بررسی عوامل موثر بر سطح پلاسمایی هوموسریتی تام در جمعیت شهری ۶۴-۲۵ ساله

سوانی با یک‌تایی نتایج جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مطالعه هوموسریتی تهران (۱۳۸۲-۱۳۸۴)

حسین فخرزاده، سارا فاطمی، رامین حکمت، رسول پور ابراهیمی، مصباح‌نوری، ضیاء الدین شفایی، باتری لازیانی

چکیده

مقدمه: هوموسریتی، یک عامل خطرزای مستقل بیماری‌های قلبی و عروق است. بنابراین، تعیین عوامل موثر بر آن در بررسی نقش پاتولوژیک و کاهش مقدمات آن، اهمیت ویژه‌ای دارد. هدف از مطالعه حاضر، تعیین عوامل موثر بر غلظت هوموسریتی است.

روش‌ها: این بررسی با انجام یک مطالعه مقطعی در قابل "مطالعه هوموسریتی تهران" بر روی ۱۲۴۱ نفر مرد و زن در سال ۱۳۸۴ ر metod یافته است. به معنی بررسی مقایسه هوموسریتی فولاتن، ویتامین B۱۲، تری کلسترول، کلسترول در شرایط خون و کشیدن سیگار با مراجعه به منزل و تکمیل پرسشنامه، مشخصاتی و نحوه‌گیری از نمونه‌ها تریب یافته است.

یافته‌ها: ۱۱۱ نفر مرد مطالعه قرار گرفتند که ۲۴ نفر (۲۲/۷۲ درصد) و ۷۷۵ نفر (۷۷/۲۸ درصد) زن بودند. شیوع هیری‌سریتی در مردان و زنان به طور معنی‌دار اختلاف داشت (۹/۲/۴ درصد) با افزایش سن افزایش می‌یافت. فولاتن و ویتامین B۱۲ با نوع ویتامین سایر مکروس نواحی می‌دانستند و از بخشی بیشتر، هوموسریتی رابطه منفی می‌نماید در با سطح LDL-C سطح و ابتلا به دیابت داشته باشد. بنابراین، جنس مشترک، سیگار کشیدن و نمایندگی توده، رابطه مثبت منفی دارد. سطح فولاتن و ویتامین B۱۲ با سطح LDL-C سطح و ابتلا به دیابت داشته باشد. بنابراین، جنس مشترک، سیگار کشیدن و نمایندگی توده، رابطه مثبت منفی دارد.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که فشار سطحی بیماری‌های قلبی و عروقی، در جمعیتی دانشگاهی مثل تهران، به همراه حقایقی یافته شد که بر روی توزیع پلاسمایی هوموسریتی تاثیر می‌گذارد. این نتیجه به نشانه‌گیری افزایش درافتا در مسیر عوامل جسمانی مثل عوامل قلبی و عروقی باعث می‌شود که در این گونه عوامل موثر بیشتری بر بیماری‌های قلبی-عروقی سنجیده شود.

واژگان کلیدی: هوموسریتی، عوامل موثر بر هوموسریتی، بیماری‌های قلبی-عروقی، سن، جنس

۱- مرکز تحقیقات علوم پزشکی تهران

* نوشته‌نامه: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، مرکز تحقیقات علوم پزشکی تهران

emrc@sina.tums.ac.ir

پیام اینترنتی:

پست الکترونیک: ۰۲۱۳۸۰۰۹۹۹

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۳/۱۴

تاریخ پذیرش: ۸۸/۰۳/۰۳
سطح هوموسیسانتین‌ین در جنس دخالته باشد.

[۲۱] حضور ارث کوآنزئی فولت و وینتمن در B1 به همراه بهبودی هوموسیسانتین‌ین، از متابولیسم هوموسیسانتین‌ین ضروری است. نابرابری با کاهش میزان فولت و وینتمن B1 سطح هوموسیسانتین‌ین تام بلافاصله می‌تواند با قابلیت نگهداری مفعول سطح محسوب می‌شود. 

اکستین‌ون C، اثرات تکیه‌گاهی هوموسیسانتین در نوسان‌های آندونتیال، آسپریدن نیکوتین و عضلات با افزایش نسبی می‌تواند DNA هوموسیسانتین‌ین با احتمال تغییرات در افراد مبتلا به هیپرتروفی کازم قیمت‌اند [۲۰].

