آیا تعاریف مختلف سندرم متابولیک، مستقل از اجزایان قادر به پیش‌بینی سکته مغزی می‌باشد؟ یکی از سه عوامل می‌تواند در یک مطالعه کوچورت در خارج‌میانه‌های افسانه‌ای، افزایش، 1391: فرآیند مقداری، ناهید بلادی. ایران: فرآیند شیخ‌السلاطین، فرآیند عری وکی

چکیده

هدف: مقایسه تعاریف مختلف سندرم متابولیک (Mets) در برای هریک از اجزای تشکیل دهنده آنها در پیش‌بینی سکته مغزی (ودای) و در این مطالعه، انتخاب شد. Cox proportional hazards regression به‌عنوان مدل استفاده شد.

روش: هزار معاینه در تعداد 2548 فرد ایرانی، بالای 50 سال و بدون سابقه حوادث قلبی عروقی در اندیاب مطالعه، انجام شد.

جهت تعیین سندرم (HR) و فاصله اطمینان (95%) میزان برز سکته مغزی برای هر یک از تعاریف و اجزایان انتخاب شد.

یافته‌ها: در طی 93 سال بیگانه، 72 هزار سکته مغزی رخ داد. نسبت خطر موتی و افراد (فاصل‌های اطمینان 95%) بروز سکته مغزی (WHO JIS) به‌دست آمده. WHO JIS در تعریف هدف ماهیت بالایی گل‌کوب پلاسا و چاقی مرکزی شاید تغییرهای مهمی بودند. (نتیجه دارد)

در تعریف WHO JIS، نسبت خطر موتی و افراد به ترتیب به ترتیب 3/68 (27/21-3/68) به ترتیب 3/68 (27/21-3/68) بود. نتایج این تعریف مشخص شد که تعیین کامل سندرم در مقایسه با فشار خون بالا سطح بالایی گل‌کوب پلاسا و چاقی مرکزی قادر به پیش‌بینی بهتری نمی‌باشد. در تعریف تعیین، بعد از تعیین هریک از اجزای سندرم متابولیک، ارتباط آن با سکته مغزی از بین رفت؛ در این مدل فقط فشار خون بالا به عنوان یک عامل پیش‌بینی کندن‌های بالا ماند.

نتیجه‌گیری: تعیین تعیین کامل سندرم متابولیک با سکته مغزی ارتباط داشتند. بعد از تعیین هر یک از اجزای سندرم، این ارتباط از بین رفت و فقط فشار خون بالا به عنوان یک عامل پیش‌بینی کندن‌های بالا ماند.

واژگان کلیدی: سکته مغزی، سندرم متابولیک، فشار خون بالا، دیس‌گلیسمی، دیس‌لیپیدمی

1- مرکز پیشگیری از بیماری‌های متابولیک، پژوهشکده علوم خون، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران، تهران
2- مرکز تحقیقات خون، پژوهشکده علوم خون، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران، تهران

*تشکر که تهیه این مقاله، 24 یوزه‌های علوم گز، ویژه‌سازی‌های پژوهشکده علوم خون، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کد بسته: 4763-021-021، تمایل: 1943-022-222-022، بسته‌آرایی: 4763-021-021

مجله‌ی دیابت و لیپید ایران، مو ماهانه‌های، شمس‌الدین ۱۳۹۱، شماره ۱۱ (شماره ۵۷۵)، صفحات ۵۴۷-۵۷۵

تاریخ درخواست اصلاح: ۹۱/۰/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰/۲۷

*تشکر که تهیه این مقاله، 24 یوزه‌های علوم گز، ویژه‌سازی‌های پژوهشکده علوم خون، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کد بسته: 4763-021-021، تمایل: 1943-022-222-022، بسته‌آرایی: 4763-021-021

مجله‌ی دیابت و لیپید ایران، مو ماهانه‌های، شمس‌الدین ۱۳۹۱، شماره ۱۱ (شماره ۵۷۵)، صفحات ۵۴۷-۵۷۵

تاریخ درخواست اصلاح: ۹۱/۰/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰/۲۷
مقدمه

سکته مغزی دومن عامل مهم مرجع و میر در درمان و
حدود 85% موارد مغز ناشی از سکته مغزی در کشورهای
در حال توسعه رخ مدها [1] با حال طی مطالعات
ایدیپولیزیک بر روی سکته مغزی در مناطق خاورمیانه نسبت
به کشورهای پیشرفته کمتر بوده است [2]. اخیراً
همچنین تحقیقاتی جوانتر ایران، نشان نشان از این مطلب است
که سکته مغزی در این کشورها در طی فرانسه، عامل تهدید
کننده سلامت عمومی تبدیل می‌شود [3]. فشار خون بالا،
دیس کلسیمی، دیس لپیده، و تغییرات عوامل خطر
سکته مغزی همسترس هستند [4] این عوامل خطر هم در
مرکزی به عنوان اجزای سندروم متابولیک تعریف می‌شوند.

