

مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
 دوره‌ی سیزدهم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۲۸۲ - ۲۷۲ (شهریور ۱۳۹۰)

ارتباط فروکتوز رژیم غذایی با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در بزرگسالان: مطالعه‌ی قند و لیپید تهران

زهره بهادران^۱، فیروزه حسینی اصفهانی^۱، دکتر پروین میرمیران^۲، مهیا مهران^۱، دکتر فرهاد حسین‌پناه^۱،
 دکتر فریدون عزیزی^۲

(۱) مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، (۲) گروه تغذیه انسانی، دانشکده‌ی تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، (۳) مرکز تحقیقات غدد، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم؛ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران، شهرک قدس، بلوار شهید فرحزادی، خیابان ارغوان غربی، شماره ۴۶، دکتر پروین میرمیران؛
 e-mail: mirmiran@endocrine.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش کنونی، بررسی وضعیت دریافت فروکتوز رژیم غذایی و ارتباط آن با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در بزرگسالان تهرانی است. **مواد و روش‌ها:** مطالعه‌ی مقطعی حاضر با استفاده از داده‌های افراد بزرگسال ۷۰-۱۹ ساله‌ی شرکت کننده در مرحله‌ی سوم مطالعه‌ی قند و لیپید تهران انجام شد. داده‌های مربوط به رژیم غذایی افراد، با استفاده از یک پرسش‌نامه‌ی روا و پایای نیمه کمی بسامد خوراک، با ۱۶۸ قلم غذایی ارزیابی گردید و مجموع فروکتوز طبیعی موجود در میوه و سبزیجات، و فروکتوز افزودنی موجود در غذاهای صنعتی دارای شیرین‌کننده‌های افزودنی، بعنوان فروکتوز کل رژیم غذایی محاسبه گردید. **یافته‌ها:** ۴۵٪ افراد شرکت کننده، مردان با میانگین سنی 40 ± 14 سال و 55% زنان با میانگین سنی 38 ± 13 سال بودند. میانگین دریافت کل فروکتوز رژیم غذایی در مردان $46/5 \pm 24/5$ گرم و در زنان $37/3 \pm 24/2$ گرم در روز بود. ارتباط مثبت معنی‌دار میان دریافت فروکتوز رژیم غذایی و نمایه‌ی توده‌ی بدن ($P < 0/01$)، $0/11$ و $\beta = 0/03$ به ترتیب در مردان و زنان)، دور کمر ($P < 0/01$)، $0/10$ و $\beta = 0/15$ به ترتیب در مردان و زنان)، فشار خون سیستولی ($P < 0/01$)، $0/12$ و $\beta = 0/09$ به ترتیب در مردان و زنان) و فشار خون دیاستولی ($P < 0/01$)، $0/80$ و $\beta = 0/13$ به ترتیب در مردان و زنان) و غلظت قند خون ناشتا در مردان ($P < 0/05$)، $\beta = 0/01$ مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** دریافت بالای فروکتوز رژیم غذایی می‌تواند اثرات نامطلوبی بر عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی داشته باشد.

واژگان کلیدی: فروکتوز، عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی، چاقی، اختلالات لیپیدی

دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۱۴ - دریافت اصلاحیه: ۹۰/۱/۲۴ - پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۸

مقدمه

دریافت غذایی فروکتوز به طور متوسط ۲۰-۱۶ گرم در روز و به طور عمده از منابع طبیعی مانند میوه‌های تازه بوده است. در سه دهه‌ی اخیر میزان مصرف فروکتوز در رژیم غذایی به ۱۰۰-۸۵ گرم در روز افزایش یافته، که این امر به

فروکتوز، شیرین‌ترین مونوساکارید است و به‌طور طبیعی در میوه، سبزیجات و عسل یافت می‌شود. در گذشته

انتخاب شدند. افرادی که از نظر دریافت غذایی بیش- گزارش‌دهی یا کم‌گزارش‌دهی (انرژی دریافتی کمتر از ۸۰۰ و یا بیشتر از ۴۲۰۰ کیلوکالری در روز) داشتند، از پژوهش حذف شدند؛ در نهایت داده‌های ۲۵۳۷ بزرگسال (۱۱۴۱ مرد و ۱۳۹۶ زن)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

داده‌های مربوط به رژیم غذایی افراد با استفاده از یک پرسش‌نامه‌ی نیمه کمی روا و پایای بسامد خوراک با ۱۶۸ قلم غذایی، بر اساس فراوانی مصرف هر شاخص غذایی در سال گذشته به صورت روزانه، هفتگی و ماهانه ارزیابی گردید.^{۱۴} انرژی و مواد مغذی دریافتی با استفاده از جدول ترکیبات غذایی USDAⁱⁱ، محاسبه گردید.^{۱۵} فروکتوز موجود در میوه، سبزیجات و سایر مواد غذایی که به طور طبیعی دارای فروکتوز آزاد هستند، به عنوان "فروکتوز طبیعی" در نظر گرفته شد و با استفاده از جدول ترکیبات غذایی محاسبه گردید. محتوای فروکتوز غذاهای صنعتی دارای شیرین‌کننده‌های افزودنی از جمله نیشکر و چغندر قند، ملاس، شربت اینورت و شربت ذرت با فروکتوز بالا، به عنوان "فروکتوز افزودنی" در نظر گرفته شد، و با استفاده از جدول اطلاعات قندهای افزودنی USDA و جدول ترکیبات غذایی محاسبه گردید.^{۱۶} ۵۰٪ قند و شکر نیز به عنوان فروکتوز غیرآزاد در نظر گرفته شد. در نهایت، مجموع "فروکتوز طبیعی" و "فروکتوز افزودنی" به عنوان فروکتوز کل رژیم غذایی محاسبه گردید.^{۱۷}

داده‌های تن‌سنجی توسط افراد مصاحبه‌گر ماهر با استفاده از پرسشنامه‌های اعتباریابی شده، ثبت گردید.^{۱۸} وزن افراد با استفاده از ترازوی دیجیتال با کمینه‌ی پوشش فرد و با تقریب ۱۰۰ گرم اندازه‌گیری شد. قد افراد در حالت ایستاده و بدون کفش، با استفاده از متر ثابت شده روی دیوار، با تقریب ۰/۱ سانتی‌متر اندازه‌گیری و ثبت گردید. شاخص نمایه‌ی توده‌ی بدنⁱⁱⁱ (BMI) از تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (مترمربع) محاسبه شد. اندازه‌ی دور کمر از حدود ناف با استفاده از متر نواری و بدون فشار بر سطح بدن اندازه‌گیری و با تقریب ۰/۱ ثبت گردید. برای اندازه‌گیری فشار خون، افراد ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه به صورت نشسته استراحت کردند. سپس فشار خون با استفاده از دستگاه فشارسنج جیوه‌ای دو بار اندازه‌گیری و میانگین آن به عنوان فشارخون فرد در نظر گرفته شد. نمونه

