رژیم غذائی برای درمان و پیش‌گیری بیماری قند

مجلهٔ علمی نظام پزشکی
شماره ۶، صفحه ۵۲۸، ۱۳۴۹

دکتر حبیب‌الله هدایت *

دانشمندان بالاتفاق معتقدند که رعایت رژیم‌غذائی مناسب یکی‌از اصول حتمی درمان و پیشگیری ویا لااقل بتأخیر انداختن ویا کنترل و تخفیف دادن بیماری قند و متوقف ساختن و یا ملایم نمودن عوارض آن می‌باشد، زیرا رعایت اصول ویژه‌ای درتنظیم رژیم غذائی‌است که برمبنای‌آن میتوان ضوابط کلی بدست‌آورد، و براساس این ضوابط برای هر بیمار رژیم‌خاصی ترتیب داد.
دراین‌جا سعی‌خواهد شد که باختصار راجع به‌این‌اصول وضوابط ونظرات مختلفی که در این زمینه وجود دارد وآنچه که بیشتر مورد قبول اکثریت پزشکان میباشد، مطالبی باستحضار همکاران محترم برسانم.

تاریخچه

شاید موجب تعجب باشد که چرا دانشمندان علم‌پزشکی درقرون گذشته باتمام هوش واستعداد حیرت‌آوری کـه درمورد تشخیص بعضی از بیماریها از خود نشان داده‌اند به تأثیر امساك وپرهیز در مصرف مواد قندی و نشاسته‌ای در درمان بیمـاری دیـابت توجهی نداشته‌اند،درحالیکه امروزه بخوبی میدانیم که‌چه‌بسایك شخص مبتلا به‌بیماری قند باتمـام علائم آن بیمـاری ، از جمله تشنگی شدید وخستگی مفرط، اگرفقط برای چندروز ازخوردن موادقندی ونشاسته‌ای شدیداً امسال‌نماید تخفیف‌کلی ومحسوسی دربیماری او ودر علائم اشاره شده ظاهر میگردد، درصورتیکـه چه‌بسا هنوز قنـد خون بیمار از میزان طبیعی خیلی بالاتـر می‌باشد .
البته باوجود این اظهارتعجب باید گفت که دوپـزشك عالیقـدر ایرانی، ابوعلی‌سینا و محمدزکریای رازی، اولین پزشکانی‌هستند که بیماری دیابت وعلائم‌آن را خیلی خوب شرح داده‌اند وحتی بعضی‌ازدانشمندان‌تصورمیکنند که احتمالاگیاهان وجوشانده‌هائی که ابوعلی‌سینا برای بیماران مبتلابه دیابت تجویزمینموده علاوه برتأثیرمثبتی که‌ازآن‌گیاهان برروی‌اعمال‌کبد انتظارداشته‌است، منظوردیگر استاد این بوده‌که اشتهای بیماررا مختل ساخته و موجب‌کم شدن مصرف‌مواد خوراکی ودرنتیجه امساك درخوردن غذاها وازجمله قندها ونشاسته‌ها بشود.
پزشکان دیگری غذاهای نامطبوع برای بیماران خود تجویز میکرده‌اندکه شاید منظورآنان نیزکاسته شدن مقدارغذا و طبیعتاً لاغری وکم شدن وزن بیماربوده است.
بوشاردا (Bouchardat) که در اواسط قـرن گذشته شهـرت زیادی درمورد درمان دیابت پیداکرده بود، اولین پزشکی است که به‌بیماران خود ورزش‌کردن را توصیه میکرد و ضمناً بجـای تجویزغذاهای بدطعم ونامطبوع به‌آنان توصیه میکردکه تاجای ممکن ازخوردن غذاها امساك کرده وبطورکلی غذاکـم مصرف کنند.
محاصرهٔ پاریس،درسال ۱۸۷۰، منجر به‌کمبود شدید مواد غذائی درآن شهر شد و این کمبود موجب بهبود نسبی بیماران دیابتی ودر نتیجه تأیید نظرات بوشاردا گردید .
طبیب دیگری‌بنام برناردنونین (Berhnard Nunyn) درمورد رژیم بیماران خود سخت‌گیری فوق‌العاده داشت وحتی‌درمواقعی آنان‌را زندانی میکرد وباین‌ترتیب مانع ازدسترسی آنان بهر گونه غذائی‌میشد وبجز گوشت‌کباب شده ومقداری موادچربی‌و آب ومشروبات الکلی رقیق،هیچ‌چیزدیگری را اجازه نمی‌دادو گاهی برای‌کم‌کردن قند خون بیماران خود آنان را درحالت

* انستیتو خواربار و تغذیه ایران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]

روزه کامل نگاه می‌داشت و همین سخت گیری‌های شدید موجب شهرت زیاد و گرمی فوق‌العاده مطب و بازارکار نامبرده گردیده بود. مثل اینکه این یك قاعده کلی است که همیشه و در همه‌جا مردم به‌دستوراتی که ارزش علمی چندانی ندارد ولی خیلی‌سخت وشدید اعمال شود، بیشتر اهمیت قائل میشوند.

