عوامل خطرساز دیابت در شهر شیراز، سال 1386

محمدرضا کالاتر هوشنگی، سید جواد سیداتنیث، آرش آریا، محمد حسین دیابی، مشهور شمس‌الملک، عبدالسلام صادق‌مطیعی، پارس لازجیانی، غلامحسین رجبی‌عباسی

چکیده

مقدمه: دیابت نوع 2 شایع‌ترین نوع دیابت می‌باشد که عواملی مانند چاقی، هپرپلییدمی، پرفشاری خون و تغذیه نادیده‌گیری شده در شروط آن نقش دارند. با توجه به اختلاف شیوع دیابت و تفاوت‌های جغرافیایی، شناخت عوامل خطر دیابت در هر منطقه مهم‌تر از باید باشد.

روش‌ها: مطالعه اخیر از نوع مورد- شاهد، جهت بررسی عوامل خطرساز دیابت در شهر شیراز طراحی گردید. در این مطالعه 400 بیمار دیابتی و 400 فرد سالم شرکت کردند. تمامی شاخص‌های تن صورتی طبق استاندارد علائم و اندام‌هایی و هب‌A1c گیری و محاسبه شد. فاصله‌های بین‌شیوعی در نهایت خون جهت رشد کلیسی در نمودن نابود، کلسترول و 

بماته‌ها: اختلاف معنی‌داری از نظر میانگین سن و جنس بین دو گروه وجود نداشت ولی اختلاف معنی‌داری از نظر چاقی مراکزی، هپرپلییدمی، فشار خون، تخمدان پلی کلی، کسب، مره راپ و تاریخچه مشت برای دیابت بین دو گروه وجود نداشت (P<0.05).

نتیجه‌گیری: پایه‌های این مطالعه نشان می‌دهند که در جامعه شهر شیراز، دیابت چاقی مراکزی، افزایش بدنی، خون، سابقه مره راپ، سابقه خانوادگی دیابت، سابقه دودی متعادل پلی کلی، هپرپلییدمی، عوامل خطرساز دیابت محسوب می‌شوند و با توجه به نتیجه‌گیری این مطالعه، می‌پیشنهاد می‌کنیم که افرادی که عوامل خطر فوک را دارند، از نظر دیابت غربالگری شوند.

واژگان کلیدی: دیابت نوع 2، عامل خطر، غربالگری

1- مرکز تحقیقات علوم درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
2- مرکز تحقیقات علوم درونریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*نشانی: شیراز، خیابان زند، فلکه نمایی، بیمارستان نمایی، طبقه سوم، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم تلفن: hormone@sums.ac.ir

تاریخ دریافت: 1386/8/3
تاریخ پذیرش: 1386/8/10
تاریخ نشر: 1386/8/10
قلم‌های
دیابت یکی از مسائل عمدی بهداشت دکتر بهره‌بان‌های جهان است و دیابت نوع 2 در جوامع مختلف رو به افزایش می‌باشد [1] به طوری که چندین میلیون نفر در هر سال در کشورهای پیشرفته با 20/80 درصد در حال بازیابی با 170/60 افزایش می‌بیند دواجیو با همان (2) طبق مطالعه اریجینال و مکانیسم، دیابت در مقاطع مختلف ایران بین 8 تا 8 درصد را ثبت کرده است [3] همچنین بر اساس پیش قبلاً کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بهداشت دیابت، شیوع دیابت نوع 2 در ایران (در سال‌های 2005 و 2006) درصد برابر با 5/215/000 از میلیون نفر جمعیت ایران را بهداشت در قرن چهارم یکی از اساسی‌ترین جایه‌های بهداشت در منطقه مدیریت انسانی، سلامت و مدیریت نهادهای بهداشتی نیاز اطلاعات صحیح درباره پرداختگی، فراوانی روش‌های خاص‌الگری و شناخت بیماری و در جوامع مختلف بهداشتی در منطقه دارد و احتمالاً که شیوع دیابت در جوامع مختلف بسیار متغیر است و در این میان عوامل نژادی، توزیع سنتی، عادات غذایی، فعالیت بدیع، عوامل میکروژنی از جمله عوامل حساسیت که توسط اختصاصی بر روی زنانی چهارم‌اندازه شناخته و پیش بیان و منابع در جوامع مختلف می‌گردد. از این رو هر یک از عوامل خطر شناخته شده در جوامع مختلف اهمیت مقاوم برخورد نمی‌شود. لذا در این تحقیق بر آن شدیم نتیجند نشان دادیم را در بیماران دیابتی در مقایسه با افراد سالم در شهر شیراز مورد بررسی قرار دادیم.

