بررسی فشار خون سیستولی و دیاستولی و فشار نبش و شواهد الکتروکاردیوگرافی انفکتوس میکوراد در افراد بالغ تهرانی: مطالعه قند و لیپید تهران

دکتر آرش قنبریان، دکتر نسرین رضایی قلعه، دکتر فرهاد حاج شیخ الاسلامی، دکتر علی سپاهی، حسین ملیعی، دکتر کیتا شفیعی، دکتر پاسیوی گلبرگ، دکتر فریدون عزیزی

چکیده
مقدمه: پرفشاری خون یک عامل خطر عمده برای بیماری‌های عروق کرونی است. در مطالعات اخیر بر اهمیت بالایی فشار نبش در پیش بینی بروز بیماری عروق کرونی تأکید شده است. هدف از این مطالعه بررسی فشار خون سیستولی و دیاستولی و فشار نبش افراد بالغ است که در نوار قلب آنها شواهده از انفکتوس میکوراد (MI) در گذشته وجود دارد. مطالعه تلسکوپی (TLEG) که درمان ضد فشار خون مبتنی بر گرفتن قلب و رشد این مطالعه شده و نشان داده که افرادی که در نوار قلب مبتلا هستند افزایش فشار خون را در نظر گرفته شده است. این افراد نارای قبل قلبی و نارای قبل قلبی مبتلا به انفکتوس میکوراد هستند. به همین دلیل نیاز به ایجاد یک توصیه درباره فشار خون، طبیعی بوده (به نظر می‌رسد) هر ۲ ماه در افراد با فشار نبخشی اند یا مبتلا به انفکتوس میکوراد می‌باشد (JI) می‌باشد. این مطالعه به نظر می‌رسد که افزایش فشار نبخشی باعث افزایش میکروبی و مشترک در انفکتوس میکوراد می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داده که پرفشاری و فشار خون، طبیعی بوده (به نظر می‌رسد) هر ۲ ماه در افراد با فشار نبخشی باعث افزایش میکروبی و مشترک در انفکتوس میکوراد می‌باشد.

مقدمه
پرفشاری خون یکی از مهم‌ترین عوامل خطرساز بیماری‌های قلبی-عروقی است. اثرات مفید درمان پرفشاری خون در پیشگیری از بیماری عروق کرونی و سایری از کاراژمایه‌های بالینی کنترل شده برحسب رسیده است. در

واژگان کلیدی: انفکتوس میکوراد، فشار خون سیستولی، فشار خون دیاستولی، فشار نبخشی، مطالعه قند و لیپید تهران

مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و منابع ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران. مراجعه کنید. نمایشگاه تهران، صنیع پستی ۳۴۷۸۵-۰۲۷۴۳۰۳۹۷۴۵۳. مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و منابع ایران. E-mail: azizi@erc.ac.ir
سامان اخیر همراه با سایر این موضوع که فشار خون فیزیولوژیکی (DBP) که در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی متاثر، بیشتر بدان از ژن‌های مطالعات مشخص شده است که نشان می‌دهد مطالعات مشخص و نیم نیست. در پیشنهاد بیماری‌های عروقی و مبتلا به بروز سیستولیک از این فشار ژن‌های مبتلا به تخیلی فشار خون سیستولیک و یا نیم فشار نمی‌باشد. 11-13 این مطالعات جامعه‌ای با شرکت inflammation و در آن نیز غربی گریزکننده است.11

این ادامه کمیز خون

پیشینه بیشتر در بحث این موضوع که نشان می‌دهد عوامل جسمانی و غیبی که مشخص کننده و تحقیق این ادامه است. راه‌هایی که در تحقیق اند. این مطالعات از تغییرات انترولیوم و تحقیقات ژنیکی برای تجربه داروی خون نیش و معاینه و انتخاب در همین، ادامه کمیز خون سیستولیک مبتلا به نشان می‌دهد. 10-11 این مطالعات جامعه‌ای با شرکت inflammation و در آن نیز غربی گریزکننده است.11

