

مقایسه سطح سرمی ویتامین B₁₂ و علائم و نشانه‌های عصبی در بیماران دیابتی خوب کنترل شده با بیماران دیابتی بد کنترل شده

چکیده

بر اساس تعدادی از مطالعات، به کار بردن ویتامین B₁₂ موجب از بین رفتن علائم عصبی در بیماران دیابتی می‌شود. با توجه به این مطلب که درمان علامتی در پزشکی مطلوب نیست، محققان این طرح بر آن شدند تا مطالعه‌ای را جهت یافتن مکانیسم‌های مربوط به این بهبودی و مقایسه سطح ویتامین B₁₂ در بیماران دیابتی خوب کنترل شده با بیماران دیابتی بد کنترل شده انجام دهند. دیابت، شایع‌ترین بیماری متابولیک است که با عوارض سیستمیک خود شامل ضعف ایمنی، نوروپاتی، واسکولوپاتی، مشکلات سیستم قلبی عروقی، کلیوی، پوست و غیره، اثرات جسمی و روانی عمده‌ای در بیماران بر جای می‌گذارد. این عوارض موجب افزایش هزینه‌های مربوط به درمان، رفع عوارض و کاهش نیروی مفید کار به طور مستقیم و غیرمستقیم می‌شود بنابراین نتایج احتمالی مطالعه حاضر بسیار کارا و باصرفه خواهد بود. از سوی دیگر دانستن این واقعیت می‌تواند منجر به اجرای برنامه‌های پیش‌گیرانه گردد که با کیفیت‌تر، باصرفه‌تر و مقدم بر درمان می‌باشد. این مطالعه مقطعی روی ۹۸ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) انجام شد که طی آن پس از گرفتن شرح حال و معاینه بالینی یک نمونه خون جهت اندازه‌گیری ویتامین B₁₂ و هموگلوبین A_{1c} از بیماران گرفته شده و سطح ویتامین B₁₂ در افراد خوب و بد کنترل شده مقایسه می‌گردید. برای تجزیه و تحلیل نتایج از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۵۸/۵±۴ سال بود و ۵۵ نفر (۵۶/۱٪) زن بودند. شایع‌ترین علائم و نشانه‌ها عبارت بودند از: نوروپاتی دستکش و جوراب، پرادراری، شب‌ادراری (nocturia)، رتینوپاتی، پرنوشی، آمبلیوپی، کاهش وزن، پارستزی دیستال، از بین رفتن حس لامسه یا ارتعاش و نوروپاتی. میانگین سطح ویتامین B₁₂ در گروهی که دیابت آن‌ها خوب کنترل شده بود با افراد بد کنترل شده، اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، نوروپاتی، پرادراری، پرنوشی و رتینوپاتی از شایع‌ترین علائم بوده‌اند. وجود رتینوپاتی در ۴/۴٪ موارد نیز نکته قابل توجهی می‌باشد که شاید علت آن بالا بودن متوسط زمان ابتلای این افراد از زمان تشخیص دیابت (۱۰ سال) باشد. در منابع مختلف نیز به این مطلب اشاره شده است که خطر عوارض مزمن دیابت با طول مدت هیپرگلیسمی افزایش می‌یابد. تا کنون مصرف ناکافی ویتامین B₁₂ به عنوان عامل خطر برای کمبود ویتامین B₁₂ شناخته نشده است. مکمل‌های کوبالامین، ارزان قیمت و غیرسمی بوده و چنانچه زود شروع شوند، از تاثیرات غیر قابل برگشت عصبی جلوگیری خواهد شد اما با توجه به شیوع کم نقص ویتامین B₁₂ در افراد مبتلا به دیابت نوع دو تجویز پیش‌گیرانه ویتامین B₁₂ به تمام مبتلایان به دیابت نوع دو، پیشنهاد نمی‌شود بنابراین طرح‌های با حجم نمونه بالا، چند مرکزی و کنترل شده جهت شناسایی افرادی که در معرض خطر بیشتری از نظر نقص سطح ویتامین B₁₂ هستند ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: ۱- ویتامین B₁₂ ۲- نشانه‌های عصبی ۳- دیابت

دکتر مهرداد حق‌ازلی I

دکتر هادی شهراد بجستانی II

*دکتر علی کبیر III

دکتر تینا شوشتری زاده IV

- این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر مهرداد حق‌ازلی جهت دریافت مدرک دکترای تخصصی بیماری‌های داخلی به راهنمایی دکتر هادی شهراد بجستانی، سال ۱۳۸۱.
- (I) متخصص داخلی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.
- (II) استادیار و فوق تخصص بیماری‌های غدد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.
- (III) پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران. (*مؤلف مسئول)
- (IV) متخصص آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

مقدمه

بیماری دیابت شیرین شامل گروهی از اختلالات متابولیک شایع است که تمام آن‌ها به صورت فنوتیپ هیپرگلیسمی تظاهر می‌کنند و در اثر مراحل ژنتیکی، محیطی و عادت‌های زندگی ایجاد می‌شوند.

