فصـل نامـه داخـلی انجمن

دیابت گابریک

شماره ۳۸ – پاییز ۹۸ – ۸ صفحه رایگان – شمارگان ۳۰۰۰ نسخه – ویژه اعضا/جامعه پزشکی – پیراپزشکی

سرمقاله

دکتر منصور سیاوش
فوق تخصص غدد و متابولیسم

یکی از مسائلی که معمولا در مدیریت دیابت مطرح می شود، مراقبت از پاها و پیشگیری از بروز زخم و آسیب به آنها است. افراد مبتلا به دیابت در صورت عدم کنترل مناسب قند خون، مستعد آسیب اعصاب محیطی و اختلال گردش خون می‌شوند که به نوبه خود می‌تواند باعث کاهش جریان خون در پاها و بروز زخم و آسیب در این نواحی شود. هرچند پیشگیری از زخم پا با کنترل مناسب دیابت و انجام مراقبت‌های روزانه بسیار موثر است اما همچنان دیابت مسئول ۸۵ درصد از موارد قطع عضو در جهان است. زخم‌های پای دیابتی با علل متفاوت به صورت زیر تقسیم‌بندی می‌شوند:

۱) زخم‌های فشاری مزمن یا زخم‌های نوروپاتی که معمولاً در محل فشار یا آسیب مزمن و در وسط یک پینه ایجاد می‌شوند.

۲) زخم‌های ایسکمیک در اثر نارسایی شریانی که معمولا در نوک انگشتان به وجود می‌آیند.

۳) زخم‌های عفونی اولیه در زیر یا بین انگشتان پا که معمولاً با یک عفونت قارچی آغاز می‌شوند.

۴) زخم‌های تروماتیک که در هر محل یا به هر شکلی وجود دارند (مانند آسیب ناشی از اشیاء داخل کفش، سوختگی با کیسه آب گرم و دود فضولات حیوانات با هدف ضد عفونی کردن)

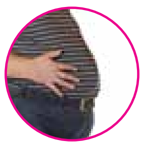
۵) زخم‌های آتیپیک که از نظر تظاهر بالینی، سیر یا رفتار و پاسخ به درمان نامعمول هستند و نیاز به بررسی‌های خاص دارند مثل زخم‌های ناشی از عفونت‌های نامعمول، سالک، بدخیمی و مشکلات روانی.

امروزه مراقبت از دیابت با همکاری خود بیمار انجام می‌شود و فرد مبتلا به دیابت برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه و دستیابی به کنترل بهتر قند خون نیاز به آموزش دارد. برای جلوگیری از زخم پا دو مسئله اصلی حفظ قند خون در محدوده هدف و مراقبت مناسب از پاها حائز اهمیت است. اقدامات مهم پیشگیرانه از زخم پای دیابتی مانند نحوه بررسی روزانه پاها و رعایت بهداشت آنها باید به خود بیمار آموزش داده شود تا مراقب خود باشد. شیوه زندگی نیز در مدیریت دیابت نقش دارد و فرد مبتلا به دیابت علاوه بر ارتباط با پزشک معالج و مصرف داروها (قرص یا انسولین)، برای اصلاح سبک زندگی خود نیاز به آموزش دارد تا با یادگیری نکته‌های مهم تأثیرگذار بتواند قند خون خود را کنترل نماید و سالم زندگی کند.

از زبان پزشکان
صفحه ۲

دنیای بعد از ابتلا به دیابت
صفحه۳

نهمین دوره دیابت رویکردکاربردی
صفحه ۴


مکانیسم های موثر در چاقی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱
صفحه۶

آنچه لازم است درمورد پای دیابتی بدانیم
صفحه ۷

همیاری با فرزندمان در مقابله با شرایط دشوار
صفحه ۸

از زبان مدرس دیابت

مدیریت دیابت در روزهای بیماری

مینا زینلی — مدرس دیابت

در روزهای بیماری حفظ قند خون در محدوده کنترل دشوار است و یک بیماری ساده می‌تواند موجب بروز مشکلات جدی در کنترل قند خون شود، بنابراین وجود یک برنامه‌ریزی مشخص می‌تواند از بروز این مشکلات جلوگیری کند. به این منظور توصیه می شود به نکات زیر توجه شود:

شرایطی که باید حتماً به پزشک مراجعه نمایید

- بیماری طولانی شده است، تب دارید و بهبودی حاصل نشده باشد.
- بیش از ۲ ساعت است که دچار حالت تهوع و یا استفراغ هستید.
- مقدار کتون ادرار در حد متوسط یا بالاتر باشد.
- سطح قند خون بالاتر از ۲۴۰ باشد و حتی با وجود پیروی از دستور پزشک همچنان مقدار قند خون بالا است.
- علائمی شبیه به شرایط کتواسیدوز، کم آبی یا سایر اختلالات خاص مانند سوزش سینه، به سختی نفس کشیدن، احساس بوی میوه از تنفس، خشکی و ترک لب‌ها و زبان وجود داشته باشد.

اطلاعاتی که شما در اختیار پزشک قرار می‌دهید

- قبل از هر چیز فراموش نکنید که به پزشک معالج بگویید دیابت دارید.
- نوع و مقدار داروهای مصرفی خود را روی کاغذ یادداشت کنید و همراه داشته باشید تا به پزشک معالج نشان دهید.
- در مورد مدت زمان بیماری، شرایط غذا خوردن، تغییر وزن بدن خود آگاه باشید و آن را با پزشک درمیان بگذارید.
- تست‌های قند خون خود را در دفترچه ثبت قند روزانه یادداشت نمایید و آن را در اختیار پزشک قرار دهید.
- چنانچه تست کتون ادرار انجام داده‌اید یا علائم دفع آن را داشته‌اید، حتماً به پزشک بگویید.

قند خون و کتون ادرار را در دوره بیماری بیشتر تست کنید

با هر نوع از دیابت که زندگی می‌کنید، در زمان بروز بیماری و ناخوشی لازم است دفعات بیشتری قند خون و کتون ادرار خود را اندازه بگیرید. اندازه‌گیری کتون بسیار حائز اهمیت است، زیرا به هنگام بیماری احتمال تشکیل این مواد بیشتر می‌شود و می‌تواند منجر به بروز کتو اسیدوز شود.

- در دیابت نوع ۱ ممکن است نیاز باشد که هر چهار ساعت یکبار، قند خون و کتون ادرار بررسی شود.
- در دیابت نوع ۲، چهار بار در روز اندازه‌گیری قند خون کفایت می‌کند و چنانچه سطح قند خون بالاتر از ۳۰۰ بود کتون ادرار را بسنجید.

داروهای کنترل کننده قند خون باید استفاده شوند

- به هنگام بیماری نباید مصرف داروهای مربوط به دیابت (قرص یا انسولین) را متوقف کنید. حتی اگر در زمان بیماری دچار حالت تهوع هستید، طبق دستور پزشک قرص‌های کنترل‌کننده قند خون را مصرف نمایید.
- در زمان بیماری، حتی در صورت عدم مصرف غذا، احتمال افزایش قند خون وجود دارد. درنتیجه با توجه به شرایط بیماری ممکن است افراد مبتلا به دیابت نوع ۱، برای مدیریت بهتر قند خون به تغییرات دوز انسولین مصرفی نیاز داشته باشند؛ بنابراین مشورت با پزشک در این زمینه بسیار ضروری است.
- بدون اجازه پزشک هرگز نباید داروهای خود را کم یا زیاد و قطع نمایید.

در روزهای بیماری تغذیه مناسب داشته باشید

- در زمان بیماری ممکن است در خوردن غذا دچار مشکل باشید اما مهم است که سعی کنید تا حد امکان به برنامه غذایی معمول خود پایبند بمانید.
- نوشیدن آب یا مایعات کافی برای پیشگیری از کم آبی ضروری است،
- چنانچه در هضم غذا دچار مشکل شده‌اید، از غذاهای سبک مانند انواع سوپ‌ها استفاده نمایید.

در مصرف خودسرانه داروها احتیاط کنید

علاوه بر داروهای کنترل کننده قند خون، در زمان بیماری برای بهبودی ممکن است داروهای دیگری استفاده نمایید. اگر دارویی را بدون نسخه تهیه می‌کنید، حتماً برچسب اطلاعات دارویی آن را مطالعه نمایید و از پزشک داروخانه نیز سوال کنید که آیا این دارو روی قند خون شما تأثیری دارد یا خیر، زیرا برخی از داروها می‌توانند روی قند خون تأثیر بگذارند و حتماً باید طبق نظر پزشک مصرف شوند.

