WHO و ATPIII

شیوع سندرم متافلیک بر اساس تعیین جدید IDF و همخوانی آن با تعیین IDF در مطالعه قند و لیبيد تهران

فرزند حدائق، آزاده ضابطیان، فریدون عزیزی

چکیده

مقدمه: سندرم متافلیک توسط تعیین مختلف بیان شده است. اخیراً در آوریل سال ۲۰۰۵، فدراسیون بین‌المللی دیابت (IDF) تعیین جدیدی از سندرم متافلیک را بر پایه دو تعیین قبلی WHO و IDF بیان کرده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع سندرم متافلیک بر اساس این تعیین و تعیین میزان هم خوایی IDF با معیارهای WHO و ATPIII تعریف مختلف سندرم متافلیک با استفاده از دست کنای محاسبه گردید.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در آن ۱۰۳۶ مصدوم و زن بایلی ۲۰ سال شرکت کننده در فاز اول مطالعه قند و لیبيد تهران بررسی شدند. شیوع سندرم متافلیک بر اساس هر یک از سه تعریف محاسبه گردید. میزان هم خوایی تعریف مختلف سندرم متافلیک با استفاده از دست کنای محاسبه گردید.

یافته‌ها: شیوع سندرم متافلیک (فاضله اطمنان ۹۴٪) بر اساس تعیین IDF به ترتیب (۲۳٪) WHO و ATPIII. تعریف IDF به عنوان روش تعیین IDF به ترتیب (۱۸۰٪) و (۲۳٪) WHO و ATPIII. به ترتیب، ۶۶٪ و ۳۷٪ WHO و ATPIII. نتیجه‌گیری: در بالغین ایرانی تعیین IDF جهت تشخیص سندرم متافلیک هم خوایی با تعیین IDF و هم خوایی ATPIII ضعیف با معیار WHO دارد.

واژگان کلیدی: سندرم متافلیک، شیوع، هم خوایی، کاهی

*نشانی: تهران، اولین بیمارستان ایتام طالقانی، طبقه اول، مرکز تحصیلات غذایی و منابع، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ fzhadaegh@erc.ac.ir

1- مرکز تحصیلات غذایی و منابع، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*نامه: تهران، اولین بیمارستان ایتام طالقانی، طبقه اول، مرکز تحصیلات غذایی و منابع، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت: ۸۵/۸/۱۲
تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۱۱
مقدمه
سندرم متابولیک با افتایی خطر بیماری دیابت نوع 2 و نیز بیماری‌های قلبی عروقی همراهی درد [1، 2]. در سال
1998 مبتلا به سازمان بهداشت جهانی (WHO) ارگانی بود که تعیین مشخصات از سندرم متابولیک ارائه
داد [3]. در سال‌های اخیر، بهتر درمانی برگزاری
تعیین دیگری از این سندرم منشأ کرد [4] و
در نهایت در مبارزه با مبتلا به سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال 2005 مبتلا و نیز سرمایه‌ای
(IDF) تعیین جهانی بر پایه تعیین قبلی
از سندرم متابولیک [5، 6] را به عنوان اجماع سراسری
اعلام کرد.

روش‌ها
این مطالعه در چارچوب مطالعه قند و لپید بی‌په ورده
گرفته است که یک مطالعه آینده‌گر و بر روی جمعیت
نمادنی از ساکنان منطقه 143000 به هدف تحقیم
میزان شیوع اختلالات متابولیک و شناسایی عوامل
خطرزا و سندرم دیابت است. این مطالعه در 143000
مورد مطالعه 1565 نفر از ساکنان منطقه 13 شهر تهران
با مطالعه مقطعی صورت نموده و نمونه‌گیری شدن که بی‌په ورده
محل مطالعه مقطعی حاضر، پس از حفظ زنان بر اساس کننده و 143000
مورد و 1565 نفر در دسترس بررسی قرار گرفته بودند. انتخاب گردیدند و با داده‌های کامل
ورود مطالعه شدند. این تحقیق توسط شوراهای روستایی
مطالعه مقطعی با استفاده از روش‌های مختلف
زندگی به همکاری با علوم
پزشکی بهبودی توصیف شد. این آزمون در این هم از افراد
شرکت کننده رضایت نام کسبی به طور آگاهانه اخذ
گردید.