روش‌ها
این مطالعه از نوع مورد- شاهد در بهار سال 1386 در مرکز تحقیقات غذای و منابع دانشگاه علوم پزشکی شیراز واقع در بیمارستان مازنار انجم در جمع آوری گروه کنترل به توجه به مناطق بهداشت گروه شیراز و با استفاده از جدول ارقام تصادفی و با دستگیری کد پیستی پوستی که محل آخر محل برای زوج به توجه به میزان از بین 150 خانوار را انتخاب از 80 خانوار یک پنجره کلک. 1

1 Waist to hip ratio
کلیه زنان شرکت‌کننده از نظر هیپ‌سوسمی، مورد معاینه قرار گرفتند و نمره هیپ‌سوسمی بیش از 8 تیره سیستم فرمین و گوالی مورد نظر نیز شد. همچنین در سطح سایر تئوری‌ها اطلاع که نیاز‌های گلیکزیدی از 150 و با آن انگیزه 25 mg/dL زیر HDL سایپکه تخمیدان پلی کیسینک مورد سوال قرار گرفتند. برای تمامی افراد شرکت‌کننده مطالعه به میزان 0.006 باین از ٢٠٠٠ خون از یکی از وردی‌های سطحی ناحیه آرجن تحت شرایط استریل به سبب بروز ضایعات و یک‌پاپارایسی که مصرف برای سر در سولن فاز جمع آوری و سپس به آرمانی به این لوله‌های مخصوص منتقل می‌شود. نتیجه جلب‌کردن از بروز هرگونه هم‌والی، تمامی مراحل فوت به آرمانی انجام پذیرفت. کلیه نمونه‌گیری ها در همان سه‌ایلی ۹ سالش در شرایط آسانی انجام گرفت و FBS به روش گلوکزر، اکسیداز و HBa1c و HDL و کلسترول نام وی و استاندارد آنتی‌تیتر HDL و گلیکزیدی و با روش آزمایشی مستقیم و توپی‌تانیا با مدل ۲۵۰۰۱۵ به آن‌ها ایتالیا، شرایط انتخاب جنس و سپس از ۴۰۰ نفر گروه دیابت انتخاب کرد و سپس از نظر عوامل خطر دیابت‌مورد مطالعه قرار گرفتند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و آنتروپومتریک افراد مورد مطالعه بعد از تی‌تست سن و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>در گروه دیابت</th>
<th>در گروه شاهد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>۵۱ ± ۹</td>
</tr>
<tr>
<td>طول (cm)</td>
<td>۱۶۸ ± ۶۲</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن (kg)</td>
<td>۷۶ ± ۱۳</td>
</tr>
<tr>
<td>دورانگ (cm)</td>
<td>۸۶ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>دور انگ (cm)</td>
<td>۹۵ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولی (mmHg)</td>
<td>۱۲۴ ± ۱۶</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی (mmHg)</td>
<td>۷۹ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولی (mmHg)</td>
<td>۲۶/۴ ± ۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی (mmHg)</td>
<td>۳۶/۵ ± ۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (kg/m²)</td>
<td>۲۹/۹ ± ۹/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>WHR*</td>
<td>۰/۸۸ ± ۰/۶۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

** مقادیر ± نشان‌گر میانگین ± انحراف معیار است **
* = Wast to hip Ratio
** = Body mass Index

wards نفر در گروه دیابت

* نفر در گروه شاهد

مجله دیابت و لیپید ایران، زمستان ۱۳۸۶ (شماره ۲)
جدول 2- میزان شیوع سنجه های کیفی در زنان گروه شاهد و گروه دیابت

