نکاتی چند پیرامون درمان چاقی

مجله نظام پزشکی
سال هشتم ، شماره ۱ ، صفحه ۳۴ ، ۱۳۶۰

دکتر منوچهر جزایری *

دراین مقاله، هدف وبحث پیرامون فیزیوپاتولژی وعلل وعوارض چاقی نیست ، بلکه منظور ذکر نکاتی است دربـاره درمانهـای داروئی وچگونگی وحدود اثر این داروها و بحث و مداقه این نکته که آیا این داروها که بفراوانی برای درمان چاقی تجویز میشوند ، اصولا اثری بر آنها مترتب هست یا خیر ؟ هم‌چنین در مورد رژیم غذائی که ازاهمیت زیادی برخورداراست، بحثی بمیان نخواهد آمد وباشاره مختصری بسنده میشود . مراد ما از چاقی در این مقاله ، چاقی اگزوژن است نه چاقی‌های اندوکرینی و یاتروژنیك وچاقیهای ثانوی .

مقدمه :

چاقی بیشتریك مشکل اجتماعی ویك مسئله تغذیه‌ایست تایك بیماری مستقل ، اثر منفی چاقی در زندگی اجتماعی و اقتصادی سخت و عمیق است . نقش عوامل روانی درپیدایش چاقی ، آنرا بصورت عارضه‌ای زائیده مناقشات اجتماعی ـ اقتصادی وروانی درآورده است. عواملی‌چون عدم تحرك‌جسمانی، توسعه تکنولژی، زندگی ماشینی ، شهرگرائی . تن آسائی ، رفاه مادی ، توسعه وسائل ارتباط جمعی و تنویـر افکار عمومی ، مصرف بی‌رویـه مواد غذائی و بسیاری عوامل دیگرموجب شده است که چاقی ودیگر پدیده‌های تغذیه‌ای ، روانی ، روز بروز زیادترشوند. درکشور ما ، چاقی درچند دهه گذشته ، مخصوص قشر مرفه ومتعین جامعه مانند فئودالها ، تجار، خوانین و مأمورین عالیرتبه دولتی بود. درحالیکه امروزه چاقی به طبقه خاصی‌محدود نیست‌ورونق‌مشاغلی که به تحرك جسمانی کمتری نیازدارند و نیز بهبود وضع تغذیه و تنوع اغذیه ومصرف فزاینده مواد چربی ونشاسته‌ای موجب شده است تا چاقی جنبه عمومی‌پیدا کند. درصد قابل‌توجهی ازپزشکان، قضات،کارمندان ، پیشه‌وران و زنان امروزی که درگیرفشارهای عصبی هستند ، وزنی بیش از وزن مطلوب دارند. درمورد تعریف چاقی ، ضوابط واستانداردهای مختلفی‌مانند وزن مطلوب ، توده چربی بدن ، جداول مخصوص شرکت‌های بیمه و فرمول‌هـای مختلف پیشنهاد شده است وبهرحال زمانی به یك فرد چاق اطلاق میشود که وزنی ۲۰ درصد بیش از وزن مطلوب داشته باشدواین افزایش وزن ، ناشی ازخیز وآسیت وعضلات (ورزشکاران)نباشد (۹ـ۱۰ـ۱۱ـ۱۲).اهمیت چاقی‌تنها بعلت پیدایش‌یك‌عقده‌روانی و یك عیب ظاهری نیست بلکه بیشتر بدلیل عوارض خطیر ومتعدد آنست . دیابت ، ضایعات قلبی ـ عروقی ، افزایش فشار خون ، ضایعات مفصلی ـ استخوانی، ضایعات ریوی، سندروم پیك ویکین وبیماریهای دستگاه گوارش ازبیماریهائی‌هستندکه بصورت عارضه چاقی میتوانند تظـاهر کنند . ارتباط چاقـی با دیابت غیرقابل انکار است واکثر دیابتی‌های بالغ چاق هستند و یا چاق بوده‌اند (۷ـ۸ـ۱۳). مقاومت به انسولین و هیپرانسولینمی در مراحل ابتدائی بیماران چاق دیابتیك مؤید این ارتباط است(۳-۱۴)، واکنش یك فرد فربه نسبت به عوامل خارجی با یك فردغیرچاق متفاوتست. انگیزه‌هائی‌مانند، ترس، اضطراب، اندوه وغیره ..... نزد یك‌فردچاق ، موجب پرخوری‌میشود. پرخوری گاهی‌معلول