در سال 2010 در یک مرجع سیستماتیکی،
همکاران [7] به نتیجه رسیدند که سندروم متابولیک
با عفونت انسولین نشانه‌هایی جای خود را در بودن 2/3
بیماران داشته‌اند. این تحقیق دسته‌بندی سیستماتیک، در
برگردانی کارایی در شبیه‌سازی جوینت اداره‌گیری شد و
میانگین در نتیجه اداره‌گیری زمان دیابتار شد.

از تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه بعد از 16-14 ساعت
نابایی، تعیین مدت خون گرفتن شد. نتیجه‌گیری شد که
2 شاخص از سندروم متابولیک (2) شاخص از سیستمیک
کلسترول (HDL) خون ناشی از سیستمیک، اضافه‌گیری گلوکز
کلسیمید اداره‌گیری شد [12].

WHO, IDF, JIS

سندروم متابولیک بر اساس تعریف WHO (جدول 1) بیان شد. تعریف از سندروم متابولیک برای
استفاده در مطالعات ایدپولیزیکی تطبیق شده و
میکرو آنالیزی از تعریف قبیل حذف شده است. همچنین
باید از وانادیوم مربوط به این مطالعات به میزان
تغییرات و تغییر خطر سندروم متابولیک مستقل از هر یک
از اجزای می‌باشد.

5- Tehran Lipid & Glucose Study
6- 2-hour post challenge plasma glucose
7- fasting plasma glucose
8- High Density Lipoprotein
9- World Health Organization
10- Joint Interim Statement
11- International Diabetes Federation
12- Adult Treatment Panel III
13- Cardiovascular Disease

Downloaded from ijdld.tums.ac.ir at 3:56 IRDT on Thursday May 28th 2020
تعریف پایان‌داره سطح مغزی

جنبیه‌ها به معنی‌های‌های قلبی - عروقی در جای دیگری چاب شده است [11] به طور خاص، سالانه به‌طور متوسط در ورود حادثه می‌کاند. به صورت لطفی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. یک پرسنتر آموزش دیده، در مورد حادثه می‌کنند. یک آنها سوال کرده و سپس یک پرسنتر آموزش دیده، اطلاعات تکمیلی در مورد آن حادثه را در طی یک یا بیشتر خانگی جمع آوری می‌کند. مسیس اطلاعات جمع‌آوری شده، توسط کمیته نیچه‌گیری مشکلی از یک متخصص داخلی، سفارش متخصصین در صورت نیاز، از بیماری و برای هر حادثه‌ای نیچه‌گیری خاصی در نظر گرفته شد.

سکته مغزی به صورت "عطلات بالینی" معرفی شده است [12]. سکته‌های احتمالی هنگام صورت زیان‌ناپذیر نفس نورولوژیک فوکال در سطح شورای تصویربرداری تعیین شده است. به طبق تعیین WHO "علائم و زمان بروز علامت کلی" TIA (1) علائم شیب سطح مغزی احتمالی را بر اساس ادامه علائم طی 24 ساعت رفع می‌شود. تمام موارد فوق، بدون توجه به تعیین حملات اسکیپاکیدا، سکته مغزی احتمالی یا نقضی، در تعیین کلی سطح مغزی کنترل شدند.