دیابت از دلایل مهم بیماری مرحله نهایی کلیوی، قطع غیرتروماتیک اندام تحتانی و کوری در افراد بالغ می‌باشد (۱ و ۲).

شیوع جهانی دیابت به طور واضحی طی دو دهه گذشته افزایش یافته است.

بین سال‌های ۱۹۷۶ تا ۱۹۹۴ شیوع دیابت در افراد بالغ ایالات متحده از ۸/۹٪ به ۱۲/۳٪ رسیده است (۳).

در سال ۱۹۹۸ حدود ۱۶/۰۰۰/۰۰۰ نفر در ایالات متحده (حدود ۶٪ جمعیت) معیارهای تشخیصی دیابت را داشتند (۳).

در انسان ۲ شکل فعال کوبالامین از نظر متابولیسی وجود دارد (متیل‌کوبالامین و آدنوزیل‌کوبالامین) که از روی گروه آلکیل متصل به جای‌گاه ششم اتم کوبالت تعیین می‌شوند.

فرآورده ویتامینی که برای درمان به کار برده می‌شود، سیانوکوبالامین است که به آن ویتامین B₁₂ نیز گفته می‌شود.

این ماده عمل‌کرد فیزیولوژیک شناخته شده‌ای نداشته و باید قبل از آن که مورد استفاده بافت‌ها قرار گیرد، به شکل زیستی فعال خودتبدیل شود (۳).

کم خونی ناشی از کمبود کوبالامین در واقع ناشی از کمبود فولات بافتی است.

بنابراین فولات، کم خونی ناشی از کمبود کوبالامین را اصلاح می‌کند اما در اصلاح نقایص عصبی ناشی از کمبود ویتامین B₁₂ نقشی ندارد (۳).

نقص ویتامین B₁₂ ممکن است سبب ایجاد ضایعاتی در اعصاب محیطی، طناب نخاعی، عصب اپتیک و مغز شود (۴).

ذکر این نکته لازم است که تمام عوارض نورولوژیک ناشی از نقص ویتامین B₁₂ می‌تواند در حضور تغییرات ناچیز در خون محیطی رخ دهد و نیز ممکن است کم خونی وجود نداشته باشد و خون‌سازی نورموبلاستیک باشد.

اخیراً ثابت شده است که اختلالات عصبی - روانی به طور شایعی به دلیل نقص ویتامین B₁₂ در غیاب کم خونی یا ماکروسیتوز روی می‌دهند.

این مطلب نشان‌دهنده آن است که اندازه‌گیری متیل‌مالونیک اسید و هموسیستئین توتال سرم قبل و بعد از درمان، در تشخیص این بیماری مفید می‌باشد (۱).

در تعدادی از مطالعات نشان داده شده است که به کار بردن ویتامین B₁₂ موجب از بین رفتن علائم عصبی در بیماران دیابتی می‌شود اما در این مطالعات به سطح ویتامین B₁₂ قبل و بعد از استفاده از آن در بیماران دیابتی اشاره‌ای نشده است و تنها به صورت یک کارآزمایی (trial) بدون یافتن علت اصلی، بیان گردیده است (۵).

از آن‌جا که درمان علامتی در پزشکی مطلوب نمی‌باشد (هر چند که گاهی تنها راه موجود است) محققان این طرح بر آن شدند تا مطالعه‌ای را جهت یافتن مکانیسم‌های موجود در این رابطه انجام دهند از جمله طرح حاضر که تنها به مقایسه سطح ویتامین B₁₂ در بیماران دیابتی خوب کنترل شده با بیماران دیابتی بد کنترل شده پرداخته و بر این باور است که سطح ویتامین B₁₂ در این ۲ گروه با هم تفاوت دارد و این مطلب یکی از علل احتمالی مؤثر واقع شدن ویتامین B₁₂ در بیماران مبتلا به نوروپاتی دیابتی می‌باشد.

در صورت مثبت بودن نتایج این طرح محققان مطالعات خود را در زمینه اندازه‌گیری سطح ویتامین B₁₂ در بیماران مبتلا به نوروپاتی دیابتی پیگیری خواهند کرد.

می‌گرفتند. هم‌چنین سطح ویتامین B₁₂ در ۲ گروه به روش رادیوایمونواسی (RIA) مشخص شده و در نهایت میانگین سطح ویتامین B₁₂ در ۲ گروه مقایسه می‌گردید.

برای اندازه‌گیری سطح ویتامین B₁₂ دو اندازه‌گیری از یک نمونه صورت می‌گرفت و میانگین آن به عنوان سطح سرمی ویتامین B₁₂ گزارش می‌گردید.

