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

حسن صفایی، مسعود امینی، زیلا بهروز، اعظم تیموری*

چکیده
مقدمه: رئیس‌پاتی یکی از عوارض دیابت بوده و شیوع آن قویاً با طول مدت بیماری و نحوه کنترل آن ارتقای دارد. با وجود این رابطه، مطالعات انجام شده، شیوع رئیس‌پاتی دیابتی را در بدو تشخیص بیماری بیشتر تا ۳۰ درصد گزارش نموده است. با توجه به عوارض جراح ناپذیر حاصل از عارضه فوق، این مطالعه به منظور بررسی بروز رئیس‌پاتی 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 ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ بر روی تعداد ۷۱ بیمار دیابتی نازه تشخیص داده شده نوع ۲ در مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان به انجام رسید. بیمارانی که کمتر از یک سال از شروع بیماری از آن گذشتند، بودند وارد مطالعه شدند. از بیماران ضمن معاینه بالینی و آزمایش‌های خون از نظر تندیخندا ناشی، هموگلوبین‌گلیکوزیزه، جریس‌ها، عروق، کراتینین و ادرار ۲۴ ساعت در نظر گرفته شدند. از نظر الگویی، معاینه جسمی از نظر وجود رئیس‌پاتی توسط متخصص چشم پزشک انجام گردید.

یافته‌ها: از بیماران مورد بررسی، تعداد ۲۸۶ نفر مشترک و ۲۴۲ نفر زن بودند. میانگین سنی و مدت ابتلا آنها به ترتیب ۴۸±۸ و ۲۸/۸ سال (بانوان سنی ۳۱ تا ۷۷ سال) و ۲۸/۵ ماه بود که از این تعداد ۹٪ متلاشی به رئیس‌پاتی بودند (۹٪ مربوط و ۸/۵٪) زنان، در تجزیه و تحلیل نهایی با استفاده از رگرسیون لوجستیک، ثابت بود شد که در نوبت بالاتری، فشار خون دیابتولی و آلودگی ادرار واروم معاینه بوده به رئیس‌پاتی تشخیص داده شده. نتایج‌ها: به عوامل خطر و عوامل مایع در نازه رئیس‌پاتی جدی، شیوع دیابت بوده، رئیس‌پاتی، عوامل خطر

واژگان کلیدی: شیوع، دیابت، رئیس‌پاتی، عوامل خطر

۱- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* نشانی: اصفهان. میانی‌جهرمی. خیابان خرم، مرکز تحقیقات درمانی صدیقه طاهری، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم تلفن: emrc@mui.ac.ir.

