فصل نامه داخلی انجمن
دیابت گابریک
شماره ۴ - بهار ۸۹ - ۸ صفحه رایگان - شمارگان ۴۰/۰۰۰ نسخه - ویژه اعضاء / جامعه پزشکی

سرمقاله

دیابت و کلیه

دکتر فرزاد حدائق

دوستان عزیز

با سلام

پس از شنیدن واژه بیماری قند یا دیابت یکی از مهمترین نگرانی‌ها و دغدغه‌های اصلی برای فرد و بستگان وی بروز مشکلات کلیوی است. البته این نگرانی دور از واقعیت نیست وقتی بدانیم شایعترین دلیل نارسایی کلیوی بیماری دیابت می‌باشد. اما نکته‌ای که توجه به آن بسیار ضروری می‌باشد آن است که هم در دیابت نوع ۱ و هم در دیابت نوع ۲ تشخیص به موقع و کنترل دقیق و جدی دیابت قادر به پیشگیری از بروز مشکلات کلیوی است. با این وجود، متأسفانه هنوز هم کم نیستند افرادی که پس از آشکار شدن تظاهرات نارسایی کلیوی پی به ابتلا به دیابت خود می‌برند. هموطنان عزیز در جهت پیشگیری و تشخیص زودرس مشکلات کلیوی در بیماری دیابت رعایت چند اصل ضروری است:

اول، انجام آزمایشات دوره‌ای قند خون و حتی اهمیت دادن به سطوح قند پیش دیابت (قند ناشتای بین ۱۰۰ تا ۱۲۵ دسی لیتر/میلی گرم)

دوم، پایش دقیق و منظم کنترل دیابت با انجام آزمون‌های دوره‌ای هموگلوبین گلوکوزیله (HbA1c) و حفظ آن در سطوح کمتر از ۷٪

سوم، باید توجه کرد که تشخیص مراحل اولیه نفروپاتی دیابتی هیچگونه تظاهر بالینی ندارد و تشخیص آن بر اساس بررسی دفع آلبومین ادراری است که روش انجام آن و تشخیص این عارضه توسط پزشکان عزیز به شما گفته می‌شود.

چهارم، همچنانکه همیشه گفته شده‌است و دوستان گابریکی هم تأکید می‌کنند کنترل دیابت به مفهوم تنها کنترل قند خون نیست، لذا کنترل دقیق فشار خون و حفظ آن در سطوح کمتر از ۱۳۰/۸۵میلی‌متر جیوه (و یا حتی کمتر از آن بسته به نظر پزشکان معالج) در جهت پیشگیری از نارسایی کلیوی و یا حتی برگردان مراحل اولیه نفروپاتی دیابتی الزامی است.

پنجم، رژیم غذایی به شکل متعادل و تحت نظر متخصص تغذیه

ششم ، قطع کامل مصرف سیگار و محدودیت مصرف نمک

هفتم، مصرف منظم داروهای توصیه شده

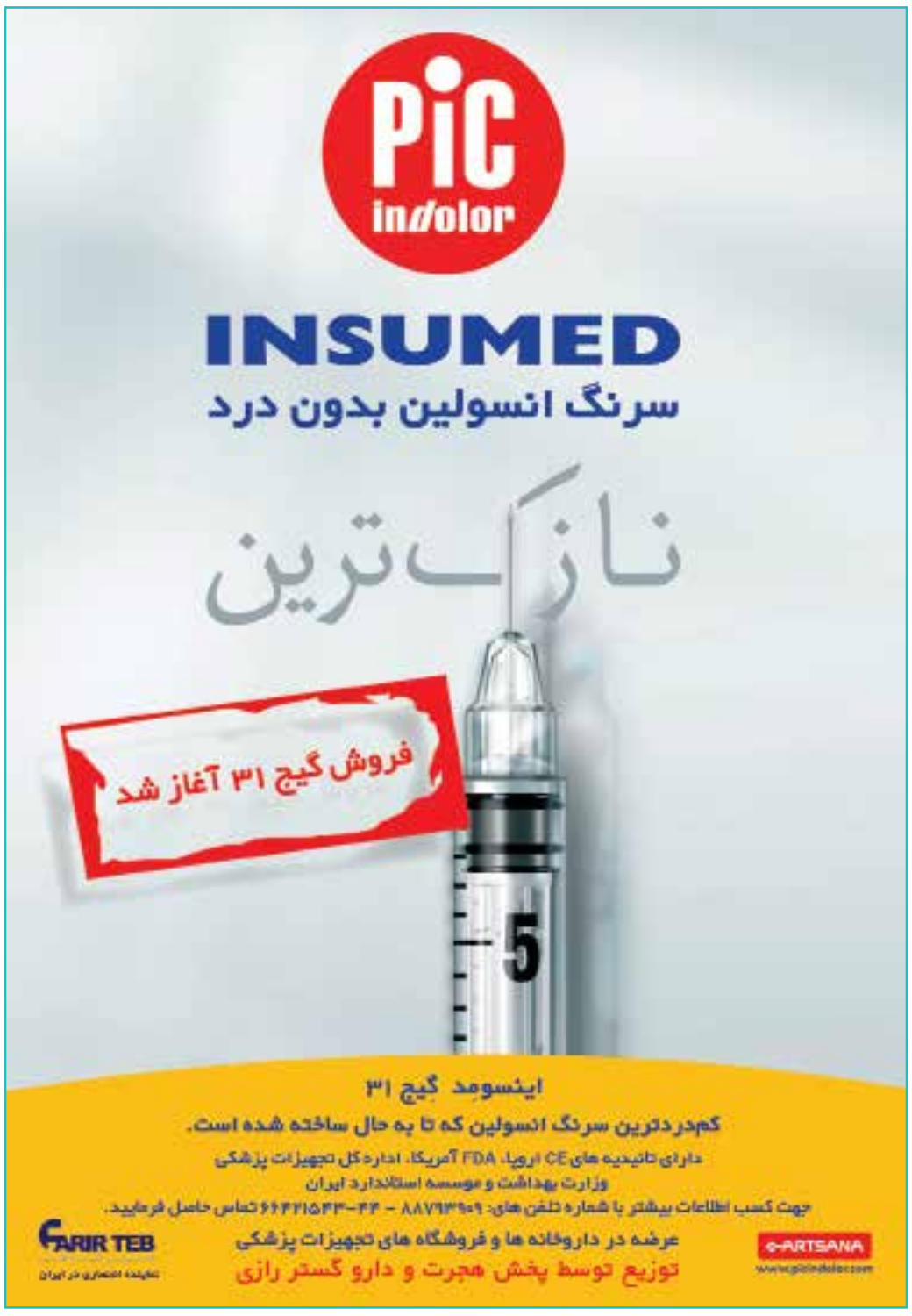
هشتم، از آنجائیکه بروز عوارض کلیوی ناشی از دیابت با عوارض چشمی و قلبی عروقی ممکن است همراه گردد در صورت بروز نفروپاتی دیابتی با راهنمایی پزشک معالج بررسی بر روی سایر ارگانها نیز صورت گیرد.

دیابت و کلیه

کاریکاتوریست:شاهد اسدی

گابریک
انجمن اطلاع رسانی دیابت

نفروپاتی دیابتی، علل، پیشگیری و درمان ۲
سوالات رایج پزشکی ۲
دیابت و عفونت های ادراری ۲
کمبود ویتامین D و نفروپاتی دیابتی ۳
اثرات مفید مصرف سویا بر عملکرد کلیوی بیماران مبتلا به دیابت ۳
سوالات رایج تغذیه ۳
آشنایی با خانواده گابریک ٤
اخبار داخلی انجمن ٤
برگزیدگان گابریک ٥
نامه یکی از برندگان مسابقه شماره۲ ٥
از زبان مدیریت ٥
درمان های دارویی در نفروپاتی دیابتی ٦
ورزش و عوارض دیابت ٦
هموگلوبین A1C ٦
نیازهای تغذیه ای در نفروپاتی دیابتی ۷
تیامین در پیشگیری از عوارض دیابت ۷
قهوه و تعادل مایعات در بدن ۷
آخرین خبرها ۸
فرهنگ لغت دیابتی ۸



سوالات رایج پزشکی

دکتر رعنا ادواری

دیابت با کلیه ها چه می کند ؟

در دیابت ، عروق خونی کوچک آسیب می بینند. وقتی عروق خونی کلیه ها آسیب می بینند ، کلیه های شما نمی توانند خونتان را به خوبی تصفیه کنند. در نتیجه بیشتر از آنچه که باید، اب و نمک در بدنتان جمع می شود و باعث افزایش وزن و تورم قوزک پا می شود . ممکن است پروتئین در ادرارتان ظاهر شود .

دیابت همچنین ممکن است به سیستم عصبی بدنتان آسیب برساند . این امر می تواند باعث اشکال در تخلیه مثانه بشود . فشار حاصل از پر بودن مثانه می تواند به کلیه ها پس زده و به آنها آسیب برساند . همچنین ، اگر ادرار به مدت طولانی در مثانه بماند می تواند باعث ایجاد عفونت بشود چون باکتری ها در ادراری که حاوی مقدار زیادی قند است ، به سرعت رشد می کنند .

علائم بیماری کلیه در بیماران دیابتی کدامند؟

* دفع آلبومین / پروتئین در ادرار
* بالا رفتن فشار خون
* تورم قوزک و ساق پاها ، گرفتگی عضلات ساق پا
* نیاز به دفع ادرار در طول شب
* بالا رفتن اوره و کراتی نین خون
* کاهش نیاز به انسولین یا داروهای خوراکی ضد دیابت
* ضعف و بی حالی صبحگاهی ، تهوع و استفراغ
* رنگ پریدگی و کم خونی
* خارش

اگر هیچ یک از علائم وجود نداشته باشد، پزشک شما سعی خواهد کرد تا کار کلیه هایتان را حتی الامکان حفظ کند . استفاده از داروهای ضد فشار خون که مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین هستند (مثل کاپتوپریل ، انالاپریل)، به آهسته کردن سیر نارسایی کلیه کمک می کنند .

نفروپاتی دیابتی، علل، پیشگیری و درمان

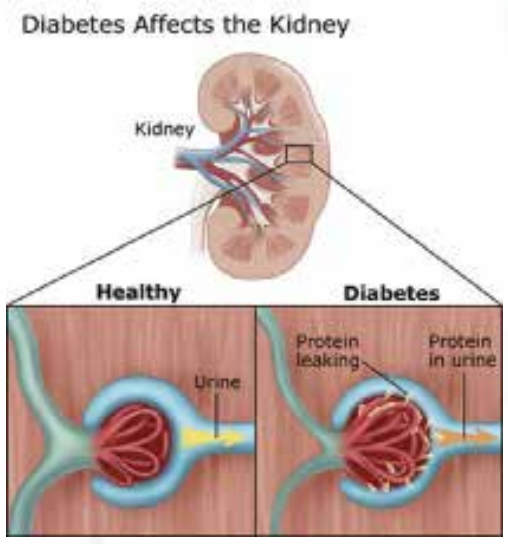
دکتر نرگس تهرانیان

هر کلیه، از صدها هزار واحد کاری به نام نفرون تشکیل شده است و هر نفرون، دارای شبکه مویرگی ظریفی به نام گلومرول می باشد. نفرون ها به همراه شبکه مویرگی خود نقش اساسی دردفع مواد زاید و تصفیه خون دارند. دربیماری دیابت، قند خون بالا سبب می شود کلیه هاخون بیشتری را تصفیه کنند و پرکارتر شوند. این فشار کاری مداوم باعث شروع ضایعه کلیوی در فرد دیابتی می شود. گلومرول ها خیلی آرام وتدریجی آسیب دیده و شروع به نشت مقادیر کم پروتئین (آلبومین) می کنند و در نتیجه مقادیرکم آلبومین در ادرار دیده می شود.

در این مرحله، میزان دفع آلبومین ۳۰ تا۳۰۰ میلی گرم در روزمی باشد و مرحله ی میکرو آلبومینوری نامیده میشود. در واقع از این مرحله به بعد، آسیب کلیوی ناشی از دیابت را نفروپاتی دیابتی می گویند. نفروپاتی دیابتی دراین مرحله قابل برگشت است ولی در صورت عدم توجه و درمان به موقع کلیه ها وارد مرحله آلبومینوری آشکار یاماکرو آلبومینوری می شوند که میزان دفع آلبومین، بیش از ۳۰۰ میلی گرم در روز می باشد و دراین مرحله آسیب کلیوی غیرقابل برگشت است.

