



Research Article

Investigating the Relationship between the Antibody Levels of the Novel Coronavirus (SARS-Cov2) and Demographic Parameters of the Employees of Mashhad University of Medical Sciences in the Summer of 2021

Reza Gerami¹, Fatemeh Arab², Jalal Ghorbani³, Vahid Hajali⁴, Shima Farrokhi², Seyed-Alireza Esmaeili³, Meysam Moghbeli², Ehsan Saburi^{2,5*}

¹ Department of Radiology, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Science, Tehran, Iran

² Department of Medical Genetics, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Immunology Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Neuroscience Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Medical Genetics Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

***Corresponding author:** Ehsan Saburi, Assistant Professor of Molecular Medicine, Medical Genetics and Molecular Medicine Department, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: sabourie@ums.ac.ir.

DOI: [10.32592/nkums.16.2.37](https://doi.org/10.32592/nkums.16.2.37)

How to Cite this Article:

Gerami R, Arab F, Ghorbani J, Hajali V, Farrokhi Sh, Esmaeili S A, Moghbeli M, Saburi E. Investigating the Relationship between the Antibody Levels of the Novel Coronavirus (SARS-Cov2) and Demographic Parameters of the Employees of Mashhad University of Medical Sciences in the Summer of 2021. J North Khorasan Univ Med Sci. 2024;16(2):37-44. DOI: [10.32592/nkums.16.2.37](https://doi.org/10.32592/nkums.16.2.37)

Received: 21 Dec 2023

Accepted: 03 Jan 2024

Keywords:

Antibody levels
Clinical symptoms
COVID-19
Risk factors

Abstract

Introduction: The novel coronavirus pandemic (SARS-Cov2) has presented daunting challenges to health systems in numerous countries. The levels of protective antibodies and predisposing factors are great contributors to people's susceptibility, especially in work environments. The present study aimed to assess the levels of IgM and IgG antibodies against COVID-19 and their relationships with other demographic findings in the employees of Mashhad University of Medical Sciences.

Method: In this cross-sectional study, 758 employees of Mashhad University of Medical Sciences were selected by convenience sampling method. The data were collected using the country's standard questionnaire, and the level of IgG and IgM antibodies against SARS-CoV2 was determined by ELISA. The results were analyzed in SPSS software (version 16) using related statistical tests ($P < 0.05$).

Results: As evidenced by the obtained results, 386 (50.9%) cases were male, and the rest were female. IgG and IgM antibodies were found in 138 (18.9%) and 41 (5.6%) participants, respectively. The most common symptoms in subjects who experienced the disease were cough, fever, chills, headache, shortness of breath, loss of smell, weakness, myalgia, arthralgia, and impaired consciousness. The use of public transportation, history of travel, and frequent presence at work were significantly found to be predisposing factors. In the diagnostic process, radiological examination (CT-Scan), molecular test (PCR), and antibody test when symptoms appeared were requested, respectively.

Conclusion: During infectious epidemics, it is recommended to pay close attention to maintaining social distancing, raising awareness, frequent health monitoring, and air conditioning.



بررسی ارتباط بین سطح آنتی‌بادی کروناویروس جدید (SARS-CoV2) با پارامترهای

دموگرافیک کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در تابستان سال ۱۴۰۰

رضا گرامی^۱، فاطمه عرب^۲، سید جلال قربانی^۳، وحید حاجعلی^۴، شیما فرخی^۵، سید علیرضا اسماعیلی^۳، میثم مقبلی^۳، احسان صبوری^{۳*}

^۱ دپارتمان رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

^۲ دپارتمان ژنتیک و پزشکی مولکولی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ مرکز تحقیقات ایمونولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۵ مرکز تحقیقات ژنتیک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: احسان صبوری، مرکز تحقیقات ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: sabourie@mums.ac.ir

DOI: 10.32592/nkums.16.2.37

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۳	مقدمه: همه‌گیری کروناویروس جدید (SARS-CoV2) چالش بزرگی برای سیستم‌های بهداشتی بسیاری از کشورها ایجاد کرده است. سطح آنتی‌بادی محافظت‌کننده و عوامل مستعدکننده ابتلا همچنان جزو چالش‌های مطرح در استعداد ابتلای افراد، خصوصاً در محیط‌های کاری است. در این مطالعه، به بررسی سطح آنتی‌بادی‌های IgG و IgM علیه کووید-۱۹ و ارتباط آن با یافته‌های دموگرافیک در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد پرداخته شد.
واژگان کلیدی:	روش کار: در این مطالعه مقطعی، ۷۵۸ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد کشوری جمع‌آوری و سطح آنتی‌بادی IgG و IgM علیه SARS-CoV2 به روش الایزا (ELISA) تعیین شد. نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری مرتبط و در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS (16) ارزیابی شد.
کووید-۱۹ سطح آنتی‌بادی علائم بالینی فاکتورهای خطر	یافته‌ها: از مجموع شرکت‌کنندگان، ۳۸۶ نفر معادل ۵۰/۹ درصد مرد بودند و باقی را زنان تشکیل می‌دادند. آنتی‌بادی IgG در ۱۳۸ شرکت‌کننده (۳۵/۹ درصد) و IgM در ۴۱ شرکت‌کننده (۵/۴ درصد) یافت شد. شایع‌ترین علائم در افراد با تجربه ابتلا به بیماری به ترتیب سرفه، تب، لرز، سردرد، تنگی نفس، از دست دادن بویایی، ضعف، میالژی، آرترالژی و اختلال هوشیاری بود. در میان افراد با سابقه ابتلا، استفاده از وسایل نقلیه عمومی، سابقه مسافرت و حضور مکرر در محل کار به‌طور معناداری بیشتر از افراد دیگر بود. در فرایند تشخیصی، بررسی رادیولوژیک (CT-Scan)، آزمایش مولکولی (PCR) و آزمایش آنتی‌بادی به ترتیب در اولویت درخواست بودند.
	نتیجه‌گیری: توصیه می‌شود در هنگام همه‌گیری‌های عفونی، به حفظ فاصله اجتماعی، آگاهی‌بخشی، پایش مکرر سلامت و تهویه هوا به‌دقت توجه شود.

