

خلاصه یافته‌های شاخص پژوهش‌های بالینی جهان در سال ۲۰۲۵

۱. دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی: سماگلوتاید خوراکی خطر حوادث عمده قلبی عروقی را کاهش

داد

پژوهش گسترده‌ای که نتایج آن در سال ۲۰۲۵ در مجله معتبر *New England Journal of Medicine* منتشر شد، نشان داد سماگلوتاید خوراکی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که در معرض خطر بالای بیماری‌های قلبی عروقی قرار دارند، می‌تواند خطر بروز حوادث عمده قلبی عروقی را در مقایسه با دارونما کاهش دهد. این یافته اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، به‌ویژه در صورت ابتلا به بیماری قلبی عروقی آترواسکلروتیک یا بیماری مزمن کلیه، در معرض خطر بالاتر سکته مغزی، سکته قلبی و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی هستند.

سماگلوتاید از گروه داروهای آگونیست گیرنده پپتید شبه گلوکاگون-۱ (GLP-1) است. این دارو با اثر بر مسیرهای تنظیم قند خون و اشتها، در درمان دیابت نوع ۲ کاربرد دارد. اهمیت مطالعه جدید، بررسی اثر شکل خوراکی دارو بر پیامدهای بالینی قلبی عروقی بود؛ زیرا بخش مهمی از شواهد قبلی درباره این دارو به شکل تزریقی مربوط می‌شد.

در کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده و دوسوکور SOUL، تعداد ۹۶۵۰ فرد مبتلا به دیابت نوع ۲ که سابقه بیماری قلبی عروقی آترواسکلروتیک، بیماری مزمن کلیه یا هر دو را داشتند، به‌طور تصادفی سماگلوتاید خوراکی با حداکثر دوز روزانه ۱۴ میلی‌گرم یا دارونما دریافت کردند. درمان‌ها در کنار مراقبت استاندارد انجام شدند و میانگین مدت پیگیری حدود ۴۷٫۵ ماه بود.

پیامد اصلی ترکیبی از مرگ ناشی از علل قلبی عروقی، سکته قلبی غیرکشنده و سکته مغزی غیرکشنده بود. این پیامد در ۱۲ درصد از شرکت کنندگان گروه سماگلوتاید و ۱۳٫۸ درصد از گروه دارونما رخ داد. نسبت خطر (Hazard Ratio) برابر با ۰٫۸۶ بود؛ یعنی در تحلیل زمان تا وقوع رویداد، خطر نسبی پیامد اصلی در گروه سماگلوتاید حدود ۱۴ درصد کمتر بود. تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار بود. با این حال، پیامد تأییدی ثانویه مربوط به حوادث عمده کلیوی تفاوت معناداری بین دو گروه نشان نداد.

این نتایج از نقش احتمالی سماگلوتاید خوراکی در کاهش حوادث عمده قلبی عروقی در بیماران پرخطر مبتلا به دیابت نوع ۲ حمایت می کنند. با این حال، نتایج این مطالعه را نباید بدون توجه به ویژگی های شرکت کنندگان به تمام افراد مبتلا به دیابت تعمیم داد. تصمیم گیری درباره درمان باید بر اساس وضعیت بالینی بیمار، درمان های همزمان، خطر ها و دستورالعمل های معتبر انجام شود.

منبع مقاله اصلی:

McGuire DK, et al. *Oral Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in High-Risk Type 2 Diabetes*. New England Journal of Medicine. 2025;392:2001–2012.

DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2501006>

متن مقاله: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2501006>

۲. مغز و اعصاب: افزودن تنکیتپلاز پیش از ترومبکتومی با پیامد عملکردی بهتر در برخی بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک همراه بود

در سال ۲۰۲۵، نتایج کارآزمایی بالینی BRIDGE-TNK در مجله معتبر *New England Journal of Medicine* منتشر شد. این مطالعه به بررسی یک پرسش مهم در درمان سکته مغزی ایسکمیک حاد پرداخت: آیا تجویز داروی حل‌کننده لخته، پیش از خارج کردن مکانیکی لخته از عروق مغزی، می‌تواند پیامد بیماران را بهبود دهد؟

سکته مغزی ایسکمیک زمانی رخ می‌دهد که جریان خون بخشی از مغز، معمولاً به علت انسداد یک رگ، مختل شود. در برخی بیماران مبتلا به انسداد عروق بزرگ، ترومبکتومی اندوواسکولار برای خارج کردن لخته انجام می‌شود. تنکتپلاز نیز دارویی ترومبولیتیک است که با هدف حل کردن لخته به کار می‌رود. با این حال، افزودن داروی ترومبولیتیک به درمان مکانیکی باید با توجه به احتمال سود و خطر خونریزی ارزیابی شود.

