بررسی فشار خون سیستولی و دیاستولی و فشار نبض و شواهد الکتروکاردیوگرافی افتارکوتس میوکارد در افراد بالغ تهران: مطالعه قند و لیبيد تهران

دکتر آرش قنبریان: دکتر نسرین رضایی قلله، دکتر فریده حاج شیخ الاسلامی، دکتر علی سیماک، حسین مینی، دکتر کیا شفیعی، دکتر پاسخگویی کلهر، دکتر فریبا میرزی

چکیده

مقدمه: پرفشاری خون یک عامل خطر عمده برای بیماری‌های عروق کرون است. در مطالعات اخیر بر اهمیت بالایی نبض در پزشکی فرصت عروق کرون تأکید شده است. هدف از این مطالعه بررسی فشار خون سیستولی و دیاستولی و فشار نبض افراد بالغ است که در نوار قلب آنها شاخص از افتارکوتس میوکارد (MI) در گذشته وجود دارد. مشارکت 8000 نفر از 300 ساله پالوسک شرکت کردها مطالعه مورد لیبيد تهران (TLGS) که درمان فشار خون نمی‌گرتفند و این مطالعه شده و فشار خون آنها در دو نویس آندازه‌گیری و ناپاکیدی دو نویس به عنوان فشار خون فرد در نظر گرفته شد. این افراد به دو گروه: 1- دارای افتارکوتس میوکارد ممکن (محلمل (Possible/Probable MI) و 2- بدون افتارکوتس میوکارد طبقبندی شدند. پایه‌ها: این مطالعه افتارکوتس میوکارد ممکن با محتمل در نوارهای قلبی (MI) در مردان و (MI) در زنان، اضطرابات شواید الکتروکاردیوگرافی افتارکوتس میوکارد محلمل با ممکن در افراد مبتلا به پرفشاری خون در برای افراد با فشار خون طبیعی بوده (به ترتیب 1/6) در مقابل 1/1000 و (MI) از تغییرهای بیشتر در MI جنس و نمایندگی جنین در افراد با فشار خون طبیعی صادقان فشار خون دیاستولی و طبیعی میتوان در افراد با بیماری MI پایینتر از افراد بدون سایت MI بود (پایینتر از افراد بدون سایت MI) به ترتیب 1/27 در مقابل 1/5000(p). در حالی که این متافا برای داشتنی و فشار دیاستولی در چینی از زیر گروه‌های دارای فشار خون با لای طبیعی معمول دارند. در هر گروه با فشار خون با لای طبیعی، فشار خون طبیعی و دمایی در گروه‌های با لای طبیعی (MI) و فشار خون طبیعی و دمایی در گروه‌های با لای طبیعی (MI) نوازندگی نشان داد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، به نظر من ردی تأثیر اختلافی فشار نبض در پیشگویی بیماری‌های عروق کرون ناشی از افتارکوتس میوکارد است نا کاهش فشار دیاستولی.

واژگان کلیدی: افتارکوتس میوکارد، فشار خون سیستولی و دیاستولی، فشار نبض، مطالعه قند و لیبيد تهران

مقدمه

پرفشاری خون یک از مهارت‌های عملا خطرساز بیماری‌های قلبی-عروقی است. اثرات مفید درمان پرفشاری خون در پیشگیری از بیماری عروق کرون در پیشگیری از کاراژی‌های بالینی کنترل شده بیماران در نویسیده است. در
مطالعه متعدد جفت و لیبدیت تهران

مطالعه متعدد جفت و لیبدیت تهران یک مطالعه طولی آینده‌گر است که از دو مرحله تشکیل شده و مرحله اول آن به صورت یک مطالعه مقطعی به منظور برآورد شیوع عوامل خطرساز بیماری‌های قلبی-عروقی، شامل اختلالات قلب و لیبدیت، صایدگی و پرفشاری، شایع‌ترین بیماری‌های قلبی-عروقی است.

