

## بررسی قابلیت پیش‌گویی شاخص‌های توده‌ی بدنی و دور کمر و ترکیب آنها با بروز عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی کودکان - "یک مطالعه‌ی طولی با پیگیری ۶/۷ ساله کودکان: مطالعه قند و لیپید تهران"

دکتر پروین میرمیران\*، دکتر مریم جبری، مهسا جبری، غزاله اسلامیان، فیروزه حسینی اصفهانی، دکتر فرهاد حسین پناه، دکتر فریدون عزیزی

پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

**سابقه و هدف:** با توجه به اهمیت اطلاع از عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی و وجود گزارش‌هایی مبنی بر نقش دور کمر و شاخص توده‌ی بدنی و توام آنها با بیماری‌های قلبی، هدف از این مطالعه‌ی طولی، تعیین نقش این دو شاخص بر احتمال ابتلای کودکان ۱۰-۳ ساله‌ی شرکت کننده در مطالعه‌ی قند و لیپید تهران به عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی در مدت ۶/۷ سال پیگیری بود.

**روش بررسی:** مقادیر دور کمر، قند، وزن، تری‌گلیسرید، کلسترول، فشار خون، کلسترول HDL، کلسترول LDL و قندخون ۴۷۰ کودک ۱۰-۳ ساله پیش و پس از ۶/۷ سال پیگیری ارزیابی شد. ارتباط دور کمر و شاخص توده‌ی بدنی با یکدیگر و با CVDRF، همچنین تغییرات CVDRF و شاخص‌های تن سنجی در طول زمان بررسی شدند. ارتباط تعدیل شده‌ی دور کمر و شاخص توده‌ی بدنی و مدلی مرکب از هر دو با CVDRF از طریق آزمون ROC بررسی و سطح زیر نمودارهای مربوط به هر سه مدل با یکدیگر مقایسه و با آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** تغییرات تمامی CVDRF و شاخص‌های تن‌سنجی در طول زمان معنی‌دار و دور کمر و شاخص توده‌ی بدنی با یکدیگر و با کلیه‌ی CVDRF به جز فشار خون دیاستولیک و قند خون ارتباط معنی‌داری داشتند ( $P < 0.03$ ). دور کمر و شاخص توده‌ی بدنی در پیشگویی ابتلا به CVDRF با یکدیگر تفاوت چشم‌گیری نداشتند، اما مدل مرکب با هر دوی این شاخص‌ها در پیشگویی ابتلا به کلسترول HDL پایین و کلسترول LDL و تری‌گلیسرید بالا ( $P < 0.01$ ) و با دور کمر در پیشگویی کلسترول بالا ( $P < 0.11$ ) تفاوت معنی‌داری داشت.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که مدل هر دو شاخص دور کمر و شاخص توده‌ی بدنی قابلیت پیش‌گویی با CVDRF دارند، اما این قابلیت برای تک‌تک آنها وجود ندارد.

**واژگان کلیدی:** دور کمر، توده بدنی، عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی.

### مقدمه

ارتباط بین چاقی و بیماری‌های قلبی - عروقی به خوبی ثابت شده است (۲،۱). این ارتباط با انتخاب چاقی شکمی به عنوان

یکی از نشانه‌های اصلی تشخیصی سندرم متابولیک مورد تاکید قرار گرفته است (۳). در طی سال‌های اخیر مطالعات بسیار زیادی به بررسی ارتباط دور کمر (Waist Circumference = WC) به عنوان شاخصی آسان و ارزان برای اندازه‌گیری چاقی مرکزی بدن و پیش‌بینی خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند (۷-۴). با این حال نباید از نظر دور داشت که شاخص توده‌ی بدنی نیز ممکن است به اندازه‌ی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دکتر پروین میرمیران (e-mail: mirmiran@endocrine.ac.ir)  
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۳/۴  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۱

آزمایشگاهی و شاخص‌های تن‌سنجی آنان به صورت کامل در دسترس بود، وارد مطالعه‌ی حاضر شدند. این کودکان در زمان شروع پیگیری سه تا ده ساله و در زمان پایان پیگیری نه تا نوزده ساله بودند. مطالعه حاضر در چارچوب مطالعه‌ی جامعه‌نگر قند و لیپید تهران صورت پذیرفت که جزئیات آن پیش از این به تفصیل شرح داده شده است (۱۶).

دور کمر شرکت‌کنندگان با لباس سبک و در حالت ایستاده در کمترین نقطه و با یک متر نواری بدون فشار و کشیدگی اندازه‌گیری و ثبت شد. قد شرکت‌کنندگان در حالت ایستاده و بدون کفش در شرایطی که شانه‌ها در حالت استراحت بود، اندازه‌گیری و ثبت شد. وزن شرکت‌کنندگان به سمت نزدیک‌ترین صدگرم گرد شد. فشار خون سیستولیک (SBP) و دیاستولیک (DBP) شرکت‌کنندگان، توسط یک آزمونگر (Single Practitioner) در حالت نشسته و پس از ۱۵ دقیقه استراحت جمع‌آوری شد. جزئیات این اندازه‌گیری‌ها نیز پیش از این کاملاً توضیح داده شده است (۱۷).

