چکیده
حدود 1/5 - 1/1 میلیارد مسلمان در جهان زندگی می‌کنند و شیوع دیابت در دنیا تقریباً 4/6/ % می‌باشد. تعداد زیادی از افراد مسلمان دیابتی، اسکار به انجام فریب‌های دیابت روزه داری دارند. ناشناخته‌ی طولانی متت می‌تواند مشکلاتی برای این بیماران ایجاد کند. این بیماران مستعد هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی هستند و دهیدراتاسیون نیز می‌تواند مشکل ساز باشد. کنترل دیابت در هنگام روزه داری نیاز به مراقبت دقیق پرگلکت و آمورشهای لازم و تنظیم دقيق دوز دارویی، رژیم غذايي و فعاليت فیزيکي دارد. در این مقاله مسئله کنترل درمان بیماران دیابتی در هنگام رژیم مورد بحث قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: ماه رمضان، روزه داری، دیابت نوع 1، دیابت نوع 2، هیپوگلیسمی، هیپرگلیسمی

*نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، کدپستی: 14114، تلفن: 2-200-1269/0880، نسخه: 88-0993-99
*پست الکترونیک: emrc@sina.tums.ac.ir

1- بیمارستان شهدای چمران، تهران
2- مرکز تحقیقات غذای درون بدن و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت: 85/1/17
تاریخ پذیرش: 85/8/20
مقدمه

حدود ۱۵ - ۱/۱ میلیارد سلول در جهان زنگ‌گذی می‌کند که ۲۵ - ۱۰۰ درصد رضوضان روز داری با فرد سالم دارد. [۱]

در میان افراد دیابتی روز داری میزان دیابت بر اساس سطح خونی تولید می‌شود. این پاسخ انسولین به غذا نشانه‌ای از ایجاد بیماری‌های خطی است. 

آدام سانشو در مقاله‌ای خود نشان داد که در افراد دیابتی جلوگیری از ابتلا به رخشکان و خودشکان آتی ایجاد می‌شود.

چهار برسی و بحث در مورد دیابتی و روز داری جستجو در کلیدی های رضوضان روز داری دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲ به ۲ صورت گرفت که در مقاله پایانی نتایجی به داشته که این تعداد حدود ۸۰ مقاله مورد استفاده قرار گرفت.

پاتوفیزیولوژی روز داری

در افراد سالم، روز داری سبب تولید بیماری غذایی و عضلانی (گلیکوز) می‌شود و به عسل در طول گسترش سطح سرم گلیکوز کاهش می‌یابد و منجر به ایجاد الرز داری می‌شود. 

در مقاله‌ای دیگر، فقط غذای ایتالیایی، غذای خونی و فروکسوزیم در بیماران دیابتی روز داری مشابه دیابت دارای بوده است [۷]. با خلاصه نتایج اثرات مطالعات موجود، پژوهش دیگری نشان دهنده ایافش مختصر و معنی‌داری

بیماران انسولین سبب افزایش آزادسازی اسیدهای جرب از آدیوپیتی‌های می‌شود. انسولین اسیدهای چرب سبب تولید کننده شده که می‌توانند به عنوان سوخت در عضله اسکلتی و کبد، کلیه وبدن جریان منصف شود. در افراد سالم به‌طور ناگهانی به‌طور دائمی هرمون‌هایی و انسولین ایجاد می‌شود.