دلیل افزایش مصرف محصولات صنعتی مانند نوشابه‌های گازدار، آمیوه‌های صنعتی، کنسرو میوه‌جات، مربا و ژله، کیک، کلوچه، شیرینی‌جات و انواع شکلات، بوده است.^۱ در تهیه‌ی این محصولات، مقادیر فراوانی از شیرین‌کننده‌ها و قندهای افزودنی دارای فروکتوز از جمله نیشکر و چغندر قند، ملاس، شربت اینورت، شربت ذرت با فروکتوز بالا استفاده می‌شود.^۲ بررسی‌های اخیر، روند افزایشی مصرف فروکتوز و افزایش شیوع چاقی، دیابت نوع ۲ و سندروم متابولیک را به موازات هم و نگران‌کننده دانسته‌اند.^{۳،۴} بررسی مدل‌های حیوانی^۵ و پژوهش‌های بالینی روی انسان^{۶،۷} این فرضیه را تقویت می‌کند، اما شواهد روشنی بر مبنای مطالعات اپیدمیولوژی پیرامون رابطه‌ی دریافت فروکتوز در مقادیر معمول رژیم غذایی با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در دسترس نمی‌باشد. با توجه به شیوع بالای چاقی و اضافه وزن، سندروم متابولیک، و سایر عوامل زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در جامعه‌ی بزرگسال ایرانی^{۸-۱۰} و با توجه به گذار سریع تغذیه‌ای،^{۱۱} هدف از پژوهش حاضر، بررسی وضعیت دریافت فروکتوز رژیم غذایی و ارتباط آن با برخی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در بزرگسالان تهرانی بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به صورت مقطعی و با استفاده از داده‌های افراد شرکت‌کننده در مرحله‌ی سوم (ابتدای سال ۱۳۸۴ تا انتهای سال ۱۳۸۶) مطالعه‌ی قند و لیپید تهران (TLGS)ⁱ انجام شد. به طور خلاصه، مطالعه‌ی قند و لیپید تهران، یک مطالعه‌ی آینده‌نگر با هدف تعیین و پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر است که از سال ۱۳۷۸ روی ساکنین بالای ۳ سال منطقه‌ی ۱۳ تهران آغاز شده و جمع‌آوری داده‌ها هر سه سال یکبار ادامه دارد.^{۱۲} در طول مرحله‌ی سوم، ۱۲۵۲۳ نفر ارزیابی‌ها را تکمیل کردند که از میان آن‌ها، ۴۹۲۰ نفر بر اساس طبقه‌بندی سنی و جنسی، به صورت تصادفی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ی تغذیه انتخاب شدند و در پایان داده‌های رژیم غذایی برای ۳۴۶۲ نفر (حدود ۷۰٪) کامل گردید.^{۱۳} در بررسی حاضر، تمام بزرگسالان ۷۰-۱۹ ساله با اطلاعات کامل تغذیه، تن‌سنجی، فعالیت فیزیکی و ارزیابی‌های بیوشیمیایی، که رژیم غذایی خاصی نداشتند برای آنالیز

ii - U.S Department of Agriculture

iii - Body mass index

i - Tehran lipid and glucos study

خون افراد شرکت کننده در پژوهش پس از ۱۴-۱۲ ساعت ناشتایی در روز مراجعه بین ساعت ۷ تا ۹ صبح، اخذ گردید. نمونه‌ها ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پس از جمع‌آوری با رعایت دستورالعمل‌های استاندارد، سانتریفوژ شدند. گلوکز ناشتا سرم با روش رنگ‌سنجی آنزیمی با استفاده از گلوکز اکسیداز صورت گرفت. تری‌گلیسرید و کلسترول تام سرم با روش رنگ‌سنجی آنزیمی به ترتیب با استفاده از آنزیم گلیسرول فسفات اکسیداز و کلسترول اکسیداز اندازه‌گیری شد. لیپوپروتئین با دانسیته‌ی بالا پس از رسوب آپولیپوپروتئین بتا با اسید فسفوتنگستیک اندازه‌گیری، و لیپوپروتئین با دانسیته پایین با استفاده از فرمول فریدوالد محاسبه گردید. برای اندازه‌گیری متغیرهای بیوشیمیایی عنوان شده از کیت‌های آزمایشگاهی (شرکت پارس آزمون) استفاده گردید و تغییرات ضریب درون و برون آزمونی برای تمام متغیرها کمتر از ۵٪ در نظر گرفته شد.^{۱۸}

عوامل خطرناک بیماری‌های قلبی - عروقی بر اساس حدود تعریف شده‌ی بین‌المللی^{۱۹} و نیز بر اساس دور کمر تعیین شده برای جامعه‌ی ایرانی^{۲۰} تعریف گردید. اندازه‌ی دور کمر بالاتر از ۹۵ سانتی‌متر در مردان و زنان به عنوان چاقی شکمی در نظر گرفته شد. قند خون ناشتا بالاتر از ۱۰۰ میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر و یا مصرف داروهای پایین آورنده‌ی قند خون به عنوان هایپرگلیسمی تعریف شد. اختلالات چربی خون به صورت تری‌گلیسرید بالاتر از ۱۵۰ میلی‌گرم به عنوان (هایپرتری‌گلیسریدمی)، غلظت کلسترول تام سرم بالاتر از ۲۰۰ میلی‌گرم (هایپرکلسترولمی)، غلظت کلسترول - LDL بالاتر از ۱۳۰ میلی‌گرم، کلسترول - HDL پایین‌تر از ۴۰ در مردان و پایین‌تر از ۵۰ میلی‌گرم در زنان، و یا مصرف داروهای پایین آورنده‌ی چربی خون، تعریف گردید. فشار خون سیستولی بالاتر از ۱۳۵، دیاستولی بالاتر از ۸۵ میلی‌متر جیوه، و یا مصرف داروهای پایین آورنده‌ی فشار خون، به عنوان فشار خون بالا در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، نسخه‌ی ۱۶ انجام شد. دریافت رژیم غذایی فروکتوز به ازای ۱۰۰۰ کیلوکالری انرژی دریافتی محاسبه گردید:

فروکتوز رژیم غذایی (گرم/روز) × ۱۰۰۰ (کیلوکالری - کل انرژی دریافتی)

سپس چارک‌های کل فروکتوز دریافتی بر اساس صدک‌های ۲۵، ۵۰ و ۷۵ به تفکیک برای زنان و مردان

محاسبه شد. کل فروکتوز رژیم غذایی (روز/۱۰۰۰ کیلوکالری/گرم) در چارک‌های اول، دوم، سوم و چهارم در مردان به ترتیب، برابر یا کمتر از ۱۳/۴، ۱۷/۵ تا ۱۷/۶ تا ۲۳/۷ و بیشتر از ۲۳/۷، و در زنان برابر یا کمتر از ۱۰/۴ تا ۱۰/۴ تا ۱۵/۲، ۱۵/۳ تا ۲۰/۸ تا و بیشتر از ۲۰/۸ بود. تفاوت میانگین متغیرهای جمعیت شناختی، شیوه‌ی زندگی و درصد ابتلا به عوامل خطرناک بیماری‌های قلبی - عروقی در چارک‌های دریافت فروکتوز با استفاده از آزمون آنالیز واریانس برای متغیرهای کمی و آزمون مجذور خی برای متغیرهای کیفی، تعیین شد. تفاوت میانگین دریافت انرژی و مواد مغذی در میان چارک‌های دریافت فروکتوز با آنالیز کوواریانس و با تعدیل اثر سن ارزیابی شد. تفاوت میانگین عوامل خطرناک بیماری‌های غیر واگیر در چارک‌های دریافت فروکتوز با استفاده از آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر سن، فعالیت بدنی، وضعیت استعمال سیگار، دریافت استروژن و وضعیت یائسگی (در زنان)، انرژی دریافتی، چربی (درصد از انرژی)، کربوهیدرات (درصد از انرژی)، کل قندهای ساده (درصد از انرژی) و فیبر (۱۰۰۰ کیلوکالری/گرم) و همچنین تعدیل اثر نمایه‌ی توده‌ی بدن (به جز برای مقایسه‌ی میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدن و دور کمر)، تعیین شد. به منظور تعیین ارتباط فروکتوز رژیم غذایی با هر یک از عوامل خطرناک بیماری‌های غیر واگیر، از آزمون تحلیل رگرسیون خطی با تعدیل عوامل مداخله‌گر، استفاده گردید.

