مقایسه دیابت با سابقه بیماری عروق کرونری قلب در بروز موارد جدید بیماری عروق کرونری؛
مطالعه فرد و لیبید تهران
نوشی نعمت فر، فرزاد حدادی، داوود خلیلی، فریدون عزیزی

چکیده
مقدمه: طبق مطالعات انجام گرفته در غرب، خطر دیابت برای بروز بیماری عروق کرونری قلب (CHD) مایعی با خطر داشتن CHD سابقه است. این است. اما در یک جمعیت ایرانی با شیوع بیش از ۵۰ درصد، باز هم این دو خطر یکسانی را برای بروز ایجاد می کنند؟ روشنانه جمعیت مورد مطالعه این هم گروه شامل ۲۳۳/۷۷ مرد و ۲۳۳/۷۷ زن ۳۰ ساله و بالاتر بودند که با میانه معادل ۷/۶ سال پیگیری شدند. خطر بروز CHD با استفاده از مدل خطرات مناسب کاکس برای افراد دیابتی بدون سابقه CHD (دیابت-بیماری قلبی) و نیز افراد دارای سابقه CHD بدون دیابت (دیابت-بیماری قلبی) محاسبه گردید.

پایه‌ها: یک دوره تزریق سن و سایر عوامل خطر معامل و مقایسه با گروه فاقد دیابت و سابقه CHD (دیابت-بیماری QLبي) نسبت خطر HR (برای گروه "دیابتی/بیماری QLبي"/"ماعدل" فاصله اطمنان 95% / برای گروه "دیابتی/بیماری QLبي+" مقاله 1/3-1/5/1/3 فاصله اطمنان 95% / 2/12 در مردان و این ارقام در زنان به ترتیب 1/72-1/74 و 1/72-1/74 بود. پس از تعیین سایر عوامل خطر گروه "دیابتی/بیماری QLبي" در مقایسه با "دیابتی/بیماری QLبي+" دارای HR برای (0/78-0/71, P=0/00001) ترجیح گزینی به دیابتی‌های دیابتی و دیابت تازه تشخیص داده شده این اعداد به ترتیب (0/75-0/00001, P=0/00001), و (0/72-0/00001, P=0/00001) محاسبه گردید.

نتیجه‌گیری: خطر بروز CHD در دیابتی‌ها معادل خطر بروز CHD در افراد با سابقه قلبی می‌باشد و این موضوع تاکید

چیدمی‌کند: خطر بروز CHD در دیابتی‌ها معادل خطر بروز CHD در افراد با سابقه قلبی می‌باشد و این موضوع تاکید

و این موضوع تاکید

وازگان کلیدی: دیابت، بیماری عروق کرونری قلب، نسبت خطر، مطالعه همگروهی

1- مرکز تحقیقات پیشگیری از بیماری‌های منابعی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و منابعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
3- نشانی: تهران، پژوهشکده جراحی و لوله‌کشی، خیابان بهاره، پلاک ۱۴، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و منابعی، دانشگاه
fzhaadagh@endocrine.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱۲
تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۵
تاریخ درخواست اصلاح: ۸۸/۱۱/۱۵
روش‌ها
مطالعه نقش ویالد تهران (TLGS) هستند [1] و مطالعات ناشی داده‌های که دیابت خطر CVD را 2 تا 3 برابر افزایش می‌دهد [2] همچنین مطالعات همگون (چربی و آمریکایی) نشان داده است که میزان بر روی بیماری‌های عروق کرونر (CVD) یکسان است [3-10]. از این رو انجمن دیابت آمریکا (ADA) و انجمن ملی سلامت این کشور [11] توصیه کرده‌اند که هدف درمانی بیماران دیابتی شرکت کننده در کنترل چربی و فشار خون باشد و مطالعه بیماران مبتلا به آنفلاکسی قلبی (MI) باشد [12]. مطالعه دیگر تهیه‌کننده از این است که عوارض قلبی و عروقی دیابتی به دو سطح ساخته‌کردن یک گروه عروق کرونر برابر بررسی ساخته شده‌شده و یک گروه قطع مطالعه محدودی بین خطر بیشتر CHD در دیابتی تکید دارد [13]. در حال حاضر مشخص نیست که آیا نتایج این مطالعات را می‌توان به سایر چیزهای دیگر تأثیر داده و نیز چه کاهش خطر مرگ و میر در نژادهای مختلف منتفی است [14].