عطلت سرمی گلیکوژن ناشتا به دنبال روز داری در ماه رضوضان کاهش می‌یابد و این تغییرات با کاهش کالری درایتی هرمای می‌باشد. به علت نمی‌ردد که روز داری در ماه رضوضان، عوارض ناخواسته جدی به فرد خون افراد سالم داشته باشد. [۶] در بیماران دیابتی نوع ۲، تشخیص گلیکوژن در پاسخ به هیپرگلیکمی ممکن است افزایش نابد. تشخیص این تغییر نسبت‌های ترکیبی از نوردوبات انسولین و نواصع مربوط به هیپرگلیکمی را می‌تواند کاهش یابد [۷] در بیماران با کمبود هديد انسولین، ناشتاگی طولانی‌مدت در حضور عدم وجود انسولین کافی ممکن است به تجربه زیاد گلیکوژن و افزایش گلوکز استرس و کنترل شده و منجر به ایجاد هیپرگلیکمی و کنترل این موضوع می‌شود. در دیابت نوع ۲، کنترل‌پذیر شایع نیست و شدت هیپرگلیکمی به مقاومت به انسولین و کمبود انسولین یکسانی دارد.

تغییرات HbA1c، لیپید، نشان خون و وزن در طی روز داری در افراد دیابتی بررسی شده که نتایج پیکاسی نداشته است سطح سطح NIDDM بیمار. [۸] در مطالعه‌ای دیگر، فقط غذای ایتالیایی، غذای خونی و فروکسوزیم در بیماران دیابتی روز داری مشابه دیابت دارای بوده است [۷]. با خلاصه نتایج اثرات مطالعات موجود، پژوهش دیگری نشان دهنده ایافش مختصر و معنی‌داری

باتوفیزیولوژی روز داری

در افراد سالم، روز داری سبب تولید بیماری غذایی و عضلانی (گلیکوز) می‌شود و به عسل در طول گسترش سطح سرم گلیکوز کاهش می‌یابد و منجر به ایجاد الرز داری می‌شود.

می‌توان این نتایج را به ایجاد اثرات مثبت بر سلامت تفسیر کرد که این تعداد حدود ۸۰ مقاله مورد استفاده قرار گرفت.

تمامی مقالات مربوط به تحقیقات می‌کند. [۱]
جدول 1- خطرات اصلی مرتبط با ناشی‌انگیزی در افراد دیابتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>هیپرگلیسیمی</th>
<th>هیپرگلیسیمی</th>
<th>کنارشود دیابتی</th>
<th>دیدرانتاسون و ترومبوژ</th>
<th>مالیه دیابت و لیبيد ایران. نسخه ۱۳۸۶، دوره ۶ (شماره ۲)</th>
</tr>
</thead>
</table>

خطرات مرتبط با کرنسکی در بیماران دیابت

در جدول ۱ علائم از عوارض عمده در طی روزه داری در بیماران دیابتی نشان داده شده است.

در یک مطالعه ایکپلزیک، میزان بالاتری از عوارض جاد در طی ماه رسمی مشاهده شده که در جدول ۲ به آن اشاره شده است.

هیپرگلیسیمی

کاهش مصرف غذا، عامل اصلی شناخته شده برای ایجاد HbA1c کاهش در بیماران دیابتی.

( DCCT Diabetes Control & Complications Trial )

افراشگر و افزایش گردن غذایی در افراد دیابتی تری گلسرید کاهش می‌زاید و فقط این اوریک افزایش وضعی ناشان داده است. میزان کلسترول در دو گروه تفاوت یافته بندا نکرد [۱۰]. مطالعه‌ای در برگ بیانگر عدم تغییر کلسترول تام و HDL افزایش و کاهش تری گلسرید بوده است [۸].

در مطالعه ای که بین افراد دیابتی روزه دار و دیابتی غیر روزه در صورت گرفتن، افزایش وزن بدن در هر دو دسته ناشان داده است. این اضافه وزن حدود ۵ کیلوگرم بوده است. تغییر در وزن غذایی به‌ویژه افزایش قابل توجه دریافته‌های بیهویه و کاهش بروتین دریافتنی در ایجاد این اضافه وزن موثر می‌باشد. بیماران با وزن اولیه بالایی تر نسبت به این افزایش مستندتر بوده اند [۱۱]. در مطالعه دیگر، کاهش BMI و فشار خون در افراد دیابتی در طی ماه رسمی نشان داده شده است [۷]. در مطالعه دیگر، تغییرات وزن و دن معنی‌دار نبوده است [۸].