* بهداری شهربانی ـ خیابان بهار ـ تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-25]

طرد شدگی و سرخوردگی و واکنش در قبال ناکامی‌هاست. مطالعات عدیده نشان داده است که پرخوری در حقیقت ادامه غیرطبیعی (دوران دهانی) است . بهمین دلیل ، تظاهرات نوروتیك نزد افراد فربه بیشتر است. بسیاری از والدین عادت دارند برای تشویق کودك 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 کودك هم ، برای جلب محبت والدین و ترس از طرد شدگی ، واکنش نشان میدهد و ازهمان اوان طفولیت، نطفه چاقی روانی در او بسته میشود. بعضی از جوانان چاق ، عصر وشب حالت پرخوری دارند و صبحها بی‌اشتها هستند (سندروم پرخوری شبانه) این سندروم زائیده فشارهای روانی، اجتماعی است . بعضی افراد چاق دربرخورد با ناملایمات، بطور ناگهانی تمایل به غذا خوردن پیدا میکنند و چند دقیقه با ولع غذا میخورند سپس از غذا خوردن دست میکشند (سندرم بنیگ) (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 ، زناشوئی، 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 هیپرتروفیك) درحالیکه کودکان ، با افزایش حجم و تعداد سلول‌های چربی همراه است و کودکان چاق هم ازجهت تکثیر وهم ازجهت حجم سلول‌های چربی با اشکال روبرو هستند (چاقی هیپرپلاستیك ـ هیپرتروفیك) (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 وحجم سلول چربی تا آخر عمر همچنان ادامه می‌یابد. این افزایش حجم نزد بیماران چاق حالت غیرطبیعی بخود گرفته و در حقیقت سلولهای چربی مقدار زیادی مواد چرب را درخود احتکار میکنند . حجم سلول چربی بالاغر شدن کوچك 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 بالا میرود و مقدار انسولین مترشحه بحداکثر میرسد و پس از کاهش وزن ، مجدداً مقدار انسولین بحدود طبیعی برمیگردد. هورمونهای دیگر نیز هریك بسهم خود درمتابولیسم سلول چربی شرکت دارند، اپی‌نفرین، کورتیزول ، ACTH ، هورمون رشد وتیروکسین در زمره این هورمونها هستند (۱۱ ۱۲-۱۳-۱۴).

درمان :

هدف نهائی از درمان چاقی ، کاهش کالری مصرف شده و سوخت ذخائر چربی بدنست. رسیدن باین هدف درچند مرحله زیر خلاصه میشود :

الف ـ درمان طبی شامل :

۱ـ رژیم غذائی

۲ـ ورزش وافزایش فعالیت جسمانی

۳ـ روان درمانی وبرطرف نمودن انگیزه‌ها

۳ـ داروها

ب ـ درمان جراحی ـ برکنار نمودن ایلئوم

رژیم غذائی :

