

## پیش بینی عوامل خطر بیماری کرونری قلب با استفاده از فرامینگهام نمره

### خطر در مردان کره ای

#### چکیده

سابقه و هدف " در حال حاضر داده های پراکنده در ارتباط بین بیماری عروق کرونر قلب (CHD) و خطر آن وجود دارد عوامل فرامینگهام نمره خطر (FRS) در کره جنوبی برآورد شده است 0

روش شناسی / مدیر یافته ها : انجام یک مطالعه کوهرت آینده گر به منظور بررسی ارتباط بین عوامل خطر CHD توسط FRS در 15 کشور 239 نفر مردان در سال 2005 و 2010 برآورده شده است. براساس FRSشش عامل خطر عروق کرونر وجود دارد : جنس / سن / کلسترول تام / لیپوپروتئین با چگالی بالا (HDL) / کلسترول / فشار خون و کشیدن سیگار / عادت غذایی . تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی چند گانه به تجزیه و تحلیل روابط بین FRS و عوامل خطر CHD می پردازد . در این مطالعه مصرف الکل / ورود تری گلیسرید به خون / LDLکلسترول / فشار خون بالا / دیابت / ورزش منظم / افزایش وزن با FRSارتباط دارد .

اهمیت / نتیجه گیری : در این مطالعه apobبه عنوان مهم ترین عامل تعیین کننده برای توسعه آینده یافت شد .

#### معرفی

پیش بینی شده است که دیابت / پرفشاری خون و دیس لیپیدمی تاسیس کننده بیماری قلبی عروقی است عوامل خطر دیگر از جمله عادات غذایی / عدم فعالیت بدنی / سیگار کشیدن / مصرف الکل / استرس / چاقی در ارتباط با بیماری قلبی عروقی است .

در ذرات لیپوپروتئین . آپولیپوپروتئین های ساختاری و عملکردی مهمی است که حمل و نقل چربی را برعهده دارد ذرات و ساختار آپولیپو پروتئین در تنظیم سنتز و متابولیسم لیپوپروتئین نقش دارد

کاهش عوامل خطر می تواند از بروز بیماری بیماری قلبی عروقی پیشگیری کند بسیاری از مطالعات و برنامه های مربوط به پیشگیری از بیماری قلب و عروق روی افراد سالم و افراد بیمار که هیچ علائمی را نشان نمی دهند .

مواد و روشها:

طرح : مطالعه و افراد

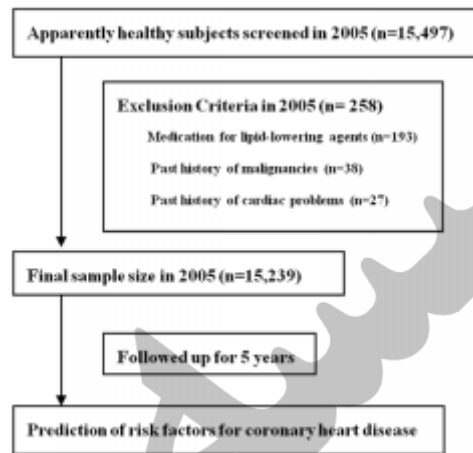
یک مطالعه کوهرت آینده نگر به منظور بررسی خطر انجام شد عوامل CHD در مردان سالم کره ای که در شرکت های مختلف کره جنوبی استخدام شدند همه کارمندان شرکت در معاینه پزشکی سالانه مورد ارزیابی قرار گرفتند . جمعیت مورد مطالعه شامل افرادی که تا بحال معاینات داشتند اولین معاینه در سال 2005 و 5 سال بعد در سال 2010 در ابتدا 15 / 497 نفر شناخته شده است در میان 15 / 497 نفر اولیه / 258 نفر به دلایل مختلف خارج است . 193 نفر مصرف کاهنده لیپید / 38 نفر سابقه بدخیمی گذشته و 27 نفر مشکلات قلبی ( آنژین صدری و انفراکتوس میوکارد داشتند

اندازه گیری های بالینی و آزمایشگاهی

معاینات سلامت اولیه در سال 2005 انجام شد شامل سابقه پزشکی معاینات فیزیکی پرسشنامه درمورد رفتارهای مرتبط با سلامت اندازه های تنسجی و اندازه گیری های بیوشیمیایی / تاریخچه پزشکی و سابقه مواد مخدر توسط پزشکان بررسی شد سوالاتی در مورد مصرف الکل که به صورت روزانه الکل به میزان 20 گرم در روز. از شرکت کنندگان در مورد فعالیت های فیزیکی مانند آهسته دویدن / دوچرخه سواری و شنا به طور می انجامد و میزان تعریق در هفته / فشار خون بالا 90/140 میلی متر جیوه . میزان دیابت را با گلوومتر اندازه گیری می کنند تا میزان قند خون را تعیین کنند یا نمونه خون ناشتا بیش از 12 ساعت جمع آوری می شود سطح سرمی قند خون ناشتاکلسترول تام / تری گلیسرید / لیپوپروتئین با چگالی کم و لیپوپروتئین با چگالی بالا اندازه گیری می شود پرستاران باید فشار خون سیستولیک و دیاستولیک را اندازه گیری کنند پرستاران باید فشار خون را در پوزیشن نشسته اندازه گیری کنند باید قد و وزن را با لباس سبک و بدون کفش اندازه گیری کنند و شاخص توده بدنی BMI را بدست آورد