در اوایل قرن حاضر، کم کم پزشکان تقریباً بالاتفاق معتقد شدند که باید دررژیمها، غذائی کم کالری که حاوی مقادیر خیلی کم کربوهیدرات باشد تجویز گردد ، واین امر بالطبیعه بیماران را دچارسوء تغذیه شدیدمیکرد ولی‌مدت‌طولانی‌تری زنده می‌ماندند وهمین‌امرسبب‌شد که گروهی‌ازاین‌بیماران توانستند تاسال ۱۹۲۱ که سال کشف داروی شفابخش‌انسولین میباشد زنده بمانند وبعداً بااستفاده ازاین‌داروبرای سالیان درازی‌زندگی‌خودرا بازیابند.

درحال حاضر اصول و مبنای رژیم غذائی بیماران دیابتی بشرح زیر خلاصه میشود:

اگر بیمار دیابتی درسنین کودکی وجوانی ورشد و نمو وفعالیت بدنی باشد ، با توجه باینکه غالب این بیماران لاغر و دچار سوء تغذیه میباشند، باید به‌آنان غذای کافی دادو فقط در مورد قند(سوکروز) وفرآورده‌هائی که ازآن درست میشود،محدودیت قائل گردید.

درمورد بیماران دیابتی که بیماری آنان در سنین بالا و معمولا از ۴۰یا۴۵ سالگی ویا بالاترعارض گردیده است،چون غالب‌این بیماران چاق بوده (۸۰ وگاهی تا ۹۰ درصدآنان) وهمین‌چاقی واضافی وزن به‌احتمال قوی‌خود یك عامل پیدایش و یا شدت بیماری است لذا باید مبنای رژیم‌غذائی راکم‌کردن وزن بیمار قراردادتااینکه‌شخص‌مبتلا، به‌وزن عادی وطبیعی‌برسد وحتی‌بنظر بعضی ازمتخصصین شاید بهتراست که‌کاهش وزن تاحدی ادامه‌پیدا کندکه وزن شخص تاچند درصد حال عادی‌هم‌کمتر شود. ضمن اینکه درمورد مصرف موادقندی‌ونشاسته‌ای برحسب درجه شدت‌و ضعف‌بیماری وتأثیر داروهای مربوطه باید محدودیت قائل شد ، درموردمصرف‌چربیهاهم‌بایدسعی‌کرد که روغنهائیکه حاوی‌اسید‌های چرب اشباع شده میباشند، جای خود را به اسیدهای چرب غیراشباع شده بدهند.

نیازمندیهای شخص مبتلا به‌دیابت بهریك ازگروههای غذائی

الف ـ موادقندی نشاسته‌ای

مشکل اساسی مبتلایان به‌بیماری دیابت در متابولیسم مواد قندی نشاسته‌ای است و اساس تنظیم برنامه غذائی آنان نیز تعیین حد مناسبی ازاین مواد در برنامهٔ غذائی آنان‌است ، بنحوی که نه بیماراز‌کمبودآنها دچارعوارضی ازقبیل عارضه اسید وستوز و احیاناًاغمای ناشی‌ازآن گردد ونه‌اینکه قندخون ازمیزان‌متعارف ومجاز تجاوزکند. ضمناً باید درنظرداشت که برنامهٔ غذائی بیمار نیزباید قابل اجرا ومطلوب و مأکول برای یك‌زندگی طبیعی و عمرطولانی باشد و باین ترتیب وبطورقطع مقدارحداقلی ازمواد قندی نشاسته‌ای برای اشخاص دیابتی ضرور میباشد و این امر ازاین‌نظراهمیت‌داردکه اولا خیلی مشکل‌است برنامه‌غذائی‌تنظیم کردکه فقط ازچربیها وپروتئینها ترکیب شده‌باشند، ثانیاًمصرف کربوهیدراتها اگردردفعات‌غذائی روزتقسیم شوند موجب میشود که ازمصرف شدن پروتئینها برای ایجاد کالری جلوگیری شده و پروتئینها برای مصارف ضروری دیگر یعنی ساختن نسوج و هرمونها و سایر احتیاجات حیاتی مورد استفاده قرارگیرند و کربوهیدراتها وچربیها بمصرف ایجاد انرژی وکالری برسند.

ازطرف دیگراگرکربوهیدرات مصرف نشده وفقط چربیهابرای ایجادکالری دربدن سوختەشوند، بیم‌این هست که مواد ستونی ناشی ازمتابولیسم چربیها دربدن زیاد شده وهمانطوریکه دربالا اشاره شد منجر به‌پیدایش‌کتوزیس واغماهای ناشی‌ازآن گردد (اغمای اسیدوستوز).

