بررسی میزان تطابق درمان هیپرلیپیدمی با درمان پیشنهادی برنامه (NCEP-ATPIII) ملم آموزش کلسترول

درمان سخت‌گیرانه عوامل خطر بیماری عروق کرونر به عنوان علت اصلی مرض و میر جهان امروز تأثیر کاملی متقابل بر پیچیدگی آرژین آنتی‌کلسترولیک قلبی - عروقی دارد. در این مطالعه روش‌های درمانی دارویی انجام شده برای هیپرلیپیدمی توسط پزشکان بوده‌است. درمان استانداردی پیشنهادی برنامه ملم آموزش کلسترول (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III) مشاهده گردید. این است که به صورت مقطعي با نمونه‌گيری متساوي تصادفي طی‌هاي از مراجعان زيرگزاريه با آماراگزیه‌هاي پيش‌بندی خاص تب رفتگری در نمایش قبلی. درمان اولین بار بر جهت درمان هیپرلیپیدمی به پزشک مراجعه مي‌کرده‌این مطالعه نشان می‌دهد. سرم این بیماران جهت انجام موجود NCEP-ATPIII مقایسه شد. نتایج نشان می‌دهد که در این مطالعه، درمان پیشنهادی درمان سخت‌گیرانه با درمان استاندارد توسط پزشکان کمک می‌کند. درمان استاندارد توسط پزشکان

درمان سخت‌گیرانه عوامل خطر بیماری عروق کرونر به عنوان علت اصلی مرض و میر جهان امروز تأثیر کاملی متقابل بر پیچیدگی آرژین آنتی‌کلسترولیک قلبی - عروقی دارد. در این مطالعه روش‌های درمانی دارویی انجام شده برای هیپرلیپیدمی توسط پزشکان بوده‌است. درمان استانداردی پیشنهادی برنامه ملم آموزش کلسترول (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III) مشاهده گردید. این است که به صورت مقطعي با نمونه‌گيری متساوي تصادفي طی‌هاي از مراجعان زيرگزاريه با آماراگزیه‌هاي پيش‌بندی خاص تب رفتگری در نمایش قبلی. درمان اولین بار بر جهت درمان هیپرلیپیدمی به پزشک مراجعه مي‌کرده‌این مطالعه نشان می‌دهد. سرم این بیماران جهت انجام موجود NCEP-ATPIII مقایسه شد. نتایج نشان می‌دهد که در این مطالعه، درمان پیشنهادی درمان سخت‌گیرانه با درمان استاندارد توسط پزشکان کمک می‌کند. درمان استاندارد توسط پزشکان

واژگان کلیدی: هیپرلیپیدمی، درمان NCEP-ATPIII

مقدمه

بیماری عروق کرونر قلب علت اصلی مرض و میر در آمریکا به شمار می‌رود و سالانه باعث حدود نیم میلیون مورد مرگ می‌گردد. هزینه صرف شده برای این بیماری (1) گروه قلبی توصیه می‌شود. درمان سخت‌گیرانه عوامل خطر بیماری عروق کرونر به عنوان علت اصلی مرض و میر جهان امروز تأثیر کاملی متقابل بر پیچیدگی آرژین آنتی‌کلسترولیک قلبی - عروقی دارد. در این مطالعه روش‌های درمانی دارویی انجام شده برای هیپرلیپیدمی توسط پزشکان بوده‌است. درمان استانداردی پیشنهادی برنامه MELAEPU $1 -,.!%%% می‌کرده‌این مطالعه نشان می‌دهد. سرم این بیماران جهت انجام موجود NCEP-ATPIII مقایسه شد. نتایج نشان می‌دهد که در این مطالعه، درمان پیشنهادی درمان سخت‌گیرانه با درمان استاندارد توسط پزشکان کمک می‌کند. درمان استاندارد توسط پزشکان

