

پروتکل کارآزمایی بالینی مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران

۱۴۰۵/۰۳/۱۰

تعیین اثر بخشی کپسول خرفه بر علائم بالینی بیماران سرپایی مبتلا به کووید-19 (COVID-19)

شماره ثبت کارآزمایی در مرکز: IRCT20190303042889N1
تاریخ تایید ثبت در مرکز: 30-03-2021, ۱۴۰۰/۰۱/۱۰
زمان بندی ثبت: prospective

چکیده پروتکل

هدف از مطالعه

تعیین اثر بخشی عصاره گیاه خرفه در درمان سرپایی کووید 19

طراحی

کارآزمایی بالینی دارای گروه کنترل، با گروه های موازی، دو سویه کور، تصادفی شده به روش بلوک، فاز 3 بر روی 140 بیمار. برای تصادفی سازی از روش بلوکی بالانس شده با استفاده از بلوکهای 4 تایی با استفاده از نرم افزار SAS استفاده می شود.

نحوه و محل انجام مطالعه

بیمارانی که به لحاظ بالینی و آزمایشگاهی مبتلا به کووید 19 بوده (تایید RT-PCR) و به مراکز درمانی 16 ساعته دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سطح شهر مراجعه نموده اند و کرایتریای ورود به مطالعه را دارند، وارد مطالعه می شوند. پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه، بیماران بصورت تصادفی به 2 گروه تقسیم می شوند. گروه دارونما درمان های رایج را و کپسول دارونما و گروه مداخله علاوه بر درمان های معمول، کپسول خوراکی عصاره خرفه با دوز 600 میلی گرم به صورت (منقسم به دوز 300 میلی گرم دوبار در روز) به مدت 2 هفته دریافت خواهند کرد. علائم و نشانه های بالینی، آزمایشگاهی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه تحت مطالعه، ارزیابی و مورد مقایسه قرار خواهند گرفت. زمان بهبودی علائم بیماری شامل تنگی نفس، بی اشتها، میزان اکسیژن اشباع شده خون مقایسه خواهد شد. دو گروه از نظر سن، بیماریهای همراه، شدت درگیری کووید، علائم بالینی همسان و یکسان سازی می شوند.

شرکت کنندگان/شرایط ورود و عدم ورود

بیماران سرپایی مبتلا به کووید-19 که با پی سی آر تایید شده و اکسیژن بالای 90% داشته، بیماری زمینه ای نداشته و حامله یا شیرده نباشند

گروه های مداخله

در گروه مداخله از دوز 600 میلی گرم عصاره خرفه به همراه داروهای رایج، در اختیار بیماران قرار می گیرد. گروه کنترل یا دارونما تنها داروهای رایج را به همراه دارونما دریافت می کنند

متغیرهای پیامد اصلی

زمان بهبود علائم بالینی (تب، سرفه و میالژی) و پاراکلینیکی (زمان نرمال شدن لنفوسیتی و CRP)

آخرین بروز رسانی: 30-03-2021, ۱۴۰۰/۰۱/۱۰
تعداد بروز رسانی ها: 0
تاریخ تایید ثبت در مرکز
2021-03-30, ۱۴۰۰/۰۱/۱۰

اطلاعات تماس ثبت کننده

نام

زهرا حبیبیان

نام سازمان / نهاد

کشور

جمهوری اسلامی ایران

تلفن

4363 3221 51 98+

آدرس ایمیل

habibiannezhadz971@mums.ac.ir

وضعیت بیمار گیری

بیمار گیری تمام شده

منبع مالی

تاریخ شروع بیمار گیری مورد انتظار

2021-05-05, ۱۴۰۰/۰۲/۱۵

تاریخ پایان بیمار گیری مورد انتظار

2021-09-21, ۱۴۰۰/۰۶/۳۰

تاریخ شروع بیمارگیری تحقق یافته

خالی

تاریخ پایان بیمارگیری تحقق یافته

خالی

تاریخ خاتمه کارآزمایی

خالی

عنوان علمی کارآزمایی

تعیین اثر بخشی کپسول خرفه بر علائم بالینی بیماران سرپایی مبتلا به کووید-19 (COVID-19)

