

ارزیابی تعاریف متفاوت سندرم متابولیک در بروز دیابت در جامعه شهری ایران: مطالعه قند و لیپید تهران

فرزاد حدائق^{۱*}، اصغر قاسمی^۱، مژگان پادیاپ^۱، مریم توحیدی^۱، فریدون عزیزی^۱

چکیده

مقدمه: بررسی ابتلا به سندرم متابولیک به عنوان روش جایگزین آزمون تحمل گلوکز خوراکی توصیه شده است. هدف این مطالعه مقایسه توانایی تعاریف متفاوت سندرم متابولیک در پیش بینی بروز دیابت در جامعه شهری ایران می باشد.

روش‌ها: ۴۷۵۶ نفر فرد غیردیابتی به مدت ۳/۶ سال مورد پیگیری قرار گرفتند.

یافته‌ها: در طی مطالعه ۱۸۸ نفر به دیابت مبتلا شدند. IGT و تعاریف متفاوت سندرم متابولیک توانستند بروز دیابت نوع ۲ را پیش بینی کنند به طوری که نسبت شانس دامنه‌ای از ۳/۷ تا ۱۱/۹ داشت (همه مقادیر P کمتر از ۰/۰۵)، اما IGT نسبت به سایر تعاریف سندرم متابولیک بیشترین سطح زیرمنحنی Roc را دارا بود. کاهش سطح گلوکز از ۱۱۰ mg/dl به ۱۰۰ در تعریف NCEP قدرت پیش بینی دیابت توسط این تعریف را افزایش داد اما تغییر معیار مربوط به چاقی یا اضافه کردن سابقه خانوادگی مثبت دیابت به این تعریف تغییری در سطح زیر منحنی Roc ایجاد نکرد. تعریف IDF بالاترین حساسیت و مقدار مثبت کاذب (۷۲/۲ و ۳۵/۱٪) و تعریف WHO کمترین حساسیت و مقدار مثبت کاذب (۵۴/۸ و ۹/۲٪) را در پیش بینی بروز دیابت داشت.

نتیجه‌گیری: در جامعه ایرانی، IGT در پیش بینی بروز دیابت بر سندرم متابولیک ارجحیت دارد. تعاریف NCEP (با سطح قند بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl) و IDF در پیش‌بینی بروز دیابت نوع ۲ مانند تعریف WHO عمل کردند.

واژگان کلیدی: سندرم متابولیک، دیابت نوع ۲، اختلال تحمل گلوکز، اپیدمیولوژی

۱- مرکز تحقیقات علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی: تهران، ولنجک، خیابان یمن، خیابان پروانه، جنب بیمارستان طالقانی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم صندوق پستی: ۴۷۶۳-۱۹۳۹۵-تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۵۰۳-۲۲۴۳۲۵۰۳، پست الکترونیک: fzhadaegh@endocrine.ac.ir

مقدمه

مشخصه وضعیت "پیش دیابت"، ایجاد مقاومت پیشرونده به اثر انسولین است که با عوامل خطر ساز بیماری های قلبی - عروقی همراه می باشد [۱-۳]. شناسایی اولیه افراد در این وضعیت برای پیشگیری از ایجاد عوارض قلبی - عروقی و دیابت رویکردی مهم در پزشکی بالینی محسوب می شود. تست تحمل گلوکز^۱ خوراکی، روش مرجع برای تعیین افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ می باشد اما انجام این تست مستلزم صرف هزینه و ایجاد ناراحتی برای بیمار است [۴]. تشخیص سندرم متابولیک به عنوان یک جایگزین عملی برای تست تحمل گلوکز خوراکی در تعیین مقاومت به انسولین توصیه شده است [۵]. سندرم متابولیک پیشگویی کننده قوی برای بروز دیابت نوع ۲ و یک عامل خطر مهم برای بیماری های قلبی - عروقی محسوب می شود [۶، ۷].

سازمان جهانی بهداشت (WHO) [۸]، برنامه ملی آموزش کلسترول (NCEP) [۹] و فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) [۱۰] معیارهایی برای سندرم متابولیک ارائه کرده اند. هر سه این تعاریف بر دیس لیپیدمی و پرفشاری خون تاکید دارند اما از برخی جنبه ها با هم متفاوتند به طوری که در تعریف WHO هیپر گلیسمی، بعد از مصرف گلوکز یا مقاومت به انسولین و در تعریف IDF چاقی مرکزی لحاظ شده است. به کار بردن تعاریف سندرم متابولیک در پیش بینی بروز دیابت در مطالعات کوهورت به تعیین اعتبار این تعاریف کمک می کند. شیوع سندرم متابولیک بر طبق تعاریف متفاوت در جامعه ایرانی بالا گزارش شده است [۱۱]. با توجه به این که تا کنون مطالعه آینده نگری در جامعه ایرانی به منظور اعتبار بخشی تعاریف مختلف سندرم متابولیک در بروز دیابت انجام نشده است، هدف این مطالعه مقایسه قدرت پیش بینی تعاریف متفاوت سندرم متابولیک و تحمل گلوکز مختل در بروز دیابت نوع ۲ می باشد. همچنین اثر تغییر سطح قند خون یا معیارهای مربوط به چاقی یا اضافه کردن سابقه خانوادگی مثبت دیابت به عنوان یک عامل خطر برای دیابت، در بهبود پیش

بینی بروز دیابت توسط سندرم متابولیک مورد بررسی قرار گرفته است.