مقدمه

بیماری کروناویروس جدید که به‌عنوان کروناویروس سندرم حاد تنفسی کرونا ۲ (SARS-CoV2) شناخته می‌شود، اولین بار در شهر ووهان در استان هوبی چین در اواخر سال ۲۰۱۹ شناسایی شد [۱]. تظاهرات کووید-۱۹ می‌تواند از بیماری بدون علامت تا بیماری با علائم خفیف تا شدید و مرگ متغیر باشد [۲]. علائمی مانند تب یا لرز، سرفه، تنگی نفس، خستگی، دردهای عضلانی، سردرد، از دست دادن چشایی یا بویایی، گلودرد و... ممکن است نشان‌دهنده کووید-۱۹ باشد [۳]. علائم و نشانه‌های کووید-۱۹ ممکن است با سایر عفونت‌های تنفسی هم‌پوشانی داشته باشند [۴]؛ بنابراین، انجام

آزمایش‌های مناسب برای شناسایی افراد علامت‌دار مبتلا به کووید-۱۹ مهم است [۵،۶]. در حال حاضر، عفونت کووید-۱۹ با سه آزمایش مختلف شناسایی می‌شود، از جمله تشخیص اسید نوکلئیک ویروسی (RNA)، تشخیص آنتی‌ژن‌های ویروسی و تشخیص آنتی‌بادی‌های خاص ویروس [۵]. درحالی‌که آزمایش‌های شناسایی اسید نوکلئیک یا آنتی‌ژن برای ارزیابی عفونت‌های حاد استفاده می‌شوند، آزمایش‌های آنتی‌بادی اغلب نشان‌دهنده عفونت قبلی کووید-۱۹ هستند [۷]. همچنین، تشخیص بیماری کووید-۱۹ ممکن است با سایر تکنیک‌های تشخیصی مانند آزمایش‌های

۷۵۸ شرکت‌کننده طی تیر ماه الی شهریور ماه سال ۱۴۰۰ انجام شد. تمامی کارکنان دانشگاه، پس از اخذ رضایت آگاهانه، امکان ورود به مطالعه را داشتند. در صورتی که فرد در بخش مراقبت‌های ویژه مراکز کووید مشغول به فعالیت بود، از مطالعه خارج شد. از ۷۵۸ نفر، ۳۷۲ نفر (۴۹/۱ درصد) زن و ۳۸۶ نفر (۵۰/۹ درصد) مرد بودند. اطلاعات دموگرافیک و آنتروپومتریک و همچنین، علائم بالینی مرتبط با عفونت کووید-۱۹ شامل سرفه، تب، لرز، گلودرد، سردرد، تنگی نفس، اسهال و... با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. برای انجام تست‌های ایمنوفلورسانس سرولوژیکی برای IgG و IgM روی نمونه‌های خون، از روش ایمنوسوربنت متصل به آنزیم (ELISA) و کیت تجاری شرکت پیشگام طب زمان (ایران - تهران) و دستگاه خوانشگر الایزا (Awareness Microplate Reader, Stat Fax 3200-USA) استفاده شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل آماری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در این پژوهش از آزمون کای دو استفاده شد. در مواردی که شیوع یک پارامتر کمتر از ۲۰ مورد و متغیرهای دوحالته دگروهی بود از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای مقایسه سطح مثبت/منفی آنتی‌بادی کلاس‌های IgG و IgA از آزمون Mann-Whitney U و Student t-test استفاده شد. در تمام آزمون‌های آماری، $P\text{-value} < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه به مدت شش ماه در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. در مجموع، ۳۸۶ نفر از شرکت‌کنندگان مرد و ۳۷۲ نفر زن بودند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. الایزا سرم برای آنتی‌بادی‌های کووید-۱۹، ۱۴ روز پس از شروع علائم به‌خوبی عمل می‌کند [۱۷]. از ۵۷۸ نفر شرکت‌کننده، ۱۳۸ نفر (۱۸/۹ درصد) IgG مثبت و ۴۱ نفر (۵/۶ درصد) IgM مثبت بودند. مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی بین شرکت‌کنندگان IgG و IgM مثبت و منفی در جدول ۲ نشان داده شده است. بین سن و تعداد افراد مبتلا به کووید-۱۹ در خانواده بین دو گروه IgG مثبت و منفی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($P=0/021$). همچنین، تفاوت معنی‌داری در رفتن به سر کار بین گروه IgM منفی و مثبت مشاهده شد ($P=0/020$).

تصویربرداری و نشانگرهای بیوشیمیایی خاص تکمیل شود [۸]. سطوح آنتی‌بادی IgG، IgM و IgA مخصوص کووید-۱۹ را می‌توان در نمونه‌های خون تشخیص داد [۹].

