رئیسی‌پاتی در بیماران دیابتی نوع ۲، نازه تشخیص داده شده، شیوع و عوامل خطر

حسن صفاپی؛ مسعود امینی؛ زیلا بهروز؛ اعظم تیموری

چکیده

مقدمه: رئیسی‌پاتی یکی از عوارض دیابت بوده و شیوع آن قویاً با طول مدت دیابت و نحوه کنترل آن ارتباط دارد. با وجود این رابطه، مطالعات انجام شده، شیوع رئیسی‌پاتی دیابتی را در بیماران دیابتی عدد ۲۰۰۰ درصد گزارش نموده اند. با توجه به عوارض جنرالیز تا از عارضه فوق، این مطالعه به منظور بررسی میزان شیوع رئیسی‌پاتی بیماران دیابتی نوع ۲ و رابطه آن با سایر عوامل خطر در بیماران نازه تشخیص داده شده به انجام رسید. روش‌ها: این مطالعه در فاصله سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳ بر روی تعداد ۷۱۸ بیمار دیابتی نازه تشخیص داده شده نوع ۲ در مرکز تحقیقات غدد و منابع‌پس انفجار بیماری انجام رسید. بیمارانی که کمتر از یک سال از شروع بیماری آنها گذشته بود وارد مطالعه شدند. از بیماران ضمن معاینه بالینی و آزمایش‌های خون از نظر تندیس‌های آنتی‌ژن‌ها، هموگلوبین‌کلیکوزیلیه، جرسي‌ها، کراتینین و ادرار ۲۴ ساعتی از نظر آلبومین، میزان هموگلوبین، چشم عصبی منشأ، و نیز وجود رئیسی‌پاتی توسط متخصص چشم پزشک انجام گردید. نتایج: با بررسی مورد ورودی در ۲۸۶ نفر و ۲۲۴ نفر زن بودند. میانگین سنی و مدت ابتلا آنها به ترتیب ۴۸/۸ سال (تغییر سنی ۳۱ تا ۷۷ سال) و ۴/۵/۸/۰/۸ ماه بود که از این تعداد ۹/۸ میلیون به رئیسی‌پاتی بودند (۹/۸/۸/۰/۸ ماه و ۸/۵٪). در تجزیه و تحلیل نهایی با استفاده از رگرسیون لجستیک، نمایی توده بدنی، فشار خون نسبتاً بالای اولویت و بالای ادرار ۴/۴ ساعت به عنوان عوامل خطر تبعیض کننده رئیسی‌پاتی شناخته شدند. بحث: با وجود آنکه در این بررسی رئیسی‌پاتی از شیوع متوسط نسبت به سایر مطالعات بر خوردار بود، اما با توجه به عوارض و اختلالات ناگهانی حاصل از آن، ضروری است تا تأمین بیماران دیابتی نوع ۲ در بیماری رئیسی‌پاتی روند معاینه قرار گیرند.

واژگان کلیدی: شیوع، دیابت نوع ۲، رئیسی‌پاتی، عوامل خطر

- ۱- مرکز تحقیقات غدد و منابع‌پس انفجار، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* نشانی: اصفهان، میان جمهوری، خیابان خرم، مرکز تحقیقات دانشی صنفی طاهره، مرکز تحقیقات غدد و منابع‌پس انفجار

emrc@mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۸۲/۰۹/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۸۲/۰۹/۲۵
تاریخ مراجعه: ۱۳۸۲/۰۹/۲۵
مقدمه

