

آثار سودمند رژیم کاهنده‌ی فشار خون (DASH) بر اجزای تشکیل دهنده‌ی سندروم متابولیک

پروین میرمیران، لیلا آزادبخت، مژگان پادیاب، احمد اسماعیل‌زاده، دکتر فریدون عزیزی

چکیده

مقدمه: این پژوهش به منظور تعیین اثرات رژیم غذایی کاهنده‌ی فشار خون DASH بر اجزای تشکیل دهنده‌ی سندروم متابولیک انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** یک مطالعه‌ی کارازمایی بالینی تصادفی کنترل شده روی ۱۱۶ بیمار مبتلا به سندروم متابولیک انجام شد. سه رژیم غذایی به مدت ۶ ماه تجویز شدند: رژیم غذایی کنترل، رژیم غذایی کاهش وزن با تأکید بر انتخاب‌های غذایی سالم، رژیم غذایی DASH همراه با کاهش انرژی دریافتی و افزایش دریافت میوه و سبزی، لبیات کم چربی، دانه‌های کامل، و کاهش دریافت چربی‌های اشباع، چربی تام، کلسترول، و محدودیت سدیم تا حداقل ۲۴۰۰ میلی‌گرم در روز. متغیرهای واپسی اجزای سندروم متابولیک بودند. **یافته‌ها:** رژیم غذایی DASH نسبت به رژیم غذایی کنترل به ترتیب در مردان و زنان منجر به افزایش HDL (۷ و ۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، کاهش تری‌گلیسرید (۱۸- و ۱۴- میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، فشارخون سیستولیک (۱۲- و ۱۱- میلی‌متر جیوه)، فشارخون دیاستولیک (۶- و ۷- میلی‌متر جیوه)، وزن (۱۶- و ۱۴- کیلوگرم)، فشارخون ناشتا (۱۵- و ۸- میلی‌گرم در دسی‌لیتر) گردید ($p < 0.001$). کاهش خالص در تری‌گلیسرید (۱۷- و ۱۸- میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، فشارخون سیستولیک (۱۱- و ۱۱- میلی‌متر جیوه)، فشارخون دیاستولیک (۵- و ۶- میلی‌متر جیوه)، فندخون ناشتا (۴- و ۶- میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، وزن (۱۶- و ۱۵- کیلوگرم) و افزایش در HDL (۵- و ۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) میان مردان و زنان در گروه غذایی DASH بیشتر بود (در همه موارد $p < 0.05$). رژیم غذایی کاهش وزن در مردان و زنان به ترتیب منجر به تغییر معنی‌دار در TG (۱۳- و ۱۰- میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، فشارخون سیستولیک (۶- و ۶- میلی‌متر جیوه) و وزن (۱۳- و ۱۲- کیلوگرم) شد (در همه موارد $p < 0.05$). نتیجه‌گیری: رژیم غذایی DASH احتمالاً می‌تواند بیشتر خطرات متابولیک را در مردان و زنان مبتلا به سندروم متابولیک کاهش دهد. مکانیسم‌های مربوط به این موضوع نیاز به مطالعه‌های بیشتر دارند.

واژگان کلیدی: رژیم غذایی DASH، سندروم متابولیک، رژیم کاهش وزن، رژیم غذایی کاهنده‌ی فشار خون، پرفشاری خون
دریافت مقاله: ۸۴/۹/۱۲ - دریافت اصلاحیه: ۸۴/۱۲/۲ - پذیرش مقاله: ۸۴/۱۲/۱۳

مقدمه

سندروم متابولیک مجموعه‌ای از ناهنجاری‌های متابولیک می‌دهد.^{۱,۲} داده‌های موجود بیانگر این است که شیوع این سندروم به میزان هشدار دهنده‌ای در حال افزایش است.^{۳,۴} سندروم متابولیک در کشور ایران و در شهر تهران حدود ۳۰٪

و عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی - عروقی است که عمدتاً در افرادی که حساسیت به انسولین در آن‌ها آسیب دیده، رخ

همه‌ی افراد ناحیه‌ی مورد مداخله که ناهنجاری‌های قند یا چربی خون یا پرفشاری خون داشتند به درمانگاه تغذیه دعوت شدند. از میان کسانی که دعوت را پذیرفتند، افراد مبتلا به سندرم متابولیک به طور تصادفی به دو گروه شامل گروه رژیم غذایی DASH و گروه رژیم غذایی کاهش وزن تقسیم شدند. از دو ناحیه‌ی دیگر که گروه کنترل را تشکیل می‌دادند افراد مبتلا به سندرم متابولیک که از نظر متغیرهای مداخله‌گر با نمونه‌های مورد مطالعه یکسان‌سازی شده بودند، دعوت شدند، هیچ‌یک از بیماران مطالعه را ترک نکرد و همه‌ی افراد مطالعه را تا انتها ادامه دادند. همه بیماران در تجزیه و تحلیل داده‌ها شرکت کردند و همگی از پروتکل مطالعه پیروی کردند. (نمودار ۱).

شرکت‌کنندگان در مطالعه چاق یا دارای اضافه وزن بودند، طی ۶ ماه گذشته در برنامه‌های کاهش وزن شرکت نکرده بودند و وزن ثابت خود را حفظ کرده بودند ($\pm 1 \text{ kg}$). از هر بیمار درخواست شد تا پرسشنامه‌ی تاریخچه‌ی سلامتی و پزشکی مشخصی را که به عنوان یک وسیله‌ی غربالگری به کار رفت، تکمیل نماید. برای تشخیص سندرم متابولیک، افراد باید ۲ یا تعداد بیشتری از ملاک‌های تشخیصی سندرم متابولیک را دارا باشند. بنا بر «پل درمان بزرگسالان III»ⁱⁱⁱ سندرم متابولیک این چنین تعریف شده است:^۴

۱- چاقی شکمی (به عنوان محیط دور کمر بیش از ۱۰۲ سانتی‌متر در مردان یا بیش از ۸۸ سانتی‌متر در زنان);^۲
 ۲- سطوح پایین کلسترول HDL (کمتر از ۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در مردان یا کمتر از ۵۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در زنان);^۳ ۳- هیپرتری‌گلیسیریدمی (تری‌آسیل گلیسیرول برابر ۱۵۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا بیشتر);^۴ ۴- فشار خون بالا (روی ۸۵ میلی‌متر جیوه یا بیشتر);^۵ ۵- اختلال در کنترل متابولیسمی گلوکز (غلظت قند خون ناشتا برابر یا بیشتر از ۱۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر).

