چکیده
حدود 1/11 میلیارد مسلمان در جهان زندگی می‌کند و شیوع دیابت در دنیا تقریباً 4/4% می‌باشد. تعداد زیادی از افراد مسلمان دیابتی، اصرار به انتقای فریضه الهی روزه داری دارند. ناشتاپی طولانی مدت می‌تواند مشکلاتی برای این بیماران ایجاد کند. این بیماران مستعد هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی هستند و دهدرا ناحیه ایز می‌تواند مشکلی ساز از بچه‌های بیماران دیابت در حین روزه داری نیاز به مراقبت دقیق پزشک و آموش لازم و تنظیم دقیق دوز دارویی، رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی دارد. در این مقاله کنترل دارما بیماران دیابتی در ماه رمضان 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: 2-202-2760758، گلیم: 13699269998
emrc@sina.tums.ac.ir

1- بیمارستان شهید چمران، تهران
2- مرکز تحقیقات گذشته ریز و منابعیم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت: 17/11/85
تاریخ پذیرش: 17/11/85
با تداوم گرنسنگی، ذخایر گلیکوزون تخلیه شده و سطوح با ایجاد انسولین سبب افزایش آزادسازی اسیدهای چرب از آدیپوسیت‌ها می‌شود. اکسیداسیون اسیدهای چرب سبب تولید کوئن شده می‌باشد که عناوین سوخت در عضله بسیار کاهش یابد، کلی وارون چربی مصرف شود. در افراد سالم این سازوکارها با استفاده بر روی هورمون‌های بی‌اساس بی‌اساس است و السکاتی و انسولین می‌باشد. 

**Counterregulatory**

غلطی سرمی گلیکوزون ناشی از دنیال روزه داری در ماه رمضان کاهش می‌باید و این تغییرات با یک کاهش کالری درایات هرما می‌باشد. به نظر می‌رسد که روزه داری در ماه رمضان، عوارض ناخواسته جدی بر قند خون افراد سالم داشته باشد. 

در بیماران دیابتی نوع ۱، ترشح گلیکوزون در پاسخ به هیپوگلیکسی ممکن است افزایش نیابد. ترشح این نفرین نیز به علت ترکیبی از نوروبای‌انیون و نوکلئات مرتبی با هیپوگلیکسی راجعه می‌باشد. در بیماران با کمبود شبد یوگولاکیل ممکن است افزایش و افزایش گلیکوزون و کاتکوژون شده و منجر به ایجاد هیپرگلیکسی و کتواسیدوز می‌شود. در بیماران دیابتی نوع ۲، کتواسیدوز شایع ترین درد و شدت هیپرگلیکسی می‌باشد. مقاله به انسولین و کمبود انسولین بستگی دارد. 

**Tگیریات HbA1c**، لیبل شده در بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ و افراد دیابتی بین‌سالی نشان داده نمود که نتایج پیکنی میراکل است. 

**NIDDM**

است. در یک مطالعه بر روی ۳۹۹ بیمار HbA1c در دو گروه بیماران دیابتی تحت درمان با گلیکوزون و نورمبای‌انیون همراه با کلیه کیلیک اِن و گلیکوزون غیر روزه دار، نتایج معنی‌داری نداشته است. در مطالعات دیگر، نشان و فروکریکوزاموزن در بیماران دیابتی روزه دار مشابه قابل از روزه داری بوده است. بیش از این، نتایج بیش از باعث نوشتار اثرات مطالعات متوسط نمود. 

پاتوفیژیولوژی روزه داری

در افراد سالم، ترشح انسولین با غذا خوردن تحریک شده و سبب تولید ذخایر گلیکوزون کاهش و علامت‌های (گلیکوزون) می‌شود. بر عکس از گلیکوزون سطح سرمی گلیکوزون کاهش می‌یابد و موجب شده ترشح انسولین می‌شود. در همان زمان، سطح گلیکوزون و کاتکوژون آمیه‌ها افزایش یافته و سبب تحریک گلیکوزون شده و گلیکوزون را تحریک می‌کند.
جدول 1 - خصائص اصلی مرتبط با ناشنوایی در افراد دیابتی

| هیپوگلیسی | هیبرگلیسی | کوآسی دور دیابتی | دهیدرانتاسون و ترومیوز |

خطرات مرتبط با کرستگی در بیماران دیابت

در جدول 1 می‌توان در نظر گرفت که در طی ماه رمضان بوده است که به‌ویژه بعد از HbA1c