نمونه‌های خون شرکت‌کنندگان بین ساعت‌های ۷ تا ۹ بامداد جمع‌آوری و به منظور بررسی‌های آزمایشگاهی مورد استفاده قرار گرفت. قند خون ناشتای (FBS) شرکت‌کنندگان با استفاده از روش آنزیمی گلوکز اکسیداز (اینتر و اینترا CV به ترتیب ۱/۲ درصد و ۱/۷ درصد) و برای اندازه‌گیری لیپوپروتئین با دانسیته بالای کلسترول (HDL-C) خون از آزمون CHOD-PAP استفاده شد (اینتر و اینترا Coefficient CV- Variance - به ترتیب: ۱/۶ درصد و ۰/۷ درصد). کیت‌های تری‌گلیسرید و کلسترول پارس آزمون با Selectra Autoanalyzer هماهنگ و تری‌گلیسرید (TG) و کلسترول تام (TC) خون با آن‌ها اندازه‌گیری شدند (اینتر و اینترا CV- Coefficient Variance - برای هر دو مورد به ترتیب ۱/۶ درصد و ۰/۷ درصد). در مواردی که مقدار تری‌گلیسرید سرم کمتر از ۴/۵ میلی‌مول در لیتر گزارش شد. برای اندازه‌گیری لیپوپروتئین با دانسیته پایین کلسترول (LDL-C) سرمی فرمول friedwald مورد استفاده قرار گرفت و در صورت بالاتر بودن تری‌گلیسرید از حد مورد بحث، LDL-C سرمی با استفاده از HDL-C، TC و TG محاسبه نشد.

راهنمای مرکز ملی آمار سلامت آمریکا (National Center for Health Statistics) برای دور کمر (۱۸) و شاخص توده بدنی (۱۹) که بر اساس سن و جنس تعریف شده است، برای طبقه‌بندی کودکان به سه دسته "کمتر از حد طبیعی" (زیر صدک ۱۵)، "در محدوده طبیعی" (مساوی یا بیشتر از صدک ۱۵) و "کمتر از صدک هشتاد و پنج" و "بالاتر از حد طبیعی"

شاخص دور کمر در پیش‌گویی بیماری‌هایی نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و فشارخون بالا موثر باشد (۷-۹)، چرا که مطالعات حاکی از نزدیکی بسیار زیاد دو شاخص توده‌ی بدنی و دور کمر، فارغ از اثر مداخله‌گرهایی نظیر سن و جنس و نژاد، به یکدیگر هستند (۱۰). با در نظر داشتن این مطلب، به دلیل نزدیک بودن بیش از حد دو شاخص به یکدیگر کاملاً مشخص نخواهد بود که کدام یک نقش مهم‌تری در پیش‌گویی احتمال ابتلای افراد به نوع خاصی از بیماری‌ها را دارد.

با توجه به اهمیت موضوع چاقی در دوران کودکی، مطالعات بسیاری در زمینه مشکلات حاصل از چاقی کودکان انجام شده و نشان داده شده که بسیاری از بیماری‌های بزرگسالان ریشه در دوران کودکی دارند (۱۱-۱۳). نتایج مطالعه قلب Bogalusa نشان داد که هردوی شاخص‌های دور کمر و توده‌ی بدنی باید برای پیش‌گویی عوامل تهدیدکننده‌ی سلامتی در کودکان به کار روند (۱۲). مطالعه دیگری که بر روی کودکان چینی انجام شد نیز نشانگر این حقیقت بود که هردوی این شاخص‌ها باید برای پیش‌گویی خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی به کار روند (۱۴). در مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط چربی‌های خون با دو شاخص توده‌ی بدنی و دور کمر پرداخت مشخص شد که هردوی این شاخص‌ها به میزان بسیار نزدیکی قادر به پیش‌گویی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی هستند (۱۵).

مطالعاتی که پیش از این به مقایسه ارزش پیش‌گویی‌کننده شاخص توده بدنی (BMI) و WC در کودکان پرداخته‌اند مطالعات مقطعی بوده و هیچ یک ارتباط این دو شاخص با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی کودکان را در مطالعات پیگیری‌کننده مقایسه نکرده‌اند. هدف از این مطالعه، پیگیری شاخص‌های دور کمر و توده‌ی بدنی در جمعیتی از کودکان تهرانی، مقایسه‌ی اثر این دو عامل بر احتمال ابتلا به هر یک از عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی و همچنین تجمع ۳ یا تعداد بیشتری از این عوامل در کودکان ۱۰-۳ ساله‌ای است که به مدت ۶/۷ سال در چارچوب مطالعه قند و لیپید تهران مورد پیگیری قرار گرفتند.

## مواد و روشها

در این مطالعه طولی (longitudinal)، ۹۹۹ کودک به مدت ۶/۷ سال مورد پیگیری قرار گرفتند. از میان این کودکان، ۴۷۰ کودک (۲۱۰ پسر و ۲۶۰ دختر) شرکت‌کننده در مطالعه قند و لیپید تهران که اطلاعات مربوط به تست‌های

بررسی قرار گرفتند. برای Scatter plotها از آزمون اعتبار ارتباط پیرسون (Pearson's correlation coefficient) استفاده شد. به منظور مطالعه قابلیت پیش‌گویی شاخص توده بدنی، شاخص دور کمر و مدلی مرکب از هر دوی این عوامل که همگی برای (۱ سن، ۲ جنس و ۳) مقدار عامل خطر سازه در ابتدای مطالعه تعدیل شده بودند، برای عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی عروقی، از آزمون Receiver-operating characteristics (ROC) استفاده شد. سطح محصور در زیر منحنی عنوان یک عامل نشان دهنده نحوه و دقت پیش‌گویی هر یک از شاخص‌ها به کار رفته و این سطح با آزمون کای دو در هریک از شاخص‌ها با یکدیگر و با مدل مرکب مقایسه شد. در این مطالعه، p-value کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