از زبان پزشک

دکتر بنفشه شاه نظری
فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم

با توجه به اهمیت بیماری‌های قلبی ـ عروقی در افراد مبتلا به دیابت، چه راهکارهایی برای پیشگیری از آنها توصیه می‌نمایید؟

افراد مبتلا به دیابت باید بیش از دیگران مراقب سلامت قلب و عروق خود باشند. عوامل خطر بیماری‌های قلبی ـ عروقی علاوه بر دیابت عبارتند از: سن بالا، جنس مذکر، سابقه بیماری‌های عروق قلب در خانواده، فشار خون بالا، چربی خون بالا، سیگار کشیدن، کم تحرکی و اختلال در انعقاد خون. بیماری‌های قلبی ـ عروقی را می‌توان به بیماری‌های رگ‌های کرونری (عروق خون‌رسان به قلب)، حوادث عروق مغز مثل سکته مغزی، بیماری‌های عروق محیطی (از جمله پا) و مشکل در پمپ خون (نارسایی قلب) تقسیم نمود. قلب یک پمپ عضلانی و به اندازه مشت گره کرده انسان است که به طور متوسط بین ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه تپش دارد و خون را در بدن به گردش درمی‌آورد. گردش خون سبب رساندن اکسیژن و موادغذایی موردنیاز به اندام‌های بدن می‌شود، همچنین دفع مواد زاید ناشی از فعالیت سلول‌ها از طریق گردش خون صورت می‌پذیرد، درنتیجه خون‌رسانی به عضله قلب نیز از طریق سرخرگ‌های کرونر باید مناسب باشد. اگر شریان کرونر به دلیل تنگی شدید، خون‌رسانی کمتری نسبت به حالت طبیعی داشته باشد، به تدریج در هنگام فعالیت فرد مبتلا به آنژین صدری خواهد شد و یا اگر به طور ناگهانی لخته‌ای خون به این محل وارد شود، سکته قلبی رخ خواهد داد. درد قفسه سینه، تنگی نفس و تپش قلب (به هنگام فعالیت و یا بدون علت خاص) از نشانه‌های مهم بیماری قلب هستند که معمولاً قبل از بروز سکته قلبی خصوصاً هنگام فعالیت حس خواهد شد.

درد قفسه سینه، درد کوبنده یا فشاردهنده در ناحیه پشت جناغ سینه که ممکن است به گردن، دست‌ها، پشت و یا کمر تا بالای ناف انتشار یابد. آنژین صدری اغلب هنگام فعالیت‌های بدنی و یا فشارهای روحی و روانی با افزایش فعالیت قلب، بروز می‌کند و معمولاً با استراحت و یا چند دقیقه پس از مصرف قرص نیتروگلیسیرین زیر زبان تسکین می‌یابد. در دیابت با سابقه طولانی، ممکن است علائم کمتر از میزان مورد انتظار باشد و سکته قلبی بدون علامت اتفاق افتد، بنابراین افراد مبتلا به دیابت باید بیشتر متوجه علائم باشند و با کوچکترین علامتی به پزشک مراجعه نمایند. تنگی نفس خصوصاً به دنبال فعالیت بدنی ممکن است تنها علامت وجود بیماری قلبی باشد، اما این علامت می‌تواند مربوط به درگیری ریه و یا بیماری‌های تیروئید و علل دیگر نیز باشد.

با توجه به عوامل خطر قابل کنترل بیماری‌های قلبی ـ عروقی به منظور پیشگیری از این بیماری‌ها، اصلاح سبک زندگی (تغذیه مناسب، انجام فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن و عدم مصرف دخانیات) و استفاده از داروهای کنترل‌کننده قند خون و در صورت نیاز داروهای فشار خون و چربی خون تحت نظر پزشک توصیه می‌شود.

دکتر فریبا قاسمی
فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم

با توجه به آغاز فصل پاییز و گسترش بیماری‌هایی مثل سرماخوردگی و آنفولانزا، برای مدیریت دیابت در روزهای بیماری چه توصیه هایی دارید؟

بر خلاف باور عمومی ارتباط واضحی بین افزایش بروز عفونت و دیابت به طور قطعی مشخص نشده است، اما به هر حال بعضی از عفونت‌ها به خصوص در افراد مبتلا به دیابت شایع‌تر بوده و حتی بعضی از این بیماری‌ها مختص این افراد است؛ به این دلیل که تغییراتی در کیفیت عملکرد سلول‌های دفاعی بدن افراد مبتلا به دیابت ممکن است رخ بدهد، عملکرد سلول‌های دفاعی بدن به خصوص وقتی که بیمار کتواسیدوز داشته باشد، کاهش می‌یابد و سیستم آنتی‌اکسیدان که در فعالیت‌های ضد باکتری دخیل است نیز تا حدودی تغییر می‌کند.

در بیماران مبتلا به دیابت احتمال خطر عفونت‌های ادراری بدون علامت، عفونت‌های مجاری ادراری، عفونت‌های پوستی و غشاهای مخاطی به ویژه از نوع عفونت‌های قارچی بیشتر است. شیوع عفونت‌های مجاری تنفسی تحتانی در بیماران مبتلا به دیابت نسبت به عموم افراد بیشتر است، اما بروز عفونت‌های مجاری تنفسی فوقانی در هر دو گروه یکسان است، بر اساس آمار مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ یا ۲، بیش از سایر افراد با عوارض و مشکلات بیماری‌هایی مانند آنفولانزا و سرما خوردگی مواجه هستند.

دیابت عامل خطر بروز باکتریمی در بیماری پنومونی پنوموکوکی است که با افزایش مرگ و میر همراه است. به دلیل افزایش مرگ و میر، افزایش پنومونی پنوموکوکی و کتواسیدوز در بیماران مبتلا به دیابت، واکسن آنفولانزا و پنوموکوک با شروع فصل سرما برای بیماران مبتلا به دیابت توصیه می‌شود که به عنوان بهترین روش پیشگیری از ابتلا به این بیماری‌ها، واکسیناسیون در اوایل پاییز انجام می‌شود.

به افراد مبتلا به دیابت توصیه می‌شود در روزهای بیماری موادغذایی مناسبی مصرف نمایند که به بسیار آسان هضم می‌شوند؛ مانند سوپ یا ژله بدون قند، مخلوط آب میوه طبیعی با آب یا با ماست. از آنجایی که کم آبی روی قند خون نیز تأثیر می‌گذارد، مصرف یک فنجان نوشیدنی بدون قند یا مایعات بدون کافئین در هر ساعت به این بیماران توصیه می‌شود. توجه کنید که در روزهای بیماری حداقل ۴ بار در روز قند خون خود را چک کنید و علاوه بر تست قند خون، وسایل اندازه‌گیری کتون (نوار تست کتون ادرار) و دماسنج نیز در اختیار داشته باشید. در زمان مصرف داروهای کنترل قند خون به ویژه انسولین حتماً تست قند انجام دهید. داروهای مناسب سرماخوردگی و آنفولنزا باید طبق تجویز پزشک استفاده شود. هنگامی که یک فرد مبتلا به دیابت دچار سرماخوردگی یا آنفولانزا می‌شود و علائم بیماری مانند سرفه نیز وجود دارد، بهتر است از داروهایی استفاده نمایید که روی دیابت تأثیر منفی نداشته باشد؛ چون بعضی از داروها ضد انسولین عمل می‌کنند و موجب افزایش قند خون خواهند شد. به همین علت بهتر است نوع و مقدار داروها طبق دستور پزشک مصرف شوند. در زمان بیماری، داروهای کنترل‌کننده قند خون را طبق نظر پزشک مصرف نمایید، حتی اگر حالت تهوع یا استفراغ دارید و نمی‌توانید غذا میل کنید. هر گونه تغییر در نوع و مقدار داروها باید با مشورت پزشک انجام شود تا از ایجاد حوادث پیش‌بینی نشده جلوگیری شود.

سیما عباسی مدرس ارشد دیابت

دنیای بعد از ابتلا به دیابت

هر بار که با والدین کودکانی مواجه می‌شوم که فرزندشان به تازگی مبتلا به دیابت نوع ۱ شده است، می‌توانم نگرانی و سردرگمی را در نگاهشان ببینم و بسیاری مواقع آنها از استرس ناشی از عدم آگاهی نحوه کنترل قند خون و ترس از عوارض احتمالی قندهای بالا و پایین ابراز ناراحتی کرده‌اند. به همین دلیل در این شماره به اهمیت آموزش دیابت، دریافت مشاوره و پشتیبانی مناسب در این رابطه و تأثیر آن در روند مدیریت دیابت پرداخته شده است.

احساسات

دریافت تشخیص دیابت و همینطور نحوه دریافت این خبر با احساسات مختلفی در والدین و اطرافیان کودک و نوجوان همراه است؛ از ناباوری و انکار تا ناامیدی و سرزنش خود. همچنین قبل از اینکه این عزیزان فرصت کنند با این احساسات کنار بیایند، با وظایف مختلف مدیریت دیابت مانند تست قند خون، تزریق انسولین، تشخیص و درمان افت قند خون و غیره روبرو می‌شوند. یکی دیگر از موضوعاتی که می‌تواند استرس خانواده‌ها را افزایش دهد، باورهای اشتباه موجود در جامعه درباره دیابت است که باعث عدم تمایل خانواده‌ها به مطرح شدن ابتلای فرزندشان به دیابت می‌شود.

در قدم اول به یاد داشته باشید که این احساسات طبیعی هستند و به مرور با آشنایی بیشتر با بیماری دیابت احساس بهتری را تجربه خواهید کرد. بدانید در ابتلای فرزندتان به دیابت نوع ۱، شما مقصر نیستید؛ از نظر علمی راهی قطعی برای پیشگیری از دیابت نوع ۱ مشخص نشده است و کماکان مطالعات در این زمینه ادامه دارد اما با تشخیص به موقع و مدیریت مناسب، افراد مبتلا به دیابت می‌توانند زندگی شاد و سالمی داشته باشند و اهداف خود را دنبال کنند.