از آن‌جا که سطح ویتامین B₁₂ و هموگلوبین A_{1c} به طور هم‌زمان تعیین می‌شد و فاصله زمانی بین آن‌ها وجود نداشت، این مطالعه مشاهده‌ای مقطعی - تحلیلی محسوب می‌شود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک نرم‌افزار SPSS 11.00 و با استفاده از شاخص‌های میانگین، خطای معیار، نسبت و تست‌های آماری t و chi-square صورت گرفت. سطح معنی‌داری در تمام موارد کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

محققان ضمن پای‌بندی به اصول اخلاقی اعلامیه هلسینکی، بی‌خطر بودن کامل روش کار را اعلام می‌کنند.

در مورد تعیین سطح ویتامین B₁₂ از آن‌جا که از همان نمونه خون گرفته شده برای اندازه‌گیری هموگلوبین A_{1c} استفاده می‌شد که برای بیماران ضرورت دارد، بنابراین از این نظر نیز مشکل اخلاقی وجود نداشت.

نتایج

نتایج توصیفی مربوط به بیماران مورد مطالعه در جدول‌های شماره ۱ و ۲ آمده است.

در مورد قند خون ناشتا و غیرناشتا و هموگلوبین A_{1c} در بعضی از افراد داده‌ای به دست نیامد. این افراد تفاوتی با سایرین نداشتند.

از نظر درگیری کلیوی، ۶۴/۸٪ افراد گلوکزوری، ۴۳/۲٪ آلبومین‌وری، ۲۳/۹٪ هماچوری و ۵/۷٪ کتون‌وری

با توجه به آن که دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک بوده و با اثرات سیستمیک خود شامل ضعف ایمنی، نوروپاتی، واسکولوپاتی، مشکلات سیستم قلبی عروقی، کلیوی، پوست و ... اثرات جسمی و روانی عمده‌ای را در بیماران ایجاد می‌کند و از سوی دیگر موجب افزایش هزینه‌های ناشی از مخارج درمان، رفع عوارض و کاهش نیروی مفید کار به طور مستقیم و غیرمستقیم می‌شود، وسعت و اهمیت موضوع مورد مطالعه کاملاً واضح و نتایج احتمالی آن بسیار کارا و با صرفه خواهد بود. هم‌چنین دانستن این واقعیت می‌تواند منجر به اجرای برنامه‌های پیش‌گیرانه گردد که همیشه با کیفیت‌تر و باصرفه‌تر و مقدم بر درمان هستند.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی تحلیلی (Analytic cross-sectional) روی ۹۸ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) انجام شد.

نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی از نوع آسان (convenience) صورت گرفت. حجم نمونه با پیش‌فرض $\alpha = 5\%$ ، $\text{power} = 80\%$ جهت یافتن اختلافی معادل ۵/۷ پیکوگرم در میلی‌لیتر در هر گروه، با پیش فرض انحراف معیار اندازه‌گیری ویتامین B₁₂ برابر با ۱۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر در هر گروه و بر اساس فرمول مقایسه دو میانگین، ۴۹ نفر در هر گروه محاسبه گردید (حجم کل نمونه ۹۸ نفر بوده است).

در این مطالعه از تمام افراد مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستان حضرت رسول در تابستان و پاییز ۱۳۸۰ نمونه‌گیری به عمل آمد.

فرم جمع‌آوری اطلاعات بر اساس شرح حال و معاینه بالینی پر می‌شد و به طور هم‌زمان، نمونه خون جهت اندازه‌گیری سطح ویتامین B₁₂ و هموگلوبین A_{1c} از بیماران گرفته می‌شد. سپس بیماران براساس سطح هموگلوبین A_{1c} در ۲ گروه خوب کنترل شده ($\text{HbA}_{1c} < 7\%$) و بد کنترل شده ($\text{HbA}_{1c} \geq 7\%$) قرار

مطالعه مشاهده نشد. در ۱۰/۱٪ از افراد، شروع بیماری به صورت حاد بود که اغلب مربوط به افراد مبتلا به دیابت نوع اول بوده است.

داشتند. فراوانی علائم و نشانه‌های موجود در بیماران، به ترتیب شیوع، در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۱- ویژگی‌های دموگرافیک بیماران

متغیر	میانگین (۹۵٪ دامنه اطمینان)
سن (سال)	۵۸/۵±۴
قد (سانتیمتر)	۱۶۱/۶±۲
وزن (کیلوگرم)	۷۰±۲/۴
زمان ابتلا (ماه)	۱۰۹/۵±۱۸/۸

جدول شماره ۲- ویژگی‌های توصیفی بیماران

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۴۳	۴۳/۹
زن	۵۵	۵۶/۱
نوع دیابت		
۱	۱۲	۱۲/۲
۲	۸۶	۸۷/۸
رژیم غذایی		
گیاهی	۲	۲
گیاهی و حیوانی	۹۶	۹۸
قند خون (میلی‌گرم/دسی‌لیتر)		
<۲۰۰	۳۹	۵۲/۷
>=۲۰۰	۳۵	۴۷/۳
قند خون ناشتا (میلی‌گرم/دسی‌لیتر)		
<۱۲۶	۳۰	۳۱/۳
>=۱۲۶	۶۶	۶۸/۷
هموگلوبین A1c (%)		
<۷/۵ (طبیعی)	۲۷	۲۷/۵
۷/۵-۹/۵ (قابل قبول)	۴۳	۴۳/۹
>۹/۵ (بدکنترل)	۲۸	۲۸/۶
ویتامین B12 (پیکوگرم/میلی‌لیتر)		
پایین (<۱۲۰)	۹	۹/۱
متوسط (۱۲۰-۱۶۰)	۶	۶/۱
طبیعی (۱۶۰-۹۷۰)	۸۰	۸۱/۸
بالا (>۹۷۰)	۳	۳