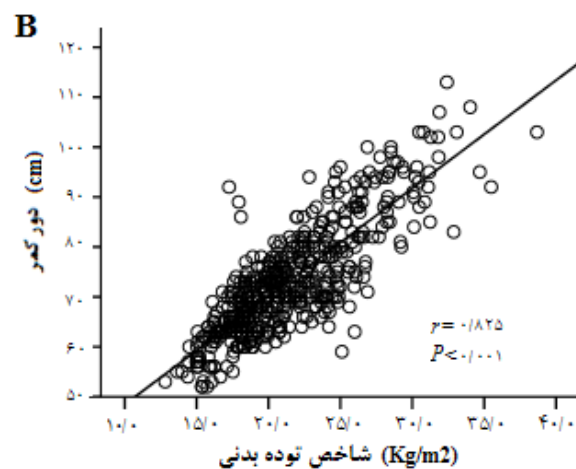
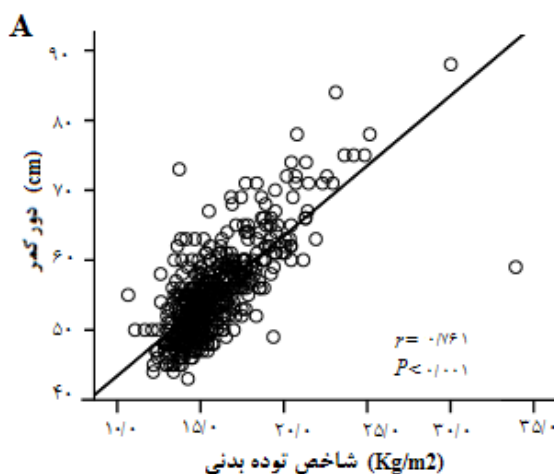
سن شرکت‌کنندگان در ابتدای مطالعه  $1/7 \pm 7/1$  سال و در پایان پیگیری  $2/1 \pm 14/4$  سال بود. در ابتدای مطالعه، ۶۷ نفر و پس از ۶/۷ سال پیگیری، ۵۲ نفر از شرکت‌کنندگان دارای ۳ یا تعداد بیشتری از عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی بودند. از میان شرکت‌کنندگان، ۶۲ نفر در ابتدا و ۱۴۰ نفر در انتهای مطالعه (به ترتیب ۱۳/۲ و ۲۹/۸ درصد) بر اساس شاخص توده بدنی و ۲۶ نفر در ابتدا و ۶۶ نفر در انتهای مطالعه (به ترتیب ۵/۵ و ۱۴ درصد) بر اساس شاخص دور کمر در دسته چاق طبقه‌بندی شدند.

بررسی شاخص‌های تن‌سنجی و عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی-عروقی در ابتدا و انتهای مطالعه در جدول ۱ ارائه گردیده و نشان می‌دهد شاخص‌های تن‌سنجی و عوامل

(مساوی یا بیشتر از صدک هشتاد و پنجم) دور کمر و شاخص توده بدنی تقسیم‌بندی شدند (۲۰).

فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، تری‌گلیسرید، کلسترول، قند خون ناشتا و LDL بالا و مقادیر پایین‌تر از حد طبیعی HDL به عنوان عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی عروقی در این مطالعه در نظر گرفته شدند. بر اساس راهنمای مرکز ملی آمار سلامت امریکا (۲۱)، که مقادیر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک را به صورت اختصاصی برای قد و سن و جنس تعریف کرده است، کودکانی که بالاتر یا مساوی صدک نود قرار گرفته بودند، در معرض خطر در نظر گرفته شدند. به همین ترتیب کودکانی که تری‌گلیسرید (۲۲) بالاتر یا مساوی ۱۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، HDL کمتر یا مساوی (۲۲) ۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و LDL بالاتر یا مساوی (۲۳) ۱۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر داشتند، نیز در معرض خطر در نظر گرفته شدند. مقادیر کلسترول تام سرمی (۲۴) مساوی یا بالاتر از ۲۰۰ و قند خون ناشتای مساوی یا بالاتر (۲۵) از ۱۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر داشتند، نیز در معرض خطر ارزیابی شد. وجود ۳ یا تعداد بیشتری از عوامل خطر سازه در شرکت‌کنندگان به عنوان تجمع عوامل خطر سازه مستعد کننده به بیماری‌های قلبی عروقی در نظر گرفته شد.

مطالعه قند و لیپید تهران توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تصویب رسیده و رضایت آگاهانه از والدین تمامی شرکت‌کنندگان اخذ شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای Statistical Package for Social Science (SPSS Inc, Chicago, IL, USA, Version 16) و STATA (STATA Corp, TX, USA, Version 10) صورت گرفت. متغیرها برای توزیع نرمال مورد



نمودار ۱- همبستگی توده‌ی بدنی و دور کمر ۴۷۰ کودک به تفکیک در ابتدا و انتهای مطالعه