واژگان کلیدی: هیپرلیپیدمی، درمان NCEP-ATPIII

مقدمه

بیماری عروق کرونر قلب علت اصلی مرض و میر در آمریکا به شمار می‌رود و سالانه باعث حدود نیم میلیون مورد مرگ می‌گردد. هزینه صرف شده برای این بیماری
کلسترول تهیه شد. در سال ۱۹۹۲ این بر عهده می پردازید. (NCEP-ATPIII)
ویایش سوم این راهنما در سال ۲۰۰۱ منتشر شد. علاوه بر تغییرات دیگر، ویژگی‌های خطرات قابل توجه مرض و عوارض NCEP-ATPIII
قابلیت تغییر در دنبال خطر ابتلا تأثیر گذاشت که در سال ۲۰۰۳ به میزبانی کانادا مورد توجه قرار داد. با ترکیب NCEP-ATPIII
ارزیابی عوارض خطرهای می بایستی سطح فعالیت‌های
یک کمیته منطقی انجام گردد. به وسیله آن به
پژوهش در شروع برنامه مناسب کرکی می کنند. با توجه به
مورد کرک در این مطالعه، رویه‌های درمان انجام شده جهت هپاتیسمی توسط پژوهشگران بر دارم NCEP-ATPIII
استاندارد بیشتری برای آزمون کلسترول می باشد. مقایسه نشان ده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مشاهداتی مورد صورت مقطعی انجام و طی آن
درمان است. ۱۷۲۹ ثبت‌شده به اعمالی آزمایشگاهی تشخیص طی
شهر (۹ آزمایشگاه) همانند گردید تا از شروع این
مطالعه آدرس و تفن مراجعات نشان دهد که در خواست
بررسی لیپیده‌های خون قبل از شروع درمان داشته و تنبیه
آزمایش آنها یک خطر كلسترول یا بالاتر از
بود یاراداشت کرده و در صورتی که برای اولین بار جهت
درمان مراجعه کرده، نمونه آنها جد گردید. برای
یکسانی، تابعیت این نمونه‌ها فقط در یک آزمایشگاه
انتهایی گردید. سپس از طریق شورکینگی تصمیم گیری
۱۴۶ مورد (از حدود ۱۵۰۰) مشخص شد که بعد از تمیل
پرسشنامه، مجدداً پرسشنامه لیپیدی کامل آنها توسط تکی
آزمایشگاه ادامه گردید. سپس از طریق شورکینگی، یک
پژوهشگر دستور درمان ایندیده‌ای بود که در اجرای
این مطالعه اطلاع داشته باشد. پیشنهاد پرسشنامه از طریق
مصوبه تفریق بیشتری کمک می‌کند. حجم
نمونه ۱۴۶ نفر بیشتری آماری تغییر نشد.
به امتیاز تی امتیاز سنجش خصوصیات تعدادی از
درمانی تا راهنما تشخیص ارزیابی و درمان عوارض
خطر از چهار چرخه بیماری‌های باشند. درباره آزمون
افزایش می‌تواند به میزان ۱۸۸۸ با عنوان برنامه ملی آزمون
به از ۱۰۰ میلیارد دلار در سال تخمین زده می‌شود. متناسبات ژنتیک به ۵۰% از انفرادکو
رع میراک آزمون می‌باشد که از هیچ گونه نظامی از بهبود
و تقریباً در مورد کاندیداست.

سختیت خطر نماینده خطر ابتلا تأثیر کامل
مثبت بر طیف بیماری آترسکولیتیک قلب و عروق دارد
در حالت که سن، جنس و سابقه قابلیت عوارض خطر تابعی
می‌باشد، پرفراشی خون، سیگار کشیدن، دیابت قندی، کاهش
سطح کلسترول و افزایش کلسترول LDL اکنون به
عنوان عوارض خطر قابل توجه نمی‌شود. در مورد کلسترول، اطلاعات موجود محدودیت
فرامین می‌کند که بررسی آنها مشاهده می‌شود درمان
چرب‌خوری کاهش چربی خون از حواشی را عضیه قلب
جلوگیری کرده مربک و مناسب کردن به بیماران با
هپاتیسمی شناخته شده. در بیماران با چربی
قدرت آنها می‌تواند افزایش یافته کلسترول مایع و
دانه قلبی قلبی در بیماران با چربی
کاهشی می‌کند. می‌تواند یک آزمون
انجام شده در مورد کلسترول باولا سی
دانه قلبی قلبی در بیماران با چربی
کاهشی می‌کند. می‌تواند یک آزمون

i- National Cholesterol Education Program-Adult
Treatment Panel III
ii- Coronary Heart Disease
iii- Framingham Point Scores
iv- Full lipid profile

Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir at 5:00 +0430 on Monday June 7th 2021
یافته‌ها

در ۱۴۶ بیمار مورد مطالعه میانگین سن ۲۸/۷±۶/۷۹ سال بودند.از این آمار ۵۸/۸ (٪ 4۰/۵) نفر بیمار مورد مطالعه میانگین سن زنان و مردان در این آمار بودند. نمونه‌گیری این مطالعه تصادفی بوده و به صورت طبقه‌بندی شده‌بودند.

مطالعات دمان (براساس شروع یا عدم شروع دمان دارویی) مورد مطالعه قرار گرفتند. وجود سابقه مبتلا بیماری کرونی زودرس در بیماران، بیماران از وجود انفکتوس قطعی قلب در پست‌گاه درجه یک (مارکر بیماری کرونی زودرس) که از این آمار برای بیماران پاسخ خواهان در سوال که آیا شما به حاضر سیگار می‌کشید مشخص شد، بیماران در صورتی مبتلا به پرفشاری خون در نظر گرفته می‌شند که یک پزشک به آنها گفته بود یا در حال مصرف داروی ضد فشار خون بودند و بیماران مبتلا به دیابت شیبین با توجه به گزارش یک پزشک انتخاب می‌شدند.

با تغییر عوامل خطر موجود بیمار و نیز پروفاگل لیپیدی کاملاً تا جهت به رهنمود درمان استاندارد NCEP-ATPIII مورد بررسی قرار می‌گیرد. درمان جمعیت NCEP-ATPIII بر اساس توصیه‌های F/WHO و سپس درمان انجام شده توصیه پزشکان با آن مقابله می‌شود.

پاسخ‌ها در گروه‌بندی‌های مختلف با استفاده از آزمون‌های ANOVA و با استفاده از آزمون‌های SPSS یک طریق و مربع کای تجزیه و تحلیل گردید.

جدول ۱ - توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و عوامل خطر در ۱۴۶ بیمار مورد بررسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>فراوانی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس (مرد)</td>
<td>۴۷/۸۲۴۱</td>
</tr>
<tr>
<td>وجود بیماری عروق کرونی ابتلا شده</td>
<td>۶۲/۲۴۷۱</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه قلبی B-کرونی زودرس</td>
<td>۷۳/۳۹۰۹</td>
</tr>
<tr>
<td>پرفشاری خون</td>
<td>۴۰/۰۲۶۸</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار</td>
<td>۱۵/۹۱۷۷</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت قندی</td>
<td>۳۳/۴۹۷۹</td>
</tr>
<tr>
<td>وجود پاساژ زودرس بدون گلچینین</td>
<td>۱۹/۹۱۱۱</td>
</tr>
<tr>
<td>بیماران دارویی NCEP-ATPIII مطابق بود و بیماران NCEP-ATPIII مأموره در بین ۵۸ زن مقدار مشاهده شده است.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲ - توزیع فراوانی کروه‌دهی خطر بیماران براساس NCEP-ATPIII توصیه‌های F/WHO

<table>
<thead>
<tr>
<th>کروه‌دهی بیماران</th>
<th>متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>گروه ۱ (مابین ۳/۹-۶/۷)</td>
<td>۴۳/۴۱۹۷</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه ۲ (مابین ۶/۸-۹/۷)</td>
<td>۱۴/۴۱۹۷</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه ۳ (در مابین ۹/۸-۱۲/۷)</td>
<td>۳۹/۷۸۶۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

با یک مقدار بی‌صورت درصد (تعداد) بیان شده است.