جدول شماره ۳- فراوانی علائم و نشانه‌های موجود در بیماران (به ترتیب شیوع)

درصد	
۵۹/۶	نوروپاتی دستکش و جوراب
۴۳/۴	شب‌اداری، پرادراری، رتیئوپاتی و پارستزی دیستال
۳۷/۴	کاهش وزن
۳۴/۳	آمیلیوپی
۳۱/۳	پرنوشی
۲۳/۲	از بین رفتن حس لامسه یا ارتعاش
۲۲/۲	زخم پا
۱۸/۲	نوروپاتی
۱۷/۲	هیپرپیگمانتاسیون پوستی
۱۵/۳	اختلال رفلکس و تری عمقی اختلال رفلکس و تری عمقی
۱۱/۱	علامت بابنسکی
۹/۱	افسردگی
۸/۱	آتاکیسی
۷/۱	گلوستیت
۶/۱	هیپوتانسیون وضعیتی، ناتوانی جنسی
۵/۱	پاراپارازی اسپاستیک، آمپوتاسیون، احتباس ادرار
۴	احساس نوار مانند تنگی دور تنه یا اندامها، اختلال واضح حس موقعیت مفاصل
۳	لیمویی شدن پوست، بی‌قراری
۲	بی‌اختیاری مدفوع، اختلال سطح هوشیاری و توجه، نوروپاتی عصب ۶ و ۷، اختلال تمرکز
۱	بی‌اختیاری ادرار، نوروپاتی عصب ۸ و lhermitte sign*

* یک احساس شبیه شوک الکتریکی در طول ستون مهره‌ها که در اثر خم کردن گردن ایجاد می‌شود.

از نظر رژیم دارویی، ۴۱ نفر (۴۱/۸٪) ACEI را همراه با یک یا چند داروی دیگر مصرف می‌کردند، ۱۳ نفر (۱۳/۳٪) گلی‌بن‌کلامید، ۱۵ نفر (۱۵/۳٪) انسولین، ۲۵ نفر (۲۵/۵٪) انسولین و یک داروی دیگر، ۵۷ نفر (۵۸/۲٪) گلی‌بن‌کلامید به‌تنهایی یا همراه با سایر داروها، ۳۰ نفر (۳۰/۱٪) متفورمین همراه با داروهای دیگر

نوروپاتی اعصاب ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۱ و افزایش فعالیت اعصاب خودکار در زمان معاینه در هیچ یک از افراد مورد

میانگین MCH در گروه بد کنترل شده (SD=2/3) 29 و در گروه کنترل شده از نظر قند (SD=5) 26 بود که اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (eta=0/437 و P=0/018).

میانگین ضربان قلب در گروه بد کنترل شده (SD=7/3) 78 و در گروه کنترل شده از نظر قند (SD=10) 86 بود که این اختلاف نیز معنی‌دار مشاهده گردید (eta=0/361 و P=0/012).

میانگین کراتینین در گروه بد کنترل شده (SD=1/5) 1/46 و در گروه کنترل شده از نظر قند خون (SD=0/3) 0/86 به دست آمد که این اختلاف نیز معنی‌دار بود (eta=0/194 و P<0/001).

از نظر سن، وزن، قد، طول مدت دیابت، نوع دیابت، جنسیت، سطح قند خون ناشتا و معمولی، BUN، WBC، RBC، هموگلوبین، پلاکت، فشار خون و تعداد تنفس، تفاوتی در 2 گروه بد و خوب کنترل شده وجود نداشت. بین BS و FBS ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت (I=0/764 و P<0/001).

میانگین سطح ویتامین B₁₂ در افرادی که متفورمین مصرف نمی‌کردند کمتر از افرادی بود که متفورمین در رژیم دارویی آن‌ها وجود داشت اما این تفاوت معنی‌داری نبود.

میانگین سطح هموگلوبین A_{1c} در افرادی که متفورمین مصرف می‌کردند (SD=1/4) 9/52 و در افرادی که متفورمین مصرف نمی‌کردند (SD=1/4) 8/7 به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود (P=0/017).

افرادی که متفورمین مصرف می‌کردند؛ به طور معنی‌داری دارای سن بیشتر (P=0/02)، وزن بیشتر (P=0/015)، طول مدت بیماری کم‌تر (P=0/037) و گلبول‌های سفید کم‌تری (P=0/022) نسبت به افرادی بودند که متفورمین مصرف نمی‌کردند.

