

شعبان
مبارک



RAMADAN
Kareem

سال اول، شماره اول،
ضمیمه شماره ۱
ویژه نامه ماه مبارک رمضان

ویژه نامه ماه مبارک رمضان

با آثاری از: فاطمه مهدی پور، فرانہ فرہادی،
مہدیہ سندی، مطہرہ مستوفی





عناوین

رمضان مبارک

ویژه نامه
ماه مبارک
رمضان



شماره
مقدم

مدیر مسئول: فاطمه مهدی پور، هوشبری
ورودی ۹۸

سر دبیر: مهدیه سندي، هوشبری ورودی ۹۸

طراح: مائده مظاهری، هوشبری ورودی ۹۸

اعضای هیات تحریریه:

فاطمه مهدی پور دبیر انجمن علمی
دانشگاه علوم پزشکی گیلان، هوشبری

ورودی ۹۸

فرانه فرهادی دبیر انجمن علمی اتاق عمل
دانشگاه علوم پزشکی گیلان، اتاق عمل

ورودی ۹۸

مهدیه سندي، هوشبری ورودی ۹۸

مطهره مستوفی، هوشبری ورودی ۹۹

۱) دیابت و روزه داری

تغییرات کلی

۲) آیا روزه داری در بیماران دیابتی مجاز میباشد؟

۳) بروز هایپوگلیسمی و هایپرگلیسمی

دهیدراتاسیون و ترومبوز

مواردی که پرهیز از روزه داری توصیه می شود

۴) حاملگی و روزه داری

روز داری و عملکرد تیروئید

۵) رشد و روزه داری

روزه داری و دیابت

دیابت نوع دوم (NIDDM) شایع ترین نوع است. تعداد زیادی از افراد مسلمان دیابتی اصرار به انجام فریضه الهی روزه دارند. ناشتایی طولانی مدت می تواند مشکلاتی از جمله هایپوگلیسمی، هایپرگلیسمی و دهیدراتاسیون برای این بیماران ایجاد کند. کنترل دیابت در حین روزه داری نیاز به مراقبت دقیق پزشکی، آموزش لازم، تنظیم دقیق دوز دارویی، رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی دارد.

وعده های غذایی در ماه رمضان به یک وعده بزرگ افطار و یک وعده سبک سحر تغییر می یابد که منجر به تغییراتی در گلوکز و لیپید سرم می شود. پس از آخرین وعده غذایی گلوکز سرم طی ۱۲ تا ۲۴ ساعت مختصراً کاهش می یابد پس با یک رژیم عادی هایپو گلیسمی رخ نخواهد داد. به طور کلی میزان گلوکز در روزهای اول کاهش یافته و در روزهای ۲۰ دارای مقادیر طبیعی و در روز ۲۹ اندکی افزایش دارد. کلسترول و تری گلیسیرید نیز طی روزهای اول کاهش یافته و پس از هفته اول تا مقادیر قبل از روزه داری بالا می روند.

بعد از چهار هفته روزه داری حدود ۲۳ درصد افزایش می یابد که سبب کاهش خط (کلسترول خوب) HDL ابتلا به بیماری های قلبی عروقی می شود و LDL (کلسترول بد) تغییر چندانی ندارد که می تواند نشانگر احتمال تاثیر روزه داری اسلامی در پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی باشد.

تغییرات کلی :

۱. کاهش انسولین سرم به علت کاهش گلوکز و عدم تحریک دستگاه گوارش

۲. افزایش گلوکاکون سرم به علت کاهش گلوکز

۳. افزایش هورمون رشد به احتمالاً به علت کاهش گلوکز

۴. افزایش فعالیت دستگاه سمپاتیک

۵. افزایش cAMP در کبد احتمالاً به علت افزایش گلوکاکون و فعالیت سمپاتیک

روزه با اثر بر کاهش وزن می تواند منجر به کاهش ابتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین شود به طوری که کاهش وزن بیش از ۵ کیلوگرم خطر ابتلا به دیابت را به بیش از ۵۰ درصد کاهش می دهد.

کاهش وزن و کاهش فروکتوز آمین در نتیجه کاهش میزان کالری مصرفی و کربوهیدرات در طی روزه داری است. در یکی از مطالعات ان قند خون ناشتا و فروکتوز آمین در بیماران دیابتی روزه دار مشابه قبل از روزه داری بوده است و در هیچ یک از بیماران حاد مشاهده نشده است. همچنین مطالعات نشان می دهد که روزه داری حتی برای آن دسته از افراد دیابتی که دارو مصرف می کنند نیز خطر ندارد. به طوری که مطالعات نشان می دهد که در صورت بروز هایپوگلیسمی در بیماران دیابتی، از نوع شدید و یا با نشانه های نوروگلیکوپنیک نبوده و هیچ بیمار دیابتی ماه رمضان و حتی ماه بعد از آن به دلیل کتواسیدوز دیابتی یا اغمای هایپراسمولار در بیمارستان بستری نشده است.



