

نکاتی چند پیرامون درمان چاقی

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۱، صفحه ۳۴، ۱۳۶۰

دکتر منوچهر جزایری *

در این مقاله، هدف و بحث پیرامون فیزیوپاتولوژی و علل و عوارض چاقی نیست، بلکه منظور ذکر نکاتی است درباره درمانهای دارویی و چگونگی و حدود اثر این داروها و بحث و مذاقه این نکته که آیا این داروها که بفرآوانی برای درمان چاقی تجویز میشوند، اصولاً اثری بر آنها مترتب هست یا خیر؟ همچنین در مورد رژیم غذایی که از اهمیت زیادی برخوردار است، بحثی بمیان نخواهد آمد و با اشاره مختصری بسنده میشود. مراد ما از چاقی در این مقاله، چاقی اگزوزن است نه چاقی‌های اندوکرینی و یا تروژنیک و چاقیهای ثانوی.

مقدمه:

چاقی بیشترین مشکل اجتماعی و یک مسئله تغذیه‌ایست تا یک بیماری مستقل، اثر منفی چاقی در زندگی اجتماعی و اقتصادی سخت و عمیق است. نقش عوامل روانی در پیدایش چاقی، آنرا بصورت عارضه‌ای زائیده مناقشات اجتماعی - اقتصادی و روانی در آورده است. عواملی چون عدم تحرک جسمانی، توسعه تکنولوژی، زندگی ماشینی، شهرگرایی، تن آسائی، رفاه مادی، توسعه وسائل ارتباط جمعی و تنویر افکار عمومی، مصرف بی‌رویه مواد غذایی و بسیاری عوامل دیگر موجب شده است که چاقی و دیگر پدیده‌های تغذیه‌ای، روانی، روز بروز زیادتر شوند. در کشور ما، چاقی در چند دهه گذشته، مخصوص قشر مرفه و متمین جامعه مانند فئودالها، تجار، خوانین و مأمورین عالی‌رتبه دولتی بود. در حالیکه امروزه چاقی به طبقه خاصی محدود نیست و رونق مشاغلی

که به تحرک جسمانی کمتری نیاز دارند و نیز بهبود وضع تغذیه و تنوع اغذیه و مصرف فزاینده مواد چربی و نشاسته‌ای موجب شده است تا چاقی جنبه عمومی پیدا کند. درصد قابل توجهی از پزشکان، قضات، کارمندان، پیشه‌وران و زنان امروزی که درگیر فشارهای عصبی هستند، وزنی بیش از وزن مطلوب دارند. در مورد تعریف چاقی، ضوابط و استانداردهای مختلفی مانند وزن مطلوب، توده چربی بدن، جداول مخصوص شرکت‌های بیمه و فرمول‌های مختلف پیشنهاد شده است و بهر حال زمانی به یک فرد چاق اطلاق میشود که وزنی ۲۰ درصد بیش از وزن مطلوب داشته باشد و این افزایش وزن، ناشی از خیز و آسیت و عضلات (ورزشکاران) نباشد (۹-۱۰-۱۱-۱۲). اهمیت چاقی تنها بعلت پیدایش یک عقده روانی و یک عیب ظاهری نیست بلکه بیشتر بدلیل عوارض خطرناک و متعدد آنست. دیابت، ضایعات قلبی - عروقی، افزایش فشار خون، ضایعات مفصلی - استخوانی، ضایعات ریوی، سندروم پیک ویکین و بیماریهای دستگاه گوارش از بیماریهایی هستند که بصورت عارضه چاقی میتوانند تظاهر کنند. ارتباط چاقی با دیابت غیر قابل انکار است و اکثر دیابتی‌های بالغ چاق هستند و یا چاق بوده‌اند (۷-۸-۱۳). مقاومت به انسولین و هیپرانسولینمی در مراحل ابتدائی بیماران چاق دیابتیک مؤید این ارتباط است (۳-۱۴)، و اکثراً یک فرد فربه نسبت به عوامل خارجی با یک فرد غیر چاق متفاوتست. انگیزه‌هایی مانند، ترس، اضطراب، اندوه و غیره.... نزد یک فرد چاق، موجب پر خوری میشود. پر خوری گاهی معمول

* بهداری شهر بانی - خیابان بهار - تهران.

