیدی مرکزی) و یا علل محیطی از قبیل struma ovarii بروز می- یابند (۵).</p> <p>شیوع هایپر تیروئیدی در دنیا حدود ۱.۳٪ درصد برآورد شده است، و در زنان ۵ برابر مردان شیوع دارد، به گونهای که شیوع این بیماری در زنان مسن ۴ تا ۵ درصد میباشد (۶). همچنین شیوع این بیماری در افراد سیگاری بالاتر میباشد (۷). بیماران مبتلا به هایپر تیروئیدی معمولاً علائمی از قبیل اضطراب، ضعف، لرزش، تپش قلب، عدم تحمل گرما، افزایش تعریق و کاهش وزن علیرغم اشتهای طبیعی یا افزایش یافته دارند (۸). در معاینه این افراد ممکن است شاهد هایپراکتیویته و تند صحبت کردن باشیم، پوست گرم و مرطوب، موهای نازک و ظریف، تاکیکاردی، نبض نامنظم در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی، فشار خون سیستولیک بالا، ضعف عضلات پروگزیمال و هایپررفلکسی از دیگر نشانههایی است که در معاینه این بیماران دیده میشود (۱۰). معاینه تیروئید از نظر سایز، وجود ندول و تندرس در بیماران مبتلا به هایپر تیروئیدی با توجه به علت آن میتواند متفاوت باشد. شایعترین علت هایپر تیروئیدی بیماری گریوز میباشد (۱۱)، که یک بیماری خودایمنی است و منجر به افزایش تولید و ترشح هورمون تیروئید میشود (۱۲). تیروتوکسیکوز هاشیموتو، آدنوم توکسیک یا گواتر مولتیندولر توکسیک، هایپر تیروئیدی ناشی از ید، بیماری تروفوبلاستیک، هایپر تیروئیدی ناشی از TSH، تیروئیدیت و هایپر تیروئیدی اگزوزن از دیگر علل پرکاری تیروئید میباشد (۱۳-۱۷).</p> <p>تشخیص هایپر تیروئیدی بر اساس آزمایشات عملکرد تیروئید مطرح میشود، در بیمارانی که شک بالینی به هایپر تیروئیدی وجود دارند بهترین تست اولیه اندازه گیری سطح TSH میباشد که اگر مقدار آن نرمال گزارش شود احتمال هایپر تیروئیدی اولیه بسیار نامحتمل است و در صورت پایین بودن آن سطح T₄ آزاد و T₃ اندازه گیری میشود، اما از آنجا که برگرداندن بیمار به آزمایشگاه با مشکلاتی همراه است در بسیاری از موارد که شک بالینی قوی وجود دارد آزمایشات TSH، Free T₄ و T₃ از</p>	

ابتدا درخواست میشود (۱۸). در صورتی که سطح هورمون های تیروئید هم بالا باشد هیپرتیروئیدی کلینیکال مطرح می شود و در صورت نرمال بودن آنها و ساپرس بودن تیروتروپین تنها هیپرتیروئیدی سلب کلینیکال مطرح می شود.

شیوع هایپوتیروئیدی در مطالعات اپیدمیولوژیک در بازهی وسیع ۰.۱٪ تا ۲٪ گزارش شده است (۶، ۱۹-۲۱). و شیوع هایپوتیروئیدی تحت بالینی بین ۴ تا ۱۰ درصد برآورد شده که احتمالاً در زنان مسن شیوع بالاتری دارد (۱۹-۲۱). علایم بالینی هایپوتیروئیدی بر اساس سن شروع بیماری، مدت زمان بیماری و شدت بیماری متفاوت میباشد، علایم شایع هایپوتیروئیدی عبارتند از: خستگی، عدم تحمل سرما، افزایش وزن، یبوست، پوست خشک، مبالژی و قاعدگی نامنظم (۲۲). در معاینه بالینی این افراد احتمالاً گواتر، برادی کاردی و افزایش فشار خون دیاستولیک دیده میشود (۲۳)، همچنین اختلالات متابولیک از قبیل هایپرکلسترومی، آنمی ماکروسیتیک، افزایش کراتین کیناز و هایپوناترمی در این بیماران گزارش شده است (۲۴).