موضوع دیگر احساساتی است که در فرزندان ایجاد می‌شود و بسته به سن، نوع این احساسات و تظاهرات آنها متفاوت است. معمولاً در خردسالان تظاهراتی مانند ترس و عدم همکاری در تست قند خون یا تزریق انسولین دیده می‌شود که بسته به رفتار والدین و واکنش‌های هیجانی آنها مانند گریه یا بغض تا ارائه یک رفتار عادی و تبدیل کردن این اقدامات به بازی مثل خواندن یک ترانه کودکانه یا یک داستان ساده می‌تواند بسیار متفاوت باشد.

در مورد کودکان این احساسات تا حدی درونی‌تر است و کودک علاوه بر درک احساسات اطرافیان، متوجه تغییراتی در برخورد با خود نیز می‌شود. سؤالاتی مانند اینکه آیا من خوب میشم؟ تا کِی باید انسولین بزنم؟ چرا من دیابتی شدم؟ مطرح می‌شود اما باید توجه کنیم این سؤالات معمولاً نیاز به توجیه یا ارائه یک پاسخ شفاف ندارد و نوازش و در آغوش گرفتن کودک کافی است. در این دوران برای همکاری بهتر کودکان می‌توانیم به جای امر و نهی، انتخاب‌های مناسب را برای آنها شرح دهیم؛ مثلاً زمانی که کودک اصرار دارد با وجود قند خون بالا بستنی بخورد به جای گفتن اینکه نباید الان بستنی بخوری، بهتر است بگوییم الان قندت قرمزه (بالاس)، بهتره صبر کنیم قندت که سبز شد (اومد پایین‌تر) بستنی بخوریم و الان کمی پاپ‌کورن برات میرام.

در رابطه با نوجوانان، پیچیدگی‌های خاص این دوران مانند تمایل به پذیرفته شدن در گروه همسالان و دوستان با وجود کنترل قند خون و استقلال‌طلبی نوجوانان از یک سو و تأثیر مستقیم تغییرات هورمونی بلوغ از سوی دیگر، مدیریت دیابت را با چالش جدی مواجه می‌سازد. در این دوره شاید بهترین راهکار مشارکت دادن نوجوان در جلسات آموزشی و واگذار کردن تدریجی و مناسب وظایف مدیریت دیابت به آنها و داشتن نظارت غیرمستقیم باشد.

توصیه دیگر این است زمان‌هایی را برای گذراندن وقت و صحبت با فرزندتان فارغ از موضوع دیابت داشته باشید تا احساس نکند که والدینش او را فراموش کرده‌اند و تنها به قند خونش فکر می‌کنند. توجه به خود، همسرتان و سایر فرزندان را نیز فراموش نکنید؛ تشخیص دیابت مسئله‌ای است که کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

هر زمان احساس کردید نمی‌توانید به تنهایی مسئله‌ای را حل کنید، می‌توانید از افراد متخصص مانند مشاورین روانشناسی و دیابت کمک بگیرید و لازم نیست این مسیر را به تنهایی سپری کنید. شرکت در دوره‌های آموزشی و صحبت با مشاورینی که خود طعم زندگی با دیابت را چشیده‌اند علاوه بر انتقال دانش و مهارت مدیریت دیابت، کمک می‌کند تا به تدریج از احساسات منفی دور شوید و دیابت را بپذیرید.

اقدامات

دریافت کمک از تیم درمانی مدیریت دیابت مانند پزشک متخصص، پرستار، مشاورین و مدرسین انجمن‌های آموزش دیابت بهترین راه برای پذیرش بیماری و کسب مهارت‌های لازم برای مدیریت آن است. با تعامل بین خانواده و افراد مبتلا به دیابت و تیم درمانی اعتماد به نفس و مهارت‌های عملی و توان حلِ مسئله برای داشتن یک زندگی سالم با دیابت ایجاد می‌شود.

معمولاً پیش از ترخیص از بیمارستان، آموزش‌هایی درمورد تست قند خون، تزریق انسولین، تشخیص و درمان افت قند خون ارائه می‌شود؛ این اطلاعات نیاز به تکرار دارد و باید تکمیل شوند، بنابراین بهتر است در اولین فرصت انجمن‌های ارائه دهنده آموزش دیابت را شناسایی کنید و به طور کامل در رابطه با مدیریت دیابت آموزش ببینید.

بحث مدیریت برنامه غذایی در ابتدای ابتلا به دیابت چالش بزرگی محسوب می‌شود. از آنجایی که کودکان و خردسالان تمایل زیادی به تقلید و الگوبرداری از افراد خانواده دارند و برنامه غذایی مناسب در دیابت به معنای یک برنامه غذایی سالم، متنوع و متعادلی است که برای تمام افراد مفید است، یکی از اولین و مهم‌ترین اقدامات آغاز مدیریت دیابت، بهبود و اصلاح برنامه غذایی خانواده است. درون یخچال، فریزر و کابینت به جای تنقلات ناسالم و سرشار از قند و چربی، خوراکی‌های سالم قرار دهید تا خردسال و کودک دیابتی ببیند که سایر اعضای خانواده نیز مانند او غذا می‌خورند؛ در این صورت یک قدم بزرگ در زندگی سالم با دیابت برداشته‌اید.

یکی دیگر از اقدامات مهم برای زندگی سالم فرزندان مبتلا به دیابت و سایر اعضای خانواده، عادت به ورزش و فعالیت بدنی است. بر خلاف تصور رایجی که افراد مبتلا به دیابت نمی‌توانند ورزش و فعالیت بدنی داشته باشند، این فعالیت‌ها تأثیر چشمگیری روی کنترل قند خون دارند و به حفظ سلامت قلب و عروق کمک می‌کند.

پیگیری

نکته مهم این است که آموزش و مشاوره دیابت باید ادامه‌دار باشد و به صورت سالیانه تکرار شود، زیرا ممکن است نیازهای مدیریت دیابت با گذر زمان تغییر کنند. تکرار آموزش‌ها و ادامه ارتباط با مشاورین دیابت در کنار مراجعه منظم به پزشک متخصص باعث حفظ انگیزه و توانمندی شما برای داشتن یک زندگی سالم با دیابت می‌شود. به یاد داشته باشید ما در دیابت تنها به دنبال کاهش قند خون نیستیم، بلکه هدف اصلی ما زندگی سالم در کنار دیابت است.

طیبه دهقانی مدرس ارشد دیابت

ترس از افت قند

افت قند خون شرایطی است که در آن قند فرد به ۷۰ میلی گرم بر دسی لیتر یا کمتر می‌رسد و معمولاً با علائمی مانند لرزش بدن، عرق سرد، سرگیجه، تپش قلب، تغییر رفتار و عدم تمرکز همراه است. در صورت عدم درمان صحیح و به موقع، افت قند می‌تواند منجر به بیهوشی شود.

یکی از اشتباهات رایج، اعتماد به علائم ظاهری افت قند خون است، زیرا امکان دارد این علائم با حالت‌های دیگری مشابهت داشته باشد. مثلا گاهی اوقات در شرایط اضطراب و هیجان علائمی مانند لرزش دست و صدا، بی‌قراری، عرق کردن و غیره ایجاد می‌شود که مشابه با علامت‌های افت قند خون است.

حتی برخی اوقات در قند خون بالا، علائمی شبیه به افت قند از جمله سر درد، پرخاشگری، ضعف و گرسنگی ظاهر می‌شود. پس بهتر است ملاک تشخیص افت قند، دستگاه تست قند خون باشد؛ نه واکنش های بدنی.

برای درمان سریع افت قند، باید از قندهای ساده زود جذب استفاده شود تا قند سریع‌تر بالا بیاید و بدن طولانی مدت در حالت افت قند باقی نماند. برای جلوگیری از افزایش قند خون بعد از درمان افت قند، مقدار مصرف این خوراکی‌ها نیز مهم است. موارد زیر بهترین انتخاب درمان افت قند هستند:

- ۴ حبه قند یا یک قاشق غذاخوری شکر حل شده در نصف لیوان آب
- یک قاشق غذاخوری عسل
- نصف لیوان نوشابه غیر رژیمی یا آب میوه صنعتی

عزیزانی که به طعم قند و شکر علاقه‌ای ندارند، می‌توانند با این مقدار قند یا شکر، از قبل هر نوشیدنی دلخواهی مانند شربت آبلیمو و خاکشیر تهیه کنند و در صورت بروز افت قند استفاده نمایند.

مسئله مهم دیگر، در دسترس بودن این مواد غذایی شیرین است. این خوراکی‌ها همیشه باید داخل جیب، کیف، روی میز محل کار، کنار تختخواب ما قرار داشته باشند. چرا که یکی از علت‌های درمان اشتباه افت قند، در دسترس نبودن خوراکی‌های مناسب است. به این معنا که با توجه به کاهش تمرکز و هوشیاری و نبود توان تصمیم‌گیری صحیح در لحظه افت قند، فرصت انتخاب نوع خوراکی نیست و بهتر است این خوراکی‌های مناسب از قبل آماده باشند.