اهسته‌های متفاوت در شاخه [۱۷و1۸].

بله، بسیاری از عوامل مؤثر بر میزان هوموسیسانتین‌ین در افراد مبتلا به هیپرتروفی کازم می‌باشد. احتمالاً در جنگ‌های مزاحم، مطالعات زیادی در سراسر جهان به نظر می‌رسد عوامل مؤثر بر غلظت هوموسیسانتین‌ین انجام پذیرفت، این مطالعات نقش مهمی در شفاف‌سازی اطلاعات مربوط به هوموسیسانتین داشته‌اند.

به‌طور خاص، هر دو عوامل مؤثر بر میزان هوموسیسانتین‌ین عارضه از سن، جنس، عوامل زنگینی، وینتمن‌های گروه B، توشیدن چای، فمین و تجویز سیگار، فعالیت‌های فیزیکی و برخی از عوامل خطرزایی بین‌مایه‌ای قلبی [۲۰]

 mamma
a
b
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

Downloaded from ijdltums.ac.ir at 12:26 IRDT on Thursday May 14th 2020
آمارهای یکی از مشکلات مهم در جامعه، آنفولانس است. این مشکل به‌طور مستقیم خاصیت‌های فیزیولوژیک، فیزیکی، جوش و جلوگیری از آنفولانس در جمعیت‌های مختلفی به‌خصوص در جمعیت‌های سنگین و به‌طور کلی در جمعیت‌های اجتماعی و اکثر بخشی از جمعیت‌های اقتصادی نیز مشاهده شده است. این مشکل باعث ایجاد تغییرات در سطح جهان، باعث ایجاد تغییرات در سطح جهان می‌شود و نیازمند آمادگی و درک جامعه است.

در جمعیت‌های اجتماعی و اکثر بخشی از جمعیت‌های اقتصادی نیز مشاهده شده است. این مشکل باعث ایجاد تغییرات در سطح جهان، باعث ایجاد تغییرات در سطح جهان می‌شود و نیازمند آمادگی و درک جامعه است.

## (BMI)

BMI به شکلی که در مقاله (BMI) بیان شده، فاصله‌ای نسبی بین وزن بدن و ارتفاع بدن است. BMI بایستی در حدود 18.5 تا 24.9 باشد. BMI بایستی در حدود 18.5 تا 24.9 باشد.

## (SDB)

SDB بیماری‌هایی است که در آن فاصله سوخته سلول‌ها در جسم بدن ناشی از کاهش ازدحام سلول‌ها و در کل بدن است. SDB بایستی در حدود 18.5 تا 24.9 باشد.

## (DBP)

DBP بیماری‌هایی است که در آن فاصله سوخته سلول‌ها در جسم بدن ناشی از کاهش ازدحام سلول‌ها و در کل بدن است. DBP بایستی در حدود 18.5 تا 24.9 باشد.

## (CHD)

CHD بیماری‌هایی است که در آن فاصله سوخته سلول‌ها در جسم بدن ناشی از کاهش ازدحام سلول‌ها و در کل بدن است. CHD بایستی در حدود 18.5 تا 24.9 باشد.

## (TIA)

TIA بیماری‌هایی است که در آن فاصله سوخته سلول‌ها در جسم بدن ناشی از کاهش ازدحام سلول‌ها و در کل بدن است. TIA بایستی در حدود 18.5 تا 24.9 باشد.

## (IPT)

IPT بیماری‌هایی است که در آن فاصله سوخته سلول‌ها در جسم بدن ناشی از کاهش ازدحام سلول‌ها و در کل بدن است. IPT بایستی در حدود 18.5 تا 24.9 باشد.
از مطالعه، شاخص‌های زیر اندام‌گیری شبدن: هوموسیستین تام پلارسما، فولات و ویتامین B12 در گروه‌های حریق‌های و قد خون هوموسیستین تام نموده‌ها با روش High Performance Liquid Chromatography (HPLC) (ICN York) ثبت شدند.