با توجه به عدم اختصاصی بودن علایم هایپوتیروئیدی، تشخیص این بیماری وابسته به آزمایش عملکردی تیروئید میباشد؛ هایپوتیروئیدی اولیه با افزایش سطح TSH و کاهش سطح T₄ آزاد تشخیص داده میشود، در حالیکه در هایپوتیروئیدی تحت بالینی علیرغم بالا بودن TSH سطح T₄ آزاد در محدوده نرمال میباشد (۲۵، ۲۶). هایپوتیروئیدی ثانویه یا مرکزی با سطح پایین T₄ در حالیکه سطح TSH به میزان کافی بالا نرفته تشخیص داده میشود (۲۷).

ضرورت اجرا

با توجه به شیوع بالای اختلالات تیروئیدی شامل هایپرتیروئیدی و هایپوتیروئیدی در سراسر دنیا و اهمیت بالای تشخیص و درمان به موقع این بیماریهای جهت جلوگیری از تشدید علایم و عوارض ناشی از آن، و همچنین کمبود مطالعات اپیدمیولوژیک این بیماریها در کشور ما، در این مطالعه تصمیم به بررسی شیوع هایپرتیروئیدی و هایپوتیروئیدی در شهر تهران داریم

در مطالعه آینده نگری که سال ۲۰۱۲ توسط دکتر دلشاد و همکاران در مرکز تحقیقات غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی منشر شد، میزان بروز بیماری های تیروئید و سیر طبیعی بیماری های تیروئیدی ساب کلینیکال در شهر تهران بررسی شد (۲۸). محققان این مطالعه از شرکت کنندگان طرح TLGS (مطالعه لیپید و گلوکز تهران) که یک نمونه تصادفی از ساکنین شهر تهران در سال ۱۹۹۹ بود، استفاده کردند. سطح TSH و آنتی بادی ضد تیروئید پروکسیداز (Anti-TPO) سرم ابتدا و بعد از ۶.۷ سال اندازه گیری شد. در افرادی که TSH غیر طبیعی داشتند، میزان T3 و T4 نیز اندازه گیری شد. میزان بروز اختلالات تیروئید در هر ۱۰۰۰ نفر در سال بدین صورت بود:

هیپوتیروئیدی بالینی ۰.۲۸ در خانم ها و ۰.۲۱ در آقایان؛ هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال ۱۱.۵۹ در خانم ها و ۴.۶۹ در آقایان؛ هیپرتیروئیدی بالینی ۱.۴ در خانم ها و ۰.۲۱ در آقایان، هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال ۵.۷۲ در خانم ها و ۳.۶۲ در آقایان. افزایش معنی داری در فراوانی Anti-TPO در خانم ها از ۱۵.۹٪ به ۱۷.۷٪ گزارش شد ($P=0.006$). بعد از فالوآپ ۶.۷ ساله، میزان بروز بیماری های تیروئید ساب کلینیکال در مقایسه با بیماری های تیروئید بالینی هم در خانم ها و هم در آقایان افزایش معنی داری داشت (۲۸).

دکتر سجادی و همکاران در مطالعه‌ی مروری نظام مند و متاآنالیزی که سال ۲۰۱۸ منتشر شده، به بررسی شیوع هیپرتیروئیدی پرداختند. در این مطالعه که در نهایت روی ۱۸ مقاله‌ی منتشر شده در این زمینه انجام شد، شیوع هیپرتیروئیدی (کلینیکال و ساب کلینیکال) در جمعیت کلی ۲.۳۴٪ (95%CI: 0.23%-4.63%) برآورد گردید. میزان بروز سالانه‌ی هیپرتیروئیدی نیز ۲.۲٪ (95%CI: 1.1-3.3) در ۱۰۰۰ نفر گزارش شد (۲۹).