روش ها

جامعه مورد مطالعه: این بررسی در قالب مطالعه قند و لیپید تهران انجام شده است. مطالعه قند و لیپید تهران مطالعه ای آینده نگر است که بر روی نمونه ای از ساکنین منطقه ۱۳ تهران با هدف تعیین شیوع عوامل خطر بیماری های غیر واگیر و ارتقای سطح بهداشتی طراحی شده است [۱۲]. در مطالعه قند و لیپید تهران، تعداد ۱۵۰۰۵ فرد بالای ۳ سال که در منطقه ۱۳ تهران زندگی می کنند به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای و چند مرحله ای انتخاب شده اند. از بین این افراد تعداد ۱۰۳۶۸ فرد بالای ۲۰ سال در فاصله سال های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ در فاز توصیفی - مقطعی مورد بررسی قرار گرفتند. از مهرماه ۱۳۸۰ تا انتهای آبان ماه ۱۳۸۴ تعداد ۶۲۴۶ نفر (۶۰٪) پیگیری ۳/۶ ساله را تکمیل کردند. از بین این افراد، ۴۵۸ نفر با تشخیص دیابت جدید، ۲۷۱ نفر به دلیل دیابت شناخته شده قبلی و ۷۶۱ نفر به دلیل تکمیل نبودن داده ها از مطالعه کنار گذاشته شدند بنابراین در یک مطالعه آینده نگر ۴۷۵۶ نفر که در آغاز بررسی مبتلا به دیابت نبوده و همه داده های لازم را داشتند، وارد مطالعه شدند. علت اصلی عدم مراجعه با وجود پیگیری های مکرر مهاجرت (۳۰٪) یا دیگر دلایل شخصی بوده است. انجام این مطالعه توسط کمیته تحقیق پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تایید قرار گرفت و رضایت نامه کتبی از همه افراد شرکت کننده در طرح گرفته شد.

اندازه گیری کلینیکی، آنتروپومتریک و آزمایشگاهی: مصاحبه شخصی با هر فرد توسط افراد آموزش دیده و با استفاده از پرسشنامه های آزمون شده انجام شد. اطلاعات مربوط به سن، سابقه خانوادگی دیابت و سابقه مصرف دارو جمع آوری گردید. روش های اندازه گیری آنتروپومتریک شامل قد، وزن، اندازه گیری دور کمر (WC)

¹ - Impaired glucose tolerance

بزرگتر از ۱۰۲ cm (مردان) یا بزرگتر از ۸۸ cm (زنان)، تری‌گلیسرید بزرگتر از ۱۵۰ mg/dl، HDL کمتر از ۴۰ mg/dl (مردان) یا کمتر از ۵۰ mg/dl (زنان)، فشار خون بزرگتر یا مساوی ۱۳۰/۸۵ میلی متر جیوه، قند خون ناشتای بزرگتر یا مساوی ۱۱۰ mg/dl تعریف شد.

در تعریف IDF، افراد باید علاوه بر چاقی مرکزی ($WC \geq 94$ cm در مردان و ≥ 80 cm در زنان)، ۲ تا از عوامل خطر یعنی تری‌گلیسرید بالای ۱۵۰ mg/dl یا درمان برای آن، HDL کمتر از ۴۰ mg/dl (مردان) یا کمتر از ۵۰ mg/dl (زنان) یا درمان برای آن، فشار خون بزرگتر یا مساوی ۱۳۰/۸۵ میلی متر جیوه یا درمان برای آن یا پرفشاری خون تشخیص داده شده قبلی و قند خون ناشتای بزرگتر یا مساوی از ۱۰۰ mg/dl را داشته باشند.

به منظور تعیین این که تغییر یا اضافه کردن به معیارهای NCEP می‌تواند پیش‌بینی بروز دیابت نوع ۲ را بهبود می‌بخشد، ما حالات مختلف تغییر یافته این تعریف را مورد بررسی قرار دادیم. در این حالات، ۳ اختلال از ۵ اختلال برای تشخیص سندرم متابولیک به این شرح لازم بود: (۱) کاهش سطح قند خون ناشتا از $110 \text{ mg/dl} \geq$ به $100 \text{ mg/dl} \geq$ (۲) استفاده از $BMI > 25$ یا $BMI > 30$ به جای مقادیر مربوط به WC در جزء چاقی تعریف، (۳) ترکیبی از دو تغییر ذکر شده.

همچنین اثر سابقه خانوادگی مثبت ابتلا به دیابت به عنوان یک جزء اضافی در تعاریف مختلف سندرم متابولیک مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که اضافه کردن این جزء منجر به افزایش تعداد اجزای مربوط به تعریف از ۵ به ۶ در NCEP، ۳ به ۴ در WHO و ۴ به ۵ در IDF شد، پیش‌بینی بروز دیابت طبق تعریف NCEP در دو حالت ۳ از ۶ یا ۴ از ۶ اختلال، در مورد WHO نیز در دو حالت ۲ از ۴ یا ۳ از ۴ اختلال و برای IDF به صورت ۲ از ۵ یا ۳ از ۵ اختلال انجام شد. با استفاده از دستورالعمل ADA-1997، دیابت به صورت قند دوساعته بزرگتر یا مساوی ۱۲۶ mg/dl یا قند خون ناشتای بزرگتر یا مساوی ۱۲۶ mg/dl یا درمان دارویی، IGT به صورت قند دو ساعته بزرگتر یا مساوی ۱۴۰ mg/dl و کمتر از ۲۰۰ mg/dl و قند ناشتای مختل (IFG) به صورت قند خون ناشتای بزرگتر

و نسبت دور کمر به لگن (WHR) و همچنین روش اندازه‌گیری فشار خون قبلاً گزارش شده است [۱۲]. در مرحله بعد از هر فرد یک نمونه خونی بعد از ۱۴-۱۲ ساعت ناشتایی در وضعیت نشسته اخذ گردید. نمونه‌ها در فاصله ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بعد از جمع‌آوری سانتریفوژ و اندازه‌گیری‌ها در همان روز در آزمایشگاه تحقیقاتی مربوط به مطالعه قند و لیپید تهران انجام شد. برای انجام تست تحمل گلوکز خوراکی، ۷۵ گرم گلوکز خوراکی تجویز شد. اندازه‌گیری نمونه‌ها با استفاده از اتوآنالایزر Selectta (ساخت کشور هلند) انجام شد. گلوکز پلاسما با روش رنگ‌سنجی آنزیمی با استفاده از کیت گلوکز اکسیداز (شرکت پارس آزمون ایران) انجام شد. ضریب تغییرات درون و برون‌سنجش؛ هر دو ۲/۲ درصد بودند. برای اندازه‌گیری چربی‌های خون، کیت‌های کلسترول تام (TC) و تری‌گلیسرید (شرکت پارس آزمون ایران) مورد استفاده قرار گرفت. TC و تری‌گلیسرید با استفاده از روش رنگ‌سنجی آنزیمی توسط کلسترول استراز و کلسترول اکسیداز و گلیسرول فسفات اکسیداز اندازه‌گیری شدند. HDL-C بعد از رسوب لیپوپروتئین‌های حاوی آپولیپوپروتئین B با استفاده از اسیدفسفوتنگستیک اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری‌ها زمانی انجام شده که کنترل کیفیت داخلی در سطح قابل قبولی قرار داشت. ضرایب تغییرات درون و برون تشخیص برای TC ۲ و ۰/۵ و برای تری‌گلیسرید ۱/۶ و ۰/۶ درصد بود.