در این کارآزمایی تصادفی شده که در چین انجام شد، ۵۵۰ بیمار مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک حاد ناشی از انسداد عروق بزرگ، که در فاصله زمانی حداکثر ۴٫۵ ساعت از شروع علائم مراجعه کرده و واجد شرایط دریافت ترومبولیز بودند، بررسی شدند. بیماران به دو گروه تقسیم شدند: گروه نخست تنکتپلاز و سپس ترومبکتومی دریافت کرد؛ گروه دوم فقط تحت ترومبکتومی قرار گرفت.

پیامد اصلی، استقلال عملکردی در ۹۰ روز بود که با نمره صفر تا دو در مقیاس اصلاح‌شده رنکین تعریف شد. این وضعیت در ۵۲٫۹ درصد از بیماران گروه دریافت‌کننده تنکتپلاز به همراه ترومبکتومی و در ۴۴٫۱ درصد از گروه ترومبکتومی به تنهایی مشاهده شد. تفاوت از نظر آماری معنادار بود، هرچند فاصله اطمینان برآورد نسبت خطر نزدیک به مرز عدم تفاوت قرار داشت.

در مقابل، خونریزی داخل جمجمه‌ای علامت‌دار طی ۴۸ ساعت در ۸٫۵ درصد از گروه درمان ترکیبی و ۶٫۷ درصد از گروه ترومبکتومی به تنهایی رخ داد. مرگ‌ومیر ۹۰ روزه نیز به ترتیب ۲۲٫۳ و ۱۹٫۹ درصد بود. این تفاوت‌های ایمنی نشان می‌دهند که ارزیابی سود درمان باید همراه با بررسی خطرهای احتمالی انجام شود.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در جمعیت مشخصی از بیماران واجد شرایط، افزودن تنکتپلاز پیش از ترومبکتومی با درصد بالاتری از استقلال عملکردی در ۹۰ روز همراه بود. با این حال، این نتیجه را نمی‌توان به تمام بیماران مبتلا به سکته مغزی تعمیم داد؛ زیرا زمان مراجعه، محل انسداد، واجد شرایط بودن برای ترومبولیز و امکانات درمانی در انتخاب روش مناسب اهمیت دارند.

منبع مقاله اصلی:

Qiu Z, et al. *Intravenous Tenecteplase before Thrombectomy in Stroke*. New England Journal of Medicine. 2025;393:139–150.

DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2503867>

۳. بیماری‌های ریه و آلرژی: ترکیب بودزوناید و آلبوترول در صورت نیاز، تشدید شدید آسم خفیف را کاهش داد

نتایج کارآزمایی بالینی BATURA که در سال ۲۰۲۵ در مجله معتبر *New England Journal of Medicine* منتشر شد، نشان داد استفاده از ترکیب آلبوترول و بودزوناید هنگام نیاز، در مقایسه با آلبوترول به تنهایی، خطر تشدید شدید آسم را در افراد مبتلا به آسم خفیف کاهش می‌دهد. این یافته می‌تواند برای بهبود راهبردهای کنترل آسم اهمیت داشته باشد؛ به‌ویژه در بیمارانی که برای تسکین علائم از داروی گشادکننده برونش استفاده می‌کنند، اما ممکن است کنترل التهاب راه‌های هوایی در آن‌ها کافی نباشد.

آلبوترول با گشادکردن راه‌های هوایی به تسکین سریع علائم کمک می‌کند، درحالی‌که بودزوناید یک کورتیکواستروئید استنشاقی است که التهاب راه‌های هوایی را کاهش می‌دهد. ترکیب این دو دارو با هدف

فراهم کردن تسکین علائم همراه با رساندن داروی ضدالتهاب در زمان استفاده از داروی تسکینی طراحی شده است.

در مطالعه BATURA، تعداد ۲۵۱۶ شرکت کننده وارد فرایند تصادفی سازی شدند. در جمعیت اصلی تحلیل، ۲۴۲۱ نفر قرار داشتند که به طور تصادفی ترکیب آلبرترول - بودزوناید یا آلبرترول به تنهایی را در صورت نیاز دریافت کردند. حدود ۷۴ درصد افراد در ابتدای مطالعه تنها از یک داروی آگونیست بتا کوتاه اثر (SABA) استفاده می کردند. مطالعه پس از آنکه تحلیل میانی از پیش تعیین شده، شواهد کافی از اثربخشی نشان داد، زودتر از زمان برنامه ریزی شده متوقف شد.