در مطالعه‌ی منتشر شده توسط دکتر آموزگار و همکاران در سال ۲۰۱۷، به بررسی شیوع و بروز خودایمنی تیروئید از طریق آزمایش سطح TPOAb پرداختند. این مطالعه‌ی آینده نگر روی ۵۷۸۳ فرد (۲۳۷۶ مرد و ۳۴۰۷ زن) بالای ۲۰ سال انجام شد. در ابتدای مطالعه برای کلیه‌ی افراد سطح پایهی هورمونهای تیروئید اندازه گیری شد و افراد هر سه سال یک بار تحت فالو آپ

(میانۀ زمان فالو آپ: ۹.۱ سال) قرار گرفتند. میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه در زمان شروع 14.32 ± 40.04 سال بود. به طور کلی در ۷۴۳ نفر (۱۲.۸٪) TPOAb مثبت گزارش شد، که شیوع آن در زنان به طور معناداری بالاتر از مردان بود ($16.0\% \text{ vs } 8.5\%, P=0.001$). شیوع ATPOAb مثبت در افراد جوان، میانسال و مسن به ترتیب 11.9% ، 14.9% و 13.6% گزارش شد. به طور کلی بروز TPOAb مثبت در جمعیت مورد مطالعه ($6.36 \pm 7.987.1$) در ۱۰۰۰ نفر سال گزارش شد که در افراد جوان و زنان این میزان بالاتر بود (۳۰).

در مطالعه‌های که سال ۲۰۱۷ توسط دکتر امین الرعیا و همکاران منتشر شد، به بررسی بروز اختلال عملکردی تیروئید در اصفهان پرداخته شد. این مطالعه‌ی کوهورت طی سالهای ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۱ و با اندازه‌گیری TSH، T4، T3، TPOAb و TgAb در ۶۱۸ نفر که در ابتدای مطالعه یوتیروئید بودند انجام شد. در فالوآپ ۶ ساله بروز هیپرتیروئیدی در زنان 3.3% و در مردان 2.1% نفر به ازای ۱۰۰۰ نفر سال و بروز هیپرتیروئیدی در زنان 3.8% و صفر در مردان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر سال گزارش شد. با در نظر گرفتن Cutoff برابر 38 IU/ml برای TPOAb برای افتراق هایپرتیروئیدی و هایپوتیروئیدی حساسیت 76% و ویژگی 76% گزارش گردید ($AUC=0.882, P=0.01$). همچنین در این مطالعه ارتباطی معنادار بین هایپوتیروئیدی و هایرتیروئیدی با TPOAb گزارش شد (۳۱).

منابع

۱. Dumont J, Opitz R, Christophe D, Vassart G, Roger PP, Maenhaut C. Ontogeny, anatomy, metabolism and physiology of the thyroid. *Thyroid Dis Manag*. ۲۰۱۱;۱۰۱-۱۰۲

۲. Taylor PN, Albrecht D, Scholz A, Gutierrez-Buey G, Lazarus JH, Dayan CM, et al. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nature Reviews Endocrinology*. ۲۰۱۸;۱۴(۵):۳۰۱

Kravets I. Hyperthyroidism: diagnosis and treatment. ۳
.American family physician. ۲۰۱۶;۹۳(۵):۳۶۳-۷۰

Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. ۴
.Hypothyroidism. Lancet (London, England). ۲۰۱۷;۳۹۰(۱۰۱۰۱):۱۵۵۰-۶۲

Persani L. Central hypothyroidism: pathogenic, diagnostic, ۵
and therapeutic challenges. The Journal of Clinical Endocrinology &
.Metabolism. ۲۰۱۲;۹۷(۹):۳۰۶۸-۷۸

Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, ۶
Gunter EW, Spencer CA, et al. Serum TSH, T₄, and thyroid
antibodies in the United States population (۱۹۸۸ to ۱۹۹۴): National
Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). The
.Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. ۲۰۰۲;۸۷(۲):۴۸۹-۹۹

