بررسی شیوع سندروم متابولیک در زنان سنین باروری در شهرستان شهرضا، سال ۱۳۸۶

حمید براهمی ۱، فرخnaz رجایی، رضا اسماهی‌لانی ۲

چکیده

مقدمه: سندروم متابولیک با عوامل خطر متعدد قلبی عروقی شامل اختلال تنظیم فند، افزایش انسولین، بالا بودن تری‌گلیسرید، کاهش HDL-C، افزایش فشار خون و چاقی با توزیع مرکزی شناخته می‌شود. تشخیص زودرس و درمان این سندروم، از عوارض جلوگیری می‌کند.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی در شهرستان شهرضا و روستاهای تابعه در سال ۱۳۸۶ با توجه به شاخصه‌های سیستمیک انجام گردید. از جمعیت زن‌های سنین باروری ۱۵ تا ۴۹ سال در شهر و روستاهای شهرستان شهرضا ۱۵۰۱ نمونه انتخاب شدند.

یافته‌ها: شیوع سندروم متابولیک در نمونه مرد مطالعه بر اساس تعیین فرد اسپیسیون بین المللی دیابت IDF ۱۷/۳٪ و بر اساس تعیین سندروم ATPIII ۹/۷٪ بود. شیوع سندروم متابولیک در گروه‌های سنی مختلف، متفاوت بود (۲/۰٪). افراد با نمایه توده با توجه به سندروم متابولیک بودند. تری‌گلیسرید بالا و HDL پایین همرف در نمونه چاقی مرکزی با ۵۳٪ شایع‌ترین یافته سندروم متابولیک بود.

نتیجه‌گیری: شیوع سندروم متابولیک در زنان سنین باروری شهرستان شهرضا بر اساس IDF ۱۷/۳٪ و بر اساس ATPIII ۹/۷٪ بود. که لزوم انجام اقدامات پیشگیرانه را بیان‌آور می‌سازد.

واژگان کلیدی: سندروم متابولیک، نمایه توده بدنی، چاقی

1- واحد دیابت و متابولیک شهرستان شهرضا
2- بیمارستان دکتر شریعتی، بخش نفروژی

hamid_barahimi@yahoo.com

1387
8)
2(184-177
%
&
':18/1/87*+, -./ &
':14/7/87012 &
' :22/12/87

نواحی تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، بخش نفروژی، پست الکترونیک

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۱/۱۸
تاریخ مرخوست اصلاح: ۱۳۸۷/۱۲/۲۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۲/۲۳
مقامه

سندروم متاملوکی به گروهی از بیماری‌های قلبی-عروقی ساخته می‌گردد که در کلاستر هم در برخی بیماری‌های قلبی-عروقی، سکته مغزی و دیابت نوع 2 می‌تواند چاقی به وزه‌گیری شکمشی در علت مقاومت به انحلال در برخی‌گاه‌گذاری تراکم برخی پکتیکی‌هایی در برخی وسایط همراه است. اغلب نمره بالاتری در دیابت نوع 2 می‌تواند اساس بریزیبرخی در صحت زنی است. نیاز به شاخص ایدیولوژی عوامل خصطر آن دارد.

سندروم متاملوکی در افراد باید بیشتر و با افزایش وزن برخی از افراد می‌باشد[1]. سندروم متاملوکی در طیف‌های مختلف و اکبرینگ دارای این ویژگی‌های بین‌دردست دارد. با افزایش وزن و در برخی آن الباهایی در صحت نارمال به ترتیب ٪۱۵ و ٪۲۳۹ کارش شده است[2].[۳] در طیف دیگری از افراد، ارتباط بین وزن (۱۳۶۳)، وزن (۲۱۱۲/۴)، لازم برای افزایش وزن (۲۹/۱۷ سال) و زن (۲/۴/۲) بین مردان دارد.[۳]