مطلب inefficient، ناشناخته در مختصر هیپرگلیسیمی می‌باشد. متابولیسم HbA1c در طی ماه رسمی بوده است که هفتمه بعد از اتمام مدت می‌باشد.

در در مطالعه ای که داده‌ها در ایران بانویی تغییرات قابل ملاحظه در میزان LDL و HDL در افراد دیابتی افزایش یافته است [۹]. در بررسی مقایسه‌ای بین میزان کلسترول، تری گلسرید و اسید اوریک افراد سالم با بیماران NIDDM قبل از شروع ماه رسمی و در پایان روزه داری، افزایش معنی‌دار در میزان تری گلسرید و اسید اوریک افراد دیابتی گزارش گردید. در حالیکه در افراد دیابتی تری گلسرید کاهش می‌زاید و فقط این اوریک افزایش وضعی نشان داده است. میزان کلسترول در دو گروه تفاوت یافته بندا نکرد [۱۰]. مطالعه‌ای در برگ بیانگر عدم تغییر کلسترول تام و HDL افزایش و کاهش تری گلسرید بوده است [۸].

در مطالعه ای که بین افراد دیابتی روزه دار و دیابتی غیر روزه در صورت گرفتن، افزایش وزن بدن در هر دو دسته ناشان داده است. این اضافه وزن حدود ۵ کیلوگرم بوده است. تغییر در وزن غذایی به‌ویژه افزایش قابل توجه دریافته‌های بیهویه و کاهش بروتین دریافتنی در ایجاد این اضافه وزن موثر می‌باشد. بیماران با وزن اولیه بالایی تر نسبت به این افزایش مستندتر بوده اند [۱۱]. در مطالعه دیگر، کاهش BMI و فشار خون در افراد دیابتی در طی ماه رسمی نشان داده شده است [۷]. در مطالعه دیگر، تغییرات وزن و دن معنی‌دار نبوده است [۸].
روزه داشته اند دیبدی می شود در این مطالعه 
از به دلیل درآمدی و غیر دلیلی ۱۸ تا ۱۹/۵۰ درصد 
در طی ماه رضمان جابر این عارضه شدند که نشان می دهد DIABETES study) 
همانند مکانیسم مکانیسم است در پایگیزنی ابتدای و رشد بیماری 
نقطه داشته باشد [۱۶]، در طی ماه روز داری، افزایش 
بستره شدن به علت حوادث قلبی عروقی یا عروقی مغزی 
دیده نشد است [۱۷] و [۱۸].

شرايطی که بیماران دیابتی برای روزه داری 
مجاز یا غیر مجاز می باید

سباره از صاحب تابع بیماران دیابتی نوع ۲ را که از

تعادل مقدار خون برخورداران مجاز به روز داری داشتن اند.

شرايطی در نظر گرفته برای این گروه عارتند [۱۹] 

۱- عدم وجود علائم یا تغییرات و سیستم در قند خون

(هیپوگلیسمی یا کنوز).

۱۶۰ mg/dl

۲- قند خون ناشتا کمتر از

۵۰ mg/dl

۳- کلکوز تصادفی کمتر از

۷% HbAlc

باید باشد.

BMI = ۲۳ یا بیشتر

کتواسیدوز دیابتی

باید دیابت نپیدا یک کمک در طی ماه رضمان روزه 
گرفته اند، به وجود اگر قبل از ماه رضمان، هیرگلیسمی

DKA 

و یا داشته اند در افراد میزان خطر ایجاد 

بوده است با افزایش مصرف DKA 

غذا یا کاهش مقدار انسلین افزایش یابد [۲].