رژیمی پایانی از عوارض مهم بیماری دیابت و مهم‌ترین علت نابینایی در سنین بالا زندگی است [1]. این عارضه رابطه قوی با مدت ابتلا به دیابت دارد. در مطالعه epidemiologic study III بر روی ترکیبی دیابتی در بیماران دیابتی 15/7% و در بیماران دیابتی 1 ساقه کمتر از 5 سال دیابت 28/3% و در افراد با مدت 15 سال دیابت 47/3% بوده است. با وجود ارتباط دقت مدت بیماری بر رژیمی پایانی بخصوص شیوع آن در بیماران دیابتی نازه تشخیص داده شده و این ملاحظه است و در مطالعات مختلف از این تابیتی از 30% گزارش شده است [2]. مطالعه متعدد نشان داده که عوامل خطر دیگری چون عدم کنترل دیابت، فشار خون، عادت‌های پیوسته و رفتارهای ویژه، کاهش وزن و ارتباطات مصرف غذایی در بررسی پایانی دخالت دارد [3-10]. بررسی‌های نشان می‌دهد بیمارانی که در بدتر تشخیص دیابت پایانی داشته‌اند، منجر به استفاده از داروهای دیابتی بردارند. سال‌ها بعد این اعقد در آنها بیشتر و شدت بیشتری داشته است [11-12]. این مطالعه با مشورت بیشتر شیوع رژیمی پایانی در بیماران دیابتی نازه تشخیص داده شده و ۲ اصل این عارضه انجام گردد. است. روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۷۱۰ بیمار دیابتی تازه تشخیص داده شده انجام شد و مرکز تحقيقات غدد و منابع هولوسکوپیا که روش مورد لایه‌بندی پاتولوژیک متوالی انجام شده بودند بررسی شدند. این مطالعه به مسوولیتی بررسی‌کننده کمیته تحقیق مرکز مادرزادی و از شرکت‌کننده در انجام تحقیق. بیماران پس از دقت مراجعه کننده و انتخاب شده بودند. این ۱۰۰۲ بیمار بیماری اثبات شدند که شروع بیماری آن در خاکی‌گذشته بود. تشخیص بیماری بر اساس ADA ۱ معيار های ۱ انجام آزمایش‌های خون تازه ناشتا است. تشخیص بیماری از بیماری دیابتی، زمان تشخیص بیماری، سوابق بیماری‌های قبلی استعمال

2 Union exchange chromatography
3 Mild Retinopathy
4 American diabetes association
شکیکه و یا اگزودیپ سخت، ب) رئیتینپاتی متوسط تا Cotton Wool جوانی‌های وریدی و اختلالات میکروآسکولار
داخل شکیکه انواع فوق به علت رئیتینپاتی غیر پوپیراناتیو یا زمینه‌ای در گزارش نتایج ذکر شده است، ج) رئیتینپاتی پوپیراناتیو: ب) وجود عروق جدید در شکیکه، تشکیل بافت pre-retinal یافته‌ای داخل ویبره با حالات
فیبرو، خوتونیزی داخل ویبره با حالات hemorrhage و د) رئیتینپاتی وجود ادم ماکولا و یا ماکولاپاتی ایسکمیک. ب) رئیتینپاتی که دچار کددرتن فرینه، کاتاراكت پیچیده و یا سابقه ضایعات شکیکه بودن وارد مطالعه نشدند. انتخاب گیری آلودگی ادار پر جمع آوری ادار 24 ساعت با استفاده از کیت Randox میلی گرم طبیعی. از 20 تا 30 میلی گرم میکروآلومینوزی و بیشتر از 300 میلی گرم مراکش آلومینوزی (پوپیراناتیو و اسکالر) در نظر گرفته شد. شد. میانگین آنابیوزی در ادامه تئوری زندگی با همراهی در آلاییت اداری و تهیه نمونه و وزن مخصوص بالاتر از 1.050. در صورتی که مانده اداری از
مشابه میلی گرم در ادار 24 ساعت، یک نمونه دیگر حداکثر دو ماه بعد بررسی و در صورتی که برنده انامیزی از مقدار فوق در ادار 24 ساعت، به علت فعال غیر طبیعی آلومین وزن در ادار 24 ساعت، همان چکیده که همان چکیده که یک بافت بدون کیفیت گردید. در این مطالعه نمونه از افزاد سیگاری بیماران بودند که به دلیل مفهوم دست کم یک
نخ سیگار در روز می‌کشیدند [11].
نمایش داده‌هایی که بررسی میانگین به علاوه انحراف معیار و داده‌های بی‌بیرد دانش‌پژوهی کمی
در دو گروه طبقه‌بندی، از آن بین گروه همبستگی t student و داده‌های کمی با استفاده t student
Chi-squar از آزمون مورد متقابل و بررسی قرار گرفت. تحلیل نتایج با استفاده از رگرسیون لجستیک بر تقسیم متغیرهای مستقل تعیین کننده رئیتینپاتی دیابتی انجمن گرفت. داده‌ها از طریق نمودار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و P معنی‌دار نلکی گردید.