بعقیدهٔ بیشتر پزشکان متخصص تغذیه ، مقدار مصرف مواد قندی نشاسته‌ای باید برحسب حالات مختلف بیماری وشخص‌بیمار بین یکصد الی دویست وپنجاه تا ۳۰۰ گرم نوسان داشته باشد.

درمورد نوع موادقندی نشاسته‌ای، درگذشته باتوجه‌باین‌اصل‌که تمام‌موادقندی‌اعم‌ازقندهای‌دوتائی(دیساکاریدها)ویاقندهای‌مرکب وچندتائی(پلی‌ساکاریدها) در روده‌ها تبدیل به‌قند ساده(منوساکاریدها) گردیده وجذب بدن میشوند، تفاوتی بین انواع آنها ازلحاظ‌کیفیت قائل نبودند وفقط‌به‌کمیت ومقدارمصرف‌آنهاتوجه داشتند، ولی تحقیقات زیادی‌که درسالهای اخیر بعمل‌آمده نشان داده است‌که اگرچه ظاهراً اصل فوق درموضوع کم و زیاد شدن قندخون تاحدود زیادی درست میباشد،ولی نکته مهم دربیماران دیابتی خطری است‌که ازلحاظ اختلالات عروقی درکمین آنان می‌باشد . تجربیات فوق‌الذکر و مخصوصاً کارهای تحقیقاتی دانشمندانی بنام ماکدونالد و بریس‌ویت (Macdonald and Braithuaite)(درسال۱۹۶۴) نکات جالب‌توجهی‌را روشن‌کرده است، باینمعنی‌که نامبردگان‌درتجربیات‌خودگروهی‌رادرطی‌مدتی تحت رژیم‌غذائی‌قراردادند که‌درآن‌معادل‌پانصدگرم‌کربوهیدرات و آن هم بصورت قند مصرف میگردید و مشاهده کردند که چربی سرم‌خون این افراد مخصوصاً‌تری‌گلسیریدها‌به‌میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت، درصورتیکه همین گروه بعداً در

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]

طی‌مدت زمان مساوی تحت رژیم غذائی مشابهی قرار گرفتند که فقط یك تفاوت داشت وآن اینکه بجای پانصد گرم قند معمولی (سوکروز) پانصد گرم نشاسته ذرت بآنان داده‌شد وملاحظه‌گردید که چربیها، بویژه‌تری گلسیریدها، وکلسترل کلی‌سرم خون آنان روبکاهش رفت. بااین تجربیات و با توجه به نظرات پرفسور یودکین(استادورئیس دپارتمان تغذیه‌کوئین‌الیزابت‌کالج‌دانشگاه لندن) که طی ده‌سال‌اخیرمکرراً ابرازداشته‌است که «مصرف‌مواد قندی یاسوکروز خیلی‌بیشترازمصرف چربیها دربالابردن میزان چربی سرم خون مؤثر است» میتوان قبول کرد که در مورد کربوهیدراتها بعکس گذشته‌تنها نباید کمیت آنهارا درنظر گرفت، بلکه نوع آنها دارای اهمیت بیشتری بوده بنابراین باید ضمن محدودکردن آنها سعی کرد که بیماران دیابتی ازمصرف قند یا سوکروزتاجای ممکن بپرهیزند وکربوهیدرات مورد نیازخودرا ازمواد نشاسته‌ای بدست‌آورند.

ب ـ پروتئینها

درمورد نیاز شخص دیابتی به‌پروتئینها ، دلیل روشنی وجود ندارد که این اشخاص به پروتئین بیش از معمول احتیاج داشته باشند. برای‌بالغین ودیابتی‌های مسن‌حد متوسط یك گرم‌پروتئین برای هر کیلوگرم وزن وبرای کودکان۴ گرم ونوجوانان تا۱۸ سالگی حدود ۲ گرم، برای هر کیلوگرم وزن آنان کافی است. بدیهی است اگر بدلائلی لازم بودکه در مصرف کربوهیدراتها وچربیها محدودیت بیشتری قائل شویم، ناچار باید سعی کنیم که شخص احتیاجات کالری خود را نیز تاحدی از مواد پروتئینی تأمین کند ودراین صورت باید مقادیر بیشتری پروتئین به‌بیمار داد،ولی باید دانست که علاوه بر گرانی قیمت غذاهائی که حاوی مقادیر زیادی پروتئین می‌باشند، اصولا تنظیم یك رژیم غذائی که بیش از بیست ویاحداکثر ۲۵ درصد مجموع کالری آن ازپروتئین عاید گردد، عملاً غیرممکن بنظر میرسد .

کمیتهٔ تغذیه جامعه پزشکان بریتانیادرمورد میزان‌پروتئین‌این‌طور توصیه میکند که رژیم غذائی باید طوری تنظیم گردد که برای بالغین میزان‌پروتئین از۱۱درصد مجموع کالری غذای مصرف‌شده وبرای کودکان شیرخوار ومادران شیرده وآبستن از۱۴ درصد مجموع کالری مصرف شده، کمتر نباشد.