ذخائر چربی بدنست. رسیدن باین هدف در چند مرحله زیر خلاصه میشود :

الف - درمان طبی شامل :

- ۱- رژیم غذایی
 - ۲- ورزش و افزایش فعالیت جسمانی
 - ۳- روان درمانی و برطرف نمودن انگیزه‌ها
 - ۳- داروها
- ب - درمان جراحی - برکنار نمودن ایلئوم
رژیم غذایی :

منظور از رژیم غذایی ، رژیمی است که ضمن محدودیت کالری، از مواد لازم و ویتامین‌ها نیز غنی باشد. برای کاستن نیم کیلو وزن، حدود ۳۵۰۰ کالری باید حذف شود و اگر رژیم غذایی بگونه‌ای باشد که روزانه ۱۰۰۰ کالری کمتر مصرف شود ، در طول هفته یک کیلو در طول ماه حدود ۴ کیلو از وزن کاسته میشود. برای مردان رژیم ۱۰۰۰ تا ۱۴۰۰ کالری و برای زنان رژیم ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ کالری تجویز میگردد. هرگز نباید به کاستن ناگهانی وزن اقدام کرد. آهنگ کاهش وزن باید یکنواخت و تدریجی باشد. رژیم‌های غذایی سخت (۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری) مضر بوده و ممکنست با عوارض مختلف مانند اختلال آب و الکترولیت‌ها، اسیدوز متابولیک، هیپوآریمی، اسیدوز لاکتیک ، هیپوتانسیون ، هیپوگلیسمی همراه باشد .

رژیم غذایی معقول شامل گروه گوشت ، شیر ، نان ، سبزیجات، میوه‌جات ، چربی است که در وعده‌های مختلف و بطور متنوع تقسیم میشود . (۳-۸-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴). در اینجا از ذکر رژیم‌های دقیق غذایی پرهیز و فقط باصول فوق الذکر اکتفا میشود .

داروها :

- ۱- داروهای مهارکننده اشتها
- ۲- دیورتیکها
- ۳- هورمون‌ها شامل :
- هورمون گونادوتروپ
- هورمون تیروئید
- هورمون رشد
- پروژسترون

داروهای مهارکننده اشتها :

از این داروها حتی الامکان نباید استفاده کرد ، زیرا عوارض آنها بیش از فوایدشان است و پس از مدت زمانی اثرشان تقلیل می‌یابد و معمولاً بیماران سرخود بمقدار دارو می‌افزایند و با بروز عوارض دارو بیمار از ادامه درمان خسته و مایوس میشود. سردهسته این داروها آفتامین‌ها است که مدتها برای کنترل چاقی مصرف

طرد شدگی و سر خوردگی و واکنش در قبال ناکامی هاست. مطالعات عدیده نشان داده است که پر خوری در حقیقت ادامه غیر طبیعی (دوران دهانی) است . بهمین دلیل ، تظاهرات نوروتیک نزد افراد فربه بیشتر است. بسیاری از والدین عادت دارند برای تشویق کودک به غذا خوردن جملاتی مانند « اگر غذا نخوری ، ترا دوست ندارم ، و یا « اگر این غذا را بخوری ، فلان جایزه را نزد من داری» بزبان جاری میکنند و کودک هم ، برای جلب محبت والدین و ترس از طرد شدگی ، واکنش نشان میدهد و از همان اوان طفولیت، نطفه چاقی روانی در او بسته میشود. بعضی از جوانان چاق ، عصر و شب حالت پر خوری دارند و صبح‌ها بی‌اشتها هستند (سندروم پر خوری شبانه) این سندروم زائیده فشارهای روانی، اجتماعی است . بعضی افراد چاق در برخورد با ناملایمات، بطور ناگهانی تمایل به غذا خوردن پیدا میکنند و چند دقیقه با ولع غذا می‌خورند سپس از غذا خوردن دست میکشند (سندرم بنیکه) (۱-۶-۱۱). عده‌ای از افراد چاق معتقدند که چاقی عامل ناکامی و شکست‌های اجتماعی آنان است و در برخی دیگر ، چاقی دست آویزی است برای فرار از مسئولیت‌های اجتماعی ، زناشویی، جنسی و در واقع از لایه‌های چربی بعنوان دیوار جدائی از دیگران و یا محافظ استفاده میکنند . در بالغین چاق فقط حجم سلول‌های چربی زیاد میشود (چاقی هیپرتروفیک) در حالیکه کودکان ، با افزایش حجم و تعداد سلول‌های چربی همراه است و کودکان چاق هم از جهت تکثیر و هم از جهت حجم سلول‌های چربی بسا اشکال روبرو هستند (چاقی هیپرپلاستیک - هیپرتروفیک) (۱۰-۱۲-۱۳). در شرایط طبیعی ، تعداد سلول‌های چربی از کودکی بتدریج زیاد میشود و تا ۲۵ سالگی ادامه می‌یابد و در این سن تکثیر متوقف ولی رشد و حجم سلول چربی تا آخر عمر همچنان ادامه می‌یابد. این افزایش حجم نزد بیماران چاق حالت غیر طبیعی بخود گرفته و در حقیقت سلول‌های چربی بمقدار زیادی مواد چرب را در خود احتکار میکنند . حجم سلول چربی بالاگردن کوچک میشود و با افزایش وزن ، مجدداً افزایش می‌یابد . حجم سلول چربی خود عامل مهمی است برای مقاومت به انسولین و با زیاد شدن حجم سلول مقاومت به انسولین بسالا میرود و مقدار انسولین مترشحه بجدا کثر میرسد و پس از کاهش وزن ، مجدداً مقدار انسولین بحدود طبیعی بر میگردد. هورمون‌های دیگر نیز هر یک بسهم خود در متابولیسم سلول چربی شرکت دارند، اپی نفرین، کورتیزول ، ACTH ، هورمون رشد و تیروکسین در زمره این هورمون‌ها هستند (۱۱-۱۲-۱۳-۱۴).