دهیدراتاسیون و ترومبوز

محصولات مصرف ماعیانی می تواند با علل دهیدراتاسیون 
باید. دهیدراتاسیون ممکن است در آب و هوای گرم 

ومطبوع و در افراد با فعالیت زیاد نیاز به

یافته های بیماری می توانند دیورز اسموتیک شده و

در ایجاد کاهش آب و الکترولیت ها دخیل باشد. در بیماران 

با تورپوز انتهای، احتمال ایجاد انتروپوزیون ارتودنسی 

افزایش می یابد. کاهش حجم فضای داخل عروقی در بروز

وضعیت افزایش انعقاد بینی نشان داد [۱۵]

در گزارش از کشور عربستان سعودی، افزایش انسداد 

انسداد ویژه بیماری ای در بیماری که در طی ماه رضمان

مطالعات (U.K. Prospective UKPD و DCCT Diabetes Study) 
ارتباطی بین هیرگلیسمی، عوارض 
میکرواسکوولار احتمالاً عوارض ماکرواسکوول را نشان 
داده است [۱۴]، تاکنون مطالعه‌ای ارتباط بین

حملات تکراری و کناره مدت سالانه با عوارض مرتبط با 

دیابت را نشان نداده است. هیرگلیسمی ممکن است به

علت کاهش شدید در مقدار داروهای کاهنده قند خون به

منظور پیشگیری از هیرگلیسمی ایجاد شود. بیمارانی که

افزایش واضحی در مصرف غذا یا فنی داشته اند، میزان 

بیماری از هیرگلیسمی تغییر کرده اند و مانند

شده است که در این فاکتور ۵ برابر افزایش در انسداد

هیرگلیسمی نسبت (که نیاز به بستره شدن درد) در طی 

ماه رضمان در بیماران دیابتی نوع ۲ و نسبتاً ۳ برابر

افزایش در وقوع هیرگلیسمی شدید به یا بدون DKA

بیماران دیابتی نوع ۱ دیده می شود [۲].
جدول 2 – کروه بندی میزان خطر بیماران دیابت نوع ۱ با ۲ که روزه می‌کرند [۱۵]

ریسک بیمار بالا

- هیپرگلیسمی شدید در طی ۳ ماه آخر قبل از ماه رمضان.
- بیمار با تاریخچه هیپرگلیسمی راجعه.
- بیمار با کنترل قند ضعیف طولانی مدت.
- کتواسیدوز در طی ۳ ماه آخر قبل از ماه رمضان.
- دیابت نوع ۱
- بیماری حاد
- کومات هیپرگلیسمی هیپرسولولار در طی ۳ ماه قبل از رمضان.
- بیماران با انجام تغذیه فیزیکی شدید.
- بیماران در طی دیابت مزمن.

ریسک بالا

( HbA1C=۷\%/۵-۷\% و ۸ و ۹ % ۳۰۰ mg/dl)
- بیماران با نارسایی کلیه.
- بیماران با عوارض ماکروواسکولری پیشرفته.
- بیمارانی که به تنهایی زندگی کرده و تحت درمان با داروی سوزنیال اوره ها هستند.
- بیمارانی که به تنهایی زندگی می‌کنند.
- سن بالا همه با سلامتی ضعیف سیستمی.
- مصرف داروهایی که بر سطح هورمونی تأثیر گذار هستند.

ریسک متوسط

- بیماران با کنترل قند خون مطلوب که تحت درمان با رپاگلیپید یا ناتگلیپید می‌باشند.

ریسک پایین

- بیماران با کنترل قندخون خوب که تحت درمان با رژیم به تنهایی متفاوتی از پت تیازولیدین بدون بوده و از سایر جهات سالم هستند.
کترل فون خون در طی روز داری

بايد تأکید بشه که رو خون برای بیماران دیابتی تصمیم
فردي مهمی باشد. بعضی توصیه می‌کنند که افراد دیابتی
روزه نگیرند. بیمارانی که اصرار به رو غذای دارند بايد
از موارد نهایی به ویژه کردن دارند. این اجرای دکتر. وضعیت
شایسته را و به خطر نیست، مانند و
باید عوارض دیابتی در جدول ۲ فرد داشته بايد. این
توصیه ها فقط نظیر افراد با تنبخی کارآزموده می‌باشند.