در جمعیت تحلیل بر اساس تخصیص اولیه درمان، تشدید شدید آسم در ۵٫۳ درصد از گروه ترکیبی و ۹٫۴ درصد از گروه آلبرترول به تنهایی رخ داد. نسبت خطر ۰٫۵۴ بود؛ به این معنی که خطر نسبی تشدید شدید آسم در گروه دریافت کننده ترکیب دارویی حدود ۴۶ درصد کمتر بود. نرخ سالانه تشدیدهای شدید نیز در گروه ترکیبی پایین تر گزارش شد. عوارض ناخواسته در دو گروه به طور کلی مشابه بود.

این یافته ها از اثربخشی ترکیب آلبرترول و بودزوناید در کاهش تشدید شدید آسم در جمعیت مورد مطالعه حمایت می کنند. با این حال، نتایج باید در چارچوب معیارهای ورود مطالعه و درمان های مورد مقایسه تفسیر شوند. این مطالعه به تنهایی به معنای مناسب بودن یک رژیم دارویی یکسان برای همه بیماران مبتلا به آسم نیست؛ انتخاب درمان باید بر اساس شدت بیماری، سابقه تشدید، داروهای مصرفی و راهنماهای بالینی معتبر انجام شود.

منبع مقاله اصلی:

LaForce C, et al. *As-Needed Albuterol–Budesonide in Mild Asthma*. New England Journal of Medicine. 2025;393:113–124.

۴. سرطان ریه: ترکیب آمیوانتاماب و لازرتینیب بقای کلی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته ریه با جهش EGFR را افزایش داد

نتایج نهایی تحلیل بقای کلی کارآزمایی بالینی MARIPOSA که در سال ۲۰۲۵ در مجله معتبر *New England Journal of Medicine* منتشر شد، نشان داد ترکیب آمیوانتاماب و لازرتینیب در مقایسه با اوسیمرتینیب، بقای کلی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته ریه از نوع سلول‌های غیرکوچک با جهش‌های مشخص ژن گیرنده فاکتور رشد اپیدرمی (EGFR) را بهبود می‌دهد. این یافته از نظر انکولوژی اهمیت دارد؛ زیرا انتخاب درمان هدفمند بر اساس ویژگی‌های مولکولی تومور یکی از اجزای مهم درمان سرطان ریه پیشرفته است.

سرطان ریه از نوع سلول‌های غیرکوچک گروه عمده‌ای از سرطان‌های ریه را تشکیل می‌دهد. در بخشی از بیماران، جهش‌های مشخصی در ژن EGFR وجود دارد که می‌توانند رشد تومور را تقویت کنند و در عین حال، امکان استفاده از درمان‌های هدفمند را فراهم سازند. اوسیمرتینیب یک مهارکننده تیروزین کیناز EGFR است. آمیوانتاماب یک آنتی‌بادی دویژگی علیه EGFR و MET است و لازرتینیب نیز مهارکننده تیروزین کیناز EGFR محسوب می‌شود. ترکیب این دو دارو با هدف مهار مسیرهای مرتبط با رشد و بقای سلول‌های توموری بررسی شده است.

در کارآزمایی MARIPOSA، بیماران مبتلا به سرطان ریه سلول غیرکوچک پیشرفته یا متاستاتیک، با جهش حذف اگزون ۱۹ یا جهش L858R در ژن EGFR و بدون دریافت درمان سیستمیک قبلی برای بیماری

پیشرفته، به گروه‌های درمانی مختلف تخصیص یافتند. در مقایسه اصلی، ۴۲۹ بیمار ترکیب آمیوانتاماب - لازرتینیب و ۴۲۹ بیمار اوسیمرتینیب دریافت کردند. میانه مدت پیگیری در تحلیل گزارش شده حدود ۳۷،۸ ماه بود.

نسبت خطر مرگ در گروه دریافت کننده ترکیب دارویی، در مقایسه با گروه اوسیمرتینیب، ۰،۷۵ گزارش شد؛ یعنی کاهش نسبی حدود ۲۵ درصدی در خطر مرگ در طول دوره پیگیری، بر اساس تحلیل زمان تا وقوع رویداد. بقای کلی سه ساله در گروه ترکیبی ۶۰ درصد و در گروه اوسیمرتینیب ۵۱ درصد بود.