چرا ترس از افت قند پیش می‌آید؟

افرادی که تعداد دفعات افت قند زیادی دارند و مهارت خوبی برای درمان افت قند ندارند یا خاطرات ناخوشایندی از درمان نامناسب افت قند دارند، ممکن است از ترس افت قند، قند خود را بالاتر از محدوده کنترل نگه دارند. به ویژه اگر تجربه افت قند با بیهوشی و اتفاقات ناخواسته‌ای همراه باشد، برای فرد مبتلا به دیابت، خانواده و اطرافیان ممکن است این ذهنیت را ایجاد کند که در صورت بالا نگه‌داشتن قند، احساس امنیت بیشتری خواهند داشت. اما همانطور که می‌دانید بالا ماندن طولانی مدت قند خون و خارج از محدوده کنترل، موجب آسیب‌های جبران ناپذیری خواهد شد.

چگونه ترس از افت قند درمان می‌شود؟

- مرور آموزه‌های کنترل قند با فرد مبتلا به دیابت و خانواده او
- مدیریت صحیح قند خون پایین و پیشگیری از آن
- اطمینان حاصل کردن از اینکه تجربه‌های نگران کننده افت قند می‌توانند تکرار نشوند
- تست قند روزانه به طور منظم و هدفمند
- تحلیل و پیدا کردن علت ایجاد قندهای پایین
- مهارت تصمیم‌گیری منطقی و درست در ارتباط با مصرف مواد غذایی و تزریق انسولین

در نهایت با گذشت زمان و داشتن قندهایی در محدوده کنترل و بدون افت، فرد و اطرافیان قادر خواهند بود حس اعتماد گذشته خود را بازیابی کنند و به محدوده هدف قند خون دست پیدا کنند.

همایش علمی

دیابت رویکرد کاربردی
Diabetes in Practice

در راستای ارتقای توانمندی جامعه پزشکی و پیراپزشکی در زمینه مدیریت دیابت، انجمن دیابت گابریک در تاریخ ۱۸ الی ۲۰ آبان سال جاری برای ششمین سال متوالی دوره نهم همایش علمی «دیابت، رویکرد کاربردی» را با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی ایران در مرکز همایش‌های بین‌المللی رازی برگزار کرد دبیران علمی و اجرایی برنامه به ترتیب دکتر علیرضا استقامتی و دکتر سید عادل جاهد بودند.

در روز ۱۸ آبان ۹۸ نزدیک به ۱۰۰۰ نفر از پرستاران، کارشناسان تغذیه، کارشناسان بهداشت، کارشناسان مامایی و مراقبین سلامت در کنفرانس شرکت کرده و اساتید (به ترتیب حروف الفبا) دکتر استقامتی، دکتر درخشانیان، دکتر صداقت، خانم تارا صداقت، خانم عزیزیان و دکتر قائم‌مقامی درباره محورهای همایش که عبارت بود از مرور اپیدمیولوژی دیابت در ایران، ویژگی‌های آموزش استاندارد دیابت، مرور داروهای کاهش‌دهنده قند خون، مهارت ارتباط با فرد مبتلا به دیابت، مدیریت برنامه غذایی و فعالیت بدنی در دیابت به صورت case-based و مهارت تزریق انسولین و تست قند خون به صورت case-based، برای ایشان سخنرانی نمودند.

در روزهای ۱۹ و ۲۰ آبان نزدیک به ۵۰۰ نفر از فوق تخصص‌های غدد و متابولیسم، متخصصین داخلی، پزشکان عمومی و خانواده ها در سمینار شرکت کردند و اساتید (به ترتیب حروف الفبا) دکتر استقامتی، دکتر امیربیگلو، دکتر آقایی میبدی، دکتر جاهد، دکتر حدائق، دکتر حسین پناه، دکتر عبدی و دکتر قره در رابطه با گایدلاینهای مدیریت دارویی دیابت به صورت case-based، مدیریت فشار خون بالا در دیابت، مدیریت چربی خون بالا در دیابت و مدیریت نفروپاتی دیابتی، برای مدعوین به ایراد سخنرانی پرداختند. همچنین در روز ۱۹ آبان با همکاری گروه تحقیقاتی پای دیابتی مرکز تحقیقات دیابت و با حضور اساتید این مرکز دکتر مهاجری تهرانی، دکتر امینی، دکتر سنجری و دکتر اعلاء کارگاه مدیریت پای دیابتی برگزار گردید. در این روز همچنین کارگاه انسولین پره میکس با سخنرانی دکتر عبدی برگزار شد. در روز ۲۰ آبان ماه کارگاه مدیریت فشار خون با سخنرانی دکتر حدائق و کارگاه مهارت تزریق انسولین با آموزش خانم عزیزیان تشکیل شد که در هر دو روز استقبال چشمگیری از کارگاه‌ها به عمل آمد.

سخن مدیریت

پاییز و هفته ملی دیابت

پاییز با همه زیبائی هایش فرا رسید و فرش زمین رنگی شد. تمام فصل ها زیبائی خود را دارند ولی پائیز برای گابریکیان ویژگی دیگری هم دارد. و آن همزمانی سالروز جهانی دیابت در این فصل می باشد. در سال ۱۹۹۱ فدراسیون بین المللی دیابت IDF و سازمان جهانی سلامت WHO در پاسخ به رشد روز افزون بیماری دیابت در جهان روز ۱۴ نوامبر(۲۳آبانماه) را که سالروز تولد Frederick Banting کاشف انسولین می باشد به قدردانی از زحمات این دانشمند بزرگ، روز جهانی دیابت نامگذاری کردند. این روز در سال ۲۰۰۶ توسط سازمان ملل متحد به عنوان یک روز رسمی در تقویم جهان ثبت شد. روز جهانی دیابت بزرگترین پویش اطلاع رسانی در مورد دیابت است که هر ساله با محوریت مشخص و با شعاری که فدراسیون بین المللی دیابت انتخاب می کند در بیش از ۱۶۰ کشور جهان برگزار می گردد. این پویش دو هدف عمده را دنبال می کند که عبارتند از حساس کردن سیاست گزاران سراسر جهان برای توجه بیشتر به دیابت و آشنائی با فعالیت های سازمانها و بخش های مختلف جهانی در جهت ارتقای آگاهی مردم و مبتلایان. در سال ۲۰۰۷ میلادی حلقه آبی رنگ دیابت به عنوان نماد رسمی دیابت از سوی سازمان جهانی سلامت مورد تایید قرار گرفت.

در سال ۱۳۹۲ با پیشنهاد انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک و تایید وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران در راستای ارتقای آگاهی عمومی و توجه به معضل دیابت، در کشور ما این رویداد با عنوان هفته ملی دیابت برگزار می شود که با رعایت شعار جهانی، هر روز هفته با یک نام و شعار توسط بخش های فعال در کنترل دیابت هماهنگ می شود. لازم به ذکر است که در همین سال با ابتکار انجمن پویش روبان آبی با محوریت شعار سالروز جهانی اجرا گردید که تا بحال ۵ نوبت از آن سال به بعد به اجرا درآمده است. گابریک همگام با سایر بخش های مرتبط همه ساله در هفته ملی دیابت فعال بوده و اعضا و مخاطبین خود را در جریان برگزاری فعالیت های خود قرار می دهد. در شماره پاییز و زمستان فصلنامه جزئیات برنامه های اجرا شده امسال به اطلاع عزیزان خواهد رسید.

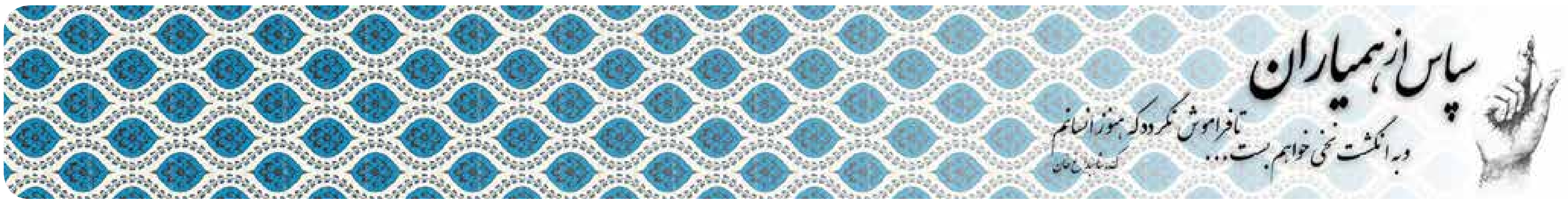
مهمترین نکته ای که باید یادآوری شود و تمام بخش های فعال در دیابت لازم است آنرا رعایت کند، این است که شعار سالروز جهانی دیابت در هر سال محدود به روز جهانی و یا هفته ملی نخواهد بود و یا در تمام ایام سال و مناسبت های مختلف سر لوحه برنامه های بخش مربوط قرار گرفته و شعار امسال هم که سال دوم خود را سپری می کند «دیابت نگرانی هر خانواده» به علت اهمیت خانواده در کمک به کنترل بیماری در فرد مبتلا باید مشمول این نکته مهم قرار گیرد. امید آنکه تمام عزیزانی که با دیابت زندگی می کنند به ویژه گابریکیان ارجمند، با رعایت مطالبی که آموزش دیده اند و به روز رسانی آگاهی های خود از هر گزندی مصون بمانند (آمین).