**جدول ۱- شاخص‌های تن‌سنجی، عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی و تجمع این عوامل در افراد مورد بررسی به تفکیک در ابتدا و انتهای مطالعه\***

p-value	انتهای مطالعه	ابتدای مطالعه	شاخص توده بدنی (Kg/m <sup>2</sup> )
<۰/۰۰۱	۲۱/۵ ± ۴/۲	۱۵/۸ ± ۲/۵ <sup>†</sup>	دور کمر (cm)
<۰/۰۰۱	۷۳/۴ ± ۱۱/۱	۵۵/۱ ± ۶/۷	HDL-C (mg/dl)
<۰/۰۰۱	۴۳/۲ ± ۱۰/۰	۴۷/۰ ± ۱۰/۷	LDL-C (mg/dl)
<۰/۰۰۱	۸۹/۲ ± ۲۳/۷	۱۰۸/۴ ± ۲۶/۹	تری‌گلیسرید (mg/dl)
<۰/۰۰۱	۱۰۰/۹ ± ۴۷/۶	۹۲/۲ ± ۴۲/۳	کلسترول (mg/dl)
<۰/۰۰۱	۱۵۲/۸ ± ۲۷/۵	۱۷۳/۶ ± ۳۰/۵	قند خون ناشتا (mg/dl)
<۰/۰۰۱	۷۸/۵ ± ۷/۱	۸۲/۲ ± ۸/۰	فشار خون دیاستولیک (mmHg)
<۰/۰۰۱	۶۴/۷ ± ۹/۵	۷۰/۴ ± ۱۰/۵	فشار خون سیستولیک (mmHg)
<۰/۰۰۱	۹۹/۹ ± ۱۱/۸	۱۰۳/۰ ± ۱۱/۱	

\* Kg/m<sup>2</sup>: کیلوگرم بر مترمربع، cm: سانتی‌متر، mg/dl: میلی‌گرم در دسی‌لیتر، mmHg: میلی‌متر جیوه؛<sup>†</sup> میانگین ± انحراف معیار

**جدول ۲- میزان قابلیت پیش‌گویی شاخص توده بدنی، شاخص دور کمر و مدل کلی مرکب از هر دوی این عوامل برای سن، جنس و عوامل خطر ساز مورد بررسی**

P 3*	P 2*	P 1*	سطح زیر منحنی (CI 95%)		
			مدل کلی	شاخص توده بدنی	دور کمر
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۳	۰/۶۴ (۰/۵۹-۰/۶۹)	۰/۵۳ (۰/۴۹-۰/۵۷)	۰/۵۳ (۰/۴۸-۰/۵۷)
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۸	۰/۶۸ (۰/۶۲-۰/۷۵)	۰/۵۵ (۰/۴۹-۰/۶۱)	۰/۵۴ (۰/۴۸-۰/۶۱)
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۱	۰/۶۵ (۰/۵۹-۰/۷۰)	۰/۵۵ (۰/۵۰-۰/۵۹)	۰/۵۹ (۰/۵۴-۰/۶۴)
۰/۰۱۱	۰/۰۴۳	۰/۵۶۳	۰/۷۲ (۰/۶۲-۰/۸۲)	۰/۶۱ (۰/۵۱-۰/۷۱)	۰/۶۵ (۰/۵۶-۰/۷۵)
۰/۰۶۳	۰/۰۹۱	۰/۳۴۲	۰/۶۲ (۰/۵۱-۰/۷۳)	۰/۵۰ (۰/۴۱-۰/۵۹)	۰/۵۶ (۰/۴۶-۰/۶۵)
۰/۶۴۱	۰/۴۰۱	۰/۷۸۷	۰/۶۴ (۰/۵۳-۰/۷۴)	۰/۶۰ (۰/۵۲-۰/۶۹)	۰/۶۲ (۰/۵۳-۰/۷۰)
۰/۰۷۱	۰/۰۸۲	۰/۶۵۱	۰/۶۷ (۰/۶۰-۰/۷۴)	۰/۵۹ (۰/۵۲-۰/۶۷)	۰/۶۱ (۰/۵۴-۰/۶۸)

\* P1: مقایسه سطحی زیر منحنی دور کمر و شاخص توده بدنی برای پیش‌گویی عامل خطر ساز مورد بررسی. P2: مقایسه سطحی زیر منحنی شاخص توده بدنی و مدل کلی برای پیش‌گویی عامل خطر ساز مورد بررسی. P3: مقایسه سطحی زیر منحنی دور کمر و مدل مرکب برای پیش‌گویی عامل خطر ساز مورد بررسی

<sup>†</sup> فشار خون سیستولیک/دیاستولیک بالا: مقادیر بالاتر و مساوی صدک ۹۰. کلسترول بالا: مقادیر بالاتر و مساوی ۲۰۰ mg/dL. تری‌گلیسرید بالا: مقادیر بالاتر و مساوی ۱۱۰ mg/dL. HDL پایین: مقادیر پایین تر و مساوی ۴۰ mg/dL. LDL بالا: مقادیر بالاتر و مساوی ۱۱۰ mg/dL. تجمع ریسک فاکتورها: دارا بودن همزمان سه یا تعداد بیشتری از عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی

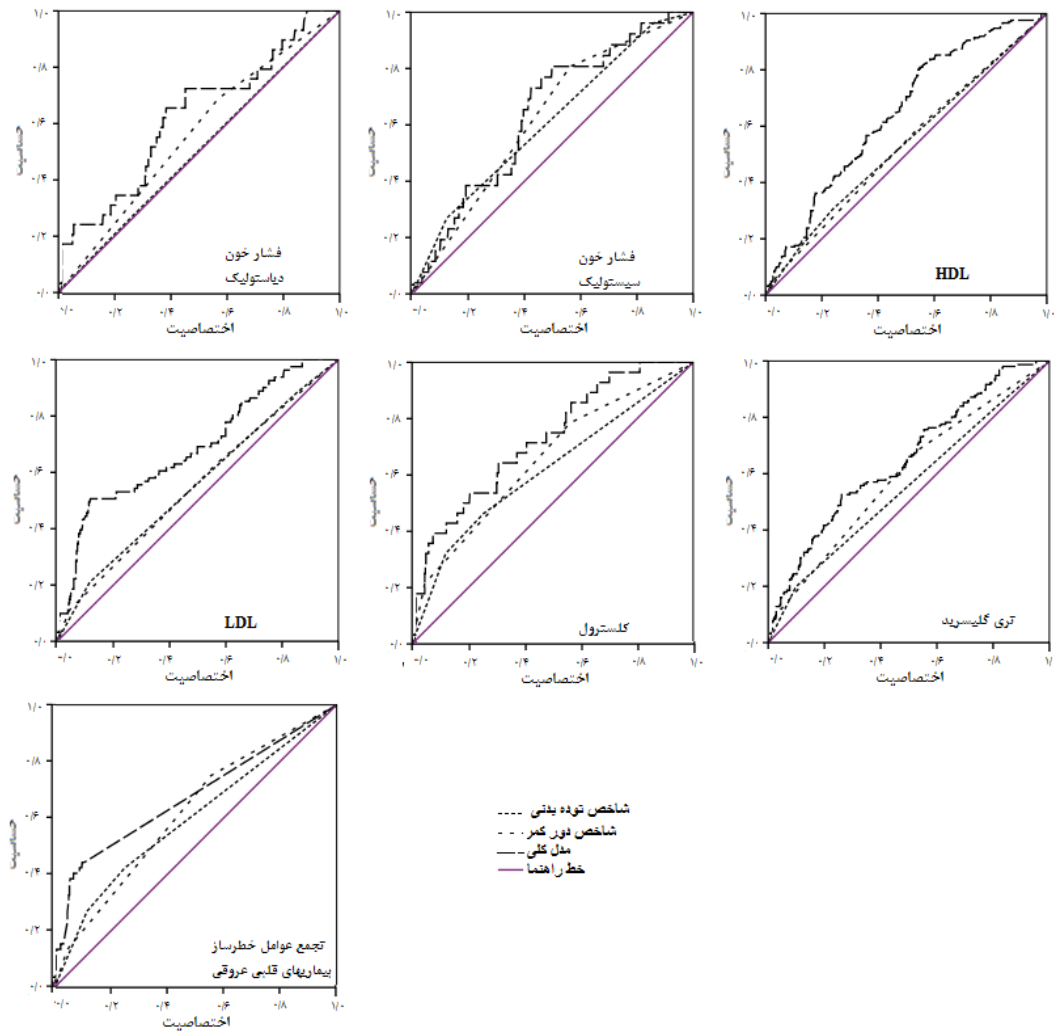
۰/۸۲ بود که میزان هم بستگی عالی وجود داشت (p<۰/۰۰۱).

بیشتر میزان همبستگی دور کمر ابتدایی با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی مربوط به LDL-C به میزان ۰/۳۷ و سپس با SBP به میزان ۰/۳ بود و میزان همبستگی توده‌ی بدنی اولیه با SBP نیز برابر ۰/۳ و در مرحله‌ی بعدی با TG به میزان ۰/۲۳ بود (P<۰/۰۰۰۱). اما بین توده‌ی بدنی با DBP و FBS عدم ارتباط وجود داشت که حتی از ۰/۱ نیز کمتر بود.

به منظور بررسی دقت هر یک از دو شاخص تن‌سنجی دور کمر و توده بدنی در پیش‌گویی هر یک از عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی و هم‌چنین تجمع این عوامل، پیش‌گویی این شاخص‌ها در ابتدای مطالعه با بروز هر یک از عوامل در انتهای مطالعه از طریق آزمون رگرسیون بررسی و در ادامه آنالیز ROC بر روی آن و ترکیب این دو عامل انجام و

خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی شرکت کنندگان در طول مدت پیگیری تغییر معنی‌داری دارد (P < ۰/۰۰۱) و در هر فرد، تعداد عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی با هم جمع شده و عددی بین صفر تا ۷ به دست می‌دهد. میانگین جمع عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی نیز همچون تک‌تک این عوامل بین ابتدا و انتهای این مطالعه تفاوت معنی‌داری داشت (P < ۰/۰۱۲).

ارتباط بین دو شاخص دور کمر و توده بدنی در ۴۷۰ شرکت کننده در ابتدا و انتهای این مطالعه در نمودار ۱ نشان داده شده است (A و B به ترتیب). همان‌گونه که در جدول ۱ قابل مشاهده است، میزان همبستگی شاخص‌های توده‌ی بدنی و دور کمر در افراد در ابتدای مطالعه برابر ۰/۷۶ بود که میزان آن خوب بود و در انتهای مطالعه میزان همبستگی آن برابر



**نمودار ۲-** منحنی ROC تعداد ۴۷۰ کودک برای "شاخص توده بدنی"، "شاخص دور کمر" و "مدلی کلی" مرکب از هر دوی این عوامل که برای سن و جنس تعدیل شده بود، برای پیشگویی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی-عروقی و تجمع این عوامل در ۶/۷ سال پیگیری کودکان ۱۰-۳ ساله مطالعه قند و لیپید تهران

خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند. با این حال هنگامی که این شاخص‌ها با مدل کلی مورد مقایسه قرار گرفتند، نشان داده شد که مدل کلی در پیشگویی احتمال ابتلا به کلسترول، تری‌گلیسرید، HDL و LDL با شاخص توده‌ی بدنی اختلاف معنی‌داری داشته و بهتر از آن عمل می‌کند ( $P < 0.05$ ). این مطلب در مورد مقایسه‌ی دور کمر و مدل کلی نیز صحت دارد. در ضمن چون در انتهای مطالعه تنها یک کودک دارای قند خون بیش از حد طبیعی بود، در این جدول وارد نشد.