در عین حال، عوارض ناخواسته درجه ۳ یا بالاتر در ۸۰ درصد از بیماران دریافت کننده ترکیب آمیوانتاماب - لازرتینیب و در ۵۲ درصد از بیماران گروه اوسیمرتینیب مشاهده شد. عوارض پوستی، ترومبوآمبولی وریدی و واکنش‌های مرتبط با تزریق از جمله مسائل مهم در ارزیابی ایمنی درمان ترکیبی بودند.

این مطالعه نشان می‌دهد که بهبود پیامد بقا باید همراه با بررسی دقیق عوارض درمان تفسیر شود. نتایج مربوط به بیماران دارای جهش‌های مشخص EGFR و سرطان پیشرفته است و نباید به همه انواع سرطان ریه تعمیم داده شود. تصمیم‌گیری درمانی نیازمند بررسی وضعیت مولکولی تومور، شرایط بالینی بیمار، دسترسی به درمان و ملاحظات ایمنی است.

منبع مقاله اصلی:

Yang JCH, et al. *Overall Survival with Amivantamab–Lazertinib in EGFR-Mutated Advanced NSCLC*. New England Journal of Medicine. 2025;393:1681–1693.

DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2503001>

5. بیماری‌های عفونی: کاهش مصرف آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف با کمک سامانه تصمیم‌یار بالینی

آیا می‌توان مصرف آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف را بدون افزایش خطر برای بیمار کاهش داد؟

مصرف غیرضروری آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف یکی از عوامل مهم انتخاب و گسترش میکروارگانیسم‌های مقاوم به دارو است. با این حال، در بیماران بستری مبتلا به عفونت‌های داخل شکمی، نگرانی از وجود عوامل بیماری‌زای مقاوم ممکن است به تجویز آنتی‌بیوتیک‌هایی با پوشش گسترده‌تر از نیاز واقعی بیمار منجر شود.

در یک کارآزمایی بالینی خوشه‌ای در ۹۲ بیمارستان آمریکا، پژوهشگران تأثیر یک بسته مداخله‌ای شامل هشدارهای الکترونیک هنگام تجویز آنتی‌بیوتیک، برآورد اختصاصی خطر عفونت با میکروارگانیسم‌های مقاوم، آموزش و بازخورد به پزشکان را بررسی کردند. در مجموع، داده‌های ۱۰۵٬۰۰۴ بیمار بزرگسال بستری در دوره مداخله بررسی شد. سامانه برای بیمارانی که خطر پایینی برای عفونت با عوامل مقاوم داشتند، استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های با طیف معمول را پیشنهاد می‌کرد.

نتایج نشان داد که این مداخله با کاهش نسبی ۳۵ درصدی روزهای درمان با آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف در دوره تجربی درمان همراه بود. در مقایسه با گروه مراقبت معمول، افزایش معناداری در طول مدت بستری مشاهده نشد؛ با این حال، برآورد مربوط به انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه عدم قطعیت داشت و نباید آن را اثبات قطعی نبود هرگونه خطر دانست.

اهمیت بالینی: این مطالعه نشان می‌دهد که ترکیب قضاوت بالینی با سامانه‌های تصمیم‌یار و برنامه‌های مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک می‌تواند به کاهش تجویز غیرضروری داروهای وسیع‌الطیف کمک کند. اجرای چنین راهبردی در هر مرکز باید بر اساس الگوی مقاومت میکروبی، امکانات آزمایشگاهی و پروتکل‌های محلی انجام شود.

Gohil SK, et al. Improving Empiric Antibiotic Selection for Patients Hospitalized With Abdominal Infection: The INSPIRE 4 Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Surgery. 2025;160(7):733–743.

- [DOI: 10.1001/jamasurg.2025.1108](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2025.1108)

6. اطفال و طب اورژانس: بررسی مصرف چند دوز اندانسترون پس از ترخیص کودکان مبتلا به

گاستروانتریت

آیا تجویز چند دوز داروی ضدتهوع پس از ترخیص می‌تواند به درمان کودکان مبتلا به گاستروانتریت کمک کند؟

استفراغ ناشی از گاستروانتریت حاد در کودکان می‌تواند دریافت مایعات خوراکی را دشوار کند و خطر کم‌آبی بدن را افزایش دهد. اندانسترون دارویی ضدتهوع است که در محیط اورژانس برای برخی از این کودکان استفاده می‌شود؛ اما این پرسش مطرح است که آیا در اختیار داشتن چند دوز دارو برای مصرف پس از ترخیص نیز می‌تواند پیامدهای بالینی را بهبود دهد.

