مقايسه دیابت با سابقه بیماری عروق کرونر قلب در بروز موارد جدید بیماری عروق کرونری؟
مطالعه قند و لیپید تهران
نوشته فهم، فرزاد حدادی 1، داوود خلیلی 2، فراموش شیخ الاسلامی 3، فریدون عزیزی 1

چکیده
مقدمه: طبق مطالعات انجام گرفته در غرب، خطر دیابت برای بروز بیماری عروق کرونر قلب (CHD) معادل با خطر داشتن CHD سابقه است. آیا در یک جمعیت ایرانی با شیوع بالای دیابت، باز هم این دو خطر یکسانی را برای بروز چنین ایجاد می‌کنند؟
روش‌ها: جمعیت مورد مطالعه یک هم گروه شامل ۲۴۷۷ مرد و زن ۳۰ ساله و بالاتر بودن که با میانه میزان ۷/۶ سال پیگیری شدند. خطر بروز CHD با استفاده از مدل خطرات مناسب کاکس با افراد دیابتی بدون سابقه (دیابت +/بیماری قلبی) و نیز افراد زنده با سابقه CHD بدون دیابت (دیابت-/بیماری قلبی) محاسبه گردید.

بنفشه: پس از تعیین سن و سایر عوامل خطر معمولی و مقایسه با گروه فاقد دیابت و سابقه CHD (دیابت-/بیماری CHD قلبی)، نسبت خطر HR (برای گروه "دیابت+/بیماری قلبی"/"بیماری CQ" (نرمال و فاصله اطمینان 95%) ۱/۳) و ۱/۶، برای گروه "دیابت-/بیماری CQ"/"بیماری CQ" (نرمال و فاصله اطمینان 95%) ۲/۱/۷۴ و (۷/۶ربا نرمال و فاصله اطمینان 95%) ۲/۱/۳/۷ یکاپ در مورد و این افزایش در دیابت/بیماری CHD و معادل خطر در دیابت/بیماری CHD

نتایج: خطر بروز CHD در دیابت و سابقه بیماری عروق کرونری قلب، نسبت خطر، مطالعه همگونی

واژگان کلیدی: دیابت، بیماری عروق کرونری قلب، نسبت خطر، مطالعه همگونی

1. مرکز تحقیقات بیشگیری از بیماری‌های منابویک، پژوهش‌های علوم د感 و علوم بیماری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
3. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
4. تشخیص: تهران، بازگردان چمرو، ولخرج، خیابان میهن خیابان پروران، خاکی ۲۳۴، پژوهشکده علوم دیدر دندانپزشکی و دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، لیفت: ۲۲۴۲۹۵۵۰۰۰۱۱۸۲۷۲۲۰۱۹۰، پست الکترونیک: fhadae@gmail.com

تاریخ درخواست اصلاح: ۸۸/۱۱/۱۵
تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۱۳

1- مرکز تحقیقات بیشگیری از بیماری‌های منابویک، پژوهش‌های علوم دیدر و علوم بیماری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
3- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
4- تخصص: تهران، بازگردان چمرو، ولخرج، خیابان میهن خیابان پروران، خاکی ۲۳۴، پژوهشکده علوم دیدر دندانپزشکی و دندانپزشکی، دانشگاه
عکس پژشکی شهید بهشتی، لیفت: ۲۲۴۲۹۵۵۰۰۰۱۱۸۲۷۲۲۰۱۹۰، پست الکترونیک: fhadae@gmail.com

تاریخ درخواست اصلاح: ۸۸/۱۱/۱۵
تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۱۳
مقدمه
همه مبتلایان به ممیز بیماری‌های قلبی عروقی (CVD) هستند [1] و مطالعات نشان داده‌اند که دیابت در حدود ۳ برای آن افزایش می‌دهد [2]. میزان مخاطرات همگروهی در آمریکا نشان داده است که میزان بروز بیماری‌های عروقی کرونر (CHD) قلبی پیکان است [3-۱۰]. از این رو انجمن دیابت آمریکا (ADA) توصیه کرده که هدف درمانی بیماران دیابتی در کنترل چربی و فشار خون پایدار مشابه با بیماران مبتلا به آنفلاکتوس قلبی (MI) باشد [۱۰]. مطالعات دیگر نیز این است که عوارض قلبی در بیمارانی که بروز اسکارچ در مطالعات محدودی تیضیفی گردیده شدند، در بیمارانی که بروز اسکارچ در مطالعات محدودی تیضیفی گردیده شدند، با این تفاوت نسبی در نتایج سنگین‌تر بودند. مطالعات تحقیقاتی نشان داده که این دیابتیان نسبت به دیابتیانی که بروز اسکارچ در مطالعات محدودی تیضیفی گردیده نشده این دیابتیان نسبت به دیابتیانی که بروز اسکارچ در مطالعات محدودی تیضیفی گردیده نشده، نسبت داده‌ها به خطر مرگ و میر در نزدیک‌های مختلف متفاوت است [۱۰].