تاریخ دریافت: ۸/۳/۲۰۱۱
تاریخ پذیرش: ۹/۱/۲۰۱۱
مقامه رئیسپاتی از عوارض مهم بیماری دیابت و مهم‌ترین علت ناپیچتی در سیستم خون‌درد این [1] این عارضه رابطه Washington epidemiology study III نشان داده که 58% تغییر در بیماری بنابراین یک درصد از موارد تغییر در بیماری راتورهای این بیماری ریتیپاتی و 5ص ردیابی و مطالعه مسکن و روز و میانگین بیماری دیابت در طول مدت (BMI) معلوم می‌شود. به همین ترتیب، رویکرد‌هایی که رعایت می‌کنند مثل کنترل وزن کاهش وزن (کیلوگرم) بر میزان شایعه وارد مطالعه شدند. وزن و شایعه گرفتن در مورد این افزایش وزن از تغییرات BMI (95% شایعه) می‌باشد. جهت ارزیابی وضعیت جنای نیاز به بدنی 24/9 کیلوگرم بر متر مربع بدنی بین 20 و 25، اضافه وزن و بارور بیشتر از 30 بعنوان چالی در نظر گرفته شد [12] فشار خون بیماران در وضعیت نشسته از باروی روزی استفاده 15 دفته تست به منظور از مطالعات مختلف استفاده شده است [13]. استفاده شده درجه 2 (فسار خون سیستولی مربوط به 140 میلی‌متر از 90 میلی‌متر خون) جایگزینی با دیابت‌سکوپه مانند خون تحت فشار درمان با دو هوا یا پیوند خون به فشار خون درمان با دو هوا. به علت مشاهده فشار خون تحت فشار درمان با دو هوا، بیماران از نظر فشار خون ناشتا و بعد از غذا هم کلیوینی می‌باشند. در این مطالعه به مورد بررسی شیوع سالهای بعد این عارضه در آنها بیشتر و شدت بیشتر داشته است [12] این مطالعه به منظور بررسی شیوع ویتامین E، می‌باشد. به همین‌طور در مورد بیماران تازه تنش خون و ناشتا خون با روش گلکوز دیابت در کلسترول نام و تری گلیسرید و HDL آزمون و انجام گرفت. آنزیم‌هایی کلسترول با استفاده از فرمول فیزیولوژی مسکن‌گردن [15] اندیکاسیون دارای کلسترولی های (HbA1c) (پارامتران گلوکوزیون یا با روش DSS کمترین تغییرات تغییرات با استفاده از دستگاه مربوط می‌باشد. همچنین بیماران توسط مختصر حس شکست از نظر خون و رئینوپاتی تازه از کشش میزان مورد و تحت سنجش. بیماران نیز از نظر چربی و چربی و از شرکت کننده کمیته تحقیقات می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش نام‌شده به همین‌طور در مورد بیماران تازه جهت شناسایی بیماری افراد مبتلا به DKA می‌باشد. این آزمایش N1 2 Union exchange chromatography Mild Retinopathy American diabetes association
شکیه و یا اګزودات سخت، ب) رینیوپاتی متوسط نا
شده 2: وجود یافته های فوق همره با لههای wool، جوونه های وریدی و اختلالات میکروسکوپیک
داخل شکیه. انواع فوق همره رینیوپاتی غیر پروپتازی
یا زیمنی در گزارش نتایج ذکر نموده است. ج) رینیوپاتی
پروپتازی: وجود عروق جدید در شکیه. نشان دهنده
پرفرو هنتریزی داخل ویره با حالت Retinal hemorrhage
اماکولوپاتی حاصل از ادم مکولا و یا macloupoliates.
ماکولوپاتی که دچار کدروت قریب، کاتاراکت بیشترها و یا سابقه ضایعات شکیه بودن وارد
مطالعه نشده. ادامهکاری آنری ادرار با جمع آوری
ادار 24 ساعت، با دستگاه اتوماتورز و ابتداده از کیت
انجام شد. آئین ادرار 24 ساعت کمتر
Randox میلی گرم طبیعی، از 20 تا 30 میلی گرم میکروآموروری
و بیشتر در 300 میلی گرم ماکروآموروری (بروپتازی)
از آنکه در نظر گرفته شد. [16]. در صورتی نموده ادرار
نظر آموروری برسی می شد که ویدره از عفونت و
همچون دیگر آنلاین ادرار وجود نداشت و وزن مخصوص
پالدار از 1050 بود. در صورت وجود مکولا ادرار
میلی گرم در ادرا 24 ساعته، یک نمونه دیگر جداکی دو ماه
بعد بررسی و در صورت بایتن آنری ادرار فوری
در ادرا 24 ساعت، یک نمونه دیگر غیر طبیعی آمورور
منظر می شد. نحوه سیگار کشیدن با توجه به دستور
عمل های تعریف گردید. در این مطالعه نمودی از
افراد سیگاری بیماری ادرار بودن به تطور منظم دست کم یک
نیک سیگار در روز مشابه [سیگاری روزانه 17] 1،
نامیس داده هایی کم برایتیون فیکس باعث افزاح
معاب و داده هایی که به صورت درصد بیان شد. متغیرهای کمی
در دو گروه توسط آزمون مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.
تحلیل نهایی با استفاده از رگرسیون لوگیستیک بیک تبعین
متغیرهای مستقل تعیین کننده رینیوپاتی دیابتی انجام گرفت.
داده از طریق نمودار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار
گرفتند و P معنی دار ثلثی گردید.