یافته‌ها

در بررسی حاضر، ۴۵٪ افراد شرکت کننده مردان با میانگین سنی 40 ± 14 سال و ۵۵٪ زنان با میانگین سنی 38 ± 13 سال بودند. میانگین دریافت کل فروکتوز رژیم غذایی در مردان $24/5 \pm 4/5$ ، و در زنان $24/2 \pm 3/3$ گرم در روز بود. در مردان ۶۰٪ و در زنان ۵۰٪ دریافت فروکتوز از غذاهای صنعتی دارای قندهای افزودنی بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی، شیوه‌ی زندگی و شیوع عوامل خطرناک بیماری‌های قلبی - عروقی بر حسب چارک‌های دریافت فروکتوز به تفکیک زنان و مردان در جدول ۱ نمایش داده شده است.

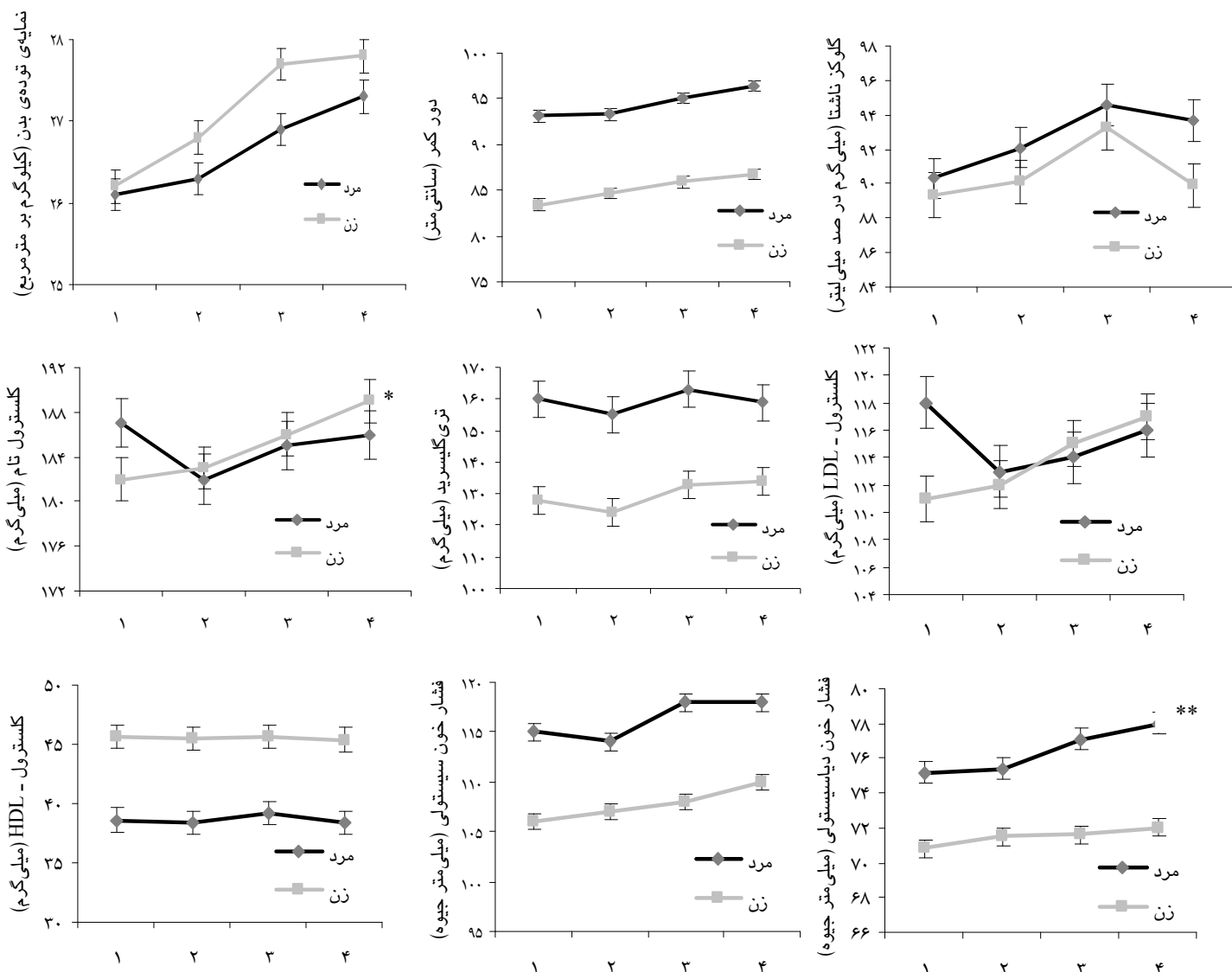
جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی و شیوه‌ی زندگی افراد بزرگسال شرکت کننده در پژوهش، در چارک‌های دریافت فروکتوز رژیم غذایی: مطالعه‌ی قند و لیپید تهران

مقدار P	زن (۱۳۹۶ نفر)				مقدار P*	مرد (۱۱۴۱ نفر)				
	چارک چهارم	چارک سوم	چارک دوم	چارک اول		چارک چهارم	چارک سوم	چارک دوم	چارک اول	
										کل فروکتوز رژیم غذایی
	>۲۰/۸	۱۵/۳-۲۰/۸	۱۰/۴-۱۵/۲	≤۱۰/۳		>۲۳/۷	۱۷/۶-۲۳/۷	۱۳/۴-۱۷/۵	≤۱۳/۳	محدوده‌ی دریافت (روز/۱۰۰۰ کیلوکالری/گرم)
	۲۵/۹	۱۷/۹	۱۲/۶	۷/۲		۲۸/۱	۱۹/۷	۱۵/۴	۱۱/۱	میانه‌ی دریافت (روز/۱۰۰۰ کیلوکالری/گرم)
	۳۵۰	۳۴۹	۳۵۹	۳۳۸		۲۸۷	۲۸۵	۲۸۴	۲۸۵	افراد شرکت کننده (تعداد)
<۰/۰۱	۴۱±۱۳	۳۹±۱۳	۳۷±۱۲	۳۷±۱۲	<۰/۰۱	۴۳±۱۳	۴۱±۱۳	۳۹±۱۳	۳۸±۱۲ [†]	سن (سال)
<۰/۰۱	۶۹±۱۲	۶۸±۱۳	۶۷±۱۴	۶۵±۱۲	<۰/۰۵	۸۱±۱۵	۷۹±۱۴	۷۸±۱۳	۷۸±۱۳	وزن (کیلوگرم)
NS	۳۲±۳۸	۳۲±۵۵	۳۲±۴۱	۳۰±۳۸	NS [‡]	۳۷±۶۲	۴۵±۷۲	۴۳±۷۴	۴۰±۶۹	فعالیت بدنی (معادل متابولیک- ساعت/ هفته)
NS	۳/۴	۲/۹	۲/۲	۳	NS	۲۳/۷	۲۳/۵	۲۵	۲۴/۶	استعمال سیگار (درصد)
<۰/۰۱	۲۷/۴	۲۷/۸	۲۵/۳	۱۸/۶	<۰/۰۵	۵۸/۵	۵۲/۳	۴۷/۲	۴۸/۴	چاقی شکمی [§] (درصد)
NS	۱۴	۱۵/۸	۱۳/۹	۱۰/۱	NS	۱۸/۱	۱۵/۴	۱۵/۱	۱۲/۶	هیپر گلیسمی (درصد)
<۰/۰۱	۳۷	۳۵/۷	۲۹/۵	۲۵/۷	NS	۳۳/۸	۳۳/۷	۳۰/۳	۳۵/۸	هیپر کسترولمی (درصد)
<۰/۰۵	۳۴/۶	۲۸/۹	۲۵/۶	۲۷/۵	NS	۴۶/۳	۴۴/۹	۴۱/۲	۴۴/۶	هیپر تری گلیسریدمی ^{**} (درصد)
NS	۱۹/۱	۱۴/۶	۱۷/۳	۱۲/۱	<۰/۰۱	۳۲/۱	۳۰/۲	۲۳/۶	۲۱/۱	پرفشاری خون ^{††} (درصد)