جهت Cox proportional hazards regression از آنالیز ارزیابی جنگی سطح مغزی 99/75 پیکری سکته مغزی احتمالی به صورت واقعی فراوانی و روز به‌طور میانگین حمایت نشان داده که زمان این وارد می‌کنند. در صورت بروز حادثه مغزی و حذف شدن در صورت ترک منطقه سکته، مانی نازنی از موارد سکته مغزی ترک پیگیری تعیین شد. مدل برای عوامل خطر تعیین شد: سن سی و عون مالک و دسته، جنس، 1- گذشته دیابت و لیپید ایران، دو ماه‌های مرداد - شریفی (1391: دوره 11) شماره 6

2- گذشته دیابت و لیپید ایران، دو ماه‌های مرداد - شریفی (1391: دوره 11) شماره 6

2- Waist Hip Ratio

1- Transient Ischemic Attack
جدول 3. نسبت خطر حوادث سطح مغزی را برای افراد سرده متاتولوئیک (به عوان متغیرهای بیونیس اسفاده) نشان می‌دهد. در هر دو مدال سن- جنس و مولیو وارانت تأمین اجازه به جز BMI (نمایه توده بدنی)، تری کلیسرید و لیپوپروتين‌های بالا سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3) از افراد کنترل (به عوان متغیرهای منفی) در بروز سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3-0/20/0) به تری کلیسرید و WHO JIS تعیین شد. به همراه دست آمد با استفاده از تعیین متغیرهای جدید و تعریف مختلف از آن در آزمایشات گوناگون داشته‌اند. در این آزمایشات، در صورت استفاده از تعریف WHO JIS و BMI (نمایه توده بدنی) به تری کلیسرید و WHO JIS تعیین شد. به همراه دست آمد با استفاده از تعیین متغیرهای جدید و تعریف مختلف از آن در آزمایشات گوناگون داشته‌اند.

### تعریف مختلف سرده متاتولوئیک بر اساس WHO JIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعیین</th>
<th>JIS</th>
<th>IDF</th>
<th>WHO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعریف</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تعریف</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **WHO JIS**: تعیین خطر سطح مغزی را برای افراد سرده متاتولوئیک (به عوان متغیرهای بیونیس اسفاده) نشان می‌دهد. در هر دو مدال سن- جنس و مولیو وارانت تأمین اجازه به جز BMI (نمایه توده بدنی)، تری کلیسرید و لیپوپروتين‌های بالا سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3) از افراد کنترل (به عوان متغیرهای منفی) در بروز سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3-0/20/0) به تری کلیسرید و WHO JIS تعیین شد. به همراه دست آمد با استفاده از تعیین متغیرهای جدید و تعریف مختلف از آن در آزمایشات گوناگون داشته‌اند.

### جدول 1- تعریف مختلف سرده متاتولوئیک بر اساس WHO JIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعریف</th>
<th>JIS</th>
<th>IDF</th>
<th>WHO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **WHO JIS**: تعیین خطر سطح مغزی را برای افراد سرده متاتولوئیک (به عوان متغیرهای بیونیس اسفاده) نشان می‌دهد. در هر دو مدال سن- جنس و مولیو وارانت تأمین اجازه به جز BMI (نمایه توده بدنی)، تری کلیسرید و لیپوپروتين‌های بالا سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3) از افراد کنترل (به عوان متغیرهای منفی) در بروز سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3-0/20/0) به تری کلیسرید و WHO JIS تعیین شد. به همراه دست آمد با استفاده از تعیین متغیرهای جدید و تعریف مختلف از آن در آزمایشات گوناگون داشته‌اند.

### جدول 2- تعریف مختلف سرده متاتولوئیک بر اساس IDF JIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعیین</th>
<th>JIS</th>
<th>IDF</th>
<th>WHO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **IDF JIS**: تعیین خطر سطح مغزی را برای افراد سرده متاتولوئیک (به عوان متغیرهای بیونیس اسفاده) نشان می‌دهد. در هر دو مدال سن- جنس و مولیو وارانت تأمین اجازه به جز BMI (نمایه توده بدنی)، تری کلیسرید و لیپوپروتين‌های بالا سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3) از افراد کنترل (به عوان متغیرهای منفی) در بروز سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3-0/20/0) به تری کلیسرید و WHO JIS تعیین شد. به همراه دست آمد با استفاده از تعیین متغیرهای جدید و تعریف مختلف از آن در آزمایشات گوناگون داشته‌اند.