عدم انجام اقدامات درمانی وحمایتی ونادیده گرفتن این مرحله، باعث ضایعه کلیوی مرحله آخر و از بین رفتن کلیه ها شده ودر نهایت منجر به دیالیز و پیوند کلیه می شود. علت اصلی نفروپاتی کلیوی مشخص نیست ولی اعتقاد بر این است که افزایش قند خون(هیپرگلیسمی) که ویژگی بارز متابولیسم غیرطبیعی در دیابت می باشد منجر به تخریب کلیه ها می شود.

مطالعات جدید باجزییات بیشتری نشان داده که هیپرگلیسمی (افزایش قند خون) و فشار خون بالا شرایط خاصی را به وجود می آورند که در نهایت منجر به تشکیل عروق جدید و غیر طبیعی درشبکه ی گلومرولی می شود. این حالت که درشکل گیری مراحل اولیه ی نفروپاتی دیابتی نقش مهمی دارد، ممکن است شبیه همان مکانیسمی باشد که درضایعات چشمی دیابت (رتینوپاتی) رخ می دهد. عوامل ژنتیکی نیز در بروز نفروپاتی نقش دارند. به طور کلی ۳۰ در صد از دیابتی ها، درنهایت دچار نفروپاتی می شوند و در شرایط وجود سابقه خانوادگی بیماری های کلیوی یا



۳۰ در صد از دیابتی ها، درنهایت دچار نفروپاتی می شوند و در شرایط وجود سابقه خانوادگی بیماری های کلیوی یا فشار خون، قند خون کنترل نشده، فشار خون کنترل نشده، مصرف سیگار، شروع دیابت نوع یک قبل از ۲۰ سالگی، وجود همزمان عوارض دیگر دیابت به خصوص رتینوپاتی بیشتر در معرض خطر این بیماری هستند.

فشار خون، قند خون کنترل نشده، فشار خون کنترل نشده، مصرف سیگار، شروع دیابت نوع یک قبل از ۲۰ سالگی، وجود همزمان عوارض دیگر دیابت به خصوص رتینوپاتی بیشتر در معرض خطر این بیماری هستند.

ضایعه کلیوی شدید در دیابت نوع یک شایع تر است ولی از آن جا که ۹۰ درصد افراد دیابتی، مبتلا به دیابت نوع دو هستند می توان گفت که شایع ترین علت نفروپاتی دیابتی، دیابت نوع دو است.

علائم ونشانه ها:

مراحل اولیه نفروپاتی علامت خاصی ندارد. با گذشت زمان، وقتی بخش وسیعی از کلیه ها تخریب شد، علایم دیررس ظاهر می شوند که شامل: ادرارکف آلود ناشی از وجود پروتئین در ادرار، پرادراری، بیخوابی، احساس ضعف وخستگی، رنگ پریدگی، کوتاه شدن نفس، خارش، سردرد، حالت تهوع، استفراغ، کاهش اشتها ، ورم پاها، ورم چشم ها که معمولا صبح ها دیده می شود وبه طور کلی اِدِم(تجمع آب در بدن) که ممکن است منجر به افزایش وزن هم بشود وفشار خون که اغلب با نفروپاتی تشدید می شود یا کنترل آن مشکل می شود.

تست های آزمایشگاهی:

علامت اصلی نفروپاتی دیابتی وجود پروتئین درادرار است. ۵ تا۱۰سال قبل ازآنکه سایرعلائم نفروپاتی ظاهرشود، مقادیر کم پروتئین در ادرار قابل اندازه گیری است. اگر پزشک احتمال نفروپاتی بدهد درخواست آزمایش میکروآلبومین می کند ویک تست مثبت به معنی این است که حداقل درجاتی ازآسیب کلیوی ناشی از دیابت وجود دارد. تستهایی که معمولادرخواست می شوند شامل آزمایش پروتئین ۲۴ساعته ادرار جهت بررسی میکروآلبومینوری که برای تایید تشخیص باید دو بار درفاصله زمانی چند هفته تست مثبت شود، اندازه گیری سطح سرمی اوره خون، فسفر خون، کلسیم بیکربنات، هورمون پاراتیروئید، هموگلوبین وهماتوکریت می باشند. گاهی اوقات برای تشخیص قطعی ممکن است بیوپسی کلیه لازم شود.

پیشگیری و درمان:

اقدامات زیر از نکات مهم درجهت پیشگیری از نفروپاتی دیابتی می باشد:

۱) پیشگیری از دیابت نوع دو و تشخیص زودرس دیابت. چراکه آگاهی نداشتن تعداد قا بل توجهی از بیماران، مشکل را دوچندان می کند. افراد چاق، دارای فشار خون و چربی خون بالاو سابقه فامیلی دیابت باید توجه ویژه ای داشته باشند.

۲) تشخیص زودهنگام بیماری کلیوی باانجام معاینات سالیانه وتست های خون و ادرار به شرح زیر:

* دردیابت نوع یک پس از گذشت ۵ سال ازتشخیص دیابت و در نوع دو، از همان ابتدای تشخیص، باید هرسال میزان آلبومین ادرار وسطح سرمی کراتینین اندازه گیری شود.

ادامه در صفحه بعد

دیابت و عفونت های ادراری

دکتر شیرین بخشی

شیوع عفونت‌های ادراری در خانم‌های دیابتی بیشتر از زنان غیردیابتی است. ضمنا اگر قند خون افراد دیابتی کنترل نشده باشد، علاوه بر افزایش شیوع، شدت عفونت ادراری نیز بیشتر می‌شود.

نکته بعدی اینکه افراد دیابتی نسبت به غیردیابتی‌ها، بیشتر به عفونت‌های ادراری بدون علامت مبتلا می‌شوند، یعنی با اینکه آزمایش کشت ادرارشان مثبت شده (نشان می دهد عفونت دارند)، ولی خود شخص علامت‌هایی مثل سوزش ادرار، تکرر ادرار، تب و درد در ناحیه پایین شکم ندارد.

علاوه بر عفونت‌های ادراری، دومین مشکلی که در دیابتی‌ها ایجاد می‌شود، مختل شدن کار سیستم عصبی خودکار مثانه است. این سیستم، مثانه و مجاری ادراری را عصب می‌دهد و در حس پُر شدن مثانه و تخلیه ادرار نقش دارد. وقتی این سیستم مهم مختل شود، فرد با اینکه مثانه‌اش پُر است، اما احساس ادرار کمتری می‌کند و دیرتر مثانه را تخلیه می کند.

به مرور زمان تخلیه مثانه هم دچار مشکل می‌شود، چون عضلات مثانه به خوبی نمی‌توانند منقبض شوند و حتی پس از تخلیه ادرار نیز، ادرار زیادی در مثانه باقی می‌ماند، ولی فرد دیابتی آن را حس نمی‌کند.

این حالت دو مشکل پدید می‌آورد، اول افزایش عفونت ادراری و دوم پدید آمدن حالت بی‌اختیاری ادرار است، چون مثانه پُر شده و ادرار به صورت سرریز نشت می‌کند.

مشکلاتی که مطرح شد، به مرور باعث اختلال در شدت دفع ادرار می‌شود، یعنی ادرار دیگر جریان عادی نخواهد داشت و قطره قطره می‌آید.

عفونت های دستگاه ادراری در اثر میکروارگانیسم های بیماریزا در مجاری ادراری ایجاد می شود، که مجاری ادراری شامل: کلیه ها، حالبها، مثانه، پیشابراه هستند. همه این قسمتها و یا فقط قسمتی از مجاری ادراری می تواند عفونی شود. عفونت درمان نشده می تواند به خون منتشر شود و باعث عفونت خون می شود.

عفونت ادراری چگونه اتفاق می افتد:

بطور طبیعی مجرای ادراری عاری از هر باکتری است. باکتریهایی که باعث این عفونت می شوند اغلب ازرکتوم و یا واژن به پیشابراه و سپس به کلیه یا مثانه منتشر می شوند. بیشتر بودن این اختلالات درخانم ها به علت کوتاه بودن پیشابراه است که به باکتریها این اجازه را می دهد که به آسانی به سمت بالا حرکت کنند و همینطور بعضی اوقات باکتریها از قسمت های دیگر بدن به دستگاه ادراری منتشر می گردند.

علائم :

۱- سوزش ادرار و تکرر ادرار
۲- تغییر رنگ ادرار به صورت کدر یا خونی شدن ادرار
۳- تب و لرز و تهوع و استفراغ
۴- کاهش و توقف رشد در کودکان.
۵- درد پهلوها
۶- اشکال در ادرار کردن و احتباس ادراری

بی توجهی به عفونت های ادراری چه پیامدهایی به دنبال دارد؟

اهمیت عفونت های ادراری در آن است که اگر دیر تشخیص داده شوند یا بد درمان شوند، عوارضی در بیمار ایجاد می کنند که در بعضی مواقع منجر به از کار افتادن کلیه ها می شوند، به طوری که تعداد زیادی از بیماران همودیالیزی ثانویه در نتیجهٔ عفونت به این روز افتاده اند. البته عفونت های ادراری سطحی و بدون تب آسیب جدیٍ به کلیه ها نمی رسانند، ولی عفونت های عمقی مخصوصاً به همراه بیماری های زمینه ای دیگر مانند سنگ، انسداد مادرزادی در مسیر ادراری، مثانه عصبی، و برگشت ادرار از مثانه به کلیه ها قادر به تخریب کلیه ها و نارسایی کامل آنها هستند.

انواع عفونت های ادراری :

عفونت های ادراری به دو دسته عفونت های سطحی و عمقی تقسیم می شوند. عفونت های سطحی پوشش سطحی داخل سیستم ادراری یا مخاط را درگیر می کنند و بیش از ۹۰٪ عفونت های دستگاه را شامل می شوند. در حالی که عفونت های عمقی درگیری بافت های عمقی کلیه ها، پروستات و بیضه را باعث می شوند. در عفونت های عمقی، بیماران معمولاً تب شدید و حال عمومی بدی دارند.

راههای پیشگیری از عفونت:

شما می توانید از عفونت پیشگری کنید با :

- کنترل دقیق قند خون
- نوشیدن کافی آب وسایر آشامیدنی ها
- دفع ادرار پس از احساس دفع
- تمیز کردن ناحیه پرینه با حرکات از جلو به عقب، پس از هر بار اجابت مزاج
- عدم استفاده از لوازم آرایشی محرک در ناحیه واژینال
- دفع فوری ادرار پس از مقاربت جنسی
- تخلیه کامل مثانه در هنگام ادرار کردن

نفروپاتی دیابتی، علل...

ادامه از صفحه قبل

* در کودکان وقتی به سن ده سالگی رسیدند و پنج سال نیز از ابتلایشان گذشت باید هر سال آزمایش جهت بررسی میکروآلبومینوری انجام شود.

۳) کنترل قندخون: بیشترین تاثیر کنترل قند خون زمانی است که میزان آلبومین ادرار طبیعی یا اندک است. در این حالت کنترل دقیق قند خون می تواند بروز مشکلات کلیوی را به تاخیر اندازد یا سبب متوقف شدن پیشرفت یا حتی بهبود آن شود.

۴) کنترل فشار خون

۵) رسیدن به وزن ایده آل، ورزش وفعالیت فیزیکی مناسب و منظم و قطع سیگار سبب پیشگیری، به تاخیر انداختن وکند کردن ضایعه کلیوی می شود.

۶-درمان دارویی مختلف بر اساس صلاحدید پزشک: (تجویز گروه دارویی مهارکننده ها ی رسپتورآنژیو تانسین دو، نظیر والسارتان و لوزارتان و گروه داروئی مهارکننده ها ی آنزیم مبدل انژیوتانسین، نظیر کاپتو پریل وانالاپریل)

۷-اجتناب ازمصرف بعضی داروها و ترکیبات خاص:

* افرادی که بیماری کلیوی دارند باید تا حد امکان از رادیوگرافی با مواد حاجب اجتناب ورزند چون این مواد توسط کلیه ها دفع میشوند و میتوانند باعث بدتر شدن وضعیت کلیه ها شوند. حتما در مورد بیماری کلیوی باید به پزشک اطلاع داده شود تا در صورت عدم امکان استفاده از سایر روشهای تصویر برداری ، از چند ساعت قبل از رادیوگرافی با مواد حاجب، مایعات وریدی برای بیمارتجویز شود.

* هیچگاه بدون تجویز پزشک دارو مصرف نشود و اگر به هر علتی نیاز به جراحی یا داروی خاصی باشد مشکل کلیوی باید دقیقا بیان شود. مسکن هایی نظیر بروفن ، ناپروکسن یا سلبرکس و آنتی بیوتیک هایی نظیر جنتامایسین ، ممکن است باعث آسیب رساندن به کلیه های حساس شوند.