Åsvold BO, Bjørø T, Nilsen TI, Vatten LJ. Tobacco smoking ۷
and thyroid function: a population-based study. Archives of internal
.medicine. ۲۰۰۷;۱۶۷(۱۳):۱۴۲۸-۳۲

Nordyke RA, Gilbert FI, Harada AS. Graves' disease: ۸
influence of age on clinical findings. Archives of internal medicine.
.۱۹۸۸;۱۴۸(۳):۶۲۶-۳۱

Trzepacz PT, Klein I, Roberts M, Greenhouse J, Levey GS. ۹
Graves' disease: an analysis of thyroid hormone levels and
hyperthyroid signs and symptoms. The American journal of
.medicine. ۱۹۸۹;۸۷(۵):۵۵۸-۶۱

Woeber KA. Thyrotoxicosis and the heart. New England .۱۰
Journal of Medicine. ۱۹۹۲;۳۲۷(۲):۹۴-۸

Brent GA. Graves' disease. New England Journal of Medicine. .۱۱
۲۰۰۸;۳۵۸(۲۴):۲۵۹۴-۶۰۵

DAVIS T. New thinking on the immunology of Graves' .۱۲
disease. Thyroid Today. ۱۹۹۲;۱۵:۱

Fatourech V, McConahey W, Woolner L, editors. .۱۳
Hyperthyroidism associated with histologic Hashimoto's thyroiditis.
Mayo Clinic Proceedings; ۱۹۷۱

Duprez L, Hermans J, Van Sande J, Dumont JE, Vassart G, .۱۴
Parma J. Two autonomous nodules of a patient with multinodular
goiter harbor different activating mutations of the thyrotropin
receptor gene. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.
۱۹۹۷;۸۲(۱):۳۰۶-۸

Yoshimura M, Pekary AE, Pang X-P, Berg L, Goodwin TM, .۱۵
Hershman JM. Thyrotropic activity of basic isoelectric forms of
human chorionic gonadotropin extracted from hydatidiform mole
tissues. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.
۱۹۹۴;۷۸(۴):۸۶۲-۶

Wynne AG, Gharib H, Scheithauer BW, Davis DH, Freeman .۱۶
SL, Horvath E. Hyperthyroidism due to inappropriate secretion of
thyrotropin in ۱۰ patients. The American journal of medicine.
۱۹۹۲;۹۲(۱):۱۵-۲۴

- Nikolai TF, Coombs GJ, McKenzie AK, Miller RW, Weir GJ. ۱۷
Treatment of lymphocytic thyroiditis with spontaneously resolving
hyperthyroidism (silent thyroiditis). Archives of internal medicine.
۱۹۸۲;۱۴۲(۱۳):۲۲۸۱-۳
- Davey RX, Clarke MI, Webster AR. Thyroid function testing ۱۸
based on assay of thyroid-stimulating hormone: assessing an
algorithm's reliability. Medical journal of Australia. ۱۹۹۶;۱۶۴(۶):۳۲۹-۳۲
- Tunbridge W, Evered D, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark ۱۹
F, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the
.Whickham survey. Clinical endocrinology. ۱۹۷۷;۷(۶):۴۸۱-۹۳
- Vanderpump M, Tunbridge W, French J, Appleton D, Bates D, ۲۰
Clark F, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a
twenty-year follow-up of the Whickham Survey. Clinical
.endocrinology. ۱۹۹۵;۴۳(۱):۵۵-۶۸
- Walsh JP, Bremner AP, Feddema P, Leedman PJ, Brown SJ, ۲۱
O'Leary P. Thyrotropin and thyroid antibodies as predictors of
hypothyroidism: a ۱۳-year, longitudinal study of a community-based
cohort using current immunoassay techniques. The Journal of
.Clinical Endocrinology & Metabolism. ۲۰۱۰;۹۵(۳):۱۰۹۵-۱۰۴
- Doshi DN, Blyumin ML, Kimball AB. Cutaneous ۲۲
manifestations of thyroid disease. Clinics in dermatology.
۲۰۰۸;۲۶(۳):۲۸۳-۷
- Klein I, Ojamaa K. Thyroid hormone and the cardiovascular ۲۳
system: from theory to practice. The Journal of Clinical
.Endocrinology & Metabolism. ۱۹۹۴;۷۸(۵):۱۰۲۶-۷