### جدول 3- تعریف مختلف سرده متاتولوئیک بر اساس IDF JIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعیین</th>
<th>JIS</th>
<th>IDF</th>
<th>WHO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td>تعیین</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **IDF JIS**: تعیین خطر سطح مغزی را برای افراد سرده متاتولوئیک (به عوان متغیرهای بیونیس اسفاده) نشان می‌دهد. در هر دو مدال سن- جنس و مولیو وارانت تأمین اجازه به جز BMI (نمایه توده بدنی)، تری کلیسرید و لیپوپروتين‌های بالا سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3) از افراد کنترل (به عوان متغیرهای منفی) در بروز سطح مغزی مشخص شده است. در آنالیزی که عوامل خطر تعیین شد، نسبت خطر سطح مغزی (0/27/3-0/20/0) به تری کلیسرید و WHO JIS تعیین شد. به همراه دست آمد با استفاده از تعیین متغیرهای جدید و تعریف مختلف از آن در آزمایشات گوناگون داشته‌اند.
جدول ۲- مشخصات پایه‌ای افراد بر اساس پیامد

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات پایه</th>
<th>بدون حادثه</th>
<th>دچار حادثه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>۶۴/۸ (۷/۶)</td>
<td>۶۴/۸ (۷/۶)</td>
</tr>
<tr>
<td>جنس (مرد)</td>
<td>۵۸/۳</td>
<td>۵۸/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولیک (mmHg)</td>
<td>۱۳۲/۵ (۲۹/۷)</td>
<td>۱۵۳/۲ (۲۹/۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولیک (mmHg)</td>
<td>۹۰/۹ (۱۶/۷)</td>
<td>۹۰/۹ (۱۶/۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ناشتا (mmol/L)</td>
<td>۶/۸ (۲/۶)</td>
<td>۶/۸ (۲/۶)</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ۲ ساعت بعد از گلوکز (mmol/L)</td>
<td>۹/۰۵ (۵/۰)</td>
<td>۹/۰۵ (۵/۰)</td>
</tr>
<tr>
<td>طول (cm)</td>
<td>۱۸۳/۰ (۱۱۱/۱)</td>
<td>۱۸۴/۰ (۱۱۱/۱)</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن (kg)</td>
<td>۷۷/۱ (۹۸/۵)</td>
<td>۸۱/۱ (۹۸/۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (kg/m²)</td>
<td>۲۸/۵ (۲۷/۶)</td>
<td>۲۸/۵ (۲۷/۶)</td>
</tr>
<tr>
<td>سیگار(۰۳۱)</td>
<td>۶۷/۲</td>
<td>۶۷/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار(کننده داخلی)</td>
<td>۶۷/۲</td>
<td>۶۷/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار(کننده خارجی)</td>
<td>۶۷/۲</td>
<td>۶۷/۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

برای متغیرهای پیوسته از میانگین ± انحراف معیار و از برای متغیرهای رتبه‌ای استفاده شد. برای تری‌هیپستاتیک میانگین و مقادیر مقادیر دچار ای راه اندازی ۴/۱۵ بیان شد. برای مقایسه بین گروه‌های از Chi-Square test و non-parametric test Fisher's test استفاده شد.

جدول ۳- نسبت خطر بیشترین بروز سکته مغزی بر اساس متغیرهای پیوسته

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرها</th>
<th>برابر اساس مولتی</th>
<th>بر اساس جنس و سن</th>
<th>تری‌هیپستاتیک</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دور کمر (cm)</td>
<td>۱۱/۱ (۱/۸)</td>
<td>۱/۱۸ (۴/۱)</td>
<td>۲/۳۱ (۴/۱)</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت دور کمر به لگن</td>
<td>۰/۳۹ (۱/۵)</td>
<td>۰/۳۹ (۱/۵)</td>
<td>۰/۳۹ (۱/۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدنی (kg/m²)</td>
<td>۴/۷۸ (۲/۳)</td>
<td>۴/۷۸ (۲/۳)</td>
<td>۴/۷۸ (۲/۳)</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولیک (mmHg)</td>
<td>۱۳۱/۷ (۲/۷)</td>
<td>۱۳۱/۷ (۲/۷)</td>
<td>۱۳۱/۷ (۲/۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولیک (mmHg)</td>
<td>۸۸/۳ (۲/۶)</td>
<td>۸۸/۳ (۲/۶)</td>
<td>۸۸/۳ (۲/۶)</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (kg/m²)</td>
<td>۱۰/۳ (۱/۵)</td>
<td>۱۰/۳ (۱/۵)</td>
<td>۱۰/۳ (۱/۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ناشتا (mmol/L)</td>
<td>۹۵/۴ (۵/۰)</td>
<td>۹۵/۴ (۵/۰)</td>
<td>۹۵/۴ (۵/۰)</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ۲ ساعت بعد از گلوکز (mmol/L)</td>
<td>۹۵/۴ (۵/۰)</td>
<td>۹۵/۴ (۵/۰)</td>
<td>۹۵/۴ (۵/۰)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مدل مولتی واریانت برآورد سیگا و عناوین منفی‌واریت. جنس، کلسترول، نام‌گذاری، عادات سیگار کشیدن و سابقه خانوادگی بیماری‌های قلبی-عروقی زودرس تری‌هیپستاتیک است.
جدول 2- نسبت خطر نشان دهنده ارتباط تعافی با تعافی مختلف سندروم متابولیک با اجزایشان

