

روزه داری و سلامت در دماست

۱۱

رَضَا كَرِيمٌ

دکتر حسین دلشاد

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا
كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ

ای اهل ایمان، بر شما هم روزه واجب گردید چنانکه امم
گذشته را فرض شده بود، و این دستور برای آن است که
پاک و پرهیزکار شوید.

(سوره بقره آیه ۱۸۳)

افطار ذوی الاعدار

- روزه گرفتن در این ماه مقدس بر هر مسلمان بالغ و سالم واجب گردیده است. میلیون ها نفر از جمعیت مسلمان دنیا در ماه رمضان این فریضه الهی را بجا می آورند.
- در آیات ۱۸۴ و ۱۸۵ سوره بقره سه طایفه ی ۱- مسافر ۲- مریض ۳- کسانی که به خاطر پیری روزه داری برای آنها مشقت دارد، اجازه افطار روزه ماه مبارک رمضان را بیان فرموده است.
- هیچ مرز دقیقی بین بیماری و سلامت وجود ندارد.
- طبق آیات و روایات شیعه، همه بیماران و یا هر فردی با هر درجه ای از بیماری معاف از روزه نیست.
- اما چنانچه بیماری در حدی باشد که با گرفتن روزه ضرری به بیمار وارد شود، روزه مجاز نیست.

نظرات در باب تعریف ضرر و روزه مریض

- از امام جعفر صادق(ع) در مورد حد بیماری که موجب حرام شدن روزه میشود سؤال شد.
ایشان فرمودند که: حد معینی برای بیماری وجود ندارد و شخص بیمار در بیماری خود امین است. اگر ضعفی در خود احساس کرد روزه نگیرد و اگر قدرت و توانایی داشت، روزه بگیرد

نظرات در باب تعریف ضرر و روزه مریض

مرحوم محقق نراقی (ره) گفته است: ضرری که افطار کردن روزه ی مریض را مباح می سازد، شامل این موارد می شود:

- تشدید مرض به سبب روزه گرفتن
- دیرتر خوب شدن مرض
- پدید آمدن مرضی دیگر
- بروز مشقّتی که معمولاً تحمل آن ممکن نیست

چالش های روزه داری

- علی رغم توصیه مراجع تقلید بر اجتناب از روزه گرفتن توسط افراد بیمار و پیر **ناتوان**، بسیاری از آنها تمایل و اصرار بر بجا آوردن این فریضه الهی دارند.
- دیابت قندی با شیوع قابل توجه بخصوص در کشورهای اسلامی یکی از چالش های پیش روی پزشکان در برخورد با روزه داری فرد دیابتی در ماه مبارک رمضان است.

- در حال حاضر دیابت قندی نزدیک به **۴۱۵** میلیون نفر از جمعیت **۷ میلیاردی** جهان را درگیر نموده است
- نزدیک به **۱/۶ بلیون** نفر یعنی یک چهارم از جمعیت جهان پیرو دین اسلام هستند.
- بر طبق مطالعه Epidemiology of Diabetes and Ramadan Study در ۱۳ کشور اسلامی جهان در سال ۲۰۰۱ میلادی، **۴۳٪** مبتلایان به دیابت نوع ۱ و **۷۹٪** مبتلایان به دیابت نوع ۲ در ماه مبارک رمضان اقدام به روزه داری می کنند.
- با تعمیم این آمار به جمعیت جهانی، حدود **۵۰ میلیون بیمار دیابتی** در سرتاسر گیتی این فریضه را بجا می آورند.
- با توجه به اینکه حدود **۶ میلیون** بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در ایران زندگی می کنند میتوان تخمین زد که حدود **۲ تا ۳ میلیون** نفر از این افراد در تمام و یا برخی از روزهای ماه رمضان به روزه داری می پردازند.