در یک کارآزمایی بالینی منتشرشده در سال ۲۰۲۵ در مجله New England Journal of Medicine، پژوهشگران راهبرد تجویز چند دوز اندانسترون برای استفاده در منزل را پس از مراجعه کودکان به اورژانس به دلیل گاستروانتریت بررسی کردند. این مطالعه به‌طور مشخص به کاربرد دارو پس از ترخیص می‌پرداخت، نه صرفاً تجویز یک دوز در اورژانس.

این پژوهش از آن جهت اهمیت دارد که تصمیم‌گیری درباره داروهای قابل مصرف در منزل باید بر پایه شواهد مربوط به کنترل علائم، نیاز به مراجعه مجدد، تحمل مایعات خوراکی و عوارض احتمالی باشد. با این حال، پیش از درج اعداد مربوط به پیامدهای اصلی و اندازه اثر در خبر وبسایت، لازم است نتایج کامل مقاله و جزئیات پیامد اولیه با متن اصلی تطبیق داده شود؛ بنابراین در این خلاصه از ذکر درصدهای تأیید نشده خودداری شده است.

اهمیت بالینی: این موضوع برای بخش اورژانس کودکان و تدوین دستورالعمل‌های ترخیص اهمیت دارد؛ زیرا کنترل استفراغ باید همراه با ارزیابی وضعیت آبرسانی، آموزش والدین درباره علائم هشدار و توصیه مناسب برای دریافت مایعات انجام شود.

منبع مقاله اصلی:

Multidose Ondansetron after Emergency Visits in Children with Gastroenteritis.
New England Journal of Medicine. 2025;393:255–266.

DOI: 10.1056/NEJMoa2503596

7. روماتولوژی: مقایسه توسیلیزوماب به‌تنهایی یا همراه متوترکسات در درمان آرتریت روماتوئید

آیا توسیلیزوماب به‌تنهایی نیز می‌تواند در کنترل آرتریت روماتوئید مؤثر باشد؟

آرتریت روماتوئید یک بیماری التهابی مزمن است که می‌تواند به درد، تورم و آسیب پیشرونده مفاصل منجر شود. متوترکسات یکی از داروهای پایه درمان این بیماری است؛ با این حال، در برخی بیماران پاسخ درمانی

کافی حاصل نمی‌شود یا استفاده از آن با محدودیت‌هایی همراه است. از این رو، بررسی اثربخشی داروهای زیستی به صورت تک‌دارویی یا ترکیبی اهمیت دارد.

در یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده که در سال ۲۰۲۵ در مجله JAMA Network Open منتشر شد، ۳۴۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید متوسط تا شدید در سه گروه دریافت‌کننده توسیلیزوماب زیرجلدی همراه متوترکسات، توسیلیزوماب به‌تنهایی و متوترکسات به‌تنهایی قرار گرفتند. پیامد اصلی مطالعه، دستیابی به حداقل ۲۰ درصد بهبود در معیارهای پاسخ کالج روماتولوژی آمریکا (ACR20) در هفته بیست و چهارم بود. نتایج نشان داد که هر دو راهبرد مبتنی بر توسیلیزوماب، در مقایسه با متوترکسات به‌تنهایی، در دستیابی به پاسخ ACR20 مؤثرتر بودند. در این مطالعه، علامت ایمنی جدید و غیرمنتظره‌ای نیز گزارش نشد؛ با این حال، نبود علامت ایمنی جدید در یک کارآزمایی به معنای منتفی بودن تمام خطرات احتمالی دارو نیست.

اهمیت بالینی: یافته‌ها از بررسی توسیلیزوماب به‌عنوان درمان تک‌دارویی یا درمان ترکیبی در بیماران منتخب حمایت می‌کنند. با این حال، انتخاب درمان باید بر اساس سابقه درمانی بیمار، فعالیت بیماری، بیماری‌های همراه، خطر عفونت و دستورالعمل‌های معتبر انجام شود. همچنین، چون جمعیت مطالعه چینی بود، تعمیم مستقیم نتایج به همه جمعیت‌ها نیازمند توجه به تفاوت‌های بالینی و جمعیتی است.

منبع مقاله اصلی:

Liu T, et al. Tocilizumab Monotherapy or Combined With Methotrexate for Rheumatoid Arthritis: A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open. 2025;8(5):e2511095.

