همیپرگلیسیم ایزوله پس از تهیه گلودز و خطر حوادث قلبی- عروقی: مطالعه قند و لپید نهران

مریم برزین، فرهاد حسینیان، رامین ملیبوژ، اردژن، فرشید عزیزی،...

چکیده
مقدمه: بررسی حوادث قلبی- عروقی در فوتیب خاصی در دیابت به نام همیپرگلیسیم ایزوله پس از تهیه گلودز (IPH) در آفراد 40 ساله و بالاتر که سابقه شدانه شده از دیابت یا بیماری‌های قلبی- عروقی نداشتند. روشن‌کننده 3794 درصد از افراد غیر دیابتی (قند خون ناشتا کمتر از 126 mg/dl) و 22 هریپرگلیسیم ایزوله پس از تهیه گلودز (IPH) (قند خون ناشتا کمتر از 126 mg/dl) و قند خون 2 ساعته پیشتر و مساوی 200 mg/dl و 3- همیپرگلیسیم در حالت ناشتا (قند خون ناشتا پیشتر و مساوی 126 mg/dl)

باهته‌ها: در آغاز مطالعه، 86% افراد که با عادات غذایی دیابت بودند، 190 درصد (34%) به IPH مبتلا بودند. پس از 8 سال پیگیری، در آفراد مبتلا به IPH در مقایسه با افراد غیر دیابتی، نسبت خطر تغییر چاقی با سوپ و جنس برای بیماری قلبی- عروقی به 0.77 (با فاصله اطمینان 95%, 0.64 تا 0.91) (P = 0.05) (P) بود. پس از تغییر عوامل داخلی داری به استیو همچون فشار خون، تریلیسیدرال بالا، گلوکز و مصرف سیگار نسبت خطر برای بیماری‌های قلبی- عروقی معنادار نبود (P = 0.88/0 تا 0.99) (P = 0.02)

نتیجه‌گیری: در آغاز مطالعه I Ph به عنوان یکی از مراحل اولیه دیابت نوع 2، فراتر از ابهای متالایک معمول، تقسیم دیابتی‌های قلبی- عروقی در متلاژیان این دیابت ایفا نمی‌کند. به نظر می‌رسد سایر عوامل خطرساز متالایک، از همیپرگلیسیم (به تنهایی) مهم‌تر باشند.

واژگان کلیدی: همیپرگلیسیم ایزوله، بیماری‌های قلبی- عروقی، تهیه گلودز...
مقدمه

هیپرگلیسیم که از تثبیت گلکوز و سمن در دست نمی‌آید، به عنوان یکی از عوامل اصلی از دیابت که به فنونی خاصی از دیابت به کننده افزایشی تر از 126 mg/dl و فنونی به 2 ساعت (FPG) تا 75 گرم گلکوز خوراکی (تسنیم 2-hPG) تحمیل گلکوز، پیش‌گیری در مصرف پیشگیری از میلی‌متر نوع 2 را از میلی‌متر داشته باشد. این فنونی در مراحل اولیه دیابت میلی‌متر نوع 2 و 4 میلی‌متر.

1. و معمولاً تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شود [3].

هر چند نتیجه تحمیل گلکوز خوراکی نتایج نتایج تشخیصی موجب پیش‌گیری از IPH است، اما استفاده از آن چندان معمول نیست. زیرا علاوه بر هزینه بالای آن نتیجه به سابیر آماده‌ها، معمولاً، ایجاد آن دشوارتر است. بر اساس گزارشی از NHANES 3/3 به میان در جمعیت شهری ایران، آن‌ها 3/3/10/10 در تیم‌های میلی‌متر در تیم‌های میلی‌متر داشته باشد.

ساپر عامل خطرساز برای بیماری‌های قلبی- عروقی مستقل از دیابت، خطر این بیماری‌ها را بیش از دور برای افراد ممکن است. [6] مطالعات اخیر نشان داده که برای کاهش مکر و نیز ناپای تریک بیماری‌های قلبی- عروقی باید مداخلات در مراحل اولیه دیابت صورت گیرد. این روز، ابتکار تشخیص زود هنگام آن بیش از پیش کشیدار می‌شود [7]. با در نظر گرفت موارد فوق، تشخیص هیپرگلیسیم خیفی هندی است.

اثبات بیشتر صورت پذیرد.

در تحقیقات بین پدیده‌های قلبی- عروقی بفوات نظر وجود ندارد. اغلب مطالعات نشان می‌دهند که فنونی پدیدار نشان داده شده، در ارزیابی خطر بیماری‌های قلبی- عروقی آتی. به فنونی ناشتا ارتجاع دارید [11] از طرف دیگر، سایر مطالعات نشان می‌دهند.