اثر روزه داری در متابولیسم بدن

- به هنگام گرسنگی در بیمار دیابتی، مقاومت به انسولین و یا کمبود انسولین می تواند باعث تجزیه بیش از حد گلیکوژن و افزایش گلو کو نئوژنز شود.
- تاکنون تمام مطالعات انجام شده در افراد سالمی که اقدام به روزه داری می نمایند، نشان می دهند که تغییرات گلوکز خون در طول روزه داری مختصر و در حدود طبیعی است.
- در نزد بیماران دیابتی که اقدام به روزه داری می نمایند تغییرات قند خون متفاوت گزارش شده است
- بررسی عزیزی و همکاران نشان داده که گلوکز خون در روزهای اول روزه داری به مقدار کمی کاهش می یابد ولی در روز ۲۰ تا حد مقادیر روز اول روزه داری افزایش یافته و در روز ۲۹ مقادیر آن به اندازه زمان قبل از روزه داری میرسد.
- در دیگر مطالعات افزایش گلوکز خون و یا متغیر بودن غلظت آن گزارش شده است.

مراقبت بیماران دیابتی در ماه رمضان

- به دلیل ناپایداری متابولیکی و تغییر شیوه زندگی بیماران دیابتی که اقدام به روزه داری در ماه رمضان می نمایند، مدیریت و کنترل بیماری دیابت با چالشهایی توأم خواهد بود.
- بیشتر راهنمائیهای موجود برای مدیریت بیماری دیابت در این ماه بر اساس نظر متخصصین بوده و متأسفانه کار آزمائیهای بالینی در این زمینه صورت نگرفته است.
- بیشتر مطالعات در این زمینه حاکی از آنند که روزه داری در بیماران دیابتی نوع ۲ و حتی در بیماران دیابتی نوع ۱ که بخوبی کنترل شده اند با مشکل عمده ای همراه نمی باشد.
- به تمام بیماران دیابتی که تمایل به روزه داری دارند توصیه می شود که حداقل از ۱ الی ۲ ماه قبل از شروع ماه مبارک رمضان با مشورت و نظارت پزشک معالج خود برنامه درمانی و رژیم غذایی خود را طوری تنظیم نمایند که ضمن کنترل مطلوب قند خون، در طول روزه داری دچار مشکل نشوند.

سئوالات مهم در ارتباط با دیابت و روزه داری

- ۱- آیا روزه در ماه رمضان در بیماران دیابتی با خطر قابل ملاحظه ای همراه است؟
- ۲- معیارهایی که بیماران مبتلا به دیابت را مستعد افزایش خطر در ماه رمضان می نمایند ، کدامند؟
- ۳- مناسب ترین داروهای خوراکی ضد دیابت در بیماران دیابتی نوع ۲ که اقدام به روزه داری در ماه رمضان می کنند، کدامند؟
- ۴- مناسب ترین رژیم انسولین درمانی در بیماران دیابتی نوع ۱ که در ماه رمضان روزه می گیرند، کدام است؟

معیارهایی که بیماران مبتلا به دیابت را مستعد افزایش خطر
در ماه رمضان می نمایند

فاکتورهای طبقه بندی خطر

نوع دیابت	داروهای مورد استفاده	خطر هیپوگلیسمی در فرد	وجود عوارض و/یا بیماریهای همراه	شرایط اجتماعی و شغلی فرد	تجربه قبلی روزه داری در ماه رمضان
-----------	----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------------	---

خطر گرسنگی در بیماران مبتلا به دیابت

- **کاهش قند خون (هیپوگلیسمی):** در مطالعه اپیدمیولوژی دیابت در ۱۳ کشور مسلمان (مطالعه EPIDIAR) نشان داده شد که روزه داری در ماه مبارک رمضان خطر بروز هیپو گلیسمی را که نیاز به مراقبت بیمارستانی داشته باشد ۷ برابر می کند.
- عوامل تعیین کننده بروز هیپوگلیسمی ، نوع داروی مصرفی (انسولین یا سولفونیلورها) تغییر مقدار مصرف دارو و تغییر فعالیت های جسمی در طول ماه رمضان بوده اند.

