قلب و غذا

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۴ ، صفحه ۳۱۹ ، ۲۵۳۶

دکتر حسین قریب *

سی‌سال پیش فرضیهٔ قلب وغذا از طرف محققین وپزشکان به‌کسانی‌که دچار افزایش چربی خون و عوارض ناشی از آن بودند پیشنهاد شد . در این فرضیه سه‌اصل وجود داشت :

۱ــ رژیم‌غذائی‌درپیشگیری‌تصلب سرخرگ‌های‌تاجی‌اهمیت‌فراوان دارد .

۲ــ چون کلسترول در بیماری زائی تصلب سرخرگ‌ها نقش مهمی را بازی میکند ، لذا رژیم کم چربی و کم کلسترول برای پیشگیری و کاهش تصلب سرخرگ‌های قلب لازم است .

۳ــ نه‌تنها رژیم کم‌کلسترول مفید است بلکه تجویز چربیهای اشباع نشده بجای چربی‌های جامد باعث کاهش چربی خون می‌شود وخود از عوارض قلب میکاهد .

بدین ترتیب فرضیهٔ قلب وغذا متولد شد و به‌سرعت از آمریکا به سایر ممالك انتشار یافت . مصرف روغن‌های جامد مطرود و مصرف‌کره ممنوع شد و روغن‌های نباتی مورد توصیه پزشکان و متخصصین قرارگرفت . کم‌کم‌خواص وعوام ، شرکتهای داروئی وجوامع پزشکی ، متخصصین ومحققین متفقاً اظهار نمودندکه برای جلوگیری از تصلب سرخرگ باید رژیم کم‌چربی مصرف شود وچربی‌های اشباع نشده جایگزین‌کلسترول غذائی شوند . بمرور پزشکان باعقیدهٔ راسخ ، رژیم‌کم چربی راتجویز کردند. بیماران به انواع چربیهای مایع و فرآورده‌های شیمیائی روی آوردند وهردو دسته باورکردندکه تصلب سرخرگ‌ها رو به‌فنا است . اینك‌که سی‌سال از تولد فرضیهٔ قلب و غذا میگذرد و تحقیق‌های بی‌سابقه‌ای درحول وحوش آن شده موقع آنست‌که باتوجه به‌آمار ونتایج مسأله را مورد بررسی قرار دهیم .

آیاارتباطی‌بین‌کلسترول‌غذا وازدیادکلسترول‌خون وجوددارد؟

درسال ۱۹۵۳، Keys براساس پاره‌ای مشاهدات که در شش کشور اروپای غربی و آمریکا به عمل آورده بود نتیجه گرفت که بین‌چربی‌غذا و کلسترول خون ازیك طرف و کلسترول‌خون وآرتروا‌سکلروزقلب‌ازطرف دیگر، ارتباط مستقیمی موجوداست. نظرات Keys در مورد ارتباط کلسترل غذائی وآرتروا‌سکلروز در سالهای اخیر نه‌تنها تأیید نشده ، بلکه امروزه عقیده براین است‌که مشاهدات نامبرده شامل اشتباهات زیادی بوده و پایه‌گذار فرضیه قلب وغذا از بدو امر آماری بدون مبنای صحیح منتشر کرده است .

کلسترول بدن هم از راه رژیم‌غذائی‌وهم دربافت‌کبد تهیه میشود وپس از آنکه به‌املاح صفراوی تبدیل شد از راه کبد وصفرا به روده ریخته دفع می‌گردد. کلسترول غذا حداکثر ۲۰ درصد کلسترول خون را تأمین میکند ، بنابراین منطقی‌بنظر میآیدکه باید علت افزایش کلسترول خون‌را درسوخت وساز بدن ونه در غذا جستجو کرد . مطالعات جدیدی‌که در ایالات متحده آمریکا اخیراً بعمل‌آمده است بی‌تردید نشان میدهدکه کلسترول غذا و خون هیچ ارتباطی بایکدیگر ندارند واجتماع قلب زده ما باید علل افزایش‌کلسترول خون را در جای دیگر بجوید . در جدول(۱)میزان‌کلسترول‌خون درزنان ومردان بادرنظرگرفتن مقدار کلسترول غذا مقایسه شده است و نشان میدهد که خوردن حداقل وحداکثر کلسترول هیچگونه ارتباطی باغلظت کلسترول خون ندارند .