آیا روزه داری در بیماران دیابتی مجاز میباشد؟



بسیاری از صاحب نظران بیماران دیابتی نوع دوم را که تعادل گلیسمی دارند را مجاز به روزه داری دانستند، که دارای فاکتورهای زیر اند:

۱. عدم وجود عفونت یا تغییرات وسیع در قند خون (هایپوگلیسمی یا کتوز)

۲. قند خون ناشتای کمتر از ۱۶۰ mg/dl

۳. گلوکز تصادفی کمتر از ۲۵۰ mg/dl

کمتر از ۷ درصد HbA1C . 4

محدودیت روزه داری در بیماران دیابتی نوع دوم تنها شامل احتمال بدتر شدن کنترل دیابت، هیدراتاسیون و هایپوگلیسمی است اما در سایر این دسته از افراد می توانند روزه بگیرند و حتی در برخی موارد اثرات مفیدی نیز برایشان در بر خواهد داشت.

این بیماران ملزم به رعایت رژیم دیابتی و کنترل کالری دریافتی خصوصاً منع کربوهیدرات فراوان هستند. همچنین توصیه می شود که بین افطار تا سحر به جای یک یا دو وعده غذایی حجیم چند وعده غذایی کوچک داشته باشند و وعده سحر را نباید از دست بدهند.

پایش قند خون هنگام افطار، دو ساعت پس از افطار، هنگام خواب و قبل از مصرف سحری بسیار کمک کننده می باشد.

اگر قند خون دو ساعت پس از افطار بیش از ۲۵۰ بود باید ۲۰ درصد از شام بعدی بکاهند و اگر قند خون قبل از سحری نیز بالاتر از ۲۰۰ باشد باید ۲۰ درصد از میزان سحری را کاهش دهند و در صورتی که این میزان بالای ۳۵۰ بود ترجیحاً نباید روزه بگیرند چرا که دهیدراتاسیون می تواند زمینه ساز کتواسیدوز گردد. در صورت بروز علائم هایپرگلیسمی طی روز باید قند خون کنترل شود و در صورتی که زیر ۵۰ باشد باید به روزه خاتمه بدهند.

در بیماران دیابتی روزه دار فعالیت فیزیکی باید در حد طبیعی نگه داشته شود به طوریکه ورزش سبک ۱۰ تا ۱۵ دقیقه قبل از ظهر مسئلهی ندارد اما بعد از ظهر یا قبل از افطار عاقلانه نمی باشد.

پیشنهاد می شود بیماران دیابتی وابسته به انسولین روزه نگیرند اما در موارد خفیف که بیمار بر انجام فریضه روزه پافشاری دارد بهتر است که یک دوز انسولین متوسط الاثر قبل از سحر و در صورت نیاز دوز دیگر قبل از افطار داده شود.

در بیماران با کمبود شدید انسولین ناشتایی طولانی مدت در حضور عدم وجود انسولین کافی سبب تجهیزات گلیکوژن و افزایش گلوکونئوژنز و کتوژنز شده و منجر به ایجاد هایپرگلیسمی و کتواسیدوز می شود. اما در دیابت نوع دوم کتواسیدوز شایع نیست و شدت هایپرگلیسمی به مقاومت انسولین و کمبود انسولین بستگی دارد.



بروز هایپوگلیسمی و هایپرگلیسمی



هایپوگلیسمی در افرادی که دوز داروهای خوراکی کاهنده قند خون یا انسولین را خودسرانه تغییر داده‌اند و یا تغییرات بارزی در شیوه زندگی خود ایجاد کرده‌اند بیشتر دیده می‌شود و مشاهده شده است که در این افراد ناشتایی در طی ماه رمضان سبب افزایش میزان خطر هایپوگلیسمی شدید شده است.

هایپرگلیسمی ممکن است به علت کاهش شدید در مقدار داروهای کاهنده قند خون به منظور پیشگیری از هایپوگلیسمی ایجاد شود. بیمارانی که افزایش واضحی در مصرف غذا یا قند داشته‌اند میزان بالاتری از هایپرگلیسمی شدید را تجربه کرده‌اند و مشاهده شده است که در انسیدانس هایپرگلیسمی (که نیاز به بستری شدن دارد) ۵ برابر افزایش در دیابت نوع ۲ و ۳ برابر افزایش در دیابت نوع ۱ داشته است.

دهیدراتاسیون و ترومبوز

دهیدراتاسیون ممکن است در آب و هوای گرم و مرطوب و در افرادی با فعالیت فیزیکی شدید بیشتر باشد. هایپرگلیسمی می‌تواند سبب دیورز اسموتیک شده و در ایجاد کاهش آب و الکترولیت‌ها دخیل باشد.

هیدراتاسیون ممکن است در پاتوژنز انسداد ورید شبکه نقش داشته باشد. روزه داری افزایش بستری شدن به علت حوادث قلبی عروقی یا عروق مغزی دیده نشده است.