روش‌ها

این مطالعه که در سرمونی از متاملوکی ارائه شده است، آنلاین (IDF) در سال ۲۰۰۵ به وسیله انجمن همکاری اغلبیت (CWEAI) در برخی از افراد متاملوکی هستند. در برخی از افراد متاملوکی به در برخی از بیماری‌های قلبی-عروقی پیشگیری در دواده ساله اکثریت استند. در برخی از بیماری‌های قلبی-عروقی پیشگیری در دواده ساله است.[۷] در برخی از بیماری‌های قلبی-عروقی پیشگیری در دواده ساله است.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی در شهرستان شهرضا و روستاهایی تابعه در سال ۱۳۶۵ انجام گردید. کل جمعیت شهرستان شهرضا ۱۹۶۱۸۷۶، جمعیت مرکز شهری ۱۰۲۵۸۱ و مرکز روستاهای ۲۹۶۲، به این تعداد ۳۲۳۵ نفر زن و حدود ۷۳۰۰ و ۸۰۰۰ و ۱۸۰۰۰ و ۲۹۵ و این شرایط (۱۵) تا ۲۹ سال) سکونت داشتند. (بر اساس اطلاعات واحدهامام و رایانه) نمونه‌گیری از کل جمعیت جمعیت زنان بارداری به ۱۵ نفر زن تا ۴۹ سال شهرستان شهرضا (شامل شهر و روستاهای تا ۱۵ تا ۴۹ سال) شرکت (شامل شهر و روستاهای تا ۱۶۹) انتخاب شدند. از آنجا که آزمایش‌های جمعیت شهرستان دارای فرآیند بهداشتی فعال در مرکز بهداشتی دامنه
مجله دیابت و ابیض ایران، زمستان 1387، دوره 27 (شماره 2)

بابشان، نمونه‌گیری به صورت نمایشی سیستماتیک و از روی شماره پرونده‌های بهداشتی دانشجویان بود. بدین صورت که جمعیتی مورد نظر از مرکز بهداشتی درمانی شهری و روسیه شهری شهرما در سال 1386 محاسبه شده و نتیجه مورد نظر تفسیر شده، نمونه‌ها از پرونده‌های بهداشتی به صورت نمایشی سیستماتیک انتخاب شده و وارد مطالعه شدند.

معیار ورود زنان سنه‌دار در سن 15 تا 49 سال ساکن در شهرستان شهرما که پرونده بهداشتی درمانی داشتن از دریافت طرح، رابطه با جمعیت نمونه (1500 نفر) از هر 12 نفر یک نفر از زنان اجبار دریافت استخراج شدند و دعوت‌گذاری افزایش شد. این امر از طریق ارسال گردید. افزایش انتخاب شد به یک دقت ارسال دعوت‌گذاری به منزل مراجعه به منزل توسط بهره‌وری یا با استفاده از اطلاعات رسانای راهبان بهداشتی، جهت انتخاب صاحبی به واحدهای و الخا بهداشتی روسیه دعوت شدند.

در صورتی که ترکیب سبزیجات، موارد نظر استفاده شد. نمونه از مطالعه حذف شد. 1500 نمونه از جمعیت زنان در سنین پرونده در شهر و روسیه انتخاب شدند و اطلاعات مربوط به سن، جنس، محل سکونت، سطح تحصیلات، BMI و اندازه درگیری و مشخصات دوربین را توسط گزارش اخذ کرده و این نکات از طریق روش‌هایی از اطلاعات به دست آمده گیری شد و

ب) جمع آوری اطلاعات و گرفتن نمونه در شهر و واحدهای دیابت شهرما و در روسیه در خانه بهداشتی انجام شد.

قد در حال استاند و بدون کف مشترک و وزن با ترازی استاندارد انتخاذ جیری و نمایه نودی بندی (BMI) به صورت فرمول وزن و زمینه گیری ترمیمی برقرار به متر مواد مغذی در کمتر از مصرف به واحدهای دیابت دیده و خار خاصه

فقطی در طی حداقل دم انتخاذ گیری شد.

ب) فشار خون توسط فشار سنگ دیتالی امر در مدل 6 مالر نشسته بعد از دیدن دو ایرانی استناد شد.

80 مورد (5/9) در انتخاذ نشان‌داد 125-160 mmHg در فشار خون بودند. در واقع در 1388 md/dl FBS 50/5 کمتر از FBS کمتر از 100 کمتر از FBS، 100/60/40-2 مور (5/9) (سای) و دیابت در 75 مور (5/9) (سای) و دیابت در 1388 md/dl FBS 50/5 کمتر از FBS کمتر از 100 کمتر از FBS، 100/60/40-2 مور (5/9) (سای) و دیابت در 75 مور (5/9) (سای) و دیابت در 1388 md/dl FBS 50/5 کمتر از FBS کمتر از 100 کمتر از FBS، 100/60/40-2 مور (5/9) (سای) و دیابت در 75 مور (5/9) (سای) و دیابت در 1388 md/dl FBS 50/5 کمتر از FBS کمتر از 100 کمتر از FBS، 100/60/40-2 M.
نظر میانگین سن و BMI تفاوت معنی دار آماری داشتند. در گروه مبتلا میانگین سن 38.2 سال و در 
گروه غیر مبتلا 37.3 سال بود. (P<0.05).
BMI همچنین به ترتیب در گروه دارای میانگین 24.9 kg/m²
شیوع مبتلایان بر حسب سابقه فامیلی دیابت
یک متفاوت بود (P<0.01).