دکتر محمد تقی چراغچی
قائم مقام مدیر عامل

دیابت. نوع تو.

دیابت نوع تو همزمان با روز جهانی دیابت

انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک با حمایت شرکت سانوفی و با مشارکت منطقه فرهنگی و گردشگری عباس آباد، روز جهانی دیابت را در بوستان آب و آتش جشن گرفت.
در این رویداد تفریحی-آموزشی که در روز پنجشنبه ۲۳ آبان (۱۴ نوامبر) برگزار گردید، تلاش شد تا با آموزش نکاتی ساده و کاربردی، سطح آگاهی افراد مبتلا به دیابت و همچنین عموم جامعه در مورد پیشگیری از دیابت، افزایش یابد.



فرشته ای که آسمانی شد...
برای هر رویدادی می‌توان پاسخی یافت، جز برای رفتن‌های نابهنگام!
شاید «رفتن» خود پاسخ است و هیچکس نمی‌داند، جز آنکه رفته است... بانو شرقی نجفی متولد سال ۱۳۵۷ بود. وی در سن ۲۵ سالگی مبتلا به دیابت نوع یک شد و دیابت شروع دوره ی جدیدی از زندگی بود که او را با انجمن گابریک آشنا کرد ، از همان ابتدای عضویتش در خانواده بزرگ گابریک، دلش برای حمایت از کودکان دیابتی می تپید؛ به طوری که از همان آغاز، حمایت از کودکان دیابتی نیازمند را بر عهده گرفت و تا آبان ۱۳۹۸، زمانی که دیده از جهان فروبست، تا جایی که در توان داشت بر تعداد کودکان تحت پوشش خود که همچون کودک یک ساله اش دوستشان می داشت، افزود و یار و همراه همیشگی واحد مددکاری گابریک بود. طبع بلند و روحیه انساندوستی او، الگویی برای تمام گابریکی ها بود. گذر از مادیات و توجه به ابعاد معنوی زندگی، تعمق در آنچه به زندگی معنا میبخشد و آنچه می توان برای ساختن دنیایی بهتر انجام داد، مکتبی منحصربفرد در نگرش و تلاش برای بهتر زیستن را فراهم می ساخت. مهربانی این بانوی بزرگوار تا حدی بود که در سالروز تولدش دوستان را تشویق به اهدای هدایا به نفع کودکان دیابتی می نمود و خود از مهری که اهدا شده بود سرشار می گشت. متاسفانه این مظهر عشق و پاکی و مادر مهربان را پس از طی دوران کوتاه اما سخت و جان فرسا از بیماری سرطان از دست دادیم! غم فقدان آن عزیز بزرگوار برای گابریک و کودکان مبتلا به دیابت دردی عظیم و ضایعه ای وصف ناپذیر است. ایشان در واپسین روزهای زندگی پربار و ارزشمندشان کودکان دیابتی را به خاطر داشت و وصیت به اهدای هزینه تاج گل مراسم به نفع کودکان می کرد. همسر و خواهر بزرگوار خانم نجفی عزیز، با احترام به نیات خیر وی، راه سبزش را دنبال کرده و حمایت از کودکان تحت پوشش او را ادامه می دهند. روحش شاد و دعای خیر پدر و مادر کودکان دیابتی مددجو همراهشان.
خانواده محترم نجفی، خانواده گابریک را در این غم بزرگ شریک بدانید.

همیاران عزیز

لطفا در صورتی که تمایل دارید کودکان دیابتی مددجو را تحت پوشش قرار دهید با واحد مددکاری گابریک تماس بگیرید. ۸۲۴۳۳-۰۲۱ داخلی ۴

روش های کمک به انجمن دیابت گابریک

- شماره حساب ۰۱۰۲۳۳۴۱۱۷۰۰۱ بانک صادرات
- شماره حساب اینترنتی(شبا): IR ۸۰۰۱۹۰۰۰۰۰۰۰۰۱۰۲۳۳۴۱۱۷۰۰۱
- شماره کارت سپهر صادرات ۶۰۳۷۶۹۱۹۹۰۰۰۰۳۷۴

به نام انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک

- پرداخت از طریق موبایل با شماره گیری #۸۲۴۳۳*۷۸۰*
- درگاه اینترنتی سایت انجمن (gabric.ir/donations)

خواهشمند است جهت دقت هرچه بیشتر در ثبت کمک های شما بزرگواران، پس از واریز کمک های نقدی خود، با شماره ۸۲۴۳۳-۰۲۱ داخلی ۴ تماس حاصل فرمایید و اطلاع دهید.

مرضیه مهرآبادی | مدرس دیابت

مکانیسم‌های مؤثر در چاقی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱

چاقی به عنوان عامل اصلی خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ و عاملی برای عوارض معرفی می‌شود که نقش آن در دیابت نوع ۱ کمتر شناخته شده است. در ادامه مطلب گذشته، در این شماره از فصلنامه به بررسی شرایط و مکانیسم‌های مؤثر در چاقی افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ می‌پردازیم.

۱) اختلال تعادل انرژی

دریافت انرژی و مسیرهای سیری

ارتباط بین دیابت نوع ۱ و دریافت انرژی بستگی به عوامل فیزیولوژیکی، محیطی و روان‌شناختی دارد و روند افزایش دریافت کالری در نوجوانان می‌تواند به افزایش چاقی دوره جوانی کمک کند. رفتارهای تغذیه‌ای توسط مجموعه‌ای از مسیرهای موجود در محور روده ـ مغز تنظیم می‌شوند که توسط بافت‌های محیطی و عوامل بیرونی تحت کنترل بیشتری قرار دارند.

در کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ سطح پپتیدهای روده، گرلین و آمیلین کاهش می‌یابد، GIP افزایش می‌یابد و GLP-۱ و PYY تغییری نمی‌کنند که درمجموع نشان می‌دهند در دیابت نوع ۱ تنظیم پیام‌های اندوکرین روده، نقص دارد. بین گرلین و BMI یک رابطه معکوس وجود دارد که با کاهش گرلین در افراد چاق مطابقت دارد.

هورمون اینکرتین GLP-۱ وزن بدن را از طریق سرکوب کردن اشتها و تأخیر تخلیه معده تنظیم می‌کند و نقش آن در دیابت نوع ۱ به خوبی مشخص نشده است، زیرا تفاوتی بین سطح آن در افراد سالم و مبتلا به دیابت نوع ۱ پس از غذا وجود ندارد.

جدی‌ترین نقص تنظیم مصرف غذا در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ به علت نقص رهایش هورمون‌های انسولین، گلوکاگون و آمیلین پانکراس است. انسولین اشتها و وزن بدن را از طریق برهمکنش با سیستم عصبی مرکزی در پاسخ به توزیع مواد غذایی و میزان بافت چربی کنترل می‌کند و همراه با لپتین، تعادل انرژی را تنظیم می‌کند که انسولین تزریقی این نقش کنترلی را ندارد.

در شرایط طبیعی آمیلین نیز در پاسخ به محرک‌های غذایی از سلول‌های بتا ترشح می‌شود و باعث کاهش مصرف غذا، مهار ترشح گلوکاگون، تنظیم وزن بدن و افزایش مصرف انرژی می‌شود. در دیابت نوع ۱ سطح آمیلین به شدت کاهش می‌یابد و به محرک‌های غذایی پاسخ نمی‌دهد، بنابراین کنترل مصرف غذا آسیب می‌بینید.

در شرایط عدم مصرف غذا گلوکاگون از سلول‌های آلفا ترشح می‌شود و حالت سیری ایجاد می‌کند. این پاسخ سیری در افراد لاغر و مبتلا به دیابت نوع ۱ حفظ می‌شود اما در چاقی وجود ندارد.

اسیدهای صفراوی به طور مثبت با BMI همبستگی دارند و از طریق تأثیر روی رفتارهای غذا خوردن و برهمکنش با هورمون‌های روده مانند گرلین و GLP-۱ در مصرف غذا نقش دارند، اما نقش آنها روی چاقی در دیابت نوع ۱ هنوز مشخص نشده است.

مصرف انرژی

انرژی مصرفی تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی مختلفی ازجمله سن، فعالیت روزانه و ترکیب بدن به ویژه توده بدون چربی قرار دارد. ازآنجایی‌که در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ کنترل نشده، دفع گلوکز از طریق ادرار می‌تواند باعث هدر رفتن ۳۰۰ تا ۴۰۰ کیلوکالری در روز شود و همچنین افزایش ملایمی در انرژی مصرفی در حال استراحت (حدود ۱۰۰ تا ۳۰۰ کیلوکالری در روز) وجود دارد، معیارهای برآورد انرژی مصرفی و دریافت مواد غذایی افراد سالم برای افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ مناسب نیست. افزایش عملکرد سیستم عصبی سمپاتیک، افزایش مصرف پروتئین و عبور مواد از غشاهای سلولی، تغییرات فلور میکروبی روده و افزایش اندازه اندام‌های فعال در تغییرات انرژی مصرفی دیابت نوع ۱ نقش دارند.