1 Moderate to severe retinopathy
2 Venous beading
جدول 1- مشخصات بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده، نویز مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>میانگین ± انحراف میانگین</th>
<th>سن (سال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>28/3±0/8</td>
<td>مدت دیابت (ماه)</td>
</tr>
<tr>
<td>28/3±0/5</td>
<td>نمایه توده بدینی (kg/m²)</td>
</tr>
<tr>
<td>189±19/4</td>
<td>قند خون ناشتا (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>253±8/56</td>
<td>قند خون بعد از غذا (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>9/5±2/3</td>
<td>هموگلوبین گلیکوزیل (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>229/5±32/5</td>
<td>کلسترول نام (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>188/5±35/5</td>
<td>کلسترول LDL (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>18/5±8/2</td>
<td>کلسترول HDL (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>28/5±8/2</td>
<td>تری گلیسرید (mg/dl)</td>
</tr>
<tr>
<td>131±12/9</td>
<td>فشار خون میوستویل (mmHg)</td>
</tr>
<tr>
<td>77/3±13/9</td>
<td>فشار خون دیاستولی (mmHg)</td>
</tr>
<tr>
<td>31/3±12/9</td>
<td>آلبومین ادرار ۲۴ ساعت (mg)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Low Density Lipoprotein
**High Density Lipoprotein

جدول 2- مقایسه میانگین و انحراف میانگین میانگین کمی مورد مطالعه در بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده، نویز ۲ با و بدون رتینوپاتی

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>با رتینوپاتی (۲۴ نفر)</th>
<th>بدون رتینوپاتی (۱۴ نفر)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>۴۷±۹/۷</td>
<td>۴۹±۸/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدینی (کیلوگرم بر مترمربع)</td>
<td>۲۹/3±۱/۸</td>
<td>۲۹/3±۱/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون ناشتا</td>
<td>۲۲۹/۵±۳۲/۵</td>
<td>۱۸۸/۵±۳۵/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون بعد از غذا</td>
<td>۲۵۳±۸/۵۶</td>
<td>۲۵۱±۸/۵۶</td>
</tr>
<tr>
<td>هموگلوبین گلیکوزیل (درصد)</td>
<td>۹/۵±۲/۳</td>
<td>۹/۵±۲/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام</td>
<td>۲۲۸/۵±۸/۲</td>
<td>۲۴۱/۵±۸/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول LDL</td>
<td>۲۸/۵±۸/۲</td>
<td>۱۳۱±۱۲/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول HDL</td>
<td>۲۸/۵±۸/۲</td>
<td>۴۳/۵±۸/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید</td>
<td>۱۲۸/۵±۸/۲</td>
<td>۲۵۳±۱۲/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون میوستویل</td>
<td>۲۴۸/۵±۱۴/۴</td>
<td>۱۲۸/۵±۱۸/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی</td>
<td>۱۲۸/۵±۱۶/۸</td>
<td>۸۲/۵±۸/۱۴/۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Low Density Lipoprotein
**High Density Lipoprotein

† مقایسه دو گروه از نظر آماری معنی‌دار پویا (P<0.05), ‡ مقایسه دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود (P>0.05). ∗ مقایسه با نشریه دانشگاهی انتشار میانگین ± انحراف میانگین است.
شیوع رتینوپاتی به تفاوت عوامل خطر در جدول ۲ آورده شده است. در حضور نامیه توده بدنی الیافی، الیافی لیپئری و پرفشاری خون، رتینوپاتی افزایش داشت و اختلاف در دو گروه با و بدون رتینوپاتی از نظر آماری معنی‌دار بود. شیوع رتینوپاتی با BMI باید بتواند داشته باشد. به‌دین صورت که دیابتولوگی و آلبومین ادراری ۲۴ ساعته (جدول ۲).