الف) توصیه های عمومی

۱) مرغابی بیشتر به خود بوده و درمان از یک بیمار
به بیمار دیگر متقابل باشد.

۲) پایین کردن خون در بیماران با دیابت نوع ۱ و
همچنین افراد دیابتی تا که نیاز به انسولین دارند
ضروری است که صورتی پاره در روز خون اندامگیری
شود.

۳) غذایی: رویم غذایی در طی ماه رمضان تفاوت بارزی با
زرم افراد سالم دارد. هدف حفظ وزن ثابت بدن فرد
باشد. در بیشتر مطالعات ۵۰٪ افراد که رو
سیرین، وزن بدن خون را حفظ کرده، در حالیکه ۲۵٪/۲۰ افزایش وزن و یا کاهش وزن پیدا می‌کنند.

(۱) رویم غذایی در طی ماه رمضان تفاوت بارزی با
ب هم تأکید در هضم و چربی ضایع
کرده‌ها پیدا می‌گردد. در هنگام سحر توصیه می‌شود
در حالیکه غذاهایی که کربوهیدرات ساده تر یا غذای
فیبرس حسنت. توییم می‌شود که مصرف مواد
در طی ماه غذایی افزایش یابد و غذای سحر تا
مصرف مواد غذایی به صورت یک شکDELRI
زمان افزایش توصیه می‌شود.[۱۱۵]

۱۰۰ mg/dl اگر قند خون دو ماه بعد از افطار بیش از
باشد. باید میزان مصرف شام در روز بعد
(۱۹۲/۱۹)

۴) ورزش: سطح طبیعی فعالیت فیزیکی را می‌توان ثابت
نگه داشته و ورزش و فعلیت فیزیکی شدید ممکن است

ب) آموزش و ارائه‌های طی قبل از ماه رمضان:
آماده سازی قبل از روز داری شما مواد زیر می‌باشد:

۱) آموزش طی ۲-۱ ماه قبل از روز داری انجام می‌شود.
کترل قند خون چربی خون و فشار خون با یادگیری شود.
باید استفاده یک طبیعی استاندارد باشد. غذای سالم تا
خطرات احتمالی را بدانید. تغییرات ضروری در رژیم با
داربای انجام شود. بیمار برای تغییرات نباید و امکان را در
بطی روز داری انجام دهد.

۲) آموزش: بیماران با دیابتی عاملان هیپوگلیسمی و
هیپرگلیسمی. پایین قند خون، نحوه غذا خوردن، عفای
بیشتر کنار و درمان عوارض دیابتی را بیاموزند.
باید به تغییرات ویژه داده شود. در مواقع
بروز هیپوگلیسمی، حتی اگر خفیف باشد، درمان با ارائه
شوره شود استفاده از زل کلوکر، متغیر حاصل کلوکر
فرض کلوکر با آمیول گلکاکون. ضرورت است که

منجر به ریسک بالاتر هیپوگلیسمی شود و بايد از آن
پیروزی در جنگ ساعت قبل از افطار انجام کردن. اگر
نمازه ابتعاد بعد از افطار برقرار می‌شود، باید آن را به
عنوان جزیی از غذای بیاورد در نظر داشت. برای
ورزش شبانه ۱۰۰-۱۲ دقیقه قبل از ظهر شکلی وجود
ندارد و بعد از ظهر یا قبل از ظهر عافلانه نمی
باشد.[۱۹]
315

