سرمقاله

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۳-۱)

دیابت؛ فراتر از یک عدد، به وسعت یک زندگی ،از تشخیص زودهنگام تا پیشگیری از عوارض، فرصتی که نباید از دست برود

عادله بهار

واژه‌های کلیدی: سرمقاله، دیابت،پیشگیری ،غربالگری

Diabetes: Beyond the Numbers, Embracing Life — From Early Detection to Preventing Complications: An Opportunity Not to Be Missed

Keywords:, Editorial, Diabetes, prevention, screening

Adeleh Bahar

Professor of endocrinology Diabetes Research Center, Institute of Herbal Medicines and Metabolic Disorders, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Corresponding Author: **Adeleh Bahar** – Institute of Herbal Medicines and Metabolic Disorders, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: doctor_bahar2000@yahoo.com)

(Received October 27, 2026; Accepted November 8, 2026)

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 1-3 (Persian).

دیابت؛ یکی از مهم‌ترین بیماری‌های غیر واگیر است که درصد قابل توجهی از هزینه‌های نظام سلامت اکثر کشورها صرف آن می‌شود. بین ۱۰ تا ۱۵درصد منابع حوزه سلامت صرف دیابت و عوارض آن می‌شود. چهاردهم نوامبر، سالگرد تولد "فردریک بانتینگ" کاشف انسولین، نخستین بار در سال ۱۹۹۱با همکاری بنیاد بین‌المللی دیابت (IDF) و سازمان جهانی بهداشت (WHO) به‌عنوان روز جهانی دیابت نامگذاری شده است. هدف از نامگذاری چنین روزی افزایش آگاهی عمومی در ارتباط با علل، عوارض، پیشگیری و درمان این پدیده روزافزون است. شعار رسمی این روز معمولاً از سوی IDF اعلام می‌شود. شعار رسمی روز جهانی دیابت ۲۰۲۶–۲۰۲۷"اقدام زودهنگام در برابر دیابت" اعلام شده است.

پیام اصلی این شعار : تشخیص زودهنگام دیابت، کاهش خطر ابتلا و دسترسی به‌موقع به مراقبت و درمان است.

براساس گزارش فدراسیون بین المللی دیابت ۵۸۹ میلیون بزرگسال (۲۰ تا ۷۹ سال) در سراسر جهان مبتلا به دیابت هستند (۱ نفر از هر ۹ نفر). پیش‌بینی می‌شود که تعداد کل بزرگسالان مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۵۰ به ۸۵۳ میلیون نفر افزایش یابد (۱ نفر از هر ۸ نفر). ۴ نفر از هر ۵ بزرگسال مبتلا به دیابت (۸۱درصد) در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند. دیابت در سال ۲۰۲۴ باعث مرگ ۳/۴میلیون نفر شد (۱ نفر در هر ۹ ثانیه). تخمین زده می‌شود ۴۳ درصد از بزرگسالان مبتلا به دیابت (۲۵۲ میلیون نفر) از بیماری خود مطلع نیستند.

مولف مسئول: عادله بهار– فوق تخصص غدد ،استاد دانشگاه علوم پزشکی مازندران مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده داروهای گیاهی و اختلالات متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **E-mail:** doctor_bahar2000@yahoo.com

فوق تخصص غدد ،استاد دانشگاه علوم پزشکی مازندران مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده داروهای گیاهی و اختلالات متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۸/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۸/۷ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۸/۱۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

که تقریباً ۹۰درصد آن‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند. دیابت مسئول حدود ۱/۰۱۵ تریلیون دلار از هزینه‌های بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۴ بوده است. این امر نشان دهنده افزایش ۳۳۸ درصدی در ۱۷ سال گذشته است. ۶۳۵ میلیون بزرگسال در سراسر جهان (۱ نفر از هر ۸ نفر) دچار اختلال تحمل گلوکز و ۴۸۸ میلیون نفر دچار اختلال گلوکز ناشتا (۱ نفر از هر ۱۱ نفر) هستند که آنها را در معرض خطر بالای دیابت نوع ۲ قرار می‌دهد(۱).