جدول ۱ - طبقه‌بندی مقادیر مختلف هوموسیستین

<table>
<thead>
<tr>
<th>مقدار هوموسیستین</th>
<th>مقدار هوموسیستین خفیف</th>
<th>هوموسیستین متوسط</th>
<th>هوموسیستین شدید</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&gt; 400</td>
<td>300 ≤ 400</td>
<td>200 ≤ 300</td>
<td>≤ 200</td>
</tr>
</tbody>
</table>

واحد مقادیر هوموسیستین μmol/l

جدول ۲ - مشخصات شرکت کنندگان بر اساس متغیرهای مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>زبان (n = 75)</th>
<th>مردان (n = 416)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>43.7 ± 11/3</td>
<td>42/49 ± 12/3</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن (kg)</td>
<td>75/24 ± 14/10</td>
<td>76/9 ± 14/10</td>
</tr>
<tr>
<td>قد (cm)</td>
<td>159/10 ± 10/0</td>
<td>169/10 ± 10/0</td>
</tr>
<tr>
<td>دور کمر (cm)</td>
<td>91/29 ± 12/55</td>
<td>92/5 ± 12/55</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدنی (kg/m^2)</td>
<td>26/55 ± 14/22</td>
<td>26/55 ± 14/22</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار (鹳)</td>
<td>1/7</td>
<td>1/7</td>
</tr>
<tr>
<td>(mg/dl) FBS</td>
<td>79/23 ± 31/5</td>
<td>80/19 ± 31/5</td>
</tr>
<tr>
<td>(mg/dl) TC</td>
<td>168/10 ± 33/56</td>
<td>168/10 ± 33/56</td>
</tr>
<tr>
<td>(mg/dl) HDL – C</td>
<td>54/27 ± 16/36</td>
<td>54/27 ± 16/36</td>
</tr>
<tr>
<td>(mg/dl) LDL – C</td>
<td>98/52 ± 27/55</td>
<td>98/52 ± 27/55</td>
</tr>
<tr>
<td>(mg/dl) TG</td>
<td>196/50 ± 132/44</td>
<td>196/50 ± 132/44</td>
</tr>
</tbody>
</table>

فارش خون:

- (mm Hg) SBP: 127/61 ± 22/23
- (mm Hg) DBP: 82/67 ± 12/24
- (mm Hg) MBP: 99/17 ± 12/32
- (mm Hg) PBP: 32/19 ± 12/36

- هوموسیستین (μmol/L): 14/24 ± 12/56
- فولات (nmol/L): 3/56 ± 1/64
- ویتامین (nmol/L): 0/51 ± 2/33

- B12 (nmol/L): 25/72 ± 1/85

مقادیر به صورت میانگین هندسی ± انحراف معیار بیان شده‌اند. ** از نظر احتمال نمایش داده شده‌اند. * از نظر متوسط مقدارزده‌اند.

* مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند. ** مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند. (geometric mean) (P<0/05)
جدول ۳ - مشخصات شموع‌ها براساس چارکه‌های هوموسبین‌های تام پلاسما

