

بررسی تاثیر مربای رژیمی تهیه شده از سوربیتول بر شاخص گلاسمیک در بیماران دیابتی نوع II

مریم رزاقی آذر^۱، پیام فرح بخش فارسی^۲، ایرج مهرنیا^۳، ناصر ولایی^۴، مسعود کیمیاگر^۵

^۱ استاد، فوق تخصص غدد اطفال، دانشگاه علوم پزشکی ایران

^۲ پزشک عمومی

^۳ کارشناس ارشد تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور

^۴ استاد، دکترای آمار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۵ استاد، دکترای تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور

چکیده

سابقه و هدف: در دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسم، بیماران مبتلا مجاز به مصرف گلوکز یا دی‌ساکارید حاوی گلوکز (نظیر ساکارز) نیستند. در این مطالعه، تغییرات گلوکز خون بیماران دیابتی پس از مصرف مرباهای ژله‌ای رژیمی تهیه شده از شیرین کننده سوربیتول و نان سفید (رفرانس) مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی، ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع II مورد بررسی قرار گرفتند. برای تعیین شاخص گلاسمیک مرباهایی که دارای خصوصیات حسی قابل قبولی بودند، از نان سفید به عنوان رفرانس استفاده شد و مقادیر گلوکز خون در زمان‌های صفر، ۱۵، ۳۰، ۴۵، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه پس از خوردن هر یک از آنها اندازه‌گیری شد و تغییرات آن با آماره ویل‌کاکسون و من-ویتنی U مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: ۳۰ نفر با نسبت برابر مرد و زن و میانگین سنی ($\pm$ انحراف معیار) $51 \pm 17/9$ سال و میانگین وزنی $72/6 \pm 10$ کیلوگرم بررسی شدند. در بیماران دیابتی نوع II، پاسخ قندی پس از مصرف نان سفید به مراتب بیشتر از مربای رژیمی سوربیتول بود ($P < 0/0001$). شاخص‌های گلاسمیک نان سفید (رفرانس) و مربای سوربیتول به ترتیب ۱۰۰ و $27/9$ تعیین شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شاخص گلاسمیک کم این مربا و اثرات مثبت بالینی مواد غذایی دارای شاخص گلاسمیک کم، استفاده از این مربا در رژیم غذایی بیماران دیابتی مفید خواهد بود.

واژگان کلیدی: دیابت، مربای ژله‌ای رژیمی، سوربیتول، شاخص گلاسمیک.

مقدمه

بیماری دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسم می‌باشد و افراد مبتلا به دیابت، قادر به مصرف گلوکز یا

دی‌ساکارید حاوی گلوکز نیستند (۱). یکی از فاکتورهایی که در کنترل متابولیک این بیماران نقش دارد، تغذیه است و مصرف قند در این بیماران محدودیت دارد و این مسئله بر روی کیفیت زندگی این بیماران اثر می‌گذارد و آنها در آرزوی یک ماده شیرین به سر می‌برند و یا رژیم خود را رعایت نمی‌کنند (۲، ۱). بررسی‌های آماری نشان می‌دهد که در تمامی جوامع بشری تعداد بیماران دیابتی رو به افزایش است. هم اکنون بیش از ۲۳۰ میلیون نفر در سراسر جهان به دیابت مبتلا

آدرس نویسنده مسئول: سعادت آباد- میدان سرو- امتداد پا کتزداد- کوچه ندا - پلاک ۱۴- واحد ۸

دکتر پیام فرح بخش فارسی

(email: payamfarahbakhsh@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱۵

هستند که رقم بالایی می باشد (۳). از عوارض بیماری دیابت که می تواند در صورت عدم رعایت رژیم غذایی و کنترل قند خون عارض شود، عوارض میکروواسکولار و ماکروواسکولار شامل بیماری های قلبی- عروقی، مراحل پیشرفته بیماری های کلیوی، رتینوپاتی و کاهش بینایی، نفروپاتی و نوروپاتی های محیطی و اتونومیک می باشد (۴، ۵). به طور کلی، قند خون بالا امری خطرناک بوده و این بیماری باعث افزایش قابل توجه مرگ و میر می شود (۱).