افرادی که بیماری قلبی - عروقی یا مشکلات روانپزشکی داشتند، سیگاری بودند یا داروهای مؤثر بر متابولیسم مواد مغذی و چربی‌های خون و فشار خون یا مکمل مواد معدنی، ویتامین و آنتی‌اسیدهای حاوی منیزیم یا کلسیم استفاده می‌کردند از مطالعه خارج می‌شدند. طرح پیشنهادی این مطالعه به وسیله‌ی شورای پژوهشی مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب شد و

از بزرگسالان را در برمی‌گیرد^۶ که به طور معنی‌داری از اغلب کشورهای توسعه یافته بیشتر است.^۷ به منظور انتخاب یک رژیم درمانی برای سندرم متابولیک تمام ناهنجاری‌های سندرم متابولیک باید در نظر گرفته شوند.^{۷,۸} اغلب بیماران مبتلا به سندرم متابولیک دارای اضافه وزن به ویژه چاقی شکمی هستند.^{۹,۱۰} بنا بر این کاهش وزن از اجزای رژیم درمانی این بیماران خواهد بود.^{۱۱} کاهش وزن معمولاً باعث بهبود حساسیت به انسولین و همچنین تمام ناهنجاری‌های متابولیک و بیماری‌های قلبی - عروقی مرتبط با آن می‌شود.^{۱۲} البته بهبود حساسیت به انسولین در اثر کاهش وزن پیش از این نیز گزارش شده است.^{۱۳} اگر چه کاهش وزن روش مؤثری برای درمان سندرم متابولیک است، هنوز مطالعه‌های مداخله‌ای برای تعیین رژیم درمانی مخصوص سندرم متابولیک مورد نیاز می‌باشد.^۷ اپوسیتو و همکاران گزارش کرده‌اند که یک رژیم غذایی به روش رژیم غذایی مدیرانه‌ای ممکن است در کاهش شیوع سندرم متابولیک مؤثر باشد.^{۱۴} ریکاردی و ریولس یک رژیم غذایی با مقادیر بالای سبزیجات، میوه‌ها و حبوبات و همچنین چربی اشباع، نمک و الكل را به عنوان یک رژیم غذایی مطلوب برای سندرم متابولیک معرفی کردند.^۷

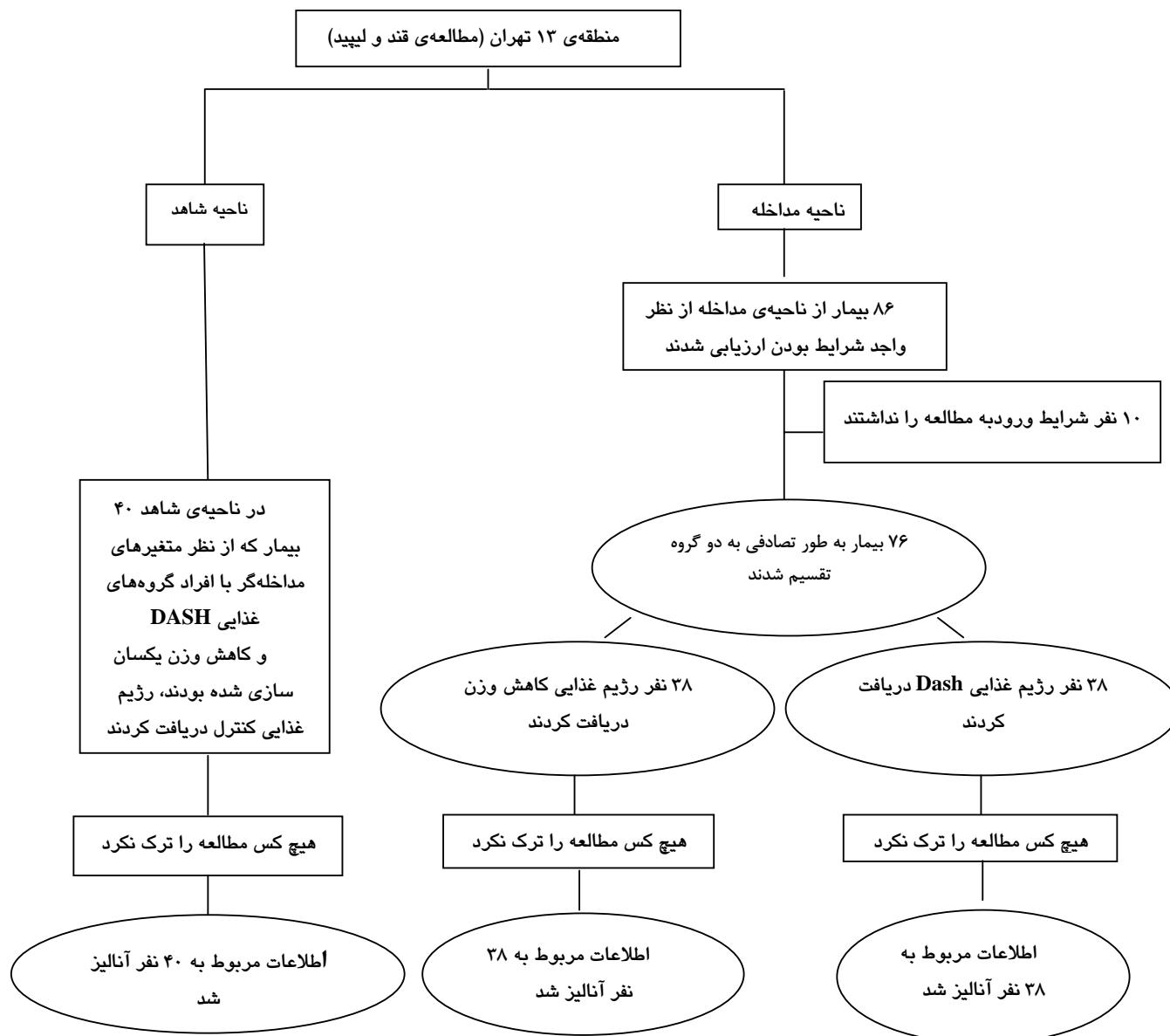
امروزه گروه تحقیقاتی DASH (رویکردهای غذایی به منظور توقف پرفشاری خون)^{۱۵} مشخص کرده‌اند که DASH که یک رژیم غذایی غنی از میوه‌ها، سبزیجات و لبنتیات کم چربی می‌باشد،^{۱۶} فشار خون را کاهش می‌دهد^{۱۷-۱۹} و اثر خوبی روی چربی‌های خون دارد.^{۲۰} از آنجایی که هیچ گزارشی درباره‌ی اثر رژیم غذایی DASH روی سندرم متابولیک وجود ندارد، این مطالعه طی مرحله‌ی دوم مطالعه‌ی قند و لیپید تهران (TLGS)ⁱⁱ برای ارزیابی اثر رژیم غذایی DASH روی بیماران مبتلا به سندرم متابولیک انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه شامل ۱۱۶ شرکت‌کننده (۳۴ مرد و ۸۲ زن) بود که از میان شرکت‌کنندگان در TLGS انتخاب شدند.^{۲۱} همه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی TLGS ساکنان منطقه‌ی ۱۳ تهران بودند. این منطقه به ۳ زیر ناحیه تقسیم شد که یک ناحیه از دو ناحیه‌ی دیگر دورتر بود و به عنوان ناحیه‌ی مورد مداخله در نظر گرفته شد که شامل ۵۰۰ نمونه بود.