۸- عفونتهای کلیوی و ادراری که شایع هم هستند باید با تجویز آنتی بیوتیک به نحو مناسبی درمان شوند تا از آسیب بیشتر به کلیه ها ویا تسریع ضایعه کلیوی پیشگیری شود.

۹- در مرحله انتهایی بیماری کلیوی ممکن است نیاز به دیالیز و یا پیوند کلیه باشد، یک انتخاب دیگر در دیابت نوع یک می تواند پیوند توام کلیه و پانکراس باشد.

اثرات مفید مصرف سویا بر عملکرد کلیوی بیماران مبتلا به دیابت

فاطمه سادات امیری

سویا اثرات مفید زیادی بر عملکرد کلیوی دارد. بیماریهای مزمن کلیوی در حال افزایش می باشند و حدوداً ۴۰ درصد از مواردی که به مراحل انتهایی مشکل کلیوی رسیده اند، مرتبط با دیابت بوده اند. مشکلاتی که در بیماری کلیوی ناشی از دیابت (نفروپاتی دیابتی) مشاهده می شوند عبارتند از:

- افزایش فیلتراسیون گلومرولی
- میکرو آلبومینوری (دفع مقادیر کم آلبومین در ادرار که به تدریج افزایش می یابد)
- کاهش تصفیه کراتی نین (نوعی ماده دفعی در ادرار)

بالا بودن قند خون پیشرفت نفروپاتی را سرعت می بخشد و فشار خون بالا هم این روند را تشدید می کند. چاقی، که در بیش از ۷۵ درصد افراد مبتلا به دیابت نوع دو مشاهده می شود، مرتبط است با افزایش جریان خون کلیوی، بزرگ شدن گلومرول (بخشی از واحد عملکردی کلیه) و افزایش فیلتراسیون گلومرولی؛ فاکتورهایی که روند بیماری کلیوی را در فرد دیابتی تشدید می کنند. به علاوه بالا بودن کلسترول و تری گلیسرید سرم ممکن است آغازگر و تشدید کننده آسیب گلومرولی باشد.

در این بین تحقیقات نشان داده اند که در افراد سالم مصرف پروتئین سویا به جای پروتئین حیوانی جریان خون کلیوی و میزان فیلتراسیون گلومرولی را کاهش می دهد. در افراد دیابتی مبتلا به نفروپاتی جایگزین کردن پروتئین حیوانی با پروتئین سویا عملکرد کلیه ها را ارتقاء و بهبود می بخشد و دفع پروتئین (پروتئینوری) را کاهش می دهد. به عبارت دیگر پروتئین سویا علاوه بر کاهش خطر ایجاد نفروپاتی، با کاهش پروتئینوری، پیشرفت آن را نیز به تأخیر می اندازد. در «فرضیه پروتئین سویا» محققین عنوان کرده اند که مصرف پروتئین سویا به جای بخشی از پروتئین حیوانی در افراد دیابتی موجب حفاظت در برابر نفروپاتی ناشی از دیابت می شود. محصولات پروتئین سویا اجزاء زیر را برای ما مهیا می کنند:

- اسیدهای آمینه خاص (واحدهای سازنده ساختمان پروتئین)
- پپتیدها (حاوی ۲۰-۴ اسید آمینه)
- ایزوفلاونوئیدها

در افراد دیابتی مبتلا به بیماری کلیوی جایگزین کردن بخشی از پروتئین حیوانی با پروتئین سویا عملکرد کلیه ها را بهبود می بخشد و دفع پروتئین را کاهش می دهد.

به نظر می رسد که هر یک از اجزاء نامبرده، اثرات منحصر به فردی روی عملکرد کلیوی دارند. اسیدهای آمینه پروتئین سویا ممکن است جریان خون کلیوی و میزان فیلتراسیون گلومرولی را تحت تأثیر قرار دهند. پپتیدهای سویا تأثیر مهمی روی عملکرد عروقی، فشار خون و چربی خون دارند. بنابراین پپتیدهای سویا ممکن است از طرق مختلف روی عملکرد کلیوی اثر بگذارند و احتمالا فعالترین اجزاء در مجموعه سویا باشند. هر چند، ایزوفلاونوئیدهای سویا نیز طیف وسیعی از فعالیتها دارند که ممکن است به پپتیدهای سویا کمک کنند تا اثرات سودمند خود را بر عملکرد کلیوی اعمال کنند.

از اثرات دیگر سویا می توان اشاره داشت به: کاهش میزان کلسترول تام، ال.دی.ال کلسترول (LDL-C)، تری گلیسرید و افزایش میزان اچ.دی.ال کلسترول (HDL-C). همچنین مطالعات نشان داده اند دریافت پروتئین سویا، حساسیت به انسولین را در دیابت نوع دو افزایش می هد. به علت وجود این شواهد احتمالی و ثابت شده برای افراد دیابتی، مصرف ۱۰ گرم پروتئین سویا دو بار در روز پیشنهاد می شود.

سوالات رایج

نازلی سید خویی

آیا در نفروپاتی، بدن به ویتامین ها و مواد معدنی اضافی نیاز دارد؟

پیش از هرچیز ذکر این نکته ضرورت دارد که فرد دیابتی بویژه با مشکل نارسایی کلیوی باید به مشاور تغذیه مراجعه کند تا رژیم غذایی مناسب برای او تنظیم شود. اما در پاسخ به این پرسش باید گفت بلی نیاز برخی ویتامین ها و مواد معدنی در نفروپاتی افزایش می یابد. بدلیل تاثیر فاکتورهای اورمیک بر عملکرد فولات و پیریدوکسین(B۶) نیاز بدن به این دو ویتامین افزایش می یابد.

مکمل کلسیم و ویتامین D (به فرم فعال،کلسی تریول) برای پیشگیری از بیماری های استخوانی تجویز می شوند. کمبود سطح آنتی اکسیدان ویتامینE ممکن است آسیب کلیه را تشدید کند. بنابراین مکمل ویتامینE برای خنثی کردن ترکیبات اکسیدان توصیه می شود. همچنین با بروز کم خونی بدلیل کاهش توانایی کلیه در سنتز اریتروپویتین علاوه بر تجویز آن چنانچه شاخص های آهن ذخیره بدن (درصد اشباع ترانسفرین یا فریتین) نیز کم باشند تجویز مکمل آهن ترجیحاً خوراکی نیاز است.

به دلیل نارسایی کلیوی، پزشک برای من محدودیت مایعات تعیین کرده است، چگونه می توانم تشنگی خود را کنترل کنم؟

۱. پرهیز از غذاهای حاوی نمک

۲. شستشوی دهان با آب، اما آب را فرو نبرید.

۳. استفاده از آب نبات های سفت با طعم ترش، جویدن آدامس که موجب ترشح بزاق می شوند.

۴. افزودن آبلیمو به آب نیز ترشح بزاق را تحریک می کند. نوشیدن مایعات حاوی مقادیر کم پتاسیم، سدیم و پروتئین مانند آب سیب مجاز است.

۵. مقداری از مایعات دریافتی روزانه را به صورت یخ مصرف کنید زیرا مدت زمان بیشتری در دهان باقی می ماند.

کمبود ویتامین دی و نفروپاتی دیابتی

طیبه دهقانی

چه دیابتی باشید یا نه، دچار عوارض دیابت شده باشید یا نه، باید به فکر دریافت ویتامین دی خود از طریق آفتاب و رژیم غذایی باشید

در ابتدا بیایید با ویتامین D یا همان ویتامین آفتاب، بیشتر آشنایی پیدا کنیم تا در ادامه به تاثیرات آن بر عوارض کلیوی دیابت بپردازیم. همان طور که می دانیم، مواجهه معتدل با آفتاب برای ساخت ویتامین D با استفاده از پرتو فرابنفش و کلسترول موجود در پوست معمولا برای بیشتر افراد کفایت می کند و لازم نیست که حتما از طریق رژیم غذایی تامین شود. البته میزان نفوذ پرتو فرابنفش به مقدار ملانین پوست، نوع پوشش، سد شدن راه پرتوهای موثر به واسطه ی وجود شیشه ی پنجره و استفاده از کرم های ضد آفتاب بستگی دارد.

از نظر تغذیه نیز، ویتامینD به طور طبیعی در غذاهای جانوری وجود دارد و غنی ترین منبع آن روغن کبد ماهی است؛ همچنین این ویتامین به مقادیر اندک و بسیار متغیر در کره، خامه، زرده تخم مرغ و جگر وجود دارد. شیر انسان و شیر غنی نشده گاو، منابع چندان خوبی برای این ویتامین نیستند. لازم است بدانیم، ویتامین D بسیار پایدار است و با حرارت دادن و نگهداری غذاها برای مدت طولانی، تخریب نمی شود.

با این وجود، تخمین زده می شود که یک میلیارد نفر در جهان از کمبود یا عـدم کفایت ویتامین D رنج می بـرند. از آن جا که یکی از عواملی که می تـواند موجب گستردگی نفروپاتی دیابتی گردد، ویتامین D می باشـد و علاوه بر آن، کلیه یکی از اندام هایی است که در فعال سازی ویتامین D برای بدن، نقش مهمی ایفا می نماید، به بررسی ارتباط بین میزان ویتامین D موجود در بدن افراد دیابتی که دچار عوارض کلیوی شده اند پرداخته ایم.

بر اساس مطالعه ای که در همین زمینه، روی تعداد ۱۲۱۶ فرد مبتلا به دیابت صورت گرفته است، نشان داده شد که حدود ۳۰٪ آنان به نفروپاتی دچار شده بودند که از میان آن ها، ۴۹٪ کمبود ویتامین D داشتند و ۲۸٪ نیز ویتامین D بدنشان پایین تر از حد کفایت بود. در حقیقت بیشتر افرادی که نفروپاتی داشتند، کمبود ویتامین D هم داشتند، در حالی که در مورد افرادی که نفروپاتی نداشتند، این تعداد کمتر بود.

طبق مطالعه انجام شده، این مسئله که، کمبود ویتامین D، خطر ابتلا به نفروپاتی را افزایش می دهد، یا نفروپاتی احتمال کمبود ویتامین D را بیشتر می کند، تعیین نشد. اما در تحقیقات پیشین، نظریه ی ارائه شده حاکی از آن بود که این دو مسئله می توانند به طور همزمان اتفاق بیافتند. در هر صورت تحقیقات بیشتر همچنان ادامه دارد.

از طرف دیگر، مشخص شد که مقدار مناسب ویتامین D بدن، با کاهش مقاومت به انسولین و کم شدن فشار خون ارتباط دارد. اهمیت این مسئله از آن جا بیشتر می شود که بدانیم، مقاومت به انسولین و فشار خون به طور بالقوه، دو مورد از عوامل خطر بروز و نیز وخیم شدن نفروپاتی می باشند که البته می توان آن ها را اصلاح نمود.

بنا براین پیشنهاد همیشگی ما این است که با آموزش و افزایش آگاهی و تلاش، کنترل دیابت خود را بهتر از قبل کنیم تا از بروز عوارض پیشگیری نموده و در این راه به سایر عوامل موثر مانند ویتامین D نیز توجه نماییم.

اخبار داخلی

مهرین نظری

بازدید نماینده ی فدراسیون جهانی دیابت از گابریک

آقای دکتر امیرکامران نیکو سخن یکی از اعضای هیأت مدیره ی فدراسیون جهانی دیابت و مدیر منطقه ی خاور میانه و شمال افریقا و مدیرعامل انجمن دیابت ایران روز یکشنبه دوم اسفندماه ۱۳۸۸ به همراه خانم مریم رجب، کارشناس تغذیه انجمن دیابت ایراناز بخش های مختلف انجمن دیابت گابریک بازدید نمود. در طی این بازدید و گفتگویی که با ایشان داشتیم ضمن تشریح عمده فعالیت های فدراسیون جهانی دیابت فعالیت های انجمن دیابت گابریک و آموزش را در راستای اهداف فدراسیون دانستند.

علاقه مندان می توانند متن کامل گفتگوی آقای دکتر نیکوسخن با انجمن دیابت گابریک را در سایت انجمن دیابت گابریک به آدرس www.gabric.ir مشاهده نما یند.

برگزاری گردهمایی روزی شیرین برای تلخی قند

همایش بزرگ همیاران و حامیان گابریک با نام « روزی شیرین برای تلخی قند» روز جمعه هفتم اسفند ماه در سالن همایش معلم با حضور گرم همیاران و حامیان گابریک برگزار شد. در این همایش ضمن قدردانی از زحمات همیاران، حامیان گابریک و معرفی بخش ها و فعالیت های مختلف گابریک دو لبه ی دیابت نشان داده شد که شامل زندگی افراد دیابتی موفق در مستند سایه روشن و همچنین دیابتی هایی که به علت عدم آگاهی دچار عارضه شده بودند با فیلم کوتاه قند تلخ بود. جهت اطلاع بیشتر در مورد گردهمایی می توانید به سایت انجمن مراجعه نمایید.