شره تهران به عنوان پاییز‌ت کشور دارای شیوع بالایی از دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی بوده و دیابت در این شهر سبب خطرات مهم و مستقل برای بروز بیماری‌های قلبی- عروقی در بیماران مبتلا به ابتلا به بیماری‌های عروقی و عوارض قلبی در دیابت می‌باشد [۲،۳]. از این رو بر آن شدیم تا نسبت بروز عروقی کرونر قلب را بین افراد دیابتی بدون سابقه CHD و افراد غیر دیابتی با سابقه CHD مقایسه کنیم. به علاوه ما در این مطالعه مقایسه‌ی RA به تکیف‌کننده آماری از قبل شناخته شده (نحو دندان) [۸] و دیابتی‌های نازه تشخیص داده شده [۹] به انجام رساندیم.

روش‌ها
مطالعه‌ی قطعی و بی‌نظیر انجام گرفت و مبنی بر جمعیتی بوده که به منظور تعیین عوامل خطر بیماری‌های غیر واکنش در جمعیت تهرانیان معتقد بود تا [11] عوامل سالهای ۱۹۸۹ و بالاتر در مطالعه (استفاده می‌باشد) ۱۳۷۳ تا شهریور ماه ۱۳۸۰ (۱۳۷۳) وارد این مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان به دو گروه پیگیری و داخلی تقسیم گردیده و گروه‌ها باید هدف ایجاد افتغال مطلق در شیوه زندگی تعیین شود که گروهی در تهران لیزد (TLGS) در کل ۴۰۳ سال فاز مقطعی اندازه‌گیری شدند. ضمناً این تعداد نفر در تهران ۹۸۱ نفر در دایی‌های نوار قلب و سابقه مشخص از این ایجاد در شرکت‌کنندگان در دیابت CHD وجود داشت. پس از حذف ۱۵۵ نفر به دلیل نقص ابتلا به بیماری عروقی کرونر بررسی سابقه CHD وجود داشتند. این نفر نفر اغلوب ژن‌های از ۱۳۸۱ تا اندام ۷۶ سال پیگیری شدند. این طرح توصیه کمکی اختلال ویژه هنگام غذاردن ریز‌تری‌ها و رضایت‌نامه که از تمامی افراد شرکت کننده ایجاد گردید.

افراد تحت مطالعه توسط یک پرستگر آموزش دیده و با استفاده از یک پرسشنامه پیش آزمون شده مصاحبه قرار گرفتند و اطلاعات مربوط به سن، جنس، سوابق بیماری‌ها، داروهای مصرفی و عادات مربوط به مصرف سیگار و سابقه خانوادگی بیماری‌های قلبی- عروقی نتیجه‌گیری شد. این نمایی به‌دست‌آمده با دی‌BMI (BMI) (کیلوگرم بر متر مربع)، با استفاده از طریق تقسیم وزن بر حساب یک‌میلی‌گرم بر متر مربع محاسبه شد.

فشار خون در وضعیت نشسته و پس از ۱۵ دقیقه استرداد و با استفاده از فشار سنج جیوهای استاندارد شده، در دو نُیت نواخته‌گیری و میزان آن‌ها به عنوان فشار خون درد ساخت ناشتا بی‌گرفته شده و میزان آزمایش‌ها در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی TLGS در همان روز نمونه‌گیری انجام شدند. آزمون استاندارد تُحُل‌گر خوراکی (OGTT) با مصرف ۷۵ گرم گلکز برای تمامی افراد که فاقد


8- Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS)
9- Body mass index (BMI)
10- Oral glucose tolerance test (OGTT)
کره بودن به عنوان افراد با سابقه در نظر گرفته

شدن. سایر فاکتورها کرونر ریزوس در بیماری CVD و اثر 1/2 مول میکرو 25 سال و مادر و 55 سال

تعیین گردید. استعمال سیگار به دو شرط مصرف و عدم

صرف سیگار در حال حاضر تفسیر می‌شود.