* مقدار P به دست آمده از آزمون آنالیز واریانس، برای مقایسه متغیرهای کمی و آزمون Kruskal-Wallis برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی بین چارک‌های دریافت فروکتوز می‌باشد و $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شده است. [†] مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده است (جز در مواردی که اشاره شده است). [‡] غیرمعنی‌دار، [§] دور کمتر بیشتر از از ۹۵ سانتی‌متر، ^{||} قند خون ناشتا بالاتر از ۱۰۰ میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر یا استفاده از داروهای کاهنده‌ی قند خون، ^{|||} کلسترول تام سرم بالاتر از ۲۰۰ میلی‌گرم یا استفاده از داروهای کاهنده‌ی چربی خون، ^{**} تری‌گلیسرید سرم بالاتر از ۱۵۰ میلی‌گرم یا استفاده از داروهای کاهنده‌ی چربی خون، ^{††} فشارخون سیستولی بالاتر از ۱۳۵ میلی‌متر جیوه، یا دیاستولی بالاتر از ۸۵ میلی‌متر جیوه و یا مصرف داروهای پایین آورنده‌ی فشارخون.

و مردان در جدول ۲ آمده است. دریافت کربوهیدرات (درصد از انرژی)، کل قندهای ساده (درصد از انرژی)، فروکتوز طبیعی و افزودنی (درصد از انرژی)، کل فروکتوز (درصد از انرژی)، درصد از کربوهیدرات، گرم/روز) و همچنین دریافت فیبر (گرم/روز) در زنان و مردان شرکت کننده در پژوهش در میان چارک‌های دریافت فروکتوز، روند افزایشی معنی‌دار، و دریافت چربی (درصد از انرژی)، روند کاهشی معنی‌داری داشت. میانگین دریافت کل فروکتوز رژیم غذایی در چارک چهارم در مردان ۲/۷ و در زنان ۳/۸ برابر میانگین دریافت در چارک اول بود. میانگین تعدیل شده‌ی عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر در هر چارک دریافت فروکتوز، در مردان و زنان، در شکل ۱ نمایش داده شده است.

افراد در بالاترین چارک دریافت فروکتوز میانگین سنی بالاتری نسبت به پایین‌ترین چارک داشتند. همچنین میانگین وزن افراد در زنان و مردان با دریافت بالاتر فروکتوز، به طور معنی‌دار بالاتر بود. میزان فعالیت بدنی و وضعیت استعمال سیگار در میان چارک‌ها تفاوت معنی‌داری نداشت. شیوع چاقی شکمی در هر دو جنس، شیوع تری‌گلیسرید بالا و کلسترول بالای سرم در زنان، و نیز شیوع فشار خون بالا در مردان، در بالاترین چارک دریافت فروکتوز به طور معنی‌داری بالاتر از افراد در چارک اول بود. شیوع هیپرگلیسمی در مردان و زنان در میان چارک‌ها تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین دریافت انرژی و مواد مغذی در میان چارک‌های دریافت فروکتوز رژیم غذایی به تفکیک زنان



شکل ۱- میانگین ± خطای استاندارد برخی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در چارک‌های دریافت فروکتوز رژیم غذایی، در بزرگسالان شرکت کننده در مطالعه‌ی قند و لیپید تهران. مقایسه‌ی میانگین متغیرها در هر چارک با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر سن، فعالیت بدنی، وضعیت استعمال سیگار، نمایه‌ی توده‌ی بدن (برای همه متغیرها به جز نمایه‌ی توده‌ی بدن و دور کمر)، درصد کربوهیدرات، چربی و فیبر رژیم غذایی انجام شد. کل فروکتوز رژیم غذایی (روز/۱۰۰۰ کیلوکالری/گرم) در چارک‌های اول، دوم، سوم و چهارم در مردان به ترتیب، برابر یا کمتر از ۱۳/۴، ۱۷/۵ تا ۲۳/۷ و بیشتر از ۲۳/۷ و در زنان برابر یا کمتر از ۱۰/۳، ۱۰/۴ تا ۱۵/۳، ۱۵/۲ تا ۲۰/۸ و بیشتر از ۲۰/۸ بود. * $P < 0.05$ ، ** $P < 0.01$

جدول ۲- میانگین دریافت انرژی و مواد مغذی افراد بزرگسال شرکت کننده در پژوهش، در چارک‌های دریافت فروکتوز رژیم غذایی: مطالعه‌ی قند و لیپید تهران

