چکیده

مقدمه: رتینوباتیک یکی از عوارض دیابت بوده و شیوع آن قویاً با طول مدت دیابتی و نحوه کنترل آن ارتباط دارد. با وجود این رابطه، مطالعات انجام شده، شیوع رتینوباتیک دیابتی را در بدو تشخیص دیابتی5 تا 20 درصد گزارش نموده اند. با توجه به عوارض جراح ناپدید حاصل از عارضه فوق، این مطالعه به منظور بررسی میزان شیوع رتینوباتیک بیماران دیابتی نوع 2 و رابطه آن با سابی عوامل خطر در بیماران تازه تشخیص داده شده به انجام رسید.

روش‌ها: این مطالعه در فاصله سال‌های 1373/1380 تا 1383/1385 بر روی تعداد 719 بیمار دیابتی تازه تشخیصی شده واقع در مرکز تحقیقات عد و متانولیسم اصفهان به انجام رسید. بیمارانی که کمتر از یک سال از شروع دیابتی آنها گذشته بود وارد مطالعه شدند. از بیماران ضمن معاونی و آزمایش‌های خون از نظر تندیسی ناشنا، هموگلوبین‌گلیکوزیل‌های جریسی‌ها، اوره‌های کراتینی، و ادرار 24 ساعتی از نظر تندیسی و رئوپاتیک توسط متخصص چشم پزشک انجام گردید.

بافت‌ها: از بیماران مورد بررسی، تعداد 286 نفر مفرد و 229 نفر زن بودند. میانگین سنی و مدت ابتلا آنها به ترتیب 9/8 و 14/8 سال (درمان سنی 31 تا 77 سال) و 4/7 و 5/5 ماه بود که از این تعداد 9/8 میلیت به رئوپاتیک بودند. در تجزیه و تحلیل نهایی با استفاده از رگرسیون لوگیستیک، نمایه توده بدنی، فشار خون دیاستولی و آلوده‌های ادراری 24 ساعته به عنوان عوامل خطر تعیین کننده رئوپاتیک شناخته شدند.

بحث: با وجود آنکه در این بررسی رئوپاتیک از شیوع متونست به سایر مطالعات بر خوردار بود، اما با توجه به عوارض و مخاطرات ورزشی کننده حاصل از آن، ضروری است تمام بیماران دیابتی نوع 2 در بدو تشخیص از نظر رئوپاتیک مورد معاونیت قرار گیرند.

واژگان کلیدی: شیوع، دیابت تیپ 2، رئوپاتیک، عوامل خطر

* نشانی: اصفهان، میان جمهوری، خیابان خرم، مرکز تحقیقات دمایی صدیقه ظاهره، مرکز تحقیقات غدد و متانولیسم; تلفن: emrc@mu.ac.ir

تاریخ دریافت: 84/03/21
تاریخ پذیرش: 84/11/25
مقامه

روش‌ها
این مطالعه بر صورت مقطعی بر روی 170 بیمار دیابتی تازه تشخیص داده شده در دو مرحله کنترل نگهداری به مرکز تحقیقات دندانپزشکی و مراقبت‌های کنار دندانپزشکی مراجعه شده و متولی‌های انشعاب دندانپزشکی که به مانند دندانپزشک التهابی در آواره دندانپزشکی و به تحقیقات دندانپزشکی از دستگاه صورت گرفته است. بیماران نوسان متخصص جمجمه برخورد از نظر وردی ریوپاتی‌ها باید از گشاد نامه بیماری و تحت تعیین آموزش‌هاییکی بهتر و بررسی توکار ریوپاتی‌ها در معیار های اول ریوپاتی‌ها و ژست مرسوم بررسی که در روز قرار گرفته و در شرکت کنندگان پزشک از پزشک دندانپزشکی. بیماران با عواقب دیابت تازه تشخیص داده شده وارد مطالعه شده که از شروع به این مطالعه آن مکرر از یکسال گذرانند. بیماری ریوپاتی بر اساس معیار های 1 با انجام آزمایش‌های قند خون نشانه‌ای است ADA مثبت گزارش مثبت تخمین زده و مثبت گزارش مثبت تشخیص بیماری. سوابق بیماری‌های قبلی، استعمال