ارزیابی ریسک خطر فرامینگهام

براساس شش عامل خطر ساز : جنس / سن / کلسترول تام / HDL کلسترول / فشار خون سیستولیک و عادت سیگار کشیدن در میان این عوامل سن / فشار خون / کلسترول تام نسبت به سیگار کشیدن مهم تر است .



شکل 1

## تجزیه و تحلیل آماری

توزیع متغیرهای پیوسته مورد بررسی قرا گرفت و تحول در تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت پیرسون تجزیه و تحلیل همبستگی نشان می دهد ضریب همبستگی بین FRS و متغیرهای بالینی استفاده شد . تجزیه و تحلیل روابط بین FRS مورد استفاده قرار گرفت با apoB به آپولیپوپروتئین A / مصرف الکل / ورود به سیستم تبدیل LDL / TG کلسترول / فشار خون بالا / دیابت / ورزش منظم / BMI که بودند .

## نتایج :

ضریب همبستگی بین FRS و بالینی متغیر است ضریب همبستگی نسبتا بزرگتر از آن است بجز آپولیپوپروتئین و HDL کلسترول و ورزش منظم مدل I / III / IV / V از طریق تجزیه و تحلیل همبستگی apoB به آپولیپوپروتئین / مصرف الکل / ورود تبدیل LDL / TG کلسترول / فشار خون بالا / دیابت و ورزش منظم و BMI انتخاب شدند . مدل I شامل متغیرهای کمی مهم : مصرف الکل / ورود تبدیل LDL / TG کلسترول / فشار خون بالا / دیابت / ورزش منظم / BMI که برای اختصاصی 16.28 درصد از واریانس در FRS ورود تبدیل TG عامل تعیین کننده اصلی بود . مدل II شامل مدل I به علاوه آپولیپوپروتئین A-1.R<sub>2</sub> بخشی از آپولیپوپروتئین 47% . A-1 بود . مدل III عامل تعیین کننده اصلی به apoB / آپولیپوپروتئین A تغییر یافته هاست . مدل V این نشان می دهد apoB جان سالم به در برد .

در مطالعه حاضر همبستگی مثبت و معنی داری بین سطح سرمی apoB و FRS مردان کره ای سالم مشاهده شد. از طریق مدل رگرسیون خطی تعیین شد که apoB مهم ترین عامل تعیین کننده در میان خطر ابتلا به CHD بوده است. پپین apoB و LDL کلسترول ارتباط وجود دارد. ApoB جزئی از LDL کلسترول است که بقایای سوخت و ساز لیپوپروتئین است. آپولیپوپروتئین A در از بین بردن کلسترول اضافی از بافت ها نقش دارد. در کشور های غربی apoB و آپولیپوپروتئین A بعنوان پیش بینی کننده مستقل از CHD کمیاب است شواهد طولی تا به امروز نشان می دهد که آپولیپوپروتئین ها دارای ارزش پیش بینی CHD در کره و یا در دیگر کشورهای آسیایی است

یافته های موجود احتمال اینکه که apoB بجای آپولیپوپروتئین A ممکن است با پیش بینی آینده نگر همراه توسعه CHD در افراد سالم کره ای را نشان می دهد. داد و ستد کالا و همکاریها تاکید کرد که apoB شاخص بهتری از تعداد کل ذرات آتروژن است زیرا هر لیپوپروتئین با چگالی بسیار کم. لیپوپروتئین با چگالی متوسط است. ذرات آتروژن حاوی تنها یک مولکول apoB پیش از LDL در کبد که مسئول تحویل چربی از کبد و روده است.

مطالعات قبلی نشان می دهد که اندازه گیری چربی بهترین پیش بینی آینده از بروز CHD است. چندین گزارش اخیر از افزایش احتمال آپولیپوپروتئین بعنوان شاخص بهتری برای خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی است براساس این فرض که سطح apoB بهترین منعکس کننده تعداد ذرات لیپوپروتئین آتروژنیک است طی مطالعه ای که بدست آمده نژاد نقش دارد و کسانی که در محیط های شهری زندگی می کنند بیشتر مستعد ابتلا به CHD هستند. در تعداد شرکت کنندگان چربی مستقیم را اندازه گرفتند. apoB به ما نشان داد که آپولیپوپروتئین A مهم ترین عامل در مبتلا شدن به CHD است.