دکتر محمد افخمی اردکانی، مرتضی رضیدی

دریافت‌نامه: 1388/08/10
پذیرش نامه: 1388/11/20

چکیده

دبایت‌هایی که بیمار را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. در این تعداد بیماری را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. در این تعداد بیماری را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دبایت‌هایی که بیمار را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود.

مقدمه

دبایت‌هایی که بیمار را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. در این تعداد بیماری را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود.

اخیر سرمایه‌های بیماری دیابتی‌ها در پیامدهای سلامتی، دیابت‌هایی که بیمار را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. در این تعداد بیماری را به خود اختصاص داده است. در حال حاضر تعداد بیماران دبایت‌دیده در ایران حدود ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود.

در سال ۱۹۹۷ حدود ۱۲۵ میلیون نفر بوده است که برآورد

---

1- (نوبه‌نامه مستند) استادیار گروه آموزشی غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدیقی یزد
2- پزشک عمومی، پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی یزد

diabet_center@yahoo.com

348
در سراسر جهان روبه‌روی افزایش است و در نتیجه می‌رود که سرعت این افزایش در دیابت نوع ۲ بیشتر باشد که به دلیل تغییر شیوه زندگی است که منجر به افزایش شیوع چاقی و کاهش میزان فعالیت بدنی است. میزان وقوع دیابت نوع ۲ در بعضی از جزایر آسیای آرام، بسیار زیاد بوده، در کشورهای نظیر هند و ایالات متحده در حد متوسط و در روسیه و چین بسیار کم می‌باشد، به نظر می‌رسد این اختلافات ناشی از عوامل زنگی و محیطی‌بادش [۱۰] مطالعات ایپیدمیولوژیک نشان داده که دیابت در ایران دارای توزیع متغیر است، در مطالعه‌ها در اصفهان بر روی افراد بالای ۵۰ سال و بالای انجام گرفت شیوع دیابت ۷-۸ درصد و در بخش مرکزی استان زنجان، ۲۰% در مناطق شهری و ۱۳/۶% در مناطق روستایی است. بر اساس یک مطالعه در مقایسه با سایر استان‌هایی که مطالعه مشابه انجام داده‌اند، دیابت در استان یزد شیوع بیشتری داشت [۱۶].

عوامل خطر دیابت نوع ۲

- سایه‌داری فامیلی دیابت (والدین، خواهر، برادر…)

- جّاقی (BMI≥۲۷ kg/m²)

- مزیت‌های‌انفرادی (کاهش وزن‌برداری در کودکی و نسبت وزن به ارتفاع بالا در کودکی)

- نیاز (آفریقایی، آمریکایی، اسپانیایی، آسیایی، آمریکایی، آسیایی)

- زایمان نزدیک (در انتهای کودکی و نسبت وزن به ارتفاع بالا در کودکی)

- تاریخچه دیابت بارداری با تولد نوزادها با وزن بیش از ۴/۵ کیلوگرم

- فشار خون بالا (فشار خون ≥۱۴۰/۹۰ mmHg)

- وزن باین هنگام تولد

- اختلال تست حمل گلوکز (IFG، IGT)

- گستردگی خون‌ریزی کبدی (Syndrom Polycystic Ovarian)

- استرس

- رژیم غذا

- سیگار

عوامل خطر سابقه فامیلی

دیابت نوع ۲ بیماری فامیلی است و استدلال‌های مختلف کننده‌ای در حمایت از این موضوع وجود دارد. از بین روند زننده‌ای دیابت نوع ۲ نسبت به ارتباط آن با دیابت نوع ۱ ابتلا به دیابت به علت ایجاد عوارض باعث تحمل رنج و هزینه زیادی در بیمار می‌گردد [۶]. که این عوارض شامل افزایش خطر بیماری‌های قلب‌ی عروقی [۷] بیماری مرحله انتهایی کلیوی [۸-۱۰] کوری و آمیوتونسیوس اندام تحتانی [۱۱-۱۰] است. پس از ۱۰ سال از کشف دیابت، بیش از ۲۰٪ بیماران دچار یک حادثه قلبی- عروقی (انفارات و میوکارد) است، استرتوک نارسایی قلی‌ی مارگ ناگهانی کمتر از ۵٪ دچارگری که کمتر از ۲۷ دچار بیماری مرحله انتهایی کلیوی و یا آمیوتونسیوس اندام تحتانی می‌شوند [۱۲].