i- Premature CHD
جدول ۳- توزیع فراوانی صحت درمان انجام شده (براساس شروط با عدم شروع درمان داروی) بر حسب متغیرهای دموگرافیک و بالینی در جامعه مورد بررسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>فراوانی (Between Groups)</th>
<th>شروع با عدم شروع درمان داروی بر NCEP-ATPIII</th>
<th>خلاف</th>
<th>درمان انجام شده</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>شروع داردوی بر NCEP-ATPIII</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>خلاف</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>جنس</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مرد</td>
<td>44/3</td>
<td>55/7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>زن</td>
<td>28/8</td>
<td>31/2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>سن</td>
<td>26/7</td>
<td>38/2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>کمتر از ۴۰ سال</td>
<td>25/3</td>
<td>32/5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۶۰ سال یا بیشتر</td>
<td>15/6</td>
<td>18/4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>تعداد عامل خطر بیماری ایسمکیفی قلی</td>
<td>24/7</td>
<td>31/6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>کمتر از ۲ پیشرفت</td>
<td>27/7</td>
<td>34/5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۶۰ mg/dL</td>
<td>32/6</td>
<td>39/4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>LDL</td>
<td>19/3</td>
<td>26/4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>بیشتر</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>سابقه بیماری ایسمکیفی قلی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>سابقه دیابتی بیماری ایسمکیفی قلی زودرس</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>دیابت قدرت</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>پانسک رودرس</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>برطرفی خون</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۴- توزیع فراوانی صحت درمان انجام شده (براساس توصیه های TLC از درمان داروی) بر حسب گروه‌های خطر بیماران براساس NCEP-ATP III

<table>
<thead>
<tr>
<th>توصیه به TLC بر اساس NCEP-III</th>
<th>خلاف</th>
<th>درمان انجام شده</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>44/3</td>
<td>55/7</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>28/8</td>
<td>31/2</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>26/7</td>
<td>38/2</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>25/3</td>
<td>32/5</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>15/6</td>
<td>18/4</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>24/7</td>
<td>31/6</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>27/7</td>
<td>34/5</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>32/6</td>
<td>39/4</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td>19/3</td>
<td>26/4</td>
</tr>
<tr>
<td>برخی ندارند</td>
<td></td>
<td>بیشتر</td>
</tr>
</tbody>
</table>

منفی (با تفاوت معنی‌دار ۲/۰< p <۰/۰۵) با احتمال بیشتری نادرست بود. توزیع فراوانی درستی یا نادرستی درمان انجام شده در مقایسه با درمان توصیه شده NCEP-ATP III تفاوت تردید به درمان بود. در مقایسه درستی یا نادرستی درمان بین ذیل جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در فردی که سابقه مثبت داشت، درمان انجام شده در مقایسه با فردی با سابقه IHD

می‌تواند در دو مورد (۲/۰< p <۰/۰۵) انجام شده بود.

TLC=Therapeutic Lifestyle Changes

\[ \text{Pearson Chi-Square} = 54/53 \]
داً در مطالعه آمیلول مهاکارش در فرانسه بر ATP II روس ۱۷۲ (رژک عملی) مشاهده شده که در ۴۹٪۸ از موارد داروها کاهش نهایی در ۳۹٪۸ از موارد استفاده از داروهای ضد بیماری با عوامل خطر قلبی - عروقی صدها برابر درمان افزایش چربی جلوگیری می‌شود. این افزایش تاثیرات مطالعه‌های دندانی نشان داد که بروز درمانی می‌تواند موجب تغییرات در متابولیسم درمانی شود.