* مرکز پزشکی سعادت‌آباد ــ دانشگاه ملی‌ایران.

جدول (۱)

	کلسترول غذا میلی گرم در روز	در رژیم کم چربی	کلسترول خون	در رژیم پرچربی
زنان	۱۷۰ الی ۶۶۲	۲۴۵		۲۴۱
مردان	۲۲۰ الی ۹۵۰	۲۳۷		۲۳۷

آیا بین لیپوپروتئین و کلسترول خون ارتباطی وجود دارد؟
حتی قبل از سال ۱۹۶۷ که Fredrickson وهمکارانش تقسیم بندی مهم وجدیدی برای لیپوپروتئین‌های خون ارائه دادند ، پیشنهاد شده بود که بتالیپوپروتئین‌ها و «آتروژنز» مستقیماً به یکدیگر مربوط هستند ورژیم‌های کم چربی و کم کلسترول باعث کاهش این دسته لیپوپروتئین‌ها می‌شود و بالاخره از پیدایش آرتروا سکلروز خواهند کاست. متأسفانه مطالعات مکرر ومفصل میچیك ازدوفرضیه فوق را ثابت نکرده است. امروزه عقیده براین است که مقدار بتالیپوپروتئین خون در بیماری زائی تصلب سرخرگ‌ها بی‌دخالت است وهیچ نوع ارتباطی بین مقدار این لیپوپروتئین‌ها ورژیم‌های کم کلسترول وجود ندارد. جالب‌ترین نکته درمورد لیپوپروتئین‌های خون وآرتروا سکلروزاین‌است که نه‌تنها کاهش بتالیپوپروتئین‌های خون در پیشگیری تصلب سرخرگ‌ها لازم نیست ، بلکه در سال گذشته آزمایشهای بالینی ارتباط وارونه بین آلفا لیپوپروتئین‌ها وشیوع بیماریهای قلب را نشان داده‌اند بدین معنا که هرقدر میزان آلفا پروتئین خون بیشتر باشد مطلوب‌تر وشدت آرتر اسکلروز کمتر است .

رژیم کم‌چربی ومرگ ومیرعوارض قلب: رژیم‌های کم چربی که درسی‌سال اخیر توصیه شده‌اند عامل موثری درکاهش دادن کلسترول خون نبوده‌اند . علاوه براین شیوع بیماریهای قلب ومرگ ومیر ناشی ازآن درطی این مدت بهیچوجه فرقی‌نکرده است .کاهش کلسترل غذائی به‌تنهائی ودر اکثر موارد همراه با ازدیاد چربیهای اشباع نشده در رژیم غذائی تأثیری‌درپیشگیری ازعوارض قلبی وعروقی ناشی ازتصلب سرخرگ‌ها نداشته‌است.

داروهای ضد چربی وکلسترول‌خون : باوجود معرفی ومصرف داروهای ضد چربی زیادی در سنوات اخیر فعلا فقط سه داروی دکستروتیروکسین (Dextro Thyroxine) ، نیاسین (Niacin) وکلوفیبرات(Clofibrate) (آترومید) استفاده عمومی دارند . دکستروتیروکسین اخیراً به‌علت عوارض فراوان تقریباً استعمال نمیشود . چندین مطالعه دقیق‌وجدید اثر نیاسین وکلوفیبرات‌را روی کلسترول خون بررسی وثابت کرده‌است که هریك به تنهائی یاهردو دارو باتفاق حداکثر ۲۰درصد کلسترول خون را کاهش میدهد . معهذا با وجود این کاهش در افرادیکه دارو مصرف کرده‌اند هیچ تغییری درشیوع آرتروا سکلروز قلب، پس از پنج سال استفاده ، نداشته‌اند .