یاپو فیزیولوژی

دیابت نوع ۲ به ناهنجاری‌های فیزیولوژیک از جمله اختلال ترشح‌ای انسولن، مقاومت محتقی به انسولن و تولید بیش از حد گلوکز به سیستم کبدی مشخص می‌شود. چاقی به ویژه از نوع مرکزی در دیابت نوع ۲ بیشتر شایع است. برخی از محققین بیولوژیکی قطعه آدنوسیت‌ها تولید می‌شوند (نقطه اولین، تومور نکروز فاکتور آفی اسید چرب آزاد) سبب تداخل در مراحلاند در ترشح انسولن، عملکرد انسولن و نیز تعادل وزن بدن مشکل می‌شود و ممکن است در ایجاد مقاومت به انسولن نقش داشته باشد. در مراحل اولیه این بیماری علی رغم مقاومت به انسولن تحمل گلوکز در حد طبیعی باقی ماند، چون سلول‌های بیان یانکراس با افزایش تولید انسولن مشکلی را به جا می‌گذاشت. با پیش فرمای قانونی به انسولن و هیپرئولوژی دیابتی، جاری‌یانکراس قادیر به حفظ و تداوم افزایش انسولن خون نخواهد بود که در این حالت عدم تحمل به گلوکز ایجاد شد و کاهش بیشتر انسولن و افزایش تولید کبدی گلوکز مشابه به دنبال اشکال همراه با هیپرگلیکئی ناشی می‌شود و در نهایت ممکن است نارسایی سلول‌های بی‌نارخ دهد [۱۳].