اولین هدف در درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع II، حفظ گلوکز و چربی های خون در محدوده طبیعی می باشد و اصلاح عادات غذایی از جنبه های مهم درمان این نوع دیابت است (۱). به بیماران دیابتی باید آموزش داده شود که چگونه از جانشین های ساکارز برای تهیه غذا استفاده کنند. یکی از این مواد سوربیتول است که در مقایسه با ساکارز، گلوکز خون را کمتر افزایش داده و کمتر باعث تحریک ترشح انسولین می شود. از طرف دیگر تاکنون چندین مطالعه میان مدت و بلندمدت به منظور تعیین اثرات بالینی مواد غذایی دارای شاخص گلیسمیک کم، انجام شده است. در این مطالعات مشخص شده که رژیم غذایی حاوی شاخص گلیسمیک کم موجب کاهش هموگلوبین $HbA1c$ به میزان ۹ درصد، فروکتوز آمین به میزان ۸ درصد، پپتید C به میزان ۲۰ درصد و قند خون در طول روز به میزان ۱۶ درصد گردیده است (۷، ۸). در تحقیق حاضر تاثیر مربای ژله ای رژیمی تهیه شده از سوربیتول بر گلوکز خون بیماران دیابتی بررسی گردید و شاخص گلیسمیک آن تعیین شد.

مواد و روشها

در این کار آزمایی بالینی اثر مرباهای ساخته شده با سوربیتول بر گلوکز خون بیماران دیابتی و شاخص گلیسمیک مربای مزبور در ۳۰ بیمار دیابتی نوع II عضو انستیتو غدد داخلی و متابولیسم مورد مطالعه قرار گرفت. کلیه این بیماران، موارد شناخته شده دیابت نوع II بوده و کنترل خوبی نسبت به بیماری خود داشتند. سن و جنس آنها بررسی و ثبت گردید. روش نمونه گیری از جامعه مورد بررسی، به صورت تصادفی بود. مرباهای مورد آزمایش با شیرین کننده سوربیتول پخت شدند و از نان سفید برای مقایسه استفاده گردید. در جدول ۱ ترکیبات شیمیایی مربای سوربیتول و نان سفید ارائه شده است.

بیماران دیابتی به صورت ناشتا و پس از ۱۲ ساعت گرسنگی در محل انجام آزمایشات (انستیتو غدد داخلی و متابولیسم) حاضر می شدند. در هر جلسه، حداکثر ۳ بیمار مورد آزمایش قرار می گرفتند و تیمارهای مختلف برای هر یک از بیماران، در روزهای جداگانه انجام می شد. نمونه های خون در زمان های صفر، ۱۵، ۳۰، ۴۵، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه پس از صرف غذا به صورت وریدی گرفته شده و پس از جدا کردن سرم توسط دستگاه سانتریفوژ، گلوکز خون اندازه گیری گردید.

هیچ یک از افراد در صبح قبل از آزمایش از قرص هیپوگلیسمیک استفاده نکرده بودند و در حین آزمایش نیز فقط مجاز به نوشیدن یک لیوان چای (بدون قند) بودند.

جدول ۱- درصد ترکیبات نان سفید و مرباهای رژیمی سوربیتول

نان تست سفید (رفرانس)	مربای سوربیتول	
۳۱/۰۰	۲۹/۰۰	رطوبت
۴/۴۷	۰/۶۱	چربی
۹/۸۰	۰/۵۳	پروتئین
۲/۰۸	۰/۴۴	خاکستر
۰/۰۳	۰/۲۸	فیبر غیر محلول
۵۲/۶	۶۹/۷۴	کربوهیدرات

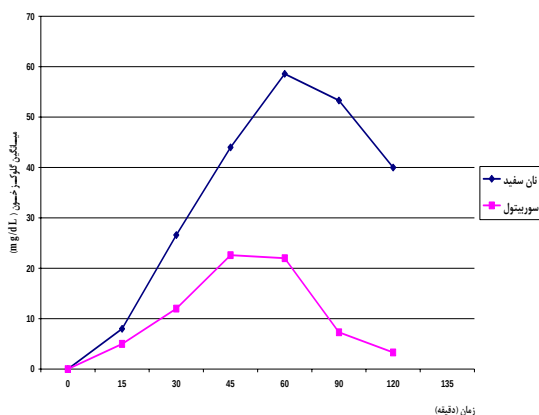
گلوکز خون به روش ارتوتولوئیدن توسط دستگاه اسپکتروفوتومتر Novoscope اندازه گیری شد.