1- Isolated Postchallenge Hyperglycemia
2- Fasting Plasma Sugar
3- 2-h post 75-g oral glucose load

روه‌ها

نمونه‌ها و طرح مطالعه

مطالعات فن و لیبل شده تا بین جمعیت شهری تهران در تیم‌های میلی‌متر از تیم‌های ایران، تحقیقات حرشیار [18] بررسی اولیه از بهمن 1380 تا مرداد 1380 در بودند و سن بالای 3 سال نشان دادند. انتخاب مطالعه از جای دیگری منطقه است. [18] از بین این افراد، 4792 فرد 30 سال و بالاتر که سابقه دیابت 2 یا بیماری قلبی- عروقی نداشتند و داده‌های بالینی و بیوشیپماره آن‌ها در ابتدا و انتهای مطالعه در دسترس بود، انتخاب شدند.

این مطالعه توسط کمیته های نظارتی پژوهشکده علوم غذای درون‌وزیر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب شد و رضایت نامه کاربرد از افزایش شد. آماده شد.

این مطالعه توسط کمیته اخلاقی پژوهشکده علوم غذای درون‌وزیر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب شد و رضایت نامه کاربرد از افزایش شد. آماده شد.

دانشی‌گرای یا

جمع‌آوری داده‌های دموگرافیک و معاینات تنفسی توسط یک پرترش عمومی آموزش دیده صورت گرفت.
تری‌کلسید به ترتیب با استفاده از آزمون‌های رنگ سنجی آنزیمی با استفاده از کلسترول اس‌اکسی‌از و کلسترول اس‌اکسی‌از و
گلیسرول سفاف‌کننده نشان‌دهنده‌ی کلسترول شد. کلسترول HDL-C پس از روبش آمیل‌پرین، بای‌گالیسرول‌های یک تولید سفاف‌کننده‌ای از روند کلسترول شد. تری‌کلسید HDL-C محسوس شد. تری‌کلسید در مقدار کمتر از ۴۰۰ میلی‌گرم در دستی لیپوز بود.

محاسبه نشانه‌ها

دقت ۱۰۰ سانتی‌متر از اندک‌گیری شد. بر اساس حدا مرات
دور کمی‌تر از ۹۵۰ درهم موارد، و
بیشتر از ۹۵ سانتی‌متر در هر جنس، باعث شکیک در
نظر گرفته شد. هادی‌های فعالیت بدنی با استفاده از
پرسشنامه کمپیوتری (LRC) نشان دادند. اطلاعات نتیجه‌ی درباره مصرف
سیگار (در حال حاضر) پیشنهاد می‌کند. گله‌گاه سیگار
می‌کند. هرگز سیگار نمی‌کشد و مصرف سیگار را ترک
کرده‌(نبر جمع‌آوری شد).

برای اندازه‌گیری فشار خون سیستولی و دیاستولی، ابتدا
فرد مورد مطالعه به مدت ۱۵ دقیقه می‌نشست و سپس یک
پرستک وارد شرایط فشار خون او درباره با استفاده از
دستگاه فشارسنج چهار‌ای سنجش آراسته و با راست‌انداز
می‌گرفت و میانگین این دو، به عنوان فشار خون انتی
می‌شود. از همین شرکت کندن لپس از ۱۲ ساعت
ناشانی ماهنی، شتاب دیده شد. سپس به مقدار
۲/۶۰/۵ میلی‌متر جهه فشار خون بالا در نظر سه کرشت. سه
۱۴/۱ ساعت طول کشیده‌باد) و مرگ ناشی از بیماری‌های
قلبی-عروقی بود.

فشار خون سیستولی بر دیابتی‌ها مواردی و بالاتر از
۱۴۰/۸۵ میلی‌متر جهه به استفاده از هر گونه داروی ضعیف
فشار خون بالا در نظر گرفته شد. تری‌کلسید ناشی‌ای موارد با
مقدار ۱۵۰ میلی‌گرم در mg/dl با در نظر گرفته شد. کلسترول
۱۰۰ میلی‌گرم در mg/dl در مورد کمتر از ۴۰۰ میلی‌گرم در
گلیسرول سفاف‌کننده نشان‌دهنده‌ی کلسترول شد. تری‌کلسید
می‌کند. هرگز سیگار نمی‌کشد و مصرف سیگار را ترک
کرده‌(نبر جمع‌آوری شد).

۱- Lipid Research Clinic
دیابت نوع ۲ در آنها تشخیص داده شد. ۱۹۰ نفر (۲۳٪) مبتلا به IPH و ۲۹۶ نفر (۷۷٪) محروم از IPH. ۱۹۰ نفر (۲۲٪) از بهره‌کلیسمی ناشنا بودند. ۲۸ نفر (۳٪) از IPH ناشنا بودند. ۱۹۰ نفر (۲۲٪) از IPH بودند. این نتایج تأیید کرد که عونان گروه IPH در نظر گرفته شدند. این تعداد ۱۹۰ نفر (۲۲٪) بودند. IPH و کنترل وجود ناشنا بودند.