عنوان عمومی کارآزمایی

تعیین اثر بخشی کپسول خرفه بر علائم بالینی بیماران سرپایی مبتلا به

اطلاعات عمومی

علت بروز رسانی

نام اختصاری

اطلاعات ثبت در مرکز

- شرکت کننده
- ارزیابی کننده پیامد

کد ثبت در سایر مراکز ثبت بین‌المللی

خالی

تاییدیه کمیته‌های اخلاق

1

کمیته اخلاق

نام کمیته اخلاق

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آدرس خیابان

دانشکده پزشکی، میدان آزادی، درب شرقی پردیس دانشگاه

شهر

بیماری‌های (موضوعات) مورد مطالعه

1

شرح

کووید-19

کد ICD-10

U07.1

توصیف کد ICD-10

COVID-19

متغیر پیامد اولیه

1

شرح متغیر پیامد

زمان بهبود علائم بالینی بر اساس پرسشنامه

مقاطع زمانی اندازه‌گیری

ابتدای مداخله و روز 14

نحوه اندازه‌گیری متغیر

پرسشنامه

2

شرح متغیر پیامد

طبیعی شدن CRP و لنفوپنی

مقاطع زمانی اندازه‌گیری

ابتدای مداخله و روز 14

نحوه اندازه‌گیری متغیر

آزمایشگاه

متغیر پیامد ثانویه

خالی

گروه‌های مداخله

1

شرح مداخله

گروه مداخله: دریافت درمان های رایج و کپسول 300 میلی گرم

عصاره خرفه 2 بار در روز به مدت 7 روز

طبقه بندی

درمانی - داروها

2

شرح مداخله

گروه کنترل: دریافت درمان های رایج و دارونما (کپسول محتوی

نشاسته میکرو سلولز (اویسل))

طبقه بندی

دارو نما

مراکز بیمار گیری

1

مرکز بیمار گیری
نام مرکز بیمار گیری
مراکز 16 ساعته کرونا
نام کامل فرد مسوول
سیده زهرا حبیبیان نژاد
آدرس خیابان
میدان آزادی، دانشکده علوم پزشکی مشهد
شهر
مشهد
استان
خراسان رضوی
کد پستی
9177948564
تلفن
2000 3800 51 98+
ایمیل
habibiannezhadz971@mums.ac.ir

حمایت کنندگان / منابع مالی

1

حمایت کننده مالی
نام سازمان / نهاد
دانشگاه علوم پزشکی مشهد
نام کامل فرد مسوول
محسن تفدی
آدرس خیابان
خیابان دانشگاه- جنب سینما هویزه- ساختمان قرشی- معاونت
پژوهش و فناوری
شهر
مشهد
استان
خراسان رضوی
کد پستی
9138813944
تلفن
1538 3841 51 98+
ایمیل
tafaghodim@mums.ac.ir

ردیف بودجه

کد بودجه

آیا منبع مالی همان سازمان یا نهاد حمایت کننده مالی است؟

بلی

عنوان منبع مالی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

درصد تامین مالی مطالعه توسط این منبع

100

بخش عمومی یا خصوصی

عمومی

مبدا اعتبار از داخل یا خارج کشور

داخلی

طبقه بندی منابع اعتبار خارجی

خالی

کشور مبدا

طبقه بندی موسسه تامین کننده اعتبار

دانشگاهی

فرد مسوول پاسخگویی عمومی کارآزمایی

اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد
دانشگاه علوم پزشکی مشهد
نام کامل فرد مسوول
سیده زهرا حبیبیان نژاد
موقعیت شغلی
دانشجوی تخصص
آخرین مدرک تحصیلی
دکترای پزشکی
سایر حوزه های کاری/تخصص ها
پزشک خانواده
آدرس خیابان
میدان آزادی، دانشکده علوم پزشکی مشهد
شهر
مشهد
استان
خراسان رضوی
کد پستی
9136964795
تلفن
38049 51 98
ایمیل
Habibiannezhadz971@mums.ac.ir

فرد مسوول پاسخگویی علمی مطالعه

اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد
دانشگاه علوم پزشکی مشهد
نام کامل فرد مسوول
سیده زهرا حبیبیان نژاد
موقعیت شغلی
دانشجوی تخصص
آخرین مدرک تحصیلی
دکترای پزشکی
سایر حوزه های کاری/تخصص ها
پزشک خانواده
آدرس خیابان
میدان آزادی، دانشکده علوم پزشکی مشهد
شهر
مشهد
استان
خراسان رضوی
کد پستی
9136964795
تلفن
38049 51 98
ایمیل
Habibiannezhadz971@mums.ac.ir

فرد مسوول به روز رسانی اطلاعات

اطلاعات تماس

نام سازمان / نهاد
دانشگاه علوم پزشکی مشهد
نام کامل فرد مسوول
سیده زهرا حبیبیان نژاد
موقعیت شغلی
دانشجوی تخصص
آخرین مدرک تحصیلی

برنامه انتشار

فایل داده شرکت کنندگان (IPD)
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

پروتکل مطالعه
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

نقشه آنالیز آماری
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

فرم رضایتنامه آگاهانه
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

گزارش مطالعه بالینی
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

کدهای استفاده شده در آنالیز
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

نظام دسته‌بندی داده (دیکشنری داده)
هنوز تصمیم نگرفته‌ام - برنامه انتشار آن هنوز مشخص نیست

دکترای پزشکی
سایر حوزه‌های کاری/تخصص‌ها
پزشک خانواده
آدرس خیابان
میدان آزادی، دانشکده علوم پزشکی مشهد
شهر
مشهد
استان
خراسان رضوی
کد پستی
9136964795
تلفن
38049 51 98
ایمیل
Habibiannezhadz971@mums.ac.ir