i-Dietary approaches to stop hypertension (DASH)

ii - Tehran lipid and glucose study (TLGS)



نمودار ۱ - نمودار پیشرفت بیماران در سرتاسر مطالعه

و از بیماران خواسته شد که فقط یک قالش مر باخوری نمک به غذایشان اضافه کنند. واحدهایی که در نشریه‌ی مؤسسه‌ی ملی سلامت درباره‌ی رژیم غذایی DASH ذکر شده به عنوان راهنمای کاربردی استفاده شدند. مصرف کمتر گوشت و مصرف بیشتر لبنتیات کم‌چربی، سبزیجات، میوه، دانه‌ی کامل غلات و حبوبات علت تمایز رژیم غذایی DASH و رژیم غذایی کاهش وزن بود. قسمت ب جدول ۱ مواد مغذی و گروههای غذایی مصرفی طی مدت مداخله را نشان می‌دهد. نیازهای انرژی برای هر فرد به طور اختصاصی طبق معادله بورد مؤسسه‌ی دارو، غذا و تغذیه تعیین شد.^{۳۳} بیماران به طور ماهیانه ویزیت شدند و مدت هر جلسه‌ی ویزیت ۴۵–۶۰ دقیقه بود. آن‌ها هر روز از طریق تلفن با متخصص تغذیه در تماس بودند. متخصص تغذیه فواید هر رژیم غذایی را برای بیماران توضیح می‌داد و به آن‌ها می‌گفت که اگر این رژیمهای غذایی را دنبال کنند، احتمال دارد ناهنجاری‌های متابولیکی مربوط کنترل شوند. رژیمهای غذایی به طور جداگانه برای هر فرد با استفاده از روش شمارش کالری و یک فهرست جانشینی که به هر بیمار برای جانشینی اقلام غذایی و شمارش کالری داده شده بود، تجویز شد. یک متخصص تغذیه در مورد نحوه‌ی استفاده از فهرست جانشینی و نوشتن یادداشت روزانه‌ی غذایی به نمونه‌ها آموزش می‌داد. هر بیمار ثبت‌های غذایی سه روزه‌ی خود را هر ماه با خود می‌آورد و یادداههای روزانه به وسیله‌ی محققان موروث می‌شوند. یک منوی ۷ روزه شامل ۲۱ وعده غذایی در ۷ سطح انرژی (۱۵۰۰، ۱۸۰۰، ۲۰۰۰، ۲۳۰۰، ۲۵۰۰، ۲۸۰۰ و ۳۰۰۰) برای هر رژیم غذایی تهیه شد.

به منظور افزایش صحت درمان بحث‌های گروهی به طور ماهیانه برگزار شدند. در این جلسات بر اقلام غذایی که باید در هر رژیم غذایی مصرف می‌شد، تأکید و آموزش‌هایی جهت کاهش انرژی غذایی و تبعیت از رژیم غذایی به بیماران داده شد و بیماران به منظور پیگیری رژیمهای غذایی تشویق شدند. محققان به طور تصادفی در جلسات مشاوره شرکت می‌کردند و پیامهایی را که متخصصان تغذیه به هر گروه می‌دادند، کنترل می‌کردند و به طور تصادفی از نمونه‌ها درباره‌ی رژیم غذایی مورد استفاده سؤال می‌کردند. تبعیت نمونه‌ها از رژیم غذایی از طریق تجزیه و تحلیل سه ثبت غذایی روزانه در هر ماه و حضور در جلسات و ویزیت‌های ماهیانه ارزیابی شد.

در آن از تمامی افراد شرکت کننده موافقت‌نامه‌ی کتبی گرفته شد.

نمونه‌ها از طریق استفاده از اعداد تصادفی در برنامه‌ی کامپیوتری به دو الگوی غذایی تقسیم شدند: رژیم غذایی کاهش وزن و رژیم غذایی DASH. متخصصان تغذیه‌ای که رژیمهای غذایی را تجویز می‌کردند می‌باشند از تقسیم‌بندی گروه‌ها آگاهی داشتند. پرسنل آزمایشگاه از تقسیم‌بندی گروه‌ها آگاهی نداشتند. رژیمهای غذایی به صورت فردی و جداگانه مختص هر فرد بر طبق برنامه‌ی غذایی ویژه‌ی همان فرد در پایان دوره‌ی run-in (ابتدا مطالعه) برای افراد تجویز شد.