iii- Inflation
جدول 1- توزیع فراوانی انفارکتوس میوکارد براساس بافت‌های نوار قلبی به تفکیک جنس و فشار خون در جمعیت تحت بررسی مطالعه قند و لیپید تهوران

| سابقه انفارکتوس میوکارد (در نوار قلبی) | دارد | فشارخون
|----------|-----------|-------------------------|
| مردان | ۲۴/۸ (۷۸٪) | فشارخون بالا
| ۱۶/۴ (۴۴٪) | فشار خون طبیعی
| ۵۳/۴ (۱۵٪) | کل

زنان
| ۵۴/۴ (۱۷٪) | فشارخون بالا
| ۱۲/۳ (۴٪) | فشار خون طبیعی
| ۲۴/۲ (۸٪) | کل

*اعاده داخل پرانتز درصد حاصل را نشان می‌دهد;
*۴ در مقایسه با زنان: 
به منظور حصول اطمنان از دقت کگردنی، پژوهش شده که دیسیسی۱۰٪ را دوباره کگردنی نمود و جفت اطمنان از نتیجه‌ی داده‌ها می‌دهد.

نتایج آماری

این افراد بالای ۵۰ سال که در زمان مطالعه داروی ضد فشار خون مصرف می‌کردند از مطالعه حذف شدند. برای مقایسه فشار خون سیستولیک و فشار خون دیاستولی بین زیرگروه‌ها از ANOVA و مدل‌های عواملی خبط‌های متغیر استفاده شد. از آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط میان فشار نیتر و فشار خون سیستولیک و فشار خون دیاستولی در زیرگروه‌ها استفاده شد. علما SPSS10 (SPSS Inc, Chicago) آماری با استفاده از ترم افزار آنالیز

یافته‌ها

دیده‌ها نوار قلبی که اثرات کاهشی و آنالیز شد. میانگین سنی برای مردان ۷۸/۴۹ ± ۳ و برای زنان ۷۸/۴۷ ± ۳ بود. شبیع پرفشاری خون در مردان ۱/۹ و در زنان ۸/۱ بود. همان‌طور که در جدول ۱ نشان داد است نتایج از افراد دارای یافته‌های
نوار قلب می‌تواند بر انفارکتوس میوکارد (MI) ممکن با باشد. البته از مطالعات شرایط مورد نظر (p ≤ ۰/۰۸). در مقایسه با ACR در افراد دارای فشار خون طبیعی، شبیع پرفشاری بالا دو برابر بود (ه‌ر ارتباط ۱ در مقابل ۲.۸ و اختلاف در مردان از نظر آماری معنی‌دار نبود (۰/۶۸ در مقابل ۲/۷ در زنان و ۰/۱۶ در مقابل ۲/۰۸ در مردان).

i- Probable
ii- Possible
جدول 2- انتخاب فشار خون (میلی متر چیو) به تفکیک جنس در بزرگسالان مطالعه قند و لیپید تهران

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر سری</th>
<th>بیوسیستولیک</th>
<th>دیاستولیک</th>
<th>میانگین (انحراف معیار)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>مردان</td>
<td>زنان</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فشار نیض</td>
<td>27/3</td>
<td>27/3</td>
<td>27/3</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون</td>
<td>176/101</td>
<td>166/99</td>
<td>172/96</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار بروز</td>
<td>111/75</td>
<td>110/72</td>
<td>110/73</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(37) در مقایسه 56 میلی متر چیو، p = 0/010 *

مقدار فشار خون اندازه‌گیری شده در جمعیت تحت بررسی در جدول 2) نشان داده شده است. مردان در مقایسه با زنان فشار خون سیستولیک و فشار نیض بالاتری داشتند. میانگین فشار خون دیاستولیک در دو جنس تقریباً یکسان بود. میانگین فشار خون بعد از تعیید برای سن، جنس، سیگار، نسبت دور کمر به باسن و BMI (نمایه توده بدن) در جدول 3) نشان داده شده است. همان طور که در این جدول آورده شده است، تفاوت معناداری بین میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در افراد با سابقه و MI فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، در افراد با سابقه و MI