تهران ادامه شد. جزئیات بیشتر در بحث این موضوع که نشان می‌دهد عوامل جسمانی و غیبی که مشخص کننده و تحقیق این ادامه است. راه‌هایی که در تحقیق اند. این مطالعات جامعه‌ای با شرکت inflammation و در آن نیز غربی گریزکننده است.11

سایبان اخیر همراه با سایر این موضوع که فشار خون سیستولیک (DBP) که در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی متاثر، بیشتر بدان از ژن‌های مطالعات مشخص شده است که نشان می‌دهد مطالعات مشخص و نیم نیست. در پیشنهاد بیماری‌های عروقی و مبتلا به بروز سیستولیک از این فشار ژن‌های مبتلا به تخیلی فشار خون سیستولیک و یا نیم فشار نمی‌باشد. 11-13 این مطالعات جامعه‌ای با شرکت inflammation و در آن نیز غربی گریزکننده است.11

یک مطالعه میدانی در تهران در مورد ۶۰ نفر با دخالت به روش‌هایی که در تحقیق اند. این مطالعات جامعه‌ای با شرکت inflammation و در آن نیز غربی گریزکننده است.11

مواد و روش‌ها

فشار سیستولیک یک مطالعه میدانی در تهران که در تحقیق اند. این مطالعات جامعه‌ای با شرکت inflammation و در آن نیز غربی گریزکننده است.11

i) Tehran Lipid And Glucose Study (TLGS)

ii) Cross-sectional
جدول 1- توزیع فراوانی انفارکتوس میکارد بر اساس بافت‌های نوار قلبی به تفکیک جنس و فشار خون در جمعیت تحت بررسی مطالعه قند و لیبد تهران

<table>
<thead>
<tr>
<th>سابقه انفارکتوس میکارد (در نوار قلبی)</th>
<th>دارم</th>
<th>فشار خون بالا</th>
<th>فشار خون طبیعی</th>
<th>کل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مردان</td>
<td>486</td>
<td>(27/2)</td>
<td>(13/6)</td>
<td>609</td>
</tr>
<tr>
<td>زنان</td>
<td>476</td>
<td>(7/6)</td>
<td>(17/6)</td>
<td>544</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*اعاداد داخل پرانتز درصد خام را نشان می‌دهد

i- Probable
ii- Possible

نوار قلبی و تعیین انفارکتوس میکارد

برای هر ۲۰ سال جمعیت تحت پوشش TLGS، نوار قلبی استاندارد ۱۲ لید در حال استراحت به وسیله و تنظیم آموزش بیوپاک و موجودی بر اساس پروکتل استاندارد سه‌ماهه نوار خونی داشته باشند. نوار CEC، می‌تواند به دستگاه می‌شود و با استفاده از دستگاه ۱۲۰۰ گرفته شود. دو پرست کلی این نوارها توسط ایستا کنکاری با استفاده از یک لامپ اندازه‌گیری می‌شود که این منظور کچالگی استاندارد می‌باشد. نوارها به دستگاه دیجیتالی اطلاعات از دقت امکان‌پذیر با توسط SPSS10 (SSPS Inc, Chicago) بررسی می‌شود و جهت اطمینان از دقیقی دارند، همه داده‌ها دی‌بی وارد بانک داده‌های نوار قلبی ۵۵۲ (۲۷۹ مرد و ۲۷۳ زن) بالای ۳۰ سال گرداری و آنالیز شد. میانگین سنی برای مردان ۷۵/۷ و برای زنان ۷۱/۱ بود. شیوع پروپاریژ، در میانگین سنی برای مردان ۱۹/۶% و در زنان ۳۸/۸% بود. همین‌طور که در جدول (۱) اشاره داشته است، افراد با پاتولوژی میکارد (MI) ممکن با محتمل بودن (p<0.05) از مردان و ۸/۴% از زنان (p=0.05). در مقایسه با افرادی در افراد دی‌بی معنی‌دار به ترتیب ۱/۳% در مقایسه با افراد دی‌بی با فشار خون طبیعی، شیوع MI در افراد دی‌بی با فشار خون بالا ۴/۸% با دی‌بی داشت. این مسئله در هر دو جنس مسلم بوده، اما اختلاف در مردان از نظر اماری معنی‌دار نبود (p=0.06) در مقایسه (1/2% با دی‌بی) در زنان و ۴۶/۸% در مقایسه با دی‌بی (p=0.05).
جدول 2- اندازه‌ Öl خون (میلی‌متر جیوه) به تفکیک جنس در پزشک‌سالان مطالعه‌ فن و لیبید تهران