پ ـ چربیها

بطورکلی‌چربیها یك منبع‌غنی انرژی بوده ومیتوانند ویتامینهای محلول در چربی را برای بدن تأمین کنند . درمورد اشخاص عادی، هیچ موجبی که دال براجتناب ناپذیر بودن چربیها در برنامه غذائی آنان باشد وجود ندارد،ولی عملا وخواه ناخواه در غذای روزانهٔ بیشتر مردم مقادیری چربی بمصرف میرسد که برحسب عادات غذائی‌ومخصوصاً میزان‌درآمدوقدرت خریدمردم هر ناحیه، این مقدار متفاوت بوده واز دویاسه درصد جمع کالری مصرف شده دربین خانواده‌های خیلی کم درآمد و تا ۳۵ درصد (درانگلستان) وبیشتر از ۴۰ درصد (درآمریکا)، تغییرمینماید.

رابطهٔ نوع ومیزان مصرف چربیها بااختلالات قلب وعروق

همانطوریکه دربالا اشاره شد چربیها یك‌منبع بسیار غنی انرژی می‌باشند ودر تنظیم یك برنامهٔ غذائی میزان وچربیهای‌آن،دو موضوع مورد توجه می‌باشد: یکی موضوع چاقی بیماران‌است که بخواهیم باکم‌کردن ومحدود ساختن میزان کالری ازوزن آنان بکاهیم، دیگراینکه بخواهیم باتغییرنوع چربیها ازمیزان چربی پلاسمای خون کم کنیم تاشاید ازپیدایش عارضه اترم‌جلوگیری بعمل‌آورده ویاآن‌را تاحد ممکن‌بعقب بیندازیم.این‌امرمخصوصاً درپیش بیماران دیابتی حائز نهایت اهمیت میباشد،زیراسالهاست که‌پزشکان باین‌امروقوف‌کامل‌دارندکه ضایعات وبیماریهای‌عروق تاجی یاکورونر (Coronary Disease) دربیماران دیابتی‌خیلی زیاد دیده میشود،زیرا معمولاچربی خون این‌بیماران، بموازات بالا رفتن میزان قند،افزایش یافته ومخصوصاً فراکسیون‌تری‌گلسیریدها وفسفولیپیدها بیشتر افزایش پیدا میکنند وباصطلاح رنگ شیری پلاسمای خون دیابتی‌هائی‌که تحت درمان وکنترل نیستند،ازمدتها قبل بخوبی شناخته شده‌اند (این رنگ معمولا ناشی از زیادی چربی‌خون می‌باشد) . غالباً دراین اشخاص باکم‌کردن مصرف چربی تغییر قابل ملاحظه‌ای در چربی خون حاصل نمیشود .

بنظر بعضی محققین، اگر بیمار دیابتی تحت درمان‌کامل باشد، میزان چربیهای خون اوطبیعی میگردد،ولی برای گروه‌دیگری از محققین باتوجه باینکه دیابت روی عروق‌گلومرولی‌کلیه‌ها اثر میگذارد مشکل است که تعیین‌کردکه آیا زیاد شدن چربی خون ناشی از بیماری دیابت است یاناشی از اختلالات عروقی کلیوی ـ زیرا در کسانیکه دچار اختلالات عروقی کلیوی میشوند، خواه دیابت داشته باشند یا نه ، همیشه چربیهای خون بالا میرود . دراین جا یك سئوال قابل طرح است که آیا ارتباطی بین بالا بودن کلسترول خون و بیماریهای عروقی و ضایعات قلبی وجود دارد یا نه ؟ جواب این سئوال هنوز برای محققین و پزشکان بطور قطع روشن نیست ، ولی سالهاست که‌یك نکته‌روشن گردیده‌وآن‌این‌است که‌درکشورهائیکه متوسط چربی خون بالاست، عوارض‌قلبی ناشی ازضایعات‌عروقی خیلی فراوان‌تر ازکشورهائی‌است‌که متوسط‌کلسترول‌خون‌پائین میباشد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]