از آنجایی که آنتی‌بادی‌های انسانی نسبت به RNA ویروسی پایدارتر هستند، نمونه‌های سرولوژیک در مقایسه با RT-PCR حین جمع‌آوری، آماده‌سازی، حمل و نقل، ذخیره‌سازی و تجزیه و تحلیل نمونه کمتر در معرض تخریب هستند. آنتی‌بادی‌های خاص علیه کووید-۱۹ را اغلب می‌توان با روش‌های مختلف شناسایی کرد [۱۰]. آنتی‌بادی‌های IgM در مرحله حاد عفونت ظاهر می‌شوند و پس از رسیدن به حداکثر خود، به سطوح تشخیصی ناچیز کاهش می‌یابند [۱۱]. آنتی‌بادی‌های IgG کندتر از آنتی‌بادی‌های IgM تشکیل می‌شوند، اما مدت طولانی‌تری در خون بیمار باقی می‌مانند [۱۲]. آزمایش آنتی‌بادی برای کووید-۱۹ مهم است، زیرا می‌تواند افراد مبتلا به ویروس کرونا یا کسانی را که در گذشته عفونت داشته‌اند، شناسایی کند [۱۳]. در حال حاضر، تخمین زده می‌شود که آزمایش آنتی‌بادی می‌تواند از حدود ۱۲ درصد از مرگ‌ومیر ناشی از کووید-۱۹ در سال اول همه‌گیری جلوگیری کند [۱۴]. علاوه بر این، سطح آنتی‌بادی‌ها اطلاعاتی در مورد اثربخشی واکسیناسیون ارائه می‌دهد که می‌تواند به‌طور گسترده در جمعیت متفاوت باشد [۱۴]. از آنجایی که کووید-۱۹ گاهی بدون علامت است، آنتی‌بادی‌ها را می‌توان حتی در افرادی که احساس بیماری نمی‌کنند و اطمینان دارند که به کووید-۱۹ مبتلا نیستند، پیدا کرد [۵]. همچنین، می‌توان از آزمایش آنتی‌بادی برای تعیین مرحله عفونت استفاده کرد [۱۵]. در حال حاضر، داده‌های مربوط به شیوع سرمی (روش‌های معمول برای تعیین تعداد افرادی که قبلاً مبتلا شده‌اند) آنتی‌بادی‌های کووید-۱۹ در جمعیت‌های مختلف محدود است [۱۶]. از آنجایی که افراد حاضر در محیط آکادمیک سطح آگاهی بالاتری در مورد بیماری کووید-۱۹ دارند و از طرف دیگر به میزان بالاتری در معرض ویروس قرار دارند، شانس بالاتری برای ابتلا دارند. لذا، در این مطالعه شیوع سرمی آنتی‌بادی‌های کووید-۱۹ در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد اندازه‌گیری شد تا به بررسی سهم این قشر از جامعه و تأثیر آگاهی در مورد این بیماری و نرخ ابتلا به کووید-۱۹ پرداخته شود.

روش کار

در این بررسی مقطعی سنجش‌های سرولوژیکی IgG و IgM نمونه‌های

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	میانگین یا میانه	انحراف معیار
سن (سال) †	۴۳/۱۴	۱۰/۴۸
قد (cm) †	۱۶۱/۷۵	۳۵/۱۳
وزن (kg) †	۷۰/۵	۳۴/۹
تعداد اعضای خانواده ‡	۳	۲
مساحت خانه †	۱۱۸/۱۷	۷۲/۰۹
تعداد روز کاری در هفته †	۵/۰۴	۱/۱۳
تعداد بازدیدکننده در روز ‡	۱۰	۲۰
رفتن به سر کار (روز در هفته) ‡	۵	۲
تعداد بیماران در خانواده ‡	۰/۰۴	۱

ادامه جدول ۱		
متغیر	شیوع (نفر)	درصد (%)
اکثر اوقات	۱۱۰	۱۵/۶
گاهی	۶۸	۹/۶
به ندرت	۱۶۱	۲۲/۸

† برای توصیف متغیرها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

‡ برای توصیف متغیرها از میانه استفاده شد.

($P=0/027$)، لرز ($P=0/047$)، مدت سردرد ($P=0/003$)، تنگی نفس ($P=0/001$)، از دست دادن بویایی ($P<0/001$)، ضعف ($P=0/003$)، مدت ضعف ($P=0/038$)، میالژی ($P=0/001$)، آرتراژی ($P=0/001$)، شدت آرتراژی ($P=0/005$) و مدت زمان کاهش هوشیاری ($P=0/015$) نتایج متفاوتی در شرکت کنندگان با IgG مثبت و منفی در زمان ابتلا در پی داشت. تفاوت معنی داری بین شرکت کنندگان با IgM مثبت و منفی تنها در مدت سرفه ($P=0/007$)، مدت ضعف ($P=0/004$) و مدت درد عضلانی ($P=0/005$) مشاهده شد. همچنین، در فرایند تشخیصی، اکثر افراد مبتلا به علائم کووید-۱۹ در وهله اول خواهان سی تی اسکن، در مرحله دوم آزمایش PCR و در مرحله سوم آزمایش آنتی بادی بودند (جدول ۵).

مقایسه توزیع فراوانی رفتارهای پرخطر در میان شرکت کنندگان با IgG و IgM مثبت و منفی در این مطالعه در جدول ۳ نشان داده شده است. تفاوت معنی داری در استفاده از حمل و نقل عمومی ($P=0/033$)، سفر ($P=0/016$) و استفاده از خودرو شخصی ($P=0/045$) هنگام مقایسه شرکت کنندگان با IgG مثبت و منفی مشاهده شد. همچنین، بین شرکت کنندگان با IgM مثبت و منفی تفاوت معنی داری در سر کار رفتن ($P=0/021$) و تعداد دفعات سر کار رفتن ($P=0/020$) وجود داشت. همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، هنگام مقایسه توزیع فراوانی علائم مرتبط با کووید-۱۹، تفاوت معنی داری بین شرکت کنندگان با IgG مثبت و منفی در فراوانی سرفه ($P=0/13$) و تب ($P<0/001$) وجود داشت. مدت تب