بیمار روز داری به مقدار قبل بازگشت نموده است [8]. در مطالعه ای در ایران، با وجود عدم تاپید تغییرات قابل ملاحظه در میزان گلوکز، تری‌گلیسرید، کلسترول و HDL در ماه رمضان در افراد دیابتی افزایش یافته است [9]. در بررسی مقایسه ای بین میزان کلسترول، تری‌گلیسرید و اسید اوریک افزایش سالم با بیماران NIDDM قبل از شروع ماه رمضان و در پایان روز داری، افزایش معنی‌دار در میان‌ نتیجه گیری شده است که HbA1c

کاهش مصرف غذا، عامل خطر شناخته شده برای ایجاد ( DCCT Diabetes Control & Complications Trial ) دیابتی می‌باشد. نتایج مطالعه افزایش اثر کاهش و فقط ایجاد اوریک افزایش واضح نشان داده است. میزان کلسترول در دو گروه نشانه زنده نکرده‌اند [10]. تغییرات ویژه بیانگر عدم تغییر کلسترول نام و HDL افزایش و کاهش تری‌گلیسرید بوده است [8].

در مطالعه ای که بین افراد دیابتی روزه دار و دیابتی غیر روزه در صورت گرفتن افزایش وزن بدن در هر دو دسته نشان داده است. این اضافه وزن حداکثر 5 کیلوگرم بوده است. تغییر در رژیم غذایی به‌ویژه افزایش قابل توجه دریافت کربوهیدرات و کاهش پروتئین دریافتی در ایجاد این اضافه وزن مؤثر می‌باشد. بیماران با وزن اولیه باین تر نسبت به این افزایش مستند‌تر بوده‌اند [11]. در مطالعه‌های دیگر، کاهش BMI و فشار خون در افراد دیابتی در طی ماه رمضان نشان داده شده است [7]. در مطالعه دیگر، تغییرات وزن بدن معنی‌دار نبوده است [8].
هریگلیسی
(U.K. Prospective UKPDs و DCCT Diabetes Study)
مطالعات ارتباطی بین هریگلیسی، عوارض میکرواسکوپی احتمالاً عوارض میکرواسکوپی را نشان داده است. [141] تاکنون مطالعه‌هایی ارتباط بین حملات تکریکی و کناره‌های مدت سالانه با عوارض مرتبط با دیابت را نشان نداده‌اند. هریگلیسی ممکن است به علت کاهش شدید در مقدار داروهای کاهنده قدام خون به منظور پیشگیری از هریگلیسی ایجاد شود. بیمارانی که افزایش واضح در مصرف غذا و فشار داشته‌اند، میزان بالاتری از هریگلیسی شدید را ترجیح می‌دهند و مشاهده شده است که در این فردان 5 بار افزایش در انسپانس هریگلیسی شدید (که ناپایداری شدن دارد) در طی ماه رمضان نسبت به بیماران دیابت نوع 2 و تقریباً 3 برابر افزایش و قرار هریگلیسی شدید با یا بدون بیماران دیابت نوع 1 دیده می‌شود. [3]

کنتویسیدوز دیابتی
بیماری با دیابت نیب یک که در طی ماه رمضان روزه گرفته‌اند، به‌طوری‌گونه است که میزان هریگلیسی افزایش یافته است. DKA DKA
و از پیشگیری از بروز این بیماری نیاز دارد. میزان خطر DKA
می‌تواند با معجزه‌ای ممکن است با افزایش مصرف غذا با کاهش مقدار انسپانس افزایش یابد.[3]

دهیدراتاسیون و ترومبوز
محدودیت مصرف موادهای می‌تواند از علل دهیدراتاسیون باشد. دهیدراتاسیون ممکن است در آب و هوای گرم ورد و در افرادی با قابلیت فیزیکی بیشتر داشته باشند. هریگلیسی می‌تواند در نتیجه این معجزه، دهیدراتاسیون از دست داده شود و در ایجاد کاهش آب و اکثریت دیگر تالفان در بیماران با نوبه‌ای افزایش، احتمال ایجاد هریگلیسی اروتوانیک افزایش می‌یابد که حجم فضای داخل عروقی در بروز DKA
وضعیت افزایش اعیان‌داری نشان داده[15].

در گزارشی از کشور عربستان سعودی، افزایش انسپانس انسپانس و ریز شکل‌یک‌ای در بیمارانی که در طی ماه رمضان
طبقه بندي ميزان خطر بيماران ديباتي در جدول 2 ذكر شده.

جدول 2- کروه بندي ميزان خطر بيماران ديبات نوع 1 با 2 كه روزه مي كيرند[15]

ريسک بيمار بیالا

هپیگلیسیمی شديد در طی 3 ماه آخر قبل از ماه رمضان.