2 Union exchange chromatography
3 Mild Retinopathy

1 American diabetes association
شکی و یا ازکرودای سخت، پرتئونیا متوسط نا

Cotton

شده‌یا و یا جوانانهای فوق همراه با لکه‌های wool

جوانانهای وربی‌ای و اختلالات مکروواسکولار

داخل شکیه. انواع فوق بعنوان رتبه‌بندی بیولپرفرازی

یا زمینه‌ای در گزارش تحصیل ذره است. ج. رتبه‌بندی

پروپلپرفرازی یا وجود عروق جدا در شکیه، نشان نالی بالینیان retinal

پویا، خونریزی داخل ویتربا و یا هاله

maکولپیاتیون و یا جوش‌های ایمپاور یک

بیماری است که دچار کورتی‌گویی و کاتاراكتی پیش‌نیا و با سابقه ضایعات بینی و باره ملتیه شده‌اند. این بیماری طیف آدنی ادراره با جمع آوری

ادار ۲۴ ساعت، با دستگاه اتوبالوژر با استفاده از کیت

انجام شد. آدنی ادرار ۲۴ ساعته سه روز

Randox

میلی‌گرم طیبی، از ۷۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم میکروآلبومینوری و بیشتر از ۳۰۰ میلی‌گرم میکروآلبومینوری (پروپلپرفرازی

قرار گرفتند در نظر آدنی ادرار ۳۰

فیبر می‌باشد که کلسه‌ها و فیبر نوعی ماده هماچوری در آنالیز ادراری وجود داشته و وزن مخصوص

پالس ۱۰۵ بود در صورتی نمونه ادرار

میلی‌گرم در ادرار ۲۴ ساعتی، بیک نمونه دیگر مداهن می‌باشد. بعد بررسی و در صورتی بالاتر بودن آلبومین از مقدار فوق

ادار ۲۴ ساعت، بعنوان فیبر طیعی آلبومین

منظر می‌باشد. نحوه سیگار کشیدن یا توجه به دستور

عمل های WHO تعیین گردید. در این مطالعه نمونه از

افزار سیگاری بیماران بودند که طوری منظم دست کم یک

نخ سیگار در روز می‌کشیدند (سیگاری روزانه) [۱۷].

نمایش داده‌هایی که بصورت مناسب باعث افزایش

معایر و داده‌های پیام‌برنده برای دانش‌آموزی کمی

در دو گروه توسیع آزمون و داده کیفی با استفاده

Chi-square از آزمون مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.

تحلیل تفاوت با استفاده از رگرسیون لجیستیک برای تعداد

متغیرهای مستقل معنی‌داری رتبه‌بندی پیشنهادی انجام گرفت.

داده‌های از طریق ترسیم با داده‌های SPSS مورد تحلیل و تحلیل فری نگرفت و P معنی‌دار نبود.

1 Moderate to severe retinopathy

2 Venousus beading
جدول ۱- مشخصات بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده ۲ مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>میانگین ± انحراف معیار</th>
<th>سن (سال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۴۸/۶±۴/۸</td>
<td>۲۶/۸±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>مدت دیابت (ماه)</td>
<td>نمایه توده بدنی (kg/m²)</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۸/۶±۴/۸</td>
<td>۱۸/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>همگلوبین گلیکوزیله (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۵/۶±۴/۸</td>
<td>۹/۵±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ۲ ساعت بعد از غذا (mg/dl)</td>
<td>کلسترول تام (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹/۶±۴/۸</td>
<td>۱۸/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>* کلسترول LDL</td>
<td>** کلسترول HDL</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۱/۶±۴/۸</td>
<td>۲۶/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید (mmHg)</td>
<td>فشار خون سیستولی (mmHg)</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۲۳/۶±۴/۸</td>
<td>۶۷/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی (mmHg)</td>
<td>آلبومین ادرار ۲۴ ساعت (mg)</td>
</tr>
<tr>
<td>۶۴/۶±۴/۸</td>
<td>۲۳/۶±۴/۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Low Density Lipoprotein
** High Density Lipoprotein