McDermott MT. In the clinic. Hypothyroidism. Annals of internal medicine. ۲۰۰۹;۱۵۱(۱۱):۱۳۶-۱۳۷

Surks MI, Hollowell JG. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. ۲۰۰۷;۹۲(۱۲):۴۵۷۵-۸۲

Valdés S, Maldonado-Araque C, Lago-Sampedro A, Lillo-Muñoz JA, Garcia-Fuentes E, Perez-Valero V, et al. Reference values for TSH may be inadequate to define hypothyroidism in persons with morbid obesity: Di@ bet. es study. Obesity. ۲۰۱۷;۲۵(۴):۷۸۸-۹۳

Lania A, Persani L, Beck-Peccoz P. Central hypothyroidism. Pituitary. ۲۰۰۸;۱۱(۲):۱۸۱-۶

Delshad H, Mehran L, Tohidi M, Assadi M, Azizi F. The incidence of thyroid function abnormalities and natural course of subclinical thyroid disorders, Tehran, I.R. Iran. Journal of endocrinological investigation. ۲۰۱۲;۳۵(۵):۵۱۶-۲۱

Sajjadi-Jazi SM, Sharifi F, Varmaghani M, Meybodi HA, Farzadfar F, Larijani B. Epidemiology of hyperthyroidism in Iran: a systematic review and meta-analysis. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. ۲۰۱۸;۱۷(۲):۳۴۵-۵۵

Amouzegar A, Gharibzadeh S, Kazemian E, Mehran L, Tohidi M, Azizi F. The prevalence, incidence and natural course of positive antithyropoxidase antibodies in a population-based study: Tehran

.thyroid study. PloS one. ۲۰۱۷;۱۲(۱):e۰۱۶۹۲۸۳

۳۱. Aminorroaya A, Meamar R, Amini M, Feizi A, Tabatabae A, Imani EF. Incidence of thyroid dysfunction in an Iranian adult population: the predictor role of thyroid autoantibodies: results from a prospective population-based cohort study. European journal of medical research. ۲۰۱۷;۲۲(۱):۱-۱۰

۳۲. Bakhshandeh H, Maleki M, Noohi F, Boudagh S, Khalili Y, Alizadehasl A, et al. Heart Assessment and Monitoring in Rajaie Hospital (HAMRAH): A population-based cohort study. Research in Cardiovascular Medicine. ۲۰۲۰;۹(۲):۲۹-۳۴

اهداف: هدف اصلی،
اهداف اختصاصی،
هدف کاربردی

۱. اهداف اصلی طرح:

تعیین شیوع بیماری های تیروئیدی و عوامل خطر ساز آن در تهران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۸

۲. اهداف فرعی طرح :

- تعیین شیوع هیپوتیروئیدی در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین شیوع هیپرتیروئیدی در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین شیوع هیپوتیروئیدی بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین شیوع هیپرتیروئیدی بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران
- تعیین و مقایسه شیوع هیپوتیروئیدی در گروه های سنی مختلف ساکنین تهران
- تعیین و مقایسه شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال در گروه های سنی مختلف ساکنین تهران
- تعیین و مقایسه شیوع هیپرتیروئیدی در گروه های سنی مختلف ساکنین تهران
- تعیین و مقایسه شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال در گروه های سنی مختلف ساکنین منطقه تهران
- تعیین و مقایسه شیوع هیپوتیروئیدی در ساکنین سیگاری و غیر سیگاری تهران
- تعیین و مقایسه شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال در ساکنین سیگاری و غیر

سیگاری تهران

- تعیین و مقایسه شیوع هیپرتیروئیدی در ساکنین سیگاری و غیر سیگاری تهران
- تعیین و مقایسه شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال در ساکنین سیگاری و غیر سیگاری تهران

هدف کاربردی: با تعیین میزان شیوع بیماری های تیروئیدی و عوامل خطر مرتبط با آن می توان در جهت سیاست گذاری و اجرای اقدامات پیشگیرانه جمعیت محور در سطح جامعه گام های موثری برداشت.