میانگین ویتامین B₁₂ در گروهی که دیابت آن‌ها خوب کنترل شده بود، 490/20 پیکوگرم در میلی‌لیتر (SD=40/5)

مصرف می‌کردند و 1 نفر (1/1٪) هیچ دارویی مصرف نمی‌کرد.

هیچ‌یک از افراد از مت‌فورمین به تنهایی استفاده نمی‌کرد.

افراد دارای سطح بالای ویتامین B₁₂ بیش از افراد دارای سطح طبیعی یا پایین ویتامین دارای آتاکسی بودند (I=0/449 و P<0/001).

بین میزان ویتامین B₁₂ با قد افراد، ارتباط آماری معکوس و معنی‌داری وجود داشت (I=-0/315 و P=0/033).

بین سطح ویتامین B₁₂ و سایر علائم و نشانه‌ها، سن، وزن، طول مدت دیابت، نوع دیابت، جنسیت، سطح قند خون ناشتا و معمولی، BUN، کراتینین، WBC، RBC، هموگلوبین، پلاکت، فشار خون، ضربان قلب و تعداد تنفس رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

نفروپاتی در افرادی که دیابت آن‌ها خوب کنترل نشده بود (هموگلوبین A_{1c} بیش‌تر یا مساوی 7/5٪) بیش‌تر از افرادی بود که دیابت آن‌ها خوب کنترل شده بود (هموگلوبین A_{1c} کم‌تر از 7/5٪) و این ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (I=0/227 و P=0/039).

نوروپاتی عصب (I=0/365 و P=0/023)، احساس نوار مانند تنگی دور تنه یا اندام‌ها (I=0/45 و P=0/024) و مثبت شدن علامت بابینسکی (I=0/69 و P=0/006) نیز چنین وضعیتی داشت.

سایر علائم و نشانه‌ها در این 2 گروه (بد کنترل شده و خوب کنترل شده) تفاوتی نداشتند.

از نظر آلبومین‌اوری، هماچوری و کتون‌اوری در 2 گروه خوب و بد کنترل شده تفاوتی وجود نداشت اما گلوکز اوری در گروه بد کنترل شده بیش‌تر بود (eta=0/241 و P=0/032).

میانگین MCV در گروه بد کنترل شده (SD=5/8) 85 و در گروه کنترل شده از نظر (SD=12) fl (femtoliter) 78 به دست آمد که این اختلاف نیز معنی‌دار بود (eta=0/441 و P=0/017).

همان طور که انتظار می‌رفت گلوکزآوری در گروه بد کنترل شده بیش‌تر بود. در گروه بد کنترل شده، بیماران MCH، MCV و کراتینین بیش‌تر و ضربان قلب کم‌تری داشتند.

این تغییرات می‌تواند ناشی از عدم کنترل مناسب قند در این افراد یا ناشی از متغیرهایی باشد که در این طرح اندازه‌گیری نشده‌اند بنابراین بررسی بیش‌تر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

همان گونه که انتظار می‌رفت، نوروپاتی، پراداری، پرنوشی و رتینوپاتی از شایع‌ترین علائم بوده‌اند.

وجود رتینوپاتی در ۴/۴۳٪ موارد آمار قابل توجهی است که شاید دلیل آن متوسط مدت ابتلای این افراد از زمان تشخیص دیابت، (۱۰ سال) باشد.

منابع مختلف نیز این مطلب را ذکر کرده‌اند که خطر عوارض مزمن دیابت با طول مدت هیپرگلیسمی افزایش می‌یابد و معمولاً این عوارض در دهه دوم هیپرگلیسمی ظاهر می‌شوند(۳).

اگر چه در این مطالعه، سن با سطح ویتامین B₁₂ ارتباطی نداشت اما توان این مطالعه برای بیان ارتباط معنی‌دار بین این دو متغیر بالا نبود که علت آن این است که اغلب افراد(۹۵٪) در محدوده سنی ۵۴ تا ۶۰ سال قرار داشتند در صورتی که اگر تعداد افراد مورد مطالعه بیش‌تر بود و افراد نیز در سنین متفاوت بودند، احتمال پیدا کردن ارتباط بین سن و سطح ویتامین B₁₂ بسیار بالا می‌رفت.

در مطالعه‌ای که تغییرات وابسته به سن و سطح ویتامین B₁₂ بررسی شده بود به این نتیجه رسیدند که کمبود ویتامین B₁₂ در سنین بالاتر شایع‌تر از بیماران جوان‌تر است که دلیل آن شیوع بیش‌تر سوء جذب کوبالامین در این گروه سنی به دلیل گاستریت آتروفیک می‌باشد(۵).