جدول ۲. شیوع سرمی آنتی بادی SARS-CoV-۲ در بین شرکت کنندگان بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	IgM منفی (±SD)	IgM مثبت (±SD)	value-P	IgG منفی (±SD)	IgG مثبت (±SD)	P-value
سن (سال) †	۴۲/۰ (۱۳/۰)	۴۰/۹۶ (۹/۲۳)	۰/۷۹۷	۴۲/۰ (۱۴/۰)	۴۴/۳۴ (۹/۷۳)	*۰/۰۲۱
قد (cm) †	۱۶۸/۰ (۱۵/۰)	۱۶۵/۰ (۱۲/۰)	۰/۵۸۶	۱۶۸/۰ (۱۵/۰)	۱۷۰/۰ (۱۵/۰)	۰/۹۰۰
وزن (kg) †	۷۱/۰ (۲۱/۰)	۶۴/۲۵ (۱۷/۰)	۰/۰۱۱۵	۷۰/۰ (۲۱/۰)	۷۵/۰ (۲۳/۰)	۰/۵۰۷
تعداد اعضای خانواده ‡	۳/۰ (۲/۰)	۳/۵ (۲/۰)	۰/۸۸۱	۳/۰ (۲/۰)	۳/۰ (۲/۰)	۰/۵۰۶
مساحت خانه (m ²) †	۱۱۲/۰ (۶۵/۰)	۱۰۰/۰ (۵۹/۰)	۰/۳۴۲	۱۱۵/۰ (۶۵/۰)	۱۰۰/۰ (۷۵/۰)	۰/۲۶۳
تعدادی روز کاری در هفته †	۲/۰ (۱/۰)	۱/۵ (۱/۰)	۰/۹۹۹	۵/۰ (۰/۰)	۵/۰ (۰/۰)	۰/۹۹۹
تعداد مواجهه در روز ‡	۱۰/۰ (۲/۰)	۱۰/۰ (۱/۹)	۰/۷۴۶	۱۰/۰ (۲/۰)	۸/۰ (۲/۰)	۰/۳۰۷
رفتن به سر کار ‡	۵/۰ (۲/۰)	۵/۰ (۱/۰)	*۰/۰۲۰	۵/۰ (۲/۰)	۵/۰ (۰/۰)	۰/۸۳۳
تعداد بیماران در خانواده ‡ (روز)	۰/۰۲ (۱/۰)	۰/۰۳ (۱/۰)	۰/۴۴۴	۰/۰۴ (۱/۰)	۰/۰۶ (۱/۰)	*۰/۰۲۱
اکثر اوقات	۱۰۳	۵		۸۲	۲۶	
تماس نزدیک با بیماران (نفر/درصد)	۶۴ (۹۵/۴)	۲ (۴/۶)	۰/۶۲۲	۵۴ (۸۱/۸)	۱۲ (۲۴/۱)	۰/۳۳۱
گاهی	۶۴ (۹۷/۰)	۲ (۳/۰)		۱۲ (۱۸/۲)	۱۲ (۱۸/۲)	
به ندرت	۱۴۲ (۹۲/۸)	۱۱ (۷/۲)		۱۳۰ (۸۵/۰)	۲۳ (۱۵/۰)	

*مقدار P با استفاده از آزمون U Mann-Whitney برآورد شد. † برای توصیف متغیرها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. ‡ برای توصیف متغیرها از دامنه میانه و بین چارکی استفاده شد.

جدول ۳. مقایسه توزیع فراوانی رفتارهای پرخطر در میان شرکت کنندگان با IgG مثبت و منفی

متغیر	IgM منفی نفر (درصد)	IgM مثبت نفر (درصد)	P-value	IgG منفی نفر (درصد)	IgG مثبت نفر (درصد)	P-value
حضور در فضای بهداشتی درمانی	بلی	۱۶۸ (۹۶٪)	۷ (۴٪)	۱۴۱ (۸۰٪)	۳۴ (۱۹٪)	۰/۷۶۷
	خیر	۴۷۳ (۹۳٪)	۳۲ (۶٪)	۴۱۲ (۸۱٪)	۹۳ (۱۸٪)	۰/۷۶۷
تعداد مراجعه	۱/۰ (۲/۰)	۲/۰ (۲/۰)	۰/۴۸۹	۱/۰ (۲/۰)	۱/۰ (۱/۰)	۰/۱۱۴
مراجعه به دندان پزشکی	بلی	۳۹۶ (۹۵٪)	۲۱ (۵٪)	۳۴۲ (۸۳٪)	۷۵ (۱۸٪)	۰/۵۶۱
	خیر	۲۴۵ (۹۳٪)	۱۸ (۶٪)	۳۴۲ (۸۰٪)	۵۲ (۱۹٪)	۰/۵۶۱
تعداد مراجعه	۲/۰ (۴/۰)	۲/۰ (۴/۰)	۰/۵۴۶	۲/۰ (۳/۰)	۱/۰ (۳/۰)	۰/۱۰۹
حضور در دانشگاه	بلی	۳۵۲ (۹۳٪)	۲۴ (۶٪)	۳۱۴ (۸۳٪)	۶۲ (۱۶٪)	۰/۱۰۴
	خیر	۲۸۹ (۹۵٪)	۱۵ (۴٪)	۲۳۹ (۷۸٪)	۶۵ (۲۱٪)	۰/۱۰۴
دفعات حضور	۴/۵ (۵/۰)	۵/۰ (۳/۰)	۰/۰۷۳	۴/۰ (۵/۰)	۵/۰ (۵/۰)	۰/۲۴۶
استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی	بلی	۲۱۷ (۹۶٪)	۹ (۴٪)	۱۹۴ (۸۵٪)	۳۲ (۱۴٪)	۰/۰۳۳
	خیر	۴۲۴ (۹۳٪)	۳۰ (۶٪)	۳۵۹ (۷۹٪)	۹۵ (۲۰٪)	۰/۰۳۳
تعداد استفاده روزانه	۴/۰ (۵/۰)	۱۰/۰ (۶/۵)	۰/۰۵۳	۴/۰ (۵/۰)	۵/۰ (۹/۵)	۰/۱۱۶
مسافرت	بلی	۱۸۷ (۹۶٪)	۶ (۳٪)	۱۶۸ (۸۷٪)	۲۵ (۱۳٪)	۰/۰۱۶
	خیر	۴۵۴ (۹۳٪)	۳۳ (۶٪)	۳۸۵ (۷۹٪)	۱۰۲ (۲۰٪)	۰/۰۱۶
استفاده از خودرو شخصی	بلی	۵۶۰ (۹۴٪)	۳۶ (۶٪)	۴۷۸ (۸۰٪)	۱۱۸ (۱۹٪)	۰/۰۴۵
	خیر	۸۱ (۹۶٪)	۳ (۳٪)	۷۵ (۸۹٪)	۹ (۱۰٪)	۰/۰۴۵
چند بار استفاده از خودرو شخصی	۱/۰ (۲/۰)	۱/۰ (۰/۰)	۰/۸۰۰	۱/۰ (۰/۲)	۱/۰ (۴/۰)	۰/۵۵۶
رفتن به سر کار	بلی	۵۴۸ (۹۵٪)	۲۸ (۴٪)	۴۷۴ (۸۳٪)	۱۰۲ (۱۷٪)	۰/۱۲۷
	خیر	۹۳ (۸۹٪)	۱۱ (۱۰٪)	۷۹ (۷۶٪)	۲۵ (۲۴٪)	۰/۱۲۷
چند بار، رفتن به محل کار	۵/۰ (۲/۰)	۵/۰ (۰/۷)	۰/۰۲۰	۵/۰ (۲/۰)	۵/۰ (۰/۰)	۰/۸۳۳
شرکت در گردهمایی	بلی	۲۱ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	۱۶ (۷۶٪)	۵ (۲۳٪)	۰/۷۶۷
	خیر	۵۹ (۹۵٪)	۳ (۴٪)	۵۱ (۸۳٪)	۱۱ (۱۷٪)	۰/۷۶۷
چند بار شرکت در مجالس	۲/۰ (۱/۰)	۲/۰ (۱/۰)	۰/۶۴۶	۲/۰ (۱/۰)	۲/۰ (۱/۰)	۰/۶۳۶

* مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۴. مقایسه توزیع فراوانی علائم مرتبط با SARS-CoV-۲ بین شرکت کنندگان با IgG مثبت و منفی

متغیر	IgM منفی نفر (درصد)	IgM مثبت نفر (درصد)	value-P	IgG منفی نفر (درصد)	IgG مثبت نفر (درصد)	value-P
سرفه	بلی	۱۴۸ (۹۶٪)	۶ (۳٪)	۱۱۵ (۷۴٪)	۳۹ (۲۵٪)	۰/۰۱۳
	خیر	۵۰۶ (۹۴٪)	۳۲ (۵٪)	۴۴۹ (۸۳٪)	۸۹ (۱۶٪)	۰/۰۱۳
مدت سرفه (روز)	۳/۰ (۶/۰)	۵/۰ (۶/۰)	۰/۱۴۵	۳/۰ (۶/۰)	۳/۰ (۵/۰)	۰/۳۵۲
تب	بلی	۹۳ (۹۳٪)	۶ (۶٪)	۶۶ (۶۶٪)	۳۳ (۳۳٪)	۰/۰۰۱
	خیر	۵۶۱ (۹۴٪)	۳۲ (۵٪)	۴۹۸ (۸۴٪)	۹۵ (۱۶٪)	۰/۰۰۱
مدت زمان تب (روز)	۲/۰ (۳/۰)	۳/۰ (۵/۰)	۰/۱۴۰	۲/۰ (۲/۰)	۳/۰ (۵/۰)	۰/۰۲۷
لرز	بلی	۷۰ (۹۲٪)	۶ (۷٪)	۵۰ (۶۵٪)	۲۶ (۳۴٪)	۰/۰۰۱
	خیر	۵۸۴ (۹۴٪)	۳۲ (۵٪)	۵۱۴ (۸۳٪)	۱۰۲ (۱۶٪)	۰/۰۰۱
مدت زمان لرز (روز)	۲/۰ (۳/۰)	۳/۵ (۵/۰)	۰/۰۶۹	۲/۰ (۲/۰)	۲/۰ (۵/۰)	۰/۰۴۷
گلودرد	بلی	۱۴۵ (۹۵٪)	۷ (۴٪)	۱۱۸ (۷۷٪)	۳۴ (۲۲٪)	۰/۱۶۴
	خیر	۵۰۹ (۹۴٪)	۳۱ (۵٪)	۴۴۶ (۸۲٪)	۹۴ (۱۷٪)	۰/۱۶۴
مدت زمان گلودرد (روز)	۲/۰ (۲/۰)	۳/۰ (۵/۰)	۰/۱۷۹	۲/۰ (۲/۰)	۳/۰ (۴/۵)	۰/۳۷۶
سردرد	بلی	۲۴۷ (۹۵٪)	۱۳ (۵٪)	۲۱۱ (۸۱٪)	۴۹ (۱۸٪)	۰/۸۵۴
	خیر	۴۰۷ (۹۴٪)	۲۵ (۵٪)	۳۵۳ (۸۱٪)	۷۹ (۱۸٪)	۰/۸۵۴
مدت زمان سردرد (روز)	۲/۰ (۲/۰)	۳/۰ (۵/۰)	۰/۰۰۷	۱/۰ (۲/۰)	۲/۰ (۵/۰)	۰/۰۰۳
تنگی نفس	بلی	۶۷ (۹۴٪)	۴ (۵٪)	۴۸ (۶۷٪)	۲۳ (۳۳٪)	۰/۰۰۱
	خیر	۵۸۷ (۹۴٪)	۳۴ (۵٪)	۵۱۶ (۸۳٪)	۱۰۵ (۱۶٪)	۰/۰۰۱
مدت تنگی نفس (روز)	۲/۰ (۵/۰)	۸/۰ (۱۱٪)	۰/۱۲۵	۲/۰ (۴/۵)	۲/۰ (۱۱/۰)	۰/۴۷۷
اسهال	بلی	۶۱ (۹۱٪)	۶ (۹٪)	۵۳ (۷۹٪)	۱۴ (۲۰٪)	۰/۵۹۵
	خیر	۵۹۳ (۹۴٪)	۳۲ (۵٪)	۵۱۱ (۸۱٪)	۱۱۴ (۱۸٪)	۰/۵۹۵