تعریف متغیرها و پیامدها: سندرم متابولیک براساس معیارهای ارائه شده توسط WHO [۱۳]، NCEP [۹] و IDF [۱۰] تعریف شد. طبق تعریف WHO، افرادی که عدم تحمل گلوکز (اختلال تحمل گلوکز یا اختلال گلوکز ناشتا) را به همراه دو یا بیشتر از عوامل خطر دیگر (فشار خون بالاتر یا مساوی ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه، تری‌گلیسرید بالاتر یا مساوی ۱۵۰ mg/dl و یا HDL کمتر از ۳۵ mg/dl (مردان) یا کمتر از ۳۹ mg/dl (زنان)، WHR بزرگتر از ۰/۹ (مردان) یا بزرگتر از ۰/۸۵ (زنان) و یا BMI بالاتر از 30 kg/m^2 داشتند، به عنوان سندرم متابولیک در نظر گرفته شدند. در تعریف NCEP، سندرم متابولیک به صورت وجود ۳ یا بیشتر از عوامل خطر یعنی چاقی شکمی (WC)

یافته ها

بروز دیابت در ۱۸۸ نفر از شرکت کنندگان در طی ۳/۶ سال پیگیری، تشخیص داده شد ($3/9\% \approx 88/4756$). مقایسه ویژگی‌های پایه افراد پیگیری شده (۶۲۴۶ نفر) در مقایسه با افرادی که در برنامه پیگیری شرکت نکردند (۴۱۲۲ نفر) در جدول ۱ نشان داده شده است.

مشخصات پایه افراد شرکت کننده در مطالعه بر اساس، بروز یا عدم بروز دیابت در جدول ۲ خلاصه گردیده است. بر این اساس در افرادی که در معاینات پیگیری مبتلا به دیابت شده بودند، علاوه بر سن، مقادیر پایه میزان چاقی کلی و چاقی شکمی و فشار خون‌های سیستولیک و دیاستولیک بالاتر بود. همچنین غلظت پایه قند خون ناشتا و ۲ ساعته، کلسترول تام و تری گلیسرید بیشتر بوده و غلظت لیپوپروتئین با دانسیته بالا (HDL) کمتر بود. علاوه بر این، نسبت بیشتری از آنان دارای IGT بوده و در آغاز مطالعه با در نظر گرفتن تعاریف مختلف از جمله WHO،

NCEP و IDF دارای سندرم متابولیک بودند. بعد از تعدیل نمودن از نظر سن و جنس، IGT و هر سه تعریف سندرم متابولیک بروز دیابت را در طی ۳/۶ سال پیش بینی کردند. در این بین، به ترتیب IGT و تعریف WHO دارای بیشترین میزان ارتباط بودند. اما این تعاریف و همچنین تعریف تغییر داده شده NCEP با قندخون ناشتای بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl دارای ارتباط ضعیف‌تر و سطح زیر منحنی Roc کمتری نسبت به IGT بودند ($P < 0/05$ ، جدول ۳). به علاوه، تعاریف IDF و NCEP با قندخون ناشتای بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl، دارای قدرت پیش بینی کننده بروز دیابت نظیر تعریف WHO بودند. سپس با بکار بردن تغییر سطح گلوکز یا اجزای چاقی (جدول ۴)، تعریف NCEP را تغییر دادیم، که کاهش گلوکز ناشتا به حد بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl، شیوع سندرم متابولیک را افزایش داد و اثر کوچک ($0/71$ به $0/74$) اما معنی داری بر میزان ارتباط با بروز دیابت و توانایی پیش بینی بروز دیابت (بر اساس سطح زیر منحنی Roc) داشت. اگر چه وقتی که نمایه توده بدنی را جایگزین اندازه دور کمر نموده یا آن را با قند خون ناشتای بزرگتر یا مساوی mg/dl ۱۰۰ همراه کردیم، این تغییرات نتوانستند تغییر قابل

یا مساوی ۱۱۰ mg/dl و کمتر از ۱۲۶ mg/dl تعریف شد [۱۴].

تجزیه و تحلیل آماری داده ها: داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ آنالیز شدند و به صورت میانگین \pm انحراف معیار بیان شده‌اند. متغیرهای پایه براساس پیگیری وضعیت دیابت پس از ۳/۶ سال گزارش شده‌اند. برای تعیین اختلاف در متغیرهای پایه بین افراد دیابتی و غیردیابتی از آزمون‌های Mann-Wittney و Chi-Square به ترتیب برای متغیرهای پیوسته و گسسته استفاده شد. رگرسیون لجستیک برای محاسبه نسبت شانس (OR) و فاصله اطمینان ۹۵٪ در بروز دیابت نوع ۲ در ۳/۶ سال پیگیری براساس تعاریف سندرم متابولیک مورد استفاده قرار گرفت. مناسب بودن مدل‌های مورد استفاده با استفاده از آزمون برازش نیکویی Hosmer and Lemeshow انجام شد. اگر مقادیر Chi-Square حاصل از این آزمون معنی دار باشند، نشان دهنده مناسب نبودن مدل مورد استفاده است. در مدل‌ها متغیر وابسته بروز دیابت نوع ۲ و متغیرهای مستقل، وضعیت سندرم متابولیک در ابتدای ورود به مطالعه براساس تعاریف WHO، NCEP و IDF و IGT بودند. هر متغیر مستقل جداگانه بررسی شد و سن و جنس به عنوان کوواریانس گرفته شدند. مقایسه قدرت پیش بینی دیابت توسط IGT و تعاریف سندرم متابولیک به کمک مقایسه سطح زیر منحنی های Roc بعد از تعدیل سازی براساس سن مورد ارزیابی قرار گرفت. قدرت پیشگویی کننده حالت‌های تغییر داده شده تعریف NCEP با تعریف اصلی مقایسه شد. توان پیش بینی سه تعریف سندرم متابولیک بعد از وارد کردن سابقه خانوادگی دیابت به عنوان یک جز مورد ارزیابی قرار گرفت. برای محاسبه سطح زیر منحنی‌های راک و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن از نرم افزار STATA نسخه ۸ استفاده شد برای مقایسه وجود تفاوت معنی آماری بین سطح زیر منحنی های Roc از الگوریتم Delong استفاده شد [۱۵]. مقادیر P دو دامنه کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. مدل‌ها از نظر حساسیت، میزان مقادیر مثبت کاذب (FRR)، ارزش اخباری مثبت (PPV) و ارزش اخباری منفی (NPV) در بروز دیابت مورد مقایسه قرار گرفتند.