- **افزایش قند خون (هیپرگلیسمی) :** افزایش میزان دریافت غذا در ساعات بین افطار تا سحر و کاهش دوز داروهای پائین آورنده قند خون به منظور اجتناب از بروز هیپو گلیسمی در طول روز ممکن است از عوامل دخیل در افزایش میزان بروز هیپر گلیسمی باشند

خطر گرسنگی در بیماران مبتلا به دیابت

ترومبوز:

- اجتناب از آشامیدن آب و مایعات در طول روزه داری بخصوص در ماههای گرم
- تعریق زیاد و تنفس در هوای گرم و مرطوب
- دیورز اسموتیک در نتیجه هیپر گلیسمی باعث کاهش حجم مایع داخل عروقی می شوند که در نتیجه آن انعقاد پذیری خون افزایش پیدا می کند و برویسکوزیته خون افزوده می شود.

کتواسیدوز: روزه در فرد مبتلا به دیابت نوع ۱ که از نظر کنترل قند خون در وضعیت مناسبی نیست خطر بروز کتواسیدوز دیابتی را افزایش می دهد.

فدراسیون بین المللی دیابت و اتحادیه بین المللی دیابت و رمضان
(Diabetes and Ramadan International Alliance: IDF-DAR)
بیماران دیابتی را بر اساس عوامل خطرزای ایجاد کننده پی آمدهای نامطلوب
به سه گروه تقسیم بندی می نماید

- گروه بسیار پر خطر
- گروه پر خطر
- گروه با خطر متوسط یا پائین

گروه بسیار پر خطر (داشتن یک یا بیش از یک مورد از موارد زیر):

- هیپوگلیسمی شدید در طول ۳ ماه قبل از ماه رمضان
- کتواسیدوز دیابتی در طول ۳ ماه قبل از ماه رمضان
- کمای هیپر اسمولار در طول ۳ ماه قبل از ماه رمضان
- سابقه هیپو گلیسمی مکرر
- سابقه فقدان علائم هشدار دهنده هیپو گلیسمی
- دیابت نوع ۱ کنترل نشده
- بیماری حاد
- خانم های بار دار مبتلا به دیابت که تحت درمان با انسولین یا سولفونیلوره هستند
- بیمار دیابتی تحت دیالیز مزمن و یا نارسایی کلیه مرحله ۴ و ۵
- عوارض ماکرو واسکولار پیشرفته
- افراد سالمند با بیماریهای همراه با دیابت

گروه پر خطر (داشتن یک یا بیش از یک مورد از موارد زیر):

- دیابت نوع ۲ با کنترل ضعیف قند خون
- دیابت نوع ۱ بخوبی کنترل شده
- دیابت نوع ۲ به خوبی کنترل شده تحت درمان با تزریق متعدد انسولین و یا انسولین مخلوط
- دیابت نوع ۲ و یا دیابت بارداری کنترل شده با رژیم غذایی به تنهایی و یا قرص متفورمین
- نارسایی کلیه مرحله ۳
- عوارض ماکرو واسکولار پایدار
- بیماران مبتلا به بیماریهای همراه که عوامل خطر بیشتری را به وجود می آورد
- بیماران دیابتی که کار فیزیکی شدید انجام می دهند
- درمان با داروهایی که عملکرد شناختی را تحت تاثیر قرار می دهند

گروه با خطر متوسط یا پائین

دیابت نوع ۲ بخوبی کنترل شده تحت درمان با یک و یا بیش از یک مورد
از موارد زیر:

- درمان فقط بر اساس اصلاح شیوه زندگی بدون درمان دارویی
- بیماران دیابتی تحت درمان با متفورمین، اکاربوز، تیازولیدین دیونها و
یا نسل دوم سولفونیلوره ها
- درمان بر پایه انکرتین ها یا مهار کننده ای SGLT2
- درمان با انسولین بازال

طبقه بندی پیشنهادی بر اساس فقه شیعی احتمال خطر کم است یا وجود ندارد

افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که همه شرایط زیر را دارند:

- چاق و یا دارای وزن طبیعی
- تحت کنترل با رژیم غذایی
- تحت درمان با متفورمین، تiazولیدین دیونها، آکاربوز، رپاگلینید، اینکرتین ها، انسولین های پایه (طولانی اثر) و مهار کننده های DDP-4
- آموزش پذیر
- متعهد به پایش منظم قند خون
- کنترل متابولیک مطلوب (قند خون ناشتا کمتر و یا مساوی ۱۵۰ و قند خون بعد از غذا کمتر یا مساوی ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و Hb1C کمتر از ۸ درصد)

طبقه بندی پیشنهادی بر اساس فقه شیعی

احتمال خطر زیاد یا خیلی زیاد است

افراد مبتلا به دیابت دارای هر یک از شرایط زیر:

- دیابت نوع ۱ و ۲ کنترل نشده
- دیابت نوع ۲ تحت درمان با رژیم انسولین درمانی کوتاه و متوسط اثر چندین نوبت در روز
- سابقه بستری در بیمارستان به علت حملات هیپو و یا هیپرگلیسمی شدید، کتواسیدوز دیابتی و اغمای هیپر اسمولار در سه ماه گذشته
- بیمارانی که علائم هشدار دهنده هیپو گلیسمی را نشان نمی دهند
- ابتلا به عوارض مزمن پیشرفته دیابت
- دیابت و بارداری (Pre-GDM, or GDM)
- شیر دهی در صورتی که روزه داری منجر به کاهش شیر مادر شود
- سالمندانی که توانایی خود مراقبتی ندارند و تنها زندگی می کنند
- عدم همکاری بیمار با برنامه های آموزشی و درمانی
- مصرف داروهایی که بر حافظه و عملکرد شناختی اثر می گذارند.

توصیه ها برای بیماران دیابتی روزه دار

- تمام بیماران دیابتی که تمایل به روزه‌داری دارند حداقل از ۱ الی ۲ ماه قبل از شروع ماه مبارک رمضان باید با مشورت و نظارت پزشک معالج خود برنامه درمانی و رژیم غذایی خود را طوری تنظیم نمایند که ضمن کنترل مطلوب قند خون، در طول روزه‌داری دچار مشکل نشوند
- در طول روزه‌داری ، قند خون در چندین نوبت با گلوکومتر اندازه‌گیری شود. چنانچه قند خون کمتر از ۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و یا بیش از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، بلافاصله باید به روزه داری خاتمه دهند.
- در طول ماه مبارک رمضان ، تغییرات عمده‌ای در الگوی تغذیه‌ای افراد ایجاد می‌شود که لازم است یک رژیم غذایی مناسب توسط متخصص یا کارشناس تغذیه بر نامه ریزی شود.

Classes of OHA

❖ Medications that increase insulin secretion

- Sulfonylureas
- Meglitinides

❖ Medications that improve insulin action

- Biguanides
- Thiazolidinediones

❖ Medications that slow glucose absorption

- α -Glucosidase inhibitors

❖ Medications that restore incretin action

- GLP-I agonists
- DPP-IV inhibitors

❖ Medications that increase glucosuria

- SGLT2 Inhibitors

تغییرات دوز متفورمین در بیماران دیابتی نوع ۲ در طول روزه داری ماه رمضان

دوز سه بار در روز	دوز دو بار در روز	دوز یک بار در روز	متفورمین آهسته رهش
معمولا تغییر دوز نیاز نیست	معمولا تغییر دوز نیاز نیست	معمولا تغییر دوز نیاز نیست	معمولا تغییر دوز نیاز نیست
دو سوم دوز روزانه در افطار	یک سوم دوز روزانه در سحر	مصرف در افطار و سحر	مصرف در افطار

Thiazolidinediones

- چنانچه پیو گلو تازون بعنوان جایگزین سایر داروها و یا در ترکیب با آنها برای کنترل قند خون در طول روزه داری مورد نظر باشد، این اقدام باید ۲ تا ۴ هفته قبل از شروع روزه داری انجام شود، زیرا اثرات هیپو گلیسمیک دارو پس از این مدت ظاهر می شود.
- به دلیل پائین بودن خطر هیپو گلیسمی با مصرف پیو گلو تازون، تعدیل دوز دارو در طول روزه داری لازم نبوده و دوزها را می توان در وعده های افطار و یا سحر مصرف نمود.
- دوز روزانه پیو گلو تازون برای کنترل قند خون در طی روزه داری ۳۰ میلی گرم بهنگام افطار است.