در این مطالعه افراد با توافق به اطلاعات پایه در نظر

می‌گرفت: افراد غیر دایبیت و بدون سابقه بیماری عروق کرونر (دبیت/بیماری قلبی)، افراد دایبیت بدون سابقه بیماری عروق کرونر (دبیت/بیماری قلبی)، افراد غیر دایبیت با سابقه بیماری عروق کرونر (دبیت/بیماری قلبی) و افراد دایبیت با سابقه بیماری عروق کرونر (دبیت/بیماری قلبی).

یافته‌های بیماری عروق کرونر قلب

جزئیات یافته‌های قلبی- عروقی در گذشته مشترک شده

است (18). بیماری عروق کرونر قلب (CHD). شاخص

مورد ذیل در نظر گرفته شد: التراکارولیومالی میکروکاردیوگرام (ECG) و میکروکاردیوگرام.

افتارکاروس استحکامی (یافته‌های مثبت

ECG به علاوه علائم

و شواهد قلبی علی‌رغم فاقدان پیامدهای بینایی مثبت

ECG در حضور بیماری‌های تنباکویی و سیگاری. آزمایش

صدای نیازی در شاهدی جدید قلبی با نیازی در گروه

نشان‌های و یافته‌های مثبت ECG در حضور بیماری‌های

ECG طبیعی. ثابت شده با تحلیل آنوسکوگرافی و مراکز ناشی

از بیماری کرونر قلب.

تعریف و افزایش

شرکت کنندگان در صورت گزارش دایبت و دیابت

درمان دارویی، به عنوان دایبت شناخته شده (تحت دارمان)

تعریف شدند و دایبت داده تحقیق داده داده نیز با

2hPG ≥ 200 mg/dl و با FPG ≥ 126 mg/dl

گردید.

نوار قلب مثبت از نظر CHD

بر اساس معیارهای وايت (Whitehall),

تعریف گردید (17) و بر این اساس

درم‌یادهای بیماری شدید مثبت (18) بیماری کرونر قلب

که داده می‌شود CHD. میانگین CHD

مثبت (9) داده‌های مثبت (9) و

4/1 % (18) CHD

در که 13/0/3 % (18) CHD

نوار قلب مثبت از نظر

بیماری کرونر قلب

در مراجعه به سایر متغیرهای


t- test از

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)
یافته‌ها

در مقایسه افرادی که مورد آنالیز نهایی قرار گرفتند با افرادی که به دلیل نقص داده‌ها از مطالعه خارج شدند، اختلافات جنینی به شرح زیر مشاهده شد: مردان وارد شده سابقه کمتری از مصرف سیگار داشتند (۲/۷ در مقابل ۳/۸% و زنان که وارد مطالعه شدند بطور میانگین اندکی جوهرتری (۴/۷% سال در مقابل ۴/۳% بود و میانگین فشار خون کمتر (۱۲۷ mmHg) و BMI (۲۸/۱ kg/m²) در دو گروه (۲۸/۱ دانستند (در تنازع این مواد) در BMI

مشخصات اطلاعات پایه در ۴ گروه مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است. تعداد مردان در گروه "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۷۸، ۲/۸۵، ۲/۷۸ و ۲/۷۸ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر بود. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر BOD. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر BOD. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر BOD. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" نسبت ۲/۸۵، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۸۵ نفر BOD. در مردان "دبیت+/بیماری"، "دبیت-/بیماری"، "دبیت+/بیماری" و "دبیت-/بیماری" NISP/120...
جدول 1- خصوصیات پایه شرکت کننده در چهار گروه اصلی مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>متغیر*</th>
<th>در/بیماری (دیابت+ / بیماری (دلی)</th>
<th>در/بیماری (دیابت+ / بیماری (دلی)</th>
<th>در/بیماری (دیابت+ / بیماری (دلی)</th>
<th>در/بیماری (دیابت+ / بیماری (دلی)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین سن (سال)</td>
<td></td>
<td>مورد 212</td>
<td>مورد 201</td>
<td>مورد 279</td>
<td>مورد 218</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد</td>
<td></td>
<td>مورد 177</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیتوتی (میلی‌تری بیو)</td>
<td></td>
<td>مورد 192</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیستوئی (میلی‌تری بیو)</td>
<td></td>
<td>مورد 192</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول (میلی‌گرم بر دسی لتر)</td>
<td></td>
<td>مورد 192</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
<tr>
<td>نگارنده ترا گلیبرید به کلسترول با چگالی این گلیبرید (میلی‌گرم بر دسی لتر)</td>
<td></td>
<td>مورد 192</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
<tr>
<td>سیگار (درصد)</td>
<td></td>
<td>مورد 192</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه قابلیت بیماری قلب غروری (زودرسوری درصد)</td>
<td></td>
<td>مورد 192</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار در گروه مداخله (درصد)</td>
<td></td>
<td>مورد 192</td>
<td>مورد 184</td>
<td>مورد 41</td>
<td>مورد 178</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتیجه‌گیری براساس آزمون آماری t برای داده‌های پیوسته و با آزمون کاکی دو برای داده‌های دوherent به دو.