منجر به یک مدل ضعیف بر اساس آزمون برازش نیکویی Hosmer-Lemeshow گردید (داده ها نشان داده نشده است). نتایج محاسبات مربوط به میزان حساسیت، مقادیر مثبت کاذب (FPR)، ارزش های اخباری مثبت و منفی (به ترتیب PPV و NPV) در مورد سندرم متابولیک و IGT برای بروز دیابت در جدول نشان داده شده است. حساسیت تعاریف IDF و NCEP تغییر داده شده با قند خون ناشتای بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر برای پیش بینی بروز دیابت بیشتر بود (به ترتیب ۷۲/۱۹ و ۷۰/۴۳٪). اما کمترین میزان مثبت کاذب و بیشترین میزان ارزش اخباری مثبت مربوط به IGT و تعریف تغییر داده شده WHO بود.

توجهی در پیش بینی بروز دیابت نوع ۲ ایجاد کنند. اضافه نمودن سابقه فامیلی دیابت به اجزای دیگر تعاریف مختلف سندرم متابولیک و نیاز به ۳ از ۶ معیار در تعریف NCEP، ۲ از ۵ معیار در تعریف IDF و ۲ از ۴ معیار در تعریف WHO برای سندرم متابولیک، شیوع این سندرم را برطبق دو تعریف NCEP و IDF افزایش داد. اما این تغییرات میزان ارتباط و سطح زیر منحنی Roc برای بروز دیابت را در مقایسه با IGT بهبود نبخشید. همچنین نیاز به ۴ از ۶ معیار بنا به تعریف NCEP و ۳ از ۴ معیار بنا به تعریف WHO، شیوع این سندرم را در تمامی موارد کاهش داد و سطح زیر منحنی Roc را افزایش نداد. نیاز به ۳ از ۵ معیار، طبق تعریف IDF برای تشخیص سندرم متابولیک

جدول ۱- مشخصات پایه افراد پیگیری شده و پیگیری نشده بعد از ۲/۶ سال در مطالعه قند و لیپید تهران^a

وضعیت دیابت در پایان پیگیری		متغیر پایه
پیگیری شده (تعداد=۶۲۴۶)	پیگیری نشده (تعداد=۴۱۲۲)	
شاخص های آنتروپومتریک		
۴۲/۹±۱۳/۷	۳۹/۷±۱۴/۳*	سن (سال)
۵۸/۷	۵۶/۱*	جنس (درصد زنان)
۲۶/۹±۴/۸	۲۶/۲±۵/۱*	نمایه توده بدنی (Kg/m ²)
۸۸/۲±۱۱/۸	۸۶/۵±۱۲/۲*	اندازه دور کمر (cm)
۰/۸۷±۰/۰۸	۰/۸۶±۰/۰۸*	نسبت دور کمر به دور باسن
شاخص های بالینی		
۱۱۹±۱۸	۱۱۷±۱۸*	فشار خون سیستولیک (mmHg)
۷۷/۷±۱۰	۷۶/۸±۱۰*	فشار خون دیاستولیک (mmHg)
۵/۳	۵	درمان برای فشار خون بالا (درصد پاسخ آری)
۱/۵	۱/۰	درمان برای چربی های خون (درصد پاسخ آری)
۲۵/۸	۲۵/۴	سابقه فامیلی مثبت دیابت (درصد)
۱۱	۹*	سندرم متابولیک با تعریف WHO (درصد پاسخ آری)
۲۸/۲	۲۴/۰*	سندرم متابولیک با تعریف NCEP (درصد پاسخ آری)
۳۶/۸	۳۰/۷*	سندرم متابولیک با تعریف IDF (درصد پاسخ آری)
شاخص های آزمایشگاهی		
۹۰/۰±۹/۸	۸۹/۴±۹/۶*	قند خون ناشتا (mg/dl)
۱۰۷/۳±۲۹/۵	۱۰۵/۷±۲۹/۴*	قند خون دوساعته (mg/dl)
۱۶۶/۸±۱۰۳/۸	۱۵۷/۹±۱۱۲/۴*	تری گلیسرید سرمی (mg/dl)
۴۲/۴±۱۰/۹	۴۲/۲±۱۱/۰	HDL سرمی (mg/dl)
۲۱۰/۲±۴۵/۰	۲۰۲/۲±۴۴/۹*	کلسترول تام (mg/dl)
۱۴/۳	۱۲/۶*	تحمل گلوکز مختل (درصد)
۱۵/۵	۱۳/۳*	قند ناشتای مختل (درصد)

^a برای تعیین اختلاف در متغیرهای پایه بین افراد پیگیری شده و پیگیری نشده از آزمون های من ویتنی و مجذور کای به ترتیب برای متغیرهای پیوسته و گسسته استفاده شده است. تفاوت معنی دار با گروه پیگیری شده با P<۰/۰۵