محرکین ترشح انسولین

- **گلیناید ها** (محرکین کوتاه اثر ترشح انسولین) می توانند قبل از دو وعده غذا در روزه داری مصرف شوند.
- گلیناید ها کمتر از سولفونیلوره ها منجر به بروز هیپوگلیسمی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که اقدام به روزه داری می نمایند می شود.
- اثر بالقوه هیپوگلیسمیک **سولفونیلوره ها** در چندین مطالعه به اثبات رسیده است.
- مطالعات اخیر نشان داده اند که مصرف این داروها در طول روزه داری با بروز هیپوگلیسمی همراه می باشد.
- در چندین مطالعه دیگر مصرف آنها در طول روزه داری با افزایش میزان بروز هیپوگلیسمی همراه نبوده است.
- خطر بروز هیپوگلیسمی در بیماران مسن و یا مبتلا به نارسایی کلیه ها بیشتر است.

- مطالعه STEADFAST که یک مطالعه RCT می باشد تجویز **Vildagliptin** و **Gliclazide** را در ترکیب با **متفورمین** در طول روزه داری مورد مقایسه قرار داده است، در این مطالعه اختلاف معنی داری در وزن بیماران، **HbA1C** و یا میزان بروز هیپوگلیسمی در دو گروه وجود نداشت.

- در یک مطالعه مشاهده ای از ۱۳۷۸ بیمار مبتلا به دیابت از ۵ کشور اسلامی که در طول روزه داری تحت درمان با سولفو نیلوره ها بودند ، هیپوگلیسمی علامت دار در **یک پنجم** بیماران مشاهده شد. بالاترین بروز مربوط به **گلی بنکلامید** (۶/۲۵٪) و پس از آن **گلی میپراید** (۸/۱۶٪) و **گلی کلایزید** (۱۴٪) بود.

تنظیم دوز سولفو نیلوره ها در بیماران دیابتی نوع ۲ در طول روزه داری ماه رمضان

قبل از ماه رمضان	در طول ماه رمضان
سولفونیلوره یک بار در روز : برای مثال Gliclazid یا Glimepride یک بار در روز	- تغییر دوز لازم نیست و دارو قبل از افطار مصرف شود. - دوز دارو بر اساس کنترل قند خون یا خطر بروز هیپو گلیسمی تغییر داده میشود.
سولفونیلوره دو بار در روز : برای مثال Glibenclamid با دوز ۵ میلی گرم یا Gliclazid با دوز ۸۰ میلی گرم دوبار در روز (قبل از صبحانه و قبل از شام)	- نصف دوز صبحگاهی (برای مثال ۲/۵ میلی گرم قرص Glibenclamid یا ۴۰ میلی گرم قرص Gliclazide) قبل از سحر - دوز کامل شامگاهی (۵ میلی گرم گلی بنکلامید ویا ۸۰ میلی گرم گلی کلایزید) قبل از افطار مصرف شود .

انکرتین ها

- این عوامل منجر به هیپوگلیسمی نمی شوند، اثرات هیپوگلیسمیک سولفونیلوره ها، گلیناید ها و انسولین را افزایش می دهند.

در مطالعه VICTOR (Glipizide و Vildagliptin در ترکیب با متفورمین در طول روزه داری) : میزان بروز هیپوگلیسمی در گروهی که از متفورمین توام با Vildagliptin استفاده می کرده اند کمتر از گروه مقابل بوده است.