ادامه جدول ۴

مدت زمان اسهال (روز)	۲/۰ (۲/۰)	۲/۵ (۹/۵)	۰/۲۴۷	۲/۰ (۲/۰)	۱/۵ (۲/۳)	۰/۶۳۰
از دست دادن بویایی	بلی	۶۰ (۸۹/۶)	۷ (۱۰/۴)	۴۱ (۶۱/۲)	۲۶ (۳۸/۸)	*۰/۰۰۱>
	خیر	۵۹۴ (۹۵/۰)	۳۱ (۵/۰)	۵۲۳ (۸۳/۷)	۱۰۲ (۱۶/۳)	
مدت زمان از دست دادن بویایی (روز)	۴/۰ (۹/۳)	۷/۰ (۱۰/۰)	۰/۱۶۹	۴/۰ (۱۰/۰)	۴/۵ (۷/۵)	۰/۳۴۰
ورم ملتحمه	بلی	۳۷ (۹۴/۹)	۲ (۵/۱)	۳۵ (۸۹/۷)	۴ (۱۰/۳)	۰/۱۷۲
	خیر	۶۱۷ (۹۴/۵)	۳۶ (۵/۵)	۵۲۹ (۸۱/۰)	۱۲۴ (۱۹/۰)	
مدت زمان ورم ملتحمه (روز)	۲/۰ (۲/۰)	۱/۰ (۰/۰)	۰/۵۲۹	۱/۰ (۲/۰)	۲/۰ (۱۱/۸)	۰/۷۳۸
ضعف	بلی	۱۶۲ (۹۴/۷)	۹ (۵/۳)	۱۳۰ (۷۶/۰)	۴۱ (۲۴/۰)	*۰/۰۳۳
	خیر	۵۲۴ (۹۴/۴)	۲۹ (۵/۶)	۴۳۴ (۸۳/۳)	۸۷ (۱۶/۷)	
مدت زمان ضعف (روز)	۲/۵ (۶/۰)	۷/۰ (۱۰/۰)	*۰/۰۰۴	۲/۰ (۴/۵)	۵/۰ (۸/۵)	*۰/۰۲۸
میالژی	بلی	۱۳۰ (۹۴/۹)	۷ (۵/۱)	۹۷ (۷۰/۸)	۴۰ (۲۹/۲)	*۰/۰۰۱>
	خیر	۵۲۴ (۹۴/۴)	۳۱ (۵/۶)	۴۶۷ (۸۴/۱)	۸۸ (۱۵/۹)	
مدت زمان میالژی (روز)	۳/۰ (۶/۰)	۱۴/۰ (۸/۰)	*۰/۰۰۵	۳/۰ (۵/۰)	۶/۵ (۱۰/۸)	۰/۰۵۸
آرترا لژی	بلی	۶۰ (۹۵/۲)	۳ (۴/۸)	۴۲ (۶۶/۷)	۲۱ (۳۳/۳)	*۰/۰۰۱
	خیر	۵۹۴ (۹۴/۴)	۳۵ (۵/۶)	۵۲۲ (۸۳/۰)	۱۰۷ (۱۷/۰)	
مدت آرترا لژی (روز)	۲/۰ (۶/۵)	۳/۰ (۳/۰)	۰/۱۶۹	۳/۰ (۳/۰)	۶/۵ (۹/۵)	*۰/۰۰۵
گیجی	بلی	۶۰۵ (۹۴/۵)	۳۵ (۵/۵)	۵۲۵ (۸۲/۰)	۱۱۵ (۱۸/۰)	۰/۲۰۹
	خیر	۹۴ (۲/۲)	۵ (۸/۸)	۷۵ (۰/۰)	۲۵ (۰/۰)	۱۳
مدت زمان گیجی (روز)	۲/۰ (۶/۰)	۲/۰ (۲/۰)	۰/۷۳۹	۱/۰ (۳/۰)	۳/۰ (۹/۰)	*۰/۰۱۵
آنزین صدری	بلی	۶۳ (۹۵/۵)	۳/۰ (۴/۵)	۴۷ (۷۱/۲)	۱۹ (۲۸/۸)	*۰/۰۲۴
	خیر	۵۹۱ (۹۴/۴)	۳۵ (۵/۶)	۵۱۷ (۸۲/۶)	۱۰۹ (۱۷/۴)	
مدت آنزین صدری (روز)	۲/۰ (۷/۰)	۷/۰ (۷/۰)	۰/۳۱۱	۲/۰ (۶/۰)	۳/۰ (۹/۰)	۰/۳۷۴

* مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۵. مقایسه فرایندهای تشخیصی بین افراد مبتلا به کووید-۱۹

value-P*	علائم کووید-۱۹				علائم / تست تأییدی
	بلی		خیر		
	تعداد (نفر)	درصد	تعداد (نفر)	درصد	
PCR	بلی	۶۶	۵۴/۱	۵۶	۴۵/۹
	خیر	۶۷	۱۵/۹	۳۵۴	۸۴/۱
CT-Scan	بلی	۲۹	۸۲/۹	۶	۱۷/۱
	خیر	۱۰۴	۲۰/۵	۴۰۴	۷۹/۵
ELISA	بلی	۳۳	۵۰/۸	۳۲	۴۹/۲
	خیر	۱۰۰	۲۰/۹	۳۷۸	۷۹/۱

* مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

بحث

گسترش سریع بیماری کووید-۱۹ در سراسر دنیا تا اکتبر ۲۰۲۲، به ابتدای ۱۹ میلیون نفر و مرگ بیش از ۶ میلیون انسان منجر شده است [۱۸]. با توجه به گسترش سریع این بیماری و محدود بودن دانش ما در مورد اهمیت آگاهی از این بیماری در ابتدای همه گیری، در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان شیوع این بیماری را در جامعه علمی و میزان آگاهی افراد در مورد رفتارهای پرخطر، از جمله راه های انتقال، حضور در مکان هایی که خطر مواجهه بالا دارد و میزان رعایت عدم تماس نزدیک با فرد مبتلا در خانواده و خطر ابتلا را بررسی کنیم. در این مطالعه، ۷۵۸ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد از نظر

وجود آنتی بادی کووید-۱۹ غربالگری شدند. مطالعه ما نمونه ای از مطالعات شیوع سرمی بود که به منظور بررسی سطح شیوع بیماری های عفونی بر مبنای ابتلا و سنجش سطح آنتی بادی انجام شد. مطالعات شیوع سرمی روشی استاندارد برای شناسایی تعداد افراد با سابقه مواجهه با این ویروس در یک جمعیت است [۱۹].

