



چاقی و درمان آن از دیدگاه طب سنتی و مکمل

اضافه وزن در نتیجه عدم تعادل بین کالری دریافتی و مصرفی رخ می‌دهد. چاقی مسأله پیچیده‌ای است که به سبک زندگی، محیط و ژن فرد بستگی دارد. عوامل محیطی و ژنتیکی، تداخلات پیچیده‌ای با تأثیرات روانی، فرهنگی و فیزیولوژیک دارند. اگرچه افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی در سراسر جهان یک معضل است، اما کشور آمریکا تاکنون بیشترین شیوع چاقی را در بین کشورهای توسعه یافته داشته است. (۱) طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵ حدود ۲۰۰ میلیون بزرگسال چاق در سراسر جهان و ۱۸ میلیون کودک زیر پنج سال دارای اضافه وزن بودند. از سال ۲۰۰۰ تعداد بزرگسال چاق به بیش از ۳۰۰ میلیون افزایش یافته است. بر خلاف باور عمومی اپیدمی چاقی محدود به جوامع صنعتی نیست. تخمین زده شده است که در کشورهای در حال توسعه بیش از ۱۱۵ میلیون نفر به چاقی مبتلا هستند. (۱۰) در ایران فراوانی چاقی در سال ۲۰۰۵ میلادی در بررسی کشوری سلامت، در مردان ۴۲/۸ درصد و در زنان ۵۷ درصد به دست آمده است. (۲)

دارودرمانی مناسب می‌تواند اثر رژیم غذایی، فعالیت بدنی و رفتار درمانی در بیماران با $BMI \geq 30$ یا بیماران با $BMI \geq 27$ همراه با سایر عوامل خطر یا بیماری‌ها را افزایش دهد. این عوامل می‌توانند اشتها و جذب چربی را کاهش یا مصرف انرژی را افزایش دهند. همانند هرگونه درمان دارویی، نظارت پزشک برای کارایی و ایمنی مصرف دارو ضروری است. دارودرمانی یک "معجزه‌گر" نیست. همه افراد به دارو درمانی پاسخ نمی‌دهند، اما در بیمارانی که پاسخ می‌دهند معمولاً در طول ۶ ماه اول درمان، احتمال کاهش وزن حدود ۲۰-۲ کیلوگرم وجود دارد. دارو درمانی بدون اصلاح شیوه زندگی، کمتر موثر است. (۱)

عوامل موثر بر چاقی

- ۱- ژنتیک: بسیاری از عوامل هورمونی و عصبی دخیل در تنظیم وزن، با وراثت و ژنتیک تعیین می‌شوند. این عوامل شامل سیگنال‌های کوتاه و بلند مدت است که سیری و فعالیت‌های مربوط به تغذیه را تعیین می‌کنند. نقایص کوچک در بیان یا تداخل آنها، در افزایش وزن می‌تواند سهم بالایی داشته باشد. (۱)
- ۲- وضعیت اقتصادی-اجتماعی: معمولاً در ارزیابی وضعیت اقتصادی-اجتماعی از شاخص‌های تلفیقی شامل سطح تحصیلات، درآمد و نوع شغل برای طبقه بندی استفاده می‌شود. (۲)
- ۳- فعالیت فیزیکی ناکافی: فقدان تمرینات ورزشی و سبک زندگی نشسته همراه با پرخوری مزمن از دلایل افزایش وزن هستند. (۲)
- ۴- التهاب: دانشمندان رابطه مستقیمی بین چاقی و بیماری‌های التهابی مانند اختلالات قلبی-عروقی، برخی از سرطان‌ها و دیابت نوع ۲ مشاهده کرده‌اند. (۱)
- ۵- تعداد فرزندان: مطالعات انجام شده در ایران بین تعداد زایمان و افزایش وزن ارتباط مستقیمی نشان داده است. (۲)



۶- ازدواج: در مطالعه‌ای در زنان و مردان ۲۰ تا ۷۰ ساله، ازدواج با کنترل سایر متغیرها مثل سن و تعداد فرزندان، چاقی در مردان و زنان به ترتیب $3/8$ و $3/2$ بار بیشتر از افراد مجرد نشان داده است. (۲)