برگزاری کلاس های آموزشی در بوشهر

انجمن دیابت گابریک در راستای اطلاع رسانی و آموزش کنترل دیابت اقدام به برگزاری کلاسها در سطح کشور نموده است. اولین دوره این کلاس ها در شرکت نفت بوشهر برگزار شد که در یک دوره ی دو روزه کلاس های آموزشی تغذیه و پزشکی در ۲۸و ۲۹ بهمن در سالن همایش های درمانگاه مرکز بهداشت صنعت نفت بوشهر برگزار شد که طی آن ۵۰ دیابتی آموزش دیدند. مدرسین این دوره خانم دکتر ترمه نوروزی مدرس پزشکی و خانم فاطمه السادات امیری مدرس تغذیه بودند.

همچنین آقای کیامهر کیخان زاده از تیم روابط عمومی مسوول برگزاری این دوره بود. شهرستان ها، ادارات و شرکت های علاقه مند به برگزاری کلاس های آموزشی و پیشگیری از دیابت می توانند با شماره تلفن ۸۲۴۳۳ واحد روابط عمومی تماس حاصل نمایند.

دوره آموزشی مقدماتی گابریک در بیمارستان بوعلی برگزار شد

انجمن دیابت گابریک اولین دوره کلاس های مقدماتی خارج از گابریک را در بیمارستان بوعلی تهران برگزار کرد. این کلاس در روز ۱۴بهمن ماه با حضور ۳۴ دیابتی در سالن کنفرانس بیمارستان بوعلی برگزار شد. مدرس این کلاس خانم زهرا فرهناک کارشناس ارشد تغذیه بود و خانم ها هاجر رحیمی و فاطمه غفاری از تیم روابط عمومی مسوول برگزاری این دوره بودند. بیمارستان های علاقه مند جهت برگزاری کلاس های مقدماتی با شماره تلفن ۸۲۴۳۳ واحد روابط عمومی تماس حاصل نمایند.

روز جیغ و جهش برای گابریکی ها

روز جیغ و جهش برای کارکنان گابریک روز پنجشنبه

۸ بهمن ماه ۱۳۸۸ در بوستان گفتگو برگزار شد. طی این برنامه همه ی پرسنل گابریک با هم ورزش کردند و مثل همیشه بعد از تست قند خون و تزریق انسولین در کنار یکدیگر ناهار خوردند. بعد از ناهار نیز بازی های فکری- آموزشی برگزار شد.کمتر پیش می آید که پرسنل اداره ای همچنین برنامه ی تفریحی- آموزشی داشته باشند، اما گابریک یک انجمن متفاوت است، چون ما گابریکی فکر می کنیم...

همایش آشنایی با سلول های بنیادی در درمان کلاس آخرین روش های درمان دیابت در گابریک برگزار شد

دکتر محمد رضا میربلوکی، دکترای تخصصی علوم پایه جراحی وپژوهشگر دانشگاه کالیفرنیا و اروین روز شنبه

۱۸اردیبهشت در انجمن دیابت گابریک حضور داشت.

در این برنامه ی آموزشی کلیه پرسنل و نیروهای داوطلب طی یک جلسه کلاس آموزشی با جدیدترین روش های درمان دیابت و تحقیقات انجام شده آشنا شدند.

سپس دکتر میربلوکی از بخش های مختلف گابریک بازدید نموده و در مورد گابریک گفت: « گابریک را بسیار بهتر از آنچه که فکر می کردم دیدم».

علاقه مندان می توانند برای دیدن متن کامل مصاحبه با ایشان به سایت انجمن مراجعه نمایند.

بازدید مدیر روابط عمومی انجمن تضامین اجتماعی عراق از گابریک

آقای حسین عبدالرزاق مدیر روابط عمومی انجمن تضامین اجتماعی عراق به همراه آقای مظفر مترجم خود روز چهارشنبه ۲۵ فروردین از انجمن دیابت گابریک بازدید کرد. این بازدید جهت فراهم کردن زمینه همکاری موسسه تضامین اجتماعی با گابریک صورت گرفت. در عراق بیش از دو هزار دیابتی نوع ۱ تنها زیر پوشش این موسسه است و با هر انفجار ۵ یا ۶ کودک بر اثر استرس ناشی از انفجار

دیابتی می شوند. این دیابتی ها با کمبود دارو و انسولین در عراق مواجه هستند و موسسه تضامین اجتماعی در تلاش است تا با شناسایی آسیب ها و بیماری ها بخش عمده ای از مشکلات آن ها را حل کند. آقای عبدالرزاق کار گابریک را عالی ارزیابی کرد و همکاری با گابریک را افتخاری برای موسسه خود دانست.

شرکت گابریک در جلسه آموزشی انجمن بانوان بازنشسته آموزش و پرورش

خانم هاجر رحیمی سرپرست روابط عمومی انجمن

دیابت گابریک روز چهارشنبه ۲۵ فروردین در جلسه آموزشی انجمن بانوان بازنشسته آموزش و پرورش تهران شرکت کرد. این جلسه آموزشی در سالن اجتماعات انجمن بانوان بازنشسته با حضور۶۰ بانوی بازنشسته آموزش و پرورش برگزار شد. در شروع این جلسه ابتدا مبحث ورزش و سلامتی مطرح شد بعد خانم رحیمی در این جلسه صحبتی در مورد بیماری دیابت و اطلاع از ابتلاء به آن داشت. در ادامه سرکار خانم الهی قمشه ای در جلسه سخنرانی کرد.و پس از آن حضار جلسه راهی ورزش همگانی شدند.گابریک از طریق خانم کیافر سفیر محترم با این انجمن آشنا شد. روی یکی از دیوارهای سالن این جمله به چشم می خورد: در بدترین روزها امیدوار باش زیرا که زیباترین باران ها از سیاه ترین ابرهاست!

هفته سلامت با انجمن دیابت گابریک

هفته سلامت از چهارشنبه ۱۸فروردین تا سه شنبه۲۴

فروردین در ورودی اصلی پارک ملت با حضور اکثر سازمان های مردم نهاد و مرتبط با سلامت برگزار شد.

انجمن دیابت گابریک در این هفته در غرفه ی گابریک میزبان دیابتی ها و غیر دیابتی ها بود و خدماتی از قبیل مشاوره های کنترل قند و پیشگیری از دیابت نوع۲ را به مراجعین ارائه داد.همچنین معرفی گابریک و همکاری با دیگر سازمان های مردم نهاد نیز در این مدت صورت گرفت.

قدردانی

جناب آقای **دکتر بهروز کافی** از زحمات بی دریغ و صادقانه تان در برگزاری پربار کلاس های «روابط عمومی» و «هفت روش مردمان موثر» صمیمانه سپاسگزاریم.

خانواده گابریک

تبریک

دوستان عزیز؛ سرکار خانم **فاطمه غفاری** و جناب آقای **محمد حاجی آقامیر** صمیمانه ترین پیام تبریک ما را جهت شروع زندگی مشترکتان پذیرا باشید.

خانواده گابریک

آشنایی با خانواده گابریک

یکی از افراد مسوول، با پشتکار و باهوش در گابریک خانم فاطمه غفاری است که در واحد روابط عمومی مشغول به کار است. در ادامه گفتگویی با او داریم برای معرفی هر چه بیشتر یکی از اعضای مهم خانواده گابریک.

● **چطور با گابریک آشنا شدید؟**

قندهایم بسیار بالا بود و پزشکم عقیده داشت که باید در بیمارستان بستری شوم و من مقاومت می کردم، او مرا به گابریک معرفی کرد در اولین جلسه ی دوره متوسطه بود که یکی از همکاران فعلی ام از واحد آموزش به من پیشنهاد کار کردن در گابریک را داد و من مشغول به کار شدم.

● **برای کار کردن در گابریک چه انگیزه ای دارید؟**

من معتقدم که هر اندازه که دیگران را شاد کنیم به همان اندازه شاد می شویم و این امر با کمک کردن به دیابتی ها به خصوص دیابتی های نوع ۱ تا حدی محقق می شود. من دوست دارم این اطلاع رسانی و فرهنگ سازی ها در مورد دیابت، کنترل و پیشگیری از آن در سراسر ایران انجام گیرد

در دنیا هیچ بن بستی نیست. یا راهی خواهم یافت یا راهی خواهم ساخت.

نه تنها در یک منطقه یا برای قشری خاص.

● **مسوولیت های شما در واحد روابط عمومی بسیار زیاد است آیا در حین کار خسته می شوید؟**

در واحد روابط عمومی، کارهایی از قبیل طراحی پوسترها و بروشورهای آموزشی، به روز رسانی سایت انجمن، اجرای کمپین های مختلف، برقراری ارتباط با مراکز پزشکی، شرکت و برگزاری همایش های مختلف، ایجاد ارتباط با رسانه ها و مطبوعات و... انجام می گردد که تنوع کاری زیاد باعث خستگی می شود اما من همیشه سعی می کنم به هدفم فکر کنم تا خستگی؛ چرا که بسیاری از آرزوها را می توانیم با نشان دادن توانمندی خویش به آسانی به دست آوریم.

● **با توجه به اینکه موضوع فصلنامه عوارض کلیوی است چه صحبتی در مورد موضوع فصلنامه دارید؟**

همانطور که می دانید یکی از عوارض بلند مدت دیابت عوارض کلیوی است که به علت عدم کنترل قند خون (بالا بودن قند به مدت طولانی) و فشار خون بالا ایجاد می شود. کنترل قند خون کار بسیار سختی نیست که با آموزش میسر می شود و ما در گابریک می کوشیم تا هیچ کس به علت نا آگاهی دچار عوارض نشود.

یک خاطره از گابریک بگویید:

از نگاه پرمهر پیرتر ها تا لبخند گرم کودکان که سرشار از رضایتمندی از گابریک خارج می شوند برایم خاطره است اما به یاد ماندنی ترین آنها برایم آشنایی با همسرم جناب آقای محمد حاجی آقامیر است.

یک جمله گابریکی:

در دنیا هیچ بن بستی نیست. یا راهی خواهم یافت یا راهی خواهم ساخت.

برگزیدگان گابریک

مهرین نظری

در این شماره هم مطابق شماره های قبل، به معرفی گابریکی های واقعی می پردازیم. معیارهای انتخاب این افراد در این شماره عبارتند از:

مردمی بودن، توانا بودن، پرتلاش بودن.

خانم صحتی و دخترش سحر

سفیر نمونه

بیشتر سفیران زحمات بسیاری برای گابریک می کشند، این بار هم با قرعه کشی یکی از آن ها را انتخاب کردیم که زحمات بسیاری کشیده است: سرکار خانم صحتی و دخترش سحر! سحر مدرسه می رود، با این حال در بین سفیران فعال است و مادرش با وجود مسوولیت هایی که دارد، اما بسیار زحمت می کشد. از آن ها می پرسم: فکر میکنید چطور سفیر نمونه شدید؟ سحر بسیار قاطعانه جواب می دهد((گابریک تاثیر خوبی رویم گذاشت فکر نمی کردم بتوان با وجود دیابت این همه شاد بود دوست دارم بچه های دیگر دیابتی را با گابریک آشنا کنم تا از دیابتی شدنشان غصه نخورند و دیابت را شروع زندگی جدیدی بدانند، کارهای گابریک متنوع است و اطلاع رسانی به مردم در مورد بیماری ام از طریق نصب پوستر و پخش آفیش ها انگیزه ام است. همچنین سعی می کنم این انگیزه را در افراد دیابتی ایجاد کنم مثلا یکی از کارکنان مدرسه مان دیابتی است من خودم قند او را اندازه می گیرم تا اورا برای کنترل قندش تشویق کنم.))

در پایان با لبخندی می گوید: احساس می کنم دیابتی شدن شروع تازه ای بود و گابریک خانه دوم من است!

خانم مهین پیرایش

پرتلاش ترین

گابریک در ماه های اخیر موفقیت های بسیاری کسب کرده است و در این موفقیت ها همه اعضا سهیم بودند، عجیب نیست که این بار او پر تلاش ترین گابریکی شد، پا به پای جوان تر ها و گاهی بیشتر در تلاش است و از چاشنی تجربه نیز استفاده می کند.