جدول ۲- متغیرهای پایه در افراد غیردیابتی شرکت کننده در طرح قند و لیپید تهران که بر اساس وضعیت دیابت پس از ۳/۶ سال پیگیری طبقه بندی شده اند^a

وضعیت دیابت در پایان پیگیری		متغیر پایه
غیر دیابتی (تعداد=۱۸۸)		
(تعداد=۴۵۶۸)		
شاخص های آنتروپومتریک		
سن (سال)	۴۲/۶±۱۳/۶	۴۸/۸±۱۲/۵*
جنس (درصد زنان)	۵۸/۸	۶۰/۶
نمایه توده بدنی (Kg/m ²)	۲۶/۸±۴/۷	۲۹/۵±۴/۳*
اندازه دور کمر (cm)	۸۷/۹±۱۱/۶	۹۶/۳±۹/۸**
نسبت دور کمر به دور باسن	۰/۸۷±۰/۰۸	۰/۹۲±۰/۰۷*
شاخص های بالینی		
فشار خون سیستولیک (mmHg)	۱۱۸±۱۷	۱۲۹±۲۰*
فشار خون دیاستولیک (mmHg)	۷۷±۱۰	۸۲±۱۱*
درمان برای فشار خون بالا (درصد پاسخ آری)	۶/۰	۱۴/۹*
درمان برای چربی های خون (درصد پاسخ آری)	۲/۳	۴/۸*
سابقه فامیلی مثبت دیابت (درصد)	۲۵/۶	۴۲/۶*
سندرم متابولیک با تعریف WHO (درصد پاسخ آری)	۹/۲	۵۴/۸*
سندرم متابولیک با تعریف NCEP (درصد پاسخ آری)	۲۶/۷	۶۰/۸*
سندرم متابولیک با تعریف IDF (درصد پاسخ آری)	۳۵/۵	۷۲/۲*
شاخص های آزمایشگاهی		
قند خون ناشتا (mg/dl)	۸۹/۵±۹/۳	۱۰۱/۸±۱۱/۸*
قند خون دوساعته (mg/dl)	۱۰۵/۷±۲۸/۲	۱۴۶/۶±۳۴/۰*
تری گلیسرید سرمی (mg/dl)	۱۶۴/۲±۹۹/۳	۲۲۷/۳±۱۷۶/۸*
HDL سرمی (mg/dl)	۴۲/۵±۱۱/۰	۳۲/۶±۹/۵*
کلسترول تام (mg/dl)	۲۰۹/۶±۴۴/۷	۲۲۳/۱±۵۰/۸*
تحمل گلوکز مختل (درصد)	۱۲/۲	۶۴/۴*
قند ناشتای مختل (درصد)	۱۳/۶	۵۹/۶*

^a برای تعیین اختلاف در متغیرهای پایه بین افراد دیابتی و غیردیابتی از آزمون های من ویتنی و مجذور کای به ترتیب برای متغیرهای پیوسته و گسسته استفاده شده است.

* تفاوت معنی دار با گروه غیر دیابتی با P<۰/۰۵

جدول ۳- ارتباط IGT و تعاریف سندرم متابولیک با بروز دیابت پس از ۲/۶ سال پیگیری در افراد شرکت کننده در طرح قند و لیپید تهران که در شروع مطالعه غیر دیابتی بودند

متغیر مستقل	شیوع (درصد)	نسبت شانس (۹۵ درصد فاصله اطمینان) ^a	آماره χ^2 در تست Hosmer and Lemeshow (مقدار P) ^b	سطح زیر منحنی Roc (۹۵ درصد فاصله اطمینان)
IGT	۱۴/۳	۱۱/۹ (۸/۶-۱۶/۵)	۶ (۰/۶۴)	۰/۷۹ (۰/۷۶-۰/۸۳)
سندرم متابولیک با تعریف WHO	۱۱/۰	۱۱/۰ (۷/۹-۱۵/۳)	۶/۶ (۰/۶)	۰/۷۶ (۰/۷۲-۰/۷۹)*
سندرم متابولیک با تعریف IDF	۳۷/۰	۴/۳ (۳/۰-۶/۰)	۷/۳ (۰/۵)	۰/۸۳ (۰/۶۹-۰/۷۶)†
سندرم متابولیک با تعریف NCEP	۲۸/۱	۳/۷ (۲/۷-۵/۱)	۹/۵ (۰/۳)	۰/۷۲ (۰/۶۸-۰/۷۵)‡
سندرم متابولیک با تعریف NCEP با تغییر معیار قند خون به بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl	۳۱/۶	۴/۹ (۳/۵-۶/۹)	۱۰/۹ (۰/۲)	۰/۷۴ (۰/۷۱-۰/۷۷)*

a رگرسیون لجستیک تعدیل شده براساس سن و جنس برای محاسبه نسبت شانس (OR) و فاصله اطمینان ۹۵٪ در بروز دیابت نوع ۲ براساس تعاریف سندرم متابولیک مورد استفاده قرار گرفت. در مدل ها متغیر وابسته بروز دیابت نوع ۲ و متغیرهای مستقل وضعیت سندرم متابولیک در ابتدای ورود به مطالعه براساس تعاریف WHO، NCEP، IDF و IGT بودند هر متغیر مستقل جداگانه بررسی شد.

b مناسب بودن مدل های مورد استفاده با استفاده از آزمون برازش نیکویی Hosmer and Lemeshow بررسی شد، اگر مقادیر χ^2 حاصل از این آزمون معنی دار باشند نشان دهنده مناسب نبودن مدل مورد استفاده است.