جدول 3- اندازه‌گیری فشار خون (میلی متر چیو) به تفکیک جنس، وضعیت برفارشاتری خون و سابقه انفارکتوس میوکاردی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سابقه انفارکتوس میوکاردی (در نوار قلبی)</th>
<th>دادر</th>
<th>وضعیت برفارشاتری خون</th>
<th>میانگین (SE)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ندارد</td>
<td>CI 95 %</td>
<td>CI 95 %</td>
<td>متغیر</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>پرفشار</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>بروز</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ندارد</td>
<td>132-146</td>
<td>132-146</td>
<td>فشار نیض</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>110-114</td>
<td>110-114</td>
<td>طبیعی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>118-120</td>
<td>118-120</td>
<td>کل</td>
</tr>
<tr>
<td>دارد</td>
<td>99-102</td>
<td>99-102</td>
<td>پرفشار</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>78-81</td>
<td>78-81</td>
<td>طبیعی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>69-72</td>
<td>69-72</td>
<td>کل</td>
</tr>
<tr>
<td>ندارد</td>
<td>55-64</td>
<td>55-64</td>
<td>پرفشار</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>37-42</td>
<td>37-42</td>
<td>طبیعی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>21-22</td>
<td>21-22</td>
<td>کل</td>
</tr>
</tbody>
</table>

겠다: SE در مقایسه با دیابت. SE در مقایسه با دیابت (بررسی دو یا سه گروه) در جدول 3) نشان داده شده است. همان طور که در این جدول آورده شده است، تفاوت معناداری بین جنس، وضعیت برفارشاتری خون و سابقه انفارکتوس میوکاردی
بحث

نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که پرفشاری‌خون در افراد با سابقه رونای قلبی دال بر MI به میزان دو برابر شایع‌تر از افراد بدون سابقه MI در نوار قلب است. این موضوع با مشابه در سایر مناطق است. با وجود آن که شیوع پرفشاری‌خون بالای افراد با سابقه MI مقایسه با افراد بدون سابقه MI بهتر است. میانگین پرفشاری‌خون شایع در این افراد پایین‌تر است. به‌جز در مورد افراد با پرفشاری‌خون طبیعی که در آنها پرفشاری‌خون دیستولیک در کروه با سابقه MI بالاتر از کروه بدون سابقه MI (که آن هم از نظر پیشگیری از چندن به آنها نیست). در کل کروه‌هایی این روند بالاتر در افراد با سابقه MI همیشه متفاوت معنی‌دار آماری یا غیرطبیعی با یا بدون سابقه MI محاسبه نشده است. با بهترین شرایط، MI با بی‌سابقه DBP بی‌سابقه PP و کاهش نسبی در مقدار بالای از مصرف نیاز به پرفشاری‌خون در افراد بدون سابقه MI محدود است. بهترین توجیه‌ای این میدان برای پایین‌ترین مقدار مصرف نیاز به پرفشاری‌خون در افراد بدون سابقه MI دقت کیفی (به جدول شماره ۲ و مقدار شاخص احتمال موافقت با) آگاهی به خصوص داده‌های احتمال SE و خصوصی داده‌های SE (به جدول شماره ۲ و احتمال موافقت با) مصرف نیاز به پرفشاری‌خون در افراد بدون سابقه MI بی‌سابقه DBP و کاهش نسبی در M ارتباط با داروی حذف شد. لیکن دیگر مداخلات درمانی پزشکی برای پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر رژیم غذایی با تغییر بهترین مصرف نیاز به پرفشاری‌خون بالای نظر RKO

جدول ۲- ضریب همبستگی پرفشاری‌خون سیستولیک و دیастولیک با پرفشاری‌خون با سابقه انفارکتوس میکارد (در نوار قلبی) در بزرگسالان مورد بررسی در مطالعه قند و لیبره-توهان

<table>
<thead>
<tr>
<th>فشار نبض</th>
<th>پرفشاری‌خون سیستولیک</th>
<th>پرفشاری‌خون دیاستولیک</th>
<th>پرفشاری‌خون سیستولیک</th>
<th>پرفشاری‌خون دیاستولیک</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MI سابقه</td>
<td>0.77*</td>
<td>0.67*</td>
<td>0.77*</td>
<td>0.67*</td>
</tr>
<tr>
<td>MI بدون سابقه</td>
<td>0.57*</td>
<td>0.47*</td>
<td>0.57*</td>
<td>0.47*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

p<0.01 *
References