خانم مهین پیرایش سرپرست واحد مددکاری! مدیر عامل وقتی اسامی برگزیدگان را می نوشت، روی برد برایم یادداشت گذاشت: ((بابت روحیه ای پرتلاش و پرانرژی و امیدی مثال زدنی!)) لبخند از روی لبانش محو نمی شود با آن همه کار که باید تمامش کند از او می پرسم: فکر می کنید دلیل این پر تلاش بودنتان چیست؟ همچنان با لبخند می گوید: ((چون من امید دارم به اینکه امروز روز موفقیت من است و همیشه با خدا مشورت می کنم و هدفم برایم مقدس است. من عاشق شادی هستم که پس از رنج کار کردن ایجاد می شود و هرگز احساس خستگی نمی کنم. امسال همایش خیرین بود و پسرم هم عازم بود که برای همیشه از ایران برود و همکارم نیز در مرخصی بود این همه مسوولیت داشتم و در شبانه روز ۵ ساعت بیشتر نمی خوابیدم اما به لطف خدا از عهده همه کارها بر آمدم چرا که به مشورت با خدا ایمان داشتم))

در پایان هم سفیر و خیر نمونه را به قید قرعه انتخاب نمودیم. در گابریک آنقدر افراد پر مشغله و با مسئوولیت بودند که برای انتخاب مجبور شدیم قرعه کشی کنیم. من هم برگه به دستم گرفتم و دنبال برگزیدگان رفتم تا ببینم چطور نظر مدیریت را به کار خود جلب کرده اند.

آقای کیامهر کیخان زاده

تواناترین

این بار بنا به خصوصیات فردی خاص جزء عناوین قرار گرفت. فردی که با وجود سن کمش مسئولیت های سنگین و زیادی دارد. از حرکت دادن اجسام سنگین و عوض کردن کارتریج پرینتر تا بستن قراردادهای مهم! آقای کیامهر کیخان زاده از تیم روابط عمومی؛ از او می پرسم: فکر می کنید چرا تواناترین هستید؟

می گوید: « فکر می کنم علتش این است که من همه نوع کاری را انجام می دهم و دوست دارم از همه چیز سر در بیاورم. اگر در گابریک مشکلی پیش بیاید که راه حلی نداشته باشد با استفاده از توانایی هایم و تحلیل مشکل برایش راه حل پیدا می کنم حالا هر نوع کاری که باشد. »

یک خاطره از توانمندیتان تعریف کنید:

« ب‌رای برگزاری گردهمایی خیرین بسیاری از کارها را انجام می دادم مذاکره و ایده برای طراحی کلیپ ها، بار زدن وانت بار برای حمل وسایل، طراحی اسلاید، ریختن چای برای مجری، هماهنگی برنامه زمانی با مسئول سمعی بصری و سرو کله زدن با کوچولوهای دیابتی، همین که از پس این کارها با هم بر آمدم برایم خاطره مهم و به یاد ماندنی است.»

آقای محمد عالی پور

خیر نمونه

همه خیرین با اهداف والایشان به گابریک کمک می کنند. این بار در قرعه کشی اسم آقای محمد عالی پور به عنوان همیار گابریک به ما قوت قلب داد:

- پرسیدم: چه انگیزه ای از کمک کردن به گابریک دارید؟

« صمیمیتی که در گابریک است همان انگیزه من است و اینکه همه اعضا و پرسنل مثل خودم دیابتی هستند برایم جالب است و انگیزه ای است برای خدمت به آن ها چه موسسان و چه کارکنان.»

در پایان جمله گابریکی می گوید که همه را تحت تأثیر قرار می دهد:

در حالی که قند تلخ است اما محیط گابریک شیرین، دلچسب و امیدوار کننده است.

خانم پری سیما مظاهری

مردمی ترین

یکی از گابریکی هایی که این بار با نظر مدیریت به خاطر برداشتن گام های بزرگ و نو به عنوان مردمی ترین انتخاب شد خانم پری سیما مظاهری از تیم مددکاری است. هنگامی که با او حرف می زنی حس آرامشی در صدایش موج می زند. از او می پرسم:فکر می کنید چرا شما را به عنوان مردمی ترین انتخاب کرده اند؟ با آرامشی خاص می گوید: خداوند در قرآن می فرماید: ((هنگام آسان زیستن به یاد من باش و مرا بخوان تا هنگام سختی پاسخت دهم.)) فکر می کنم این یک لطف است که خداوند به بنده هایش دارد تا بتوانند برای هم باشند و تنها زندگی را در لحظات خوب و خوش سیر کردن ندانند بلکه کمی هم به فکر درد های دیگران باشند حتی اگر نمی توانند همه آن ها را از میان بردارند گوشه ای از این دردها را درک کنند.

زمانی که دخترم در ۱۵ سالگی دیابتی شد و نتوانست با دیابت کنار بیاید من نیز روحیه ام را باخته بودم و آشنایی با گابریک برایمان امیدی تازه بود و همین انگیزه ایست برای تلاش در گابریک! از این همه مردمی بودن چه خاطره ای دارید؟ تمام روزهایم در گابریک خاطره است اما یکی زیباترین آن ها برگزاری همایش خیرین امسال بود، چرا که در آن واقعا شور و شوق و همکاری بچه ها چنان موج می زد که حتی غریبه ها هم وارد مشارکت شدند من معتقدم که ما در مقابل دیابت موفق می شویم چرا که خدا با ماست!

نامه یکی از برندگان مسابقه شماره ۲

محیط گابریک صمیمی و پویاست

دیروز جواب آزمایش هموگلوبین ای-وان-سی خود را گرفتم و مثل دانش آموزی که کارنامه پر از ۲۰ خود را دریافت کرده، با دیدن عدد ۵/۸ فریادی در آزمایشگاه کشیدم! خیلی خیلی خوشحال بودم و این را مدیون زحمات و مهربانی های شما می دانم.

فروردین ماه سال گذشته بود که دیابتی شدم، قندهایم بالا بود، پزشکان هنوز بین درمان من با قرص یا انسولین تفاهم نداشتند، چیز زیادی از دیابت نمی دانستم، قندهای ۴۰۰ باعث شد تا از شغلم استعفا دهم. تا اینکه در بیمارستان دی پوستر گابریک را دیدم و تماس گرفتم و در کلاس ها شرکت کردم.

گابریک از نظر من چند مزیت عمده دارد: کارکنان گابریک خود دیابتی هستند و من از اینکه بیماری خود را اظهار کنم خجالت نمی کشیدم و حتی با همراهی مسوولین آنجا احساس راحتی کردم و خود را تنها ندیدم، محیط گابریک صمیمی و پویاست به خصوص مدرسین که بسیار آرام و متین و دوستانه برخورد می کنند و با آرامش به سوالات ما جواب می دهند، کلاس های گابریک مرحله به مرحله است و همین باعث می شود که مطالب مثل یک رودخانه ی آرام ته نشین شود و در ذهن بماند، در گابریک مطالب مهم و اصول اولیه ضروری برای بیمار تدریس می شود و مطالب غیر ضروری عنوان نمی شود.

حالا پس از گذشت ۱۰ ماه پرفراز و نشیب از دیابتم با جواب آزمایشی که دیروز گرفتم باید بگویم اکنون با کمک شما گابریکی ها در اوج هستم، دیابت سر هر سفره غذایم یک ظرف سبزیجات برایم به ارمغان آورده، ورزش جزء کارهای روزانه ام شده است، تمام مباحث تغذیه و سلامت را از تلویزیون، رادیو، روزنامه ها و... پیگیری میکنم، بسیار شاد و سلامت هستم و شادی را به همسر و فرزندم هم هدیه می کنم و برای من دیابت یک بیماری نیست، دیابت آغاز راه سلامت است...

مهندس بهنوش بهداد

از زبان مدیریت...

موفقیت های بزرگ گابریک در سال ۸۸حاصل اتحاد واقعی بین کارکنان دلسوز انجمن، هیأت امنا، شرکت های حامی، نیکوکاران و سفرا است

سال جدید را به همه اعضا، پرسنل و حامیان انجمن دیابت گابریک تبریک می گویم و سالی با تلاش، تفکّر و موفقیت های گابریکی برایتان آرزو میکنم. موفقیت های مهم سال۸۸ عبارت بودند از: استقرار در ساختمان جدید و چند برابر شدن ظرفیت آموزشی، رشد بیش از چند برابری نیروهای اجرایی و داوطلب، راه اندازی باشگاه سفیران دیابت، اضافه کردن چهار برنامه آموزشی جدید (تناسب اندام، کنترل استرس، کاهش چربی و کاهش فشار خون)، عضوگیری باشگاه همیاران دیابت گابریک، اجرایی شدن برنامه آموزشی پرستاران، صدور کارت عضویت اعضای رسمی، شروع رسمی چاپ فصلنامه انجمن و آموزش بیش از شش هزار نفر دیابتی.

این موفقیت های بزرگ میسر نبود مگر با اتحاد واقعی بین کارکنان دلسوز انجمن، هیأت امنا، شرکت های حامی، نیکوکاران و سفرا که هم اکنون بیش از چند صد نفر می شوند.

در برنامه ریزی سال ۸۹ برای انجمن با چالش های جدیدی مواجه بودیم که می توان آن را چالش بزرگ شدن نامید. بیش از سه برابر شدن پرسنل در سال گذشته، رشد چشم گیر اعضا، زیاد شدن درخواست خدمات و استقبال جامعه پزشکی از گابریک، امسال را سال مهم و سرنوشت سازی برای انجمن خواهد نمود.

امسال بر آنیم تا علاوه بر ارائه خدمات سال گذشته به گسترش برنامه آموزشی و اجرای آن در خارج از محیط انجمن (بخصوص شهرستان ها) بپردازیم و اعضای فعلی (بخصوص بیمارانی که انسولین تزریق می کنند) را بر آن داریم تا جدی تر به کنترل دیابت خود بپردازند و تعداد اعضای رسمی را افزایش دهیم.

همگی ما تلاش می کنیم تا هیچ کس به علت عدم آگاهی دچار عوارض دیابت نشود.

هرمز کیخان زاده
مدیر عامل

تسلیت

درگذشت سرکار خانم فریده تحویلی همیار عزیز گابریک را تسلیت عرض می کنیم و از خداوند متعال برای خانواده ایشان صبر و بردباری می طلبیم.

خانواده گابریک

دوستان عزیز؛ جهت ارتقای کیفیت مطالب فصلنامه، کلیه انتقادها و پیشنهادهای خود را با شماره ۸۲۴۳۳-۰۲۱ داخلی ۲ واحد روابط عمومی در میان بگذارید.

درمانهای دارویی در نفروپاتی دیابتی

دکتر رضوان هاشمی

نفروپاتی از مشکلات شایع افراد دیابتی است که کنترل مناسب قند خون ندارند و یا مبتلا به پر فشاری خون هستند .

اولین تظاهر بالینی نفروپاتی دیابتی دفع میکرو آلبومین در ادرار است که در صورت عدم تشخیص و درمان می تواند پیشرفت نموده منجر به پروتئینوری شدید شود.

بهترین اقدام جهت پیشگیری از نفروپاتی دیابتی کنترل قند خون در قالب مراقبتهای گسترده است. غربالگری بیماران مبتلا به دیابت از نظر وجود میکرو آلبومین در ادرار از طریق انجام سالانه آزمایش ادرار ۲۴ ساعته ضروری است. در صورت وجود میکرو آلبومینوری اتخاذ تدابیر درمانی مناسب ضروری است.

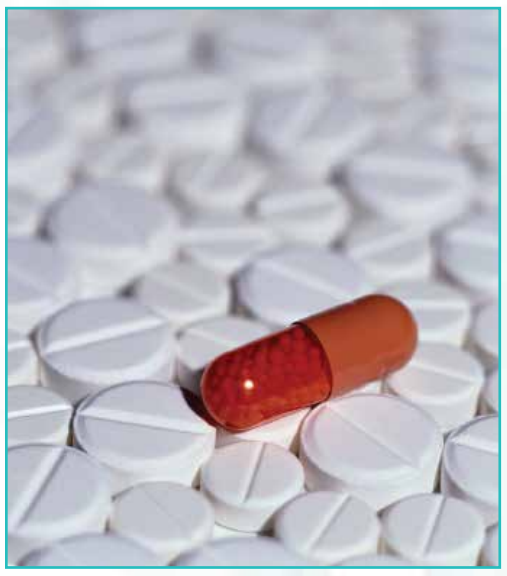
اقدامات درمانی عبارتند از: حفظ قند خون در محدوده طبیعی، کنترل سخت گیرانه فشار خون، درمان دیس لیپیدمی و تجویز داروهای مهار گر آنزیم مبدل آنژیو تانسین(ACEi)یا مهار کننده های گیرنده آنژیو تانسین(ARB)..