بموجب آماری که از کشورهای مختلف جمع‌آوری گردیده‌است، معمولا اشخاصی که کلسترول خونشان بالاست بیش از سه برابر کسانیکه کلسترول معمولی دارند درمعرض بیماریها وعوارض قلبی قراردارند. ازطرفی غالباً دیابتی‌هائی که بیماریشان درست کنترل نشده وتحت درمان صحیح ومناسبی نباشند کلسترول خونشان بالا میرود وازسوی دیگر دراین بیماران دیابتی عوارض قلبی خیلی بیشتر ازاشخاص معمولی دیده میشود، لذا همیشه این‌فکر خاطر بیشتر پزشکان را مشغول داشته است که شاید ضرورت داشته باشد که درمورد میزان چربی دررژیم غذائی بیماران دیابتی دقت بیشتری بعمل‌آید وازمصرف چربی زیاد خودداری گردد دراین زمینه دانشمندی بنام پاژ(Page) وهمکارانش (۱۹۵۷) تحقیقاتی انجام دادند و باین نتیجه رسیدند که ممکن است زیادی مصرف چربیها بازیادی عوارض قلبی باهم همراه باشند، ولی‌هنوز معلوم نیست که تقارن این دوعامل مربوط به‌اثرمستقیم چربیهاست ویا باین‌علت‌است که‌رژیمهای‌غذائی‌پرچربی‌معمولا پرکالری‌هم‌میباشند و نتیجتاً موجب چاقی میشود ، درصورتیکه رژیمهای کم چربی کالری کمتر داشته وموجب کاهش وزن وازبین رفتن چاقی‌میشوند. زیادی چربی خون وعوارض قلب وعروق در دسته اول یعنی کسانیکه چربی زیاد مصرف میکنند ممکن است مستقیماً بعلت چربی زیاد نبوده بلکه دراثر چاقی زیاد باشد .

در هرحال تمام این نکات وفرضیه‌ها موجب شده‌اند که هنوز نتوان بطور قطع کم و زیاد شدن کلسترول خون را صرفاً بعلت کم‌وزیاد شدن چربی‌غذاها دانست ویااینکه آن را بعلت کم‌وزیاد شدن مجموع کالری مصرف شده فرض کرد ، از طرفی با ورزش کردن بحدکافی میتوان از میزان کلسترول کاست اعم ازاینکه در رژیم غذائی‌چربی کم یازیاد باشد. باتوجه باینکه باورزش کالری اضافی مصرف میشود یك دلیل دیگری است که شاید موضوع کم کردن میزان کالری بطور کلی مفیدتر از کم کردن مصرف چربیها باشد .

غالب پزشکان در این امر اتفاق دارند که در خانواده‌هائیکه بیماریهای قلب و عروق و عوارض و مرگ‌های زودرس ناشی ازآن فراوان دیده میشود، باید افراد آن خانواده‌ها از مصرف چربی زیاد خودداری کنند و حداعلا بیش‌از۲۵ الی ۳۰ درصد ازمجموع کالری روزانهٔ آنان ازچربیها بدست نیاید .

گروهی از متخصصین و دیابت شناسان نیز همین نظریه را در مورد بیماران دیابتی که خیلی بیشتراز دیگران درمعرض بیماریها وعوارض زودرس قلب وعروق میباشند، صحیح وصادق می‌دانند.

نوع رژیمهای غذائی برای مبتلایان به‌بیماری قند

الف ـ رژیم حاوی مقدار زیاد چربی و مقدارکم کربوهیدرات.

قبل‌ازکشف‌انسولین، پزشکان مصرف‌کربوهیدرات را خیلی‌محدود میکردند تابتوان مدتی‌برطول عمر بیمار دیابتی بیفزایند، ولی با کشف انسولین این محدویت تا حد زیادی کاهش یافت . در اوایل‌کشف انسولین ، بعلت گرانی فوق‌العاده قیمت این دارو ، برای اینکه با کمترین مقدار انسولین ، بیماری کنترل شود حتی‌المقدور سعی میشدکه به‌بیمارکربوهیدرات کمتر داده شود وقسمت عمده احتیاجات بدن‌خودرا بامصرف چربیها تأمین کند، ولی بمحض اینکه مشکل اقتصادی باپائین آمدن قیمت انسولین از بین رفت، پزشکان نیز از محدودیت مصرف کربوهیدراتها بتدریج کاستند ، زیرا با رژیم غذائی که در آن کربوهیدرات خیلی محدود است نمیتوان غذای مطلوب ومطبوعی برای شخص فراهم کرد واز طرف دیگر مصرف چربی زیاد هم همانطوریکه دربالامفصلا دربارهٔ آن‌بحث‌شد ممکن‌است زمینهٔ پیشرفت عوارض وضایعات اتروسکلروز وناراحتیهای قلب وعروقی را دربیماران شدیدتر سازد .

ب ـ رژیم‌هائی که در آنها چربی کم و کربوهیدرات زیاد تجویز میگردد.

دسته‌ای ازدانشمندان معتقدندکه بادراختیار داشتن‌انسولین‌وسایر داروهای‌پائین‌آورندهٔ قند خون لزومی ندارد که خیلی در مورد مصرف‌کربوهیدراتها سخت‌گیری کرد، بلکه برعکس‌میزان‌مصرف چربیها را باید محدود نمود ومثلا دریك رژیم غذائی‌که باحدود دوهزار کالری در روز تنظیم میگردد تقریباً پنجاه‌گرم چربی کافی میباشد وبقیه‌کالری را میتوان از کربوهیدراتها وپروتئینها تأمین‌کرد، این‌گروه دانشمندان معتقدندکه با کم‌کردن مصرف چربیهای اشباع شده بخوبی میتوان چربیهای خون را پائین آورد وآن را بحدود معمولی رسانید وازعوارض قلبی وعروقی بیماری دیابت تاحدود زیادی جلوگیری‌کرد،ولی‌گروه دیگر درست عقیده مخالف ابراز داشتند و رژیم غذائی را که در آنها کربوهیدرات زیاد مصرف‌گردد موجب ازدیاد چربیهای خون میدانند .