<table>
<thead>
<tr>
<th>زنان گروه شاهد</th>
<th>زنان گروه دیابت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سابقه مبتلا به کیستیک</td>
<td>3/1</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه مبتلا به پنیتم</td>
<td>6/9</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بی پنیتم در قاعدگی</td>
<td>12/7</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه سطح</td>
<td>13/2</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه مرده زایی</td>
<td>4/5</td>
</tr>
<tr>
<td>حاملگی پیش از یکتا</td>
<td>2/6</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه قربانی خون</td>
<td>4/7</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه پرفارشی خون</td>
<td>5/6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

آزمون آماری t-test برای مقایسه دو گروه انجام شده است. * در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنی دار (P<0/05) ** در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنی دار (P>0/05)

جدول 3- قد و وزن و شاخص‌های آنتروپومتریکی در گروه شاهد و دیابت

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه شاهد</th>
<th>وزن (Kg)</th>
<th>قد (Cm)</th>
<th>دورنگاه (Cm)</th>
<th>دورنگاه (Cm)</th>
<th>WHR</th>
<th>BMI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>165/9</td>
<td>69/12</td>
<td>160/9</td>
<td>71/14</td>
<td>94/16</td>
<td>102/11</td>
<td>0/890/8</td>
</tr>
<tr>
<td>85/10</td>
<td>97/10</td>
<td>86/10</td>
<td>94/20</td>
<td>94/50</td>
<td>77/56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/88</td>
<td>95/42</td>
<td>8/88</td>
<td>94/20</td>
<td>93/42</td>
<td>73/56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>46/97</td>
<td>46/97</td>
<td>46/97</td>
<td>46/97</td>
<td>46/97</td>
<td>46/97</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

BMI نسبت دور نگاه به دو: WHR

*و** در این مطالعه بین گروه دیابت و گروه کنترل از نظر میزان دیابت، تعداد بیشتری از نظر سنجه های کیفی و شاخص های شیوع و در گروه دیابت و گروه کنترل با هم مورد مقایسه قرار گرفتند (جدول 3). در نهایت پارامترهای آزمایشگاهی HDL، كلسسترول، HbA1c، BUN، FBS، Cr به هم مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشانگر اختلاف معنی داری از نظر پارامترهای HDL، كلسسترول، HbA1c، BUN، FBS، Cr به هم مورد مقایسه قرار گرفتند (جدول 2).

*و** همانطور که می‌شود، در نهایت فقط در شیوع حاملگی پیش از یکتا و سطح بین افراد دیابت و گروه کنترل مشاهده می‌گردد. این احتمال معنی داری وجود داشت و بین علاوه می‌شود. تعداد بیشتری از کیستیک، سابقه خانوادگی دیابت، سابقه چربی خون و سابقه شخصی پرفارشی خون، اختلاف معنی داری
جدول 4- میانگین و انحراف معیار پارامترهای آزمایش‌کاری در گروه کنترل و دیابت

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>دیابت (400 نفر)</th>
<th>کنترل (400 نفر)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تری گلیسرید (mg/dL)</td>
<td>213 ± 11</td>
<td>211 ± 12</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام (mg/dL)</td>
<td>193 ± 29</td>
<td>193 ± 27</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول LD (mg/dL)</td>
<td>195 ± 28</td>
<td>195 ± 29</td>
</tr>
<tr>
<td>HDL - C (mg/dL)</td>
<td>40 ± 8/2</td>
<td>40 ± 8/2</td>
</tr>
<tr>
<td>کرائتی نیم سرم (mg/dl)</td>
<td>18 ± 6</td>
<td>18 ± 6</td>
</tr>
<tr>
<td>BUN (mg/dl)</td>
<td>18 ± 6/8</td>
<td>18 ± 6/8</td>
</tr>
<tr>
<td>HbA1c (%)</td>
<td>7/4 ± 1/2</td>
<td>7/4 ± 1/2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنی دار بود (P < 0.05) 
** در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنی دار نبود (P > 0.05) 
† انحراف معیار است

جدول 5- عوامل خطر دیابت در سطح شهر شیراز

1. سابقه خانوادگی دیابت
2. چاقی مدرکی
3. سابقه تودث یک نوزاد با ورم بیشتر از 4 کیلوگرم
4. سابقه مرده زایی
5. هیپناتزیون (شارش بیش از 140/90 mmHg)
6. طبیعت کلسترول ≤ 205 mg/dL  7. سردر تحملان بالی کیستکی با علائم یا مثل هیرسوسیم
7. عادات بهبودی 