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرها</th>
<th>خلاصه‌ی</th>
<th>I</th>
<th>II</th>
<th>III</th>
<th>IV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>۲۱/۴۵</td>
<td>۱۸/۶۸</td>
<td>۱۸/۴۷</td>
<td>۲۴/۳۹</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جنس (مرد</td>
<td>۱۱/۳</td>
<td>۱۶/۳۵</td>
<td>۱۴/۸</td>
<td>۱۸/۹</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(kg/m²) BMI</td>
<td>۲۸/۴۷</td>
<td>۲۸/۱۵</td>
<td>۲۷/۸۲</td>
<td>۲۸/۲</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سیگاری بودن</td>
<td>۴/۲</td>
<td>۷/۲</td>
<td>۸/۸</td>
<td>۴/۶</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کلسسترول تام (mg/dl)</td>
<td>۱۸۳/۳۲</td>
<td>۱۷۹/۳۵</td>
<td>۱۸۴/۳۰</td>
<td>۲۰۶/۲۲</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تری کلرپرید (mg/dl) FBS</td>
<td>۸۰/۲</td>
<td>۸۰/۸</td>
<td>۸۱/۸</td>
<td>۸۰/۲</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ابتلا به دیابت</td>
<td>۱۳/۵۶</td>
<td>۱۳/۷۶</td>
<td>۱۳/۶۷</td>
<td>۱۳/۴۷</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(mm Hg) SBP</td>
<td>۱۳۲/۷۶</td>
<td>۱۳۲/۷۶</td>
<td>۱۳۳/۷۶</td>
<td>۱۳۲/۷۶</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(mm Hg) DBP</td>
<td>۸۱/۶۸</td>
<td>۸۱/۶۸</td>
<td>۸۱/۶۸</td>
<td>۸۱/۶۸</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(mm Hg) MBP</td>
<td>۹۵/۶۶</td>
<td>۹۴/۹۴</td>
<td>۹۴/۹۴</td>
<td>۹۵/۶۶</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(mm Hg) PBP</td>
<td>۲۲/۰۴</td>
<td>۲۱/۱۹</td>
<td>۲۱/۱۹</td>
<td>۲۲/۰۴</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>داشتن فشار خون بالا</td>
<td>۳/۷۲</td>
<td>۴/۸</td>
<td>۵/۷۲</td>
<td>۳/۷۲</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>هوموسبین‌های (pmol/L)</td>
<td>۸/۱۲</td>
<td>۹/۵۴</td>
<td>۹/۶۳</td>
<td>۸/۱۲</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فولات (nmol/L) B۱۲</td>
<td>۳/۲۴</td>
<td>۳/۲۴</td>
<td>۳/۲۴</td>
<td>۳/۲۴</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ونیمین</td>
<td>۶/۲۹</td>
<td>۶/۲۹</td>
<td>۶/۲۹</td>
<td>۶/۲۹</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*گمان‌گر هندسی*<br>از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P<0.05)<br>\[ {SBP + 2DBP} \div 3 \]

کلسسترول تام سرم، تری کلرپرید تام و HDL-C روش‌های آنزیم‌اتیک استاندارد (Pars Azmun, Iran) ارجیابی گردیدند. محاسبه‌گرده کلسسترول (۲۴) و در نمونه‌های بایری گردید. با استفاده از معادله فردی‌والد محاسبه‌گرده و در نمونه‌های بایری گردید. محاسبه‌گرده بایری گردید (۲۴) و در نمونه‌های Bایری گردید (Pars Azmun, Iran).<br>شد. گلکار (Pars Azmun, Iran) پلاسمای با گلکار اکسیدازه داشته گرفته شد.<br>اندازه‌گیری و تحلیل داده‌ها

تمامی این نمودارها از اساس جنسی تفکیک شده، بر اساس سن و وزن هوموسبین‌های پلاسمای گروه‌های سنی ۲۵-۳۵ و ۳۶-۴۵
این ارقام در زنان همین دو گروه سنی به ترتیب 8/3/6 و 9/0/1/2/4/7 دارد. از 191 نفر، تنها 132 نفر (12/1/0/7/1/1) دارای حیپرسوسپین چربی و 183 نفر (16/7/0/1/9/7) عملکرد مناسبی و 65 نفر (6/7/0/1/6/2) هیپرسوسپین چربی و فاصله اطمینان 95/8/ ارائه گردید. ونر-کارکردهای ویروسی تهیه کننده اسکالار موتورهای مثبت و مرطوب را بررسی کردند. دو بخش از آن انتقال چند متغیره وارد شد. کلیه مقادیر به صورت مناسب 0 0 انجام معیار ارائه شده‌اند. Chi۲ برای تغییرات هر یک از متغیرهای کیفی بین چارک های (Chi۲ for Trend) اخذ (جدول 3).

در آنلاین چند متغیره که بر روی شکل هیپرسوسپین (متغیر تغییر داده شده) با استفاده از رگرسیون خطی نمودار هر یک از عوامل تغییر ای و میزان سطح تغییرات نتیجه‌گیری به صورت 0 0 تا 0 9 از همین با 0 6 و 0 2/1/1/6 رابطه مثبت، عناصر و ویتامین 0/7 با هیپرسوسپین تام پلاسما، عناصر و ویتامین 0/7 با هیپرسوسپین رابطه مثبت داشتند. دارای اثر معیاری (CI = 0/2—0/95) 4/3 دارند. در حضور عوامل تغییرات داده شده 0 1 تکنیک داده شده برای ویتامین

\[ B12 = \frac{CI = 0/2—0/95}{0/7} = 0/2/1/1/6 \]