### بحث

تحقیق نشان داد که تعداد قابل توجهی از این کودکان با در نظر داشتن شاخص توده بدنی و دور کمر آنان در محدوده‌ی چاق

مدل کلی مرکب از آنها در نمودار ۲ ارائه گردیده که نشان می‌دهد که در هر سه آزمون که برای سن، جنس و مقدار همان عوامل خطر ساز مورد بررسی در ابتدای مطالعه تعدیل شده بودند، قدرت پیشگویی دور کمر و شاخص توده بدنی هنگامی که به تنهایی وارد مطالعه می‌شوند تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند، اما سطح زیر منحنی مدل کلی که حاوی هر دوی این عوامل است، به نسبت تک تک این عوامل بیشتر است.

میزان قابلیت پیشگویی هر یک از عوامل مورد بررسی (توده بدنی، دور کمر، مدل کلی) سطح زیر منحنی با استفاده از آزمون کای دو در جدول ۲ ارائه گردیده است. به این ترتیب که دو شاخص توده‌ی بدنی یک بار با هم و هر کدام یک بار با مدل کلی سنجیده شدند و در نهایت سه  $p$ -value محاسبه شد. همان طور که در جدول ۲ نمایش داده شده است، شاخص توده بدنی و دور کمر در پیشگویی هیچ کدام از عوامل

تن‌سنجی در گستره‌های متفاوت سنی و نژادی باعث شده است که در خصوص میزان اهمیت و دقت این شاخص‌ها در پیش‌گویی احتمال ابتلا به عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی، گزارش‌های متفاوتی وجود داشته باشد (۳۲-۳۰). صرف نظر از تفاوت‌های موجود، بیشتر مطالعات انجام شده شاخص‌های تن‌سنجی را به عنوان تعیین کننده‌های مهمی در پیش‌بینی احتمال ابتلا به عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی و همچنین تجمع آنها می‌دانند. با این وجود بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه مقطعی بوده و مطالعات بسیار اندکی وجود دارند که به پیگیری ارتباط عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی و همچنین مقایسه این عوامل با یکدیگر بپردازند.

ارتباط نزدیک BMI و WC در این مطالعه با یافته‌های Ford و همکارانش که با استفاده از اطلاعات مطالعه ملی و سلامت تغذیه امریکا به بررسی ارتباط این دو شاخص با یکدیگر پرداخته‌اند (۱۰) و همچنین نتایج سایر محققان که در مطالعاتی با حجم نمونه‌های کمتر و یا در نژادهای متفاوت این ارتباط را بررسی نموده‌اند (۳۶-۳۳) همخوانی دارد. نزدیک بودن ارتباط این دو شاخص باعث شده است که محققانی که پیش از این به مقایسه این دو عامل در پیش‌گویی بیماری‌ها و خصوصیات مختلف، که هر کدام ارتباط معنی‌داری با این دو شاخص داشته‌اند، پرداخته‌اند نتیجه‌ی مشترک "عدم وجود تفاوت معنی‌دار" بین تاثیر این دو عامل خطر سازه را به دست بیاورند (۳۷-۳۴). با وجود تفاوت‌های موجود در ساختار مطالعات، پیگیری حاضر نیز تایید کننده‌ی این حقیقت بود که شاخص‌های دور کمر و توده‌ی بدنی در پیش‌گویی عوامل خطر سازه ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی تفاوت معنی‌داری از خود نشان ندادند.

همچنین این مطالعه نشان داد که مدل مرکب از BMI و WC در مقایسه با هر یک از دو شاخص تن‌سنجی مورد مطالعه در پیش‌گویی ابتلای افراد به عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی موثرتر عمل کرده (سطح زیر منحنی بیشتر) و در پیش‌گویی احتمال ابتلای افراد به HDL پایین و TG و TC بالا با اختلاف معنی‌داری، بهتر از هر دو شاخص مورد بحث عمل می‌کند. با این حال تمامی مطالعات پیشین به بررسی و مقایسه عددی سطح زیر منحنی و مقایسه حساسیت و اختصاصیت این نمودارها با یکدیگر پرداخته و هیچ یک میزان این تفاوت را با مقدار p گزارش نکرده‌اند (۳۷-۳۳).

مطالعه‌ی حاضر در جمعیت محدودی انجام شده است و به منظور محاسبه‌ی تجمع عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی عروقی تنها افرادی وارد مطالعه شده‌اند که تمامی اطلاعات عوامل خطر سازه و شاخص‌های تن‌سنجی آنان در دسترس موجود بود. این انتخاب

طبقه‌بندی می‌شوند. اگرچه تعداد کودکان چاق بر اساس شاخص توده‌ی بدنی با تعداد این افراد بر اساس شاخص دور کمر متفاوت بود، نشان داده شد که این دو شاخص با هم ارتباط معنی‌دار و نزدیکی دارند. هر یک از شاخص‌های دور کمر و توده‌ی بدنی در ابتدای مطالعه با وجود عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی در انتهای مطالعه و همچنین پیش‌گویی این شاخص‌ها دارای ارتباط معنی‌داری بودند. با این حال قابلیت پیش‌گویی این دو شاخص با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت. در مقابل مدل کلی مرکب از شاخص توده‌ی بدنی و دور کمر در مقایسه با هر دو شاخص‌ها قابلیت پیش‌گویی بالاتری داشت. در هر سه آزمون شاخص‌ها برای سن، جنس و میزان عامل خطر سازه مورد بررسی در ابتدای مطالعه تعدیل شده بودند.