۲) ژنتیک

ژنتیک دیابت نوع ۱ و آل‌هایی افزایش‌دهنده حساسیت ابتلا به دیابت نوع ۱ شناسایی شده‌اند. مطالعات DCCT نشان داد که سابقه ژنتیکی ابتلا به دیابت نوع ۲ ممکن است با تأثیر عوامل محیطی کنترل قند خون باعث چاقی در دیابت نوع ۱ شود. بعضی از ژن‌های مرتبط با چاقی و دیابت نوع ۲ با دیابت نوع ۱ نیز ارتباط دارند. ژن‌های درون مسیر سیستم مرکزی ملانوکورتین مانند FTO، گیرنده ۴ ملانوکورتین (MC4R) و پروپیوملانوکورتین (POMC) با چاقی ارتباط دارند و در کنترل عصبی اشتها و رفتارهای غذا خوردن نقش دارند. غربالگری ژنتیکی برای چاقی در دیابت نوع ۱ می‌تواند طبقه‌بندی افراد با بیشترین خطر ابتلا به چاقی (FTO) یا ابتلا به بیماری‌های پیشرفته‌تر (TCF7L2) را امکان‌پذیر سازد.

آنالیز ۳۰ جایگاه ژنتیکی BMI نشان داد که در طول زندگی یک رابطه U شکل بین BMI و بیماری کلیوی ناشی از دیابت، میکروآلبومینوری و مرحله نهایی بیماری کلیوی وجود دارد، درنتیجه داشتن وزن کم یا اضافه وزن باعث بروز عوارض می‌شود.

التهاب یک ویژگی برجسته در چاقی و دیابت نوع ۱ است که آل‌های پرخطر متعددی در آن نقش دارد. پروتئین ۳ القاکننده فاکتور نکروز دهنده تومور آلفا (TNFAIP3) یک جایگاه مستعد دیابت نوع ۱ است و تنوع این ژن با کاهش C-پپتید و افزایش HbA1c در ۱۲ ماه بعد از تشخیص ارتباط دارد و پلی‌مورفیسم‌های فقدان عملکرد تیروزین کیناز ۲ با افزایش خطر ابتلا به دیابت نوع ۱ ارتباط دارد.

۳) اپی‌ژنتیک

اپی‌ژنتیک با ایجاد تغییرات روی بیان ژن‌ها در طول زندگی با مداخله عوامل محیطی، پاسخ مسیرهای زیستی را کنترل می‌کند و روی حساسیت ابتلا به چاقی، دیابت نوع ۲ و نوع ۱ و پاتوفیزیولوژی آنها مؤثر است.

شرایط رحمی مادران مبتلا به دیابت نوع ۱ با سلامت آینده نوزادان ازجمله افزایش بافت چربی و اختلال عملکرد سلول‌های چربی، تغییر غلظت هورمون‌های متابولیک مانند لپتین و گرلین و افزایش خطر بیماری‌های متابولیک مانند پیش‌دیابت و دیابت نوع ۲ ارتباط دارد. خطر ابتلا به دیابت نوع ۱ در کودکان متولد شده از پدران مبتلا به دیابت نوع ۱ بیشتر است که به علت وراثت متفاوت آل‌های پرخطر، نقش‌پذیری متفاوت ژن‌های مادری و پدری (پدیده اپی‌ژنتیک) و کاهش خطر خود ـ ایمنی سلول‌های جزایر پانکراس در اولین سال زندگی کودکان متولد شده از مادران مبتلا به دیابت نوع ۱ است. تغذیه پس از زایمان نیز یک زمان بحرانی قرارگیری در معرض بیماری‌های متابولیک ازجمله دیابت نوع ۱ است. بنابراین محدوده رشد و نمو جنین در رحم و دوره پس از زایمان نوزاد به واسطه تغییرات اپی‌ژنتیک، یک زمان بحرانی است که عوامل تغذیه‌ای و محیطی را با پیامدهای بالینی آینده نوزادان مرتبط می‌کند.

براساس دانش فعلی احتمال حضور مجموعه منحصربه‌فردی از علائم اپی‌ژنتیک همسو در دیابت نوع ۱ و چاقی وجود دارد و ازآنجایی‌که به عنوان نشانگرهای خطر ابتلا به بیماری و عوارض آینده در نظر گرفته می‌شوند، برای اهداف درمانی مناسب هستند.

۴) میکروبیوم (جمعیت میکروبی دستگاه گوارش)

در چاقی نسبت جمعیت باکتری‌های Firmicutes و Bacteroidetes تغییر می‌کند. در دیابت نوع ۲ فراوانی باکتری‌های تولیدکننده بوتیرات کاهش می‌یابد، باکتری‌های بیماری‌زای فرصت‌طلب، عملکردهای مقاومت به دارو و احیای سولفات افزایش می‌یابد. پروفایل میکروبی به واسطه افزایش ناگهانی مسیرهای التهابی تغییر می‌کند و مخاط روده افرادی که به مدت طولانی به دیابت نوع ۱ مبتلا هستند، ویژگی پیش‌التهابی دارد و محتوای میکروبیوم آنها با گروه‌های سالم کنترل متمایز است. مواد غذایی مختلف روی تنوع و متابولیسم میکروبیوم تأثیر می‌گذارند و به علت حضور میکروبیوم روده، پاسخ قند خون افراد مختلف به غذاهای دارای بار گلایسمی یکسان، متفاوت است. تأثیر مداخلات تغذیه‌ای در دیابت نوع ۱ به منظور بهبود قند بالا، گسترش حساسیت به انسولین، تنظیم تعادل انرژی و ممانعت از خود ـ ایمنی از طریق برهمکنش با میکروبیوم روده به تحقیقات بیشتری نیاز دارد.

۵) اختلال عملکرد بافت چربی

توزیع چربی به ویژه تجمع بیشتر آن در ناحیه شکمی و ماهیچه‌ها با مقاومت به انسولین، دیابت نوع ۲ و انفارکتوس میوکارد مرتبط است و در افراد مبتلا و غیرمبتلا به دیابت نوع ۱ بدون در نظر گرفتن حجم کل چربی، نسبت بافت چربی پریکاردی به بافت چربی زیرجلدی با مقاومت به انسولین مرتبط است. اختلال عملکرد بافت چربی درطی پیشرفت چاقی که باعث التهاب، فیبروز، اختلال در آنژیوژنز و تغییر در رهایش آدیپوکین‌ها می‌شود روی حساسیت به انسولین، تعادل انرژی و سایر فرآیندهای کنترلی متابولیک تأثیر می‌گذارد.

۶) اختلال عملکرد سلول‌های بتا

قبل از آغاز از بین رفتن سلول‌های بتا در دیابت نوع ۱، شواهدی از اختلال عملکرد سلول‌های بتا و مقاومت به انسولین وجود دارد که گاهی اوقات با حضور چربی بیش از حد نیز همراه می‌شود. کودکان تازه تشخیص مبتلا به دیابت نوع ۱ و چاق سطح C-پپتید بالاتری نسبت به گروه‌های اضافه وزن و لاغر دارند. این یافته نشان می‌دهد که پیش از شروع فرآیند خود ـ ایمنی در دیابت نوع ۱، به واسطه چاقی مقاومت به انسولین وجود دارد و برای جبران آن سلول‌های بتا انسولین بیشتری تولید می‌کنند. در بعضی از افراد مبتلا به دیابت نوع ۱، سلول‌های بتا همچنان عملکرد دارند و ترشح انسولین تا حدی وجود دارد. حفظ یا بازگرداندن عملکرد سلول‌های بتای باقیمانده به عنوان روش‌های درمانی جدید دیابت نوع ۱ در حال بررسی است.

۷) اختلال عملکرد میتوکندری

ترشح انسولین با تحریک گلوکز (GSIS) از سلول‌های بتا به تولید ATP در میتوکندری بستگی دارد. چاقی با کاهش تنظیم فسفریلاسیون اکسیداتیو میتوکندری و کاهش DNA میتوکندریایی همراه است. اختلال عملکرد میتوکندری در دیابت نوع ۱ با نقص در مسیر تولید انرژی، اختلال تنظیم پروتئین‌های زنجیره تنفسی میتوکندری، اختلال ظاهری، افزایش استرس اکسیداتیو و بازآرایی پروتئوم میتوکندری همراه است. با مطالعات بالینی مشخص شد که خطر ابتلا به بیماری‌های کلیوی و رتینوپاتی در دیابت نوع ۱ نیز با اختلال عملکرد میتوکندی‌ها همراه است.

منبع:

Corbin, Karen D. et al. «Obesity in Type 1 Diabetes: Pathophysiology, Clinical Impact and Mechanisms». *Endocrine Reviews*.39,5 (2018): 629-663

مطالب و آگهی های موجود در این صفحه ویژه جامعه پزشکی - پیرا پزشکی می باشد ، لذا ملاکی برای مداخله در امور درمانی افراد مبتلا به دیابت نخواهد بود

مریم عزیزیان مدرس ارشد دیابت

آنچه لازم است در مورد پای دیابتی بدانیم

پای دیابتی، یکی از مشکلات رایج در افراد مبتلا به دیابت است که می‌تواند همراه با زخم پا و یا آمپوتاسیون باشد. از ریسک فاکتورهایی که احتمال زخم پا و متعاقب آن آمپوتاسیون را افزایش می‌دهند می‌توان به عدم کنترل قند، مصرف سیگار، بیماری‌های عروق محیطی، نوروپاتی محیطی به همراه کاهش حس محافظتی یا (LOPS) Loss of Protective Sensation، سابقه پینه (کالوس)، سابقه زخم پا و یا آمپوتاسیون، مشکلات بینایی و مشکلات کلیوی مخصوصاً دیالیز اشاره کرد. می‌توان گفت نوروپاتی و بیماری‌های عروق محیطی یا (PAD) Peripheral Artery Disease از مهم‌ترین عوامل ایجاد زخم پا و آمپوتاسیون هستند.