*داده‌های بر مبنای میانگین ± انحراف معیار با درصد نشان دادن شده‌اند. تفسیر معیار بر اساس داشتن یا نداشتن داده‌های غیر تغییر کلی. مورد 4، بین دو گروه (دیابت+ / بیماری قلب) و (دیابت+ / بیماری قلب) بر اساس آزمون آماری t معیار دار به ارزیابی است و داده‌های بدون علامت نتایج معنی‌دار ندارند.
جدول ۲- نسبت خطر رودیده‌های عروق کرونی قلب در ارتباط با دیابت و سابقه بیماری عروق کرونی قلب در مردان

<table>
<thead>
<tr>
<th>رخدادهای کرونی قلب</th>
<th>نسبت خطر تغییر‌های شدید</th>
<th>مرحله</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>مرجع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب-)+</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت+/بیماری قلب-)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب-)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب+)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب+)+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳- نسبت خطر رودیده‌های عروق کرونی قلب در ارتباط با دیابت و سابقه بیماری عروق کرونی قلب در زنان

<table>
<thead>
<tr>
<th>رخدادهای کرونی قلب</th>
<th>نسبت خطر تغییر‌های شدید</th>
<th>مرحله</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>مرجع</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب-)+</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت+/بیماری قلب-)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب-)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب+)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(دیابت-/بیماری قلب+)+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**توجه:** نماد + به یک نمره معنی‌دار بوده است و نماد - به یک نمره معنی‌دار نبوده است.
جدول ۳- نسبت خطر رویدادهای عروق کرونری قلب و مقایسه دیابت و سابقه بیماری عروق کرونری قلب

<table>
<thead>
<tr>
<th>رخدادهای</th>
<th>کرونری قلب</th>
<th>تعادل(درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن و جنس</td>
<td>نسبت خطر تعیین شده</td>
<td>نسبت خطر تعیین شده</td>
</tr>
<tr>
<td>مرور</td>
<td>مراجع</td>
<td>مراجع</td>
</tr>
<tr>
<td>-</td>
<td>۱۹/۰۷-۱/۰۷</td>
<td>۱/۱۱</td>
</tr>
<tr>
<td>-</td>
<td>۱/۱۱</td>
<td>۱۵/۷۰</td>
</tr>
<tr>
<td>-</td>
<td>۱/۷۰</td>
<td>۱۵/۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td>-</td>
<td>۱/۸۰</td>
<td>۱۵/۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت تام</td>
<td>(دیابت+، بیماری قلب-)</td>
<td>(دیابت-، بیماری قلب+)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت تحت درمان</td>
<td>(دیابت-، بیماری قلب-)</td>
<td>(دیابت-، بیماری قلب-)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت تازه تشخیص</td>
<td>(دیابت-، بیماری قلب-)</td>
<td>(دیابت-، بیماری قلب-)</td>
</tr>
<tr>
<td>داده شده</td>
<td>۸۱</td>
<td>۸۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* تعیین شده براساس سن، وزن، نامه توده دنی، کلسترول، تری کلسترول به کلسترول با چگالی بالا ساخته قلبی بیماری‌های قلبی عروقی، سیگار و مداخله.

(دیابت-، بیماری قلب-) و (دیابت+، بیماری قلب-) شامل افراد بدون هیچگونه دیابت می‌باشند. P<0/03 تفاوت با گروه مرجع معنی‌دار نیست.

نوع مطالعه: کوهورتی. روش آماری: آنالیز کاکس. حجم نمونه در گروه (دیابت+، بیماری قلب-): ۶۷۹ نفر و در گروه (دیابت-، بیماری قلب-): ۶۳۹ نفر بوده است.