مواردی که پرهیز از روزه داری توصیه می‌شود

۱. همه بیماران دیابتی تیپ ۱ و یا تیپ ۲ با کنترل ضعیف
۲. بیماران دیابتی که نمی‌توانند رژیم دارویی و تغذیه و فعالیت فیزیکی روزانه را درست انجام بدهند
۳. بیماران دیابتی با عوارض جدی مانند آنژین صدری ناپایدار یا هایپر تانسیون کنترل شده
۴. بیماران با تاریخچه DKA (کتوزنز)
۵. بیماران دیابتی باردار
۶. بیماران دیابتی با عفونت همزمان
۷. بیماران مسن با هر درجه از اختلال سطح هوشیاری
۸. دو یا بیشتر از حملات هایپوگلیسمی و هایپرگلیسمی در طی ماه رمضان





حاملگی همراه با افزایش مقاومت به انسولین می باشد. روزه داری در طی بارداری به علت افزایش میزان خطر ناتوانی و مرگ و میر برای جنین و مادر توصیه نمی شود. قویا توصیه می شود که زنان با دیابت قبل از حاملگی و دیابت در حین حاملگی در طی ماه رمضان روزه نگیرند

اثرات روزه داری اسلامی بر عملکرد تیروئید در افراد سالم جوان

روزه طولانی مدت باعث مهار محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - تیروئید شده که با کاهش غلظت TSH سرمی همراه است.

مطالعات، تغییرات زیادی در سطح سرمی T4، T3 و TSH را طی روزه داری نشان ندادند، در حالی که گزارش هایی، درباره تغییرات متابولیسم هورمون های تیروئید محیطی و محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - تیروئید طی روزه طولانی مدت وجود دارد.

تغییرات T3 به صورت کاهش و افزایش و همچنین کاهش تبدیل محیطی T4 به T3 در مطالعات گزارش شده است، در حالی که افزایش سطح T4 در طی روزه داری در بعضی مطالعات نشان داده شده که هنوز این یافته ها توسط پژوهشگران تایید نشده است. در مطالعاتی که در ایران انجام شده، کاهش قابل توجهی در وزن و نمایه توده بدنی بعضی مردان مشاهده شد.

در دوره محرومیت از مواد غذایی، سطح T4 عموما ثابت است اما سطح FT4 افزایش محدودی دارد ولی برخی همکاران نشان دادند که سطح T4 در ابتدا کمی کاهش اما در ۹۶ ساعت بعد به سطح پایه خود می رسد. محرومیت حاد از کالری سبب کاهش سطوح T3 آزاد و T3 تام می شود و همزمان با این تغییرات غلظت rT3 بالا رفته و ظرف 1 تا 2 هفته، به سطح ثابتی می رسد. در حقیقت فعالیت 5-یدویدیناز حین محرومیت از کالری کم میشود که موجب کاهش تولید T3 می شود.

مطالعات افزایش rT3 را نشان داده ولی تغییرات زیادی در FT3 و T3RU دیده نشد.

همچنین متوسط سطح TSH در کل جمعیت مورد نظر کاهش یافت؛ در حالی که با تجزیه نتایج در ۲ گروه مردان و زنان سطح TSH در مردان افزایش و در زنان کاهش داشت. در این مطالعه، با وجود کاهش سطح T4 حاصل نشد که شاید بدلیل درجاتی از مهار محور TSH تغییرات واضحی در سطح، FT3 و FT4، هیپوتالاموس - هیپوفیز - تیروئید باشد.

در کل این طور به نظر می رسد که روزه داری اسلامی، سطح هورمون های تیروئیدی را در افراد جوان به خارج از محدوده طبیعی انتقال نمی دهد.



رشد و روزه داری



با توجه به اینکه عمل به روزه داری اسلامی از آغاز سنین بلوغ (در دختران از 9 سالگی و در پسران از 15 سالگی) توصیه شده است و از طرفی وجود IGF و هورمون رشد کافی در این سنین برای فرد ضروری است، این مطالعه نشان میدهد که سطح سرمی IGF-1 در اثر روزه داری تغییر قابل ملاحظه ای ندارد و از این جهت تهدیدکننده سلامت حتی در سنین رشد نیز نمی باشد و میتواند به حفظ سلامت فرد نیز کمک کند.

ENDOCRINE SYSTEM





RAMADAN
Kareem

مرد همدانی گفت: ای امیر مؤمنان، درباره این ماه (رمضان) بیشتر بگو.
فرمود:

شنیدم که سرور اولین و آخرین، پیامبر خدا می فرمود: "هر کس رمضان را
روژه بدارد و در شب های آن حرام نخورد، وارد بهشت می شود و همانا سرور
اوصیا، در سرور ماه ها کشته می شود.

گفتم: ای پیامبر خدا، سرور ماه ها، کدام است و سرور اوصیا کیست؟
فرمود: "سرور ماه ها، ماه رمضان است و اما سرور اوصیا، تویی، ای علی!"

(فضائل الأشهر الثلاثة، ص ۱۰۷ و ۱۰۸)