این میزان در گروه سنی 20-29 ساله با بالاترین حد خود بینی
در گروه سنی 30-59 سال به بالاترین حد خود بینی
در گروه سنی 20-29 ساله بوده و در گروه سنی
30-59 ساله در بالاترین حد خود بینی
متفاوت بوده. براساس گروه‌های مختلف
BMI متغیر شیوع مبتلایان بر حسب سن در یک متفاوت
با تفاوت معنی دار آماری داشت. طوری که
نها 18/3٪ افراد با BMI زیر 18.5 kg/m²
BMI متغیر شیوع در حالی که
46.7٪ افراد با
مساوی یا بالای 24 گیگینه مبتلا به سندرم متلازی
بودند (P<0.01).

IDF براساس تعیین 38/1 متر مربع مبتلایان بر
این میزان براساس تعیین ATPIII
بود. براساس تعیین IDF
با گروه غیر مبتلایان
متفاوت بودند.

جدول 1- ویژگی‌های دموگرافیک، بالینی و بیوشیمیایی در زنان سنین پاروی در سال 1386 در شهرستان شهرضا

<table>
<thead>
<tr>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>8/37</td>
<td>وزن (kg)</td>
<td>6/56</td>
</tr>
<tr>
<td>16/27</td>
<td>16/58</td>
<td>15/4</td>
<td>8/28</td>
</tr>
<tr>
<td>11/8</td>
<td>4/84</td>
<td>نمایه توده بدنی (kg/m²)</td>
<td>26/17</td>
</tr>
<tr>
<td>3/23</td>
<td>3/6</td>
<td>فشار خون سیستولیک (mmHg)</td>
<td>10/3/4</td>
</tr>
<tr>
<td>2/7</td>
<td>2/6</td>
<td>فشار خون دیاستولیک (mmHg)</td>
<td>8/1</td>
</tr>
<tr>
<td>8/7</td>
<td>3/7</td>
<td>قد خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>13/5/8</td>
</tr>
<tr>
<td>2/4</td>
<td>2/4</td>
<td>تری کلرید سرم (mg/dl)</td>
<td>7/2/7</td>
</tr>
<tr>
<td>1/3</td>
<td>1/3</td>
<td>کلسترول نام (mg/dl)</td>
<td>1/3/2</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>52</td>
<td>HDL-C (mg/dl)</td>
<td>1/3/2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی: 
IDF=High Density Lipoprotein. در مراکز بهداشتی مردان شهرضا.
جدول ۲- فراوانی سندرم متابولیک بر اساس تعیین IDF، ATP III و محل سکونت و سطح تحصیلات در شهرستان شهرضا، سال ۱۳۸۶

<table>
<thead>
<tr>
<th>سندرم متابولیک با تعیین (درصد)</th>
<th>IDF</th>
<th>گروه سنی (سال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۰</td>
<td>۰</td>
<td>۱۰-۱۹</td>
</tr>
<tr>
<td>۴/۶</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰-۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۹/۹</td>
<td>۱۱</td>
<td>۵۰-۲۴۹</td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۲/۶</td>
<td>۱۲</td>
<td>۲۵-۳۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۸/۳</td>
<td>۱۹</td>
<td>۳۰-۴۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۸/۵</td>
<td>۲۵</td>
<td>۴۰-۶۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۸/۳</td>
<td>۳۰</td>
<td>۶۵-۹۸۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

درصد (kg/m²) BMI

<table>
<thead>
<tr>
<th>درصد</th>
<th>BMI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱/۸</td>
<td>&lt;۱۸/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۳/۸</td>
<td>۱۸/۰-۲۴/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>۲/۰/۸</td>
<td>۲۵-۳۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۳/۰/۸</td>
<td>۳۰-۴۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۴/۲/۴</td>
<td>۴۰-۶۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۴/۶/۲</td>
<td>۶۵-۹۸۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

BMI=Body mass index
IDF=International Diabetes Federation
ATP III=Adult Treatment panel III

جدول ۳- فراوانی عوامل خطر سندرم متابولیک شهرستان شهرضا، سال ۱۳۸۶

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعداد عوامل خطر سندرم متابولیک بر اساس تعیین IDF</th>
<th>گروه سنی (سال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مجموع</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۰</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۲</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹۹</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹۸</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹۷</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹۸</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹۸</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>مجموع</td>
<td>۱۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