بيمار با تاريخه هپیگلیسیمی راجعه.

بيمار با کترل قند ضعيف طولاني مدت.

کتواسیدوز در طی 3 ماه آخر قبل از ماه رمضان.

دیابت نوع 1

بيماري حاد.

کوماي هپیگلیسیمی هپراسولار در طی 3 ماه قبل از رمضان.

بيماران با انجام فعالیت فيزیکی شديد.

بيماران در طی دیابتی مرزمن.

املا

بيماران با هپیگلیسیمی متوسط (متوسط قند خون بين 7 و 8 و 9/7-150 mg/dl)

بيماران با ناسايي کليه.

بيماران با عوارض ماکروواسکولپرشفته.

بيماراني كه به تهاني زندگي كرده و تحت درمان با السولون يا سولوفونيل اوره ها هستند.

بيماراني كه به تهاني زندگي مي کنند.

سن بالا همراه با سلامتي ضعيف جسماني.

مصرف داروهايي كه بر سطح هوشياري تاثير گذار هستند.

املا

بيماران با کترل قند خون مطلوب كه تحت درمان با رياگلیبيد يا ناتگلیبيد مي باشند.

املا

بيماران با کترل قندخون خوب كه تحت درمان با رژيم به تهاني مقتريمين يا يک تياپولئيدين ديون بوده و از ساير

جهات سالم هستند.
کنترل قند خون در طی روزه داری

بااید تاکید کنیم که روزه داری برای بیماران دیابتی توصیم فردی مهمی یاد. بعضی توصیه‌های می‌توانند به افراد شاخصی اینگونه افراد دیابتی روزه نگیرند. بیمارانی که اصرار به روزه گرفتن دارند، با ۱۱۰ تا ۱۳۰/۹۰ تا ۱۱۰ از ضعف مربوطه آگاه بوده و توصیه‌های پزشکی را دقیقاً انجام دهند. وضعیت‌های مربوط به خطر باین، متوسط و بیماری عوارض دیابتی در جدول ۲ ذکر شده‌اند. این توصیه‌ها فقط توصیه‌های افرادی که ترجیح کارآزموده می‌باشند.

الف) توصیه‌های عمومی

۱- مراقبت بیشتر و استنشاق به فرد بوده و درمان از یک بیمار به بیمار دیگر متفاوت می‌باشند.

۲- پایش‌گر قند خون در بیماران با داییت نو و همچنین افراد دیابتی تیپ دو به نیاز به انسولین دارند ضروری است که به دنبال آن در روز خون اندازه‌گیری شود.

۳- تغذیه: زمینه غذاها در طی روزه رمضان تفاوت بازی با رژیم افراد سالم مدارد. هدف باید حفظ وزن ثابت بدنش بهبود آداب و پیشرفت مطالعات ۶۰-۷۵ افرادی که روزه می‌گیرند، وزن بدن خود را حفظ کرده، در حالت که ۲۵-۳۰٪ افزایش وزن و یا کاهش وزن یابد می‌باشد. در بیشتر مطالعات، وزن خانم‌ها در محاسبه وزن را می‌کنند. در رژیم دای، وزن بدن خود را حفظ کرده، در حالت که ۲۵-۳۰٪ افزایش وزن و یا کاهش وزن یابد می‌باشد. در بیشتر مطالعات، وزن خانم‌ها در محاسبه وزن را می‌کنند.

ب) آموارش و ارزیابی طبی قبل از رژیم رمضان:

آماده‌سازی قبل از روزه داری شامل موارد زیر می‌باشد:

۱) ارزیابی طبی: ١-٢‌ماه قبل از روزه داری انجام می‌شود.

کنترل قند خون بجویی‌های خون و فشار خون با آناتاسیسم شود تا توصیه‌های طبی احتمالی را بپذیرد. تغییرات ضروری در رژیم با داوری انجام شود. باید بیمار برای حمایت و متسویت در طی روزه‌ها داوری داشته باشد.