علاوه بر این، افراد مصاحبه خصوصی و چهره به چهره
آزمایشات اولیه در رابطه با سن، سبک زندگی مصرف سیگار،
مصرف مواد دارویی و سبک زندگی و میزان شیوع
فتره فیزیکی و همچنین چهره به چهره از جمع‌آوری افرادی
که بطور مظمع
حقوق همیشه یک جایگاه برای زندگی مصرف
فیزیکی و همچنین همکاری در کننده و 143000
مورد و 1565 نفر در دسترس بررسی قرار گرفته بودند. انتخاب گردیدند و با داده‌های کامل
ورود مطالعه شدند. این تحقیق توسط شوراهای روستایی
مطالعه مقطعی با استفاده از روش‌های مختلف
زندگی به همکاری با علوم
پزشکی بهبودی توصیف شد. این آزمون در این هم از افراد
شرکت کننده رضایت نام کسبی به طور آگاهانه اخذ
گردید.

در بعضی مطالعات تا به امروز مقیاس‌های هایی این سه
تعیین جهانی بر پایه تصمیم‌گیری و HDIF تعیین
با دسترس اختلافات میان این مطالعه مقطعی در بالینیت آمریکا میان یک هم خوانی دو
WHO و ATP III تعیین
رای نشان داد است [7].

مطالعات مختلف در جمع‌آوری افراد مبتلا به بیماری دیابت
سندرم متانکولیک با هر یک از سه تعیین در
دسترس انجام گرفته است. اخیراً در یک مطالعه، 170
سندرم متانکولیک داشتن که
بایانات از شیوع این سندرم بی‌په ورده
ATP III [5، 6] هم چنین نیز از جمع‌آوری بیوپسی طبق
تعیین
سندرم متانکولیک داتین [9].

متاسفانه در کشور ایران در مورد سندرم متانکولیک
اطلاعات ایمپلکزیک کمی در دسترس است [10]. به
همین علت مطالعه خاص جهت تعیین شیوع سندرم
ATP III JDF متانکولیک با توجه به یک یک از سه تعیین
WHO و ATP III تعیین
و از 12 سال تا 68 سال بالاتر از
750000 گرم
anzan, سطح تری گلسرید سرم ≥ 150 mg/dl در مردان و ≥ 140 mg/dl در زنان، فشار خون بیش‌ MonaHQ للاندازه‌ گیری شده، نمایه توده بدنی از توصیه وزن (کیلوگرم) به محدد قدر (ترمیمی) محاسبه شد. در کمر در باریک‌ترین ناحیه آن در حالت کاهش کمتر. در انتهای بایند طبیعی خوراک دراز انتظار گرفته شد. جهت اندازه‌گیری دور بایستی برجسته‌ترین قسمت آن در نظر گرفته و اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری دور کمر و دور باشند یک متر نواری غیرقابل ارجاع بودن تجهیز هرگونه مشخصه دو کد و بدنشاخه‌های خدمت از توصیه وزن کمر به انجام شد. جزئیات بیشتر در مورد روش اندازه‌گیری شاخص‌های ترسایشی در مقالات منتشر شده است.[8] نمونه خون ساهمی پس از 14-12 ساعت ناشتا بوده، جهت اندازه‌گیری سطح گلکز خون و لیپیدهای سرم جمع‌آوری کرد. نمونه تیمی به گلکز کاهش‌یافته در اندازه‌گیری کرده و سطح کلسترول تام و تری گلسرید با استفاده از کیت‌های تجاری شرکت سنتاژو، سرلنا دو اندازه‌گیری شد. سطح HDL-C سرلنا پس از رسوپ دادن ایپیدور严格执行یه‌های حاوی آب-β-به مخلوط سفونکسانس (ویژه اندازه‌گیری) کد رکورد دسته‌گاه انتظاری‌سکترا -2 در تمامی روزه‌های کار از آمیزش‌گاه انجام می‌گردد. نمونه‌ها از شرایط آنالیز می‌شود که کنترل کیفیت درونی معیارهای قابل پیوست. تغییرات تراکم در روز آزمون 1 رابطه با 5 درصد بایستی کلسترول و 6/17 درصد برای تری گلسرید و 2/05 درصد بایستی محاسبه گردد. برای سرلنا مربوط ایپیدور严格执行یه‌های حاوی آب-β-به مخلوط سفونکسانس (ویژه اندازه‌گیری) کد رکورد دسته‌گاه انتظاری‌سکترا -2 در تمامی روزه‌های کار از آمیزش‌گاه انجام می‌گردد. نمونه‌ها از شرایط آنالیز می‌شود که کنترل کیفیت درونی معیارهای قابل پیوست. تغییرات تراکم در روز آزمون 1 رابطه با 5 درصد بایستی کلسترول و 6/17 درصد برای تری گلسرید و 2/05 درصد بایستی محاسبه گردد.