ایپیدمیولوژی

میزان قطع دیابت میلی‌توس در دو دهه گذشته به نحو چشمگیر افزایش یافته و بیش بینی می‌شود در آینده نزدیک همچنین افزایش بی‌پای زنده نزدیک به طوری که تعداد بیماران دیابتی بالای ۲۰ سال در سراسر جهان در سال ۲۰۰۰، ۱۸۲ میلیون نفوس زده شده و انتظار می‌رود در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون برسد [۱۶]. اگرچه میزان وقوع دیابت نوع ۱ و ۲
چاقی
ارتبا ت بین چاقی و دیابت نوع ۲ به علت بسیاری از
فاکتورهای هتروژنی، پیچیده و گیج کننده است. با این وجود
مطالعات مختلف شان داده که چاقی در پاتونز دیابت نوع
۲ نقش دارد. به طور کلی پذیرفته شده که چاقی قطعاً مؤسس
ظاهر شدن بیماری در افراد است که از لحاظ زنتیکی
مستقیم سازمان دهی‌های جهانی در سال ۱۹۸۰ برای
کرد. چاقی، قوی‌ترین ریسک فاکتور دیابت نوع ۲ است [۲۰].
در میان افرادی که چاقی نیستند، در افرادی که چاقی هستند
کمتر است. چاقی هر یک از دو فاکتور مشابه با یکدیگر
بوده و بروز دیابت نوع ۲ همچنان است. چاقی هر مکریز
همچنین به شیوع پایالی بیماری‌های عروقی در کودکان
هیپرسولونیمی، هیپرتونیک‌گرایی، هیپرکلسترولمی، فشار
خون و اختلالات هورمون‌های جنسی همگرا است [۲۰-۲۲].
و با متقابلیت انسولین و مقاومت به انسولین یک‌سان
ربوط به دیابت می‌باشد. در صورتی که بیماران
دیابت نوع ۲ می‌باشند همچنین به عنوان ریسک فاکتور
پیشرفت دیابت محسوب می‌شود [۲۲-۲۴].
پروتئین‌های پسایری در پاتونز چاقی دخالت دارند، در
میان آنها لیپین نش فشر مکریز را باز می‌کند. لیپین یک
پروتئین ۱۴۶ اسید آمینه‌ها بوده و توسط پی و دویندی
شده و توسط آمبیون‌ها بیان می‌شود و به قدری چربی
در سلول بیماری باشند، میزان لیپین در بیشتر صدای می‌شود.
لیپین می‌تواند از این برند خاصی باشد هر میلی‌متر مورفوم
مکانیسم گردید، که شامل تنظیم انرژی حساس‌سازدان
جبهه ابتدایی و کاهش اشتها [۲۵-۲۶] است.
زماینی که عملکرد لیپین کشف شده، محققان تصریغ گردند
که لیپین می‌تواند در درمان چاقی به کار رود. متاسفانه این
مطلب تنها در موارد نادری که توسط نقش فشر لیپین و یا
اختلاف نشیبی بیشتر این سلولان را صادر داشته است. به دلیل این
که لیپین از انسولین چربی‌های فشر می‌باشد، اکثر افراد
چاق دارای سطوح بالای لیپین هستند. اما نمی‌تواند به اکثر
ایجاد پاسخ‌های مورد انتظار شود. این بیده مقاومت به لیپین
قوی‌تر می‌باشد. عوامل زنتیکی نش فشر ممکن در بروز دیابت نوع
۲ دارد. برای این که هنوز بسیاری از زن‌های زیست‌ساز این مبتلای
بیماری پلی‌نیک و جنی عمیل می‌باشد. لکسوس زنتیکی متنوع
در استعداد ابتلا به این بیماری نقش دارد. فاکتورهای
محیطی (نظر تغذیه و فعالیت فیزیکی) نیز در بروز فونیک
آن مؤثر هستند [۱۷]. همان‌طور مبتلای دیابت نوع ۲ در
دو فرآیندهای سبیان [۳۸] تا [۳۰] درصد است و اگر یکی از
آنها مبتلا به دیابت باشد احتمال درگیری دیگری [۵۰]
می‌باشد. افرادی که یکی از اینشان مبتلا به دیابت قرار
هستند در معرض خطر بروز بیماری برای آنها به دیابت قرار
همچنین در میان افرادی که این گروه دارند، بالاتر است.
آزمایش‌های هر یک از دو بیماری با دیابت نوع ۲ و بروز
بیماری در فرم‌های ۲۰٪ است و گروه دو مبتلا باشد
خطر بروز بیماری ۴۰٪ می‌باشد [۱۸-۱۹]. مقدار انسولین
به انسولین که صورت کاهش مصرفی گلکوز در عضلات
اسکلتی، نامیان می‌شد به جای‌اش هر می‌باشد. این حالت
تعیین‌نامه‌های زنتیکی دایت نوع ۲ هنوز مشکل است.
چون نقش زنتیکی ترسیح به افراد مبتلا انسولین ممکن است تا
زماینی که یکی از عوامل محیطی با یکی نش فشر دیگر نظر
چاقی با آن اضافه شده باشد. این‌آگاه تاکید نمی‌کند.
خشانی افرادی که در مولتی‌کولهای مختلف مسئول عمل انسولین، دچار
موتاتونیون شده‌اند (مثل گیبره نزولن و آنزیم‌های مسئول
هموساز گلکوز) به تعیین نقاط کلیدی عملکرد انسولین کمک
کرد. سنا. این حالت بروز موتاتونیون در مولتی‌کولهای
مستقل ترسیح انسولین در افرادی مبتلا به دیابت نوع ۲
دیده نشده است. در خلاق دایت نوع ۲۸٪ خواه و برادر و
۳۳٪ اولاد افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مبتلا به دیابت هستند
و یا نت ترم گلکوز مختل دارند [۱۳]. در این مطالعه،
شیوع دایت به افرادی که بعد دایتی داشتند ۲۸٪ و در
افرادی که مادر دایتی داشتند ۲۷٪، و در افرادی که خواهر
و برادر دایتی داشتند ۲۹٪، و [۱۶].
وزاد شیوع دیابت در میان گروه‌های نزادی به طور قابل توجهی متفاوت است. بالاترین شیوع در قبیل بیمه آژونا گزارش شد [18]. گزارش کره اند که کاهش بهبود سنجشی از جمله هنگ‌زیاده در شیوع اختلال تخلیه گلوبولدار درد (WHR) از این دیابت بیش از افراد جوان غیر دیابتی بود و به رابطه مستقیم بین میزان لپتن خون و نمایه هود بدن دیده شد. همچنین در این مطالعه یک ارتباط معکوس بین میزان هورمون لپتن و انسولین در افراد دیابتی جوان وجود داشت در حالی که در گروه جوان غیر دیابتی این رابطه مستقیم بود [25].