۷- شهر و روستا: در ایران فراوانی چاقی در تحقیقات انجام شده در میان روستائینان کمتر از شهرنشینان است. (۲)

۸- افسردگی: معمولاً بین افسردگی و چاقی ارتباط مستقلى نیست و به عوامل متعددی مانند جنس وابسته است؛ به‌طوری‌که مطالعات نشان داده است تنها در زنان ارتباط مستقیمی بین افسردگی و چاقی یافت شد. در برخی دیگر از مطالعات، تنها در طبقات اجتماعی بالا بین افسردگی و چاقی ارتباط مستقیمی دیده شد. (۲)

۹- رژیم غذایی: طبق تحقیقات، بین دریافت چربی غذایی و فراوانی چاقی ارتباط مستقیم و بین دریافت پروتئین دریافتی از غذا و چاقی ارتباط معکوسی گزارش شده است. مصرف کم لبنیات، درصد انرژی حاصل از چربی اشباع و دریافت کم پروتئین به ترتیب خطر چاقی را $2/1$ ، $2/6$ و $1/7$ برابر افزایش داده است. (۱)

۱۰- مصرف دارو و افزایش وزن: اگرچه افزایش وزن می‌تواند ناشی از بیماری باشد، اما نباید اثرات داروها را نیز نادیده گرفت. این پدیده اغلب با مصرف داروهای دیابت، روانگردان، ضد افسردگی، استروئید و ضد فشار خون مشاهده می‌شود. (۱)

۱۱- جنس: تقریباً در تمام مطالعات صورت گرفته در ایران، اضافه وزن و چاقی در سنین مختلف در زنان و دختران بیشتر از مردان و پسران گزارش شده است. (۲)

۱۲- سیگار: ارتباط منفی بین مصرف سیگار و وزن بدن در چند مطالعه در زنان و مردان ایرانی نشان داده شده است که چاقی در مردان و زنان سیگاری به ترتیب $0/62$ و $0/7$ نسبت به مردان و زنان غیرسیگاری بود. در برخی دیگر از مطالعات مصرف سیگار از طریق کاهش دریافت غذا و افزایش سوخت و ساز بدن موجب پایین‌تر نگه داشتن وزن بدن در مقایسه با افراد غیرسیگاری می‌شود. با این حال به دلیل خطرات مصرف دخانیات، تاثیر آن بر بیماری‌ها و مرگ و میر بیشتر از خطرات افزایش وزن در صورت ترک سیگار است. (۲)

۱۳- سن: گذشت سن یک عامل خطر برای چاقی است. (۲)

۱۴- اختلال نورواندوکراین

- چاقی هیپوتالاموسی: این ناحیه از مغز مسئول یکپارچه‌سازی اطلاعات متابولیک در مورد ذخایر مواد مغذی با استفاده از اطلاعات حسی است؛ بنابراین به دنبال آسیب هیپوتالاموس، پرخوری و چاقی رخ می‌دهد. این سندروم به دنبال تروما، تومور، بیماری‌های التهابی، جراحی حفره پشتی مغز و با افزایش فشار داخل جمجمه ایجاد می‌شود.
- سندروم کوشینگ: این سندروم باعث تجمع چربی در صورت، گردن، تنه، شکم خواهد شد. برخلاف بزرگسالان، تقریباً تمامی کودکان مبتلا به سندروم کوشینگ دچار چاقی عمومی همراه با کاهش خطی رشد هستند.
- کم‌کاری تیروئید: بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید اغلب به دلیل کاهش فعالیت متابولیک دچار افزایش وزن می‌شوند.
- سندروم تخمدان پلی‌کیستیک: اگرچه حدود ۵۰ درصد از زنان مبتلا به این سندروم، چاق هستند اما هنوز عواملی که ممکن است مسئول این ارتباط باشند شناخته نشده‌اند.
- هورمون رشد: کمبود هورمون رشد در بزرگسالان با افزایش چربی شکمی و احشایی همراه است. (۳)