شیوع بیماری های تیروئیدی و عوامل خطر ساز آن در تهران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۸ چقدر است؟

فرضیات یا سوالات پژوهشی

- شیوع هیپوتیروئیدی در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپرتیروئیدی در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپوتیروئیدی بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپرتیروئیدی بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال بر حسب جنس در جمعیت ۱۸ سال به بالای تهران چقدر است؟
- شیوع هیپوتیروئیدی در گروه های سنی مختلف ساکنین تهران چقدر است؟
- شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال در گروه های سنی مختلف ساکنین تهران چقدر است؟
-
- شیوع هیپرتیروئیدی در گروه های سنی مختلف ساکنین تهران چقدر است؟
-

- شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال در گروه های سنی مختلف ساکنین تهران چقدر است؟
- شیوع هیپوتیروئیدی در ساکنین سیگاری و غیر سیگاری تهران چقدر است؟
- شیوع هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال در ساکنین سیگاری و غیر سیگاری تهران چقدر است؟
- شیوع هیپرتیروئیدی در ساکنین سیگاری و غیر سیگاری تهران چقدر است؟
- شیوع هیپرتیروئیدی ساب کلینیکال در ساکنین سیگاری و غیر سیگاری تهران چقدر است؟

روش اجرا

در مطالعه حاضر از اطلاعات مطالعه همراه استفاده می شود مطالعه همراه در قالب یک پیمایش اپیدمیولوژیک در سطح جامعه به انجام می رسد. شرکت کنندگان و داده های مورد نیاز جهت این مطالعه از دیتابیس فاز اول مطالعه همراه [۱] (HAMRAH) استخراج خواهند شد. مطالعه HAMRAH یک کوهورت مبتنی بر جمعیت طولی است که جهت برآورد خطر ۱۰ ساله بیماری های قلبی عروقی (CVD) در جمعیت بزرگسال تهران و ارزیابی شیوع CVD و عوامل خطر مرتبط با آن طراحی شده است. شرح مفصل متدولوژی و اهداف مطالعه HAMRAH به تازگی منتشر شده است. (۳۲). فاز اول این مطالعه یک سنجش (survey) مبتنی بر جمعیت بود که طی مرداد ۹۶ تا مرداد ۹۸ در تهران انجام شد. تهران پایتخت ایران و همچنین پرجمعیت ترین شهر ایران و غرب آسیا است. این شهر از نظر جمعیت کلان خود در رتبه ۲۴ جهان قرار دارد و از گروه های مختلف قومی و زبانی در سراسر کشور تشکیل شده است.

شرح مختصر نحوه نمونه گیری در مطالعه همراه: نحوه نمونه گیری در این مطالعه به صورت تصادفی خوشه ای بود. برای آغاز نمونه گیری، قبل از ورود به فیلد، هماهنگی های لازم با شهرداری منطقه مربوطه انجام می شود. برنامه به این شکل

خواهد بود که ابتدا با هماهنگی اداره ی پست، ۴۰ سرخوشه به طور تصادفی انتخاب و ۵۰ پلاک از هر سرخوشه به ترتیب مورد بررسی قرار می گیرند. از هر پلاک، یک خانوار به طور تصادفی انتخاب می شود. چنانچه خانوار انتخابی پاسخ نداد و یا مایل به همکاری در مطالعه نبود، با خانوار طبقه ی بالایی یا پایینی تماس گرفته می شود و در صورت عدم پاسخ مناسب، آن پلاک حذف و پلاک مجاور مورد انتخاب قرار می گیرد و این رویه تا زمانی که ۲۰۰۰ خانوار انتخاب گردند تکرار خواهد شد.