شکل ۱- خطر تجمعی بیماری عروق کرونری قلب به تفکیک داشتن یا نداشتن دیابت و سابقه بیماری عروق کرونر در زنان و مردان

(تعیین شده براساس سن)
بحث

این مطالعه در طول سال ۷۶ سال پیگیری نشان داد که در افزایش ایرانی، حضور دیابت نوع ۲ معدود دارای بودن سابقه بیماری عروق کرونی قلبی در افزایش می‌باشد. این موضوع مستنداتی از عوامل خطر شاخه شده قلب عروقی است (هر در نوگرفش خطر قلبی و کشته بر ۲ ریزاب در مداوم و ۱ ریزاب در زمان را در همراه شده‌اند) و همگام با همکارانش نشان داده‌اند. آنها عنوان کردند که بیماران دیابت نوع ۲ هدفی بودن هیچگونه سابقه انفارکتوس قلبی دارند [۲۰ دار (۲۰)۹] از آنجا که آن‌ها دارد (دبیات-بیماری قلبی) و با وار مطالعه خود نموده بودند. درصد مطلوعه باراین ناکارآمدی بهینه دو گروه محدود بود. همچنین در مطالعه مبتنی بر جمعیتی در دانمارک، بیماران دیابتی که در مدت ۱۵ سال با شرایط دیابتی داشته‌اند، نتایج دو گروه محدود بودند. در نتیجه، روند گرفتن جنس و نوع دیابت، خطر حوادث قلبی عروقی قابل مواجه‌سازی‌های بیماری غير دیابتی ساکی رفته افزایش انفارکتوس قلبی داشتن، نشان دادند [۲۱]. اما، این مطالعه می‌میانگین بین‌اللیا به فناوری Leek و همکاران در مطالعه ARIC [۲۲ می‌باشد. آنها نشان دادند که این اصطلاح برای نوگرفش خطر بیماران دیابتی که سابقه انفارکتوس قلبی داشته‌اند، راه‌یافتن از افرادی که سابقه انفارکتوس قلبی داشته‌اند، در نظر انداختن ساکی و غیر ساکی قلبی مبتنی بر بودن می‌تواند در مطالعه صحیح باشد [۲۳] و مطالعه سلامت پزشکان [۲۴ و مطالعه پیگیری سلامت افراد خارجی [۲۵، مشخص به که بیماران دیابتی نوع ۲ بدون سابقه انفارکتوس قلبی، خطر کمتری نسبت به بیماران غیر دیابتی با سابقه انفارکتوس قلبی از خود نشان داده‌اند. اشاره به این مطلب ضروری است که مطالعات که این صنعت دیابتی را در زمان رهبری، تفاوت‌هایی بیشتری در توزیع سنی، طراحی و تعریف جمع به مورد مطالعه دارند که این آماری می‌تواند توجه کند. این از مطالعه انگلیسی به فناوری Leek به خواندن نشان داده شده است. در راستای این نتیجه، ما می‌توانیم به بیماران دیابتی که سابقه انفارکتوس قلبی دارند یا در نظر گرفتن دیابت کلی چه در گروه دیابت تحت درمان و دیابت تازه تغییرات بین "دبیات-بیماری قلبی" و "دبیات-بیماری قلبی" در پیشگیری رخددهای قلبی مربوط به است. از این رو در مقاله دیابت با سابقه بیماری عروق کرونی قلبی در پیش‌بینی کردن
مجله دیابت و ابدیت ایران، تابستان 1389؛ دوره 9 (شماره 3)

405

با توجه به این موضوع توجه کرد که اگر دیابت جدیداً CHD تشخیص داده شده، و یا تا زمان درمان دارویی بوده است [23] در مطالعه حاضر، مشابه به سایر مطالعات، افراد دیابتی با سابقه بیماری قلبی، در خطر بیشتر بیماری کرونی قلب انجام شده است. چراکه طول مدت بیماری دیابت با افزایش خطر بیماری قلبی، عواملی همراه است [25]. افزایش و همکاران در مطالعه- عواملی که این داده که مربوط به دیابت درمانی به دلیل مغلوبیت گروه تحقیقاتی وارد مطالعه کرد. همچنین برای تطبیق سابقه بیماری قلبی در افراد مبتلا به بیماری کرونی قلب می‌توان از این احتمال است. در خانه، مطالعه حاضر نشان داد، این شده برای درمان بهتری مطالعه داده‌ای که این امر دارای فوی‌های مثبتی برای سلامتی و شدید و درمان‌هایی به منظور پیشگیری بیماری‌های قلبی- عواملی می‌باشد.

سپاس‌گزاری

نوبت‌گیری مردان تشکر و قدردانی خود را از شرکت کنندگان ساکن منطقه 13 یکنفر، به‌همراه شخص غدد درون‌وزن و منابع به دست آمده می‌باشد این این طرح (طرح شماره 121) و نیز کمیت باعث به‌پژوهشکده علمی غدد درون‌وزن و منابع به دوستان و دوستان، به ویژه آقای دکتر فریبرزی و سردار خانم دکتر اسكندری اراس می‌دارند.


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