رژیم غذایی کنترل: به گروه کنترل نسخه رژیم غذایی داده نشد و به آن‌ها گفته شد که مطابق معمول غذا بخورند. الگوهای غذا خوردن آن‌ها بازتابی از مصرف درشت‌مغذی‌ها، میوه، سبزیجات و فراورده‌های لبنت تهرانی‌ها و نمایانگر آنچه که بسیاری از تهرانی‌ها می‌خورند، بود (کربوهیدرات‌ها ۵۰–۶۰٪، پروتئین‌ها ۲۰–۲۵٪ و چربی تام کمتر از ۲۰٪، واحد میوه، ۳ واحد سبزیجات، ۱ واحد لبنتی).^{۳۴}

رژیم غذایی کاهش وزن: به افراد این گروه اطلاعات کتبی و شفاهی کلی در مورد انتخاب‌های غذایی سالم و یک رژیم غذایی که ۵۰۰ کیلو کالری کمتر از انرژی مورد نیاز برای وزنشان داشت، داده شد. ترکیبات درشت مغذی‌های رژیم مشابه گروه کنترل بود. محتوای کلسیم دریافتی، لبنت، آجیل و حبوبات این رژیم غذایی از رژیم غذایی DASH کمتر بود. به علاوه مقادیر گوشت قرمز، چربی، چربی اشباع، کاسترول و شیرینی‌ها در رژیم غذایی کاهش وزن در مقایسه با رژیم غذایی DASH بیشتر بود.

رژیم غذایی DASH: به این گروه یک رژیم غذایی شامل ۵۰۰ کالری کمتر از انرژی مورد نیاز، همراه با افزایش مصرف میوه، سبزیجات و فراورده‌های لبنت کم چربی و کاهش مصرف چربی اشباع، چربی تام و کاسترول با محتوای بیشتر دانه‌های کامل و محتوای کمتر دانه‌های تصفیه شده، شیرینی‌ها و گوشت قرمز داده شد. کلسیم، پتاسیم و منیزیم رژیم غذایی DASH بیشتر بود. رژیم غذایی DASH شامل حداقل ۲۴۰۰ میلی‌گرم سدیم در روز (بر اساس میزان غذای دریافتی، میزان سدیم دریافتی حدود ۲۰۰۰ تا ۲۴۰۰ میلی‌گرم در روز) بود. نمک سر سفره حذف

جدول ۱ - خصوصیات شرکت کنندگان مراجعه کننده به درمانگاه رژیم درمانی در مطالعه قند و لپید تهران در ابتدای مطالعه بر اساس گروههای غذایی و محاسبه محتوای مواد مغذی و تعداد واحدهای گروههای غذایی در هر یک از گروههای مورد مطالعه در شروع مطالعه (الف) و به هنگام مداخله (ب)

همه‌ی افراد (n = ۱۱۶)	۳DASH (n = ۳۸)	رژیم غذایی کاهش وزن ^۲ (n = ۳۸)	رژیم غذایی کنترل ^۱ (n = ۴۰)	
۴۱/۲±۱۲/۳	۴۱/۵±۱۲/۵	۴۱/۲±۱۲/۴	۴۱/۳±۱۲/۱۴	سن (سال) (%)
۷۰	۷۱	۷۱	۷۰	زنان (%)
۹	۱۰	۱۰	۸	استعمال سیگار (%)
۲۹/۷±۱۰/۰	۲۹/۸±۱۰/۳	۲۹/۹±۱۰/۱	۲۹/۵±۹/۹	نیاهی توده‌ی بدن (کیلوگرم بر مترمربع) فعالیت بدنی (%)
۶۱/۸	۶۲/۰	۶۰/۱	۶۰/۰	خیلی سبک
۲۶/۲	۲۸/۰	۲۹/۹	۳۸/۰	سبک
۲/۰	.	.	۲/۰	متوسط
				تحصیلات (%)
۱۴	۱۵	۱۴	۱۵	بی‌سواد
۷۴	۷۵	۷۵	۷۳	دبلیم متوسطه
۱۲	۱۰	۱۱	۱۲	تحصیلات دانشگاهی
				وضعیت اشتغال (%)
۱۶/۰	۱۵/۵	۱۶/۰	۱۷/۲	بازنشسته
۵۶/۶	۵۵/۱	۵۷/۱	۲۷/۶	خانه‌دار
۲۵/۴	۲۶/۱	۲۵/۰	۲۱/۲	شاغل
۲/۰	۲/۳	۲/۰	۴/۰	سایر موارد
				داروها
۵	۵	۵	۵	کاهنده کلسترول (%)
۵	۵	۵	۵	درمان جایگزینی استروژن (%)
۷	۷	۷	۷	داروهای خوراکی پیشگیری از بارداری (%)
				(الف)
محتوای مواد مغذی در شروع مطالعه (پایه)				
۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	پروتئین (% از انرژی)
۳۰	۲۰	۳۱	۳۱	چربی تام (% از انرژی)
۱۲	۱۳	۱۴	۱۴	چربی اشباع
۷	۷	۷	۷	چربی غیر اشباع با چند باند مضاعف
۹	۹	۹	۹	چربی غیر اشباع با یک باند مضاعف
۲۰۹	۲۰۸	۲۰۲	۲۰۲	کلسترول (میلی‌گرم)
۵۵	۵۴	۵۵	۵۵	کربوهیدرات (% از انرژی)
۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	فیبر (گرم)
۴۰/۱	۴۰/۱	۴۰/۲	۴۰/۲	امتیاز keys score در مرحله‌ی ابتدایی ^۱
۱۴۱۰	۱۴۲۰	۱۴۳۰	۱۴۳۰	پتاسیم (میلی‌گرم)
۷۱۲	۷۱۰	۷۰۵	۷۰۵	کلسیم (میلی‌گرم)
۱۷۶	۱۷۹	۱۸۰	۱۸۰	منیزیم (میلی‌گرم)
				گروههای غذایی پایه (روز/واحد) ^{**}
۲/۳	۲/۳	۲/۴	۲/۴	میوه
۲/۱	۲/۲	۲/۱	۲/۱	سبزی