بالنتیجه اگر چه‌این داروها در تقلیل کلسترول خون تاحدودی مؤثر هستند ولی متأسفانه این کاهش اثر مهمی در پیشگیری از بیماریهای قلبی وعروقی ناشی از تصلب سرخرگ ندارد. نکتهٔ دیگری‌که از این مطالعات به‌قوت قبلی باقی است ، اینکه‌مسلماً از رژیم‌های کم چربی‌که بالفطره در کاهش چربی کم‌اثرتر هستند ، هیچ توقعی نمیتوان داشت .

نتیجه :

آنچه مسلم است نظریه‌های پزشکی مرتباً درحال آزمایش‌وتأیید وانکاراند. چنانچه ازجدول(۲) برمیآید دربسیاری‌ازتخصص‌های پزشکی آنچه قبلا توصیه میشده، امروزه یا کمتر مورد استفاده قرار میگیرد یااصلاً به‌آن عمل نمیشود .

جدول (۲)

بیماری	درمان کلاسیك
انفارکتوس میوکارد	هپارین
زخم‌های دئودنوم و روده	پرهیز شدید
هپاتیت ویروسی	استراحت مطلق
نقرس	رژیم کم‌پورین
هیپرلیپیدمی	رژیم کم چربی

درمورد افزایش چربی خون میتوان بااطمینان اظهار داشت که رژیم‌های کم چربی‌ویا حاوی مواد اشباع نشده نه‌کلسترول‌خون را کاهش میدهند ونه عوارض قلب را پیشگیری می‌کنند .

دربیماری زائی زیادی کلسترول‌خون علت را باید نه درغذابلکه درسوخت وساز کلسترول بدن جستجو کرد. تحقیقات جدیدنشان داده است که سنتز کلسترول ودفع آن از کبد به‌روده در افراد سالم ومبتلایان به افزایش کلسترول خون تفاوتی ندارد . محلی که بنظر میآید درازدیاد کلسترول خون مؤثر باشد عبارتست از تغییر کلسترول به‌املاح صفراوی در کبد . دراین تغییر وتحول آنزیم ۷ـآلفا ، هیدروکسیلاز (7α-Hydroxylase) مؤثر است وهم اکنون آزمایشهای مقدماتی نشان داده است ، در افرادی که مبتلا به‌زیادی کلسترول خون هستند ، اختلالی در این آنزیم ممکن است عامل‌مولد این بیماری باشد . تااین نکته ثابت‌وراه درمان کشف گردد در تجویز داروهای ضد چربی ، رژیم‌های کم چربی‌و چربی‌های اشباع‌نشده به‌بیماران مبتلا به‌هیپرلیپیدمی بایدبااحتیاط رفتار کرد.

REFERENCES:

1- Mann, G.V.: Diet-Heart: End of an era. New Eng. J. Med. 297: 644-650, 1977.

2- Ahrens, E.H.: The management of hyperlipidemia: Whether, rather than how. Ann. Int. Med. 85:87-93, 1976.

3- Keys, A.: Atherosclerosis: A problem in newer public health, J. Mt. Sinai Hosp. 20: 118-139, 1953.

4- Keys, A.: Coronary heart disease in seven countries. Circulation 41: Suppl 1: 1-1-1-211, 1970.

5- Myant, NB,, Mitropoulos, K.A.: Cholesterol 7α-hydroxylase. J. Lipid. Res 18: 135-153, 1977.

6- Nichols, AB. etal: Daily nutritional in take and serum lipid levels: The Tecumseh study. Am. J. Clin. Nutr 29: 1384-1392, 1976.

7- Miller, NE.. etal: High-density lipoproteins and coronary heart disease. Lancet 1: 965-967, 1977.

8- Fredrickson, D.S., etal: Fat trausport in lipoproteins-an integrated approach to mechanisms and disorders, New Eng. J. Med. 276: 34-44, 94-103, 148-156, 215-255, 273-281, 1967.