بیمارانی که در معرض خطر کمبود ویتامین B₁₂ هستند عبارتند از: بیماران با مشکلات دستگاه گوارش(گاستریت آتروفیک تنه‌ای یا گاسترکتومی نسبی قبلی)، اختلالات

و در افراد بد کنترل شده، ۴۸۳/۶۳ پیکوگرم در میلی‌لیتر (SD=۱۹۶/۹) بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بین مقادیر کمی ویتامین B₁₂ و هموگلوبین A_{1c} ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

میانگین ویتامین B₁₂ در مبتلایان به دیابت نوع یک و دو به ترتیب ۵۱۲/۵ پیکوگرم (SD=۱۷۵/۲) و ۴۵۱/۳ پیکوگرم (SD=۲۰۰/۶) به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بحث

در آمریکا ۹۰٪ بیماران دیابتی، مبتلا به دیابت نوع دو هستند که در این مطالعه نیز ۸۷/۸٪ افراد مبتلا به دیابت نوع دو داشتند در نتیجه از این نظر تفاوتی وجود ندارد.

در این مطالعه ۱۵/۲٪ از افراد، سطح ویتامین B₁₂ پایین‌تر از میزان طبیعی داشتند.

در یک مطالعه(۶) تنها در ۲/۲٪ از ۴۵۲ بیمار ۴۰ تا ۷۴ ساله مبتلا به NIDDM، معیارهای نقص ویتامین B₁₂ وجود داشت.

همان طور که مشاهده می‌شود، در مطالعه حاضر این نقص بیش‌تر است که می‌تواند ناشی از مشکلات تغذیه‌ای، گوارشی و سوءتغذیه بیش‌تر در جامعه ما نسبت به مطالعه ذکر شده باشد.

اگر چه سطح ویتامین B₁₂ در افراد بد کنترل شده پایین‌تر بود اما این اختلاف معنی‌دار نبود.

وجود احساس نوار مانند تنگی دور تنه یا اندام‌ها و علامت بابینسکی، نوروپاتی و نوروپاتی عصب هفتم مغزی در افراد بدکنترل شده نسبت به افراد خوب کنترل شده نشان‌دهنده حساس‌تر بودن این علائم جهت یافتن افرادی است که دیابت آن‌ها خوب کنترل نمی‌شود.

وجود گلوکز در ادرار نسبت به آلبومین‌آوری علامت حساس‌تری به نظر می‌رسد و در موارد بیش‌تری نیز نسبت به آلبومین‌آوری، در این بیماران مشاهده گردید.

مقایسه سطح ویتامین B₁₂ را در این ۲ گروه امکان‌پذیر می‌سازد.

به عبارت دیگر این ۲ گروه از نظر این متغیرها، همسان (match) بوده که این مطلب بر اعتبار نتایج طرح می‌افزاید. همچنین MCV، MCH، ضربان قلب و علائمی که در ۲ گروه بد کنترل شده و خوب کنترل شده تفاوت داشتند، با سطح ویتامین B₁₂ ارتباطی نداشتند، بنابراین نیازی به حذف اثر مخدوش‌کنندگی این متغیرها در بررسی اختلاف سطح ویتامین B₁₂ در افراد خوب و بد کنترل شده نبود.

در یک مطالعه مقطعی روی ۱۱۱ بیمار مبتلا به NIDDM که ۴۰ نفر از آن‌ها متفورمین مصرف کرده و ۷۱ نفر متفورمین مصرف نمی‌کردند مشاهده شد که دریافت‌کنندگان متفورمین، سطح سرمی ویتامین B₁₂ پایین‌تری دارند (۸) اما در این مطالعه اختلافی از نظر سطح ویتامین B₁₂ در مصرف‌کنندگان متفورمین با سایر افراد وجود نداشت.

در بسیاری از مطالعات به عدم ارتباط سطح ویتامین B₁₂ و نوروپاتی دیابتی اشاره شده است (۹ و ۱۰).

بر اساس یک مطالعه دیگر ۲ هفته پس از کنترل قند در بیماران دیابتی بد کنترل شده، ظرفیت اتصال تام و غیر اشباع ویتامین B₁₂ کاهش یافته و به سطح طبیعی رسیده بود اما سطح ویتامین B₁₂ ثابت بوده است.

در این مطالعه مشاهده شد که سطح سرمی ویتامین B₁₂ در بیماران دیابتی بد کنترل شده بیشتر از افراد طبیعی می‌باشد (۱۱).

اغلب مطالعات انجام شده (۱۰ و ۱۱) حجم نمونه پایینی داشتند.

در مطالعه حاضر سطح ویتامین B₁₂ در بیماران دیابتی بد کنترل شده کم‌تر از بیماران دیابتی کنترل شده از نظر قند بود هر چند که این تفاوت معنی‌دار نبود و با هیچ یک از مطالعات قبلی نیز هم‌خوانی ندارد.

اتوایمیون (دیابت نوع یک و اختلالات تیروئید)، بیماری‌هایی که به صورت دراز مدت مهارکننده‌های ترشح اسید معده یا بی‌گوانیدها را دریافت می‌کنند و بیماری‌هایی که برای بیهوشی آن‌ها از اکسید نیترو استفاده می‌شود (۵).

در این مطالعه عوامل ذکر شده به عنوان عامل مخدوش‌کننده در نظر گرفته نشدند اما در طرح‌های آینده، در نظر گرفتن این مسئله پیشنهاد می‌شود.