بنظرمیرسدکه باهیچ یك ازتجربیات و نظرات بالا نمیتوان یك نتیجه‌گیری قطعی وقاعده‌کلی بدست آورد ودرهردو مورد پائین آمدن چربیهای خون بیشترمربوط به‌کم‌کردن‌جمع‌کالری‌مصرف شده می‌باشد تابنوع وترکیب غذاها .

گروهی نیز رژیم آزاد وبدون رعایت هیچ یك ازاین اصول‌را تجویز میکنند ، ولی درعمل ثابت شده‌که اولا با رژیمهای‌آزاد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]

بخصوص وقتی که کربوهیدرات بیش ازدویست الی دویست‌وپنجاه گرم درشبانه‌روز مصرف گردد نمی‌توان برای یك‌مدت طولانی قندخون وادرار راکنترل کردوبحال طبیعی نگاه داشت‌واحتمال پیدایش ناراحتیها وعوارض، بخصوص پس‌ازچند سالی که از عمر بیماری میگذرد، خیلی بیشتراز مواردی است که بیمار ازیك‌رژیم غذائی مناسب و حساب شده پیروی میکند .

بعداز بیان نظرات غالباً متناقض بالا، باید این‌نکته روشن‌شودکه یك بیماردیابتی از چه نوع رژیم غذائی باید استفاده کند و چه برنامه‌ای‌که مورد قبول اکثریت دانشمندان بوده وضمناً اجرای آن نیز غیر عملی نباشد توصیه میشود تا پزشکان بتوانند برای بیماران خودشان‌آن را تجویز وازآن‌پیروی نمایند.

اگردرموارد اختلافی که هنوزدانشمندان وکارشناسان‌نتوانسته‌اند در مورد آنها توافق حاصل‌کرده نظریه قاطع و روشنی ابراز دارند صرف‌نظر کنیم، ملاحظه‌میشودکه اصول‌کلی‌رژیم غذائی‌برای دیابتی‌ها که مورد قبول اکثریت پزشکان متخصص بیماری قند ومکتبهای موجود باشد چندان پیچیده ومشکل نیست .این‌اصول کلی عبارتند از :

۱ـ برای اینکه متابولیسم مواد غذائی باحداقل میزان‌انسولین ممکن گردد باید تا جائی‌که ممکن‌است‌ازمواد قندی نشاسته‌ای کاست و درمقابل از مواد پروتئین وچربیها استفاده‌کرد . ولی در هرحال میزان مواد قندی نشاسته‌ای نباید از یك صدگرم در روزکمتر باشد تاعوارض اسیدوستوز در شخص پیدا نشود وضمناً حتی‌المقدور بجای قند معمولی و فرآورده‌های آن از مواد نشاسته‌ای وسایرکربوهیدراتها استفاده بعمل‌آید .

۲ـ درمورد چربیها، بایدحتی‌المقدورچربیهای‌حیوانی‌وچربیهای حاوی اسیدهای چرب اشباع شده از غذاها حذف وبجای آنها ازچربیهای حاوی اسیدهای چرب اشباع نشده ازنوع روغنهای مایع نباتی نظیر روغن ذرت ، گل‌آفتاب‌گردان ، گل رنگ ، کنجد ، تخم‌پنبه، بادام زمینی، سویا وغیره مصرف کرد .

۳ـ دررژیم غذائی روزانه یك‌شخص‌متوسط، میزان پروتئین‌نباید کمتر از ۷۰ گرم باشد .

۴ـ درمورد مواد معدنی و ویتامینها، معمولا دررژیم غذائی‌متنوع ومتعادل، ویتامینها ومواد‌معدنی بقدر کافی موجود می‌باشند ولی اگردریك شخص دیابتی بعلت چاقی بیمار برنامه غذائی‌باکالری کم ومثلاکمتر ازیك هزارکالری درروز تنظیم‌گردد باید توجه داشت‌که دراین صورت معمولا مقدارکافی مواد معدنی‌وویتامینها بشخص نخواهد رسید، لذا باید بطورجداگانه وبصورت قرص‌ویا هرشکل دیگرکمبود این مواد را جبران کرد .