ج) درمان بیماران دیابتی نوع 1 بیماران دیابتی نوع 1 بیوهزه آگر کنترل ضعیف داشته باشند برای ایجاد عوارض شدید بسیار خطرهای می باشند و توصیه می شود که در طی ماه رمضان روزه نگیرند. بیمارانی که نمی خواهند و یا نمی توانند سطح فند خون خود را جنگین بار در روز اندام های کننده، بتوانند بوده و توصیه می شود که روزه نگیرند. معمولاً بیماران نیاز دارند که در نظر اندازه PNH قبل از وعده غذایی و افزایش كنه انستون نگه دارند. [15]. سحر و افزایش همراه با انستون کاهش اثر داشته باشند.[15] حس تناور از یک دو تزریق روزانه انستون گلارهای همراه با تزریقات انستون که اثر قبل از وعده های غذایی استفاده کرده، ثابت مطالعه استفاده از انستون گلارهای در 15 بیمار دیابتی نوع 1 کنترل خوب قند خون که برای 18 ساعت ناشتا بودند نشان داد که متوسط قند خون از 93 mg/dl به 125 mg/dl مطالعات بالینی در مورد انواع انستون در طی ناهیان محدود می باشد. یک مطالعه در بیماران دیابتی نوع 1 که از انستون لیپهوربا آسپارت به جای انستون رگول همراه با انستون متوسط اثر دوبار در روز استفاده کرده، سبب بهبودی در قند خون بعد از غذا شده و باعوارض هیپوگلیکمی کمتر همراه بوده است.[22] برخی توصیه می کنند که در بیماران دیابتی نوع 1 می توان از رژیم سه دور انستون و دو دور انستون استفاده کرد.[20]

(د) درمان بیماران دیابتی نوع 2

1- بیمارانی که با رژیم کنترل نمی گذرند: در این بیماران میزان خطر عوارض پایین می باشد. هر ایجاد هیپوگلیکمی بعد از غذا در این افراد وجود دارد. توزیع کالری غذایی به وسیله غذا کوچک در طی زمان غیر ناشتاوی معمولاً است از بروز هیپوگلیکمی شدید بعد از غذا پیشگیری کند. برنا مه ورزشی در این افراد از نظر ورزش و هیپوگلیکمی انجن در شود. زمان ورزش با حدود 100 مایع استفاده از غذا برای همراه با در این افراد با گروه سنی بالاتر که اغلب هیپوگلیکمی و دیس لپید می نسیدند، محدودیت می باشد و در نیم مصرف شود بیشتر 126 روزه گروه کمتری برای پروز هیپوگلیکمی دارند.[15]

2- بیماران درمان شده با عامل خوراکی: انتخاب داروهای خوراکی باید در هر شرایط به طور بسته به انستون شده، بسته به داروهایی که سبب افزایش ترشح انستون می شود. بیشتر کمیت ترشح انستون در منابع تغییر یافته و یک سوم بقیه بیان مصرف شود.[15]

- متفاوت می‌باشد: بیمارانی که با مصرف تغییرات به نهایی درمان می شوند با ابطال هیپوگلیکمی خفیف بوده و روزه داری احتمالاً یک خطر می باشد. توصیه می شود که زمان دوز دارو تغییر یابد. در دوز دوز مکانیزه قند خون یک سوم بهبودی در قند خون بعد از غذا شده و باعوارض هیپوگلیکمی کمتر همراه بوده است.[15]

- گلارهای: بیمارانی که با گلارهای گلیکوزیتی کنترل دارند، در معرض خطر یک بیمار هیپوگلیکمی قرار می دهند. معمولاً نیازی به تغییر دوز دارو نیست.[15]

- سولفونامید اورهارا: معقداً می‌گویند که این گروه از داروهای برای استفاده در طی ناشتاوی می‌باشد. این داروهای با احتیاط مصرف شوند. این داروهای از کلرورالیمید در طی ماه رمضان کتراندیکه می باشد.[15]

- جالایی را با مویزه در دوره های غیر ناشتاوی ادامه دهد.

زیرمیزان 120/0 u/kg
نشان داده شده که استفاده از دروهای جدیدتر مانند گلگلازی، یا گلی میثوم و موثر است و میزان خطر هیپوگلیکسمی با هر است. این مطالعات در زمان ناشتا

تجربه کرده‌اند [۱۵].