درمان :

هدف نهائی از درمان چاقی ، کاهش کالری مصرف شده و سوخت

۲- هورمون گونادوتروپ

نخستین مطالعه در این مورد توسط Simeons صورت گرفت. وی ملاحظه نمود که تزریق ۱۲۵ واحد هورمون گونادوتروپ بمدت ۶ روز توأم با رژیم ۵۰۰ کالری، موجب کاهش قابل توجه وزن میشود. تجربیات دیگر محققان نشان داد که گونادوتروپ نقش مهمی در درمان چاقی ندارد. Haper و Asher نسبت باین هورمون خوشبین ترند و با ارائه مطالعات خود معتقدند که دارو تحمل افراد چاق را نسبت بر رژیم غذایی بالا میبرد.

بهر حال نظریات در مورد اثر دارو و چگونگی این اثر متناقض است و به همین دلیل مصرف دارو در چاقی مشکوک و مورد سؤال است. عوارض هورمون اندک است و در بالغین ممکنست باعث تحریک مختصر بیضه یا تخمدان شود. بدیهی است احتمال بلوغ زودرس را در مصرف طولانی هورمون همیشه باید مد نظر داشت (۳-۴-۷-۸).

۳- هورمون رشد :

میدانیم که هورمون رشد یکی از هورمونهای لیپولیزان است بی آنکه دفع ازت را زیاد کند. بعلاوه متابولیسم و مصرف اکسیژن را زیاد میکند و اصولاً هر عاملی که چربی بدن را کم و دفع انرژی را زیاد کند و ضمناً موجب دفع ازت نشود، میتواند بعنوان عامل خوبی در درمان چاقی بکار گرفته شود. مطالعات انجام شده نشان میدهد که وقتی تری‌ید و تیروئین بمنظور درمان چاقی مصرف میشود، مصرف اکسیژن و دفع ازت افزایش پیدا میکند. در حالیکه وقتی بهمراه تری‌ید و تیروئین، هورمون رشد نیز داده شود، دفع ازت متوقف میشود. هورمون رشد بمدت کوتاه و مقادیر معقول بخوبی توسط بالغین تحمل میشود، ولی مصرف طولانی آن مقاومت ایجاد میکند. متأسفانه فرآورده‌های هورمون رشد در دسترس نیستند و حتی برای مصارف تجربی و مطالعاتی کمیاب هستند*. لذا مصرف این هورمون در درمان چاقی بیشتر جنبه نظری دارد. (۳-۴-۷-۸)

۴- پروژسترون :

میدانیم که بیماران چاق ممکنست علائمی از سندروم Pickwichian را نشان بدهند. این بیماران دچار خواب آلودگی، گرفتگی عضلات، سیانوز، تنفس دوره‌ای، کمبود تهویه و افزایش غیر طبیعی گلبولهای قرمز و نارسائی بطن راست میشوند. مصرف ۱۰۰ میلی گرم روزانه پروژسترون بصورت تزریق داخل عضلانی نشان داد که خواب آلودگی از بین رفت، اشباع اکسیژن در خون محیطی و فوونکسیون تنفسی طبیعی شد و بهبود قابل توجهی در بیمار پدیدار گشت. قبل از درمان با پروژسترون، از دی‌پیتال - دیورتیک - تنفسی * هورمون رشد اخیراً در ایران وارد میشود و برای مصارف اختصاصی در دسترس میباشد.