جدول ۲- شیوع رتینوپاتی به تفاوت عوامل خطر تحت مطالعه در بیماران دیابتی که تشخیص داده شده شده نوع ۲

<table>
<thead>
<tr>
<th>بدون رتینوپاتی (۶۴۶ نفر)</th>
<th>با رتینوپاتی (۹۴ نفر)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>درصد (تعداد)</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;۴۰</td>
<td>۸/۵/۸۶ (۱۲۰)</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۰-۴۹</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۰-۵۰</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>۵۰-۶۰</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>۶۰-۷۰</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(کیلوگرم بر مترمربع) *

<table>
<thead>
<tr>
<th>هب‌گلوس (HbA1c) (درصد)</th>
<th>درصد (تعداد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt;۵</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>۵-۷</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;۷</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جنس
<table>
<thead>
<tr>
<th>مرد</th>
<th>درصد (تعداد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>آلیافی لیپئری *</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>پرفشاری خون *</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار</td>
<td>۸/۸/۲۷ (۱۸۷)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳- متغیرهای مستقل تعبیرکننده رتینوپاتی براساس تحلیل رگرسیون لجیستیک در بیماران دیابتی که تشخیص داده شده نوع ۲

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرهای هب‌گلوس (HbA1c)</th>
<th>P</th>
<th>Wald</th>
<th>SE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نامیه توده بدنی (BMI)</td>
<td>۱/۳۴</td>
<td>۱/۹۲</td>
<td>۰/۷۸</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی</td>
<td>۰/۰۴</td>
<td>۱/۰۲</td>
<td>۰/۷۸</td>
</tr>
<tr>
<td>آلیافهای الیافی لیپئری</td>
<td>۰/۰۴</td>
<td>۱/۰۲</td>
<td>۰/۷۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CI: Confidence interval OR: odds Ratio

* متغیرهای که از مدل رگرسیون خارج شده اند و انتخاب نشده‌اند. جنس، فشار خون سیستولی، فشار خون ناپاس و به‌دین از غذا، کلسترول و کلسترول LDL تری‌گلیسرید کلسترول و کراتینین.
بحث
شروع رئیسی دیابت در این مطالعه و در بیماران که کمتر بیشتری دارند، 19/8 بود مهار گروهی عامل تعیین کننده از ارتباط با برخی متغیرهای فشار خون با و برخی آنلیمپانی بود. مطالعات متعدد از نقاط مختلف جهان شروع متفاوتی از رئیسیتی را در بیماران دیابت تازه تشخیص داده 2 گزارش نموده. به طوری که در یک مطالعه در کشور چین شروع رئیسیتی در هنگام تشخیص دیابت 21/2 گزارش شده است [27] و در مطالعه دیگری که در تأثیر انجام شده، شروع رئیسیتی 28/3 بوده است [5]. به همین ترتیب شروع رئیسیتی در بیماران دیابت تازه تشخیص داده شده در کشور های هند، در مطالعه GKPDS [26] و [27]، استرالیا 20/6/7 و آمریکا 20/10/10 گزارش گردیده است [23] [25]. که با بهره گیری از این شروع رئیسیتی پیشرفتی نظر فوتورپیام همراه با افتاموسکوپی انجام داده است [30]. در ایران مطالعه [28] مدارک گزارش داده است. در ایران مطالعه دیگری که شروع رئیسیتی در را در بدو تشخیص دیابت بررسی کرده بود بسته نیامد. ولی در مقایسه با با تایبند. مطالعات انجام گرفته در مطالعات دیابتی شناخته شده اصلاح [25] که شروع رئیسیتی را 20/2، بدتر پدیده یافته است بیش از 12 سال گزارش نموده شروع رئیسیتی در مطالعه حاضر قابل ملاحظه است. اخلاصاتی که در شروع رئیسیتی مشارکته می‌تواند به عنوان نتایج اصلی و جمعیتی، روش بررسی و تشخیص باشد. در مطالعه ای که توسط هارس و همکاران [27] انجام شده، شروع بیماری دیابت 7/3 در 14 سال قبل تشخیص آن گزارش شده است.