۱۵- خواب، استرس و ریتم شبانه روزی: خواب کوتاه مدت تنظیم اندوکراین گرسنگی و اشتها را تغییر می‌دهد. ممکن است هورمون‌هایی که اشتها را تحت تاثیر قرار می‌دهند دریافت انرژی بیش از حد را نیز کنترل کنند؛ بنابراین فقدان خواب کافی می‌تواند مقدار، ترکیب و توزیع دریافت غذا را تغییر دهد و ممکن است در اپیدمی چاقی سهمی داشته باشد. (۱)

پیامدهای بالینی چاقی

بیماری‌های قلبی- عروقی، فشارخون بالا، دیابت، سرطان، اختلالات تنفسی، اختلالات دستگاه گوارش، اختلالات کبد و کیسه صفرا، اختلالات غدد درون ریز، اختلالات کلیه و مجاری ادرار، نقرس، گرفتگی عروق اندام تحتانی، تغییرات پوستی، اختلالات روانی، ناباروری در مردان و زنان و سقط جنین؛ از جمله عوارض ناشی از بیماری چاقی است. (۳ و ۸)

درمان چاقی در طب سنتی ایران (۸)

از دیدگاه طب سنتی چند اصل کلی جهت لاغر شدن را باید مدنظر داشت. مویرگ‌ها نباید فرصت جذب غذا داشته باشند؛ به همین سبب غذا باید به سرعت از معده و روده بگذرد. همچنین غذای فرد باید حجم زیاد ولی کالری کمی داشته باشد. انجام ورزش‌های سریع و استفاده از روغن‌های گدازنده موضعی کمک کننده است.

علاوه بر تغییر و مراقبت‌های غذایی، انجام برخی روش‌ها، مانند حمام کردن در آب‌های معدنی و آب گوگرد دار و آبی که در آن نمک و زاج و بوراکس و زاج سفید حل شده، مفید است. همچنین بستر خواب غیر نرم، برهنه بر شن نرم نشستن و خوابیدن در آن نیز موثر دانسته شده است. حمام کردن در هنگام گرسنگی نیز سبب کاهش وزن می‌شود. در طب سنتی برای لاغری و چاق شدن پیشنهاد می‌شود که نباید لاغر شدن به سرعت اتفاق افتد زیرا لاغری که در کوتاه مدت پدید آید، در کوتاه مدت هم به چاقی اولیه بر می‌گردد.

فرد چاق باید عادات و نحوه غذا خوردن خود را تغییر دهد. در غذای خود اغلب سبزی، مزه‌های شور، ترش و تند قرار دهد و برای افزایش ادرار و عرق تلاش کند. خوردن نان جو، فلفل، خردل، زیره رومی، زیره کرمانی، سیر، آبکامه (متشکل از نان گندم یا جو تخمیر شده به همراه ادویه مانند پونه، دارچین، میخک و...) مناسب است. در شبانه روز یکبار غذا بخورد و نسبت به گرسنگی تحمل بیشتری از خود نشان دهد.

دسته‌ای از داروهای مورد کاربرد در طب سنتی که با نام «مُسَقِّطُ اشتها» شناخته می‌شوند؛ باعث کاهش اشتهای فرد می‌گردند. در بازار دارویی امروزی نیز داروهای ضداشته‌ها وجود دارند که به دلیل عوارض جانبی زیاد توصیه نمی‌شوند؛ در مقابل تلاش در جهت جایگزین کردن این داروها با داروهای طبیعی و گیاهی معرفی شده در طب‌های سنتی رو به افزایش است. داروهایی که در طب سنتی پیشنهاد می‌شود به دو دسته اصلی خوراکی و موضعی تقسیم می‌شوند. نکته قابل توجه در مورد این داروها آن است که تقریباً همگی از نظر مزاجی و طبیعت، گرم و خشک‌اند که با توجه به دلیل چاقی در طب سنتی (تری



مزاج)، مصرف آنها منطقی به نظر می‌رسد. علاوه بر ادویه خوراکی و موضعی، استفاده از لباس ساخته شده از مواد طبیعی (مانند لباس کتانی) نیز توصیه می‌شود.