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>میانگین (انحراف از میانگین)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مردان</td>
<td>میانگین سیستولیک (161/7/1)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>دیاستولیک (97/6/1)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>فشار نیم (9/6/1)</td>
</tr>
<tr>
<td>زنان</td>
<td>میانگین سیستولیک (119/6/1)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>دیاستولیک (87/6/1)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>فشار نیم (9/6/1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3- اندازه‌ Öl خون (میلی‌متر جیوه) به تفکیک جنس و وضعیت پرفشاری خون و سابقه انفارکتوس میوکارد (براساس نوار قلبی) در پزشک‌سالان مورد بررسی در مطالعه فن و لیبید تهران

<table>
<thead>
<tr>
<th>سابقه انفارکتوس میوکارد (نور قلبی)</th>
<th>دادار</th>
<th>وضعیت پرفشاری خون</th>
<th>متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>CI % 95</td>
<td>Mیانگین (SE)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>فشار خون سیستولیک</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>فشار دیاستولیک</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>فشار نیم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل</td>
<td>143-162</td>
<td>135/5/2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>112-112</td>
<td>112/6/4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>118-120</td>
<td>118/6/5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد</td>
<td>96-97</td>
<td>97/6/3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>77-77</td>
<td>77/6/3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>80-89</td>
<td>80/6/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل</td>
<td>55-55</td>
<td>55/6/3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>42-42</td>
<td>42/6/3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>31-31</td>
<td>31/6/3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

خطای استاندارد: CI فأصلی اطمینان SE

* در مقایسه با فشار خون سیستولیک در افراد با فشار خون طبیعی و داشتن سابقه انفارکتوس میوکارد در نوار قلبی، داده‌های پردازشی.

(37) در مقابل 75 میلی‌متر جیوه، 100/0= p در مقایسه با زنان

فشار خون

مقایسه فشار خون اندازه‌ Öl در جدول 3 با نشان داده شده است. مردان در مقایسه با زنان فشار خون سیستولیک و فشار نیم بالاتری داشتند. میانگین فشار خون دیاستولیک در هر دو جنس تقریباً یکسان بود. میانگین فشار خون بعد از تعیین برای سن، جنس، سیگار، سمت دور کمر به پا بود و BMI (نامیا توده بدن) در جدول 3 نمایش داده شده است. نتایج معنی‌داری بین میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در افراد با سابقه و MI نشان داده شد.
بحث
نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که پرفشاری‌خون در افراد با سابقه MI و بدون سابقه مشاهده شد. همبستگی سطح مطلق بین فشار نیض و فشار خون سیستولیک (که خود یک عامل خطرساز برای انفارکتوس می‌باشد) دیده شد. در عین حال همبستگی بین فشار نیض و فشار خون سیستولیک در مطالعه حاضر مغزی و ضعیف بود.

این نتایج از نظر مقالات مطالعاتی نظری مطالعه فرانکلین و همکاران 13 و میلر و همکاران 10 است و از سوی دیگر در بسیاری از مطالعات دیگر که در این زمینه انجام شده است.14،15 گروه اول نشان دادند که در افراد بیماران SD(H) عدم خطرسازی و همبستگی سطح مطلق حاضر که ارتباط ضعیفی را ت Wizard یافته‌اند. گروه دوم نشان دادند که فشار خون دیاستولیک با تفاوت معنی‌داری به‌پایان در BP، با گروه نمونه‌شده به کار گرفته شده و با BP، MI و SE مرتبط می‌باشد.

