



وزارت بهداشت و علوم پزشکی
خدمات بهداشتی درمانی تبریز



تغذیه در افراد مبتلا به دیابت

تهیه و تنظیم: الناز حامدزاتی

کارشناس تغذیه و رژیم درمانی

بخش تغذیه مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) تبریز

آذر ماه ۱۳۹۸

عوارض دیابت

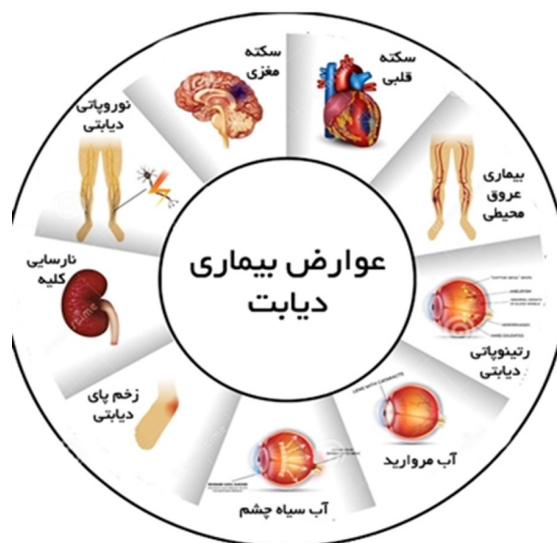
۱- دیس لیپیدمی: اختلالات لیپیدهای خون در افراد مبتلا به دیابت بیشتر است.

۲- فشارخون: با کاهش وزن، غذا خوردن به سبک الگوی DASH، کاهش مصرف سدیم و افزایش مصرف پتاسیم، و افزایش فعالیت بدنی می توان به کنترل آن کمک کرد.

۳- رتینوپاتی

۴- نوروپاتی: حدود ۴۰-۲۰٪ بیماران مبتلا به دیابت دچار این عارضه می شوند. وجود مقادیر کمتر اما غیر معمول آلبومین در ادرار (بیشتر از ۲۹۹-۳۰ میلی گرم در ادرار ۲۴ ساعته) میکروآلبومینوری یا نوروپاتی نامیده می شود.

۵- نوروپاتی: بالا بودن گلوکز خون منجر به تخریب عصبی در ۷۰-۶۰٪ بیماران مبتلا به دیابت می شود.



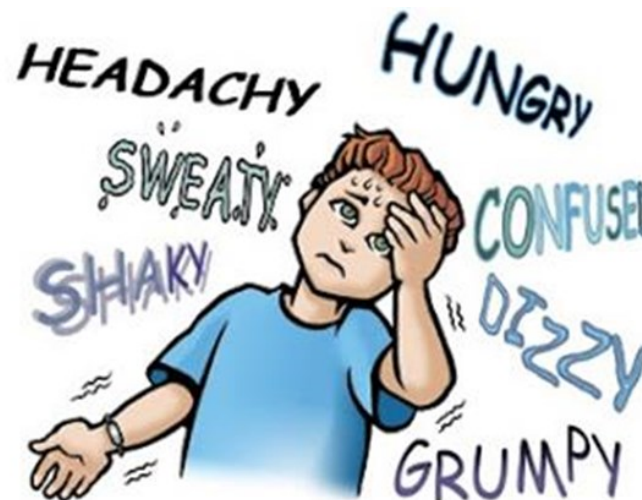
مداخلات درمانی: مداخلات درمانی ابتدایی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شامل MNT، کنترل وزن و فعالیت جسمانی و متفورمین است.

در صورت عدم بهبود سطح A1C پس از ۳ ماه داروهای glucagon-like peptide 1 (GLP-1) receptor می گردد و در صورت عدم بهبود سطح A1C پس از ۳ ماهه‌ی دوم مداخله "سه دارویی" به همراه انسولین شروع می گردد.

هیپوگلیسمی: افت قند خون به کمتر از ۵۰ mg/dl عارضه‌ی جانبی معمول انسولین درمانی است.

علائم هیپوگلیسمی خفیف: لرزش، تعریق، تپش قلب، اضطراب و گرسنگی

در هیپوگلیسمی، درمان موقتی شامل دریافت ۲۰-۱۵ گرم گلوکز است.