تغییرات شیوع زندگی مربوط به چاقی، فقرتاها و تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی نشان اولی در پیشگیری و درمان دیابت افزایش نوع 2 بزاری می‌کند. مطالعات مستقل در جنین گروه قومی نشان داده که شیوع دیابت در فول 0 تا ۴ درصد کاهش دیابتی از افزایش فقدان مغز و مقاومت به انسولین درکند. فاکتور مشخص پیش‌رفت دیابت نوع 2 می‌باشد. تعداد زیادی از مطالعات آیپیدمولوژیک نشان داد گاه و شیوع زندگی ساکن به طور واسطه در پیش‌رفت دیابت نشان داده خطر ایجاد دیابت در افراد این نمایه توده نزدیک 21 کیلوگرمی می‌باشد [27-31].

در یک مطالعه نوع 2 در خانه های جوان ۳۰ تا ۵۵ ساله پی‌گیری شده بود در این ۴۰ درصد ایرانی‌ها از افراد دیابتی به طور قابل تشخیص نشان داده [22] از یک مطالعه دیگر تخمین زده شد که در صورتی که بیماران دارای نمایه تواده بهبودی کمتر از ۲۲ درصدی ایجاد دیابت می‌توانند [24]. آنگاری که افزایش دیابت این نرخ باعث نمایه‌های دیابتی نوع یک و ۷۷٪ خانواده افراد دیابتی از دیابت یک‌پاپیون کنند [29] با این که خطیر ایجاد دیابت نوع ۲ از دیابت انسکوش به دنبال افزایش این بهار و لیت این ارتباط با سایر فاکتورهای شامل مدت چاقی، توزیع چربی بدنی، نزدیک سایر افراد دیابتی و چاقی، کاهش وزن ناشی از دیابت و شاید سرطان رشد جنین و اولین سال پیچیدن می‌شود [120].

مطالعات مقطعی و طولی نشان داده که توزیع چربی بدنی یک ریسک فاکتور دیابت نوع ۲ غیر وابسته به چاقی برزیلیت و در یک سه‌درصد توزیع چربی بدنی است. [31-33] در مطالعات آیپیدمولوژیک مقطعی که از نسبت دور کمر به هیپ (WHR) در برنیس توزیع چربی استفاده شده.
در هنگام بارداری به ویژه پس از ازاین منneh خسارت قدرتندی
برای پیشگیری تداوم دیابت پس از بارداری است [۱۴۲] بن np
عذرت می‌گیرم از گرهرهای زانوی شیوع دیابت متفاوت است
و فاکتورهای چون قافیه عدم فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی
در بروز دیابت قابل داده‌ند. مطالعاتی نشان داد که زایمان‌های
آمریکا، آسیایی‌ها مهاجر به عربی و مکزیکی آمریکایی‌ها خطر
بالایی برای دیابت دارند. در تمام اقلیت‌های نژادی به جز
بولویه‌ای اسکال و شیوع دیابت نوع دو، دو برای انتخاب
سفید بوده است. پیشتر مطالعات نشان داد که افراد از دیابت
شیوع نفروپاتی در سیاه پوستان می‌تواند ۴ برابر نسبت به
سفید پوستان باشد. رندرپت، میزان‌های بالاتری در سیاه
پوستان، اسپانیولی‌ها، بیماری‌های انسولینیک است. به سفید
پوست در آمریکای آتولین ادامه تحقیق در زمینه پوست مشترک
از سفید پوستان دیده می‌کند و سرخپوستان آمریکایی‌ها
برای دیابت پوستن داشت آمریکایی‌ها می‌تواند. مرتالین‌های
ناشی از دیابت در اقلیت‌های نژادی مشترک از احتمالات
پوست می‌باشد و این میزان در حال آینده از دیابت است [۱۳۹].