دانشمندان و تصمیم گیرندگان می توانند با تخمین تعداد واقعی افرادی که قبلاً به کووید-۱۹ آلوده شده اند، نحوه انتشار ویروس در زمینه های مختلف را بهتر درک کنند. همچنین، می توان به ارزیابی کارایی محدودیت های طراحی شده برای متوقف کردن ویروس پرداخت [۲۰]. در مطالعه حاضر، سطح سرمی آنتی بادی های کرونا ویروس بررسی شد

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر و مطالعاتی از این دست می‌تواند از بسیاری جهات داده‌های مفیدی را در اختیار محققان و سیاست‌گذاران قرار دهد. برای مثال، مقایسه تخمین‌های شیوع سر می در طول زمان در یک جامعه بزرگ می‌تواند بینشی درباره سرعت گسترش بیماری و تعیین مرحله عفونت ارائه دهد. این مطالعه نشان داد که سن بالاتر و تماس با افراد مبتلا به کووید-۱۹ در خانواده و رفتن به سر کار به‌طور درخور توجهی رابطه مستقیمی با ابتلا به کووید-۱۹ دارد.

نتایج نشان داد که عوامل خطر مانند استفاده از حمل‌ونقل عمومی، سفر، استفاده از ماشین شخصی و تعداد بازدید از محل کار در شرکت‌کنندگان با IgG یا IgM مثبت بیشتر بود. علاوه بر این، علائمی مانند سرفه، تب، لرز، تنگی نفس، از دست دادن بویایی، ضعف، میالژی و آرتراژی در شرکت‌کنندگانی که IgG یا IgM مثبت داشتند، بیشتر دیده می‌شود که به‌نوعی پتانسیل پیش‌بینی این علائم را برای عفونت کووید-۱۹ نشان می‌دهد. گفتنی است که اکثر افراد مبتلا به علائم کووید-۱۹ ابتدا تمایل به انجام سی‌تی‌اسکن و سپس، آزمایش مولکولی و در نهایت، آزمایش آنتی‌بادی داشتند.

سپاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به‌جهت تأمین مالی این پروژه تشکر می‌شود. این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی با کد IR.MUMS.REC.1399.267 مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد است.

تعارض منافع

هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

و به ارتباط آن‌ها با یافته‌های دموگرافیک در جمعیت مورد مطالعه پرداخته شد. این مطالعه نشان داد که سن بالاتر و تماس با افراد مبتلا به کووید-۱۹ در خانواده و رفتن به سر کار به‌طور درخور توجهی با ابتلا به کووید-۱۹ مرتبط است. هادی‌نژاد و همکاران نشان دادند که شایع‌ترین علائم بیماری در بیماران مسن دیسترس تنفسی (۴۴/۵ درصد)، سرفه (۴۰/۷ درصد) و تب (۴۰/۵ درصد) است [۲۱]. نتایج ما نشان داد که سرفه، تب، لرز، تنگی نفس، از دست دادن بویایی، ضعف، میالژی و آرتراژی در شرکت‌کنندگان با IgG یا IgM مثبت شایع‌تر بود. مطالعه‌ای که علائم بالینی مرتبط با بیماران کووید-۱۹ را بررسی می‌کرد، گزارش داد که شایع‌ترین یافته‌های بالینی در بیماران سرفه (۶۷/۹ درصد)، تب (۵۹ درصد) و تنگی نفس (۴۱ درصد) است [۱۷]. با مطالعه ۳۱۸۱ بیمار مبتلا به کووید-۱۹ در ساوه، ایران مشخص شد که ۴۲ درصد از بیماران از تنگی نفس، ۳۷/۲ درصد از سرفه و ۳۶/۸ درصد از تب رنج می‌برند [۲۲].

بر اساس یافته‌های اولیه منتشرشده در آگوست ۲۰۲۰، افرادی که دارای آنتی‌بادی‌های IgG به‌دلیل عفونت بالینی هستند، به احتمال زیاد به‌دلیل قرار گرفتن در معرض عفونت به‌واسطه شغل بوده‌اند [۲۳]. به‌طور مشابه، نشان دادیم که استفاده از حمل‌ونقل عمومی، مسافرت و استفاده از خودرو شخصی و همچنین، رفتن به محل کار و تعداد دفعات رفتن به محل کار، در شرکت‌کنندگان با IgG یا IgM مثبت بیشتر بود. مطالعات نشان می‌دهند که شایع‌ترین بیماری‌های زمینه‌ای مرتبط با کووید-۱۹ فشار خون بالا (۲۷/۸۴ درصد) [۲۴]، بیماری قلبی (۲۶/۴۵ درصد) [۲۵] و دیابت (۲۶ درصد) [۲۶] است، اگرچه مطالعه ما ارتباط معنی‌داری در این زمینه پیدا نکرد.