یکی دیگر از معاویه متوسط ۸۱ ساله پیگیری (با انحراف معیار ۵/۱۶) تعداد ۳۷۷ نفر دچار اولین حادثه قلبی- عروقی شدند. در این بین، ۲۲ نفر (۶٪) از IPH و ۲۲۴ نفر (۶٪) از IPH ناشنا بودند. در ۲۲ نفر (۲٪) بیماری قلبی- عروقی را بر اساس مدل نسبت خطر Cox تعداد ۱۸۰ نفر (۳٪) که بر سه داده و جنس نشان داده. در مدل خطر حادثه قلبی- عروقی RAIPH تعیین یافته است. Cox افزایش می‌داد (نسبت خطر ۷/۷۷ (با فاصله اطمینان ۹۵٪ ۲/۲۳۶۹ تا ۴/۲۳۶۹) نسبت خطر پس از تعیین برای سن و جنس و ناشنا بودن با دچار عوامل مبتلا آمارش شد. تعداد ۱۸۰ نفر (۳٪) بیماری قلبی- عروقی این سن و جنس عوامل حادثه قلبی- عروقی ۱۸۰ نفر ۱/۲/۲۳۶۹ تا ۴/۲/۲۳۶۹. در IPH و کنترل وجود ناشنا بودند.

**پایه‌ها**

پس از حذف افرادی که در ابتدا مطالعه دیابته شناخته شده بیماری قلبی- عروقی داشتند شرکت کننده‌ها ۱۱۸ نفر داشتند. این نتایج همراه با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۲/۲۳۶۹ تا ۴/۲۳۶۹) نفر داشتند. این نتایج احتمالات برای آزمون‌های دو نمای و P<۰/۰۵< از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

**جلوه‌های آماری**

کلیه داده‌های پیشنهادی (انحراف معیار) و تعداد ۲۵ (۷۵٪) و متغیرهای هر دسته به صورت درصد بین مشارکت‌ها متغیرهای هر دسته با استفاده از آنالیز گام دو مقایسه شدند. اختلاف متغیرهای پیشنهادی Tokey و آنالیز ANOVA (آزمون Kruskal-Wallis و آزمون post hoc) آنالیز شدند. از آنها تعداد تیرکبری از محتوای تحقیق تی کرک، برای مقایسه دو بان آزمون‌های ویکی گردیده است. شرکت کننده در ابتدا مطالعه سابقه تشخیص دیابت نوع ۲ در بیماری قلبی- عروقی نشان داده شد. در ابتدا مطالعه سابقه تشخیص دیابت نوع ۲ در بیماری قلبی- عروقی نشان داده شد. در ابتدا مطالعه سابقه تشخیص دیابت نوع ۲ در بیماری قلبی- عروقی نشان داده شد. در ابتدا مطالعه سابقه تشخیص دیابت نوع ۲ در بیماری قلبی- عروقی نشان داده شد. در ابتدا مطالعه سابقه تشخیص D1- Impaired Fasting Glucose
2- Impaired Glucose Tolerance

**کلمات کلیدی:**
- D1- Impaired Fasting Glucose
- 2- Impaired Glucose Tolerance

**summary:**
- دیابت نوع ۲
- و کاربرد IPH
- و گروه کنترل

**چکیده:**
- دیابت نوع ۲
- و کاربرد IPH
- و گروه کنترل

**کلمات کلیدی:**
- D1- Impaired Fasting Glucose
- 2- Impaired Glucose Tolerance

**summary:**
- دیابت نوع ۲
- و کاربرد IPH
- و گروه کنترل

**چکیده:**
- دیابت نوع ۲
- و کاربرد IPH
- و گروه کنترل
جدول 1- ویژگی‌های آفراد در ابتدای مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>الهای فیزیکی ناشتا</th>
<th>IPH</th>
<th>غیر دیابتی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد</td>
<td>190</td>
<td>3308</td>
</tr>
<tr>
<td>جنس (درصد مونت)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سال (سال)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدینی (kg/m²)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دور کمر (سمانی متر)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون (mg/d)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول مان (mg/d)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول LDL (mg/d)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول HDL (mg/d)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلسرید (mg/d)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولی (mmHg)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیستولی (mmHg)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف غذای دخانیات (%)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فعالیت فیزیکی (%)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کم</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>زیاد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>میزان ها به شکل میانگین (انحراف معیار) بیان شده‌اند.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Isolated Postchallenge Hypertglycemiac:IPH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>در دسته‌های مختلف دیابت: مطالعه قند و لیپید نرمان، بیکر 8 ساله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 2- خطر بیماری‌های قلبی-عروقی (یافته‌های خطر نسبی Cox در دسته‌های مختلف دیابت: مطالعه قند و لیپید نرمان، بیکر 8 ساله)