مقدار P	زن (۱۳۹۶ نفر)				مقدار P [†]	مرد (۱۱۴۱ نفر)				
	چارک چهارم	چارک سوم	چارک دوم	چارک اول		چارک چهارم	چارک سوم	چارک دوم	چارک اول*	
	۲۵۰	۳۴۹	۳۵۹	۳۳۸		۲۸۷	۲۸۵	۲۸۴	۲۸۵	افراد شرکت کننده (تعداد)
§NS	۲۲۲۳ ± ۳۴	۲۲۲۷ ± ۳۴	۲۲۴۱ ± ۳۴	۲۱۹۱ ± ۳۵	<۰/۰۵	۲۳۷۵ ± ۴۱	۲۴۴۴ ± ۴۱	۲۵۳۸ ± ۴۱	۲۳۵۷ ± ۴۱ [‡]	انرژی دریافتی (کیلوکالری)
<۰/۰۵	۶۰/۶ ± ۰/۳	۵۶/۹ ± ۰/۳	۵۴/۹ ± ۰/۳	۵۳/۴ ± ۰/۳	<۰/۰۵	۶۲/۴ ± ۰/۴	۵۸/۸ ± ۰/۴	۵۸/۱ ± ۰/۴	۵۶/۷ ± ۰/۴	کربوهیدرات (درصد از انرژی)
<۰/۰۱	۲۹/۷ ± ۰/۴	۳۲/۳ ± ۰/۴	۳۳/۶ ± ۰/۴	۳۴/۹ ± ۰/۴	<۰/۰۱	۲۷/۴ ± ۰/۴	۲۹/۹ ± ۰/۴	۳۰ ± ۰/۴	۳۱/۱ ± ۰/۴	چربی (درصد از انرژی)
NS	۱۳/۷ ± ۰/۱	۱۳/۷ ± ۰/۱	۱۳/۸ ± ۰/۱	۱۳/۲ ± ۰/۱	NS	۱۳/۸ ± ۰/۱	۱۳/۹ ± ۰/۱	۱۳/۶ ± ۰/۱	۱۳/۶ ± ۰/۱	پروتئین (درصد از انرژی)
<۰/۰۱	۱۸/۴ ± ۰/۳	۱۷/۲ ± ۰/۳	۱۵/۵ ± ۰/۳	۱۴/۷ ± ۰/۳	<۰/۰۱	۱۸ ± ۰/۴	۱۷/۳ ± ۰/۴	۱۷/۴ ± ۰/۴	۱۴/۷ ± ۰/۴	فیبر (روز/۱۰۰۰ کیلوکالری/گرم)
<۰/۰۱	۲۸/۷ ± ۰/۲	۲۳/۷ ± ۰/۲	۲۱/۵ ± ۰/۲	۱۸/۵ ± ۰/۲	<۰/۰۱	۲۸/۶ ± ۰/۳	۲۴/۱ ± ۰/۳	۲۱/۴ ± ۰/۳	۱۸/۹ ± ۰/۳	قندهای ساده (درصد از انرژی)
<۰/۰۱	۵/۴ ± ۰/۰۳	۳/۶ ± ۰/۰۳	۲/۶ ± ۰/۰۳	۱/۷ ± ۰/۰۳	<۰/۰۱	۵/۲ ± ۰/۰۴	۳/۴ ± ۰/۰۴	۲/۶ ± ۰/۰۴	۱/۷ ± ۰/۰۴	فروکتوز طبیعی (درصد از انرژی)
<۰/۰۱	۵/۹ ± ۰/۰۵	۳/۶ ± ۰/۰۵	۲/۳ ± ۰/۰۵	۱/۲ ± ۰/۰۵	<۰/۰۱	۷ ± ۰/۰۵	۴/۶ ± ۰/۰۵	۳/۶ ± ۰/۰۵	۲/۵ ± ۰/۰۵	فروکتوز افزودنی (درصد از انرژی)
										کل فروکتوز دریافتی
<۰/۰۱	۱۱/۳ ± ۰/۰۹	۷/۲ ± ۰/۰۹	۵ ± ۰/۰۹	۲/۹ ± ۰/۰۹	<۰/۰۱	۱۲/۲ ± ۰/۰۹	۸ ± ۰/۰۹	۶/۲ ± ۰/۰۹	۴/۳ ± ۰/۰۹	(درصد از انرژی)
<۰/۰۱	۱۸/۷ ± ۰/۱۴	۱۲/۸ ± ۰/۱۴	۹/۳ ± ۰/۱۴	۵/۶ ± ۰/۱۴	<۰/۰۱	۱۹/۶ ± ۰/۱۵	۱۳/۸ ± ۰/۱۵	۱۰/۷ ± ۰/۱۵	۷/۷ ± ۰/۱۵	(درصد از کربوهیدرات)
<۰/۰۱	۶۳/۳ ± ۰/۶	۴۰/۴ ± ۰/۶	۲۸/۲ ± ۰/۶	۱۷ ± ۰/۶	<۰/۰۱	۷۳/۶ ± ۰/۷	۴۸/۷ ± ۰/۷	۳۷ ± ۰/۷	۲۶/۴ ± ۰/۷	(گرم/روز)

* کل فروکتوز رژیم غذایی (روز/۱۰۰۰ کیلوکالری/گرم) در چارک‌های اول، دوم، سوم و چهارم در مردان به ترتیب، برابر یا کمتر از ۱۳/۳، ۱۳/۴ تا ۱۷/۵، ۱۷/۶ تا ۲۳/۷ و بیشتر از ۲۳/۷، و در زنان برابر یا کمتر از ۱۰/۴، ۱۰/۳ تا ۱۵/۲ تا ۱۵/۲ و بیشتر از ۲۰/۸ بود. † مقادیر P، به دست آمده از آزمون آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر سن برای همه متغیرها می‌باشد و <۰/۰۵ P معنی‌دار در نظر گرفته شده است. ‡ مقادیر به صورت میانگین ± انحراف استاندارد بیان شده است. § غیرمعنی‌دار

جدول ۳ - ارتباط فروکتوز رژیم غذایی با عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر در افراد بزرگسال شرکت کننده در مطالعه‌ی قند و لیپید تهران

زن (۱۳۹۶ نفر)			مرد (۱۱۴۱ نفر)			
تعدیل شده R2	P	برآورد β استاندارد شده	تعدیل شده R2	مقدار P [†]	برآورد β استاندارد شده*	
۰/۸	<۰/۰۰۱	۰/۸	۰/۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۳	نمایه‌ی توده‌ی بدن
۰/۲	<۰/۰۰۱	۰/۸	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۸	دور کمر
۰/۰۹	*NS	۰/۰۶	۰/۸	<۰/۰۰۵	۰/۰۱	گلوکز ناشتا سرم
۰/۲	NS	۰/۰۲	۰/۰۹	NS	۰/۰۰۷	کلسترول تام سرم
۰/۸	NS	۰/۰۱	۰/۸	NS	۰/۰۱	تری گلیسرید
۰/۸	NS	۰/۰۰۱	۰/۰۶	NS	۰/۰۰۶	کلسترول - LDL
۰/۰۴	NS	۰/۰۴	۰/۰۴	NS	-۰/۰۳	کلسترول - HDL
۰/۸	<۰/۰۰۱	۰/۸	۰/۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۹	فشار خون سیستولی (میلی متر جیوه)
۰/۸	<۰/۰۰۵	۰/۸	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۸	فشار خون دیاستولی (میلی متر جیوه)

* برآورد β استاندارد شده با استفاده از آزمون رگرسیون خطی تعدیل اثر سن، فعالیت بدنی، وضعیت استعمال سیگار، نمایه‌ی توده‌ی بدن (به جز برای متغیرهای نمایه‌ی توده‌ی بدن و دور کمر)، وضعیت مصرف استروژن و وضعیت یائسگی در زنان، درصد کربوهیدرات، چربی و قندهای ساده از انرژی و فیبر دریافتی، در مدل به دست آمده است. دریافت فروکتوز رژیم غذایی به صورت کمی به عنوان متغیر مستقل و عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی به صورت کمی به عنوان متغیر وابسته وارد مدل گردید. † مقدار $P < ۰/۰۵$ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شده است. ‡ غیر معنی دار