* $P < 0/01$ ، † $P < 0/05$ ، ‡ $P < 0/05$ در مقایسه با سندرم متابولیک با تعریف WHO

جدول ۴- ارتباط سندرم متابولیک با تعریف NCEP و اشکال تغییر کرده آن با بروز دیابت پس از ۲/۶ سال پیگیری در افراد شرکت کننده در طرح قند و لیپید تهران که در شروع مطالعه غیر دیابتی بودند

متغیر مستقل	شیوع (درصد)	نسبت شانس (۹۵ درصد فاصله اطمینان) ^a	آماره χ^2 در تست Hosmer and Lemeshow (مقدار P) ^b	سطح زیر منحنی راک (۹۵ درصد فاصله اطمینان)
سندرم متابولیک با تعریف NCEP (تعریف اصلی)	۲۸/۱	۳/۷ (۲/۷-۵/۱)	۹/۵ (۰/۳)	۰/۷۲ (۰/۶۸-۰/۷۵)
قند بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl	۳۱/۶	۴/۹ (۳/۵-۶/۹)	۱۰/۹ (۰/۲۱)	۰/۷۴ (۰/۷۱-۰/۷۷)*
قند بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl و BMI بزرگتر یا مساوی ۳۰ kg/m ²	۲۹/۰	۴/۷ (۳/۴-۶/۵)	۸/۹ (۰/۳۵)	۰/۷۴ (۰/۷۰-۰/۷۷)
قند بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl و BMI بزرگتر یا مساوی ۲۵ kg/m ²	۴۴/۴	۴/۲ (۲/۹-۶/۰)	۶/۹ (۰/۵۵)	۰/۷۲ (۰/۶۹-۰/۷۵)
قند بزرگتر یا مساوی ۱۱۰ mg/dl و BMI بزرگتر یا مساوی ۳۰ kg/m ²	۲۵/۵	۳/۵ (۲/۵-۴/۷)	۱۱/۸ (۰/۱۶)	۰/۷۲ (۰/۶۸-۰/۷۵)
قند بزرگتر یا مساوی ۱۱۰ mg/dl و BMI بزرگتر یا مساوی ۲۵ kg/m ²	۴۰/۹	۳/۲ (۲/۳-۴/۴)	۱۰/۸ (۰/۲۲)	۰/۷۰ (۰/۶۷-۰/۷۴)

a رگرسیون لجستیک تعدیل شده براساس سن و جنس برای محاسبه نسبت شانس (OR) و فاصله اطمینان ۹۵٪ در بروز دیابت نوع ۲ براساس تعاریف سندرم متابولیک مورد استفاده قرار گرفت.

b مناسب بودن مدل های مورد استفاده با استفاده از آزمون برازش نیکویی Hosmer and Lemeshow بررسی شد، اگر مقادیر χ^2 حاصل از این آزمون معنی دار باشند نشان دهنده مناسب نبودن مدل مورد استفاده است.

* $P < 0/01$ در مقایسه با سندرم متابولیک با تعریف NCEP (تعریف اصلی)

جدول ۵- حساسیت، مقدار مثبت کاذب، ارزش اخباری مثبت و منفی برای IGT و تعاریف متفاوت سندرم متابولیک در تعیین خطر دیابت نوع ۲ با ۳/۶ سال پیگیری

حساسیت (درصد)	ویژگی (درصد)	مقدار مثبت کاذب (درصد)	مقدار منفی کاذب (درصد)	ارزش اخباری مثبت (درصد)	ارزش اخباری منفی (درصد)
IGT	۶۴/۳۶	۸۷/۸۱	۱۲/۱۹	۳۵/۶۴	۹۸/۳۶
سندرم متابولیک با تعریف WHO	۵۴/۷۹	۹۰/۸۱	۹/۱۹	۴۵/۲۱	۹۷/۹۹
سندرم متابولیک با تعریف NCEP (تعریف اصلی)	۶۰/۷۵	۷۳/۲۷	۲۶/۷۳	۳۹/۲۵	۹۷/۸۲
سندرم متابولیک با تعریف IDF	۷۲/۱۹	۶۴/۴۸	۳۵/۳۲	۲۷/۸۱	۹۸/۲۴
سندرم متابولیک با تعریف NCEP (با قند بزرگتر یا مساوی ۱۰۰mg/dl)	۷۰/۴۳	۶۹/۹۹	۳۰/۰۱	۲۹/۵۷	۹۸/۲۷

بحث

این مطالعات چاقی و قند خون ۲ ساعته پایه بیش از مابقی اجزای سندرم متابولیک پیشرفت به سمت IGT و دیابت را نشان دادند. مطالعه اخیر ما آشکار کرد که در جمعیت ایرانی، نمایه توده بدنی، فشار خون سیستولیک و سن متغیرهای مستقل مرتبط با IGT و دیابت می باشند [۲۱]. در مطالعه حاضر پیش بینی کننده کلی بروز دیابت (که با سطح زیر منحنی Roc نشان داده شد) برای IGT بالاتر از تمامی تعاریف سندرم متابولیک بود. بنا براین، هر چند که متغیرهای سندرم متابولیک تمایل به هم گروهی دارند اما به نظر می رسد که خطر بروز دیابت نوع ۲ وابستگی به قدرت هر یک از متغیرها داشته باشد تا اثر تجمعی آنها. تعریف چاقی و سطح گلوکز در معیار NCEP برای سندرم متابولیک موضوع بحث انگیزی است و تعدادی از تغییرات پیشنهاد شده اند از جمله بکار بردن نمایه توده بدنی به جای اندازه دور کمر [۱۷] و کاهش سطح گلوکز [۲۲, ۲۳]. مطالعه اخیر، نشان داد که تغییر تعریف NCEP با کاهش سطح گلوکز، منجر به افزایش میزان حساسیت در پیش بینی بروز دیابت شده اما این افزایش با کاهش قابل ملاحظه ای در میزان ویژگی همراه نگردید و لذا سبب

این مطالعه آینده نگر که در یک جمعیت از بالغین شهرنشین ایرانی انجام شد، نشان داد که تمام تعاریف مختلف سندرم متابولیک بروز دیابت را با احتمال ۱۱-۳ برابر در طی یک مدت پیگیری ۳/۶ سال پیش بینی کردند. هر چند که میزان پیش بینی دیابت در این تعاریف نسبت به IGT پایین تر بود. به علاوه ما دریافتیم که هر دو تعریف NCEP با قند خون ناشتای بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl و IDF دارای قدرت پیش بینی بروز دیابت حداقل به اندازه تعریف WHO بودند، اما تعدیل اجزای چاقی یا اضافه نمودن سابقه خانوادگی دیابت به این تعریف سطح زیر منحنی Roc را افزایش نداد. مطالعات معدودی مستقیماً به مقایسه تعاریف WHO، IDF و NCEP در ارتباط با بروز دیابت پرداخته اند و نشان داده اند که این تعاریف پیش بینی کننده های با قدرت برای دیابت هستند [۱۸-۱۶] هرچند که نتایج آنها یکسان و یکنواخت نبوده است. اما در دو مطالعه بر روی جمعیت چین [۱۹] و هند [۲۰] ارتباط معنی داری بین سندرم متابولیک و بروز دیابت نوع ۲ نشان داده نشده است. در