1 Inter and intra-assay coefficients of variation
تجربه و تحلیل آماری داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 
نمونه 9/5 صورت گرفت. مانکین‌های تصادفی پای افراد 
پس از تعیین شاخص سن محسوب شد و به کمک نرم‌افزار 1 
دو گروه جنسی افراد مقایسه گردید. همچنین توزیع 
قریبی افراد طبق تعیین مختلف سن در محدوده سنی 
جنسی کمک آزمون مربع کای مقایسه شد. جهت تهیه 
منجر به تعیین شیوع متغیرها از جمعیت استاندارد 
استفاده گردید.[21] 

برای تعیین میزان همبستگی بین تغییرات مختلف سن در 
شیوع سندروم متابولیک با تعیین نرم‌افزار 
WHO SPSS 20 برای تعیین شیوع سندروم متابولیک با تعیین نرم‌افزار 
WHO درصد همبستگی افراد با هر کدام از تعیین 
各项 مربوط به فاکتور های مهم در مورد وضعیت 
چند واریانس و فاکتور مورد بررسی کمک مناسب 
گردید. به‌دنبال گونه‌ها مقایسه 
بکار گرفته شد و علایق. مقادیر (kg/m²) خود و 
عکس. مقادیر (mmHg) و (cm) درجه یک از تعیین میانگین 
در جدول 1 آورده شده است. میانگین (انحراف معیار) 
سیستم اکستار شده است.[21] 

یافته‌ها 

خصوصیات کلی شرکت کننده با توجه به جنس آنها 
در جدول 1 آورده شده است. میانگین (انحراف معیار) 
سن مردان و زنان به ترتیب (15/6)1/4 و 

جدول 1 - مشخصات عمومی افراد مورد مطالعه در جنس مرد و زن

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>آماری</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>21/7±19/4</td>
<td>24/7±15/6</td>
<td>0.05*</td>
<td>0.035</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدنی (kg/m²)</td>
<td>27/5±5/3</td>
<td>27/5±5/3</td>
<td>0.99*</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>اندام زودک (cm)</td>
<td>87/5±14/9</td>
<td>78/5±14/9</td>
<td>0.73*</td>
<td>0.73</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولیک (mmHg)</td>
<td>112±18/7</td>
<td>121±18/7</td>
<td>0.05*</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیستولیک (mmHg)</td>
<td>112±18/7</td>
<td>121±18/7</td>
<td>0.05*</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>98±34/3</td>
<td>98±34/3</td>
<td>0.99*</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون حاصل مختصر (mg/dl)</td>
<td>112±53/0</td>
<td>112±53/0</td>
<td>0.99*</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>تریلیسبرد سرمی (mg/dl)</td>
<td>18±2±10/7</td>
<td>18±2±10/7</td>
<td>0.99*</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>سندروم متابولیک طبق ATP III(%)</td>
<td>25/55 (20/5)</td>
<td>10/3 (2)</td>
<td>0.05*</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>سندروم متابولیک طبق WHO (%)</td>
<td>23/11 (2)</td>
<td>9/2 (1)</td>
<td>0.05*</td>
<td>0.05</td>
</tr>
<tr>
<td>تعیین شده در جمعیت استاندارد جهانی WHO</td>
<td>79/3 (17)</td>
<td>10/7 (17)</td>
<td>0.99*</td>
<td>0.99</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جزییات در مورد سندروم متابولیک بر اساس WHO SPSS وIFD و ATPIII

شیوع های گزارش شده بر اساس گزارشات جهانی WHO استاندارد شده است. 