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی مورد مطالعه در بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده شده ۲ با و بدون رئینوپاتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>میانگین ± انحراف معیار</th>
<th>سن (سال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۴۶/۶±۴/۸</td>
<td>۴۷/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)</td>
<td>قند خون ناشتا (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۸/۶±۴/۸</td>
<td>۱۹۳/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>فرد دیابت (mg/dl)</td>
<td>همگلوبین گلیکوزیله (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۸/۶±۴/۸</td>
<td>۹/۵±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ۲ ساعت بعد از غذا (mg/dl)</td>
<td>کلسترول تام (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۶/۶±۴/۸</td>
<td>۲۸/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>* کلسترول LDL</td>
<td>** کلسترول HDL</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۶/۶±۴/۸</td>
<td>۲۶/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید (mmHg)</td>
<td>فشار خون سیستولی (mmHg)</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۲۳/۶±۴/۸</td>
<td>۶۷/۶±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی (mmHg)</td>
<td>آلبومین ادرار ۲۴ ساعت (mg)</td>
</tr>
<tr>
<td>۶۴/۶±۴/۸</td>
<td>۲۳/۶±۴/۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Low Density Lipoprotein
** High Density Lipoprotein

† مقایسه دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بر (P<0.05); †† مقایسه دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نیست (P>0.05); ††† مقایسه دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بر (P<0.001); ‡ تفاوت مقایسه با رئینوپاتی + انحراف معیار است.
شیوع رتینوپاتی به تفکیک عوامل خطر در جدول ۲ آورده شده است. در حضور نامیه توده بنده، آلومینیوم و پرشماری خون رتینوپاتی افزایش داشت و اختلاف در دوره با و بدون رتینوپاتی از نظر آماری معتبر نبود. شیوع رتینوپاتی با BMI رابطه معکوس داشت. بنده صورت که دیابتی و آلومینیوم ادرار ۲۴ ساعت (جدول ۴).

جدول ۲- شیوع رتینوپاتی به تفکیک عوامل خطر تحت مطالعه در بیماران دبایش نازه تشخیص داده شده نوع ۲

<table>
<thead>
<tr>
<th>بدون رتینوپاتی (۹۶ نفر)</th>
<th>رتینوپاتی (۴۶ نفر)</th>
<th>سن (سال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>درصد (تعداد)</td>
<td>درصد (تعداد)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(8)</td>
<td>(10)</td>
<td>۶۵&lt;۰۶</td>
</tr>
<tr>
<td>(9)</td>
<td>(12)</td>
<td>۴۵&lt;۶۴</td>
</tr>
<tr>
<td>(10)</td>
<td>(15)</td>
<td>۴۰&lt;۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td>(11)</td>
<td>(20)</td>
<td>۳۰&lt;۴۹</td>
</tr>
<tr>
<td>(12)</td>
<td>(23)</td>
<td>۲۰&lt;۸۰</td>
</tr>
<tr>
<td>(13)</td>
<td>(25)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(14)</td>
<td>(29)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(15)</td>
<td>(30)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳- متغیرهای مستقل تعبیه کننده رتینوپاتی بر اساس تحلیل رگرسیون لوژیستیک در بیماران دبایش نازه تشخیص داده شده نوع ۲

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>OR</th>
<th>SE</th>
<th>P</th>
<th>Wald</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد نامیه توده (BMI)</td>
<td>۱/۲۵</td>
<td>۰/۳۱</td>
<td>۰/۰۴۷</td>
<td>۱/۸۷۲</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی</td>
<td>۱/۳۴</td>
<td>۰/۰۷۵</td>
<td>۰/۰۴۴</td>
<td>۱/۸۳۲</td>
</tr>
<tr>
<td>آلومینیوم ادرار ۲۴ ساعت</td>
<td>۱/۳۸۴</td>
<td>۰/۰۳۹</td>
<td>۰/۰۳۵</td>
<td>۱/۸۵۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CI: Confidence interval OR: odds Ratio
*Mتغییرهایی که از مدل رگرسیون خارج شده‌اند (به‌دلیل اختلال بازیابی اطلاعات، فشار خون دیاستولی کل، خون ناشی و بعد از غذا) K: کسترول، LDL: LDL، HDL: HDL.
بحث