شرح نحوه جمع آوری داده ها: هر فرد واجد شرایط مطالعه، یک پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنیست، نژاد/قومیت، شغل، تحصیلات، اطلاعات تماس، ...)، سابقه بیماری ها، سابقه خانوادگی بیماری ها، و داروهای مصرفی را پر می کند. اطلاعات مربوط به بیماری های قلبی و ریسک فاکتورهای آن از جمله مصرف

سیگار به طور مفصل بررسی شده و موجود است (۳۲). در مطالعه HAMRAH، از بیمارانی که رضایت به انجام مطالعه داده اند در خواست شده است که بعد از ناشتایی ۱۲ ساعته جهت بررسی های آزمایشگاهی به بیمارستان شهید رجایی مراجعه کنند (۳۲). نمونه های خون این بیماران فریز شده و قابل دسترسی است. از همین نمونه ها جهت ارزیابی سطح سرمی TSH و Anti-TPO استفاده خواهد شد. همچنین، ارزیابی سطح T₃ و T₄ جهت بیماران با سطح غیر طبیعی TSH انجام خواهد شد.

Heart Assessment and Monitoring in Rajaie Hospital [۸]

مشخصات ابزار جمع
آوری اطلاعات و
نحوه جمع آوری آن

دیتابیس مطالعه HAMRAH

بانک خون مطالعه HAMRAH

روش محاسبه حجم
نمونه و تعداد آن

برای این مطالعه ۲۰۰۰ خانواده در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن میانه بعد خانوار ۳ نفر، انتظار می رود ۴۰۰۰ نفر با سن ۱۸ سال یا بیشتر واجد شرایط ورود به مطالعه باشند. طبق پروتکل این مطالعه و پیش بینی میزان مشارکت ۵۰٪، حجم نمونه بین ۱۸۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر پیش بینی شده است (۳۲).

ملاحظات اخلاقی

<p>این طرح پژوهشی مطابق اصول آخرین ورژن بیانیهی هلسینکی در مورد پژوهشهای علوم پزشکی انجام خواهد شد. (بدون ذکر نام و نام خانوادگی و سایر مشخصات خصوصی افراد که می تواند منجر به شناخت آنها گردد حفظ با حفظ کامل اطلاعات محرمانه افراد و جازه شفاهی استفاده از اطلاعات افراد شرکت کننده در طرح</p>	
<p>ناقص بودن اطلاعات هر فرد ممکن است از محدودیت‌های مطالعه حاضر میباشد، اما با توجه به حجم نمونهی مناسب احتمال تاثیرگذاری این محدودیت بسیار ناچیز میباشد.</p>	<p>محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آنها</p>
	<p>معیارهای ورود (فقط) مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)</p>
	<p>معیارهای خروج (فقط) مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)</p>
	<p>چگونگی تصادفی سازی و Concealment (فقط) مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)</p>
	<p>تعریف گروه مداخله (فقط) مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)</p>
	<p>تعریف گروه شاهد یا مقایسه (فقط) مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)</p>
	<p>چگونگی کورسازی (Blinding) (فقط) مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)</p>
	<p>پیامدها اولیه (primary) ثانویه</p>

	(secondary) ایمنی (Safety) (فقط مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)
	پیگیری (follow) (up) (فقط مربوط به طرحهای کارآزمایی بالینی)