کنترل قند و فشار خون در حفظ عملکرد کلیه افراد دیابتی بسیار موثر است، فشار خون افراد دیابتی مبتلا به میکروآلبومینوری باید در حد ۷۵ /۱۲۵ حفظ شود .

دو دسته دارویی ACEi و ARB در پیشگیری اولیه میکرو و ماکرو آلبومینوری به کار میروند. از آنجا که مشخص گردیده آنژیو تانسین II در القا برخی کموکاینهای فیبروژنیک از جمله mcp-۱ و transforming growth factor β دخیل در پاتوژنز نفروپاتی نقش دارد، مصرف دارو های مهار کننده مبدل آنژیوتانسین (ACEi) جایگاه ویژه ای در درمان وپیشگیری از نفروپاتی دیابتی دارد.

این گروه شامل داروهای کاهنده فشار خون مانند: کاپتو پریل، انالاپریل و لیزینوپریل است که با کاستن فشار داخل گلومرول و مهار ترشح کموکاینهای فیبروژنیک از دفع پروتئین جلوگیری نموده و موجب محافظت ازکلیه ها حتی در افرادی که فشار خون بالا ندارند می شود.

گروه دیگر بلوک کننده های گیرنده آنژیو تانسین



(ARB) هستند. این گروه شامل داروهای لوزارتان، والسارتان وتلمی سارتان است. اثر بخشی این دسته در مقایسه با گروه ACEi یکسان بوده و جایگزین مناسب در افرادی است که با مصرف ACEi دچار عوارضی مانند سرفه های خشک می شوند. کاربرد توام دارو های دو دسته هر چند روند آسیب کلیوی را کند می نماید شانس بروز عوارض را افزایش می دهد.

در صورتی که امکان استفاده از داروهای ACEi و ARB نباشد، استفاده از بلوکرهای غیردی هیدرو پیریدینی کانال کلسیم مانند دیلتیازم و وراپامیل در محافظت از کلیه ها موثر است. سایر بلوکرهای کانال کلسیم مانند نیفدیپین و آمیلودیپین در محافظت از کلیه ها نقشی ندارند .

هر چند دیورتیک ها و بتا بلوکرها در کنترل فشار خون موثرند، اثر بخشی آنها در محافظت از کلیه ها در دیابت مشخص نشده است .محدودیت مقدار نمک مصرفی روزانه و دریافت پروتئین کمتر موجب افزایش اثر بخشی داروها و حفظ بهتر عملکرد کلیه می شود.

ورزش و عوارض دیابت

سرمه رئیس زاده

می بایست قبل از انجام ورزش ، بررسی پزشکی دقیق انجام شود و غربالگری وجود عوارض میکرو و ماکرواسکولار دیابت که با ورزش شدت می یابند و شرح حال و معاینه دقیق با توجه به علائم بیماری قلبی – عروقی، چشم ها، کلیه ها، پاها و سیستم عصبی ضروری می باشد. به طور مسلم باید به بیماران پرخطر توصیه نمود با دوره های کوتاه ورزش و با شدت کم شروع نمایند و به تدریج مدت و شدت ورزش را افزایش دهند.

در واقع ارائه کنندگان مراقبت باید بیماران را از نظر وجود وضعیت هایی که ممکن است برخی انواع ورزش را ممنوع کرده یا فرد را مستعد آسیب نمایند (مانند فشار خون کنترل نشده، نوروپاتی شدید یا رتینوپاتی) ارزیابی نمایند. به سن و سطح قبلی فعالیت بدنی بیمار نیز باید توجه گردد.

ورزش در صورت وجود عوارض دراز مدت دیابت:

۱)نوروپاتی (آسیب اعصاب پاها):

الف) نوروپاتی محیطی:

وجود نوروپاتی باعث از دست دادن حس حفاظتی (Protective) پا می شود. وجود نوروپاتی محیطی، اندیکاسیون محدودیت ورزش همراه با تحمل وزن است.

بطور کلی ورزش مناسب این افراد ورزشی است که فشار زیادی به پاها وارد ننمایند مانند شنا و دوچرخه سواری.

برای این افراد ورزش هایی مانند تردمیل، پرش، پیاده روی طولانی و ورزش هوازی همراه با تحمل وزن ممنوع می باشد.

ب)نوروپاتی اتونوم:

نوروپاتی اتونوم با بیماری قلبی – عروقی در دیابتی ها همراهی دارد. افراد دچار نوروپاتی اتونوم دیابتی باید پیش از فعالیت بدنی شدیدتر از مقداری که به آن عادت دارند، تحت ارزیابی قلبی قرار گیرند.

بعد از ورزش شدید در این بیماران، ممکن است کاهش فشار خون وضعیتی یا هایپرتانسیون به وجود آید. این افراد به علت اختلال در تنظیم حرارت بدن باید از ورزش در محیط خیلی سرد یا خیلی گرم پرهیز نمایند و مایعات به میزان کافی دریافت نمایند.

۲) رتینوپاتی:

بیمارانی که رتینوپاتی فعال دارند ورزش شدید باعث خونریزی ویتره یا پارگی رتین می شود. بطور کلی هنگام آسیب شبکیه انجام ورزشهایی که نیاز به زور زدن دارد و باعث بالا رفتن فشار خون می شود مانند وزنه برداری یا ورزشهایی که در آنها سر در وضعیت پایین تر از بدن قرار می گیرد و یا در معرض تکانهای شدید می باشد مانند بسکتبال و فوتبال به علت افزایش فشار چشم و خطر بروز خونریزی داخل چشمی مضر می باشد.

۳) نفروپاتی

برای بیمارانی که میکرو آلبومینوری و دفع آلبومین بیش از ۲۰ μg/min یا ماکرو آلبومینوری و دفع آلبومین بیش از ۲۰۰ μg/min دارند، ورزش خاصی پیشنهاد نشده است. ورزش شدید توصیه نمی شود مگر اینکه فشار خون در طول ورزش کنترل شود. باید از انجام ورزشهای سنگین و حرفه ای و یا ورزشهایی که حرکات دست در آنها زیاد است (مانند کار با وزنه) اجتناب شود. البته شواهدی دال بر اینکه ورزش شدید، سرعت پیشرفت بیماری نفروپاتی را افزایش دهد وجود ندارد. از طرفی ورزش باعث مثبت شدن پروتئین ادرار بطور کاذب نیز می گردد که نیاز به آزمایش مجدد دارد.

انجام ورزشهای سبک یا ورزش با شدت متوسط می تواند مفید باشد. همچنین مصرف مایعات کافی در طول ورزش از اهمیت خاصی برخوردار است. کنترل دقیق قند خون و فشار خون، دو هدف درمانی مهم در درمان نفروپاتی دیابتی می باشند.

۴)بیماریهای قلبی عروقی:

در این مواقع لازم است تا پزشک قبل از شروع هرگونه فعالیت ورزشی میزان توانایی بیمار را با انجام « تست ورزش» بررسی نماید و بر این اساس، ورزش متناسب با وضعیت بیمار پیشنهاد کند. بطور کلی انجام ورزشهای هوازی با شدت کم یا متوسط برای بیماران قلبی مفید است.

ورزش هوازی شامل قدم زدن ، آهسته دویدن ، شنا، دوچرخه سواری ... می باشد.

اصول انجام ورزش:

ورزش قند خون بالا را ، بالاتر برده و قند خون پایین را نیز پایین تر می آورد. به این منظور باید قبل از شروع ورزش قند خون را چک نمود. چنانچه قند خون کمتر از ۷۰ و یا بالاتر از ۲۵۰ است باید از انجام ورزش خودداری نمود و چنانچه در ادرار کتون نباشد انجام ورزش مانعی ندارد. بهترین زمان برای انجام ورزش ۲-۱ ساعت بعد از وعده غذایی است و بهتر است هنگام ناشتا بودن ورزش انجام نشود.

فواید ورزش:

۱) کاهش HbA1C به میزان ٪۲-۱ در افرادی که ورزش با شدت متوسط به مدت ۱۵۰ دقیقه در هفته دارند.

۲) پیشگیری از دیابت نوع ۲ و کاهش مقاومت به انسولین

۳) پیشگیری از مشکلات قلبی – عروقی

۴) کاهش LDL ، VLDL و افزایش HDL

۵) تنظیم فشار خون و کنترل قند خون

۶) افزایش انرژی و کاهش استرس

۷) کاهش وزن و تناسب اندام

۸) پیشگیری از پوکی استخوان

هموگلوبین ای– وان– سی (A1C)

دکتر ترمه نوروزی

از آن جا که A1C بازتابی از میانگین قند چند ماه است، و ارزش پیش بینی کنندگی بالایی از مشکلات دیابتی دارد، باید مرتباً در ارزیابی اولیه بیماران دیابتی انجام شود و پس از آن به عنوان بخشی از ادامه درمان تحقق پذیرد. برای هر بیمار خاص فراوانی انجام تست A1C بستگی به وضعیت بالینی وی، رژیم درمانی مورد استفاده و قضاوت متخصص بالینی دارد. برای برخی از بیماران که سطوح پایدار قند در محدوده هدف دارد، ممکن است تنها دو بار تست در سال مناسب باشد، درحالی که ممکن است بیماران با سطح قند بسیار بالا و یا ناپایدار (مثلاً خانم بارداری با دیابت نوع ۱) بیشتر از ۳ بار مورد آزمایش قرار گیرند. گزارش شده است که قابلیت دستیابی به نتایج A1C منجر به افزایش تاثیر گذاری درمان و بهبود کنترل قند می شود. تست A1C محدودیت های مشخصی دارد. وضعیت هایی که بر روی چرخه اریتروسیت تاثیر می گذارند، (همولیز ، کم خونی) و تغییرات هموگلوبین باید در نظر گرفته شوند، به خصوص زمانی که نتایج A1C با وضعیت بالینی بیمار رابطه ندارد. علاوه بر این A1C مقیاسی برای تغییر پذیری قند یا افت قند ارائه نمی دهد. برای بیمارانی که در معرض تغییر پذیری قند هستند (به خصوص بیماران نوع ۱ یا بیماران نوع ۲ که کمبود انسولین شدید دارند) کنترل قند توسط ترکیب نتایج تست SMBG(خودپایی قند خون) و A1C قضاوت بهتری بدست خواهد داد. همچنین A1C می تواند به عنوان کنترل کننده دقت ارزیابی بیمار از نتایج SMBG و دقت ارزیابی برنامه SMBG به کار رود.

همبستگی بین سطوح A1C و میانگین سطوح قند پلاسما در جدول زیر گزارش شده است که بر اساس داده های حاصل از مطالعه بین المللی میانگین گلوکز (ADAG) ناشی از A1C و با استفاده از تست SMBG متناوب و خودپایی مداوم گلوکز در ۵۰۷ بزرگسال. شامل افراد دچار دیابت نوع یک، نوع دو و بدون دیابت می باشد.

(%) A1C	mg A1C	mmol A1C
۶	۱۲۶	۷,۰
۷	۱۵۴	۸,۶
۸	۱۸۳	۱۰,۲
۹	۲۱۲	۱۱,۸
۱۰	۱۴۰	۱۳,۴
۱۱	۲۶۹	۱۴,۹
۱۲	۲۹۸	۱۶,۵

اخیراً در مطالعه ای داده های A1C و CGM را در ۴۸ کودک دچار دیابت نوع یک مقایسه کردند و همبستگی معناداری بین A1C و میانگین قند خون یافتند. چگونگی تفاوت معنادار رابطه بین A1C و میانگین قند خون کودکان یا بیماران افریقایی / امریکایی می تواند حوزه مطالعات آینده باشد. در بیمارانی که A1C و eAG و قند خون اندازه گیری شده شان مغایر به نظر می رسد، پزشکان باید احتمال هموگلوبینوپاتی یا نوعی دیگر از دگرگونی گلبول های قرمز را در نظر بگیرند و در دفعات بیشتر و زمان های متفاوت تست SMBG یا CGM را به کاربرند.

مقیاس های دیگر قند مزمن مانند فروکتوزامین قابل دستیابی هستند اما ارتباط آن ها با قند متوسط واهمیت علائم پیش بینی کننده شان به وضوح موارد A1C نمی باشد.

نیازهای تغذیه ای بیماران نفروپاتی دیابتی

دکتر محمدحسن ابوالحسنی

نفروپاتی اولیه

توصیه ی عملی برای بیماران در مرحله اولیه نفروپاتی این است که رژیم غذایی توصیه شده برای بیماران دیابتی را به کار ببرند.