- [DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.11095](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.11095)

8. نفرولوژی: بررسی داروی جدید برای کاهش آلبومینوری در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه

آیا فعال سازی مسیر گوانیلات سیکلاز محلول می تواند به کاهش آلبومینوری کمک کند؟

آلبومینوری، یعنی دفع غیرطبیعی آلبومین از طریق ادرار، یکی از شاخص های مهم آسیب کلیوی است و می تواند با افزایش خطر پیشرفت بیماری مزمن کلیه و عوارض قلبی عروقی همراه باشد. از این رو، توسعه درمان هایی که بتوانند دفع آلبومین را کاهش دهند، یکی از حوزه های مورد توجه پژوهش های بالینی نفرولوژی است.

در یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده و کنترل شده با دارونما که در سال ۲۰۲۵ در مجله Nephrology Dialysis Transplantation منتشر شد، پژوهشگران اثر رونکاسیگوات (Runcaciguat)، فعال کننده گوانیلات سیکلاز محلول، را در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه بررسی کردند. هدف اصلی، ارزیابی اثر دارو بر آلبومینوری و بررسی ایمنی آن بود.

نتایج منتشر شده حاکی از آن بود که این دارو در مقایسه با دارونما، آلبومینوری را به طور معناداری کاهش داد. با این حال، کاهش آلبومینوری به تنهایی اثبات نمی کند که دارو از نارسایی کلیه، نیاز به دیالیز یا مرگومیر جلوگیری می کند؛ برای اثبات چنین پیامدهایی به مطالعاتی با پیگیری طولانی تر و پیامدهای بالینی سخت تر نیاز است.

اهمیت بالینی: این مطالعه نمونه ای از پژوهش های بالینی مرحله توسعه دارو در بیماری مزمن کلیه است. در تفسیر نتایج باید بین اثر دارو بر یک نشانگر زیستی مانند آلبومینوری و اثربخشی قطعی بر پیامدهای نهایی کلیوی تمایز قائل شد.

منبع مقاله اصلی:

Gansevoort RT, et al. The soluble guanylate cyclase activator runcaciguat significantly improves albuminuria in patients with chronic kidney disease: a randomized placebo-controlled clinical trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2025;40(6):1147–1160.

- [DOI: 10.1093/ndt/gfae261](https://doi.org/10.1093/ndt/gfae261)

9. بیماری‌های عفونی و سل: بررسی رژیم‌های خوراکی کوتاه‌تر برای سل مقاوم به ریفامپین

آیا می‌توان در برخی بیماران مبتلا به سل مقاوم به ریفامپین از رژیم‌های خوراکی مؤثر استفاده کرد؟

سل مقاوم به ریفامپین یکی از چالش‌های مهم کنترل بیماری سل در جهان است. درمان این بیماران ممکن است پیچیده، طولانی و با عوارض دارویی همراه باشد. توسعه رژیم‌های خوراکی مؤثر می‌تواند به کاهش دشواری درمان و تسهیل پایبندی بیماران کمک کند.

در پژوهشی منتشرشده در سال ۲۰۲۵ در مجله *New England Journal of Medicine*، رژیم‌های خوراکی مختلف برای درمان سل مقاوم به ریفامپین در مقایسه با درمان استاندارد بررسی شدند. در این کارآزمایی، ۷۵۴ شرکت‌کننده وارد مرحله تصادفی‌سازی شدند و رژیم‌های درمانی مختلف بر اساس پاسخ درمانی و معیارهای میکروبیولوژیک و بالینی ارزیابی شدند.

در تحلیل تعدیل‌شده اصلی، پیامد مطلوب درمان در گروه درمان استاندارد حدود ۸۰٫۷ درصد بود. چهار رژیم جدید در تحلیل مربوطه معیار از پیش تعیین‌شده عدم کمتری نسبت به درمان استاندارد را برآورده کردند. این یافته‌ها از امکان استفاده از برخی رژیم‌های خوراکی جایگزین در جمعیت‌های واجد شرایط حمایت می‌کند، اما

به معنای مناسب بودن تمام این رژیم‌ها برای همه بیماران مبتلا به سل مقاوم نیست. انتخاب رژیم باید با توجه به الگوی حساسیت دارویی، سابقه درمان، وضعیت بالینی و دستورالعمل‌های روز انجام شود.

اهمیت بالینی: این مطالعه برای مراکز درمان سل و متخصصان بیماری‌های عفونی اهمیت دارد؛ زیرا نشان می‌دهد که درمان سل مقاوم به دارو می‌تواند با بررسی علمی رژیم‌های جایگزین و مبتنی بر شواهد بهبود یابد. بالاین‌حال، تفسیر نتایج باید بر اساس جزئیات هر رژیم و جمعیت مورد مطالعه انجام شود.