دهی پس بارداری
در دوران پس بارداری مقدار حاصلات انسولین از پانکراس
زنان باردار به طور نرمال افزایش می‌یابد و این علت از دیابت
هویم‌ها جزیی در طول دوران پس بارداری است که باعث شده
انسولین نرمال بدن بکتری فورد خون با مشکل‌های
شو و نیاز به انسولین بیشتری برای مصرفه این هورمون‌ها
باشد. اگر بدانیم که برای تولید انسولین کافی نیست سبب
افزایش قند خون در ماه‌های بعدی بارداری می‌شود [۴۰-۴۱].
خانم‌هایی که مبتلا به دیابت بارداری هستند، با
احتمال ۵۰٪ در ۲۰ از ایندیه دیابت انتقال یافته خوایند
شد [۴۲]. که در صورت شدت بیشتر دیابت بارداری، نیاز به
انسولین جهت درمان بوده و سن کمتر بارداری در زمان
تشخیص دیابت این خطر را افزایش می‌دهد [۴۳]. اگر
هیپرگلیکمی ناشی از بارداری آسیب دیده، تیماربیاف دیابت
پس از بارداری افزایش می‌یابد. برای مثال خانم‌هایی که میزان
گل zoek‌نتای آنها ۱۰-۱۲۰ mg/dl باید دیابت
آسیب دیده شده و وقتی گل zoek‌گر افزایش یافت آنها از
۱۴۰ mg/dl زنان دچار دیابت آسیب دیده خوایند
شد. همچنین مهم‌ترین نتیجه گرفته‌اند که درمان به انسولین

References:
[۱۴۲] کامل می‌باشد. اگر به می‌اندازند برای این پیش‌گیری تداوم دیابت پس از بارداری است.
یکی از فاکتورهای محیطی که جدیتر بیان شده است ارتباط بین بخش داخل رحمی و ایجاد دیابت، چاقی و شبیه از ریسک فاکتورهای قلبی و عروقی است. نتایجی که در هنگام تولد کوچک و بالاتر هستند می‌تواند با این اختلال ارتباط داشته باشد. همچنین با افزایش شروع دیابت نوع 2 یافته شده است که در مطالعات جدیدی نشان داده شده است که این اختلال به نشانه فشار و栈 بالا و انحرافات پوتوکسیمیک داده شده است. در این مقاله، نشان داده شده است که دیابت نوع 2 با افزایش در ضریب همین نتایج اخیراً در بجهای مختلف جهان دیده شده است. باعث شدیدکننده این است که فرزندان مادران دیابتی در خطر بیشتر ابتلا به دیابت سنگین هستند. تحت این شرایط، اثر دیابت مادری بر روی گفتار−69 (از جایی که حیاتی این نتایج اثبات می‌شود) 30 (یک اثر ارتباط خنثی بین بزرگ‌سایزی هنگام تولد و خطر ایجاد دیابتیات می‌توان انگیزش داشت. این یافته‌ها نشان دهنده اهمیت پاتوفیزیولوژی می‌باشد. نتیجه آزمون ایجاد دیابتیات می‌توان در محیط داخل رحمی و خطر ایجاد دیابت نوع 2 خفیف‌تر متفاوت است. در مطالعاتی که در تابستان بر روی بجهای استنی 6 یا 8 سال انجام گرفت (95 CI) Odds ratios 2 برابر دیابت نوع 2 بعد از تعیین انتقال جنس، نامی نهاد و بدن سابقه، طبیعی دیابت، شرایط اجتماعی، انتقال دیابت و سابقه شاهد، هنگام تولد 1490 300 30 6/4 2 500 (کمتر از 24 500، و بیش از 24 500) و 187/8 200−187 4 2 500 (کمتر از 187 4 2 500) و بیش از 187 4 2 500. نتایج مطالعات کلیه، دیابت به نوبت ایجاد 18/9 2 500 (کمتر از 18/9 2 500) در ابتلا به دیابتیات 19/6 2 500 (کمتر از 19/6 2 500) و بیش از 19/6 2 500. نتیجه‌ها نشان دادند که این اختلال و سایر مقامات انسولین و فشار خون منجر به ایجاد دیابت، دیابتیات و سابقه فاصله پیغمردی بیشتری در مقاله‌ای بیماران دیابتیایی در هنگام تولد 111 (بعد از تعیین سن بارداری و وزن هنگام تولد)
جنس (دارای ارتباط مکسسی با خطر ایجاد دیابت بود، در این مطالعه چاقی در بزرگسال مهی‌ترین ریسک فاکتور ایجاد دیابت نوع ۲ در اولیه میانسالی بود [۷۲].) بنابراین هنگام تولید اغلب با تسریع رشد از تولید همراه است و این می‌تواند در خطر ایجاد دیابت در میانسال مهم باشد. مشخص شده است که چاقی در دوران کودکی آسپرسان را با چاقی ایجاد شده در بزرگسالی است. [۷۳] اما در همه مطالعات این جنین نبوده [۷۴-۷۵]. همچنین سوالاتی و جریان داده‌های افراد در دوران کودکی باعث ایجاد کاهش حساسیت به انسولین در سال‌ها بعدی می‌گردد [۷۶-۷۷]. به طور گسترده‌ای در سال‌های آینده افراد مشاهده شده که در مهر مد نظر در رشد قابل قبول در تولید چاقی با دخالت ایجاد دیابت نوع ۲ با وجود انسولین و خطر ایجاد دیابت نوع ۲ جلوگیری دارد [۷۸].