منظور از رژیم غذائی ، رژیمی است که ضمن محدودیت کالری، از مواد لازم وویتامین‌ها نیز غنی باشد. برای کاستن نیم کیلووزن، حدود ۳۵۰۰ کالری باید حذف شود و اگر رژیم غذائی بگونه‌ای باشد که روزانه ۱۰۰۰ کالری کمتر مصرف شود ، درطول هفته یك کیلوودرطول ماه حدود ۴ کیلو ازوزن کاسته میشود ـ برای مردان رژیم ۱۰۰۰ تا ۱۴۰۰ کالری وبرای زنان رژیم ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ کالری تجویز میگردد . هرگز نباید به کاستن ناگهانی وزن اقدام کرد. آهنگ کاهش وزن باید یکنواخت وتدریجی باشد. رژیم‌های غذائی سخت (۴۰۰ تا ۶۰۰ کالری) مضر بوده وممکنست باعوارض مختلف مانند اختلال آب و الکترولیت‌ها، اسیدوزمتابولیك، هیپراوریسمی، اسیدوزلاکتیك ، هیپوتانسیون ، هیپوگلیسمی همراه باشد .

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

داروها :

۱ـ داروهای مهارکننده اشتها

۲ـ دیورتیکها

۳ـ هورمونها شامل :

ـ هورمون گونادوتروپ

ـ هورمون تیروئید

ـ هورمون رشد

ـ پروژسترون

داروهای مهارکننده اشتها :

از این داروها حتی‌الامکان نباید استفاده کرد ، زیرا عوارض آنها بیش از فوائدشان است و پس از مدت زمانی اثرشان تقلیل می‌یابد ومعمولا بیماران سرخود بمقدار دارو میافزایند وبابروز عوارض دارو بیماراز ادامه درمان خسته ومایوس میشود. سردسته این داروها **آمفتامین‌ها** است که مدتها برای کنترل چاقی مصرف

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-25]

میشد ولی امروزه بعلت اثرات سوء آن بندرت توصیه میشود . دارو از طریق تحریك مراکز هیپوتالاموس اثر میکند . ترکیبات **سمپاتومیمتیك** نیز بهمین ترتیب اثر میکنند . خشکی‌دهان ـ بی‌قراری ـ تحریك‌پذیری ـ 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 احتمالا سوخت گلوکز در بافت‌های محیطی‌است، مقدار دارو با ۲۰ میلی‌گرم صبح وعصر شروع ودرصورت‌تحمل هفته‌ای ۲۰ میلی‌گرم‌بآن‌اضافه‌میشودتا به ۶۰ میلی‌گرم‌روزانه‌برسد. سرگیجه ـ رخوت ـ اسهال‌واختلال‌روانی جزوعوارض‌داروست. معمولا اثر دارو از هفته دوم و سوم مصرف ظاهر میشود (۳-۸-۱۲-۱۳).

دیورتیك‌ها :

مصرف دیورتیکها بصورتی که در حال حاضر در درمان چاقی متداولست بهیچوجه بصلاح بیماران نیست و آثار یا تروژنیك دارو برفوائدآن می‌چربد. عوارض تیازیدها مانند هیپرگلیسمی، هیپراوریسمی ، هیپوکالمی باید همیشه مد نظر باشد . دیورتیك- تراپی در درمان چاقی باستثنای مواردی از چاقی که با عوارض قلبی یا کلیوی، خیز واحتباس‌آب‌ونمك همراه است، نباید تجویز شود .

درمرحله‌ای ازدرمان چاقی، که رژیم کم‌کالری وتخریب‌بافت‌های چربی موجب احتباس آب و نمك میشود ، مصرف احتیاط‌آمیز دیورتیکها به‌کاهش وزن کمك میکند (۳-۸-۱۳) .

هورمون‌ها :

۱ـ هورمون‌های تیروئیدی :