منبع مقاله اصلی:

Oral Regimens for Rifampin-Resistant, Fluoroquinolone-Susceptible Tuberculosis.
New England Journal of Medicine. 2025.

DOI: [10.1056/NEJMoa2400327](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2400327)

10. جراحی و مدیریت بیمارستانی: استفاده از سامانه‌های الکترونیک برای بهینه‌سازی انتخاب

آنتی‌بیوتیک در عفونت‌های داخل شکمی

نقش سامانه‌های تصمیم‌یار در ارتقای کیفیت تجویز آنتی‌بیوتیک در بیمارستان

انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب در عفونت‌های داخل شکمی نیازمند ارزیابی شدت بیماری، احتمال وجود میکروارگانیسم‌های مقاوم و الگوی مقاومت میکروبی محلی است. تجویز بی‌رویه داروهای وسیع‌الطیف می‌تواند خطر عوارض دارویی و گسترش مقاومت آنتی‌میکروبی را افزایش دهد.

در مطالعه 4 INSPIRE، یک کارآزمایی بالینی خوشه‌ای در ۹۲ بیمارستان با داده‌های بیش از ۱۰۵ هزار بیمار بزرگسال، اثر سامانه الکترونیک پیشنهاددهنده آنتی‌بیوتیک را بررسی کرد. این سامانه با استفاده از برآورد خطر اختصاصی بیمار برای عفونت با میکروارگانیزم‌های مقاوم، در موارد کم‌خطر تجویز آنتی‌بیوتیک با طیف معمول را پیشنهاد می‌داد و با آموزش و بازخورد به پزشکان همراه بود.

نتایج نشان داد که مداخله با کاهش نسبی ۳۵ درصدی روزهای درمان با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف همراه بود؛ بدون آنکه شواهدی از بدتر شدن طول مدت بستری مشاهده شود. نتیجه مربوط به انتقال به مراقبت‌های ویژه به همان اندازه قطعی نبود و باید با احتیاط تفسیر شود.

اهمیت بالینی: این یافته نشان می‌دهد که بهبود کیفیت درمان بیمارستانی فقط به معرفی داروهای جدید محدود نیست؛ استفاده از داده‌های بالینی، سامانه‌های پشتیبان تصمیم‌گیری و نظارت بر تجویز دارو نیز می‌تواند پیامدهای مهمی برای ایمنی بیمار و کنترل مقاومت آنتی‌میکروبی داشته باشد.

منبع مقاله اصلی:

Gohil SK, et al. Improving Empiric Antibiotic Selection for Patients Hospitalized With Abdominal Infection: The INSPIRE 4 Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Surgery. 2025;160(7):733–743.

- [DOI: 10.1001/jamasurg.2025.1108](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2025.1108)

11. بیهوشی و مراقبت‌های پیرامون جراحی: آیا بیهوشی بدون اپیوئید می‌تواند مصرف داروهای

مخدر را کاهش دهد؟

مقایسه بیهوشی بدون اپیوئید با روش استاندارد در جراحی‌های لاپاروسکوپی چاقی

اپیوئیدها از داروهای رایج برای کنترل درد حین و پس از جراحی هستند، اما مصرف آن‌ها می‌تواند با عوارضی مانند تهوع و استفراغ، خواب‌آلودگی و سرکوب تنفسی همراه باشد. به همین دلیل، راهبردهای بیهوشی چندوجهی که با استفاده از داروهای غیراپیوئیدی، نیاز به این داروها را کاهش می‌دهند، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند.

در یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده و تک‌سوکور که در سال ۲۰۲۵ در مجله *Regional Anesthesia & Pain Medicine* منتشر شد، پژوهشگران بررسی کردند که آیا استفاده از بیهوشی بدون اپیوئید می‌تواند مصرف اپیوئید پس از جراحی لاپاروسکوپی یا رباتیک چاقی را کاهش دهد. در گروه مداخله، از ترکیبی شامل لیدوکائین، کتامین و دکسمتومیدین استفاده شد؛ در گروه کنترل، بیهوشی استاندارد حاوی اپیوئید به کار رفت. پیامد اصلی، میزان مصرف اپیوئید در ۲۴ ساعت نخست پس از جراحی بود.