جدول متغیرها

نام متغیر	نقش متغیر	نوع متغیر	نوع متغیر کمی - پیوسته است؟	نوع متغیر کیفی - کمی - گسسته است؟	نوع متغیر کیفی - رتبه ای است؟	نوع متغیر کیفی - اسمی است؟	واحد اندازه گیری	تعریف کاربردی	نحوه اندازه گیری
جنس	مستقل	کیفی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	زن یا مرد	جنسیت فرد	فنوتیپ ظاهری
سن	مستقل	کمی	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سال	سن، تقویمی	محاسبه بر اساس تاریخ تولد
وزن	مستقل	کمی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیلوگرم	وزن	ترازو
TSH	مستقل	کمی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	microgram per dl	هورمون محرک تیروئید	کیت آزمایشگاهی
T ₄	مستقل	کمی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	microgram per dl	هورمون تیروئید	کیت آزمایشگاهی
قد	مستقل	کمی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سانتی متر	اندازه فرق، سر تا پشت یا شانه بیمار	توسط نوار مدرج در حالت ایستاده
هیپوتیروئیدی	وابسته	کیفی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ندارد	کاهش، عملکرد تیروئید	بر اساس سطح هورمون های

تیروید									
بر اساس سطح هورمون های تیروید	کم کاری تحت بالینی	ندارد	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیفی	وابسته	هیپوتیرویدی ساب کلینیکال
سطح هورمون های تیروید	یرکاری تیروید	ندارد	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیفی	وابسته	هیپر تیرویدی
بر اساس سطح هورمون های تیروید	یرکاری تحت بالینه، تیروید	ندارد	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیفی	وابسته	هیپر تیرویدی ساب کلینیکال

زمانبندی و مراحل اجرا

تا تاریخ	از تاریخ	مدت اجرا - ماه	درصد مرحله	شرح مختصر مرحله
۱۳۹۹/۱۲/۲۰	۱۳۹۹/۱۱/۲۰	۱	۲۰	نوشتن پروپوزال
۱۴۰۰/۰۱/۲۰	۱۳۹۹/۱۲/۲۰	۱	۲۰	استخراج اطلاعات و جمع آوری نمونه ها
۱۴۰۰/۰۲/۲۱	۱۴۰۰/۰۱/۲۱	۱	۲۰	آنالیز داده ها
۱۴۰۰/۰۴/۲۲	۱۴۰۰/۰۲/۲۲	۲	۴۰	نگارش مقاله

ملاحظات اخلاقی

شما اجازه مشاهده این فرم را ندارید

هزینه وسایل و مواد مورد نیاز

نوع	نام دستگاه/ وسیله/ مواد	تعداد مورد	قیمت دستگاه/	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده	محل تامین	جمع کل

هزینه به ریال	اعتبار			وسيله / مواد - ریال	نیاز	
---------------	--------	--	--	---------------------	------	--

هزینه پرسنلی

نام و نام خانوادگی	توصیف دقیق فعالیتی که فرد در این تحقیق باید انجام دهد	کل حق الزحمه - ریال
		۱۰,۰۰۰,۰۰۰

جمع کل - ریال : ۱۰,۰۰۰,۰۰۰

هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی

نام خدمت	نام مؤسسه ارائه کننده	تعداد یا مقدار لازم	قیمت واحد - ریال	قیمت کل - ریال
رکوردی یافت نشد				

هزینه مسافرت

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد مسافرت	مبلغ
رکوردی یافت نشد				

هزینه کتب، نشریات و مقالات

نوع هزینه	توضیحات	مبلغ - ریال
مقاله		۳۰,۰۰۰,۰۰۰

جمع کل - ریال : ۳۰,۰۰۰,۰۰۰

سایر هزینه ها

نوع هزینه	مبلغ - ریال
-----------	-------------

کل اعتبار درخواست شده

جمع کل هزینه - ریال	سایر هزینه ها	هزینه چاپ و تکثیر	هزینه مسافرت	هزینه تجهیزات، مواد و خدمات موجود در مرکز	هزینه مواد غیر مصرفی	هزینه مواد مصرفی	هزینه پرسنلی (هیات علمی و غیر هیات علمی)
۴۰,۰۰۰,۰۰۰		۳۰,۰۰۰,۰۰۰					۱۰,۰۰۰,۰۰۰