در این تعداد 0 1 متغیرهای مثبت مطالعه و است. تعداد 40 نفر از مردان (4/6/7/4/7/6/2/4/1/1/6/6) و 34 نفر از زنان (4/6/7/4/7/4/7/6/2/4/1/1/6/6) تا 0 6 و 0 2/1/1/6 انتقال چند متغیره داشتند که بین در جنس انتقال عناصر دارای رابطه مثبت 0/6/2/4/1/1/6/6/2/4/1/1/6/6. در میزان گروه سنی 55-65 سال، به ترتیب 0/6/2/4/1/1/6/6/2/4/1/1/6/6 و 0/6/2/4/1/1/6/6/2/4/1/1/6/6 از این در مورد مقایسه فارا 0 4 بررسی 0 0 و 0 4 تیپ گردید. از این تعداد 0 1/2/1/1/6 دارای معیارهای مثبت و مرطوب شد. کلیه مقایسه کارکردهای آزمایشگاهی و آنرگوپسپین 0 1 6/2/4/1/1/6/6/2/4/1/1/6/6 دارای معیارهای مثبت و مرطوب شد. کلیه مقایسه کارکردهای آزمایشگاهی و آنرگوپسپین 0 1 6/2/4/1/1/6/6/2/4/1/1/6/6 دارای معیارهای مثبت و مرطوب شد. کلیه مقایسه کارکردهای آزمایشگاهی و آنرگوپسپین 0 1 6/2/4/1/1/6/6/2/4/1/1/6/6 دارای معیارهای مثبت و مرطوب شد. کلیه مقایسه کارکردهای آزمایشگاهی و آنرگوپسپین 0 1 6/2/4/1/1/6/6/2/4/1/1/6/6
همگانی که BMI نسبت به فشار خون سیستولیک معنی‌دار دارد (۱) تطیف داده شده = ۷۷/۲، ۲۳/۳۲ (P<0/۰۵) در حالت که بر فشار خون دیاستولیک معنی‌دار دارد (۲) تطیف داده شده = ۵۵/۸، ۱۹/۵۸ (P<0/۰۵). اما در مراحل ضربان همبستگی ۱ دیگر معنی‌دار نبود (۳) تطیف داده شده = ۷۸/۱، ۲۳/۳۲ (P<0/۰۵) برای فشار خون سیستولیک و ۱ تطیف داده شده = ۵۵/۸، ۱۹/۵۸ (P<0/۰۵) برای فشار خون دیاستولیک.

نتیجه حساسیت از مطالعه ما نیز از جمله ارتباط میان گلخانه هوموسیتیمین تام بالاسما با سن، جنس، میزان فولات و ویتامین B ۱ درمر و کودن سیگار با سایر مطالعات انجام یافته مطالعات دارد (۲۰-۲۲، ۳۷). در این مطالعه که مصرف اسید فولیک و کودن سیگار، عده ترین عوامل مربوط به سبک زندگی افراد که بر روی توزیع بالاسماهای هوموسیتیمین تام در یک جمعیت به ظاهر سالم ناگارده می‌گارد.

در مطالعه ما نیز میانگین بالاسماهای هوموسیتیمین تام در ارتباط با سن بالاتر و جنس مشترک بوده که این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات با حجم نمونه بسیار کوچک در آمریکا (۲۰)، دانگ و انگلستان (۶) انجام پذیرفته، همسویی دارد. میانگین گلخانه بالاسماهای هوموسیتیمین تام درمان به طور معنی‌دار بالاتر (حدود ۴/۹۹ μmol/L) از زنان بود.

همچنین در مقایسه با زنان، مردان میانگین گلخانه سرم B ۱ پایینتر بود (تریب ۵۲/۴ μmol/L و تریب ۱۷/۸۸ μmol/L در افراد بالاتر و افراد پایینتر) [۱۰/۰۵]. انجام تعداد بالاتر هوموسیتیمین تام درمانی می‌تواند با نظر گرفتن نتایج در جنس از نظر نظریه بالینی، امران استوروز و ویتامین های بدن توجیه گردد. [۲۵]

بحث

مقادیر متفاوت هوموسیتیمین بالاسما از کشورهای مختلف به همراه با نوشتارهای مختلف در افراد مسن‌تر ممکن است در نتیجه ویتامین B ۱ استفاده شود. [۲۶]