1 Moderate to sever retinopathy
2 Venouus beading
جدول ۱- مشخصات بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده ۲ مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>میانگین ± احراز معیار</th>
<th>سن (سال)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مدت دیابت (ماه)</td>
<td>۶/۷±۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدنی (kg/m²)</td>
<td>۲۸/۸±۸/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>فند خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>۱۸/۹±۹/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>فند خون ۲ ساعت بعد از غذا (mg/dl)</td>
<td>۲۵/۳±۹/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>هموگلوبین گلیکوزیل‌های (درصد)</td>
<td>۹/۵±۴/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسولون نام (mg/dl)</td>
<td>۲۲/۹±۳/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسولون LDL (mg/dl)</td>
<td>۱۸/۸±۳/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسولون HDL (mg/dl)</td>
<td>۱۲/۴±۱/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید (mmHg)</td>
<td>۲۲/۴±۳/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولی (mmHg)</td>
<td>۱۲/۳±۶/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی (mmHg)</td>
<td>۸۹/۲±۱۲/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>آلومین ادرار ۲۴ ساعت (mg)</td>
<td>۳۳/۲±۱/۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Low Density Lipoprotein
**High Density Lipoprotein

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای کی مورد مطالعه در بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده شده ۲ یا و بدون رتینوپاتی

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>بدون رتینوپاتی</th>
<th>با رتینوپاتی (۴۴ نفر)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>۴۷/۸±۹/۸</td>
<td>۴۷/۸±۹/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>نمایه توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)</td>
<td>۲۸/۸±۸/۵</td>
<td>۲۸/۸±۸/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>فند خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>۱۹/۵±۴/۳</td>
<td>۱۹/۵±۴/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>فند خون ۲ ساعت بعد از غذا (mg/dl)</td>
<td>۹/۵±۲/۳</td>
<td>۹/۵±۲/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>هموگلوبین گلیکوزیل‌های (درصد)</td>
<td>۲۲/۸±۳/۵</td>
<td>۲۲/۸±۳/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسولون نام (mg/dl)</td>
<td>۱۸/۸±۳/۵</td>
<td>۱۸/۸±۳/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسولون LDL (mg/dl)</td>
<td>۴۳/۲±۸/۲</td>
<td>۴۳/۲±۸/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسولون HDL (mg/dl)</td>
<td>۲۱/۵±۴/۸</td>
<td>۲۱/۵±۴/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید (mmHg)</td>
<td>۲۸/۸±۸/۵</td>
<td>۲۸/۸±۸/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولی (mmHg)</td>
<td>۱۲/۳±۶/۹</td>
<td>۱۲/۳±۶/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی (mmHg)</td>
<td>۸۹/۲±۱۲/۴</td>
<td>۸۹/۲±۱۲/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>آلومین ادرار ۲۴ ساعت (mg)</td>
<td>۳۳/۲±۱/۷</td>
<td>۳۳/۲±۱/۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Low Density Lipoprotein
**High Density Lipoprotein

† مقایسه دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود (P<0.۰۵)
‡ مقایسه دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود (P>0.۰۵)
§ مقادیر ±، نشانگر میانگین ± انحراف معیار است.
شیوع رتینوپاتی به تفکیک عوامل خطر در جدول ۲ آورده شده است. در حضور نمایه توده بدنی پایین، آلپامونت و پرفشاری خون رتینوپاتی افزایش داشت و اختلاف در دوره بندی و بدون رتینوپاتی از نظر آماری معنی‌دار بود. شیوع رتینوپاتی با BMI رابطه معکوس داشت. بدین صورت که دیابتولی و آلپامونت ۲۴ ساعته (جدول ۳).

جدول ۳- شیوع رتینوپاتی به تفکیک عوامل خطر تحت مطالعه در بیماران دیابتی کازه تشخیص داده شده نوع ۲

<table>
<thead>
<tr>
<th>بدون رتینوپاتی (۴۶ نفر) با رتینوپاتی (۶۴ نفر)</th>
<th>درصد (تعداد)</th>
<th>تعداد (نام)</th>
</tr>
</thead>
</table>
| سن (سال) | <40 | 40%
| 40-49 | 40%
| 50-59 | 50%
| >60 | 60% |
| (کیلوگرم بر مترمربع) * | <25 | 25%
| 25-30 | 30%
| >30 | 30% |
| (درصد) HbA1c | >7 | 11%
| 6.9 | 11%
| <6.9 | 11% |
| جنس | مرد | 56%
| زن | 44% |
| آلپامونت | * | 96%
| پرفشاری خون | * | 96%
| مصرف نیتریتر | |