مقدمه: بیماری دیابت با افزایش غلظت قندخون مشخص می‌شود که در نتیجه‌ی نقص در ترشح انسولین، عملکرد انسولین یا هر دو اتفاق می‌افتد.

شیوع دیابت: بیشتر افراد مبتلا به دیابت (۹۰ درصد) را دیابت نوع ۲ تشکیل می‌دهد. شیوع دیابت در ایران ۹ درصد (حدود ۷ میلیون نفر) گزارش شده است.

دیابت نوع ۲: در اثر نقص در ترشح انسولین یا مقاومت نسبت به انسولین اتفاق می‌افتد و معمولاً در سنین بالای ۳۰ سال تشخیص داده می‌شود. در این نوع دیابت برخلاف نوع ۱ بیماران عموماً نیازی به تزریق انسولین برای کنترل قند خونهاشان ندارند.

عوامل خطر دیابت نوع ۲



تست‌های غربالگری برای افراد پیش دیابتی یا مبتلا به دیابت:

- ♦ هموگلوبین (HbA1c)
- ♦ قند خون ۲ ساعته یا FBS
- ♦ (تست تحمل گلوکز) GTT

تشخیص دیابت ملیتوس:

TABLE 30-1 Criteria for the Diagnosis of Diabetes Mellitus and Increased Risk for Diabetes (Prediabetes)

Diagnosis	Criteria
Diabetes	A1C $\geq 6.5\%$ * OR FPG ≥ 126 mg/dl (≥ 7.0 mmol/L) * OR 2-h PG ≥ 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/L) during an OGTT * OR In patients with classic symptoms of hyperglycemia or hyperglycemic crisis, a random PG ≥ 200 mg/dL (≥ 11.1 mmol/L)
Prediabetes	FPG 100-125 mg/dL (5.6-6.9 mmol/L) [Impaired fasting glucose] OR 2-hPG in the 75-g OGTT 140-199 mg/dl (7.8-11.0 mmol/L) (Impaired glucose tolerance) OR A1C 5.7-6.4%
Normal	FPG < 100 mg/dL (< 5.6 mmol/L) 2-hPG < 140 mg/dL (< 7.8 mmol/L) A1C 4 to 5.6%

MNT برای دیابت: MNT باعث بهبود الگوی لیپیدی، کاهش فشارخون، کاهش وزن، کاهش نیاز به مصرف داروها و کاهش بروز/یا پیشرفت بیماری‌های مرتبط با دیابت می‌شود. تمرکز MNT در دیابت نوع ۱ بر شمارش کربوهیدرات و در دیابت نوع ۲ بر کاهش مصرف انرژی می‌باشد.

تعادل انرژی و مدیریت وزن: درصد ایده‌آل کالری از کربوهیدرات، پروتئین و چربی برای همه افراد مبتلا به دیابت وجود ندارد. در دیابت کل انرژی دریافتی روزانه به جای منبع انرژی مدنظر می‌باشد.

کربوهیدرات دریافتی: رژیم غذایی کم کربوهیدرات باعث کاهش قندخون پس از غذا می‌شود اما با توجه به اثرات نامطلوب این نوع رژیم‌ها برای کنترل دیابت توصیه نمی‌شوند.

کل کربوهیدرات دریافتی بدون در نظر گرفتن نوع کربوهیدرات مهمترین عامل تعیین کننده‌ی سطح قند خون پس از غذاست.

پروتئین: پروتئین مصرفی در افراد دیابتی نیازی به تغییر ندارد. و عموماً ۲۰-۱۵ درصد از کالری مورد نیاز فرد کافی است.

چربی: در افراد مبتلا به دیابت استفاده از غذاهای غنی از اسیدهای چرب اشباع نشده MUFA و پیروی از **الگوی رژیم غذایی مدیترانه‌ای** در کنترل قندخون و کاهش خطر CVD مؤثر است.

خوراکی‌های پیشنهادی برای دیابت



فعالیت بدنی (ورزش): ورزش و فعالیت ماهیچه‌ها باعث کاهش سطح انسولین و افزایش ترشح گلوکاگون می‌شود. تطابق انسولینی و دریافت کافی کربوهیدرات در حین ورزش به ویژه برای افراد مبتلا به دیابت حائز اهمیت است.