نوروپاتی می‌تواند به شکل حرکتی، حسی و یا اتونومیک باشد و هرکدام از آنها در ایجاد مشکلات پا نقش مهمی ایفا می‌کنند. نوروپاتی حرکتی با ایجاد تغییراتی در شکل ظاهری پا و به دنبال آن افزایش فشار در نقاط تحت فشار، نوروپاتی حسی با ایجاد LOPS و نوروپاتی اتونومیک با کاهش تعریق و خشکی پوست زمینه را برای ایجاد زخم پا فراهم می‌کنند. وجود این تغییرات به همراه بیماری‌های عروق محیطی و فشارهای مکانیکی مکرر زمینه را برای خونریزی‌های کف پا و در نهایت ایجاد زخم فراهم می‌کند.

بنابراین همه افراد مبتلا به دیابت لازم است به منظور تعیین وجود فاکتورهای خطری که می‌تواند پا را در معرض آسیب قرار دهد مورد معاینه و ارزیابی قرار گیرند. به همین منظور توصیه می‌شود در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در زمان تشخیص و در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ با سابقه ۵ سال ابتلا به دیابت، این معاینات انجام شود.

معاینه پا

قبل از شروع معاینات تهیه گزارش از بیمار به منظور بررسی فاکتورهای خطر ابتلا به زخم پا بسیار ضروری است. معاینات پا شامل معاینه و ارزیابی پوست، بررسی دفرمیتی عضله و استخوان، ارزیابی نورولوژیک، ارزیابی عروق پا و نبض آن است. در معاینه پا توصیه می‌شود به گفته‌های بیمار کفایت نشود و حتماً پا مستقیم و بدون کفش و جوراب معاینه شود.

برای معاینه پا، ابتدا هر دو پا از نظر ظاهری در زمان ایستادن و نشستن بررسی می‌شوند، سپس پوست پا از نظر وجود پینه (کالوس)، سابقه زخم یا آمپوتاسیون بررسی می‌شود و در ادامه، ناخن‌ها از نظر شکل ظاهری، وجود قارچ یا عفونت، رشد و ضخامت مورد بررسی قرار می‌گیرند. مشاهده دفرمیتی عضله و استخوان، می‌تواند سبب تشخیص سریع و به موقع نوروآتروفی شارکوت (charcot neuroarthropathy) شود که این بهترین روش برای پیشگیری از دفرمیتی پا و متعاقب آن زخم و آمپوتاسیون است.

در ارزیابی نورولوژی، تشخیص و بررسی LOPS به جای تشخیص نوروپاتی محیطی توصیه می‌شود و با تشخیص آن می‌توان از بروز و پیشرفت نوروپاتی پیشگیری کرد. متداول‌ترین روش برای تشخیص LOPS استفاده از تست میکروفلامان ۱۰ گرمی است. توصیه می‌شود به همراه این تست حداقل یکی از تست‌های pinprick، بررسی دما، لرزش و یا رفلکس مچ پا انجام شود. درصورتی‌که دسترسی به تست میکروفلامان ۱۰ گرمی نباشد، می‌توان از دو تا از تست‌های فوق برای تشخیص LOPS استفاده نمود.

با بررسی سرعت راه رفتن، خستگی پاها در زمان راه رفتن، اندازه‌گیری نبض پا (claudication)، پرسش در مورد دمای پا (احساس سرما یا گرما زیاد در پا) می‌توان سلامت عروق محیطی پا را ارزیابی نمود. در بیمارانی که نشانه‌ها و یا علائم PAD رادارند می‌توان از تست Ankle-brachial Index (ABI) استفاده کرد.

تمامی معاینات در طی یک دقیقه قابل انجام هستند، در ۱۵ ثانیه اول بررسی سلامت پوست و ناخن پا، ۱۵ ثانیه دوم بررسی میزان حرکت و نبض پا قابل انجام است و در ۳۰ ثانیه پایانی می‌توان سوال‌هایی در مورد بی‌حسی، سوزش، مورمور شدن پرسیده شود.

نتیجه ارزیابی معاینه پا

بعد از معاینه پا می‌توان از نظر سلامتی آن را به چهار گروه پای سالم، پا با خطر کم، پا با خطر بالا و پای پر خطر تقسیم‌بندی کرد. «پای سالم»، زمانی است که پا از نظر شکل ظاهری و حسی سالم باشد و در این شرایط لازم است سالانه معاینات انجام شود. در صورت وجود شواهدی از نوروپاتی حسی، «پا با خطر کم» است و هر شش ماه یک‌بار باید معاینه شود. «پا با خطر بالا» زمانی است که نوروپاتی حسی یا بیماری عروق محیطی و یا تغییر شکل پا وجود دارد و لازم است که هر سه ماه یک‌بار معاینات انجام شوند. «پای پر خطر» زمانی است که سابقه زخم یا آمپوتاسیون وجود دارد و نیاز است که هر ماه مورد معاینه و بررسی قرار بگیرد.

برای حفظ سلامت پا و پیشگیری از ایجاد زخم و آمپوتاسیون لازم است که در کنار معاینات پزشکی، بیمار و خانواده او در زمینه مراقبت از پا، تهیه کف و پاپوش‌های مناسب با وضعیت فرد، معاینات روزانه توسط فرد مبتلا به دیابت و یا افراد خانواده و رعایت بهداشت پا آموزش‌های لازم را ببینند. هزینه‌های مربوط به درمان زخم پای دیابتی و مشکلات آن بیش از هزینه‌های درمان بعضی از سرطان‌های معمول است که با صرف ۶۰ ثانیه وقت برای معاینه پای بیماران مبتلا به دیابت می‌توان آنها را از خطر زخم پا و آمپوتاسیون نجات داد و زندگی با کیفیت بهتری را به آن‌ها هدیه داد.

سیما عباسی مدرس ارشد دیابت

عوارض اورولوژی در مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۱

دیابت نوع ۱ با میزان بالای مشکلات ادراری و جنسی همراه است. بیماری‌های اورولوژی مرتبط با دیابت ناشی از اثرات متابولیکی بر بافت‌ها و اعصاب دستگاه تناسلی، مشکلات عروقی و هورمونی است. در اینجا نتایج یک مطالعه کوهورت هفت ساله بر روی ۶۵۲ زن و ۷۱۳ مرد مبتلا به دیابت را مرور می‌کنیم.

یافته‌های مربوط به زنان

اختلال عملکرد جنسی زنان (FSD) به شدت با سن و نه کنترل گلایسمی یا عوارض دیابت، ارتباط دارد. FSD نسبت به سایر عوارض اورولوژی شایع‌تر بوده که بیانگر اتیولوژی جداگانه‌ای از بی‌اختیاری ادرار (UI)، علائم دستگاه ادراری تحتانی (LUTS) و عفونت مجاری ادراری (UTI) است. مطالعات قبلی، از جمله UroEDIC که به دنبال مطالعه Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) انجام شد، افسردگی را عامل اصلی مرتبط با FSD معرفی کرده است. دومین عارضه شایع در زنان UI بود که می‌تواند منجر به پریشانی شدید، انزوای اجتماعی و کیفیت زندگی پایین شود. در مطالعه حاضر ۳۱ درصد زنان، UI هفتگی و یا بیشتر را گزارش داده بودند. نتایج مطالعه UroEDIC نشان داد یک سوم زنان مبتلا به UI، دچار LUTS نیز هستند.

در رابطه با UTI مشخص شد، در زنان مبتلا به نوروپاتی اتونوم شانس عفونت ادراری بالاتر است که می‌تواند نشان‌دهنده تخلیه ضعیف مثانه به علت سیستوپاتی دیابتی باشد. آنالیزهای دقیق‌تر اخیر، ارتباط بین UTI و سطح HbA1c بالاتر را نشان می‌دهد. ۴۰ درصد از شرکت‌کنندگان این مطالعه که دچار UTI بودند، مبتلا به UI یا LUTS نیز هستند که نشان‌دهنده همپوشانی بالقوه در اتیولوژی این عوارض است.

یافته‌های مرتبط با مردان

عوارض اورولوژی در شرکت‌کنندگان مرد بسیار شایع بود و ۶۲ درصد مردان حداقل دچار یک عارضه بودند. (Erectile dysfunction (EDIC با سن، کنترل ضعیف دیابت و سایر عوارض دیابت از جمله نوروپاتی اتونومیک ارتباط زیادی دارد. مشابه FSD، میل جنسی پایین در مردانی دارای تنها یک عارضه، بیشتر بود و ممکن است مسیرهای اتیولوژیکی مستقل از مکانیسم‌های متابولیکی، عصبی و عروقی داشته باشد. اختلالات ارگاسم، از جمله انزال رتروگراد و نداشتن انزال که ممکن است نشانه‌ای از آسیب اعصاب اتونوم گردن مثانه یا سیستم انزال باشد، همپوشانی زیادی با ED دارند. در یک چهارم از مردان LUTS متوسط تا شدید گزارش شده است؛ در مردان مبتلا به دیابت ممکن است بخشی به علت هیپرپلازی خوش‌خیم پروستات، سایر بیماری‌های مرتبط و ویژگی‌های جمعیت شناختی باشد.