شهر تهران به عنوان پایتخت کشور دارای شیوع بالایی از دیابت و بیماری‌های عروقی بوده و دیابت در این شهر عامل خطر مهم و مستقل بر افزایش بیماری‌های قلبی- عروقی به حساب می‌آید [15-16]. از این رو بر آن شدیم تا خطر بر روی عروق کرونر قلب را بین افراد دیابتی بدون سایلی CHD و افراد غیر دیابتی با سایلی CHD و افراد غیر دیابتی با سایلی CHD مقایسه نماییم. به علاوه ما در این مطالعه مقایسه را به تکمیل بیماران دیابتی از قبیل شاخشته شده (نحو دیابت) و دیابتی‌های نازه تشخیص داده شده‌اند به انجام رسانده‌ایم.

مقدمه
مهم‌ترین علت مرگ و میر در بیماران دیابتی، بیماری‌های قلبی عروقی (CVD) هستند [1] و مطالعات ناشی داده‌های که دیابت خطر CVD را 2 تا 3 برابر افزایش می‌دهد [2] همچنین مطالعات همگون (چربی و آمریکایی) نشان داده است که میزان بر روی بیماری‌های عروق کرونر (CVD) یکسان است [3-10]. از این رو انجمن دیابت آمریکا (ADA) و انجمن ملی سلامت این کشور [11] توصیه کرده‌اند که هدف درمانی بیماران دیابتی شرکت کننده در کنترل چربی و فشار خون باشد و مطالعه بیماران مبتلا به آنفلاکسی قلبی (MI) باشد [12]. مطالعه دیگر تهیه‌کننده از این است که عوارض قلبی و عروقی دیابتی به دو سطح ساخته‌کردن یک گروه عروق کرونر برابر بررسی ساخته شده‌شده و یک گروه قطع مطالعه محدودی بین خطر بیشتر CHD در دیابتی تکید دارد [13]. در حال حاضر مشخص نیست که آیا نتایج این مطالعات را می‌توان به سایر چیزهای دیگر تأثیر داده و نیز چه کاهش خطر مرگ و میر در نژادهای مختلف منتفی است [14].

1- Cardiovascular Disease
2- Coronary Heart Disease
3- American Diabetes Association
4- National Institute of Health
5- Myocardial Infarction
6- Known Diabetes Mellitus
7- New Diabetes Mellitus
8- Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS)
9- Body mass index (BMI)
10- Oral glucose tolerance test (OGTT)
دیابت شناخته شده بودند، انجام گرفت. گلوکوز ناشتا (2hPG)، گلوکوز 2 ساعت پس از غذا (3hPG)، نوار قلبی و تری کلرای (TG) ای استفاده از روش‌های انتخابی آنژیوگرافی کاهشی شدند. کلسیم‌های الیوپپروتئین با کاهش کلرای و (HDL-C) بعد از رسوپ داده نشده است. الیوپپروتئین‌های گروه B بوسیله اسید نیتریک تغییراتی درون و برون از مدبوم در تمامی آزمایش‌ها با استفاده از گوت های برون‌کار (شرکت پارس Vital) Selectra 2 (Scientific, Spankeren, The Netherlands).

درصد ضایعات تغییرات درون و برون از مدبوم در تمام آزمایش‌ها با استفاده از گوت های برون‌کار (شرکت پارس Vital) Selectra 2 (Scientific, Spankeren, The Netherlands).

شکل کندنگان در صورت گزارش دیابت و دریافت درمان دارویی، به عنوان دیابت شناخته شده (نحو درمان)

در این مطالعه افراد با توجه به اطلاعات پایه در فاز مقطعي 6/4 گروه زیر تقسیم شدند: افراد غیر دیابتی و بدون سابقه بیماری عروقی (دیابت/بیماری قلبی)، افراد دیابتی بدون سابقه عروقی (دیابت/بیماری قلبی)، افراد دیابتی با سابقه عروقی (دیابت/بیماری قلبی) و افراد دیابتی با سابقه بیماری عروقی کرونر (دیابت/بیماری قلبی). موارد ذیل در نظر گرفته شدند: افتارکوستس، تغییرات میکروکاردیوگرام (ECG) و بیومارکرهای افتارکوستس احساسی (پایه‌های مثبت یا غیر عاملی و شواهد بقیه علیرغم فاقدان بیومارکرهای با پایه‌های مثبت در حضور بیومارکرهای پیش‌بینی و سهمی)، آنتی‌کلرای (نشانگان جدید تغییراتی در گروه هم‌اکنون) که با همان میکروکاردیوگرام (ECG) در حضور بیومارکرهای طبیعی، ثابت شده بوسیله آن‌گروگر Cary و مراکز NCS (به ترتیب) از بیماری کرونر قلب.