نان و غلات

۸/۰	۸/۰	۸/۰	کل
۱/۱	۱/۲	۱/۱	سبوس‌دار
۰/۵	۰/۵	۰/۵	لبنیات کم چرب
۰/۵	۰/۵	۰/۵	لبنیات با چربی معمول
۰/۱	۰/۱	۰/۱	مغزها و حبوبات
۱/۰	۱/۰	۱/۰	گوشت
۰/۶	۰/۶	۰/۶	ماکیان و ماهی
۷/۰	۷/۰	۷/۰	چربی و روغن‌ها
۲/۵	۲/۵	۲/۵	شیرینی

(ب)

محتوای مواد مغذی در دوره مداخله

۱۷	۱۷	۱۵	پروتئین (% از انرژی)
۲۸	۲۹	۲۱	چربی تام (% از انرژی)
۷	۱۰	۱۴	چربی اشباع
۸	۷	۷	چربی غیر اشباع با چند باند مضاعف
۱۰	۹	۹	چربی غیر اشباع با یک باند مضاعف
۱۸۱	۲۴۹	۳۱۹	کلسترون (میلی‌گرم)
۵۸	۵۷	۵۵	کربوهیدرات (% از انرژی)
۲۹	۲۱	۱۰	فیبر (گرم)
۲۲/۱	۲۷/۱	۴۰/۲	امتیاز ^۱ keys score
۴۴۵۶	۲۴۹۲	۱۴۰۰	پتاسیم (میلی‌گرم)
۱۲۰۲	۷۹۹	۷۰۰	کلسیم (میلی‌گرم)
۴۶۰	۲۴۹	۱۸۰	منیزیم (میلی‌گرم)
		۶۰	گروههای غذایی مداخله (روز/ واحد)
۵/۱	۴/۰	۲/۳	میوه
۴/۴	۴/۱	۳/۰	سبزی
نان و غلات			
۷/۹	۷/۴	۸/۱	کل
۴/۱	۲/۴	۱	سبوس‌دار
۲/۲	۱/۵	۵/۰	لبنیات کم چرب
۰/۷	۰/۳	۰/۴	لبنیات با چربی معمول
۰/۸	۰/۴	۰/۱	مغزها و حبوبات
۰/۸	۱/۴	۱/۱	گوشت قرمز
۱/۰	۰/۹	۰/۷	ماکیان و ماهی
۲/۰	۴/۵	۶/۹	چربی و روغن‌ها
۲/۵	۲/۵	۵/۵	شیرینی

* رژیم غذایی کنترل، رژیمی است مشابه به آن چه بسیاری از تهرانی‌ها به طور معمول می‌خورند؛ ^۱ رژیم غذایی کاهش وزن رژیمی است شامل ۵۰۰ kcal کمتر از نیازهای انرژی که تاکید بر انتخاب‌های غذایی سالم دارد؛ ^۲ DASH (رژیم غذایی کاهنده فشارخون) رژیمی است با افزایش مصرف میوه، سبزیجات و فرآورده‌های لبنی کم چربی و کاهش مصرف چربی اشباع، چربی تام و کلسترون؛ ^۳ SD±X؛ ^۴ محتوای مواد مغذی بر اساس برنامه‌ی III (Version 7.0; N-Squared computing, salem, OR.) Nutritionist (Nutritionist III) این امتیاز بر اساس ثبت غذایی روزانه و منوهای پرسنلی شده برآ افراد محاسبه شد. امتیاز Keys score بر اساس فرمول مقابل به دست آمد: $C = 1/5 \sqrt{S-P} + 1/35 \times (2S-P)$ که S % انرژی دریافتی از چربی‌های غیر اشباع با چند باند مضاعف است و C میزان کلسترون غذا به میلی‌گرم در هر کیلو ژن ۴۲۰۰ می‌باشد؛ ^۵ بر اساس فهرست‌های غذایی معادل $8/4 MJ$ (۸۰۰ kcal)

فشارخون دو بار بعد از این که فرد به مدت ۱۵ دقیقه می‌نشست اندازه‌گیری شد.^۷ اطلاعات لازم دربارهٔ متغیرهای مخدوش کننده‌ای مثل سن، عادات سیگار کشیدن،^۸ فعالیت بدنی،^۹ تاریخچهٔ پزشکی، و استفاده از داروها^{۱۰} با استفاده از پرسشنامه‌های از پیش آزمون شده طی غربالگری و هر ماه مطابق آن چه قبل‌گزارش شد به دست آمد.

روش‌های آماری: آزمون‌های واریانس یک طرفه^{۱۱} و محدود خی^{۱۲} برای تعیین معنی دار بودن تفاوت‌های پایه بین گروه‌های مختلف رژیم غذایی استفاده شدند. داده‌ها بر اساس روش آماری intention-to-treat^{۱۳} مورد بررسی شدند. که در ابتدا پس از ۳ ماه و پس از ۶ ماه، جداگانه برای هر یک از رژیم‌های غذایی با استفاده از آزمون measurement Analysis of Variance (ANOVA) برای زنان و آزمون فریدمن برای مردان مقایسه شدند. برای گزارش تعديل کردن تغییرات حاصل در گروه کنترل^{۱۴} از مدل رگرسیون خطی - که برای تغییرات حاصل در گروه کنترل و تغییرات در وزن تعديل شده بود - استفاده شد. به این منظور متغیرهای صفر و یک برای استفاده یا عدم استفاده از هر یک از رژیم‌ها ایجاد شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان $41/2 \pm 12/3$ سال و میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدن (BMI) در مردان $28/9 \pm 9/8 \text{ kg/m}^2$ و در زنان $21/4 \pm 10/8 \text{ kg/m}^2$ بود. مشخصات پایه‌ی شرکت کنندگان سه گروه رژیم غذایی تفاوت معنی دار نداشت (جدول ۱). مصرف مواد مغذی در سه گروه طی دوران مداخله در قسمت ب جدول ۱ نشان داده شده است. محیط دور کمر، فراسنج‌های لیپیدی، و قند خون ناشتا در زنان بیشتر از مردان بود. میانگین تغییر اجزای سدروم متابولیک و وزن بعد از ۶ ماه مداخله در مقایسه با ابتدای مطالعه در هر گروه رژیم غذایی در جدول ۲ نشان داده شده است. کاهش معنی داری در محیط دور کمر و تری آسیل گلیسرول در افرادی که از رژیم غذایی کاهش وزن پیروی می‌کردند