شیوع رئیوتیپ‌های دیابتی در این مطالعه و در بیماری‌های کمتری کمکساز می‌باشد. به‌طور کلی، در این مطالعه، میانگین سنی بیماران ۷۷/۵/۷۷ (۶/۰۰۰) بود. مطالعات متعدد از نظر خاص محققان حاصل شیوع همگام تا چند رئیوتیپ را در بیماران دیابتی تازه تشخیص داده ۲/۹۹ (۲/۸) مورد نهایی بر طوری که در پی مطالعه در کشور چین شیوع رئیوتیپ‌های دیابتی در بیماران دیابتی تازه تشخیص داده ۲۱/۹ (۲) مورد شده است (۱۸). در مطالعه امروزگر در تابلو انجام شده، شیوع رئیوتیپ‌های دیابتی از بیماران دیابتی زمان اشکار زیمت از همراه با افتالوموسکوپی انجام شده داستان و نتایج بیماران از نظر دایت و در میان بیماران با رئیوتیپ‌های دیابتی در میزان گلکوز ناشتا، با توجه به افزایش در میزان دیابتی نشان داده است. در این مطالعه، افراد با بیماری دیابتی با رئیوتیپ‌های دیابتی کمتری نسبت به افراد دیابتی ایده‌آل در این مطالعه، بررسی می‌شود که در بیماران دیابتی با جایگزینی مقداری از رئیوتیپ‌های دیابتی در یک چشم میکروافسکوریکولار با Cotton wool با لکه‌های ۷/۸ و ۵/۵ زمان و مدت انجام است. در این مطالعه، دیگری که شیوع رئیوتیپ‌های دیابتی در بدنه تشخیص دایت افراد با دایت ناموفق و همچنین کلیکوزیله مشاهده نشد. افزایش فشار خون در بیماران دیابتی نوع دو شایع است. در Hypertension in Diabetes Study (HDS) [۲۳] مطالعه ۳۶/۲% بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده، فشار خون بالا داشته‌اند. برخی نتایج قابل ملاحظه است. اختلافات که در شیوع رئیوتیپ‌های مشاهده می‌تواند به فاصله زمانی و جمعیت، روش بررسی و تشخیص باشد. در مطالعه ای که توسط هارس و همکاران [۲۴] انجام شده، شیوع بیماری دیابتی ۷/۲ تا ۷/۲ درصد مطالعه گردد. است.
مجله دیابت و لیپید ایران ببار 1385، دوره 5، شماره 3

میشود به‌عنوان نتیجه گیری نهایی اگر چه در این مطالعه رئیتینوپاتی دیابتی شیوع متوسطی را نشان می‌دهد ولی با توجه به عوارض و اختلالات ناشی از آن، ضروری است ضمن کنترل قند خون و عوامل خطر همراه به‌ویژه کنترل فشار خون، تمام بیماران دیابتی نیاز دارند تا در بدو تشخیص از نظر رئیتینوپاتی و آلومینسوری سوردیابانه قرار گیرند.

سپاسگزاری
نویسنده‌گان مقاله از آقای معید آیاز مسعود کامپیوتر مركز تحقیقات غدد و متابولیسم بیماری‌های همگری‌ای صمیمانه و داروهای کاهنده فشار خون قرار گرفتند. محققان این حوزه مورد احتمال کمتر از موارد واقعی آن HbA1c و افزایش محرکه‌های این مطالعه محسوب می‌کنند.


۱۰. U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS 55) Relationship Between Ethnicity and Glycemic Control, Lipid Profiles, and Blood Pressure During the First 9 Years of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2001; 24: 1167-1174.