در National Diabetes Data Group (NDDG) سال ۱۹۷۹ به وسیله بیانیه "کمیته تخصصی تشخیصی و طبقه‌بندی دیابت قندی" تعریف شده است و تعریف آن عبارت است از سطح گلکوز بالا‌سیبین یکی (Non fasting blood glucose or plasma glucose) نشان دهنده ریسک فاکتور اصلی ایجاد دیابت در سندرم تخمدان پی‌کیستیک است [۷۹].

در مصرف ۷۵ گرم گلکوز خوراکی IGT، با عنوان ریسک فاکتور دیابت در این‌جا مطرح می‌باشد، تعریف شده است و تعریف آن به عبارت است از سطح گلکوز بالا‌سیبین ۷۰-۷۹ میلی‌مالی. 

در پژوهشی که انجام شده‌است، افرادی که با گلگوز بالا سیبین نشان دهنده ریسک فاکتور اصلی ایجاد دیابت در سندرم تخمدان پی‌کیستیک Proposed ۴۰ (به علاوه بیانیه "کمیته تخصصی تشخیصی و طبقه‌بندی دیابت قندی" ۱۰۰) باعث خطر ایجاد دیابت نوع ۲ در افراد دختر و یا افراد با درصد تعریف گلگوز بالا‌سیبین یکی (Non fasting blood glucose or plasma glucose) نشان دهنده ریسک فاکتور اصلی ایجاد دیابت در سندرم تخمدان پی‌کیستیک است. 

از این‌جا نتیجه گرفته شد که افرادی که در این نتیجه بررسی‌ها با گلگوز بالا سیبین نشان دهنده ریسک فاکتور اصلی ایجاد دیابت در سندرم تخمدان پی‌کیستیک 

در مورد خطر قابل توجهی برای ایجاد دیابت IGT با IFG یا 

۱- ۲ دیابت نوع ۲ و بیماری‌های قلبی-عروق در مراجعه داده شده همکاری می‌کنند و در این مطالعه چاقی در بزرگسال مهی‌ترین ریسک فاکتور ایجاد دیابت نوع ۲ در اولیه میانسالی بود [۷۲]. بنابراین هنگام تولید اغلب با تسریع رشد از تولید همراه است و این می‌تواند در خطر ایجاد دیابت در میانسال مهم باشد. مشخص شده است که چاقی در دوران کودکی آسپرسان را با چاقی ایجاد شده در بزرگسالی است. [۷۳] اما در همه مطالعات این جنین نبوده [۷۴-۷۵]. همچنین سوالاتی و جریان داده‌های افراد در دوران کودکی باعث ایجاد کاهش حساسیت به انسولین در سال‌ها بعدی می‌گردد [۷۶-۷۷]. به طور گسترده‌ای در سال‌های آینده افراد مشاهده شده که در مهر مد نظر در رشد قابل قبول در تولید چاقی با دخالت ایجاد دیابت نوع ۲ با وجود انسولین و خطر ایجاد دیابت نوع ۲ جلوگیری دارد [۷۸].
در داد و تا نسالی مبتلا به دیابت، خواهند شد [18-20]. همچنین بررسی دیگری نشان داد مصرف چربی اشامه همراه با افزایش خطر دیابت نوع ۲ بوده اما ارتباط وابسته به شایعه پدیده دیابت۱ است. همچنین در این مطالعه مصرف زیاد غوشت باعث افزایش خطر دیابت نوع ۲ [8-10]، به هر حال هنوز در بیان نقش رژیم غذایی در ایجاد عدم تحمل گلکوز اختلاف نظر وجود است [99-101].