طراحی مطالعه: طی دوره‌ی سه هفتاهی run-in و ۶ ماه مداخله‌ی غذایی، پیگیری بیماران به طور ماهیانه توسط مرکز درمانی انجام شد به منظور یکسان‌سازی میزان درشت‌مغذي‌های دریافتی در تمام رژیم‌های مصرفی یک دوره run-in برگزار شد. در این دوره بیماران یک رژیم کنترل مصرف کردند. به جز آزمون‌های خون که هر ۳ ماه یک بار انجام می‌شدند، اندازه‌گیری‌ها قبل از دوره‌ی run-in (جهت تأیید وجود شرایط بودن برای مطالعه)، پایان دوره run-in (ابتدای مطالعه) و سپس به طور ماهیانه طی ۶ ماه دوره‌ی مطالعه، انجام شدند. از شرکت کنندگان درخواست شد که سطوح فعالیت بدنی معمول خود را طی دوره‌ی مطالعه تغییر ندهند. ثبت غذایی سه روزه برای محاسبه‌ی دریافت در ابتدا و طی مداخله در هر ماه استفاده شد. مواد مغذی به وسیله‌ی نرم‌افزار Nutritionist III - که برای غذاهای ایرانی تعديل شده بود - تجزیه و تحلیل شد.

اندازه‌گیری‌ها: وزن نمونه‌ها با حداقل لباس بدون کفش با استفاده از ترازووهای دیجیتالی اندازه‌گیری و با دقت ۰/۱ کیلوگرم ثبت شد. قد در حالت ایستاده، بدون کفش با استفاده از متر نواری در حالی که شانه‌ها در حالت طبیعی قرار داشت، اندازه‌گیری شد. دور کمر در باریکترين ناحيه و دور باسن در بزرگترین ناحيه از روی لباس سبك و نازک با استفاده از یک متر نواری غيرقابل ارجاع، بدون هیچ فشاری بر سطح بدن و با دقت ۰/۰ سانتی‌متر مطابق با آن چه در مطالعه‌های قبلی گزارش شده است ثبت شد. معیار دقیق، نمایه‌ی توده‌ی بدن است که نمایه‌ی توده‌ی بدن بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع، چاق و بین ۲۹ تا ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع اضافه وزن در نظر گرفته شد.^{۱۵}

نمونه‌های خون بعد از ۱۲ ساعت ناشتایی در لوله‌های حاوی $0/1\%$ EDTA گرداوری و سپس به منظور جداسازی پلاسما در 4°C و با ۵۰۰ دور در دقیقه به مدت ۱۰ دقیقه سانتریفیوژ شدند. قند خون در همان روز به وسیله‌ی رنگ سنجی آنژیمی با استفاده از گلوكز اکسیداز اندازه‌گیری شد. غلظت تری آسیل گلیسرول با استفاده از معروف‌های آنژیماتیک تجاری (کیت شرکت پارس آزمون، ایران) و با دستگاه اتوآنالیز رسکلترا اندازه‌گیری شد. کلستروول بعد از رسوب آپولیپوپروتئین B شامل لیپوپروتئین‌ها با اسید فسفوتنگستیک اندازه‌گیری شد. ضرایب تغییرات درون و برون آزمون $1/6$ و $6/0\%$ برای تری‌گلیسرید بود.^{۱۶}

i- One-way analysis of Variance
ii- Chi-Square
iii- Net of control

قرارگیری جدول ۲

نمودار ۲ - متوسط تغییرات (و فاصله اطمینان٪۹۵) فراسنجدگاهی لیپیدی، فشارخون سیستولی و دیاستولی، وزن، محیط دور کمر در مردان (الف) و زنان (ب) بعد از مصرف رژیم غذایی DASH همراه با مقادیر بالای میوه، سبزیجات و فراورده‌های لبی کم چرب و مقادیر کم مصرف چربی‌های اشبع، چربی کل و کلسترول (رژیم غذایی DASH) و بعد از مصرف یک رژیم کاهش وزن در مقایسه با کنترل و با تعديل اثر تغییرات وزن. در رژیم غذایی DASH برای تمام عوامل خطرناکی متابولیک $p < 0.001$ بود. در رژیم غذایی کاهش وزن برای SBP، TG و وزن $p < 0.05$ بود.

مطالعه‌ی کنونی مسؤول نتایج مطلوب باشد، اثر قابل توجه رژیم غذایی DASH در کاهش عوامل خطرزای متابولیک بعد از کنترل اثر کاهش وزن نیز دیده شد. از آنجایی که رژیم غذایی DASH بهتر از رژیم غذایی کاهش وزن است، توجه به محترای مواد مغذی رژیم غذایی مصرفی نیز بسیار مهم است.

همان طور که گروه تحقیقی DASH در مطالعه‌های پیشین ذکر کرده است، DASH اثر مطلوبی روی فشارخون و نیز چربی‌های خون دارد. پرفشاری خون و ناهنجاری‌های چربی دو جزء مهم سندروم متابولیک هستند و به هر حال تا حدی با سایر عوامل خطرزای متابولیک مرتبط هستند. رژیم غذایی DASH مقدار بیشتری لبنتی دارد که به طور معکوس با سندروم متابولیک مرتبط است^{۲۸} و کلسیم نقش مهمی در این مکانیسم بازی می‌کند.^{۲۹} از آنجا که رژیم غذایی DASH از نظر سدیم محدودیت دارد و حاوی سطوح بالاتری از کلسیم و پتاسیم است، نقش مهمی در تنظیم فشار خون دارد.