فراستیک و همکاران نشان دادند خطر بیماری‌های عروق کرونر در مردان مسن با یک فشار خون سیستولیک معین، با کاهش فشار خون دیاستولیک افزایش می‌یابد. 16 میلر و همکاران در تحلیل داده‌های کاراکتریزی برای دیابت مبتلا به فشار خون خنثی‌کننده که دارای صورت گردیده و یک دارایی‌کننده به‌طور خودی نسبت به فشار خون سیستولیک، دیاستولیک و یا فشار خون متغیر ترین بیماری، برای پیشگیری و قابلیت کرونر در مردان از یکلیس به‌طور مداوم در این مطالعه نشان داده شد که میزان افزایش خودش و غیر کشیده کرونری از اندازه‌گیری فشار نیض تعیین شده برای سن، افزایش آشکاری سایه و مهیج این میزانها با فشار خون سیستولیک همبستگی قوی‌تر دارند. در این مطالعه خطر بیماری‌های کرونر با فشار خون دیاستولیک همبستگی معکوس

\[ p < 0.01 \] \* 

1 Medical Research Council
فشارخون سیستولی بیشتر از فشار دیاستولی بالا می‌رود که همگام با پیش‌بینی بر اساس فشار نیز بوده است. بنابراین ترتیب فشار دیاستولی همراه با افزایش مقامات عروقی در افراد میانسال بالا می‌رود و به دنبال آن با افزایش سطح عروق مزکی کهن‌سالی می‌یابد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و نتیجه‌گیری‌های دیگر آزمایشات به نظر می‌رسد که بیشترین تأثیر فشار نیز در بیماری‌های عروقی محور ناشی از افزایش فشار خون سیستولی است. کاهش فشار خون دیاستولی با ابتانی در ارزیابی‌های به عمل آمده در بیماری‌های عروقی و با بیماری‌های قلبی - عروقی ممکن است باعث افزایش در موارد با بیماری‌های قلبی - عروقی و می‌باشد. محققان در یک مطالعه آینده‌نگر 15 ساله نشان دادند که خطر بیماری‌های عروقی در سالن مجازی، بیماری‌های قلبی - عروقی و سایر علائم مربوط گردیده 85 سال با افزایش فشار نیز و مستقل از افزایش دیاستولیک بالا می‌رود. در این مطالعه بعد از یک‌سال دست‌کم به فشار خون سیستولی تعیین شد. همیستگی مثبت بین مارک و می‌باشد و افزایش فشار نیز ناپدید شد. این‌ها اظهار داشته که افزایش فشار نیز، مارک ناشی از بیماری‌های عروقی کرون، سکته مغزی، بیماری‌های قلبی - عروقی و هم‌مراد مارک و می‌باشد در مراحل و زمان‌های مختلف بیشترین کاهش‌ها در میان‌سالی و کهن‌سالی با فشار خون سیستولی بیشتری دارد.

سیاست‌گذاری

این پژوهش نتایج‌هایی ملی به شماره 121 از محل تعیین ملی اختصاصی بازه‌ای از سویشور بلژیک ملی انگیزه شده است. این پژوهش به دنبال درک خود را از تمامی ساکنان منطقه 12 تهران، به ویژه شرکت کننده، در این پروژه که سپس در کتابخانه قرار گرفته‌اند. اعلام می‌کند. از همکاری صمیمانه کارکرد مرکز تحقیقات غذایی و متابولیسم وارد بررسی قسمت و چربی دانشجویان، مربی و ماوند به‌شکل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مکات تشکر را اظهار می‌دارد. مؤلفان این مقاله می‌گویند این مفسر نوارهای قلبی مرکز تحقیقات غذایی و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهر می‌شکند.

نتایج مطالعه حاضر گروه‌های سیستولی از گروه‌های دیاستولی کمتر است. در این خصوص می‌توان دلایل احتمالی را ذکر کرد. در مقایسه با گروه اول، نمودن موارد عروقی ممکن است در این گروه دو مرحله بررسی گذاران محسوب می‌شود. میانگین سنی متوسط 119 ± 56 سال بود. از سویی مطالعه حاضر به شکل مستقل اجرا شد. این موارد شاید نتایج را موجب را توضیح کنند. در نتیجه این که در افراد جوان مردان با بالا رفتن سن و مقاومت عروقی، فشار خون سیستولی و دیاستولی افزایش می‌یابد. با شروع میان‌سالی، می‌توان نتایج 121 میلی‌متر می‌توان آن را داشت. 

References