نقش گیاهان دارویی در درمان چاقی و اضافه وزن

به طور کلی، استفاده از الیاف گیاهی، میزان مصرف غذا و حس گرسنگی را کاهش می‌دهد و بنابراین در درمان چاقی موثر می‌باشد. علاوه بر آن، مواد موثره موجود در بعضی گیاهان نیز در درمان چاقی موثر هستند. اکثر (تقریباً ۸۰ درصد) مکمل‌های مورد استفاده دارای محرک‌های طبیعی مانند **کافئین** هستند، زیرا این ترکیب تولید گرما کرده و میزان انرژی مصرفی را زیاد می‌کند و باعث کاهش وزن می‌شود. کافئین در بیماران قلبی - عروقی و روانپزشکی مزمن منع مصرف دارد. (۵)

چای سبز، سیاه: مطالعات متعدد نشان داده است که چای با گرمایی خود و مصرف انرژی می‌تواند در کاهش وزن اثر بگذارد. (۵) نتایج حاصل از مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۸ نشان داد که اثربخشی مکمل چای سبز در مقایسه با فیبر و کارنیتین بیشتر اما نسبت به کافئین و ترکیب کافئین با کاتچین کمتر است. کاتچین ماده‌ای است طبیعی که به عنوان یک آنتی اکسیدان قوی بوده و در بسیاری از موارد غذایی از جمله چای یافت می‌شود. (۶)

بهار نارنج: دارای مقادیر کمی از آلکالوئیدها بوده و به عنوان کاهنده وزن شهرت دارند. (۵)

لوبیا: عصاره بذر لوبیا، فعالیت آنزیم آلفا آمیلاز را مهار و در نتیجه مانع از جذب کربوهیدرات در روده می‌شود. (۵)

شنبلیله: شواهد حاکی از آن است که بذر شنبلیله بیشتر روی رفتار غذا خوردن اثر گذار است و مقدار چربی خورده شده را در افراد چاق سالم کاهش می‌دهد. (۵)

مصرف مکمل‌های غذایی در کنترل چاقی

مکمل‌های غذایی با توجه به مکانیسم اثر به پنج دسته تقسیم می‌شوند: (۹)

(۱) مکمل‌های غذایی با تاثیر اولیه بر جذب مواد مغذی مانند: چای سبز، جنسینگ، لوبیا سفید، کیتوزان، بتا گلوکان‌ها، پسیلیوم، گلوکومانان، صمغ گوار، آگار، اینولین

(۲) مکمل‌های غذایی با تاثیر اولیه بر تنظیم اشتها مانند: کارالوما، اسپیرولینا، وی پروتئین، قهوه، کافئین و کلوروژنیک اسیدها، پرتقال تلخ، گوارانا

(۳) مکمل‌های غذایی با تاثیر اولیه بر کاهش مصرف انرژی مانند: کپسایسین، کپسایسینوئیدها و کپسینوئیدها، کورکومین، ال کارنیتین

(۴) مکمل‌های غذایی با تاثیر اولیه بر متابولیسم چربی: پیروات، دیاسیل گلیسرول، شیرین بیان، گارسینیا کامبوجیا، رسوراترول، لینولئیک اسید کنژوگه، آلوورا، بذر کتان، گریپ فروت

(۵) مکمل‌های غذایی با تاثیر اولیه بر متابولیسم کربوهیدرات مانند: منگوستین، کروم، لیپوئیک اسید.



مکمل‌های لاغری گیاهی غیرمجاز (۷)

مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۴ در شهر اراک، از کپسول‌های لاغری گیاهی خارجی به طور تصادفی از ۶ برند موجود در سطح عرضه، با نام‌های Green، Fat Loss، Original Super Slim، Magic slim، Herbaceous Essence، Fast Slim، lean super slim نمونه برداری و مورد آزمایش قرار داد. کپسول‌های لاغری گیاهی خارجی مورد مطالعه، حاوی مواد غیرمجاز بودند که بر روی برچسب این محصولات ذکر نشده بود. از جمله ترکیبات غیرمجاز؛ سیبوترامین، فنل فتالئین و فنی توئین بوده که رایج ترین عارضه آنها عبارتند از: افزایش پیامدهای قلبی - عروقی، نارسایی قلبی و مرگ ناگهانی، تغییرات روانی و خلق و خو، سرطان‌زا بودن. شایع‌ترین مشکلات محصولات گیاهی خارجی، تقلب در تولید، غیراستاندارد بودن، استفاده از دوزهای دارویی غیرمجاز و عدم درج محتویات آنها بر روی برچسب آنهاست. (۷)