- در یک مطالعه آینده نگر شامل ۱۰۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ که اقدام به روزه داری نموده بودند، خطر بروز هیپوگلیسمی با Vildagliptin کمتر از سولفونیلوره ها با یا بدون ترکیب با متفورمین بوده است.

- چهار کار آزمایی بالینی و پنج مطالعه مشاهده ای اثر بخشی و بی خطر بودن در مان با مهار کننده های DPP-4 را در ماه رمضان مورد مطالعه قرار داده اند.

- این داروها نیاز به تعدیل و تنظیم در ماه رمضان ندارند.

SGLT-2 inhibitors

- نظر به ریسک کم هیپوگلیسمی، این ترکیبات مورد توجه در کنترل هیپرگلیسمی در طول روزه داری قرار گرفته اند اما با توجه به ایجاد هیپو ولمی و دهیدراتاسیون در تجویز آنها در طول گرسنگی طولانی مدت بخصوص در افراد مسن، بیماران دچار نارسایی کلیه، افراد دچار فشار خون پائین، کسانی که دیورتیک مصرف می کنند و در مناطق آب وهوایی گرم باید دقت لازم را مبذول نمود.
- این داروها باید با وعده افطار مصرف شده و با دریافت مایعات اضافی پس از افطار و در طول شب همراه باشند.

در طول ماه رمضان	قبل از ماه رمضان
- ۱۵ تا ۳۰ درصد دوز قبل ، در وعده افطار - دوز کامل صبحگاهی در وعده افطار ۵۰ درصد دوز شامگاهی در وعده سحر	انسولین های متوسط یا بلند اثر : NPH, Glargin, Detemir - یک بار در روز - دو بار در روز
- دوز کامل شبانگاهی قبل از افطار - ۲۵ تا ۵۰ درصد دوز صبحگاهی قبل از سحر - دوز قبل از نهار حذف می شود.	انسولین های سریع الاثر : Novorapid , Aspart, Glulosin - دو یا سه بار در روز

تغییرات دوز انسولین از پیش مخلوط شده در ماه رمضان

در طول ماه رمضان	قبل از ماه رمضان
	انسولین Novomix-30 یا Lansulin 70/30
- دوز کامل در وعده افطار	- یک بار در روز
- دوز کامل شبانه‌گاهی قبل از وعده افطار - ۲۵ تا ۵۰ درصد دوز صبحگاهی در وعده سحر	- دو بار در روز
- حذف دوز قبل از نهار - دوز کامل شبانه‌گاهی قبل از وعده افطار - ۲۵ تا ۵۰ درصد دوز صبحگاهی در وعده سحر	- سه بار در روز

تغییرات دوز انسولین NPH و رگولار در ماه رمضان

در طول ماه رمضان	قبل از ماه رمضان
- دوز صبحگاهی بدون تغییر در وعده افطار - ۵۰ درصد دوز شامگاهی در وعده سحر	انسولین NPH : - دو بار در روز
- دوز کامل شبانه‌گاهی قبل از افطار - ۲۵ تا ۵۰ درصد دوز صبحگاهی قبل از سحر	انسولین رگولار : - دو بار در روز

السلام عليك يا شهر الله الاكبر ويا عميد اولياء



در ماه پر خیر و برکت رمضان برای تان قبولی طاعات و عبادات را آرزو مندیم. التماس دعا

هدف اصلی روزه

- نیت و قصد قربت و نزدیکی به خداوند متعال است.
- سلامت و تندرستی جسم، تقوی و پرهیزکاری، پرورش اراده، اصلاح شیوه زندگی و اخلاق، ترک عادات ناپسند و در نهایت اصلاح جامعه نیز در مد نظر شریعت اسلام می باشند.

ماه مبارک رمضان

- ظرف انسان سازی است.
- کارگاه رستن و آزاد شدن از همه ی صفات رذیله و کارهای زشت و ناشایست است.
- گریختن از کبر، جاه طلبی، دنیا پرستی، شیطان صفتی، فریفتن و حيله گری، قساوت قلب، و بی تفاوتی نسبت بحال هم نوعان و مستمندان است.