 تعريف واژگان

شکل کندنگان در صورت گزارش دیابت و دریافت درمان دارویی، به عنوان دیابت شناخته شده (نحو درمان).

در این مطالعه افراد با توجه به اطلاعات پایه در فاز مقطعي 6/4 گروه زیر تقسیم شدند: افراد غیر دیابتی و بدون سابقه بیماری عروقی (دیابت/بیماری قلبی)، افراد دیابتی بدون سابقه عروقی (دیابت/بیماری قلبی)، افراد دیابتی با سابقه عروقی (دیابت/بیماری قلبی) و افراد دیابتی با سابقه بیماری عروقی کرونر (دیابت/بیماری قلبی).

 مشخصات پایه برای تمامی چهار گروه مورد مطالعه در هر دو جنس به صورت مداوم 3/4 گروه (دیابت) و دیابت (چهار گروه) یا فراوانی گزارش گردید. یا بررسی نقاشی بین دون‌گروه (دیابت/بیماری قلبی) و (دیابت/بیماری قلبی) در داده‌های هزینه‌ای چندی بین آزمون 6 و برای متغیرهای

1- Fasting plasma glucose (FPG)
2- 2 Hour plasma glucose (2hPG)
3- Total cholesterol (TC)
4- Triglycerides (TG)
5- High density lipoprotein- cholesterol (HDL-C)

6- Electrocardiogram (ECG)
بیماری‌های در مقایسه افرادی که مورد آنالیز نهایی فشار گرفتند با
افرادی که به دلیل پیش‌داده‌های محققه‌ای خارج شدند
اختلالات ژنی به شرح زیر مشاهده شدند: مردان وارد شده
سابقه که میانگین 6 ماه سیگار داشتند (17) در مقایسه
هالوسم دیابت/بیماری قلبی (P=0.06) و تعداد وارد مطالعه شدند. بطور میانگین انتکا
جوانتر (27/6 سال) بود و میانگین فشار
خون کمتر (124 mmHg) و
BMI (BI) بنا (P<0.05)
مشخصات اطلاعات با یافته‌ها
مورد عادی است. تعداد مردان در گروه "دبیت/بیماری
قلبی" 228 نفر بود. در گروه "دبیت/بیماری قلبی" 278
نفر بود. در گروه "دبیت/بیماری قلبی" نسبت BMI/HDLC میانگین 1.0 (P<0.05)
دبیت/بیماری قلبی" از SBP، دیابت/بیماری قلبی" و BMI
بیماری قلبی" در سطح دیابت/بیماری قلبی"، "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" در
سپاس افتادگی CVD زودرس و حضور درگروه مداخله
تغییر گردید. در حالت گونه و توزیع غیر معنی‌داری
از گروه‌های بینی آن استفاده شد. برای تغییرات متناسب
کاسک، فرصتی همگونی نبوده و بدان ارتباط
پنجم از میزان تغییرات در BMI/HDLC
در سطح دیابت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" در
ارتباط با دیابت و سابقه بیماری‌های کرونری
دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری
"دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری
"دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری
"دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری
"دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری
"دبیت/بیماری قلبی" و "دبیت/بیماری CVD میانگین 381 (P>0.05).
جدول 1- خصوصیات پایه شرکت کننده در چهار گروه اصلی مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس متغیر</th>
<th>دیابت+ / بیماری قلب</th>
<th>دیابت+ / بیماری قلب</th>
<th>دیابت+ / بیماری قلب</th>
<th>دیابت+ / بیماری قلب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>217</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>218</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد</td>
<td>425</td>
<td>42</td>
<td>42</td>
<td>42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*فشار خون سیستولی (میلی‌متر جیوه)
*فشار خون دیاستولی (میلی‌متر جیوه)
*کلسترول (میلی‌گرم بر دسی لیتر)
*نگاریم‌بردگی / ویلری / به کلسترول با
*چگالی بالا (میلی‌گرم بر دسی لیتر)
*نماه توده دنبال (کیلوگرم بر متر مربع)
*سیگار (درصد)
*سابقه فعالیت بیماری قلب غربی
*زدوس (درصد)
*شرکت در گروه مداخله (درصد)

اتنازی بر عضویت از ایام اولیه ۱ برای داده‌های پیونس و با آزمون کای دو برای داده‌های درصدی پایه است.