در مطالعه قرنیوک و همکارانش در اندیالی استوریا به مورد توجه پزشکان عمومی به درمانی در مطالعه نتایج ATP II فقط ۷۷ درصد بیماران به اهداف درمانی سیر ممکن است. این نتایج نشان می‌دهد که در این مطالعه با وجود آنکه تمام بیماران با عوامل خطر می‌باشند، بهترین روش با استفاده از مطالعه دیگری که توسط باکر و همکار او در سال ۱۹۹۷ NCEP منتشر شد اظهار شد که بیماران با اهداف همکاری تیمی پزشک و داروساز موثر است. ۲۰

در مطالعه پژوهشی و همکاران او در سال ۲۰۰۲ به پیچ کسان اینکه باید باید است. نتایج ATP II به همراه آماری بر داروی ضد بیماری NCEP در مطالعه اثرات کاهش نهایی در ۳۹٪۸ از موارد استفاده از داروهای ضد بیماری با عوامل خطر قلبی - عروقی شور می‌شود. این افزایش تاثیرات مطالعه‌های دندانی نشان داد که بروز درمانی می‌تواند موجب تغییرات در متابولیسم درمانی شود.

در مطالعه قرنیوک و همکارانش در اندیالی استوریا به مورد توجه پزشکان عمومی به درمانی در مطالعه NCEP فقط ۷۷ درصد بیماران به اهداف درمانی سیر ممکن است. این نتایج نشان می‌دهد که در این مطالعه با وجود آنکه تمام بیماران با عوامل خطر می‌باشند، بهترین روش با استفاده از مطالعه دیگری که توسط باکر و همکار او در سال ۱۹۹۷ NCEP منتشر شد اظهار شد که بیماران با اهداف همکاری تیمی پزشک و داروساز موثر است. ۲۰

نتایج این مطالعه نشان داد که با وجود دسترسی و سیستم بیماری به توصیه‌های NCEP جهت تمایل نشان داد که با وجود دسترسی و سیستم بیماری به توصیه‌های NCEP جهت تمایل نشان داد که با وجود دسترسی و سیستم بیماری به توصیه‌های NCEP جهت تمایل نشان داد که با وجود دسترسی و سیستم بیماری به توصیه‌های NCEP جهت تمایل نشان داد که با وجود دسترسی و سیستم بیماری به توصیه‌های NCEP جهت تمایل NCEP.
از آنجایی که هنوز کمتر از سال از انجام ATPIII
می‌گذرد در جستجوی انجام شده مقالات مشابه
این کار نافذ شده انجام مطالعه باعث بررسی و نظرات
امکان‌پذیر نشده ولی پیشنهاد داده این روند همچنان باید
باشد. این مسئله با تاثیب مقاله یافته شده (الیو و
همکاران) قابل پیش‌بینی است.

با وجود توصیه‌های قرارداد برای دیابتی افراد خویش‌تر
خون در بیماران CHD قابل شده -65 در این مطالعه،
پژوهشگران جامعه مورد مطالعه، رهبری بیشتری به این بیماران
نسبت به دیگر بیماران نداشتند. این مسئله به ویژه وقتی
دالسرکندن است که بدنی در مورد ارزش کاهش
ستخوان‌کشی جلی خون در پیام‌گیری تأثیر CHD
تواقف عمومی بوده از داده 40 کلیه می‌گردی که این بان توجه
شور و وضعیت بیماران می‌باشد دیابتی می‌باشد. این توجه به
اینکه دیابتی یک از بیماری‌های اصلی که در دیابتی افراد خویش‌تر
چربی خون می‌باشد. در این مطالعه هر دو یا سه دیابتی می‌باشد (p<
ترتبیه .02 و .02) در حالی که این تحقیق مربوط به بیماران
هدف و درمان و عدم درمان دارو مشاهده
تشد. این مسئله نشان داده که پژوهش فقط در
مقدار دیابتی به دارو در دیابتی می‌باشد (p<
هیپرپولیپیدمی در بیماران می‌باشد. این تحقیق
به دیابتی می‌باشد. در این بیماران مناسب بود
ولی با استفاده به دست آمده مشاهده شد در دیابت
درست (طبق توصیه‌های NCEP-ATPIII
در این گروه نیز
امیدوارکند. نتیجه این نتیجه بود که مادرگر کشور کشور
برنامه بازآموزی درمان هیپرپولیپیدمی برای سوپرس
ضروری به نظر می‌رسد.

References

5. Gotto AM Jr. Lipid lowering, regression, and coronary
7. Blankenhorn DH, Hodis HN.George Lyman Duff