۵ـ برنامه غذائی‌باید بقدرکافی‌ساده وقابل درك وقابل عمل‌برای بیمارباشد، چنین برنامه‌ای در عین‌حال برای اکثریت مردم‌که قدرت مالی زیادی ندارند باید حتی‌المقدور ارزان ومناسب با درآمد آنان باشد ونیز ترکیب وطعم آن باعادات غذائی تناسب داشته وبذائقه‌آنان‌خوش‌آیند باشد. بنابراین بهترین رژیم‌غذائی آن خواهدبودکه، برای هر بیمار، باتوجه بتمام جهات بالا تهیه وتنظیم‌گردد واز دادن رژیمهائیکه بطور استاندارد و برای همه بطوریکسان وهماهنگ تهیه و چاپ شده‌اند خودداری‌کرد .

۶ـ بیمارمبتلا به‌بیماری قندباید ازورزشهای مختلف غفلت‌نکرده ومخصوصاً درپیاده روی وراه‌رفتن زیادکه برای‌همه‌کس امکان‌پذیر میباشد دریغ نورزد .

دستورات عملی برای تجویز یك‌رژیم غذائی

قطعاً پزشك ومتخصص رژیم‌باید ازترکیب غذاهای مختلف‌اطلاع کامل داشته باشند و چون ترکیب یك ماده غذائی موقعی‌که خام باشد بازمانیکه پخته میشود ، آنهم باروشهای مختلف طبخ، ویا اگر مواد غذائی را خشك نموده و یا بصورت‌کنسرو ، مربا ، کمپوت، وبهرشکل دیگر نگاهداری وآماده برای مصرف‌نمایند تفاوت زیادی دارد، لذا متخصصین رژیمهای غذائی باید از تمام این اختلافات وتفاوتهای حاصله اطلاع داشته باشند.

بیماران واطرافیان‌آنان نیز باید حتی‌المقدور باجداول‌ترکیبات مواد غذائی مختلف، بخصوص آنهائیکه مصرف روزانه خیلی بیشتری دارند، آشنائی حاصل‌کنند تابتوانند آگاهانه دستورات پزشك ومتخصص رژیم را بکار برده مورد استفاده قراردهند .

جداول غذائی :

درکشورهای مختلف سعی کرده‌اند برحسب نوع غذاها وروشهای تهیه و نگاهداری آنها که درهرکشور و حتی نواحی مختلف متفاوت است، جداولی برای استفاده پزشك و متخصص رژیم و بیمار تهیه نمایند، البته این جداول هیچوقت نمیتوانند خیلی دقیق باشند ولی برای منظور ماکه تنظیم یك رژیم غذائی برای بیماران است‌کاملا کافی می‌باشد .

برای اینکه حتی‌المقدور بتوان برنامه غذائی بیمار را متنوع ساخت، سعی‌شده‌جداولی‌تهیه‌گردد که‌درآنها مقادیر ویاواحدهای مختلف هرماده‌غذائی باسایرغذاهای مشابه مقایسه شده‌باشد، مثلا معلوم‌باشدکه اگربیمار مجاز است روزانه ۱۵۰ گرم مواد قندی نشاسته‌ای مصرف‌کند این یکصدوپنجاه‌گرم را در ۱۵ واحد ده گرمی‌تقسیم وبرای‌هرواحد ده‌گرمی‌میزان ومعیاروزمینه‌ای‌بدست بیمار داده شود. برای مثال باید به‌بیمار آموخت که یك برش متوسط نان سفید کوچك معادل است بامقداری از نان سنگک

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]

وتافتون که بقدر یك کف‌دست و تقریباً بابعاد ۱۰×۱۰ سانتی‌متر باشدوهر کدام ازاین‌ها درحدود ۲۰ گرم وزن ودرحدود ۱۰ گرم ماده نشاسته‌ای دارد،این مقدار تقریباً معادل دوقاشق غذاخوری معمولی برنج پخته ویا معادل مواد قندی نشاسته‌ای موجود در یکعدد سیب یا پرتقال متوسط یایك سیب زمینی آب‌پزی که حجم آن باندازه یك تخم مرغ است، میباشد .

غذاهای ممنوع

ـ قند ، شکر، نبات ، آب‌نبات ، انواع مربا ، عسل،شربتها، ومشروبات‌الکلی وغیرالکلی که حاوی کربوهیدراتها ومواد‌قندی باشند .

ـ انواع شیرینیها ازنوع گروه باقلوا وقطاب وپشمك وسوهانها وبامیاو زولبیاوانواع کیك‌ها ونان‌شیرینی‌ها و بیسکویتهاوهمچنین انواع‌شکلات وشیرتغلیظ شده که‌شکربآن‌اضافه شده باشدو بسیاری از اقلام مشابه ، مگرآنهائیکه بافرمول وروش خاصی برای دیابتی‌ها تهیه شده وروی جعبه وبسته بندی آنها صریح وروشن قید شده باشد .

ـ انواع میوه‌جات خشك از قبیل: کشمش وخرما وقیسی و توت خشك وانجیر وفرآورده‌های مشابه .