*داده‌های بر مبنای میانگین *: تعداد موارد یا درصد داده شده. تقسیم‌بندی بر اساس داشتن دیابت قلی و بیماری عروق کرونری قلب
*صربت کرنش است. ۵/۴۰۰٪ نمودار داده پایه دیابت+ / بیماری قلب) و (دیابت+ / بیماری قلب) بر اساس آزمون آماری (پرَن‌پرسی) بین دو گروه و نیز داده‌های بدون عطای نمودار مقرر می‌شود.
جدول 2- نسبت خطر روییدادهای عروق قرونی قلب در ارتباط با دیابت و سابقه بیماری عروق قرونی قلب در مردان

<table>
<thead>
<tr>
<th>رخدادهای قرونی قلب</th>
<th>نسبت خطر تعیین شده</th>
<th>جند متغیره متوسط</th>
<th>مرجع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دیابت نام</td>
<td>0.37 (0.23-0.62)</td>
<td>0.32 (0.19-0.55)</td>
<td>0.21 (0.13-0.33)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت تحت درمان</td>
<td>0.44 (0.28-0.69)</td>
<td>0.39 (0.26-0.59)</td>
<td>0.29 (0.20-0.41)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت تازه تشخیص</td>
<td>0.28 (0.18-0.42)</td>
<td>0.23 (0.15-0.34)</td>
<td>0.17 (0.12-0.26)</td>
</tr>
<tr>
<td>داده شده</td>
<td>0.35 (0.22-0.54)</td>
<td>0.30 (0.19-0.43)</td>
<td>0.19 (0.14-0.26)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3- نسبت خطر روییدادهای عروق قرونی قلب در ارتباط با دیابت و سابقه بیماری عروق قرونی قلب در زنان

<table>
<thead>
<tr>
<th>رخدادهای قرونی قلب</th>
<th>نسبت خطر تعیین شده</th>
<th>جند متغیره متوسط</th>
<th>مرجع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دیابت نام</td>
<td>0.39 (0.26-0.60)</td>
<td>0.34 (0.23-0.50)</td>
<td>0.18 (0.12-0.27)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت تحت درمان</td>
<td>0.47 (0.31-0.70)</td>
<td>0.41 (0.28-0.58)</td>
<td>0.21 (0.15-0.31)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت تازه تشخیص</td>
<td>0.26 (0.16-0.40)</td>
<td>0.22 (0.14-0.34)</td>
<td>0.16 (0.12-0.22)</td>
</tr>
<tr>
<td>داده شده</td>
<td>0.35 (0.22-0.54)</td>
<td>0.30 (0.19-0.43)</td>
<td>0.19 (0.14-0.26)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تعریف دیابت نام: دیابت نام نامناسب نیست و دیابت نام به کلسیم افزایش یافته باید تغییرات لصفی باشد.
* تعریف دیابت تحت درمان: دیابت تحت درمان ممکن است به دلیل عدم درمان صحیح یا عدم درمان فعالیت، این دیابت تحت درمان ممکن است باشد.
* تعریف دیابت تازه تشخیص: دیابت تازه تشخیص ممکن است به دلیل عدم درمان صحیح یا عدم درمان فعالیت، این دیابت تحت درمان ممکن است باشد.

توجه مطالعه: که ساخت، روی آماده از ابزار کلاسیک، آزمون نمونه در گروه (دیابت+/بیماری قلب-) 348 نفر در گروه (دیابت-/بیماری قلب+) 285 نفر در گروه (دیابت+/بیماری قلب+)+ 114 نفر و در گروه مرجع 1184 نفر بوده است.
جدول ۳- نسبت خطر رویت‌دهانی عروق کرونی قلب و مقایسه دیابت و سابقه بیماری عروق کرونی قلب

<table>
<thead>
<tr>
<th>رخدادهای کرونتی قلب</th>
<th>نسبت خطر تعیین شده چندمیانه</th>
<th>نسبت خطر تعیین شده سنی و جنسی</th>
<th>تعداد (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دیابت تام</td>
<td>مرجع</td>
<td>1/19 (دیابت+، بیماری قلب-)</td>
<td>81 (14/2)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مرجع</td>
<td>1/11 (دیابت+، بیماری قلب+)</td>
<td>73 (16/6)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مرجع</td>
<td>1/3 (دیابت+، بیماری قلب-)</td>
<td>36 (17/7)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مرجع</td>
<td>1/91 (دیابت+، بیماری قلب+)</td>
<td>85 (12/4)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مرجع</td>
<td>1/28 (دیابت+، بیماری قلب-)</td>
<td>45 (16/6)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مرجع</td>
<td>1/41 (دیابت+، بیماری قلب+)</td>
<td>65 (12/6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تعیین شده براساس سن، وزن، نامه توده بدنی، خستگی به کلسترول تری و الکلرید به کلسترول با چگالی نهایی سایه‌های قلبی بیماری‌های قلب عروقی، سیگار و مداخله.