درصد کودکان چاق در این مطالعه در مقایسه با مطالعات مشابه که پیش از این به بررسی شیوع چاقی در کودکان و نوجوانان بر اساس شاخص توده بدنی پرداخته‌اند، اندکی بالاتر است (۲۶،۲۷). این تفاوت تا حدود زیادی با در نظر گرفتن این مطلب قابل توجیه است که در مطالعه‌ی حاضر بر خلاف مطالعات پیشین که مقادیر BMI بالاتر از صدک ۹۵ به منزله‌ی چاق در نظر گرفته می‌شد (۲۶،۲۷)، افراد بالاتر از صدک هشتاد و پنجم به دلیل در خطر بودن چاق محسوب شده‌اند.

بر طبق گزارش مطالعات پیشین، ۳/۴ درصد از پسران و ۲/۲ درصد از دختران چینی نوجوان (۱۲-۱۹ ساله) مبتلا به تجمع عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی هستند (۲۸). در مقایسه، نوجوانان شرکت کننده در مطالعه‌ی حاضر (انتهای مطالعه) به میزان بسیار بیشتری از تجمع عوامل خطر سازه قلبی - عروقی مبتلا می‌شوند. با توجه به نزدیک بودن نسبی معیارهای تعیین افراد در معرض خطر در دو مطالعه و همچنین شباهت گروه سنی نوجوانان چینی با افراد شرکت کننده در انتهای مطالعه حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که کودکان تهرانی به میزان بسیار بالاتری در مقایسه با همسالان چینی خود دچار تجمع عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی می‌شوند. Messiah و همکاران او میزان تجمع عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی در نوجوانان آمریکایی را بین ۱۷ تا ۱۸/۵ درصد گزارش کرده‌اند (۲۹). تفاوت در میزان تجمع عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی عروقی تا حد زیادی با در نظر گرفتن تفاوت‌های نژادی و همچنین تفاوت موجود در تعریف عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی در دو مطالعه قابل توجیه است.

وجود و استفاده از راهنماهای گوناگون برای مطالعه میزان عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی و تجمع آنها و همچنین شیوه‌های متنوع بررسی ارتباط این عوامل با شاخص‌های

بیماری‌ها ریشه در دوران کودکی دارند، انجام مطالعات بیشتر در جمعیت‌های بزرگتر و با طول دوره‌های پیگیری طولانی‌تر ضروری به نظر می‌رسد. همچنین افزایش چشم‌گیر و معنی‌دار تعداد افراد چاق یا دارای افزایش وزن در انتهای مطالعه و همچنین تغییر فاحش در عوامل خطر سازه‌های قلبی-عروقی می‌تواند نشانگر تغییر در شیوه‌ی زندگی ساکنان جوان شهر تهران باشد. این تغییر باید به عنوان بخشی از یک روند خطر ساز در نظر گرفته شده و به منظور پیشگیری از ایجاد مشکلات غیر قابل جبران برای افراد جامعه تمهیدات پیشگیرانه و درمانی مناسب اتخاذ گردد.

اگرچه می‌تواند باعث سوگیری باشد اما به دلیل ساختار و هدف مطالعه غیر قابل اجتناب بوده است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر تایید کننده‌ی این مطلب بودند که BMI و WC هر کدام به صورت مجزا با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی-عروقی و همچنین تجمع این عوامل ارتباط معنی‌داری دارند. با این حال هیچ یک نسبت به دیگری در پیش‌بینی این عوامل تفاوت معنی‌داری نشان نداد. از آنجا که بیماری‌های قلبی-عروقی به عنوان یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در دنیا به شمار می‌روند و با در نظر داشتن این مطلب که بسیاری از این