شاخص گلیسمیک مربای تهیه شده از سوربیتول بر اساس رابطه زیر محاسبه شد (۹، ۱۰): سطح زیر منحنی پاسخ قندی بعد از صرف ۲۵ گرم کربوهیدرات نمونه تقسیم بر سطح زیر منحنی پاسخ قندی بعد از صرف ۲۵ گرم کربوهیدرات از نمونه نان سفید ضرب در صد.

سطح زیر هر یک از منحنی های پاسخ قندی بر اساس فرمول زیر محاسبه گردید:

$$area = (A + B + C + \frac{D}{2})t + \frac{(D + E)T}{2} + \frac{(E + F)T}{2}$$

که در آن A, B, C, D, E و F مقادیر افزایش گلوکز خون در زمان های ۱۵، ۳۰، ۴۵، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه نسبت به مقدار گلوکز خون ناشتا (صفر دقیقه) می باشد. t زمان بین نمونه های قند خون صفر، ۱۵، ۳۰، ۴۵ و ۶۰ دقیقه و T زمان بین نمونه های قند خون ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه است (۱۱). داده های فرم اطلاعاتی طبقه بندی استخراج و تغییرات گلوکز خون با آمار ویل کاکسون و نیز پاسخ قند خون نمونه ها پس از صرف نان سفید و مربای رژیمی با آمارهای من- ویتنی U مورد قضاوت آماری قرار گرفتند.



نمودار ۱ - شاخص گلاسیمیک بیماران دیابتی نوع II به تفکیک نان سفید و مربای رژیمی سوربیتول

جدول ۳- شاخص گلاسیمیک نان سفید و مربای رژیمی سوربیتول با رفرانسهای نان سفید و گلوکز

شاخص گلاسیمیک	رفرانس نان سفید	رفرانس گلوکز
گلوکز	۱۳۸	۱۰۰
نان سفید	۱۰۰	۷۲/۵
مربای سوربیتول	۲۷/۹	۲۰/۲

بحث

جنکینس و همکارانش در سال ۱۹۸۴ گزارش کردند که مواد غذایی حاوی کربوهیدرات هنگامی که تحت شرایط استاندارد مورد آزمایش قرار می گیرند، از جهت پاسخ قندی خون چه در افراد سالم و چه در افراد دیابتی به میزان زیادی متفاوت می باشند (۱۳). همانگونه که ذکر گردید، نان سفید (رفرانس) و مربای سوربیتول دارای مقادیر مختلفی کربوهیدرات هستند. به منظور بررسی اثر کربوهیدرات هر یک از این مواد غذایی، معادل ۲۵ گرم کربوهیدرات از هر یک از آنها به بیماران داده شد تا پاسخ قند خون آنها مورد بررسی قرار گیرد. نتایج این تحقیق نشان می دهد که افزایش قند خون بعد از خوردن نان سفید در تمام زمان ها به طور معنی داری بیش از افزایش قند خون با مربای سوربیتول بود. این نتایج با یافته های حاصل از مطالعه Lee و همکاران در سال ۱۹۹۸ مطابقت دارد (۱۴).

همان گونه که در نمودار ۱ مشاهده می گردد، تاثیر مربای تهیه شده از سوربیتول بر افزایش گلوکز خون نسبت به نان سفید جزئی می باشد. دلیل این امر به سبب نوع کربوهیدرات موجود و میزان جذب آن در بدن می باشد، به طوری که سوربیتول در

برای بررسی تاثیر مربای تهیه شده از سوربیتول، از نان سفید به عنوان رفرانس جهت تعیین شاخص گلاسیمیک استفاده شد. جهت تبدیل شاخص گلاسیمیک به دست آمده با رفرانس نان سفید به شاخصهای گلاسیمیک با رفرانس گلوکز، هر یک از شاخص ها به عدد ۱/۳۸ تقسیم شدند (۱۲).