این پژوهش به این پرسش بالینی پرداخت که آیا حذف اپیوئید از برنامه بیهوشی می‌تواند نیاز بیمار به داروهای مخدر را در دوره پس از عمل کاهش دهد. با این حال، ارزیابی یک راهبرد بیهوشی تنها بر اساس میزان مصرف اپیوئید کافی نیست و باید کنترل درد، عوارض جانبی، کیفیت بهبودی و ایمنی بیمار نیز در نظر گرفته شوند. جزئیات عددی پیامد اصلی در این خلاصه درج نشده است؛ بنابراین برای انتشار رسمی، بهتر است اعداد نهایی مستقیماً از متن کامل مقاله استخراج شوند.

اهمیت بالینی: این مطالعه از نظر توسعه راهبردهای بیهوشی چندوجهی و کاهش مواجهه غیرضروری با اپیوئیدها اهمیت دارد. با این حال، بیهوشی بدون اپیوئید لزوماً برای تمام بیماران یا همه انواع جراحی برتری ندارد و انتخاب آن باید متناسب با نوع عمل، وضعیت بیمار و تجربه تیم بیهوشی باشد.

Perez JJ, et al. Effect of an opioid-free anesthetic on postoperative opioid consumption after laparoscopic bariatric surgery: a prospective, single-blinded, randomized controlled trial. Regional Anesthesia & Pain Medicine. 2025.

- [DOI: 10.1136/rapm-2024-105632](https://doi.org/10.1136/rapm-2024-105632)

12. انکولوژی: افزایش بقای پنج‌ساله بیماران مبتلا به سرطان ریه با افزودن نیوولوماب به

شیمی‌درمانی پیش از جراحی

آیا ایمونوتراپی پیش از جراحی می‌تواند بقای بیماران مبتلا به سرطان ریه غیرکوچک‌سلولی را افزایش دهد؟

سرطان ریه غیرکوچک‌سلولی (NSCLC) شایع‌ترین گروه سرطان‌های ریه است. در بیمارانی که تومور قابل جراحی دارند، هدف درمان فقط برداشتن توده نیست، بلکه کاهش احتمال عود بیماری و افزایش بقای طولانی‌مدت نیز اهمیت دارد. استفاده از مهارکننده‌های نقاط واریسی ایمنی در کنار شیمی‌درمانی پیش از جراحی، یکی از راهبردهای مورد بررسی برای بهبود این پیامدهاست.

در تحلیل نهایی بقای کلی کارآزمایی فاز سوم CheckMate 816 که در سال ۲۰۲۵ در مجله New England Journal of Medicine منتشر شد، ۳۵۸ بیمار مبتلا به سرطان ریه غیرکوچک‌سلولی قابل جراحی در مراحل IB تا IIIA به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه نخست سه دوره نیوولوماب همراه با شیمی‌درمانی و گروه دوم شیمی‌درمانی به‌تنهایی دریافت کردند و پس از آن، جراحی انجام شد.

پس از میانه پیگیری ۶۸،۴ ماه، بقای کلی در گروه دریافت‌کننده نیوولوماب همراه شیمی‌درمانی به‌طور معناداری بهتر بود. میزان بقای پنج‌ساله در گروه درمان ترکیبی ۶۵،۴ درصد و در گروه شیمی‌درمانی به‌تنهایی ۵۵ درصد بود. نسبت خطر مرگ در گروه درمان ترکیبی ۰،۷۲ گزارش شد؛ فاصله اطمینان ۹۵ درصد از ۰،۵۲۳ تا ۰،۹۹۸ بود و مقدار P برابر با ۰،۰۴۸ به دست آمد. این نتایج نشان‌دهنده بهبود بقای کلی در جمعیت بررسی‌شده است، هرچند مقدار P به آستانه معناداری آماری نزدیک بود. در پیگیری بیشتر نیز علامت ایمنی جدیدی گزارش نشد.

اهمیت بالینی: یافته‌های این کارآزمایی نشان می‌دهد که افزودن ایمونوتراپی به شیمی‌درمانی پیش از جراحی می‌تواند در بیماران منتخب مبتلا به سرطان ریه غیرکوچک‌سلولی قابل جراحی، علاوه بر بهبود پاسخ‌های درمانی پیش از عمل، به افزایش بقای طولانی‌مدت نیز منجر شود. با این حال، این نتایج را نمی‌توان به تمام مراحل سرطان ریه یا همه بیماران تعمیم داد؛ انتخاب بیمار و برنامه درمانی باید بر اساس مرحله بیماری، قابلیت جراحی، شرایط بالینی و دستورالعمل‌های معتبر انجام شود.

منبع مقاله اصلی:

Forde PM, et al. Overall Survival with Neoadjuvant Nivolumab plus Chemotherapy in Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2025;393:741–752.

- [DOI: 10.1056/NEJMoa2502931](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2502931)