از نظر آماری معنی‌دار است (P<0.05) 

* از نظر آماری معنی‌دار است (P<0.05)
جدول ۲- شیوع عوامل خطر اصلی سندرم متابولیک در افراد دارای اطلاعات کلیه برای تعیین عوامل خطر (۱۳۸۸=۰)

| سندرم متابولیک بر اساس WHO تعداد |
|----------------------------------|-----------------|
| فند خون مختل                      | ۲۲۰  
| لبید سرم مختل                    | ۵۶۰ |
| جلایی                          | ۵۶۹ |
| فشار خون مختل                      | ۲۲۰ |
| سندرم متابولیک                  | ۲۲۰ |

| سندرم متابولیک بر اساس ATP III تعداد |
|----------------------------------|-----------------|
| فند خون مختل                      | ۱۷۴ |
| تری کلرید سرم مختل                | ۴۵۲ |
| سرم مختل HDL                        | ۶۸۹ |
| چاقی مرکزی                          | ۳۱۶ |
| فشار خون مختل                      | ۳۵۲ |
| سندرم متابولیک                  | ۳۹۰ |

| سندرم متابولیک بر اساس IDF تعداد |
|----------------------------------|-----------------|
| فند خون مختل                      | ۲۳۷ |
| تری کلرید سرم مختل                | ۴۸۱ |
| سرم مختل HDL                        | ۷۵۰ |
| چاقی مرکزی                          | ۵۶۲ |
| فشار خون مختل                      | ۳۵۲ |
| سندرم متابولیک                  | ۳۱۲ |

**گزارش نهایی**

در اینجا نتایج داده‌های بررسی شده توسط WHO تعیین شده است. تعیین عوامل خطر اصلی در این مطالعه به وسیله آنالیز خطی و گزارش نهایی شده است. در این مطالعه، داده‌های اطلاعاتی از ۱۷۴ نفر در جامعه‌ای از مادران مبتلا به سرطان مelanoma تهیه شد. به طور کلی، داده‌های اطلاعاتی از افرادی که شایع‌ترین عوامل خطر را دارا بودند، در جامعه‌ای از مادران مبتلا به سرطان مelanoma تهیه شد. به طور کلی، نتایج نشان دهنده کاهش مصرف عوامل خطر در افراد مبتلا به سرطان مelanoma است. نتایج نشان دهنده کاهش مصرف عوامل خطر در افراد مبتلا به سرطان مelanoma است.
جدول 3- مشخصات افراد مورد مطالعه در افراد دارای سندروم متابولیک مطلق هم یک از تعریف بطور جداگانه.

<table>
<thead>
<tr>
<th>WHO سندروم متابولیک طبق</th>
<th>سندروم متابولیک IDF طبق</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعیین شده</td>
<td>n=229</td>
</tr>
<tr>
<td>ATP III</td>
<td>22/4/9/6</td>
</tr>
<tr>
<td>IDF</td>
<td>9/9/8/3</td>
</tr>
<tr>
<td>تری‌گلیسرید سمی (mg/dl)</td>
<td>246/513/46</td>
</tr>
<tr>
<td>HDL سرمی (mg/dl)</td>
<td>38/15/6</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>113/24/69</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* در تعریف بطور جداگانه تعیین شده: شامل افرادی که طبق تعریف سندروم متابولیک مورد نظر پیام و طبق ID Na به گروه دارای سندروم متابولیک بر اساس تعیین ATP III می‌باشند.
† تفاوت‌های ملکر در مورد نظر در گروه افراد دارای سندروم متابولیک بر اساس تعیین IDF نسبت به گروه دارای سندروم متابولیک بر اساس تعیین IDF حذف شده‌اند.
‡ تعیین شده در سهم تعیین از آن امکان دارد.

جدول 4- توزیع شیوع و میزان هم‌خوانی تعیین ID Na با تعریف IDF ATP III و WHO تعیین شده برای سندروم متابولیک

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID Na تعیین</th>
<th>شرایط ATP III تعیین</th>
<th>شرایط WHO تعیین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دارای سندروم متابولیک</td>
<td>251/22 (77)</td>
<td>249/4 (77)</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم سندروم متابولیک</td>
<td>45/6 (3)</td>
<td>111 (11)</td>
</tr>
<tr>
<td>دارای سندروم متابولیک</td>
<td>418/22 (73)</td>
<td>1315/72 (73)</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم سندروم متابولیک</td>
<td>625/72 (77)</td>
<td>1813/23 (77)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* ATP III تعیین در مورد سندروم متابولیک بر اساس IDF و ATPIII ID Na تعیین شده در سهم تعیین از آن امکان دارد.
† در مقایسه مقادیر P از تلفات آماری تعیین دارد (0.05).
مطالعات شیوع این سندرم طبق بالاترین میزان را به تعقیب استفاده شده متشکل بود. بالاترین شروع به تعیین ATP III و پایین‌ترین تعیین WHO در بالاترین میزان کیفیت بود. تغییر در فرد طبق تعیین WHO و فرد از طرف تعیین ATP III هم خوانی‌های باید با تعیین ATP III و هم خوانی WHO در تعیین شده نشان داد.