نفروپاتی پیشرفته

یک مسئله ی مهم در بیماران مبتلا به نفروپاتی پیشرفته دیابتی اجتناب از سوءتغذیه و تحلیل قوای بدنی بیمار می باشد. با توجه به اینکه انسولین یک هورمون آنابولیک است، در هر درجه از نارسایی کلیه بیماران دیابتی نسبت به غیر دیابتی ها لاغر تر هستند. بی اشتهایی، گاستروپارزی، ازدیاد کاتابولیسم ناشی از بیماری های زمینه ای، جراحی احتمالی و محرومیت طولانی غذایی عوامل مستعد کننده پیشرفت نفروپاتی در بیماران دیابتی می باشند.

مطالعات تصادفی و غیر تصادفی مختلف نتایج متفاوتی راجع به اثر رژیم کم پروتئین در جلوگیری از پیشرفت نفروپاتی گزارش کرده اند. به نظر می رسد کاهش مصرف پروتئین در افراد مبتلا به میکروآلبومینوری به۱- ۰/۸ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن در روز و در افراد با نفروپاتی بارز به ۰/۸ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن در روزممکن است پیشرفت نفروپاتی را آهسته کند.

در صورتی که بیمار دیابتی پروتئینوری شدید داشته باشد، در خطر تعادل منفی پروتئین است و این خلاف نظریه استفاده از رژیم کم پروتئین برای کاهش پیشرفت نفروپاتی می باشد. در واقع چنین رژیم هایی در صورتی مناسب هستند که کالری دریافتی بیمار کافی باشد.

باید این حقیقت را اضافه کرد که بردسکی(Bordsky) و همکارانش مشاهده کردند در بیماران دیابتی نوع ۱و۲ مصرف رژیم کم پروتئین در شروع نفروپاتی سبب کاهش قدرت عضلانی، افزایش توده ی چربی و کاهش اکسیداسیون لوسین کل بدن شده و این نگران کننده است، چرا که سوء تغذیه یک عامل مهم پیش گویی کننده ی مرگ ناشی از حوادث قلبی و عروقی در بیماران اورمیک می باشد.

در بیماران دیابتی همزمانی دیابت و اورمی نیاز به دیالیز را تسریع می کنند و زمانی که تحت دیالیز قرار گرفت، مهم ترین مسئله جلوگیری از سوء تغذیه است.

بیماران اورمیک دیالیزی در حضور قند بالا در معرض هیپرولمی، تشنگی و هیپوکالمی هستند. از مشکلات دیگر همودیالیز از دست رفتن اسید های آمینه می باشد که نیاز بیمار را به پروتئین زیاد می کند. بیمارانی که دیالیز صفاقی می شوند بدلیل قند بالای مایع دیالیز در معرض چاقی هستند که باید به آن توجه کرد.

چندین مطالعه اثرات سودمند پروتئین های گیاهی را نسبت به پروتئین های حیوانی در نارسایی کلیه بررسی کرده اند ولی برای تعیین قطعی ارجحیت مصرف انواع خاصی از پروتئین در افراد نفروپاتی دیابتی نیاز به بررسی بیشتری می باشد.

در جدول زیر توصیه های انجمن دیابت امریکا درباره نیاز روزانه مبتلایان به نفروپاتی دیابتی آمده است.

توصیه های کلی	محدودیت متوسط کالری (۲۵۰تا ۵۰۰ کالری کمتر از مصرف متوسط روزانه) افراد تیپ ۲ دیابت افزایش فعالیت فیزیکی
پروتئین	۲۰-۱۰٪میزان کالری روزانه (از منشاحیوانی و سبزیجات) بیماران با پروتئینوری ونفروپاتی ۰/۸g/kg day بیمارانی که GFR کاهش یافته دارند۰/۶ g/kg/day
کلرید سدیم	۱۰٪>کالری از چربی های اشباع شده ۱۰٪کالری از چربی های با چند باند دوگانه (Polyunsaturated) ۱۰-۱۵٪کالری از چربی های با یک باند دوگانه(monounsaturated) کلسترول رژیم را به کمتر از ۳۰۰mg/day محدود کنیم
کربوهیدرات ها و شیرینی جات فیبر	اجتناب از مصرف زیاد قند های ساده ساکاروز اگر استفاده می شود باید جایگزین کربوهیدرات های دیگر شود نه اینکه به آنها اضافه شود مصرف مقادیر متوسطی از غذاهای حاوی فروکتوز مجاز می باشد کالری حاصل از تمام مواد شیرین باید در برنامه ی غذایی روزانه محاسبه شود روزانه ۴۵-۲۵گرم فیبر از هر دو نوع محلول وغیر محلول توصیه می شود.
کلرید سدیم	در افراد بدون فشار خون ۴-۲/۵گرم در روز توصیه می شود ۲/۴ g/day(کمتر از۱۰۰mmol/day) در افرادی که فشار خون خفیف تا متوسط دارند ۲g/day(کمتر از ۸۸mmol/day)در افرادی که فشار خون همراه با نفروپاتی دارند
ویتامین و مواد	در کل نیاز به استفاده اضافی ویتامین ها و مواد معدنی نمیباشد

تیامین در پیشگیری از عوارض دیابت

باران هاشمی

دیابت فرایند پیری را تسریع کرده و به عوارضی چون نابینایی، نارسایی کلیوی، آسیب عصبی، سکته و مشکلات قلبی عروقی می انجامد. نفروپاتی یکی از مشکلات معمول در دیابت است. این عارضه با ایجاد پروتئین اوری تشخیص داده می شود و در ESRD(مرحله نهایی بیماری کلیوی) به اوج می رسد که همراه با خطر بیماریهای قلبی عروقی و مرگ در اثر آنها می باشد. مرحله اولیه پیشرفت نفروپاتی (نفروپاتی اولیه) بوسیله بروز میکروآلبومینوری پایدار و هیپرفیلتراسیون تشخیص داده می شود. هیپرگلیسمی فاکتور خطر ایجاد نفروپاتی اولیه هم در افراد دیابتی نوع ۱ و هم نوع ۲ می باشد. کنترل شدید گلوکز خون(و فشار خون) خطر ایجاد نفروپاتی را کاهش می دهد، اما این کنترل به خاطر محدودیت های درمان های دارویی کنونی همیشه ممکن نیست.

تجمع تری فسفات ها به علت غلظت بالای گلوکز می تواند از دلایل شروع عوارض دیابت باشد. به نظر می رسد غلظت بالای گلوکز پلاسما منجر به افزایش تولید رادیکال های آزاد میتوکندریایی شده و به دنبال آن سبب غیر فعال شدن گلیسرآلدهید فسفات دهیدروژناز (GAPDH) در سلول های اندوتلیال عروقی و دیگر سلولها ی درگیر در عوارض دیابت می شود. در نتیجه، کاهش توانایی GAPDH برای فرایند کردن متابولیت ها روی می دهد و به تجمع ۳ فسفاتها می انجامد. به دنبال آن سه مسیر متابولیکی آسیب رسان شامل گلیکاسیون وسیع مسیر تولید محصول نهایی، مسیر پروتئین کیناز C و مسیر هگزوزآمین به راه می افتند. هر سه مسیر در سیگنالینگ غیر نرمال سلولی در دیابت نقش دارند. از طریق فعال سازی مسیر پنتوز فسفات می توان تجمع ۳ فسفاتها را کاهش داده و از ایجاد عوارض جلوگیری کرد. مسیر پنتوز فسفات در کمبود خفیف و متوسط تیامین آسیب می بیند، زیرا بیان و فعالیت آنزیم وابسته به تیامین،ترانس کتولاز کاهش می یابد.

گروهی از دانشمندان دریافته اند که درمان موش های دیابتی با دوز بالای بنفوتیامین (Benfotiamin)، شکل محلول در چربی ویتامین B۱، می تواند از نفروپاتی دیابتی و همه اشکال آسیب متابولیکی بوسیله تحریک فعالیت ترانس کتولاز و در نتیجه راندن متابولیت ها به سمت مسیر پنتوز فسفات پیشگیری کند. در مطالعه دیگری مشخص شد دوزهای بالای تیامین و مشتق منوفسفات بنفوتیامین سبب افزایش بیان ترانس کتولاز در گلومرولهای کلیوی و افزایش تبدیل ۳ فسفاتها به ریبوز ۵ فسفات شده و از بروز میکروآلبومینوری ممانعت می کنند. همچنین ویتامین B۱ از فعال شدن پروتئین کیناز C، فعال شدن مسیر هگزوز کیناز، افزایش گلیکاسیون و استرس اکسیداتیو جلوگیری می کند.

سایر اثرات تیامین و بنفوتیامین کاهش دیورز و گلوکزاوری بدون تغییر در وضعیت قند است.

دوز بالای تیامین همچنین دیس لیپیدمی- کلسترول و تری گلیسرید- را در دیابتی ها نرمال می کند. نقص سلول های β و عدم تحمل گلوکز در افراد دچارکمبود تیامین و فرضیه ای مبنی بر ارتباط بین عدم تحمل گلوکز و تیامین رژیم غذایی بر این نکته دلالت دارد که درمان دارویی با تیامین ممکن است بتواند در آینده یکی از راههای پیشگیری از دیابت نوع ۲ باشد.

هرچند ویتامین B۱ بدون نیاز به نسخه کردن در دسترس است، محققان خود درمانی بدون وجود داده های کلینیکی بیشتر را توصیه نمی کنند.

قهوه و تعادل مایعات در بدن

سیده طیبه رهیده

حفظ تعادل مایعات بدن در سطح مطلوب برای سلامت عموم افراد جامعه مهم است. در برخی گروههای جمعیتی نظیر سالمندان و کودکان، خطر دهیدراسیون و عواقب جدی آن زیادتر می باشد. تنظیم هموستاتیک آب توسط لوله گوارش، کلیه ها و مغز محتوای آب توده بدون چربی را نسبتا ثابت نگه می دارد تا مقدار آب دریافتی روزانه تقریبا مساوی مقدار از دست رفته باشد. تعادل مایعات روزانه برای یک شخص سالم با فعالیت کم و وزن ۷۰ کیلوگرم، با حدود ۲۳۰۰ میلی لیتر مایعات برقرار می شود. تعادل مایعات بدن با نقص در مصرف مایعات کافی جهت رفع اتلاف مداوم آب و یا به علت مصرف داروهای مدر به مخاطره می افتد. دیورتیکهای رایج شامل الکل و خانواده متیل گزانتین(کافئین، تئوفیلین و تئوبرومین) می باشند، که در بسیاری از نوشیدنی ها و غذاها نظیر چای، قهوه، نوشیدنیهای کولا و شکلاتها یافت می شوند. قهوه یکی از ترکیبات رژیم غذایی با اثر کاهش خطر بیماریهای مزمن از جمله دیابت نوع ۲ می باشد، که در مطالعات اپیدمیولوژیک زیادی این اثر آن تایید شده است؛ در حالیکه اثر دیورتیک آن بحث بر انگیز می باشد.

اثر دیورتیک کافئین

اثر قهوه و کافئین بر جنبه های مختلف عملکرد کلیه نظیر دیورز و تشکیل سنگهای کلیه بسیار بررسی شده است. اکثر مطالعات اثر دیورتیک کافئین را به تنهایی (و نه قهوه را) بررسی کرده اند. بسیاری از مطالعات نیز در مدلهای آزمایشگاهی با محدودیت مایعات و رژیم غذایی و در دوره های طولانی مدت مصرف کافئین بوده اند، که این نتایج برای عموم مردم با فعالیت معمول روزانه قابل تعمیم نیست. در رابطه با حساسیت نسبت به کافئین، اختلاف کمی بین افراد بر اساس جنسیت وجود دارد، اما شواهدی دال بر اثر استروژن بر متابولیسم کافئین دیده شده که نشان دهنده تمایز بین زنان و مردان و حتی زنان قبل از یائسگی و در دوران یائسگی است. با وجود اینکه در بسیاری از کتابهای تغذیه ای وپزشکی اثر کافئین بر تعادل مایعات و اثر دیورتیک آن بیان می شود، برخی مطالعات اثر دیورتیک کافئین را رد می کنند. در واقع یافته های زیادی مصرف در حد متوسط نوشیدنی های کافئینه را منبع مایعات رژیم می دانند، حتی در یکی از مقالات مروری نویسندگان شواهد کافی که بیانگر نقش دهیدراسیون نوشیدنی های کافئینه باشد را پیدا نکردند و نشان دادند که نوشیدنی های کافئینه به رفع نیاز روزانه آب مشابه آب خالص کمک می کنند. با این وجود، در تحقیقات متعدد اثر دیورتیک کافئین دیده شده است. در یک مقاله مروری اثر دیورتیک نوشیدنی های کافئینه با دوز بیشتر از ۳۰۰ میلی گرم در روز دیده شده و با مقادیر کمتر از ۲۵۰ میلی گرم در روز هیچ اثری مشاهده نشده است، بنابراین مصرف طولانی مدت مقادیر کم تا متوسط کافئین وضعیت هیدراسیون و تنظیم دمای بدن را در حالت استراحت و ورزش به مخاطره نمی اندازد. در مطالعه ای دیگر اثر منفی کافئین بر تعادل مایعات بدن بدین صورت بود: هر میلی گرم کافئین منجر به تحریک تشکیل ۱/۱ میلی لیتر ادرار می شد.