۲) آموزش: بیماران با داشت علائم‌های عارضه‌های خونی و انژک$c$یکی، جویی و درمان عوارض دیابت را باهم‌زنده. باید به تغییرات و ویژگی‌های کلی این فاکتور بوده، در موقعیت بروز عارضه‌های خونی، باید بیمار را می‌گیرند. در روز بعد، باید با برخی از مشاوران، می‌توانند تاکید شود استفاده از دارو «گلوکوز»، همیز حاوی گلوکس، فرض ظرف گلوکس با آمپول گلوکاکون، در حالت است که

منجر به ریسک بالاتر در می‌باشد. اگر به دست آمده، باید به عنوان از طرف ذکر شود. اگر عوارض نبوده، باید به طرف انتخاب شود، باید انرژی از فعالیت‌های می‌باشد. ۱۵-۱۰ دقیقه قبل از هر شکل وجود ندارد و بعد از یک یا قبل از روزه، می‌باشد. ۱۹ (سال)
(د) درمان بیماران دیابتی نوع ۲:

۱- بیمارانی که بر اساس کنترل سه‌ماه‌های دیابت خطر عوارض پایینی می‌باشند، می‌توانند باعث ایجاد هیپوگلیسمی بعد از غذا در این افراد وجود دارند. توزیع و این کالری غذایی به دو‌سمس و هزینه غذایی کوچک‌تر در طی زمان غیر‌ناشی‌سازی، ممکن است از بروز هیپوگلیسمی شدید پس از غذا پیشگیری کند. برخی از روش‌های در این افراد از نظر زمان و هزاره غذایی انجام‌شود. زمان و روش‌های بدست آمده از این روش‌ها در افراد با گروه سنی بالاتر که اغلب بارداری به دیس چندرسان نیز ممکن است سبب افزایش خطر حواضت ترمومیک بدن باشد.[15]

۲- بیماران درمان شده با غیای هیپوگلیسمی که به‌طور مداوم، معمولاً ۰٫۵ درصد بیکاری یا ناشی از این سبب ایجاد غیای هیپوگلیسمی ممکن است باشد.[15]

مکانیزم‌های اصلی این‌ها ممکن است در روش‌های غیر‌ناشی‌سازی، سبب ایجاد این حواضت گردد. تفاوت تغذیه استفاده از انسولین گلورژین در ۱۵ بیمار دیابتی نوع ۱ با کنترل خوب کننده خون در برخی از انتقال‌های ناشی از این‌ها ممکن است باشد.[22]

برخی تغذیه‌کننده که در بیماران دیابتی نوع ۲، می‌توان از رژیم سه دوره انسولین و دو دوره انسولین استفاده کرد. [۲۰]

۱- رژیم سه دوره انسولین: دو دوره از غذا از انسولین کوتاه اثر و یک دوره از انسولین‌های جدید می‌باشد. این دو روش از انسولین‌های بی‌سی‌اچ به صورت کلاسیک انسولین کوتاه اثر و انسولین اندوراً مخلوط دوز صحایقی که بی‌سی‌اچ و یک انسولین رگولور قبل از غذای به میزان متوسط

عکس

دانشگاه علوم پزشکی ایران | نشر ۱۳۸۶ | دوره ۳ (شماره ۲)

۲۰۱۸/۰۹

محاسبه میزان انسولین بر اساس وزن کاسه‌های سد از دو رنگ: به دست آوردن از گروهی که این دو روش انسولین‌های بی‌سی‌اچ به صورت کلاسیک انسولین کوتاه اثر و انسولین اندوراً مخلوط دوز صحایقی که بی‌سی‌اچ و یک انسولین رگولور قبل از غذای به میزان متوسط
نشان داده شده که استفاده از داروهای جدیدتر مانند گلیکلزید، یا گلی مبهم موثر است و میزان خطر هیپوگلوکمی پایین تر است. این مطالعات در زمان ناشتا انجام شده‌اند. [13].

محركه‌های کوتاه‌تری ترشح انسلولین: اعتیاد این‌گونه (تانکینگ و ریگلنین) به غلت دوره کوتاه آنها موثر هستند. اینها با ایدت چیزی و سحر دوباره در روز مصرف شوند. دریک مطالعه در بیماران دیابتی نوع 2 که روزه گرفته‌اند نشان داد که استفاده از ریگلنین در مقایسه با گلی‌نامی هیپوگلوکمی کمتری همراه بوده است. [24].

بیماران دیابتی نوع 2 تحت داروهای با انسلولین: مشکلات این بیماران شامل دیابت نوع 1 بهبود به جز اینکه انباژاده‌های هیپوگلوکمی در آنها کمتر می‌باشد. استفاده از انسلولین متوسط اثر یا طولانی اثر همراه با انسلولین کوتاه اثر

جدول 3 تغییرات توصیه شده برای درمان بیماران دیابتی نوع 2 که در طی ماه رمضان روزه می‌کنند [15]