در مطالعه بین‌المللی کشور ما شروع سندرم متانولیک طبق تعیین ATP III در مراحل 24 در 40 در 2/4 در زمان گزارش شده [1] که با شروع گزارش شده در مطالعه حاضر کمی تفاوت دارد و این به عنوان تفاوت در میانگین ورود افراد در مطالعه و تجویز گزینه آنلاین آنها می‌باشد. به‌طوری‌که در مطالعه اول مصرف کندانس داروها در دو قسمت داروهای ضد حبیب و نیز داروهاهای ضد فشار خون از مطالعه خارج شده بودند.

در مطالعه حاضر شروع سندرم متانولیک بر اساس طبق تعیین ATP III بیشتر از شروع آن طبق تعیین ATP III. تعیین تفاوت در میانگین ورود ATP III در مراحل 24 در 40 در 2/4 در زمان گزارش شده [1] که با شروع گزارش شده در مطالعه حاضر کمی تفاوت دارد و این به عنوان تفاوت در میانگین ورود افراد در مطالعه و تجویز گزینه آنلاین آنها می‌باشد. به‌طوری‌که در مطالعه اول مصرف کندانس داروها در دو قسمت داروهای ضد حبیب و نیز داروهاهای ضد فشار خون از مطالعه خارج شده بودند.

در مطالعه حاضر شروع سندرم متانولیک بر اساس تعیین ATP III بیشتر از شروع آن طبق تعیین ATP III. تعیین تفاوت در میانگین ورود ATP III در مراحل 24 در 40 در 2/4 در زمان گزارش شده [1] که با شروع گزارش شده در مطالعه حاضر کمی تفاوت دارد و این به عنوان تفاوت در میانگین ورود افراد در مطالعه و تجویز گزینه آنلاین آنها می‌باشد. به‌طوری‌که در مطالعه اول مصرف کندانس داروها در دو قسمت داروهای ضد حبیب و نیز داروهاهای ضد فشار خون از مطالعه خارج شده بودند.

در مطالعه حاضر شروع سندرم متانولیک بر اساس تعیین ATP III بیشتر از شروع آن طبق تعیین ATP III. تعیین تفاوت در میانگین ورود ATP III در مراحل 24 در 40 در 2/4 در زمان گزارش شده [1] که با شروع گزارش شده در مطالعه حاضر کمی تفاوت دارد و این به عنوان تفاوت در میانگین ورود افراد در مطالعه و تجویز گزینه آنلاین آنها می‌باشد. به‌طوری‌که در مطالعه اول مصرف کندانس داروها در دو قسمت داروهای ضد حبیب و نیز داروهاهای ضد فشار خون از مطالعه خارج شده بودند.

در مطالعه حاضر شروع سندرم متانولیک بر اساس تعیین ATP III بیشتر از شروع آن طبق تعیین ATP III. تعیین تفاوت در میانگین ورود ATP III در مراحل 24 در 40 در 2/4 در زمان گزارش شده [1] که با شروع گزارش شده در مطالعه حاضر کمی تفاوت دارد و این به عنوان تفاوت در میانگین ورود افراد در مطالعه و تجویز گزینه آنلاین آنها می‌باشد. به‌طوری‌که در مطالعه اول مصرف کندانس داروها در دو قسمت داروهای ضد حبیب و نیز داروهاهای ضد فشار خون از مطالعه خارج شده بودند.
و این نشان دهنده میزان اهمیت تریبون بهبود روش زندگی با هدف کاهش وزن و دور کردن افزایش فعالیت بدنی در این جمعیت می باشد. از طرفی میزان بالایی هم خوایی در ATP III و IDF تعیین شده که این مطالعه مشهود است و این پیشنهاد کننده استفاده از تعیین ATP III و IDF در کلیه و کارهای تحقیقاتی در کشور ما می باشد.

اندازه گیری دور کمر است که در بارکتین محل قابل تشخیص دور کمر انگاج شده و این شاخص می تواند به اندازه دور کمر کمتری نسبت به اندازه گیری محل شایع آن شود. از نظر ترویج این مطالعه استفاده از جمعیت بالایی نمایندگی ساکنان تهران همکاری موب ناحیه اعتبار یافته هاای ما می شود.

بهطور خلاصه شیوع سندرم متابولیک صرف نظر در نظر گرفتن تعیین استفاده شده در بالغین ایرانی ایلا می باشد.

**مآخذ**