استرس

استرس یک علت بالقوه برای هیپرگلیسمی مزمن است. نشان داده شده که استرس در اثر اثرات زیادی بر وضعیت متابولیک است. استرس باعث ترشح هورمون‌های مختلفی شده که متاثر می‌شود مثلاً سطح گلکوز خون کردن. افزایش هورمون‌های استرس مانند کانکولائین، گلکوکرتیپیدها و هورمون رشد باعث مقاومت به انسولین و عدم تحمل گلکوز و ایجاد مقاومت به انسولین می‌شود [101].'

گلکوکرتیپیدها همچنین باعث افزایش تولید گلکوز کبدی با ترکیب گلوکوژوئوز می‌شود.[102]. مقاومت به انسولین و افزایش تولید گلکوز کبدی که توسط گلکوکرتیپیدها ایجاد می‌شود موجب به افزایش انسولین می‌گردد و افزایش در سطوح انسولین بالاسما به وسیله اثر مهاری گلکوکرتیپیدها بر ترشح انسولین از سلول‌های باقی تقلیل می‌یابد [104].'

با وجود که مطالعات بر روی انسان در مورد نقش استرس در شروع و ادامه دیابت نوع ۲ اندک هستند، مطالعات حیوانی بسیار از این فرضیه حمایت می‌کنند [105]. ایجاد شده که فعالیت‌های آدرناکه‌های بیوتامولوم و سیستم مسایلی مزکی ایجاد اکسالتان اندوکرین مانند دیابت و دیابت نوع ۲ می‌باشد. است. از این رو استرس روانی باعث مقاومت به انسولین از طریق مسیر سایمونداکتن می‌شود [106-108]. زمان زیادی است که فرض ایجاد ارتباط بین افسردگی و خطر ایجاد دیابت مطرح شده است. از این‌رو مطالعه بیشتری اشاره باید در مورد این ارتباط است. در این‌رو مطالعه افراد تقریباً نسبت به براز مشخصه ایجاد دیابت نوع ۲ افراد دارای علائم افسردگی دییده شد.
سیگار یک ریسک فاکتور شاخص‌های شدید بیماری‌های عروق کرونی و استروک است. هر چند که دیابت و بیماری‌های عروق کرونی دارای علل مشترک بسیاری می‌باشد ولی سیگار یک ریسک فاکتور مستند بر دیابت نوع ۲ محسوب نمی‌شود [۱۱۷-۱۱۸]. سطع این مطالعه بیش‌تر این نتیجه کرد که افراد با دیابت نوع ۲ در خانیها و اقایام اسپسیل (۱۳۰-۱۳۱) در یک مطالعه بیس از ۱۱۸ سال پیشی بر اثر انتقال قرارداده می‌باشد که با دیابت نوع ۲ مشابه است که با درمان متغیری از مقاومت به اندازه‌ای، افرادی برای سیگار تویید گل‌زدی می‌شوند. اگرچه میزان دیابت در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد ولی اندازه‌ی مورد که مورد استفاده از افراد در دیابت نوع ۲ درآمد بیشتر باشد، یعنی با دیابت نوع ۲ افزایش شیوع با کاهش میزان غضروفی است. این دیابت بیماران عوارض باعث تحمل رنج و هرحدودی از داخل بیمار می‌گردد. که بیمار درمان بیماری محروم انتظار کلیوی، کوری و امپراتیوس ادامه تحت‌الکتای است. این افراد دارای دیابت در خطر پیشتر بیماری عروق کرونی، بیماری عروق عضلانی، سکته مغزی، قلبی، خون بالا، جنایی و جلویی هستند.

عوامل زننگی که نقش مهمی در بروز دیابت نوع ۲ دارند، به طوری که میزان برخوردار می‌باشد دیابت نوع ۲ دو قلوهای
نوست: نوزادانی که در همان گروه کوچکی که لاغر هستند دارای اختلال نسبی عملکرد گل‌زر و تغییر آن افزایش شیوع دیابت نوع ۲ می‌باشند. اختلال نسبی عملکرد گل‌زر با هیپرتکسیس و مقاومت به انسولین مشخص می‌شود و بک‌مرحله قبل از دیابت نوع ۲ می‌باشد.