IDF=International diabetes federation
جدول ۴- فراوانی عوامل خطر سندروم متابولیک بر اساس گروه سنی در مطالعه سندروم متابولیک شهرستان شهرضا، سال ۱۳۸۶

<table>
<thead>
<tr>
<th>فراوانی عوامل خطر</th>
<th>مجموع</th>
<th>Tg≤150 mg/dl</th>
<th>HDL≥100 mg/dl</th>
<th>فرد ناشتا≤1000 mg/dl</th>
<th>سن سال</th>
<th>۱۵-۱۹</th>
<th>۲۰-۲۴</th>
<th>۲۵-۲۹</th>
<th>۳۰-۳۴</th>
<th>۳۵-۳۹</th>
<th>۴۰-۴۴</th>
<th>۴۵-۴۹</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۲۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲</td>
<td>۹</td>
<td>۱</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۹</td>
<td>۳۴</td>
<td>۳۹</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۲</td>
<td>۰</td>
<td>۳۳</td>
<td>۶۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۹</td>
<td>۳۴</td>
<td>۳۹</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹۹</td>
<td>۶</td>
<td>۳۷</td>
<td>۱۲۹</td>
<td>۱۹</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۹</td>
<td>۳۴</td>
<td>۳۹</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۶۸</td>
<td>۷</td>
<td>۶۲</td>
<td>۱۹۷</td>
<td>۲۷</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۹</td>
<td>۳۴</td>
<td>۳۹</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۳۷۴</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۲۱</td>
<td>۲۱۱</td>
<td>۳۷</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۹</td>
<td>۳۴</td>
<td>۳۹</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹۸</td>
<td>۱۱</td>
<td>۱۱۷</td>
<td>۲۲۷</td>
<td>۳۷</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۹</td>
<td>۳۴</td>
<td>۳۹</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۷۰</td>
<td>۲۷</td>
<td>۸۸</td>
<td>۱۱۸</td>
<td>۱۹</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۰</td>
<td>۲۰</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۹</td>
<td>۳۴</td>
<td>۳۹</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

IDF در مطالعه سندروم متابولیک شهرضا طبق تعیین IDF (۱/۲۶/۲۰۱۳) بایان کرده که در بین گروه‌های مختلف سندروم متابولیک مبتلا به استاندارد تریگلیسرید (Tg≥150 mg/dl) حداقل متوسط ۱۵/۲۰/۳۶٪ و بر اساس تعیین IDF بر اساس تریگلیسرید (Tg≥150 mg/dl) حداقل متوسط ۱۰/۵۰/۳۶٪ می‌باشد. البته در نتیجه تحقیق نشان داد که بر اساس تعیین IDF بر اساس فشار خون‌های به سبب سندروم متابولیک پایین می‌باشد.

**بحث**

سندرم متابولیک به گروهی از ناشناخته ایجاد می‌شود که در کاره‌های مزدهای قلبی و کروز مغزی و دیابت نوع دو می‌شود. در مطالعه NHAHNS III که در ۸۸۹۲ نمونه تصادفی از جمعیت آمریکا انجام شده، شروع سندروم متابولیک در مردان ۴۴٪ و در زنان ۵۳٪ گزارش شده است. در این مطالعه، بنابراین اگر اشاره‌های سندروم متابولیک به صورت که در مقاله ۴۰٪ سالگی ۴۰٪ در سن ۷۰۰ سالگی ۱۰٪ و در سن ۸۰ سالگی ۱۰٪ بوده است.
مختلف سی پراکندگی مشابه داشت (P=0/176). پیشی بازپرداخت سندروم متابولیک مندن چنان مرکزی، پرفشاری خون، فند خون مختل و هری با لا تفاوت معنی داری بین گروه‌های مختلف سینی دانت. گروه‌های سینی بر اساس گروه‌های سینی افزایش داشت و از نظر آماری متغیرها بود (P<0/001). شروع سندروم متابولیک در نوزادان و کودکان در جمعیت زنان که در گروه‌های متوسط BMI نداشت. چنانچه تفاوت 8/1% افزایش از BMI وزیر سندروم متابولیک داشته در حالت ای 22/0% 5/0% افزایش بأرب 4/0% معنی دار بود (P<0/001).

7- Steven M. Heffner, MD “Risk constellation in patients with metabolic syndrome: Epidemiology, Diagnosis, Treatment patterns”; The American journal of Medicine 2006; 119 (5A) : 38-98.