هورمونهای تیروئیدی بیش از دیگر هورمونها در چاقی مصرف شده‌اند . تری ید وتیرونین وتیروکسین بمقدار زیاد و مدت طولانی وزن‌راکاهش میدهد ولی با قطع دارو، مجدداً وزن زیاد میشود . بعلاوه هورمونهای تیروئید قادرند فقط $\frac{1}{5}$ از نسج چربی را بسوزانند درحالیکه هدف ازکاهش وزن ، کاهش ذخیره چربی است ولذا این هورمونها از این بابت اثری‌کامل ندارند. عوارض شایع مصرف این داروها از قبیل عوارض قلبی - عروقی، طپش قلب ، تعریق ، تاکی‌کاردی ، آنژین صدری، فیبریلاسیون دهلیزی ، افزایش فشار خون سیستولیك ، دفع‌کلسیم و ازت باید همیشه مد نظر باشد . برای آنکه دارو بتواند وزن‌راکاهش بدهد، باید بمقدار و بمدت نسبتاً طولانی تجویز گردد و با توجه به مضرات حاصله، مصرف داروجزدرموردی که‌چاقی‌باهیپوتیروئیدی واقعی همراه باشد ، توصیه نمیشود (۳-۴-۷-۸) .

۲ـ هورمون‌گونادوتروپ

نخستین‌مطالعه دراین، مورد توسط Simeons صورت گرفت. وی ملاحظه نمودکه تزریق ۱۲۵ واحد هورمون‌گونادوتروپ‌بمدت ۶ روز توأم با رژیم ۵۰۰ کالری ، موجب‌کاهش قابل توجه وزن میشود . تجربیات دیگر محققان نشان دادکه گونادوتروپ نقش مهمی‌دردرمان‌چاقی‌ندارد. Asher و Haper نسبت باین‌هورمون خوشبین‌ترند وبا ارائه مطالعات‌خود معتقدند که داروتحمل‌افراد چاق را نسبت برژیم غذائی بالامیبرد .

بهرحال نظریات در مورد اثر دارو وچگونگی این اثر متناقض است وبهمین‌دلیل‌مصرف دارو درچاقی‌مشکوك ومورد سئوال‌است. عوارض هورمون اندك است و در بالغین ممکنست باعث تحریك مختصر بیضه یا تخمدان شود . بدیهی‌است احتمال بلوغ‌زودرس‌را درمصرف طولانی‌هورمون همیشه باید مد نظرداشت (۳-۴-۷-۸).

۳ـ هورمون رشد :

میدانیم که هورمون رشد یکی از هورمونهای لیپولیزان است بی‌آنکه دفع ازت‌را زیادکند. بعلاوه متابولیسم ومصرف اکسیژن را زیاد میکند واصولا هرعاملی‌که چربی بدن راکم ودفع‌انرژی را زیادکند وضمناً موجب دفع ازت نشود ، میتواند بعنوان عامل خوبی دردرمان چاقی‌بکارگرفته شود . مطالعات انجام شده نشان میدهد که وقتی تری‌ید و تیرونین بمنظور درمان چاقی مصرف میشود، مصرف اکسیژن ودفع ازت افزایش‌پیدا میکند. درحالیکه وقتی‌بهمراه تری‌ید وتیرونین ، هورمون رشد نیزداده شود، دفع ازت متوقف میشود . هورمون رشد بمدت کوتاه و مقادیر معقول بخوبی توسط بالغین تحمل میشود، ولی مصرف طولانی آن‌مقاومت ایجاد میکند . متأسفانه فرآورده‌های هورمون رشد در دسترس نیستند وحتی برای مصارف تجربی‌ومطالعاتی کمیاب هستند*. لذا مصرف این هورمون در درمان چاقی بیشتر جنبه نظری دارد . (۳-۴-۷-۸)

۴ـ پروژسترون :

میدانیم که بیماران‌چاق ممکنست علائمی‌ازسندروم Pickwichian را نشان‌بدهند. این‌بیماران‌دچارخواب‌آلودگی، گرفتگی‌عضلات، سیانوز، تنفس دوره‌ای، کمبود تهویه وافزایش‌غیرطبیعی گلبولهای قرمزونارسائی‌بطن راست میشوند. مصرف ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه پروژسترون بصورت تزریق داخل عضلانی نشان دادکه خواب آلودگی ازبین رفت، اشباع اکسیژن درخون‌محیطی‌وفونکسیون تنفسی طبیعی شد و بهبود قابل توجهی در بیمار پدیدارگشت . قبل از درمان با پروژسترون ، از دیژیتال ـ دیورتیك ـ تنفس