البته در این مطالعه ارتباط مصرف کافئین و ادرار خروجی رابطه خطی نبوده و سطح آستانه ای وجود داشت که مقادیر کمتر از این حد اثر دیورتیک نداشتند. در مطالعه مقطعی روی ۳۴۲ نفر در سال ۲۰۱۰ نشان داده شد افرادی که بیش از یک فنجان قهوه روزانه مصرف می کنند نسبت به افرادی که قهوه نمی نوشند ، میزان فیلتراسیون گلومرولی بالاتر($0/4$ ml/min per $1.72\ m^2$)؛ اما بدون تاثیر بر دفع پروتئین دارند.

در برخی مطالعات با مقدار معادل کافئین و قهوه نتایج متفاوتی بدست آمده است؛ زیرا علاوه بر متیل گزانتین؛ تئوفیلین و تئوبرومین موجود در قهوه منجر به اثر دیورتیک می شوند. تئوبرومین دارای اثر دیورتیک ضعیف است، اما تئوفیلین قدرت مشابه کافئین دارد. بنابراین نتایج مطالعات کافئین به تنهایی کاربرد ندارند و تحقیقات بیشتری جهت بررسی سایر ترکیبات بیولوژیک فعال در قهوه نیاز است.

نتیجه گیری

اثر کافئین بر تعادل مایعات بدن بدین صورت می باشد:

۱. دوز زیاد کافئین (بیش از ۲۵۰ mg/day) اثر دیورتیک حاد دارد.

۲. کافئین با دوز کمتر که در نوشیدنی های معمول پیدا می شود، اثر کم یا بدون اثر دیورتیک می باشد.

۳. مصرف منظم کافئین منجر به عادت کردن به آن می شود و اثرآنرا در بدن کم می کند.

در نهایت هیچ مدرکی با مصرف ۳ فنجان قهوه روزانه مخالفت نمی کند، اما توجه ویژه به سالمندان، کودکان، بیماران مصرف کننده دیورتیکها و افراد با سابقه سنگهای کلیه باید وجود داشته باشد، تا در صورت مصرف در حد متوسط کافئین مایعات در حد کفایت دریافت کنند.

شناسنامه

فصلنامه داخلی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک
سردبیر این شماره: دکتر فرزاد حدائق
مدیر اجرایی: باران هاشمی
همکاران این شماره: دکترمحمد حسن ابوالحسنی، دکتر ترمه نوروزی، دکتر نرگس تهرانیان، دکتر رعنا ادوای، دکتر شیرین بخشی، فاطمه سادات امیری، امین صالح پور، دکتر رضوان هاشمی، سیده طیبه رهیده، سرمه رئیس زاده، طیبه دهقانی، مهرین نظری ، فاطمه غفاری، باران هاشمی، هاجر رحیمی، شاهد اسدی
مدیر هنری: محمد رضا آفتابی
ویراستار ادبی: فریبا عابدین نژاد
نشانی: تهران، میدان ونک، گاندی شمالی، کوچه برادران شریفی، پلاک ۲۲، انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک
تلفن: ۸۲۴۳۳-۰۲۱ **سایت:** www.gabric.ir

غلات کامل خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را کاهش می دهند

مصرف برنج قهوه ای و غلات کامل می تواند منجر به کاهش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ شود. محققین در یک بررسی بر روی ۲۰۰ هزار شرکت کننده، مصرف غذای افراد را برای ۲ تا ۴ سال ارزیابی کردند. در آغاز مطالعه هیچ یک از شرکت کنندگان دیابت یا بیماری قلبی نداشتند، اما در طی سال های پیگیری تقریبا ۱۰ هزار مورد جدید دیابت نوع ۲ شناسایی شد.

نتایج بررسی غذایی افراد نشان داد کسانی که ۵ واحد یا بیشتر برنج سفید در هفته مصرف می کنند نسبت به کسانی که کمتر از ۱ واحد در ماه مصرف می کنند، ۱۷ درصد بیشتر احتمال ابتلا به دیابت نوع ۲ را دارند. همچنین دیده شد افرادی که ۲ واحد یا بیشتر برنج قهوه ای در هفته مصرف می کنند نسبت به کسانی که کمتر از ۱ واحد در ماه مصرف می کنند ۱۱ درصد کمتر احتمال ابتلا به دیابت را دارند.

با توجه به نتایج مطالعه محققین تخمین می زنند که مصرف و جایگزینی ۵۰ گرم برنج قهوه ای در روز به جای برنج سفید مرتبط با ۱۶ درصد کاهش خطر دیابت نوع ۲ می باشد حال اگر جایگزینی را با غلات کامل به عنوان یک گروه انجام دهیم (یعنی دریافت غذایی از گروه غلات به صورت غلات کامل و سبوس دار باشد) احتمال ابتلا به دیابت نوع ۲، به میزان ۳۶ درصد کاهش می یابد.

محققین به ارتباط بین التهاب و بیماری ها در افراد دارای اضافه وزن پی بردند

در یک بررسی دانشمندان دریافتند که گلبول های سفید تخصصی زمانی که با مقادیر زیاد چربی اشباع مواجه می گردند دچار التهاب می شوند.

اگر سلول ها از نظر ژنتیکی طوری طراحی شده باشند که مقادیر زیاد چربی را بتوانند نگهداری کنند، این التهاب اتفاق نمی افتد.

در مطالعه دیگری دیده شد که چربی می تواند باعث راه افتادن «آبشار هورمونی» گردد که در بروز بیماری قلبی از طریق تولید هورمونی که مانع شکستن لخته های خونی می شود، نقش دارد. سلول های چربی قادر به تولید حداقل ۲۰ نوع پروتئین هستند که بسیاری از این پروتئین ها، هورمون هستند که باعث راه افتادن آبشار هورمونی و به دنبال آن التهاب و عفونت می شوند. از این طریق می توان به نقش چربی بالای بدنی و در واقع اضافه وزن و چاقی افراد و احتمال بالای بروز بیماری ها از جمله دیابت و بیماری قلبی اشاره کرد.

نارسایی کلیوی در بیماران دیابتی کاهش یافته است

دیابت یکی از دلایل ESRD (End Stage Renal Dieses) و نارسایی کلیوی می باشد. در مرحله ESRD بیمار نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه برای بقا می باشد.

محققین مرکز CDC طی سال های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۶ کاهش میزان بروز ESRD را بین جمعیت دیابتی از ۳۴۳/۲ فرد در هر ۱۰۰ هزار نفر به ۱۹۷/۷ فرد در هر ۱۰۰ هزار نفر مشاهده کردند که در واقع کاهش ۳/۹ درصدی در هر سال می باشد. این کاهش در تمام گروه های سنی و در هر دو جنس مرد و زن دیده شده است. محققین اظهار داشته اند که احتمالا به دلیل بهبود درمان و مراقبت از دیابت و کنترل بهتر فاکتورهای خطر ESRD (نظیر سطح قند خون و فشار خون) و استفاده از مهار کننده های ACE و سایر دارو ها (بلوکر های رسپتور آنژیوتانسین) می باشد که باعث محافظت بهتر از کلیه شده است.

پانکراس مصنوعی در ۱۱ بیمار به خوبی جواب داده است

آزمایش پانکراس مصنوعی که قند خـــون را پایش می کند و انسـولین و هورمون تنظیمی گلوکاگن آزاد می کند به بیماران کمک کرده است تا سطح قند خون را برای بیش از ۲۴ ساعت نزدیک سطح نرمال حفظ کند. این سیستم (پانکراس مصنوعی) به گونه ای طراحی شده است که تقلیدی از مکانیزم طبیعی بدن برای کنترل هم قند خون بالا و هم قند خون پایین است. در آزمایش های قبلی طراحی سیستم به صورتی بود که فقط انسولین آزاد می کرد و برخی بیماران دچار هیپوگلیسمی های شدید می شدند. اضافه کردن دوز کمی از گلوکاگن (هورمون مترشحه از پانکراس که قند خـــون را افزایش می دهد) کمک کرد تا بر این مشکل غلبه شود.

این نخستین پانکراس مصنوعی است که در طراحی آن هم از انسولین و هم از گلوکاگن استفاده شده است. این بررسی بر روی ۱۱ بیمار انجام شده است که بدون داشتن هیپوگلیسمی حتی بعد خوردن ۳ وعده غذایی با کربوهیدرات بالا کنترل قند خون خوبی داشتند.

در دستگاه های مانیتور مداوم گلوکز نظیر پمپ انسولین، باز خطر هیپوگلیسمی در بیمار وجود دارد. در حالی که در پانکراس مصنوعی طراحی شده به دلیل آزاد شدن گلوکاگن این مشکل رفع شده است. در افراد دیابتی های نوع ۱، هورمون گلوکاگن به درستی عمل نمی کند. افزودن این هورمون به پانکراس مصنوعی توانسته است تعادلی بین کاهش و افزایش قند خون به وجود آورد و باعث کنترل بهتر قند خون بیمار شود.طراحی پانکراس مصنوعی به گونه ای است که به طور مداوم قند خون فرد آنالیز می شود و اینکه چه زمانی نیاز به دوز انسولین یا گلوکاگن دارد، محاسبه می گردد. با این حال پیچیدگی های زیادی در راه درمان افراد دیابتی وجود دارد.

فرهنگ لغت دیابت

طیبه دهقانی

هایپوگلایسمی : کاهش قند خون به زیر ۷۰ میلی گرم بر دسی لیتر، که اگر به شکل صحیحی درمان نشود، ممکن است فرد را به سمت کما ببرد. اولین و بهترین راهکار، مصرف یک واحد کربوهیدرات زود جذب است. برای نمونه، یک لیوان آب و ۴ حبه قند متوسط.

انواع هایپوگلایسمی

هایپوگلایسمی کاذب : هنگامی که کنترل خوبی روی دیابت خود نداریم و قند خون اغلب بالاتر از میزان طبیعی است، به عنوان مثال در قند خون ۱۰۰ هم علائم هایپوگلایسمی را تجربه می کنیم. زیرا اصطلاحا بدن به قند خون بالا عادت کرده و در قند خون طبیعی، علائم افت قند را نشان می دهد.

عدم اطلاع از هایپوگلایسمی : شرایطی است که در آن، فرد نشانه های افت قند خون را درک نمی کند و یا تشخیص نمی دهد. چنانچه فردی به طور مکرر دچار هایپوگلایسمی شود، ممکن است دیگر هشدارها و علائم افت قند خون را حس نکند.

هایپوگلایسمی شبانه : این حالت بیشتر در افرادی رخ می دهد که تزریق شبانه انسولین دارند و بنابراین احتمال افت قند خون در نیمه شب، بیشتر می گردد. علت این امر معمولا عدم مصرف میان وعده قبل از خواب، زیاد بودن میزان انسولین شب و یا فعالیت ورزشی شدید در بعد از ظهر می باشد.

هایپوگلایسمی تاخیری : گاهی اوقات در پی ورزش های سنگین و طولانی مدت، قند خون چند ساعت پس از ورزش، پایین می افتد. زیرا در طی فعالیت بدنی، ذخیره قند کبد و عضلات تمام می شود و بدن پس از اتمام فعالیت، شروع به بازسازی این ذخایر از طریق جذب قند خون می کند.

توصیه ما این است که به احساس خود در مورد قند خونتان اعتماد نکنید و حتما هنگام بروز علائم قند خون خود را اندازه گیری نمایید. همیشه و در همه جا مواد خوراکی زود جذب و دیر جذب همراه داشته باشید و به اطرافیان خود نحوه صحیح درمان هایپوگلایسمی را آموزش دهید.

تذکر مهم: مصرف این داروها فقط با تجویز پزشک امکان پذیر است.
برای کسب اطلاعات بیشتر به بروشور دارو مراجعه فرمایید.

novo nordisk®

شرکت نوو نوردیسک پارس
تهران، ولی عصر، نبش طوبای ناصری، ساختمان کیان
پلاک ۲۵۵۱، طبقه ۱۱ کد پستی ۱۹۴۸۶۴۲۱۱۱
تلفن: ۲۹-۸۸۶۴۵۷۲۱ فکس: ۸۸۶۴۵۷۲۰