References

- Sabouri E, Saburi A, Gerami R, Zeraati T, Saburi E, Ghanei M. Computerized intelligence and mathematical models for covid-19 diagnosis: A Review. *Journal of Human Environment and Health Promotion (JHEHP)*. 2023;9(2). [DOI: 10.61186/jhehp.9.2.55]
- Martín Sánchez FJ, Martínez-Sellés M, Molero García JM, Moreno Guillén S, Rodríguez-Artalejo FJ, Ruiz-Galiana J, et al. Insights for COVID-19 in 2023. *Rev Esp Quimioter*. 2023 Apr;36(2):114-24. [DOI: 10.37201/req/122.2022] [PMID: 36510683]
- Kadirvelu B, Burcea G, Quint JK, Costelloe CE, Faisal AA. Covid-19 does not look like what you are looking for: clustering symptoms by nation and multi-morbidities reveal substantial differences to the classical symptom triad. *medRxiv*. 2021 :2021-04. [DOI: 2021.04.02.21254818/10.1101]
- Casey K, Itean A, Nicolini R, Auten J. COVID-19 pneumonia with hemoptysis: acute segmental pulmonary emboli associated with novel coronavirus infection. *Am J Emerg Med*. 2020;38(7):1544. e1-e3. [DOI: 10.1016/j.ajem.2020.04.011] [PMID: 32312574]
- Benda A, Zerajic L, Ankita A, Cleary E, Park YSP. COVID-19 testing and diagnostics: a review of commercialized technologies for cost, convenience and quality of tests. *Sensors*. 2021;21(19):6581. [DOI: 10.3390/s21196581] [PMID: 34640901]
- Saburi E, Abazari MF, Hassannia H, Mansour RN, Eshaghi-Gorji R, Gheibi M, Rahmati M, Enderami SE. The use of mesenchymal stem cells in the process of treatment and tissue regeneration after recovery in patients with Covid-19. *Gene*. 2021;777:145471. [DOI: 10.1016/j.gene.2021.145471] [PMID: 33549712]
- Sidiq Z, Hanif M, Dwivedi KK, Chopra KK. Benefits and limitations of serological assays in COVID-19 infection. *Indian J Tuberc*. 2020;67(4):S163-66. [DOI: 10.1016/j.jitb.2020.07.034] [PMID: 33308664]
- Arnaout R, Lee RA, Lee GR, Callahan C, Yen CF, Smith KP, et al. SARS-CoV2 testing: the limit of detection matters. *bioRxiv*. 2020:2020.06.02.131144. [DOI: 2020.06.02.131144/10.1101]
- Dobaño C, Alonso S, Vidal M, Jiménez A, Rubio R, Santano R, et al. Multiplex antibody analysis of IgM, IgA and IgG to SARS-CoV-2 in saliva and serum from infected children and their close contacts. *Front Immunol*. 2022;13:751705. [DOI: 10.3389/fimmu.2022.751705] [PMID: 35154094]
- Benda A ZL, Ankita A, Cleary E, Park Y, Pandey S. COVID-19 testing and diagnostics: A review of commercialized technologies for cost, convenience and quality of tests. *Sensors (Basel, Switzerland)*. 2021;21(19).
- Wu J, Liang B, Chen C, Wang H, Fang Y, Shen S, et al. SARS-CoV-2 infection induces sustained humoral immune responses in convalescent patients following symptomatic COVID-19. *Nat Commun*. 2021;12(1):1813. [DOI: 10.1038/s41467-021-22034-1] [PMID: 33753738]
- Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020;323(22):2249-2251. [DOI: 10.1001/jama.2020.8259] [PMID: 32374370]

13. Prevention CfDC. Interim guidelines for COVID-19 antibody testing. 2020. [Link]
14. Ward H, Whitaker M, Flower B, Tang SN, Atchison C, Darzi A, et al. Population antibody responses following COVID-19 vaccination in 212,102 individuals. *Nat Commun.* 2022; 13(1):907. [DOI: 10.1038/s41467-022-28527-x] [PMID: 35173150]
15. <https://www.materprivate.ie/our-services/medical-scans-tests/covid-19-antibody-test>.
16. Rostami A, Sepidarkish M, Leeflang MMG, Riahi SM, Nourollahpour Shiadeh M, Esfandiyari S, et al. SARS-CoV-2 seroprevalence worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2021;27(3):331-340. [DOI: 10.1016/j.cmi.2020.10.020] [PMID: 33228974]
17. Payvar B, Azami S, Khodadadegan M, Saburi E, Sahab Negah S, Hajali V. Clinical symptoms of COVID-19 Patients admitted to Hazrat Musa Ibne Jafar Hospital in Quchan City. *Navid No.* 2022;25(83):11-17. [DOI: 10.22038/NNJ.2023.59839.1342]
18. Arab F, Mollazadeh S, Ghayourabaei F, Moghbeli M, Saburi E. The role of HLA genotypes in understanding the pathogenesis of severe COVID-19. *Egypt J Med Hum Genet.* 2023;24(1):14. [DOI: 10.1186/s43042-023-00392-3]
19. Grant R, Dub T, Andrianou X, Nohynek H, Wilder-Smith A, Pezzotti P, et al. SARS-CoV-2 population-based seroprevalence studies in Europe: a scoping review. *BMJ Open.* 2021; 11(4):e045425. [DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045425] [PMID: 33795310]
20. McConnell D, Hickey C, Bargary N, Trela-Larsen L, Walsh C, Barry M, et al. Understanding the challenges and uncertainties of seroprevalence studies for SARS-CoV-2. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9). [DOI: 10.3390/ijerph18094640] [PMID: 33925518]
21. Hadinejad Z, Saleh Tabari Y, Sajadi Z, Talebi Ghadicolaei H. Clinical characteristics and risk factors of COVID-19 and related deaths in elderly patients. *Iranian Journal of Ageing.* 2021;16(1):128-39. [DOI: 10.32598/sija.16.1.658.2]
22. Araban M, Karimy M, Koohestani H, Montazeri A, Delaney D. Epidemiological and clinical characteristics of hospitalized patients with COVID-19, Saveh, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2021;28(4): 249-57. [DOI: 10.26719/emhj.22.008] [PMID: 35545905]
23. Prakash O, Solanki B, Sheth J, Makwana G, Kadam M, Vyas S, et al. SARS-CoV2 IgG antibody: Seroprevalence among health care workers. *Clin Epidemiol Glob Health.* 2021;11:100766. [DOI: 10.26719/emhj.22.008] [PMID: 35545905]
24. Schiffrin EL, Flack JM, Ito S, Muntner P, Webb RC. Hypertension and COVID-19. *Am J Hypertens.* 2020; 33(5):373-74. [DOI: 10.1093/ajh/hpaa057] [PMID: 32251498]
25. Broberg CS, Kovacs AH, Sadeghi S, Rosenbaum MS, Lewis MJ, Carazo MR, et al. COVID-19 in adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77(13):1644-55. [DOI: 10.1016/j.jacc.2021.02.023] [PMID: 33795039]
26. Lima-Martínez MM, Carrera Boada C, Madera-Silva MD, Marín W, Contreras M. COVID-19 and diabetes: A bidirectional relationship. *Clin Investig Arterioscler.* 2021;33(3):151-57. [DOI: 10.1016/j.arteri.2020.10.001] [PMID: 33303218]