۹۸٪) هرچند که ارزش اخباری مثبت تعاریف سندرم متابولیک برای بروز دیابت در مطالعه ما کمتر از سایر مطالعات بود [۲۲، ۲۸]. این مطالعه چند محدودیت داشت. نخست این که، تقریباً ۴۰٪ از شرکت کنندگان اولیه مطالعه هم گروهی ما به دلیل فقدان پیگیری از بررسی حذف شدند. این گروه از نظر مشخصات پایه سالمتر بودند، بنابراین ممکن است میزان بروز دیابت را در جمعیت عمومی بیشتر تخمین زده باشیم. دوم این که، ما از تعریف تغییر داده شده WHO، که فاقد اندازه گیری آلبومین ادرار و انسولین سرم بود استفاده کردیم. از آنجا که اختلال تحمل گلوکز به خودی خود یک پیش بینی کننده قدرتمند برای دیابت [۲۶، ۲۷] می باشد، انتظار بر آن است که سندرم متابولیک تعریف شده بر مبنای WHO بهتر از سایر تعاریف، بروز دیابت را پیش بینی کند. با این وجود، در مطالعه حاضر با بررسی تفاوت های سطح زیر منحنی های ROC، تغییر تعریف WHO، ارجحیتی را بر تعریف تغییر داده شده NCEP (با قند خون ناشتای بزرگتر یا مساوی ۱۰۰ mg/dl و تعریف IDF نشان نداد. نتایج ما توسط مطالعه Hanely و همکاران [۱۶] حمایت می گردد. آنان از تعریف بدون تغییر WHO استفاده نمودند و نشان دادند که تفاوتی در میزان پیش بینی بروز دیابت در میان سه تعریف NCEP، WHO و IDF دیده نشد. نقطه قوت مطالعه حاضر در این می باشد که در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت شهر تهران از دیدگاه جامع تری به بررسی ارتباطات بالینی سندرم متابولیک با بروز دیابت با در نظر گرفتن میزان حساسیت، میزان مثبت کاذب، ارزش های اخباری مثبت و منفی و سطح زیر منحنی ROC پرداخته شد، که همان گونه که دیگران پیشنهاد کرده اند، استفاده از معیارهای فوق مناسب تر از تعیین نسبت احتمال و خطر نسبی است [۲۹، ۳۰]. در مجموع به نظر می رسد که در جمعیت بالغین ایرانی، تمامی تعاریف مختلف سندرم متابولیک برای یافتن افراد در معرض خطر دیابت نوع ۲ مفید می باشند، هر چند که هیچ کدام از آنها نتوانست بر نقش اختلال تحمل گلوکز در این پیش بینی ارجحیتی داشته باشد. تعاریف NCEP (با سطح قند بزرگتر یا مساوی

افزایش معنی داری در سطح زیر منحنی roc شد. Von Eckardstein و همکاران [۲۳] در مطالعه PROCAM و همکاران [۲۲] در Antonio Heart Study، با بکار بردن سطح پایین تر قند خون ناشتا توانایی بهبود یافته ای را در پیش بینی بروز دیابت نوع ۲ نشان دادند لیکن مطالعه Hanley و همکاران [۱۶] یافته فوق را بدست نیاورد.

در مقایسه با فزونی چربی زیر جلدی، اندازه دور کمر تأثیر زیان آورتری برالگوی متابولیک دارد [۲۴] و به عنوان جایگزینی برای نمایه توده بدنی در مطالعات اپیدمیولوژیک و مشخص نمودن سندرم متابولیک پیشنهاد می گردد [۹، ۲۵]. بنا بر اطلاعات ما، استفاده از نمایه توده بدنی به جای اندازه دور کمر در تعریف NCEP تفاوتی را در پیش بینی بروز دیابت نشان نداد. که این مسأله ممکن است بر پایه این واقعیت باشد که اندازه دور کمر یک نماینده غیر مستقیم بافت چربی مرکزی است. همچنین این یافته از نقش مهم چاقی عمومی در پیش بینی بروز دیابت خبر می دهد [۲۶]. Henly و همکاران [۱۶] نیز در یک مطالعه بر روی جمعیتی متشکل از چند نژاد نشان دادند، استفاده از نمایه توده بدنی به جای اندازه دور کمر تقریباً اثر مشابهی در پیش بینی بروز دیابت دارد. پیشنهاد شده است که فقدان سابقه خانوادگی در تعاریف سندرم متابولیک نقطه ضعیف این سندرم در مقایسه با سایر مدل های پیش بینی کننده بروز دیابت می باشد [۲۷]، اما وارد نمودن سابقه خانوادگی به تمامی تعاریف، نتوانست نقش سندرم متابولیک را در پیش بینی بروز دیابت نسبت به اختلال تحمل گلوکز بهبود بخشد. در این مطالعه، میزان حساسیت و میزان مثبت کاذب پیش بینی بروز دیابت برای تعریف IDF بیشترین بود (به ترتیب ۷۲ و ۳۶٪). این یافته مشابه نتایج Lorenzo و همکاران در San Antonio Heart Study [۱۷] بود که نشان دادند تعریف IDF دارای بیشترین حساسیت و کمترین ویژگی می باشد. اخیراً Cheung و همکاران [۲۸] نشان دادند که تعریف NCEP حساسیت بیشتری نسبت به معیار IDF دارد (۴۱/۹ در مقابل ۳۱/۷). در مطالعه ما، ارزش اخباری منفی (NPV) تمامی تعاریف، برای بروز دیابت مشابه با سایر مطالعات، بالا بود (حدود

سپاسگزاری:

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از پژوهشگرده علوم غدد درون ریز و متابولیسم به جهت حمایت مالی این طرح (طرح شماره ۱۲۱) بیان می دارند.

۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر) و IDF در پیش بینی بروز دیابت نوع ۲ مانند تعریف WHO عمل کردند.

ماخذ

- Hunter SJ, Garvey WT. Insulin action and insulin resistance: diseases involving defects in insulin receptors, signal transduction, and the glucose transport effector system. *Am J Med* 1998;105:331-345.
- Cefalu WT. Insulin resistance: cellular and clinical concepts. *Exp Biol Med* (Maywood) 2001;226:13-26.
- Liese AD, Mayer-Davis EJ, Haffner SM. Development of the multiple metabolic syndrome: an epidemiologic perspective. *Epidemiol Rev* 1998; 20:157-172.
- Stern MP, Williams K, Haffner SM. Do we need the oral glucose tolerance test to identify future cases of type 2 diabetes? *Diabetes Care* 2003;26:940-941.
- Adult treatment Panel. 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) final report. *Circulation* 2002;106:3143-3421.
- Hanson RL, Imperatore G, Bennett PH, Knowler WC. Components of the "metabolic syndrome" and incidence of type 2 diabetes. *Diabetes* 2002;51:3120-3127.
- Resnick HE, Jones K, Ruotolo G, Jain AK, Henderson J, Lu W, et al. Insulin resistance, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular disease in nondiabetic american indians: the Strong Heart Study. *Diabetes Care* 2003;26:861-867.
- World Health Organization Consultation. WHO. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. 1999; report No. 99.2 WHO, Geneva. 1999.
- Expert panel on detection evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive Summary of The 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). *JAMA* 2001;285:2486-2497.
- Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome--a new worldwide definition. *Lancet* 2005;366:1059-1062.
- Zabetian A, Hadaegh F, Azizi F. Prevalence of metabolic syndrome in Iranian adult population, concordance between the IDF with the ATP III and the WHO definitions. *Diabetes Res Clin Pract* 2007;77:251-257.
- Azizi F, Rahmani M, Emami H, Madjid M. Tehran Lipid and Glucose Study: Rationale and Design. *CVD Prevention* 2000;3:242-247.
- Laaksonen DE, Lakka HM, Niskanen LK, Kaplan GA, Salonen JT, Lakka TA. Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2002;156:1070-1077.
- Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997;20:1183-1197.
- DeLong ER, DeLong DM, Clarke-Pearson DL. Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. *Biometrics* 1988;44:837-845.
- Hanley AJ, Karter AJ, Williams K, Festa A, D'Agostino RB, Jr., Wagenknecht LE, et al. Prediction of type 2 diabetes mellitus with alternative definitions of the metabolic syndrome: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *Circulation* 2005; 112 :3713 -3721.
- Lorenzo C, Williams K, Hunt KJ, Haffner SM. The National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:8-13.
- Wang JJ, Hu G, Miettinen ME, Tuomilehto J. The metabolic syndrome and incident diabetes:

- assessment of four suggested definitions of the metabolic syndrome in a Chinese population with high post-prandial glucose. *Horm Metab Res* 2004;36:708-715.
19. Wang JJ, Hu G, Lappalainen J, Miettinen ME, Qiao Q, Tuomilehto J. Changes in features of the metabolic syndrome and incident impaired glucose regulation or type 2 diabetes in a chinese population. *Diabetes Care* 2005;28:448-450.
 20. Ramachandran A, Snehalatha C, Satyavani K, Sivasankari S, Vijay V. Metabolic syndrome does not increase the risk of conversion of impaired glucose tolerance to diabetes in Asian Indians--Result of Indian diabetes prevention programme. *Diabetes Res Clin Pract* 2007;76:215-218.
 21. Hadaegh F, Harati H, Ghasemi A, Tohidi M, Zabetian A, Mehrabi Y, et al. Using common clinical data improves the prediction of abnormal glucose tolerance by the new criteria of impaired fasting glucose: Tehran lipid and glucose study. *Diabetes Res Clin Pract* 2007;77:459-464.
 22. Lorenzo C, Okoloise M, Williams K, Stern MP, Haffner SM. The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes: the San Antonio heart study. *Diabetes Care* 2003;26:3153-3159.
 23. von Eckardstein A, Schulte H, Assmann G. Risk for diabetes mellitus in middle-aged Caucasian male participants of the PROCAM study: implications for the definition of impaired fasting glucose by the American Diabetes Association. Prospective Cardiovascular Munster. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:3101-3108.
 24. Gasteyger C, Tremblay A. Metabolic impact of body fat distribution. *J Endocrinol Invest* 2002; 25: 876-883.
 25. Lemieux I, Pascot A, Couillard C, Lamarche B, Tchernof A, Almeras N, et al. Hypertriglyceridemic waist: A marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia; hyperapolipoprotein B; small, dense LDL) in men? *Circulation* 2000;102:179-184.
 26. Bonora E, Kiechl S, Willeit J, Oberhollenzer F, Egger G, Meigs JB, et al. Population-based incidence rates and risk factors for type 2 diabetes in white individuals: the Bruneck study. *Diabetes* 2004;53:1782-1789.
 27. Stern MP, Williams K, Gonzalez-Villalpando C, Hunt KJ, Haffner SM. Does the metabolic syndrome improve identification of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease? *Diabetes Care* 2004;27:2676-2681.
 28. Cheung BM, Wat NM, Man YB, Tam S, Thomas GN, Leung GM, et al. Development of diabetes in Chinese with the metabolic syndrome: a 6-year prospective study. *Diabetes Care* 2007;30:1430-1436.
 29. Pepe MS, Janes H, Longton G, Leisenring W, Newcomb P. Limitations of the odds ratio in gauging the performance of a diagnostic, prognostic, or screening marker. *Am J Epidemiol* 2004;159:882-890.
 30. Lloyd-Jones DM, Liu K, Tian L, Greenland P. Narrative review: Assessment of C-reactive protein in risk prediction for cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 2006;145:35-42