مصرف ناکافی ویتامین B₁₂ تا کنون به عنوان عامل خطر برای کمبود ویتامین B₁₂ شناخته نشده است (۵).

مکمل‌های کوبالامین، ارزان قیمت و غیرسمی هستند و در صورتی که مصرف آن‌ها زود شروع شود، از اثرات غیر قابل برگشت عصبی جلوگیری به عمل خواهد آمد اما با توجه به شیوع کم کمبود ویتامین B₁₂ در افراد دچار دیابت نوع دو (بر اساس نتایج این مطالعه و منبع شماره ۵)، تجویز پیش‌گیرانه ویتامین B₁₂ به تمام مبتلایان به دیابت نوع دو، پیشنهاد نمی‌شود.

طرح‌های با حجم نمونه بالا، چند مرکزی و کنترل شده جهت شناسایی افرادی که در معرض خطر بیشتری از نظر کمبود ویتامین B₁₂ هستند ضروری به نظر می‌رسد، تا بدین ترتیب پیش‌گیری در این افراد، در اولویت قرار گیرد زیرا کاهش سطح سرمی ویتامین B₁₂ به طور غیر مستقیم سطح هوموسیستئین کلی سرم را افزایش می‌دهد که یک عامل خطر برای آترواسکلروز است (۸-۶).

اندازه‌گیری سطح ویتامین B₁₂ در ۲ نوبت از یک نمونه خون به منظور کاهش خطای اندازه‌گیری صورت گرفت و موجب افزایش دقت نتایج گردید. همچنین جهت کاهش سایر خطاهای اندازه‌گیری و یکسان بودن شرایط، خون‌گیری از تمام بیماران، در صبح انجام شد.

عدم تفاوت میانگین سن، وزن، قد، طول مدت دیابت و درصد جنسیت، نوع دیابت، آلبومین‌اوری، هماچوری و کتون‌اوری در ۲ گروه بد و خوب کنترل شده،

ed., USA. McGraw-Hill, 2001, Vol 2., PP: 2109-97.

2- Andreoli TE., Carpenter CCJ., Griggs RC., Loscalzo J., Beland SS., Farajallah AS. eds. Cecil Essentials of Medicine, 5th ed., USA, WB Saunders Company, 2001, PP: 596-8.

3- Pickup JC., Williams G., Alexander WS., Amiel SA., Assal JP., Bailey CJ. eds. Textbook of Diabetes, 2nd ed., USA, Blackwell Scientific Publications, 1997, Vol.2, PP: 50.1-50.18.

4- Aminoff MJ. Neurology and General Medicine, 2nd ed., USA, Churchill Livingstone Publications. 1995, PP: 219-21

5- Nilsson-Ehle H. Age-related changes in cobalamin (vitamin B12) handling. Implications for therapy, *Drugs Aging*, 1998; 12(4): 277-92.

6- Stabler SP., Estacio R., Jeffers BW., Cohen JA., Allen RH., Schrier RW. Total homocysteine is associated with nephropathy in non-insulin-dependent diabetes mellitus, *Metabolism*, 1999; 48(9): 1096-101.

7- Fiorina P., Lanfredini M., Montanari A., Peca MG., Veronelli A., Mello A., et al. Plasma homocysteine and folate are related to arterial blood pressure in type 2 diabetes mellitus, *Am J Hypertens*, 1998; 11(9): 1100-7.

8- Hoogeveen EK., Kostense PJ., Jakobs C., Bouter LM., Heine RJ., Stehouwer CD. Does metformin increase the serum total homocysteine level in non-insulin-dependent diabetes mellitus? *J Intern Med*, 1997; 242(5): 389-94.

9- Rieder HP., Berger W., Fridrich R. Vitamin status in diabetic neuropathy (thiamine, riboflavin, pyridoxin, cobalamin and tocopherol). *Z Ernährungswiss*, 1980; 19(1): 1-13.

10- Straub RH., Rokitzki L., Schumacher T., Hillmann C., Palitzsch KD., Scholmerich J. Patients with type-II diabetes mellitus and neuropathy have no deficiency of vitamins A, E, beta-carotene, B1, B2, B6, B12 and folic acid, *Med Klin*, 1993; 88(8): 453-7.

تجویز ویتامین‌ها به بیماران دیابتی، نیاز به انسولین را کاهش داده و تا حدودی عوارض عروقی را بهبود می‌بخشد (۱۲).

ویتامین‌ها نه تنها به عنوان مکمل‌های غذایی مطرح هستند بلکه به عنوان مواد دارویی در درمان نیز بسیار مؤثر می‌باشند (۱۲).

در مطالعه‌ای نشان داده شد که تزریق متیل کوبالامین غلیظ در مایع نخاع برای درمان علائم نوروپاتی دیابتی بسیار مؤثر و در عین حال بی‌خطر است (۱۳).