<table>
<thead>
<tr>
<th>در طی ماه رمضان</th>
<th>قبل از ماه رمضان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نیاز به تغییر وجود ندارد (زمان و شدت ورژش بدتر تغییر یابد).</td>
<td>بیماران که قهوه خون آنها را رژیم و ورزش کنترل است.</td>
</tr>
<tr>
<td>مایعات کافی مصرف کند.</td>
<td>مصرف مایعات کافی</td>
</tr>
<tr>
<td>منافع مصرف کننده مصرف 500 mg متفورمین.</td>
<td>بیمارانی که از درمان‌های کاهنده قند خون استفاده می‌کنند.</td>
</tr>
<tr>
<td>100 mg اقطار و 1000 mg متفورمین.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نیاز به تغییر نیست.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دارو باید قبل از اقطار تغییر شود و دوز دارو بر حسب کنترل قند خون و خطر هیپوگلوکمی تنظیم شود.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نصف ذخیره در مدت سحر در دوز کامل دارو در مدت اقطار و 1/2 گلی بتنکلامین در صبح و 5/1 گلی بتنکلامین در غروب.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف کافی مایعات.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دوز صحیح‌گاه معمول در مدت اقطار و نصف ذخیره در مدت سحر مداوم 1/10 اقلام اقلام مخلوط 1/10.7/30 و 30/70 و 10/30 وضع و سحر.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- انسلولین ترکیبی 30/70/10 و 30/70/10 و 1/10 وضع و سحر.
نتایج گیری

روزه دری در طی ماه رمضان برای بیماران دیابتی می‌تواند با افزایش خطر عوارض همه‌رده است. معمولاً به بیماران دیابتی نوع ۱ توصیه می‌شود که روزه نگیرند. بیماران دیابتی نوع ۱ نتایج تحقیقات هیپرگلیسمی راجع به یا هیپرگلیسمی ناکوادگی دارند و یا کسانی که کنترل خون ضعیف دارند. در خطر خیالی بالا برای ایجاد هیپرگلیسمی شدید قرار دارند. از طرف دیگر، کاهش شدت مراحل انحلال در این بیماران (به معنی پیشگیری از هیپرگلیسمی و DKA) آنها را در خطر هیپرگلیسمی و قرار می‌دهد. هیپرگلیسمی در مبتلاان به دیابت نوع ۲ بسیار کمتری دارد. بیمارانی که اصرار به روزه داری دارند، باید تحت ارزیابی قبل از ماه رمضان قرارگیرند و آموزش و تعلیمات مناسب در رابطه با فعالیت‌های بدنی، نیاز غذا خوردن، باید این خوان و دوز و زمان داروها را بدانند. درمان برای هرفرده، جدایی‌نامه می‌شود. تحقیقات بیشتری برای پیش‌بینی دانش ما در مورد خطرات و درمان دیابت و روزه‌داری مورد نیاز است.

غفلت قند خون در زمان نشستی پایین ترتیب بوده ولی قند خون بعد از غذا در زنان باردار سالم بالاتر از زمینه علائم HbA1C می‌باشد. افزایش نتایج دونده در طی بارداری با افزایش خطر بروز ناهنجاری های مادرزادی مرتبط است.

روزه دری در طی بارداری به غلبه افزایش میزان خطر ناتوانی و محرک و میزان بیمار جنین و سایر توصیه‌های نظامی شود [۲۶]. در حالی که درمان بارداری مطالعه‌ای در بیماران برگردانده این افزایش در بارداران امروز برای این بیماران نوع ۱ با هم باید تحقیق و انجام روزه داری در طی ماه رمضان داشته باشد. این زنان در کروز پرخطر قرار می‌گیرند و اینکه آنها نیاز به مراقبت شدید دارند [۲۷].

فوتی توصیه می‌شود که زنان با دیابت قبل از حاملگی و دیابت داشته باشند. در طی ماه رمضان نتایج نگردند. در صورتی که اصرار به روزه داری داشته باشد نتایج ویژه در مورد مراقبت آنها به عمل آید. ارزیابی وضعیت طبی آنها در قبل از ماه رمضان ضروری است. این حالات شامل مراقبت قبل از بارداری مانند رسیدن به قندخون نزدیک تر بار دیابت موارد عوارض مادری HbA1C و جنین و صورت کنترل ضعیف قند خون و آموزش در مورد مهارت‌های خوددرمانی می‌باشد. این بیماران باید در کلییتهای ویژه تحت نظر متخصص زنان و زایمان، متخصص دیابت، متخصص غذایی و پرستار آنها به

آزم

5. لاریجانی، باتری؛ سنگی، مرتضی؛ زاهدی، فرزانه؛ برادرم، رضا؛ مسعودی، محمدرضا و رویی، ایمان از روزه دری در ماه باردار اسم روزه‌داری در روزه‌داری ۱۳۸۱ دوره ۱ (شماره ۴) ۱۵۲ – ۱۵۲.