شیرینی‌جات، انواع مربا، ژله و کمپوت میوه‌ها بوده است. یافته‌های سومین بررسی ارزیابی سلامت ملی^۱ (NHANES) نشان داد که میانگین دریافت فروکتوز در بزرگسالان آمریکایی بیش از ۱۰٪ انرژی دریافتی روزانه و به طور عمده از منابع غذایی دارای شیرین کننده‌های افزودنی است.^{۲۲} در پژوهش حاضر روند افزایش دریافت فروکتوز در میان چارک‌ها با افزایش شیوع چاقی شکمی و افزایش نمایه‌ی توده‌ی بدن همراه بود. این یافته‌ها همسو با بررسی‌هایی است که نشان داده‌اند رژیم غذایی با مقادیر بالای فروکتوز، موجب افزایش لیپوژنز و ذخیره‌ی چربی در بدن و افزایش مقاومت به لپتین می‌گردد.^{۲۳-۲۵} در یک پژوهش، تجویز رژیم غذایی دارای ۲۵٪ فروکتوز در مقایسه با رژیم دارای گلوکز، موجب افزایش تجمع چربی احشایی و چاقی شکمی در زنان شد.^{۲۶} یکی از سازوکارهایی که به نظر می‌رسد می‌تواند موجب افزایش وزن شود، این است که فروکتوز بر خلاف گلوکز به دنبال مصرف یک وعده غذایی قادر به تحریک انسولین، افزایش سطح لپتین و در نتیجه مهار هورمون گرلین، به عنوان پیام‌های سیری به مغز نیست. در یک پژوهش، دریافت فروکتوز در مقایسه با سایر کربوهیدرات‌ها موجب افزایش میزان گرسنگی و افزایش دریافت کالری در وعده‌های بعد شده است.^۱ بررسی‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که فروکتوز موجب کاهش سوخت و ساز پایه و تنظیم افزایشی مسیر بیوسنتز چربی‌ها می‌شود.^{۲۷} یافته‌های مطالعات اپیدمیولوژی در این زمینه متفاوت بوده است؛ در یک بررسی مقطعی، رابطه‌ی مثبت میان دریافت نوشابه‌های دارای فروکتوز و نمایه‌ی توده‌ی بدن در زنان مشاهده شد.^{۲۸} در حالی‌که در یک مطالعه‌ی کهورت چنین ارتباطی دیده نشد.^{۲۹}

در پژوهش حاضر ارتباط مثبت معنی‌دار میان دریافت فروکتوز و غلظت قند خون ناشتا در مردان به دست آمد. یافته‌های برخی مطالعات نشان می‌دهد فروکتوز به واسطه‌ی سازوکارهای مرتبط با چاقی، افزایش تجمع چربی در کبد و عضلات، و همچنین کاهش گیرنده‌های انسولینی در این بافت‌ها، افزایش پروتئین کیناز C و اسیدهای چرب آزاد پلازما، موجب مقاومت انسولینی می‌گردد.^{۳۱} در انسان دوز بالای فروکتوز (۲۵۰ گرم در روز) پس از یک هفته موجب مقاومت انسولینی شده، در حالی‌که دوزهای پایین‌تر (۱۰۰

میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدن، دور کمر و فشارخون سیستولی در مردان و زنان، با افزایش دریافت فروکتوز افزایش معنی‌داری داشت. همچنین میانگین کلسترول تام سرم در زنان، و میانگین فشارخون دیاستولی در مردان با افزایش دریافت فروکتوز افزایش معنی‌داری را نشان داد. میانگین تری‌گلیسرید سرم، کلسترول - LDL و کلسترول - HDL در میان چارک‌های دریافت فروکتوز در هیچ‌یک از دو جنس، تفاوت معنی‌داری نداشت. در جدول ۳، ارتباط فروکتوز رژیم غذایی با هر یک از عوامل خطر ساز بیماری‌های غیرواگیر به صورت برآورد ضریب استاندارد شده رگرسیون (β) و R² تعدیل شده، گزارش شده است. ارتباط مثبت معنی‌دار میان دریافت فروکتوز رژیم غذایی با نمایه‌ی توده‌ی بدن و دور کمر در هر دو جنس مشاهده گردید. همچنین ارتباط مثبت معنی‌دار میان فروکتوز رژیم غذایی با فشارخون سیستولی و دیاستولی در هر دو جنس، و ارتباط مثبت معنی‌دار دریافت فروکتوز و غلظت قند خون ناشتا در مردان به دست آمد. اما ارتباط معنی‌داری میان دریافت فروکتوز و غلظت چربی‌ها و لیپوپروتئین‌های سرم مشاهده نشد.

بحث

در پژوهش حاضر ارتباط مثبت معنی‌داری میان دریافت فروکتوز رژیم غذایی و نمایه‌ی توده‌ی بدن، دور کمر و فشار خون سیستولی و دیاستولی در هر دو جنس، مستقل از سن، فعالیت بدنی، استعمال سیگار و دریافت انرژی، کربوهیدرات، چربی، قندهای ساده و فیبر رژیم غذایی، مشاهده شد. به تازگی در یک پژوهش مروری، جانسون و همکاران بر اساس یافته‌های تعداد زیادی از مطالعات، چنین پیشنهاد کرده‌اند که دریافت فروکتوز در مقادیر بیش از ۵۰ گرم در روز می‌تواند یکی از علل اصلی زمینه‌ساز بروز سندروم متابولیک و دیابت نوع ۲ باشد.^{۳۱} در پژوهش حاضر مردان در چارک‌های سوم و چهارم، و زنان در چارک چهارم روزانه بیش از ۵۰ گرم فروکتوز مصرف می‌کردند. همچنین میانگین دریافت فروکتوز در مردان و زنان به ترتیب ۷٪ و ۸٪ میانگین انرژی دریافتی روزانه بود. در مردان حدود ۴۰٪ و در زنان حدود ۵۰٪ کل دریافت فروکتوز از میوه و سبزیجات، و سایر منابع طبیعی، و بقیه از قند، شکر، و سایر شیرین‌کننده‌های افزودنی موجود در نوشابه‌ها و آبمیوه‌های صنعتی، کیک و

لیپوپروتئین بتا و به دنبال آن تولید بیش از حد تری‌گلیسیرید می‌گردد.^{۴۰} یافته‌های اخیر یک متا-آنالیز نشان داد دریافت فروکتوز در مقادیر کمتر از ۵۰ گرم در روز تاثیر سو بر غلظت تری‌گلیسیرید سرم ندارد. همچنین در یک مطالعه‌ی مقطعی، ارتباط معنی‌دار میان مصرف فروکتوز با سطح کلسترول-HDL، کلسترول-LDL، کلسترول تام و تری‌گلیسیرید سرم مشاهده نشد، اما فروکتوز ارتباط معنی‌داری با اندازه نرات LDL داشت.^{۴۱}

بررسی حاضر دارای محدودیت‌هایی است که مهمترین آن، مقطعی بودن مطالعه می‌باشد. مطالعات کهورت به طور قوی تری ارتباطات را نشان خواهند داد. استفاده از پرسش‌نامه‌ی بسامد خوراک برای جمع آوری اطلاعات دریافت رژیم غذایی و محاسبه‌ی تقریبی دریافت فروکتوز رژیم غذایی به علت کمبود داده‌ها در مورد فروکتوز موجود در برخی اقلام غذایی نیز می‌تواند از دیگر نقاط ضعف این پژوهش محسوب گردد.

در بررسی حاضر دریافت فروکتوز ارتباط معنی‌دار با دور کمر و نمایه‌ی توده‌ی بدن، فشارخون سیستولی و دیاستولی در هر دو جنس و غلظت قند خون ناشتا در مردان داشت. همچنین افزایش معنی‌دار شیوع غلظت بالای کلسترول تام و تری‌گلیسیرید سرم در زنان با افزایش دریافت فروکتوز در چارک‌ها مشاهده گردید. یافته‌های پژوهش حاضر تاکید بر اهمیت توصیه‌های تغذیه‌ای با تاکید بر کاهش مصرف محصولات غذایی صنعتی دارای شیرین کننده‌های افزودنی و جایگزین کردن میان وعده‌های سالم و مغذی خانگی، همچنین کاهش استفاده از شیرین کننده‌های دارای فروکتوز در صنایع غذایی، می‌باشد.