غذاهائیکه به‌مقادیر معین ومحدود و باتجویز پزشك مجاز می‌باشند .

ـ انواع نانها ، رشته‌هائیکه بابرنج ویا سایر غلات و حبوبات ویاسیب زمینی تهیه شده‌اند .

ـ شیروفرآورده‌های آن (بغیرازپنیر).

ـ انواع تخم مرغ، میوه‌های تازه .

ـ سیب زمینی وهویج وچغندر وسایرسبزیجات ریشه‌ای وغده‌ای.

درموردمشروبات الکلی باید حتی‌المقدور ازآنها صرف‌نظر کرد ولی‌معتادین‌وکسانی که ازلحاظ معتقدات مذهبی‌مصرف مشروبات برای‌آنان ممنوعیتی‌ندارد میتوانندباتجویز پزشك مقادیرمحدود وبااحتساب مقدار کالری که ازآن‌حاصل میشود به‌مصرف‌برسانند مشروط براینکه ازنوع مشروباتی‌باشند که موادنشاسته‌ای درآنها وجود نداشته باشد مثل انواع‌آب‌جو، یامواد قندی به‌آنهااضافه نشده باشد مثل انواع لیکور وغیره .

مواد غذائی‌که نامحدود مصرف آنها مجاز است :

ـ انواع گوشتهای‌کم‌چربی.

ـ انواع پنیرهای‌کم چربی.

ـ انواع ماهیهای‌کم چربی.

ـ تمام سبزیجات خام یا پخته.

ـ چای وقهوه وسایرمایعات بدون قند .

ـ انواع مشروبات ویامرباجاتی‌که خاص مبتلایان به‌دیابت تهیه میشود .

ـ انواع قندهای مصنوعی ازنوع ساکارین وسربیتول که به‌اسامی مختلف عرضه میشود .

درخاتمه مجدداً توجه همکاران محترم را به نکات اساسی زیر معطوف میدارد :

بطورکلی دیابتی‌ها از جهت درمان و رژیم بدو دسته کلی تقسیم میشوند: دیابتی‌های جوان که در حال رشد وفعالیت بدنی شدید بوده و حتماً باید تحت درمان انسولین باشند . دراین دسته از مبتلایان باید رژیم غذائی آنان در درجهٔ اول شامل کلیه نیازمندیهای غذائی‌مورد احتیاج‌برای‌تأمین رشد ونمو ویاکالری مورد نیازبرای فعالیتهای روزانه باشد.

این‌دسته ازبیماران معمولا لاغربوده ویادراثر بیماری‌روبه‌لاغری میروندوبایدوزن‌آنانرابحدطبیعی‌رسانیدو بهمان‌میزان نگاهداشت. بنابراین در رژیم آنان محدودیت کمتری‌باید قائل گردید. دسته دوم دیابتی‌هائی میباشند که درسنین از ۳۵ تا ۴۰ سال به‌بالا به‌بیماری مبتلاشده‌اند،این‌دسته بیماران برعکس دستهٔ اول غالباً اشخاصی فربه و چاق بوده (حدود ۸۰ وگاهی ۹۰ درصد) ولاغر شدن آنان یکی ازاصول درمان می‌باشد زیرا چه‌بسا بالاغرشدن و وزن طبیعی وعادی پیداکردن، بیماری‌آنان بدون دارویاداروی کم کنترل‌میشود، بنابراین دراین دستهٔ دوم اگربیمار چاق بود باید سعی کرد که وزن عادی پیدا کند ولذا،علاوه برمحدودیت در مصرف مواد قندی نشاسته‌ای باید رژیم‌غذائی او تامدتی که‌اضافه وزن دارد ازلحاظ کالری هم‌محدود باشد ومثلا روزانه ازمجموع غذاها بیش ازیك هزار کالری مصرف ننماید . اگر بیمار چاق نباشد و اضافه وزن نداشته باشد باید رژیم غذائی فقط از لحاظ مواد قندی نشاسته‌ای محدود بوده وکالری مورد احتیاج بنحوی که وزن او ثابت مانده ولاغر نشود ، تنظیم گردد .

REFERENCES

1- Dividson and Pasmore, Human Nutrition and Dietetics. Edinburgh & London 1969.
2_ Guide du Diabetique. Expension Scientifique 6 ém. 15 Rue Saint Benayt Paris 1970.
3- John Malins Clinical Diabetes Melitus. London 1968.
4_ Johu, Yudkyn This Slimming Business. London 1958.
5- R.D. Lawrence (The diabetie). H.K. Lewis & Co. Ltd. London 1967.
6- D.A. Pyke, Clinical Diabetes. Oxford 1968.
7- J. Tremoleres Manuel Elementaire D'allimentation Humaine. 17 Rue Victe Paris 17 e Paris 1965.
8- J. Tremolieres Labesite (actualilés diététiques). Revue Tretride - Numero I Juillet 1970.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]