میشود ولی امروزه بعلمت اثرات سوء آن بندرت توصیه میشود. دارو از طریق تحریک مراکز هیپوتالاموس اثر میکند. ترکیبات سمپاتومی‌میتیک نیز بهمین ترتیب اثر میکنند. خشکی دهان - بی‌قراری - تحریک پذیری - بی‌خوابی - تعریق - میدریاز و اعتیاد جزو عوارض این ترکیبات است. داروی دیگر فن‌فلورامین است که مصرف آن متداول است. اثر آن کم کردن اشتها و احتمالاً سوخت گلوکز در بافت‌های محیطی است، مقدار دارو با ۲۰ میلی گرم صبح و عصر شروع و در صورت تحمل هفته‌ای ۲۰ میلی گرم بآن اضافه میشود تا به ۶۰ میلی گرم روزانه برسد. سرگیجه - رخوت - اسهال و اختلال روانی جزو عوارض داروست. معمولاً اثر دارو از هفته دوم و سوم مصرف ظاهر میشود (۳-۸-۱۲-۱۳).

دیورتیک‌ها :

مصرف دیورتیکها بصورتی که در حال حاضر در درمان چاقی متداولست بهیچوجه بصالح بیماران نیست و آثار یا ترورتیک دارو بر فواید آن می‌چربد. عوارض تیاژیدها مانند هیپرگلیسمی، هیپراوریسمی، هیپوکالمی باید همیشه مد نظر باشد. دیورتیک - تراپی در درمان چاقی باستثنای مواردی از چاقی که با عوارض قلبی یا کلیوی، خیز و احتباس آب و نمک همراه است، نباید تجویز شود.

در مرحله‌ای از درمان چاقی، که رژیم کم‌کالری و تخریب بافت‌های چربی موجب احتباس آب و نمک میشود، مصرف احتیاط آمیز دیورتیکها به کاهش وزن کمک میکند (۳-۸-۱۳).

هورمون‌ها :**۱- هورمون‌های تیروئیدی :**

هورمون‌های تیروئیدی بیش از دیگر هورمون‌ها در چاقی مصرف شده‌اند. تری‌ید و تیروئین و تیروکسین بمقدار زیاد و مدت طولانی وزن را کاهش میدهد ولی با قطع دارو، مجدداً وزن زیاد میشود. بعلاوه هورمون‌های تیروئید قادرند فقط $\frac{1}{5}$ از نسج چربی را بسوزانند در حالیکه هدف از کاهش وزن، کاهش ذخیره چربی است و لذا این هورمون‌ها از این بابت اثری کامل ندارند. عوارض شایع مصرف این داروها از قبیل عوارض قلبی - عروقی، تپش قلب، تعریق، تاکی‌کاردی، آنژین صدری، فیبریلاسیون دهلیزی، افزایش فشار خون سیستولیک، دفع کلسیم و ازت باید همیشه مد نظر باشد. برای آنکه دارو بتواند وزن را کاهش بدهد، باید بمقدار و بمدت نسبتاً طولانی تجویز گردد و با توجه به مضرات حاصله، مصرف دارو جز در مواردی که چاقی با هیپوتیروئیدی واقعی همراه باشد، توصیه نمیشود (۳-۴-۷-۸).

و با در نظر گرفتن عوارض آن بخصوص هیپوگلیسمی، بکاررفته است (۱۰-۱۱-۱۳)

درمان جراحی:

برکنار نمودن ایلئوم - برای فریبی شدید از بعضی تدابیر جراحی چون برکنار نمودن ایلئوم استفاده شده است. در واقع با ایجاد یک شنت ویک سندروم سوء جذب، از جذب مواد غذایی جلوگیری میشود. عوارض این عمل مانند، اختلال الکترولیت، عفونت، کمخونی را باید انتظار داشت. روشهای جدید جراحی، عوارض شدید سابق را تقلیل داده است ولی بعضی عوارض خطیر مانند ضایعات کبدی (۱۵-۲۰٪ موارد) کاربرد این روش درمانی را محدود کرده است و بجز در موارد استثنائی توصیه نمیشود (۱۰-۱۱-۱۳-۱۴-۱۵).