تنها ۶/۲۷٪ از بیماران، هموگلوبین A_{1c} پایین‌تر از ۷/۵٪ داشتند که نشان دهنده وضعیت بد کنترل قند در این افراد می‌باشد.

در این رابطه آموزش بیشتر بیماران با استفاده از روش‌های جدیدتر و کنترل بیشتر بیماران مبتلا به دیابت توصیه می‌شود زیرا همان‌طور که گفته شد، خطر عوارض مزمن دیابت با طول مدت هیپرگلیسمی افزایش می‌یابد.

مصرف گلی‌بن‌کلامید به تنهایی یا همراه با سایر داروها در ۲/۵۸٪ موارد دیده شد که نشان دهنده مصرف زیاد این دارو در بیماران مورد بررسی بوده و قابل توجه می‌باشد.

در ۸/۴۰٪ از افراد، انسولین به تنهایی یا همراه با سایر داروها مصرف می‌شد که این مطلب نیاز به آموزش تزریق صحیح را بیان می‌کند شاید یکی از علل عدم کنترل دقیق قند و در نتیجه سطح بالای هموگلوبین در ۴/۷۲٪ از این افراد، تزریق نادرست، نامناسب و حتی عدم پذیرش تزریق مکرر انسولین و استفاده از آن توسط بیماران باشد که تمام این مسایل نیازمند توجه و بررسی بیشتر می‌باشند.

منابع

1- Braunwald E., Fauci AS., Kasper DL., Hauser SL., Longo D., Jameson JL. eds. Harrison's principles of internal medicine, 15 th

11- Takahashi Y., Takayama S., Itou T., Owada K., Omori Y. Effect of glycemic control on vitamin B12 metabolism in diabetes mellitus, *Diabetes Res Clin Pract*, 1994; 25(1): 13-17.

12- Tamai H. Diabetes and vitamin levels, *Nippon Rinsho*, 1999; 57(10): 2362-5.

13- Ide H., Fujiya S., Asanuma Y., Tsuji M., Sakai H., Agishi Y. Clinical usefulness of intrathecal injection of methylcobalamin in patients with diabetic neuropathy, *Clin Ther*, 1987; 9(2): 183-92.

COMPARISON OF VITAMIN B12 LEVEL AND ITS NEUROLOGICAL SIGNS AND SYMPTOMS IN WELL-CONTROLLED DIABETIC PATIENTS WITH POOR-CONTROLLED ONES

I *M. Hagh Azali, MD* *II* *H. Shahrads Bejestani, MD* *III* **A. Kabir, MD* *IV* *T. Shooshtarizadeh, MD*

ABSTRACT

Some studies have shown the relief of neurosensory signs in diabetic patients by vitamin B12 supplementation. Symptomatic therapy is not a goal in medicine; therefore, for detecting causes of this relief, vitamin B12 level was compared in poor and well-controlled diabetic patients in this study. Diabetes mellitus, which is the most common metabolic disease, has systemic effect on immunity, neurosensory, cardiovascular, kidney, skin and other organs and it causes organic and psychological disorders in patients. It increases treatment cost and reduces the efficient personnel, directly and indirectly. Knowing the mechanism of vitamin B12 effect on neurosensory signs of diabetes mellitus can help us in preventive care. It has a significant high quality, it is more cost-benefit and is prior to treatment. This cross-sectional study was carried out on 99 patients who referred to endocrine part of Rasool-e-Akram Hospital. Mean age of the patients was 58.5±4 and 55 patients (56.1%) were female. History taking, physical examination and blood sample was done for determining vitamin B12 and hemoglobin A1c. Vitamin B12 level was compared in poor and well-controlled diabetic patients. SPSS software was used for analysis of the data. The most common signs and symptoms consisted of hand and foot neuropathy, polyuria, nocturia, retinopathy, polydipsia, amblyopia, weight loss, distal paresthesia, second cranial nerve neuropathy, touch and vibration sense loss and nephropathy. Vitamin B12 level had no significant difference in poor and well-controlled diabetic patients. Neuropathy, polyuria, polydipsia and retinopathy were the most common symptoms. Neuropathy in 43.4% of patients can be due to duration of diabetes in these patients (10 years). Chronic complications increase with duration of hyperglycemia. Insufficient use of vitamin B12 is not a risk factor for vitamin B12 deficiency. Cobalamine supplements are inexpensive and nontoxic. Adding these supplements in primary stages may prevent irreversible neurosensory complications. Because of low prevalence of vitamin B12 deficiency in patients with type II diabetes, prophylactic administration of vitamin B12 to all of these patients is not suggested. Long-scale, multicentered and controlled study for determining the patients with higher risk for vitamin B12 deficiency is also essential.

Key Words: 1) Vitamin B12 2) Neurological symptoms 3) Diabetes

This article is a summary of the thesis by M. Hagh Azali, MD for the degree of specialty in Internal Medicine under supervision of H. Sh. Bejestani, MD in 2002.

I) Internist, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

II) Assistant Professor of Endocrinology. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

*III) General Physician. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding author)*

IV) Pathologist, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.