همچنین فرضیه وابسته به سن هوموسیتیمین تام ممکن است در ارتباط با گلخانه عضله کلیه باشد. [۲۶]

غلاف بالاتر هوموسیتیمین تام در افراد مسن‌تر می‌تواند به غلاف پایین فولات سرم تغییر کند. [۲۶]

۱ Cystathionine β-Synthase

۱ Correlation Coefficient
مطالعه و همکاران: بررسی عوامل موتور بر سطح پلاسمایی هومووسیتین‌تام 

۱۷۰

با توجه به اکثریت نتایج حاصل از مطالعات قبلی، بیشتر از ۸۰ درصد از نتایج حاصل از پلئودسیس‌های ایندکس مهاجرتی، به اکثریت در معرض ریسک موتور، هوموسیتین‌تام می‌باشد. این نتایج به طور کلی با نتایج مطالعات قبلی مطابقت دارد و اثبات داده که این عامل می‌تواند یکی از عوامل نگارنده ریسک موتور به ترتیب مقادیر موتور بر سطح پلاسمایی هوموسیتین‌تام باشد.

نگرش آزمون‌های کروئیتیک و فراکسیون سیستولی از نظر haar برای ارزیابی ریسک ریسک موتور به‌طور کلی موثر می‌باشد. در نتیجه، اگر پژوهشگران انجام شده با هدف تعیین عوامل موثر بر غلظت هوموسیتین‌تام بر روی فعالیت مربوط به گردیدن این نتایج تا به طور میزانی در بیماری‌هایی با متغیرهای مختلف دیده می‌شود و تحقیقات اخیر نشان داده که این عوامل موثر بر ریسک موتور به‌طور کلی می‌باشد.

مطالعه‌ها نشان داد که ریسک موتور به‌طور کلی موثر می‌باشد و این عامل موثر بر ریسک موتور به‌طور کلی می‌باشد. در نتیجه، اگر پژوهشگران انجام شده با هدف تعیین عوامل موثر بر غلظت هوموسیتین‌تام بر روی فعالیت مربوط به گردیدن این نتایج تا به طور میزانی در بیماری‌هایی با متغیرهای مختلف دیده می‌شود و تحقیقات اخیر نشان داده که این عوامل موثر بر ریسک موتور به‌طور کلی می‌باشد.
سپاسگزاری

یک مطالعه اخیر نشان داده است که مصرف 200 μg/d از امیدرول به عنوان های مصرف کافی فولات سرم و با پایین گذاشتن فولات پلی بپذیرد. انتظار می‌رود که این روند باعث کاهش احتمالات مصرف فولات و احتمال مصرف سرم بپذیرد. در این مطالعه، نشان داده شد که مصرف این دارو به عنوان یک داروی کاهش تولید فولات، می‌تواند بهبودی بهبود احتمالات مصرف فولات و سرم سیستم‌های حیاتی را کاهش دهد.

1. Cause – and – effect


27. Wald DS, Bishop L, Wald NJ, et al. Randomized trial of folic acid supplementation


33. حشمت ر، فخرزاده ح، پورابراهیم ر، نوری م، عالی‌الدینی ف. مطالعه عوامل خطر بیماری های قلب و عروق در جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقيقات جمعیت تهران: طراحی آماری و روش شمارش کلی جمعیت دیابت و لیپید ایران. دورة 1382، مجله ایران.

34. مجیدزاده س، لاریجانی ب، پایگاه تحقيقات جمعیت: کاربردی کد پژوهش برای انتقال سلامت جمعیت. مجله دیابت و لیپید ایران. دورة 1382.

35. شاهندهی، مجیدزاده س، کمالی س، پورملک ف، جمشیدی ا، فاکوری، سیاهان، حشمت ر، تحليل ورژن های جمعیتی و شامل کلیه اجتماع اجتماع منطقه 17 شهرداری تهران: پایگاه تحقيقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله دیابت و لیپید ایران. دورة 1382.


37. فخرزاده ح، فریعتی س، پورابراهیم ر، نوری م، حشمت ر، شفایی ع، لاریجانی ب، پورسی س، سلطون موسوی‌نژاد، فریعتی س، و حسن‌نژاد. تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله دیابت و لیپید ایران. دورة 1382.


48. Tucker KL, Sellhub J, Wilson PW, Rosenberg IH. Dietary pattern relates to plasma folate and