خلاصه:

در حال حاضر درمان دارویی چاقی رضایت بخش نیست و تقریباً همیشه پزشک در اخذ نتایج دیرپا و قطعی ناتوان است. طبیب در برخورد با افراد چاق که حتی حل معضلات اجتماعی خود را نیز نزد او جستجو میکنند، غالباً وسوسه میشود و چه بسا که به تجویز داروهای یاد شده مبادرت میورزد. این داروها نه موثرند و نه مفید و نه کاربرد آنها منطقی است. برای درمان چاقی باید منتظر راههای اساسی دیگری در آینده بود.

متناوب یا فشار مثبت استفاده شده بود. بنظر نمیرسد که اثر پروژسترون را بطنه‌ای با کاهش وزن داشته باشد. یکماه پس از قطع پروژسترون، وضع ریه بد شد و بحالت اول برگشت. مکانیسم اثر دارو در تحریک تهویه ریوی بیماران چاق، روشن نیست و آنچه مسلم است دارو اثری بر مصرف غذا و سوخت اکسیژن ندارد. مقدار دقیق دارو و مدت تجویز آن و دیگر اطلاعات در مورد کاربرد این هورمون نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد. (۳-۴-۸-۷).

بطوریکه مشاهده میشود کاربرد هورمون‌های یاد شده بعنوان درمان چاقی بسیار محدود و به مواردی مانند هیپوتیروئیدی واقعی همراه با چاقی خلاصه میشود. و بهر حال باین فراوانی و باین شکل که در نسخه‌ها دیده میشود بهیچ روی شایسته و عاقلانه نیست.

ترکیبات بی‌گوانید:

ترکیبات بی‌گوانید که در درمان دیابت در سنین بالا مصرف میشوند، وزن را نیز کاهش میدهند.

یکی از این ترکیبات که در کاهش لیپوژنز موثر است فنفورمین است. دارو جذب مواد غذایی را از جدار روده‌ها بتأخیر میاندازد و تا حدودی اشتها را کم میکند. در موارد خاص و انتخاب شده

REFERENCES:

- 1- Mann, G.V.: The influence of obesity on health. New. Engl. J. Med. 295 : 43-44, 1976.
- 2- Galnil, G.F., Jr.: Obesity and insulin levels. New. Engl. J. Med. 284: 1268-1269, 1971.
- 3- Braunstein, J.: Management of the obese patients. Med. Clin. N. Amer. 55 : 391-401, 1971
- 4- Risilin, R.S.: Therapy of obesity with hormones. New. Engl. J. Med. 222 : 26-29, 1975.
- 5- Daniel, H.W.: Replacement treatment of hypothyroidism. New. Engl. J. Med. 291 : 102, 1974.
- 6- Mann, G.V.: The influence of obesity on health. New. Engl. J. Med. 291: 178-185, 226-237, 1974.
- 7- Stock, J.M., Surks, MI., Oppenheimer, JH: Replacement dosage of L - thyroxine in hypothyroidism: a re-evaluation. New. Engl. J. Med. 290 : 529-533, 1974.
- 8- Gastineau, CH.: Obesity Risks, Causes and treatments. Med Clin. N. Amer. 56:1021-1028, 1972.
- 9- Bray, GA., Raben, MS., London, J., et al: Effect of triiodothyronine, growth hormone and anabolic steroids on nitrogen excretion and oxygen consumption of obese patients. J. Clin. Endoc. Metab. 33 : 293-300, 1971.
- 10- Harrison's. Principles of internal Medicine. P : 232 236, 1976.
- 11- Harvey's Principls and practice of Medicine. P : 918-924. 1972.
- 12- Current Diagnosis and treatment. P : 597. 1980.
- 13- Mozzaferrri, E.: Endocrinology. P: 385-400. 1974.
- 14- Williams, Endocrinology, obesity. P : 1082-1110, 1968.

۱۵- دکتر منوچهر جزایری: درمان هیپرلیپیدمی، مجله نظام پزشکی، سال پنجم، شماره ۳، صفحه ۲۰، سال ۱۳۵۵.