بیان

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری از نظر چاقی شکمی (دور شکم، دور لگ و نسبت آنها) بین گروه دیابت و کنترل وجود دارد و این در حالت است. که از نظر نمایه توده بدنی (BMI) دارای اختلاف معنی‌داری. بنابراین کنترل نیز این تفاوت معنی‌داری بین چاقی و بروز دیابت

یافته‌اند [4]. انجمن دیابت آمریکا (ADA) نیز اضافه و وزن و چاقی را عنوان کرده‌اند. در حالی که عوامل خطر ساز دیابت مربوط می‌کند و گفته می‌شود که چاقی مقاومت محیطی نسبت

1 American Diabetes Association (ADA)
مواد و معکاران: عوامل خطر دیابت در شهر مشیرز

می‌باشد [16] چرا که این نوع چاقی همراه با فعالیت‌های افزایش بیان‌های بیولوژیکی و افزایش ضایعات استفاده چرخ آزاد در خون می‌باشد که مانند موثر کننده فرآیند فوق افزایش انرژی خون، مواردی مانند خون و دیابت می‌باشد [13] به عبارت دیگر دیابت به عنوان پیش‌بینی ناخالص و چاقی شکل‌یابی یکی از عوامل خطر مهم در ابتلا وزی دیابت نوع 2 می‌باشد [14].

در مطالعه حاضر احتمال معنی‌داری از نظر آماری در BMI میانگین بین دو گروه وجود نداشت و بیانگر آن است که نمایندگی بدنی باید یکی از استاتش قابل قبول برای افزایش سطح خطر مبایری در میان جمعیت مورد مطالعه ما نمی‌باشد و نتایج این مطالعه و همکاران این است که برای افزایش انرژی خون در بیانگر استفاده در حضور اضافه (BMI) و (25-30) می‌باشد. چاقی شکمی (نسبت دور شکم / بورد سن) بهترین شاخص پیش‌بینی خطر دیابت نوع 2 می‌باشد [15] و لازم به ذکر است که طبق توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، مقدار نمایه توده بدنی در میان مردان و زنان آسیایی باید به مقدار 22 کاهش یابد.

تا بتواند میزان قابل قبول جهت پیش‌گیری دیابت در این منطقه باشد [16].

در مطالعه حاضر از نظر ساکنه فشار خون در بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد و در مطالعات دیگر رابطه فشار خون با نسبت برتری 0.43 دایت باید تاکید شده است. در همین رابطه برخی از خون با حذف عامل چاقی و سبک زندگی دیابت مجدداً با بیماری دیابت ارتباط دارد و بیانگر این است که فشار خون تحت بیشترین بر روی دیگر عوامل به عنوان عامل خطر دیابت محسوب می‌شود [17].

در این مطالعه اختلاف معنی‌داری بین ساقه تخمیز دیابت به کستیک دیابت و دیابت مادری دیابت در مقایسه با کستیک دیابت و دیابت مادری دیابت است. در توجه به فاقد و یا نگرانیهای می‌باشد [13] به شکل مشکوک [14] در مطالعه حاضر بین ابتلا به دیابت و سبک زندگی خانوادگی دیابت در دو گروه دیابت و کنترل اختلاف معنی‌داری

1 Postbanding
2 Serine
سپاسگزاری
نویسنده‌گان مقاله از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت کرده‌اند و همچنین از کارکنان مراکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شیراز، از آقای امیری زاده کارشناس آزمایشگاه مرکز تحقیقات کبد و گوارش بدلیل همکاری‌های در اجرای طرح و خانم زهره اولیمپ بور جهت نایب و ویرایش مقاله تشکر و قدردانی می‌نمایند.

3. ازیگانی باریکی، زاهدی فرزانه. رحمان خانم دیابتی: تنش‌ها و خطرات، مجله علمی پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۷(۱۶) شماره ۳.
13. Fidanza F. Nutritional status assessment at manual for population states. First