شیوع دیابت در بزرگسال ایران ۱۴ درصد است، به‌طوری که ۷/۵ میلیون نفر دیابتی و ۹ میلیون نفر به پیش‌دیابت مبتلا هستند. سالانه ۵۰۰ هزار نفر به تعداد بیماران اضافه می‌شود(۲، ۳). بیش از هر بیماری دیگری، منابع مراقبت‌های بهداشتی فردی صرف دیابت می‌شود(۴). علاوه بر عوارض پزشکی که مستقیماً با این بیماری مرتبط هستند، عوامل متعدد دیگری نیز در تأثیر دیابت بر کیفیت زندگی و جنبه‌های اقتصادی نقش دارند. دیابت با شیوع بالای افسردگی همراه است (۵) و بر غیبت از محل کار و بهره‌وری کاری تأثیر منفی می‌گذارد.

پاتوژنز دیابت شیرین نوع ۲

عمده‌ترین دلیل ابتلاء به دیابت، چاقی است. کیفیت نامناسب تغذیه و پایین بودن میزان مصرف لبنیات، سبزیجات، ماهی و استفاده زیاد از روغن جامد در کشور ما نیز از دیگر عوامل مؤثر بر بروز چاقی و دیابت است. بیماران مبتلا به اختلال قند ناشتا (IFG)، اختلال تحمل گلوکز (IGT)، یا هموگلوبین گلیکوزیله (A1C) بین ۵/۷ تا ۶/۴ درصد، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به دیابت نوع ۲ قرار دارند(۶) بیمارانی که دچار هر دو اختلال IFG و IGT هستند، به مقاومت به انسولین در کبد و عضلات مبتلا هستند. این وضعیت در مقایسه با داشتن تنها یکی از این اختلالات، خطر پیشرفت به سمت دیابت را به مراتب افزایش می‌دهد.

عوامل خطر دیابت شیرین نوع ۲

چاقی مهم‌ترین عامل خطرِ قابل‌تغییر برای دیابت نوع ۲ است. علاوه بر این، استعداد ژنتیکی نقش مهمی در خطر ابتلا به دیابت دارد(۷). اگرچه مقاومت به انسولین و اختلال در ترشح انسولین در دیابت نوع ۲ نقش ژنتیکی قابل‌توجه دارند، اما عوامل رفتاری:مانند فعالیت بدنی، رژیم غذایی، سیگار کشیدن، مصرف الکل، وزن بدن و مدت زمان خواب نیز می‌توانند به صورت مثبت یا منفی بر آن‌ها تأثیر بگذارند. پیروی از رژیم غذایی سرشار از میوه‌ها، سبزیجات، مغزها (آجیل)، غلات کامل و روغن زیتون، با کاهش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ مرتبط است. شناسایی افراد در معرض خطر دیابت حائز اهمیت است، زیرا اصلاح سبک زندگی (به‌ویژه انجام ورزش و کاهش وزن) می‌تواند به طور مؤثری از بروز دیابت پیشگیری کند. اهداف پیشگیری از دیابت شامل به تعویق انداختن شروع دیابت، حفظ عملکرد سلول‌های بتا، و پیشگیری یا به تأخیر انداختن عوارض میکروواسکولار (عروق کوچک) و احتمالاً عوارض قلبی-عروقی است(۸).

غربالگری دیابت نوع ۲

آزمایش‌های ترجیحی غربالگری، اندازه‌گیری قند ناشتا و یا هموگلوبین گلیکوزیله (A1C) است. تشخیص در صورتی تأیید می‌شود که دو نتیجه متوالی A1C $\geq$ ۶/۵ درصدو یا قند ناشتا $\geq$۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بالاتر از آستانه تشخیصی مربوطه باشند. در صورتی که قند ناشتا کمتر از ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا مقدار A1C کمتر از ۵/۷ درصد باشد، انجام مجدد آزمایش در فواصل سه ساله پیشنهاد می‌شود و اگر گلوکز ناشتا بین ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا مقدار A1C بین ۵/۷ تا ۶/۴ درصد باشد، پیگیری سالانه توصیه می‌گردد(۹).