بهبود عوارض اورولوژی

نتایج یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی نشان داد که با کاهش وزن و ورزش در زنان چاق، UI بهبود می‌یابد. احتمال بهبود ED در مطالعه حاضر مشابه نتایج مطالعات جمعیت‌شناسی است؛ ED یک اختلال برگشت‌ناپذیر ناشی از هیپرگلیسمی طولانی مدت در مردان مبتلا به دیابت تلقی می‌شود. کاهش میل جنسی بیشترین بهبود را داشت که این موضوع فرضیه اتیولوژی جداگانه این اختلال را تقویت می‌کند. در نهایت می‌توان گفت هر چه سابقه ابتلا به دیابت در افراد طولانی‌تر شود و با وجود جلوگیری از ابتلا به عوارض دیابت، عوارض اورولوژی ممکن است تأثیر منفی بیشتری بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد.

مطالب و آگهی های موجود در این صفحه ویژه جامعه پزشکی - پیرا پزشکی می باشد . لذا ملاکی برای مداخله در امور درمانی افراد مبتلا به دیابت نخواهد بود

مدرس دیابت | تارا صداقت

همیاری با فرزندمان
در مقابله با شرایط دشوار

احساسات در بررسی زمینه‌های رفتاری اهمیت بسیاری دارند؛ هم احساسات کودکان و چگونگی ابراز آن‌ها و هم احساساتی که بزرگ‌ترها در واکنش به آنها نشان می‌دهند. موضوعی که در این مقاله می‌خواهیم به آن بپردازیم این است که چگونه می‌توانیم با ایجاد محیطی احساسی و عاطفی، فرزندمان را در مسیر خود مراقبتی حمایت کنیم.

احساسات به صورت یک زنجیره قرار دارند که دسته اول احساسات مثبت و ملایم مانند علاقه‌مندی، رضایت، همدلی، محبت و شادی و دسته دوم احساسات آزاردهنده‌ای مانند ترس، اضطراب، خشم و اندوه هستند. هیجان‌های دسته دوم ریشه بسیاری از مشکلات و چالش‌های فرزندان ما در خود مراقبتی دیابت هستند. فرزند دیابتی ما هنگام تزریق انسولین ممکن است بترسد، یا از کنترل دیابت خسته و ناامید شده باشد و یا رعایت تغذیه در مدرسه و مهمانی او را عصبانی کند. حال چگونه به فرزندمان کمک کنیم؟! با پذیرفتن عواطفش، اما معمولاً ما عواطف او را نمی‌پذیریم! به عنوان مثال، نباید ناامید باشی! سوزن که ترس نداره! خوب، بهتره که عادت کنی، چون قراره از این به بعد هر روز آمپول بزنی! بخاطر هیچی هیاهو راه انداختی! ببین برادرت کنار غذاش سالاد میخوره و اعتراض نمیکنه! از این بچه‌ها نباش. ...

خونسردی به معنای بی‌تفاوتی نیست. بچه‌ها باید بدانند کارهایی که انجام می‌دهند برای بزرگ‌ترها اهمیت دارد، باید بدانند شما نگرانشان هستید. سعی نکنید وقتی کودک در حالت بدی قرار دارد، وارد عمق مسائل شوید. برای درک بهتر این‌چنین موقعیت‌ها به زمانی که از چیزی عصبانی یا اندوهگین هستید فکر کنید، نزد همسر یا دوست نزدیکتان می‌روید تا درباره آن با او صحبت کنید. او اغلب به دلیل اینکه در مورد شما احساس نگرانی می‌کند و می‌خواهد اوضاع را بهتر کند به روش‌های حل مشکلات متوسل می‌شود و راه‌هایی پیشنهاد می‌کند. اما چیزی که شما می‌خواهید این است که بار احساسی خود را سبک کنید، کسی به حرفتان گوش کند و در حال حاضر احساسات شما را تصدیق و تأیید کند. در این‌گونه مواقع برای ارائه پیشنهاد و نصیحت‌های خوب آمادگی ندارید، هر چند که از روی حسن نیت باشد!

درباره فرزندانمان نیز همین‌طور است. عدم توجه کافی به احساسات کودک، به معنای وخیم‌تر کردن مشکلات است، چون کودک احساساتش را بلندتر فریاد می‌زند تا شنیده شود. پس چه کاری می‌توانیم بکنیم؟ مثلاً زمانی که فرزندمان احساسات منفی مثل ترس، خشم، غم و ناامیدی نسبت به دیابت دارند، اولین و بهترین راه برای ارتباط‌گیری، کمک به توصیف احساساتشان است؛ ما به آنها نشان می‌دهیم احساساتشان را می‌پذیریم و به آنها احترام می‌گذاریم. درنتیجه قابلیت پذیرش محدودیت‌ها در فرزندمان بیشتر می‌شود.

۱) با توجه و آرامش کامل به حرف‌هایش گوش دهید

فرزندمان بیش از آن که کلمات را بشنود، لحن و تندی آن را احساس می‌کند پس سعی کنید آرام و آهسته حرف بزنید، در کنارش و هم سطح او قرار بگیرید تا حضور آرام شما را کاملاً احساس کند.

۲) احساساتش را تأیید کنید

با کلماتی مانند اوهوم، درسته و متوجه هستم، احساسات او را تأیید کنید و به احساس‌های او نامی دهید. به عنوان مثال: این‌طور که به نظر میاد واقعاً اذیت شدی! باید خیلی دردناک بوده باشه! از اخمت معلومه مخالف هستی! مثل اینکه نگرانی میخوای درموردش صحبت کنیم! تو احساس خستگی می‌کنی چون باید هر روز انسولین تزریق کنی! تو احساس حسادت می‌کنی چون مثل دوستت نمی‌تونی هر چیزی که میخوای بخوری!

۳) اعتقاد خود را نسبت به توانایی کودک در مقابله با شرایط دشوار به او منتقل کنید

اگر او کج‌خلقی می‌کند به‌جای اینکه به او بگویید دیگر بس است، سعی کنید به او اطمینان دهید. قاطعانه و ملایم بگویید اشکالی ندارد، بهتر می‌شوی، تو می‌توانی آرامشت را به دست آوری و یا موقعیت‌های قبلی که توانسته بر آنها غلبه کند را به او یادآوری کنید. وقتی کودک کمی آرام‌تر شد، با پرسیدن سوالاتی تصویر بهتری خواهید داشت مثلاً وقتی این کار را می‌کردی در فکرت چه گذشت؟ یا می‌خواستی چه اتفاقی بیافتد؟ در نظر داشته باشیم در بعضی مواقع نیز میلی به گفتن ندارند زیرا می‌ترسند دلایلشان در چشم بزرگ‌ترها مهم جلوه نکند. پس به‌جای سؤال پرسیدن از جملاتی مثل می‌دونم از یه چیزی ناراحتی، استفاده کنیم.

۴) برای تسکین احساسات آشفته او تلاش کنید

فعالیت‌های جسمانی، نقاشی کشیدن احساساتشان، در آغوش کشیدن و یا انجام فعالیت مورد علاقه برای تسکین احساسات آزاردهنده کودکان می‌تواند مفید باشد. برخورد داستان گونه و همراهی با شعر نیز می‌تواند سودمند باشد. به عنوان مثال: بیا به من نشون بده چقدر عصبانی هستی و احساسات تو همونجور که هست برام بکش! شما می‌توانید آرزوهای آنها را به صورت خیالی برآورده کنید مانند کاشکی می‌تونستم همین حالا برات سوزن نامرئی حاضر کنم و یا اگه تو جای دانشمندا بودی چطور می تونستی این درد رو کم کنی؟ حتماً در نظر داشته باشید روح امید و کوشش و خیال‌پردازی را در آنها بدمیم و از تحقق رویاهایشان حمایت کنیم.

شناسنامه

فصلنامه داخلی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک
سردبیر این شماره: دکتر منصور سیاوش
مدیران اجرایی: مریم طباطبایی، مرضیه مهرآبادی
ویراستار: مهوش فرجودی
مدیر هنری: مریم طباطبایی
همکاران این شماره (به ترتیب حروف الفبا): دکتر علی بنکدار تهرانی، دکتر محمد تقی چراغچی، طیبه دهقانی، مینا زینلی، دکتر منصور سیاوش، دکتر بنفشه شاه نظری، تارا صداقت، شراره صدقی، سیما عباسی، مریم عزیزیان، دکتر فریبا قاسمی، مرضیه مهرآبادی
آدرس : تهران، میدان آرژانتین، خیابان خالد اسلامبولی (وزرا)، خیابان شانزدهم، پلاک ۴، انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک
تلفن: ۰۲۱ - ۸۲۴۳۳ آدرس اینترنتی: www.gabric.ir

Member of the International Diabetes Federation
International Diabetes Federation Centre of Education