جدول ۴- متغیرهای مستقل تعبیه‌کننده رتینوپاتی براساس تحلیل رگرسیون لجیستیک در بیماران دیابتی کازه تشخیص داده شده نوع ۲

<table>
<thead>
<tr>
<th>ضریب شانه</th>
<th>P</th>
<th>Wald</th>
<th>SE</th>
<th>OR</th>
<th>OR: odds Ratio</th>
<th>(BMI)</th>
<th>نمایه توده بدنی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولی</td>
<td>2.32</td>
<td>0.0004</td>
<td>10.52</td>
<td>0.0277</td>
<td>2.32</td>
<td>0.004</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>آلپامونت</td>
<td>0.58</td>
<td>0.0006</td>
<td>11.32</td>
<td>0.021</td>
<td>0.58</td>
<td>0.0006</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Cl: Confidence interval OR: odds Ratio

* متغیرهایی که در مدل رگرسیون خارج شده، اندک‌تر از آنها، فشار خون سیستولی، فشار توده بدنی و آلپامونت وارون کلسترول و کلسترول chol-HDL و LDL تری کلسترول.
بحث

شیوع رتیپوتاین دیابتی در این مطالعه و در بیماران که کمتر بود، 9% بود. میزان این افزایش روند زیادی کننده در این بود. نتایج مطالعه است افزایش بسیار قابل توجهی در ضعف خون در بیماران دیابتی نشان داده شد. نتایج مطالعه در این حوزه، شیوع رتیپوتاین همبورگر بود. در این مطالعه، شیوع رتیپوتاین دیابتی در بیماران دیابتی نتایج مناسبی از زبان و روند افزایش بسیار قابل توجهی در ضعف خون در بیماران، دیابتی و بهبود بیماران دیابتی در این حوزه، شیوع رتیپوتاین همبورگر بود.

مطالعه‌ای از رتیپوتاین دیابتی در بیماران دیابتی نتایج مناسبی از زبان و روند افزایش بسیار قابل توجهی در ضعف خون در بیماران، دیابتی و بهبود بیماران دیابتی در این حوزه، شیوع رتیپوتاین همبورگر بود.

مطالعه‌ای از رتیپوتاین دیابتی در بیماران دیابتی نتایج مناسبی از زبان و روند افزایش بسیار قابل توجهی در ضعف خون در بیماران، دیابتی و بهبود بیماران دیابتی در این حوزه، شیوع رتیپوتاین همبورگر بود. در این مطالعه، شیوع رتیپوتاین دیابتی در بیماران دیابتی نتایج مناسبی از زبان و روند افزایش بسیار قابل توجهی در ضعف خون در بیماران، دیابتی و بهبود بیماران دیابتی در این حوزه، شیوع رتیپوتاین همبورگر بود.
می‌شود به‌عنوان نتیجه گیری نهایی اگر چه در این مطالعه رنیوپاتی دیابتی شیوع متوسطی را نشان می‌دهد ولی با توجه به عوارض و اختلالات شناخته‌شده حاصل از آن ضروری است ضمن کتنل‌‌کنید خون و عوامل خطر همراه با نزول کتنل‌‌کنیر خون، تمام بیماران دیابتی نیاز به در نظر گرفتن تغییرات در آلودگی رنین‌آور و آلومینور هستند معاون‌مانه قرار گیرند.

سپاسگزاری
نویسنده‌گان مقاله از آقای معیج‌آیان مسئول ماموریت تحقیقات عمدی و متناسبی با حکم‌های صمیمانه وی در این تحقیق تشریک و قدردانی می‌نماید.

10. 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.


25. أشرى، عزير، ح. اميتي، م. صالح، و. م. افتشن، تا ف. توييم، م. ايديمودولوزي، رتينو باتي ديباتي در بيماران ديباتي ناشته شده غير وليست به اسپولین در شهر