* هورمون رشد اخیراً در ایران وارد میشود و برای مصارف اختصاصی در دسترس میباشد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-25]

متناوب بـا فشار مثبت استفاده شده بود . بنظر نمیرسد کـه اثر پروژسترون‌رابطه‌ای باکاهش‌وزن داشته باشد . یکماه پس ازقطع پروژسترون ، وضع ریه بد شد و بحالت اول برگشت . مکانیسم اثر دارو در تحریك تهویه ریوی بیماران چاق ، روشن نیست و آنچه مسلم است داروائری‌برمصرف غذا وسوخت اکسیژن‌ندارد. مقدار دقیق دارو و مدت تجویز آن ودیگر اطلاعـات در مورد کاربرد این هورمون نیاز به بررسی های بیشتری دارد . (۳–۴ ۷–۸).

بطوریکه‌مشاهده میشودکاربردهورمون‌های‌یاد شده بعنوان درمان چاقی بسیار محدود وبه مواردی مانند هیپوتیروئیدی‌واقعی‌همراه با چاقی خلاصه میشود . وبهرحال باین فراوانی و باین‌شکل که در نسخه‌ها دیده میشود بهیچ روی شایسته وعاقلانه نیست.

ترکیبات بی‌گوانید :

ترکیبات بی‌گوانید که دردرمان‌دیابت‌درسنین‌بالامصرف میشوند، وزن‌را نیزکاهش میدهند.

یکی از این ترکیبات که در کاهش لیپوژنز موثر است فنفورمین است . داروجذب مواد غذائی‌را از جدار روده‌ها بتاخیرمیاندازد وتا حدودی اشتها را کم میکند . در موارد خاص وانتخاب شده و بـا درنظرگرفتن عوارض آن بخصوص هیپوگلیسمی، بکاررفته است (۱۰–۱۱–۱۳)

درمان جراحی :

برکنارنمودن ایلئوم– برای‌فربهی‌شدید از بعضی تدابیر جراحی چون برکنار نمودن ایلیوم استفاده شده است . درواقع با ایجاد یك شنت ویك سندروم سوء جذب، ازجذب مواد غذائی‌جلوگیری میشود . عوارض این عمل مانند ، اختلال الکترولیت ، عفونت ، کمخونی‌را باید انتظارداشت . روشهای جدید جراحی ، عوارض شدیـد سابق را تقلیل داده است ولی بعضی عوارض خطیر مانند ضایعات کبدی (۱۵–۲۰٪ موارد) کاربرد این روش درمانی را محدودکرده است و بجز در موارد استثنائی توصیه نمیشود (۱۰ ۱۱–۱۳–۱۴–۱۵).

خلاصه :

درحال حاضر درمان داروئی چاقی رضایت بخش نیست و تقریباً همیشه پزشك در اخذ نتایج دیرپا وقطعی ناتوان است . طبیب در برخورد بـا افراد چاق کـه حتی حل معضلات اجتماعی خود را نیز نزد او جستجو میکنند ، غـالباً وسوسه میشود و چه بسا کـه به تجویزداروهای‌یاد شده مبادرت‌میورزد. این‌داروهانه موثرند ونه مفید ونه‌کاربردآنها منطقی‌است. برای درمان‌چاقی‌بایدمنتظر راه‌های اساسی دیگری درآینده بود .

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 triidothyronine, 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- Mozzaferri, E.: Endocrinology. P: 385-400. 1974.
14- Williams, Endocrinology, obesity. P : 1082-1110, 1968.
۱۵– دکترمنوچهرجزایری : درمان هیپرلیپیدمی ، مجله نظام پزشکی ، سال پنجم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۰۰ ، سال ۱۳۵۵.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-25]