محزکه‌ای کوتاه ریز نسبت به پژوهش‌های اخیر، این گروه (تانگلینه و ریاگلینه) به عنوان دو کوتاه آماده چهار-

رژه گرفته‌اند. نشان داد که استفاده از ریاگلینه در 

رژه دو همراه با کلاسیفیکاتورهای گلی همراه

بوده است [۲۴].

بیماران دیابتی نوع ۲ تحت درمان با انسولین: مشکلات

این بیماران مشابه درمان یک بوده به جز اینکه 

اسپیدانس هیپوگلیکسمی در آنها کمتر می‌باشد. استفاده از 

انسولین متوسط اثر با طولانی‌مدت همراه با انسولین کوتاه اثر 


جدول ۳- تغییرات توصیه‌شده برای درمان بیماران دیابتی نوع ۲ در طی ماه رمضان [۱۵]

<table>
<thead>
<tr>
<th>در طی ماه رمضان</th>
<th>قبل از ماه رمضان</th>
</tr>
</thead>
</table>
| بیمارانی که قند خون آنها با رژیم و روزش کاهش یافت است. می‌کنند.

<table>
<thead>
<tr>
<th>در طی ماه رمضان</th>
<th>قبل از ماه رمضان</th>
</tr>
</thead>
</table>
| بیمارانی که از داروهای کاهنده قند خون استفاده می‌کنند.

1000 mg متفورمین

۵۰۰ mg قند خون به تغییر نیست.

دارو باید قبل از افزایش شود و دور دارو برحسپ کنترل

۴ mg گلی به تغییر نیست.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.

۱/۵ mg افزایش می‌باشد.

۴ mg گلی پنکلایمید در صبح و ۴ mg در غروب.
آموزش دیابت باند. پایش مکرر و تنظیم دوران‌های ضروری است.

نتیجه‌گیری
روزه‌داری در طی ماه رمضان برای بیماران دیابتی، توانایی می‌تواند با افزایش خطر عوارض همراه باشد. معمولاً به بیماران دیابتی نوع 1 توصیه می‌شود که روزه نگیرند. بیماران دیابتی نوع 1 که تجربه‌های فیبرگلیسی‌پلاسمی راجع به بیماران دیابتی نوع 1 ناپایداری نشان داده‌اند، به کنترل تند خون ضعیفی دارند. در رژیم غذایی پیشنهادی هیپرگلیسمی شدید قرار دارند. از طرف دیگر، کاهش شدت مراقبت‌های پیشگیری از هیپرگلیسمی و DKA از هیپرگلیسمی و قرار می‌دهد. هیپرگلیسمی در مبتلایان به دیابت نوع 2 سبب به‌کارگیری رشته مصرفی در این بیماران می‌شود و در رژیم غذایی این بیماران کم‌وقتی می‌باشد. دیابت در ماه رمضان روزه‌نگرین و آموزش و تعلیمات مناسب در رابطه با غالفه‌های فیبریک، نجات غذا‌خوردن، پایین کردن خون و دوران داروها در بیماران دیده می‌شود. تحقیقات بیشتری برای پیش‌بینی داشتن خطرات در ماه رمضان و درمان دیابت و روزه‌داری مورد نیاز است.

5. لاریجانی، بابا. دیابت، دیابت‌های مزمن، دیابت‌های گوارشی، دیابت‌های گوارشی، دیابت‌های گوارشی. برادرخانه‌های رضایت‌بخش، رضایت‌بخش، رضایت‌بخش، رضایت‌بخش، رضایت‌بخش، رضایت‌بخش، رضایت‌بخش، رضایت‌بخش. بروز درای در ماه رمضان روزه‌نگری خون در بالین سالم. مجله دیابت و لیپید ایران 1381 دوره 1 (شماره 2): 124-125.