سپاسگزاری: نویسندگان از کارشناسان مجرب گروه تغذیه برای انجام مصاحبه‌ها و ورود داده‌ها، مدیریت بررسی قند و چربی‌های خون، پشتیبانی علمی و همکاری با مولفین، صمیمانه قدردانی می‌نمایند. این پژوهش با استفاده از داده‌های طرح پژوهشی کد ۱۲۱ با حمایت مالی پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در جمهوری اسلامی ایران انجام یافته است.

گرم در روز) پس از ۴ هفته چنین اثری نداشته‌اند.^{۳۲} در یک بررسی مقطعی نیز دریافت بالای فروکتوز با افزایش ۱۴ درصدی سطح پپتید C به عنوان یک عامل خطر مقاومت انسولینی همراه بوده است.^{۳۳}

در این بررسی، رابطه‌ی مثبت معنی‌دار میان دریافت فروکتوز رژیم غذایی و فشار خون سیستولی و دیاستولی در مردان و زنان وجود داشت. همچنین شیوع فشار خون بالا در بالاترین چارک دریافت نسبت به چارک اول، در مردان ۱۱٪ و در زنان ۷٪ بیشتر بود. در یک پژوهش، دریافت روزانه ۲۰۰ گرم فروکتوز در مردان سالم پس از ۴ هفته موجب افزایش معنی‌دار فشارخون سیستولی و دیاستولی گردید.^{۳۴} همچنین در یک کارآزمایی بالینی، رژیم غذایی محدود شده از فروکتوز در مدت ۶ هفته سبب کاهش معنی‌دار فشارخون سیستولی گردید.^{۳۵} یافته‌های اخیر یک مطالعه‌ی کهورت نیز نشان داد دریافت بالای فروکتوز از قندهای افزودنی با سطح بالای فشارخون در بزرگسالان مرتبط است.^{۳۶} بررسی‌ها پیشنهاد کرده‌اند تاثیر فروکتوز بر افزایش فشارخون می‌تواند به واسطه‌ی توانایی فروکتوز در افزایش بازجذب آب و نمک از کلیه و روده، و همچنین افزایش غلظت اسید اوریک پلاسما باشد؛^{۳۷} اما یافته‌های یک پژوهش، مقطعی نشان داد که ارتباط معنی‌داری میان دریافت فروکتوز و خطر هیپراوریسمی در بزرگسالان وجود ندارد.^{۳۷} در بررسی حاضر، در زنان با افزایش روند دریافت فروکتوز در چارک‌ها، میانگین کلسترول تام سرم و همچنین شیوع غلظت بالای کلسترول و تری‌گلیسیرید افزایش معنی‌داری داشت. اما ارتباط معنی‌دار میان دریافت فروکتوز و غلظت چربی و لیپوپروتئین‌های خون مشاهده نشد. در یک بررسی دریافت مقادیر بالای فروکتوز در افراد سالم پس از دو هفته موجب افزایش غلظت تری‌گلیسیرید و کاهش سطح کلسترول HDL شد.^{۳۸} یافته‌های دو پژوهش دیگر نشان داد تجویز یک رژیم غذایی با ۱۷-۲۰٪ فروکتوز در مقایسه با گلوکز پس از ۴ هفته موجب افزایش سطح تری‌گلیسیرید سرم گردید.^{۳۹} بررسی‌های دیگری نیز گزارش کرده‌اند که فروکتوز موجب بروز اختلالات لیپیدی به واسطه‌ی تحریک سنتز کبدی لیپوپروتئین با دانسیته‌ی بسیار پایین، افزایش سنتز

References

1. Miller A, Adeli K. Dietary fructose and the metabolic syndrome. *Curr Opin Gastroenterol* 2008; 24: 204-9.
2. Basciano H, Federico L, Adeli K. Fructose, insulin resistance, and metabolic dyslipidemia. *Nutr Metab* 2005; 2: 5.
3. Bray GA. Fructose: should we worry? *Int J Obes (Lond)* 2008; 32 Suppl 7: S127-31.