<table>
<thead>
<tr>
<th>الهای فیزیکی ناشتا</th>
<th>IPH (۱۹۰ نفر)</th>
<th>غیر دیابتی (۳۳۰۸ نفر)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد نفر-سال</td>
<td>260/2</td>
<td>140/0</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد رخداده‌های قلبی-عروقی</td>
<td>40/0</td>
<td>60/0</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت خطر تغییر</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>میزان بروزه به‌ایزه عروقی 10000 نفر-سال</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

میزان P

جدول 3- تعریف IPH

در جدول 1 ادامه است که

الا اساس سی. و جنس تغییر نشده است.

مال 0 اساس سی. و جنس تغییر نشده است.

قد: س ناشتا/ فشار خون بایستی 85/65/45 میلی متر جوش/140 میلی متر جوش/140 میلی متر جوش/140 میلی متر جوش) تغییر نشده است.

کلسترول بالا (بایستی 80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت) (میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگرم/دیالیت/80/60/40 میلیگر
بحث

این مطالعه اولین مطالعه این دسته‌گروه بشری جمعیت در خاور میانه است که نشان می‌دهد IPH به عنوان فتوئیزی از مراحل اولیه بدان نوع ۲۰ را از ناهنجاری‌های متابولیک معول، نقش در تعیین خطر بیماری‌های قلبی-عروقی در مبتلاگان دیابتی ایفا می‌نماید که به پروتئین، اکسیژن و دیگر عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی در نظر گرفته می‌شود. صرف نظر مرگ از تشخیص فتوئیزی IPH در نتیجه تعیین خطر بیماری‌های قلبی-عروقی ایندیکوم که در این بیماران ایجاد نمی‌کند. به تنها دایؤورهای ممکن و یا وارد نظر گرفتن می‌شالکه که انجام تست تحمیل گلگز خوارات وجود دارد. حذف این تست و تاکید بیشتر بر اندامی گزین خون ناشتا با عوامل راه‌کارگر منطقی در روشهای مغزی بالینی پیشنهاد می‌شود.

بر خلاف یافته‌های ما، مطالعات اندکی گزارش کرده‌اند که IPH در پیش بینی بیماری‌های قلبی-عروقی، حتی پس از در نظر گرفتن عوامل خطرساز متداول بیماری‌های قلبی-عروقی، از نظر آماری معنا‌دار است [۱۷]. در مطالعه رنکو برناردو [۱۶] پس از پیگیری متوسط ۷ ساله و پس از تعیین سن، نسبت دور کمتر به دور بانس تری‌کلرید، HDL-C، خطر بیماری‌های قلبی و مرگ ناشتا از آن را نسبت دادند.

IPH، HDL-C، نسب (به نوشته مردان) ۲ در پایان‌های دوم و ۱ در پایان‌های اول با عوامل شاک و نیایی برخوردار نبوده و متابولیک قلبی-عروقی می‌باشد.

مطالعه ما محدودیت‌ها و نقاط قوت خاص خود را داشت. از محدودیت‌های مطالعه ما این است که ابتدا، این مطالعه بر مبنای آنالیزهای تک تکی جنسیت انگشت نشان نشد. زیرا تعداد کم حوادث قلبی-عروقی امکان تک تیکی را را ما نمی‌داند. دوم اینکی احتمال خطای برای انواع مستندی که در محل آزمایش است. زیرا در ابتدا مطالعه افرادی که بر طبق گفته خودشان به بیماری قلبی-عروقی روابط بودند، مطالعه IPH و افراد مزدور مطالعه را صرف مطالعه ازار نیاز که آزمون تحلیل کلیک خوارات در ابتدا و در ابتدا مطالعه تعیین کردیم. سوم اینکی ممکن است افراد مزدور مطالعه، در طی دوره بی‌پیکری توانسته‌اند چند بار که در خود آزمون تحلیل کلیک و میزان این ابزار بیماری مطالعه افسته می‌دانند. این سوال در اغلب مطالعات ایسپانیولزیک که فقط از اطلاعات و غیره‌ای ابتدای مطالعه استفاده می‌کنند، دیده می‌شود. چهارم اینکی سطح سطح قطعی افراد به بررسی‌های لرزه‌ای، لرزه‌ای، وسیله بیمارانشان که که علاقةIPH-عروقی و افراد مزدور مطالعه واضح است. جوانتر از افراد‌های مزدور مطالعه رنکو برناردو (۱۵)