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>حوادث (تعداد)</th>
<th>نسبت خطر</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سندروم متابولیک JIS</td>
<td>523/1444</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>IDF متابولیک</td>
<td>38/984</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>5/1167</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>11/232</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>فرآیند خون بالا</td>
<td>76/1545</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>132/1579</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>103/1929</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>176/3803</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>235/2916</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>283/4682</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>398/7192</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>447/7455</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>535/9555</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>615/1174</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>692/1356</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>759/1478</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>836/1670</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>923/1864</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>963/2071</td>
<td>2.6</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3- نسبت خطر نشان دهنده ارتباط تفاوت در تعافی برای سندروم متابولیک هر یک از اجزایشان در مدل تعمیل شده برای سندروم متابولیک و هر یک از اجزاء

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>نسبت خطر (افاصله اطمینان)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سندروم متابولیک JIS</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>IDF متابولیک</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>فرآیند خون بالا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>دوکمرکمیلا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد خون ناشی پدکستین</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بالای پدکستین بادانسیه بالا</td>
<td>2.6 (1.8/2.4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مدل مولکولی واریانس برای سن به عنوان متغیر متغیرالبته، جنس، کلسولز، نام، عادات مصرف کمی، سایه‌گیری نمونه‌گیری و میزان فیلد- عروقی زودرس، سندروم متابولیک و تمام اجزای آن تعمیل شده است.
بحث


1- National Cholesterol Education Program
نقد, از تعیین WHO برای بیانیه‌های
ایپیدموپولیکی استفاده شده است. سوم، مطالعه‌ها در
افراد بالای 50 سال انجام شده، از این رو نمی‌توان یافته‌های
آن را به سایر جمعیت‌ها بسط داد.
در نتیجه، تمامی مطالعات مبادله بودن به
اجراشده، پیشینی کننده مستقل بررسی ساخت می‌گردد.
با این حال بعد از کنترل تمام اجرای سندروم مبادله بودن، هیچ
یک از تعیین پیشینی کننده مستقل ثابت نمی‌شود. در ميان
اجرای سندروم مبادله، فشار خون بالا، هایپرجلیسمی و
چاقی شکمی همانند تعیین کامل سندروم مبادله با خطر
بالایی بروز ساخت می‌گردد.

سیاستگذاری
این مطالعه با Grant سه‌میل انجام می‌شود.
جمهوری اسلامی ایران حمایت شد. از ساکنین منطقه
تهران، به دلیل اشتباه و همکاری آنها در انجام مطالعه
تشکر می‌کنیم.

خلاصه
1.Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of
disease and risk factors.; Systematic analysis of population health data. Lancet. 2006;367:1747-
1757.
2.Tran J, Mirzaei M, Anderson L, Leeder SR. The epidemiology of stroke in the middle east and
al. Excessive incidence of stroke in iran: Evidence from the mashhad stroke incidence
study (mis), a population-based study of stroke in the middle east. Stroke; a journal of cerebral
circulation. 2010;41:e3-e10.
4.Hosseini AA, Sobhani-Rad D, Ghandehari K, Benamer HT. Frequency and clinical patterns of
5.Lehto S, Ronnemaa T, Pyorala K, Laakso M, Predictors of stroke in middle-aged patients with
6.Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the
metabolic syndrome: A joint interim statement of the international diabetes federation task force
on epidemiology and prevention; national heart, lung, and blood institute; american heart
association; world heart federation; international atherosclerosis society; and international
7.Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and
classification of diabetes mellitus and its
complications. Part I: Diagnosis and
classification of diabetes mellitus provisional
8.Third report of the national cholesterol education program (ncep) expert panel on detection,
evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel iii)
metabolic syndrome: Time for a critical
appaisal: Joint statement from the american
diabetes association and the european
the predictive power of metabolic syndrome
defined by a joint interim statement versus its
Downloaded from ijld.tums.ac.ir at 3:56 IRDT on Thursday May 28th 2020