در این مطالعه تری آسیل گلیسرول هم در رژیم غذایی کاهش وزن و هم در رژیم غذایی DASH کاهش یافت. احتمال دارد کاهش وزن مسؤول کاهش تری آسیل گلیسرول باشد. اپوستیو و همکاران اثرات سودمند یک رژیم غذایی به سبک مدیترانه‌ای را در بیماران مبتلا به سندروم متابولیک گزارش کردند.^{۳۰} در مطالعه‌ی ما کاهش بیشتر در فشارخون سیستولی و دیاستولی بعد از ۶ ماه مداخله مشاهده شد که ممکن است ناشی از کاهش وزن همراه با رژیم غذایی در این مطالعه باشد. مکانیسم‌های بیولوژیکی که به موجب آن‌ها رژیم غذایی DASH اثر محافظتی اش را اعمال می‌کند، زیاد هستند. ممکن است علت آن دریافت بیشتر فیبر غذایی، فولات، پتاسیم و ویتامین C، فلاونول، فلاوانون، کاروتونوئیدها و فیتواسترول‌های غذایی موجود در رژیم غذایی DASH باشد.^{۳۱} احتمال دارد فیتوکمیکال‌های رژیم غذایی DASH موجب افزایش ظرفیت آنتی اکسیدانی، کاهش فشارخون و کاهش استرس اکسیداتیو ناشی از هیبرلیپیدمی حاد شود.^{۳۲-۳۳} بنا بر این، احتمالاً آنتی اکسیدان‌های رژیم غذایی DASH نقش مهمی به خصوص در بیماران مبتلا به سندروم متابولیک دارند.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه عدم توانایی در تعیین این مطلب بود که آیا یک جزء رژیم غذایی به تنها یی می‌تواند موجب تغییرات فوق بشود یا این که تغییرات مشاهده شده

مشاهده شد ($p<0.05$). رژیم غذایی DASH در مقایسه با رژیم غذایی کاهش وزن، میانگین تمام اجزای سندروم متابولیک را به طور معنی‌دارتری در مردان و زنان تغییر داد. نمودار ۱، تعداد بیماران را در طی مطالعه نشان می‌دهد. هیچ یک از بیماران مطالعه را ترک نکرد و همه‌ی افراد مطالعه را تا انتهای ادامه دادند. نمودار ۲ میانگین تغییر (و $\pm 95\%$) فاصله اطمینان (HDL، DBP، FBS، TG) در مردان و زنان (الف) و زنان (ب) نشان می‌دهد. در مقایسه با رژیم غذایی کنترل، رژیم غذایی DASH به ترتیب در مردان و زنان منجر به افزایش HDL (۷ و ۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، کاهش TG (۱۱-۱۸ و ۱۴-۱۴ میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، کاهش DBP (۶-۶ و ۷-۷ میلی‌متر جیوه)، وزن (۱۶-۱۶ و ۱۵ kg) شد (در همه‌ی موارد $p<0.001$). کاهش خالص TG (۱۷-۱۷ و ۱۸-۱۸ میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، SBP (۱۱-۱۱ و ۱۱-۱۱ میلی‌متر جیوه)، DBP (۵-۵ و ۶-۶ میلی‌متر جیوه)، FBS (۴-۴ و ۶-۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) و وزن (۱۶-۱۶ و ۱۵-۱۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، وزن (۱۶-۱۶ و ۱۵ kg) شد (در همه‌ی موارد $p<0.05$).

رژیم غذایی کاهش وزن به ترتیب در مردان و زنان منجر به تغییر معنی‌دار در TG (۱۳-۱۰ و ۱۰-۱۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر)، SBP (۱۲-۱۲ و ۱۲-۱۲ میلی‌متر جیوه) و وزن (۱۳-۱۲ و ۱۲-۱۲ کیلوگرم) شد (در همه‌ی موارد $p<0.05$).

شیوع سندروم متابولیک در گروه غذایی DASH در مقایسه با گروه‌های غذایی کاهش وزن و کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافت ($p<0.05$) (۶۵٪ در گروه DASH در مقایسه با ۸۱٪ در گروه کاهش وزن و ۱۰۰٪ در گروه کنترل بعد از ۶ ماه).

بحث

در این مطالعه مصرف رژیم غذایی DASH با بهبود عوامل خطرزای متابولیک مرتبط بود. بنا بر این احتمالاً رژیم غذایی DASH یک راهبرد سالم برای درمان سندروم متابولیک است.

بهبود عوامل خطرزای متابولیک ممکن است ناشی از کاهش وزن باشد. با وجود این که کاهش وزن ممکن است در

سدیم موجود در غذاهای فرایند شده در بسیاری از موارد بر روی محصولات فرایند شده در ایران ذکر نشده است، به منظور تخمین مقدار سدیم در این نوع غذاها از جداول مواد غذایی استفاده شد و تخمینی از مقدار سدیم به این روش به دست آمد. از نتیجه‌ی این مطالعه چنین بر می‌آید که احتمالاً رژیم غذایی DASH در کاهش عوامل خطرزای متابولیک مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود مکانیسم‌های مربوط و اندازه‌گیری عوامل التهابی در مطالعه‌های آینده بررسی شوند.