در مطالعه دیگری که توسط نیامده بنیان گذاشته شده بود، بررسی یافته شد که ربط همبسته‌ی ریزین گزارش Cotton و میکروویسکوال از جمله رئیسیتی گزارش Cotton نموده نتایج است [35] و در مطالعه حاضر سطح ویژگیهای بررسی‌های انجام شده رابطه همبسته‌ی را با شروع عوارض میکروویسکوال و از جمله رئیسیتی گزارش Cotton موثر دانستند [35] و در مطالعه حاضر سطح

امکانات و تشخیص زودتر دیابت را مؤثر دانسته اند. در مطالعه ما در مقایسه با چین و تایبند، شروع رئیسیتی کمتر بود. در این دو مطالعه میانگین سنی بیماران بیشتر از مطالعه ما بود ولی در بررسی ما نیز شروع رئیسیتی در گروه‌های سنی بالاتر بیش از سایر گروه‌ها بود و افزاده رئیسیتی میانگین سنی بالاتر در دانستند. رابطه نمایه توده دندان و رئیسیتی در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است. در مطالعه ما، افزادگی یا BMI یا تغییر BMI در مطالعات دیگری نیز گزارش شده است. در مطالعه BMI و همکاران [28] بیماران دیابتی مبتلا به رئیسیتی کمتری نسبت به افراد فاقد این عارضه داشته اند. با توجه به شیوع بالایی در بیماران دیابتی، به نظر می‌رسد هر چه رئیسیتی با نمایه توده بدن باین، حاکی از انتخلال متابولیکی شدیدتر و نسل تری از بدن گروه. پژوهشگران به افزایش شروع رئیسیتی دیابتی در حضور کنترل ضدعفونی و دیابتیک بیماران اشاره کرده‌اند [31] [26]. در مطالعه ما نمایه‌بندی بیماران بالا و بدن رئیسیتی در میزان گلکوز ناشتا یلا، بعد از ایند و هموگلوبین گلیکوزید می‌نشاند.

افزاری فشار خون در بیماران دیابتی نوع دو شایع است. در Hypertension in Diabetes Study (HDS) مطالعه 28 بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده فشار خون بالا داشته‌اند. برخی تحقیقات بر فشار خون را عامل ایجاد رئیسیتی و مکمل‌های عفونی کردند اند [32]. در این بررسی میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولی در تحلیل یک متغیر، شروع رئیسیتی بیش از افراد بدون بدن رئیسیتی بود در تحلیل نهایی فقط فشار خون دیاستولی به عنوان متغیر ثابت در ایجاد رئیسیتی مشخص شده است.
مجله دیابت و لیپید ایران بهار 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 شناسایی‌شده حاصل از آن ضروری است ضمن کنترل خون و عوامل خطر همراه به‌وزه کنترل فشار خون، تمام بیماران دیابتی نوع 1 و 2 به‌عنوان توصیح از نظر رئیتینوپاتی و آلومینوپاتی مورد معاون‌نامه قرار گیرند.

سپاسگزاری
نویسنده‌گان مقاله از آقای محمد ایباز مسول کامیابی‌نامه تحقیقات گرایش و متاپلیسی مهربانی و همکاری صمیمانه وی در این تحقیق تشکر و قدردانی می‌نماید.


10. UK. 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.


25. اشتهیا، ع.، شیروی، ع.، اسحقی، م.، صالحی، م.، فیضی، م.، نیا، ف.، توییمی، م.، یافتمولوژی ریتینوپاتی دیابتی در بیماران دیابتی شناخته شده غیر ۵۰۰ بیمار انسولین در شهر