(دیابت+، بیماری قلب+) و (دیابت+، بیماری قلب-) شامل افراد بدون هیچگونه دیابت می‌باشد. 

P<0.05 و تفاوت با گروه مرجع معنی‌دار نیست.

نوع مطالعه: کوهورتی، روش آماری: آنالیز کاکس، حجم نمونه در گروه (دیابت+، بیماری قلب-) 139 تا در گروه (دیابت+، بیماری قلب-) 413 تا به استفاده است.

**شکل ۱- خطر تجمع بیماری عروق کرونی قلب به تفاوتی داشتن یا نداشتن دیابت و سابقه بیماری عروق کرونی در زنان و مردان**

(تعديل شده بر اساس سن)
بحث

این مطالعه در سال ۱۳۸۸ سال پیش گیری شناسی دان که در افراد ایرانی حضور دیابت نوع ۲ معدال دارا بودن سابقه بیماری عروق کرونری قلب در افراد می‌باشد و این موضوع مستند از عوامل خط این شناخته شده قلب عروقی است (هردو و گزارش کتابخانه پژوهشی پایان در مارس و ۴ تیار در زمان را به ذخیره نهادند). یافته‌های ما در راستای تابیجی است که با این طرف‌داری که بیماران دیابتی نوع ۲ هنگام بدون هیچگونه سابقه افتابکروس قلبی دارند [۲۰] از آنجا که این تعداد ۲۹ (بیمار-بیمار قلبی) را وار در مطالعه خود نموده بودند، در نهایت، مطالعه بیان فقط نتایج بین دو گروه محدود می‌باشد. همچنین در مطالعه می‌تواند بر جمعیت در دانمارک بیماران دیابتی که درمان تحت کنترل برای راه‌های از نوع بهبود، بدون درطغیم گرفتن جنس و نوع دیابت، خطر حوادث قلبی عروقی قابل مقایسه‌ای بیماران غیر دیابتی قلبی داشته‌اند نشان دادند [۲۱] اما، یافته‌های ما متناقض با یافته‌های Lee و همکاران [۲۲] می‌باشد. آنها نشان دادند که پس از قانون تناهی افراد دیابتی ناشی از تغییرات برای نسبت خطر باید بیماران غیر دیابتی که سابقه افتابکروس قلبی داشته‌اند ۱/۹ بیشتر از افراد دیابتی که سابقه افتابکروس قلبی داشته‌اند در افراد افتابکروس‌های اصلی و غیر افتابکروس قلبی بودند. همچنین در مطالعه سلسله پیشماری [۲۳] و مطالعه سلاسله پیشکشان [۲۴] و مطالعه پیگیری سلامت افراد خرفاخ [۲۵] مشخص شده که بیماران دیابتی نوع ۲ بدون سابقه افتابکروس قلبی. خطر کمتری نسبت به بیماران غیر دیابتی با سابقه افتابکروس قلبی از خود نشان داده‌اند. اشاره به این مطلب ضروری است که مطالعاتی که این ویژگی دارد آنها را بررسی کنند. با تفاوت‌های بزرگتر در توزیع سنی، طراحی و تعریف جمعیت مورد مطالعه دارند که این مطالعه می‌تواند توجه کند. این اتفاق اختلاف نتایج بیان کننده ما باشد.

مطالعه قد و گلبته نهادن دان هم دیابت، به ویژه نوع شناخته شده و تحت درمان آن، خطر بالاتری برای رخدادهای قلبی عروقی در زنان نسبت به مردان دارد [۱۴].
مجله دیابت و لیپید ایران. تابستان 1389; دوره 9 (شماره 3) 405


2. Juutilainen A, Lehto S, Ronnemaa T, Pyorala K, Laakso M. Type 2 diabetes as a "coronary heart disease equivalent": an 18-year prospective