پیش گیری از دیابت نوع ۲

به منظور شناسایی افرادی کاندیدای مداخلات پیشگیرانه (بزرگسالان در معرض خطر بالای دیابت)، سطح

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

هموگلوبین گلیکوزیله یا گلوکز ناشتا را اندازه‌گیری می‌شود. این گروه شامل افراد بالای ۴۵ سال با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع است که حداقل یک عامل خطر دیگر برای دیابت دارند (مانند سابقه ابتلا به دیابت در بستگان درجه یک، سبک زندگی کم‌تحرک، سابقه دیابت بارداری، فشار خون بالا، یا اختلال چربی خون). اصلاح سبک زندگی (به‌ویژه ورزش و کاهش وزن) به‌طور مؤثر از بروز دیابت جلوگیری می‌کند. از این رو، همه بیماران به تغییرات در سبک زندگی (رژیم غذایی سالم و ورزش منظم) تشویق می‌شوند. همچنین همه بیماران به ترک سیگار توصیه می‌شوند(۱۰).

برای بیماران زیر ۶۰ سال و یا دارای BMI $\leq$ ۳۵ کیلوگرم بر متر مربع، و زنان با سابقه دیابت بارداری، که دچار اختلال قند خون ناشتا ، اختلال تحمل گلوکز یا سطح A1C بین ۵,۷ تا ۶,۴ درصد هستند و مداخلات اصلاح سبک زندگی (کاهش ۵-۱۰ درصد وزن به‌همراه فعالیت بدنی با شدت متوسط، تقریباً ۳۰ دقیقه در روز) منجر به بهبود شاخص‌های قند خون نشود، مصرف متفورمین برای پیشگیری از دیابت پیشنهاد می‌شود . طبق توصیه انجمن دیابت آمریکا ، تمام بزرگسالانِ دارای شاخص توده بدنی $\geq$۲۵ کیلوگرم بر متر مربع که یک یا چند عامل خطر دیگر برای دیابت دارند، باید هر سه سال یک‌بار از نظر ابتلا به دیابت یا پیش‌دیابت مورد غربالگری قرار گیرند. در مورد افرادی که فاقد عوامل خطر هستند، غربالگری از ۴۵ سالگی آغاز می‌گردد. اگر نتیجه تست غربالگری منفی باشد، تکرار آزمایش هر سه سال یک‌بار کافی است(۹).

References

1. IDF Diabetes Atlas http://www.diabetesatlas.org/ (Accessed on January 31, 2025).
2. Li C, Balluz LS, Okoro CA, Strine TW, Lin JM, Town M, etal. Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas --- Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2009. MMWR Surveill Summ 2011; 60(9):1-250 PMID: 21849967.
3. Centers for Disease Control and Prevention. 2011 National Diabetes Fact Sheet http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf (Accessed on June 20, 2013).
4. Dieleman JL, Baral R, Birger M, Bui AL, Bulchis A, Chapin A, etal. US Spending on Personal Health Care and Public Health, 1996-2013. JAMA 2016; 316(24):2627-2646 PMID: 28027366.
5. Kan C, Silva N, Golden SH, Rajala U, Timonen M, Stahl D, etal. A systematic review and meta-analysis of the association between depression and insulin resistance. Diabetes Care 2013; 36(2):480-489 PMID: 23349152.
6. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, etal. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Diabetes Care 1998; 21(4):518-524 PMID: 9571335.
7. Nathan DM, Davidson MB, DeFronzo RA, Heine RJ, Henry RR, Pratley R, etal. Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: implications for care. Diabetes Care 2007; 30:753-759 PMID: 17327355.
8. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017; 40(Suppl 1): S11-S24 PMID: 27979889.
9. Blunt BA, Barrett-Connor E, Wingard DL. Evaluation of fasting plasma glucose as screening test for NIDDM in older adults. Rancho Bernardo Study. Diabetes Care 1991; 14:989-993 PMID: 1797513.
10. Brancati FL, Kao WH, Folsom AR, Szklo M. Incident type 2 diabetes mellitus in African American and white adults: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. JAMA 2000; 283:2253-2259 PMID: 10807384.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]