گردآوری و تنظیم محتوا: شیما عباسی؛ کارشناس اداره نظارت و ارزیابی فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل

منابع

- ۱- کراوس ۲۰۱۷، انتشارات حیدری، وحید ملکی، حامد جعفری وایقان، سودا صالح قدیمی، جلال مولودی؛ دانشجویان دکتری تخصصی علوم تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز، فصل ۲۱، صفحه ۳۱۸ تا ۳۵۰
- ۲- مروری بر عوامل مرتبط با چاقی در بزرگسالان در ایران، مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، سال هفتم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۱، صفحات ۱۱۹-۱۲۷، محسن مداح (نویسنده مسؤول، متخصص تغذیه، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان)
- ۳- پاتوژنز، علل و عوارض مرتبط با چاقی، مجله دیابت و لیپید ایران، دوماهنامه خرداد- تیر دوره ۱۲ (شماره ۵، ۱۳۹۲، صفحات ۳۷۵-۳۹۲، هدی سادات زاهدی، شهرزاد جعفری عدلی، شیرین حسنی رنجبر.
- ۴- مروری بر شیوع چاقی و اداره آن در ایران، مجله دیابت و لیپید ایران، دو ماهنامه خرداد-تیر ۱۳۹۲، دوره ۱۲، شماره ۵، صفحات ۳۵۷-۳۷۴، عذرا طباطبایی ملاذی، باقر لاریجانی (مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- ۵- مقاله مروری، مروری بر گیاهان دارویی مورد استفاده در درمان چاقی و اضافه وزن، فصلنامه گیاهان دارویی، آبان ۱۳۸۹، سعید کیان‌بخت (استادیار، گروه فارماکولوژی و طب کاربردی، پژوهشکده گیاهان دارویی جهاددانشگاهی، کرج)
- ۶- بررسی اثربخشی مکمل چای سبز در مقایسه با مکمل‌های فیبر، کافئین و ال کارنیتین بر کاهش وزن در افراد چاق، مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۹، صفحه ۳۶۳-۳۷۲، حامد کردورکانه (مرکز پژوهش‌های دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تهران)



۷- مقاله پژوهشی، بررسی ترکیبات غیرمجاز موجود در ۶ برند از کپسول‌های لاغری گیاهی خارجی شایع در ایران، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۷، تیر ۱۳۹۶، حسین صناعی زاده (دانشیار و متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

۸- چاقی در طب سنتی ایران، مجله طب سنتی اسلام و ایران، سال هفتم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۵، زهره ابوالحسن‌زاده (مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)، مصباح شمس (مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)، عبدالعلی محقق‌زاده (گروه داروسازی سنتی داروسازی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

9- Current Evidence to Propose Different Food Supplements for Weight Loss: A Comprehensive Review, Received: 11 August 2020; Accepted: 18 September 2020; Published: 20 September 2020, Mikiko Watanabe 1, Renata Risi 1,* , Davide Masi 1, Alessandra Caputi 1, Angela Balena 1, Giovanni Rossini 2, Dario Tuccinardi 2, Stefania Mariani 1, Sabrina Basciani 1, Silvia Manfrini 2, Lucio Gnessi 1 and Carla Lubrano,

1 Department of Experimental Medicine, Section of Medical Pathophysiology, Food Science and Endocrinology, Sapienza University of Rome, 00161 Rome, Italy; mikiko.watanabe@uniroma1.it (M.W.); davide.masi@uniroma1.it (D.M.); Alessandra.caputi@uniroma1.it (A.C.); angela.balena@uniroma1.it (A.B.); s.mariani@uniroma1.it (S.M.); sabrinabasciani@yahoo.it (S.B.); lucio.gnessi@uniroma1.it (L.G.); carla.lubrano@uniroma1.it (C.L.)

2 Department of Endocrinology and Diabetes, University Campus Bio-Medico of Rome, 00128 Rome, Italy; giovanni.rossini@unicampus.it (G.R.); d.tuccinardi@unicampus.it (D.T.); s.manfrini@unicampus.it (S.M.)

Correspondence: renata.risi@uniroma1.it; Tel.: +39-06-499-707-16

10- <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>