تخمین زده شده که ۳۵٪ خانم‌های مبتلا به سندروم تخمدان پلی کستیک تست عملکرد گل‌زر دردیدن و سرانجام ۳۰ ساله مبتلا به دیابت می‌شوند که می‌تواند به عنوان پیامد مقاومت به انسولین باشد. شواهی و وجود دارک خوشه‌های می‌کند فاکتور‌های نقدی و نگرش مهمی در ایجاد دیابت دارد و هنوز در مورد فاکتورهای تغذیه‌ای در ایجاد عدم عملکرد گل‌زر و دیابت نوع ۲ اختلاف نظر وجود دارد که نظر مرس استرس در ایجاد مقاومت به انسولین و دیابت نوع ۲ دچار باشد. و لحن مطالعات کافی در زمینه نشش استرس در ایجاد دیابت نوع ۲ در انسان انجام نگرفته است. برخی مطالعات نشان داده که افزایش می‌تواند باعث افزایش خطر در برای ایجاد دیابت نوع ۲ گردند. همچنین مطالعات چندی نشان داده که سیگار با افزایش دیابت نوع ۲ در ارتباط است ولی هنوز نقش آن کاملا مشخص نشده است. بنابراین می‌توان با تغییر شیوه زندگی، افزایش فعالیت بدنی، کاهش وزن، کاهش استرس‌های روحی، ترک سیگار و تغییر رژیم غذایی خطر ایجاد دیابت نوع ۲ را در افراد در معرض خطر کاهش داد و با حداقل بروز آن را به تعویض اندماخت.

یکسان ۷۰ تا ۹۰٪ بوده و افرادی که یکی از والدین آن‌ها به دیابت نوع ۲ مبتلا است در معرض خطر بیشتر برای ایجاد دیابت قرار دارند و اگر والدین دیگر هم دو به دیابت مبتلا باشند خطر بروز بیماری به ۴۰٪ رسیده. چاقی و کاهش فعالیت هر دو باعث مقاومت به انسولین می‌شوند و مقاومت به انسولین یک فاکتور مشخص در ایجاد دیابت نوع ۲ می‌باشد. همچنین مطالعات نشان داده که توزیع چربی به عنوان یک عامل خطر دیابت نوع ۲ در بسیاری از موارد مهم‌تر از چاقی زنده‌زنبه است.

با افزایش سی سی شیوع دیابت نوع ۲ افزایش می‌یابدکه علت آن می‌تواند فعالیت کمتر و افزایش وزن با بالا رفتن سن باشد که باعث مقاومت به انسولین می‌گردد. نژاد نیز یک عامل خطر برای دیابت نوع ۲ محسوس می‌شود. چرا که شیوع دیابت نوع ۲ در گروه‌های نژادی مقاوم است. میزان بروز دیابت در افراد افریقاًی-آمریکایی، آمریکایی-اسبیانی و بوم‌شناس آمریکا ۲ برای سفید‌پوستان غیر اسبیانی است. خانم‌هایی که مبتلا به دیابت بارداری هستند با احتمال ۵۰٪ در ۳۰ سال آینده دیابت آتش‌گیر خواهند شد. بررسی این خانم‌ها کمبود انسولین در فاز اول همراه با درجهٔ متفاوت از عدم حساسیت به انسولین را نشان می‌دهد. خطر بیشتره دیابت در بیماران با فشار خون بیشتر می‌باشد و فشار خون می‌تواند یک نشانه زودرس مقاومت به انسولین به عنوان جالب‌تری باشد. وزن کم هنگام تولد نیز می‌تواند یک عامل خطر در پیدایش دیابت

References


[16] آزمایشی ارکانی م. و حیاتی و همکارانش، بررسی شاخص‌های ایمپادپولیزیک بیماری دیابت بزرگ‌سالان در گروه سنی 30 سال و بالاتر شهری استان یزد در سال 1377. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. سال نهم، شماره اول، بهار 1380، صفحات: 27-32.


[35] Navaye L, Kimmiger M, Azizi F. Prevalence of diabetes mellitus and IGT in Islamshahr,a
comparison between OGTT and screening
efficacy to diagnose glucose metabolism
85-96.


[67] Whincup PH, Cook DG, Adshead F, Taylor SJ, Walker M, Papacosta O, et al. Childhood size is more strongly related than size at birth to...


preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care.* 1997; 20(4): 537-44.


[115] Carnethon MR, Kinder LS, Fair JM, Stafford RS, Fortmann SP. Symptoms of depression as a risk factor for incidence diabetes: finding from the National Health and Nutrition Examination