## REFERENCES

- Pi Sunyer FX. Medical hazards of obesity. *Ann Intern Med* 1993; 119: 655-60.
- Rimm EB, Stampfer Mj, Giovannucci E, Ascherio A, Spiegelman D, Colditz GA, et al. Body size and fat distribution as predictors of coronary heart diseases among middle-aged and older US men. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 1117-27.
- International Diabetes Federation (IDF). IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome. Available at: [http://www.idf.org/metabolic\\_syndrome](http://www.idf.org/metabolic_syndrome). Accessed on: June 1, 2009.
- Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005; 366: 1197-209.
- Shimabukuro M. Cardiac adiposity and global cardiometabolic risk. *Circ J* 2009; 73: 27-34.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet* 2005; 366: 1640-49.
- Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Barengo N, Jousilahti P. Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio with the risk of cardiovascular disease among middle-aged Finnish men and women. *Eur Heart J* 2004; 25: 2212-19.
- Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Barengo NC, Peltonen M, Jousilahti P. The effects of physical activity and body mass index on cardiovascular, cancer and all-cause mortality among 47 212 middle-aged Finnish men and women. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29: 894-902.
- Miilunpalo S, Pasanen M, Vuori I, Oja P, Malmberg J. Body mass index, physical inactivity and low level of physical fitness as determinants of all-cause and cardiovascular disease mortality--16 y follow-up of middle-aged and elderly men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24: 1465-74.
- Ford ES, Mokdad AH, Giles WH. Trends in waist circumference among U.S. adults. *Obes Res* 2003; 11: 1223-31.
- Porkka KV, Viikari JS, Taimelar S, Dahl M, Akerblom HK. Tracking and predictiveness of serum lipid and lipoprotein measurements in childhood: a 12-year follow-up. The Cardiovascular Risk in Young Finns study. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 1096-110.
- Webber LS, Srinivasan SR, Wattigney WA, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to adulthood. The Bogalusa Heart Study. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 884-99.
- Nicklas TA, von Duvillard SP, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart Study. *Int J Sports Med* 2002; 23: S39-43.
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Srinivasan SR, Chen W, Malina RM, Bouchard C, et al. Combined influence of body mass index and waist circumference on coronary artery disease risk factors among children and adolescents. *Pediatrics* 2005; 115: 1623-30.
- Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Johannsen M, Lange D, Müller MJ. Association of different obesity indices with blood pressure and blood lipids in children and adolescents. *Br J Nutr* 2008; 100: 208-18.
- Azizi F, Rahmani M, Emami H, Madjid M. Tehran Lipid and Glucose Study: rationale and design. *CVD Prevention* 2000; 3: 242-47.
- Esmailzadeh A, Mirmiran P, Azadbakht L, Azizi F. Prevalence of the hypertriglyceridemic waist phenotype in Iranian adolescents. *Am J Prev Med* 2006; 30: 52-58.

18. Centers for Disease Control and Prevention. Waist circumference in centimeters for persons 2–19 years: number of examined persons, mean, standard error of the mean and selected percentiles, by sex and age—United States, 1988–1994. Available at: [www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/t47.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/t47.pdf). Accessed on: April 24, 2009.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Boys and Girls BMI-for-age: Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical\\_charts.htm](http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm). Accessed on: May 3, 2009.
20. Reis EC, Kip KE, Marroquin OC, Kiesau M, Hipps L Jr, Peters RE, et al. Screening children to identify families at increased risk for cardiovascular disease. *Pediatrics* 2006; 118:e1789-97.
21. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004; 114: 555-76.
22. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen H, Dietz WH. Prevalence of metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 821-27.
23. Kavey RE, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K. American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation* 2003; 107: 1562-66.
24. Expert Panel on Cholesterol Levels in Children and Adolescents. National cholesterol education program report. *Pediatrics* 1992; 89: 525-84.
25. de Ferranti SD, Gauvreau K, Ludwig DS, Neufeld EJ, Newburger JW, Rifai N. Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Circulation* 2004; 110: 2494-97.
26. Moayeri H, Rabbani A, Keihanidoust ZT, Bidad K, Anari S. Overweight adolescents: a group at risk for metabolic syndrome (Tehran adolescent obesity study). *Arch Iran Med* 2008; 11: 10-15.
27. Esmailzadeh A, Mirmiran P, Azadbakht L, Etemadi A, Azizi F. High prevalence of the metabolic syndrome in Iranian adolescents. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 377-82.
28. Ng VW, Kong AP, Choi KC, Ozaki R, Wong GW, So WY, et al. BMI and waist circumference in predicting cardiovascular risk factor clustering in Chinese adolescents. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15: 494-503.
29. Messiah SE, Arheart KL, Lipshultz SE, Miller TL. Body mass index, waist circumference, and cardiovascular risk factors in adolescents. *J Pediatr* 2008; 153: 845-50.
30. Lorenzo C, Serrano-Ríos M, Martínez-Larrad MT, González-Sánchez JL, Seclén S, Villena A, et al. Geographic variations of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in nondiabetic subjects. *Diabetes Care* 2006; 29: 685-91.
31. Saely CH, Koch L, Schmid F, Marte T, Aczel S, Langer P, et al. Adult Treatment Panel III 2001 but not International Diabetes Federation 2005 criteria of the metabolic syndrome predict clinical cardiovascular events in subjects who underwent coronary angiography. *Diabetes Care* 2006; 29: 901-907.
32. Qiao Q. Comparison of different definitions of the metabolic syndrome in relation to cardiovascular mortality in European men and women. *Diabetologia* 2006; 49: 2837-46.
33. Ryan MC, Fenster Farin HM, Abbasi F, Reaven GM. Comparison of waist circumference versus body mass index in diagnosing metabolic syndrome and identifying apparently healthy subjects at increased risk of cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2008; 102: 40-46.
34. Farin HM, Abbasi F, Reaven GM. Body mass index and waist circumference both contribute to differences in insulin-mediated glucose disposal in nondiabetic adults. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 47-51.
35. Oka R, Miura K, Sakurai M, Nakamura K, Yagi K, Miyamoto S, et al. Comparison of waist circumference with body mass index for predicting abdominal adipose tissue. *Diabetes Res Clin Pract* 2009; 83:100-105.
36. Sung KC, Ryu S, Reaven GM; Health Screening Group at Kangbuk Samsung Hospital. Relationship between obesity and several cardiovascular disease risk factors in apparently healthy Korean individuals: comparison of body mass index and waist circumference. *Metabolism* 2007; 56: 297-303.
37. Farin HM, Abbasi F, Reaven GM. Comparison of body mass index versus waist circumference with the metabolic changes that increase the risk of cardiovascular disease in insulin-resistant individuals. *Am J Cardiol* 2006; 98: 1053-56.