4. Johnson RJ, Segal MS, Sautin Y, Nakagawa T, Feig DI, Kang DH, et al. Potential role of sugar (fructose) in the epidemic of hypertension, obesity and the metabolic syndrome, diabetes, kidney disease, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 899-906.
5. Jürgens H, Haass W, Castañeda TR, Schürmann A, Koebnick C, Dombrowski F, et al. Consuming fructose-sweetened beverages increases body adiposity in mice. *Obes Res* 2005; 13: 1146-56.
6. Bray GA, Nielsen SJ, Popkin BM. Consumption of high-fructose corn syrup in beverages may play a role in the epidemic of obesity. *Am J Clin Nutr* 2004; 79: 537-43.
7. Teff KL, Elliott SS, Tschöp M, Kieffer TJ, Rader D, Heiman M, et al. Dietary fructose reduces circulating insulin and leptin, attenuates postprandial suppression of ghrelin, and increases triglycerides in women. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 2963-72.
8. Esteghamati A, Ashraf H, Khalilzadeh O, Rashidi A, Mohammad K, Asgari F, et al. Trends of diabetes according to body mass index levels in Iran: results of the national Surveys of Risk Factors of Non-Communicable Diseases (1999-2007). *Diabet Med* 2010; 27: 1233-40.
9. Esteghamati A, Khalilzadeh O, Mohammad K, Mey-samie A, Rashidi A, Kamgar M, et al. Secular trends of obesity in Iran between 1999 and 2007: National Surveys of Risk Factors of Non-communicable Diseases. *Metab Syndr Relat Disord* 2010; 8: 209-13.
10. Azizi F, Salehi P, Etemadi A, ZahediAsl-S. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2003; 61: 29-37.
11. Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. *Public Health Nutr* 2002; 5: 149-55.
12. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Mirmiran P, Hajipour R, et al. Cardiovascular risk factors in an Iranian urban population: Tehran Lipid and Glucose Study (phase 1). *Soz Praventivmed Med* 2002; 47: 408-26.
13. Hosseini-Esfahani F, Jessri M, Mirmiran P, Bastan S. Adherence to dietary recommendations and risk of metabolic syndrome: Tehran Lipid and Glucose Study. *Metabolism* 2010; 59: 1833-42.
14. Mirmiran P, Hosseini F, Mehrabi Y, Hedayati M, Azizi F. Reliability and relative validity of an FFQ for nutrients in the Tehran lipid and glucose study. *Public Health Nutr* 2010; 13: 654-62.
15. The Nutrient Data Laboratory. Food Composition Table (FCT), food and nutrition information center, United State Department of Agriculture (USDA). Available from: URL: <http://www.nal.usda.gov/fnic/foodcomp>
16. Database for the Added Sugars Content of Selected Foods. Food and nutrition information center, United State Department of Agriculture (USDA). Available from: URL: <http://www.ars.usda.gov/Services/docs>
17. Sun SZ, Flickinger BD, Williamson-Hughes PS, Empie MW. Lack of association between dietary fructose and hyperuricemia risk in adults. *Nutr Metab (Lond)* 2010; 7: 16.
18. Azizi F, Ghanbarian A, Momenan AA, Hadaegh F, Mirmiran P, Hedayati M, et al. Prevention of non-communicable disease in a population in nutrition transition: Tehran Lipid and Glucose Study phase II. *Trials* 2009; 10: 5.
19. Grundy SM, Cleeman JI, Daniel SR. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement: Executive Summary. *Crit Pathw Cardiol* 2005; 4: 198-203.
20. Azizi F, Hadaegh F, Khalili D, Esteghamati A, Hos-seinipناه F, Delavari A, et al. Appropriate definition of metabolic syndrome among iranian adults: report of the iranian national committee of obesity. *Arch Iran Med* 2010; 13: 426-8.
21. Johnson RJ, Perez-Pozo SE, Sautin YY, Manitius J, Sanchez-Lozada LG, Feig DI, et al. Hypothesis: could excessive fructose intake and uric acid cause type 2 diabetes? *Endocr Rev* 2009; 30: 96-116.
22. Vos MB, Kimmons JE, Gillespie C, Welsh J, Blank HM. Dietary fructose consumption among US children and adults: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Medscape J Med* 2008; 10: 160.
23. Nakagawa T, Hu H, Zharikov S, Tuttle KR, Short RA, Glushakova O, et al. A causal role for uric acid in fructose-induced metabolic syndrome. *Am J Physiol Renal Physiol* 2006; 290: F625-31.
24. Baret G, Peyronnet J, Grassi-Kassiss D, Dalmaz Y, Wiernsperger N, Geloan A. Increased intraabdominal adipose tissue mass in fructose fed rats: correction by metformin. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2002; 110:298-303.
25. Shapiro A, Mu W, Roncal C, Cheng KY, Johnson RJ, Scarpace PJ. Fructose-induced leptin resistance exacerbates weight gain in response to subsequent high fat feeding. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2008; 295: R1370-5.
26. Stanhope KL, Keim NL, Hellerstein MK, Beysen C, McGahan JP, Griffen SC, et al. Consumption of fructose but not glucose-sweetened beverages for 10 weeks induces glucose intolerance and insulin resistance, and increases visceral adiposity in overweight/obese human. *J Clin Invest* 2009; 119: 1322-34.
27. Stanhope KL, Havel PJ. Fructose consumption: potential mechanisms for its effects to increase visceral adiposity and induce dyslipidemia and insulin resistance. *Curr Opin Lipidol* 2008; 19: 16-24.
28. Forshee RA, Anderson PA, Storey ML. The role of beverage consumption, physical activity, sedentary behavior, and demographics on body mass index of adolescents. *Int J Food Sci Nutr* 2004; 55: 463-78.
29. Newby PK, Peterson KE, Berkey CS, Leppert J, Willet WC, Colditz GA. Beverage consumption is not associated with changes in weight and body mass index among low income preschool children in North Dakota. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: 1068-94.
30. Elliott SS, Keim NL, Stern JS, Teff K, Havel PJ. Fructose, weight gain, and the insulin resistance syndrome. *Am J Clin Nutr* 2002; 76: 911-22.
31. Faeh D, Minehira K, Schwarz JM, Periasamy R, Park S, Tappy L. Effect of fructose overfeeding and fish oil administration on hepatic de novo lipogenesis and insulin sensitivity in healthy men. *Diabetes* 2005; 54: 1907-13.
32. Wu T, Giovannucci E, Pischon T, Hankinson SE, Ma J, Rifai N, et al. Fructose, glycemic load and quantity and quality of carbohydrate in relation to plasma C-peptide concentration in US women. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 1043-9.
33. Perez-Pozo SE, Schold J, Nakagawa T, Sánchez-Lozada LG, Johnson RJ, Lillo JL. Excessive fructose intake induces the features of metabolic syndrome in healthy adult men: role of uric acid in the hypertensive response. *Int J Obes (Lond)* 2010; 34: 454-61.
34. Brown CM, Dulloo AG, Yepuri G, Montani JP. Fructose ingestion acutely elevates blood pressure in healthy

- young humans. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2008; 294: R730-7.
35. Jalal DI, Smits G, Johnson RJ, Chonchol M. Increased fructose associates with elevated blood pressure. *J Am Soc Nephrol* 2010, 21:1543-9.
 36. Madero M, Perez-Pozo SE, Jalal D, Johnson RJ, Sánchez-Lozada LG. Dietary fructose and hypertension. *Curr Hypertens Rep* 2011; 13: 29-35.
 37. Soleimani M. Dietary fructose, salt absorption and hypertension in metabolic syndrome: Toward a new paradigm. *Acta Physiol (Oxf)* 2010.
 38. Parks EJ, Hellerstein MK. Carbohydrate-induced hypertriacylglycerolemia: historical perspective and review of biological mechanisms. *Am J Clin Nutr* 2000; 71: 412-33.
 39. Swarbrick MM, Stanhope KL, Elliott SS, Graham JL, Krauss RM, Christiansen MP, et al. Consumption of fructose-sweetened beverages for 10 weeks increases postprandial triacylglycerol and apolipoprotein-B concentrations in overweight and obese women. *Br J Nutr* 2008; 100: 947-52.
 40. Bantle JP, Raatz SK, Thomas W, Georgopoulos A. Effects of dietary fructose on plasma lipids in healthy subjects. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 1128-34.
 41. Aeberli I, Zimmermann MB, Molinari L, Lehmann R, l'Allemand D, et al. Fructose intake is a predictor of LDL particle size in overweight schoolchildren. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 1174-8.

Original Article

Dietary Fructose and Cardiovascular Disease Risk Factors in Adults: Tehran Lipid and Glucose Study

Bahadoran Z¹, Hosseini-Esfahani F¹, Mirmiran P², Mehran M¹, Hosseinpanah F¹, Azizi F³

¹Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences; ²Department of Nutrition and Diet Therapy, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute;

³Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Tehran, I.R. Iran

e-mail:mirmiran@endocrine.ac.ir

Received: 05/03/2011 Accepted: 28/04/2011

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the association between fructose intake and cardiovascular disease risk factors in Tehranian adults. **Materials and Methods:** This study was conducted using data from adults, aged 19-70 years, who participated in the third phase of Tehran Lipid and Glucose study. Dietary data were collected using a validated semi-quantitative food frequency questionnaire with 168 food items. The sum of natural dietary fructose in fruits and vegetables, and fructose in industrialized foods containing added sweeteners, was calculated as total dietary fructose. **Results:** Forty-five and fifty-five percent of participants were men and women, with mean ages of 40.5±13.6 and 38.6±12.8 years, respectively. Mean dietary intakes of total fructose were 46.5±24.5 g/d in men and 37.3±24.2 g/d in women. Significant positive associations were observed between dietary fructose intake and body mass index ($\beta=0.03$ and 0.11, $p<0.001$, in men and women respectively), systolic blood pressure ($\beta=0.09$ and 0.12, $p<0.01$, in men and women respectively), diastolic blood pressure ($\beta=0.13$ and 0.80, $p<0.01$, in men and women respectively) and fasting blood glucose in men ($\beta=0.01$, $p<0.05$). **Conclusion:** Dietary fructose intake may have adverse effects on cardiovascular disease risk factors.

Keywords: Fructose, Cardiovascular disease risk Factors, Obesity, Lipid disorders