نتیجه‌ی مجموع همه‌ی تغییرات غذایی است. همچنان ویلت و هو بر فواید درمانی یک رژیم غذایی کامل در پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی تأکید کرده‌اند.^{۳۴} محدودیت دیگر ناتوانی در گزارش دریافت فیبر محلول و نامحلول به طور جدگانه در گروه‌های مختلف غذایی بود. از سوی دیگر، از آنجایی که نرم‌افزار تجزیه و تحلیل مواد مغذی در این مطالعه شامل تجزیه و تحلیل اسیدهای چرب ترانس نبود، دریافت اسیدهای چرب ترانس در سه گروه مختلف به طور جدگانه گزارش نشد. اطلاعات سطح انسولین سرم در دسترس نبود. بنابراین محاسبه تغییرات احتمالی مقاومت به انسولین ممکن‌پذیر نبود. در این مطالعه با توجه به اینکه میزان واقعی

References

- Weinstock RS, Dai H, Wadden TA. Diet and exercise in the treatment of obesity: effects of 3 interventions on insulin resistance. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2477-83.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
- Arslanian S, Suprasongsin C. Insulin sensitivity, lipids, and body composition in childhood: is "syndrome X" present? *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 1058-62.
- Young-Hyman D, Schlundt DG, Herman L, De Luca F, Counts D. Evaluation of the insulin resistance syndrome in 5- to 10-year-old overweight/obese African-American children. *Diabetes Care* 2001; 24: 1359-64.
- Azizi F, Salehi P, Etemadi A, Zahedi-Asl S. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2003; 61: 29-37.
- Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287: 356-9.
- Riccardi G, Rivellese AA. Dietary treatment of the metabolic syndrome-the optimal diet. *Br J Nutr* 2000; 83: S143-S148.
- Barnard RJ, Roberts CK, Varon SM, Berger JJ. Diet-induced insulin resistance precedes other aspects of the metabolic syndrome. *J Appl Physiol* 1998; 84: 1311-5.
- Kissebah AH, Vydelingum N, Murray R, Evans DJ, Hartz AJ, Kalkhoff RK, et al. Relation of body fat distribution to metabolic complications of obesity. *J Clin Endocrinol Metab*. 1982; 54: 254-60.
- Landin K, Krotkiewski M, Smith U. Importance of obesity for the metabolic abnormalities associated with an abdominal fat distribution. *Metabolism* 1989; 38: 572-6.
- Barnard RJ, Wen SJ. Exercise and diet in the prevention and control of the metabolic syndrome. *Sports Med* 1994; 18: 218-28.
- Klimes I, Sebokova E. The importance of diet therapy in the prevention and treatment of manifestations of metabolic syndrome X. *Vnitr Lek* 1995; 41: 136-40.
- Ishiguro T, Sato Y, Oshida Y, Yamanouchi K, Okuyama M, Sakamoto N. The relationship between insulin sensitivity and weight reduction in simple obese and obese diabetic patients. *Nagoya J Med Sci* 1987; 49: 61-9.
- Esposito K, Marfella R, Citotola M, Dipalo C, Giugliano F, Giugliano G, et al. Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *JAMA* 2004; 292: 1490.
- Sacks FM, Obarzanek E, Windhauser MM, Svetkey LP, Vollmer WM, McCullough M, et al. Rationale and design of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial (DASH). A multicenter controlled-feeding study of dietary patterns to lower blood pressure. *Ann Epidemiol*. 1995; 5: 108-18.
- Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *DASH Collaborative Research Group*. *N Engl J Med* 1997; 336: 1117-24.
- Ard JD, Coffman CJ, Lin PH, Svetkey LP. One-year follow-up study of blood pressure and dietary patterns in dietary approaches to stop hypertension (DASH)-sodium participants. *Am J Hypertens* 2004; 17: 1156-6.
- Vollmer WM, Sacks FM, Svetkey LP. New insights into the effects on blood pressure of diets low in salt and high in fruits and vegetables and low-fat dairy products. *Curr Control Trial Cardiovasc Med* 2001; 2: 71-74.
- Obarzanek E, Sacks FM, Vollmer WM, Bray GA, Miller ER, Lin PH, et al. Effects on blood lipids of a blood pressure-lowering diet: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. *Am J Clin Nutr* 2001; 74: 80-9.
- Moore TJ, Conlin PR, Ard J, Svetkey LP. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diet is

- effective treatment for stage 1 isolated systolic hypertension. *Hypertension* 2001; 38: 155-8.
21. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Madjid M. Tehran lipid and Glucose Study: rationale and design. *CVD Prev* 2000; 3: 242-7.
 22. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001; 285: 2486-97.
 23. Azadbakht L, Mirmiran P, Hosseini F, Azizi F. Diet quality status of most Iranian adults needs improvement. *Asia Pac J Clin Nutr* 2005; 14: 163-8.
 24. Institute of Medicine, Food and nutrition board. Dietary Reference intake for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids, Washington DC, The National academies Press. 2002.
 25. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, 3-5 June 1997, WHO/NUT/NCD/98.1. WHO; Geneva.
 26. Azizi F, Rahmani M, Ghanbarian A, Emami H, Salehi P, Mirmiran P, et al. Serum lipid levels in an Iranian adults population: Tehran Lipid and Glucose Study. *Eur J Epidemiol* 2003; 18: 311-9.
 27. Azizi F, Ghanbarian A, Madjid M, Rahmani M. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population: Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS), 1999-2000. *J Hum Hypertens* 2002; 16: 305-12.
 28. Azizi F, Emami H, Salehi P, Ghanbarian A, Mirmiran P, Mirbolooki M, et al. Cardiovascular risk factors in the elderly: the Tehran Lipid and Glucose Study. *J Cardiovasc Risk* 2003; 10: 65-73.
 29. Mirmiran P, Mohammadi F, Allahverdian S, Azizi F. Estimation of energy requirements for adults: Tehran lipid and glucose study. *Int J Vitam Nutr Res* 2003; 73: 193-200.
 30. Azadbakht L, Mirmiran P, Esmaillzadeh A, Azizi F. Dairy consumption is inversely associated with the prevalence of the metabolic syndrome in Iranian adults. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 523-530.
 31. Most MM. Estimated phytochemical content of the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet is higher than in the Control Study Diet. *J Am Diet Assoc*. 2004; 104: 1725-7.
 32. Vaziri ND, Wang XQ, Oveis F, Rad B. Induction of oxidative stress by glutathione depletion causes severe hypertension in normal rats. *Hypertension* 2000; 36: 142-6.
 33. Lopes HF, Martin KL, Nashar K, Morrow JD, Goodfriend TL, Egan BM. DASH diet lowers blood pressure and lipid-induced oxidative stress in obesity. *Hypertension* 2003; 41: 422-30.
 34. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA* 2002; 288: 2569- 78.