یافته ها

این تحقیق روی ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع II انجام گرفت که از این تعداد ۱۵ نفر مرد و ۱۵ نفر زن بودند. میانگین ($\pm$ انحراف معیار) سن افراد مورد بررسی $51 \pm 17/9$ سال و وزن آنها $72/6 \pm 10$ کیلوگرم بود. تغییرات گلوکز خون بیماران پس از صرف مربای سوربیتول در زمان های مختلف پیگیری در جدول ۲ ملاحظه می شود. پاسخ قندی خون بیماران بر حسب زمان های پیگیری و به تفکیک نان سفید و مربای رژیمی سوربیتول در نمودار ۱ ملاحظه می گردد و نشان می دهد که در تمام زمان های مورد بررسی، میزان پاسخ قندی خون بیماران که مربای رژیمی سوربیتول دریافت کرده بودند، به مراتب کمتر از نان سفید (رفرانس) استفاده کرده بودند.

جدول ۲- تغییرات گلوکز خون بیماران دیابتی نوع II پس از صرف مربای سوربیتول نسبت به نان سفید

میزان تغییر	زمان پیگیری
۰	صفر دقیقه
$-19/4 \pm 3/2$	۱۵ دقیقه
$-23 \pm 14/2$	۳۰ دقیقه
$-22/3 \pm 21/7^*$	۴۵ دقیقه
$-25/9 \pm 37/4^*$	۶۰ دقیقه
$-24/9 \pm 50/6^+$	۹۰ دقیقه
$-22/9 \pm 36/6^+$	۱۲۰ دقیقه

* $P < 0.02$

+ $P < 0.001$

جدول ۳ شاخص گلاسیمیک نان سفید و مربای سوربیتول با در نظر گرفتن رفرانس های نان سفید و گلوکز را ارائه نموده است.

بدن به طور کامل جذب نشده و فقط قسمتی از آن به گلوکز تبدیل می‌شود.

شاخص گلیسمیک مربای سوربیتول ۲۷/۹ (با در نظر گرفتن نان سفید به عنوان رفرنس) و ۲۰/۲ (در صورتی که از گلوکز به عنوان رفرنس استفاده شود) می‌باشد. با توجه به اینکه تراسول (۱۹۹۲: truswell) ۱۰ مواد غذایی نظیر جو (شاخص گلیسمیک ۲۲) و جو دو سر (شاخص گلیسمیک ۴۹) را جزو گروه مواد غذایی دارای شاخص گلیسمیک کم (*low glycemic index*) طبقه بندی کرده است، لذا این مرباها نیز جزو همین طبقه بندی یعنی دارای شاخص گلیسمیک کم خواهند بود.

بنابراین با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی رژیم درمانی، طبیعی کردن تصویر قند خون شامل غلظت قند خون ناشتا و

غلظت قند خون بعد از صرف غذا می‌باشد، لذا استفاده از مواد غذایی که دارای شاخص گلیسمیک کم هستند برای این منظور دارای اهمیت خاصی خواهد بود. نتایج مطالعات قبلی در زمینه مواد غذایی با شاخص گلیسمیک کم نشان می‌دهد که این مواد باعث می‌شوند به طور متوسط هموگلوبین A1C به میزان ۹ درصد، فروکتوز آمین ۸ درصد، پپتید C ۲۰ درصد و قند خون طول روز به میزان ۱۶ درصد کاهش یابد (۶). بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که مصرف مربای ژله‌ای رژیمی تهیه شده از سوربیتول در رژیم غذایی افراد دیابتی نه تنها اثر سویی بر میزان گلوکز خون ندارد، بلکه در دراز مدت اثرات درمانی نیز به دنبال دارد.

REFERENCES

1. Mahan LK, Escott S, editors. Krause's food nutrition and diet therapy. 11th ed. East Carolina: W. B. Saunders; 2004: 45-53.
2. Koltun V. Implication of carbohydrate digestion time in diet therapy. *Klin Med* 2003;81:59-64.
3. <http://www.gabric.ir/fa/sec/statistis- pages/88/unite for diabete/2005>.
4. Blende L. Current challenges in diabetes management. *Clin Cornerstone* 2005;7:6-17.
5. Berry D, Urban A, Grey M. Management of type II diabetes in youth. *J Pediatr Health Care* 2006;20:88-97.
6. Brien NL, Gelardi RC. Alternative sweeteners. New York: Marcel Dekker Inc.; 1991: 43-5.
7. Brand Miller JC. Importance of glycemic index in diabetes. *Am J Clin Nutr* 1994;59:747-52.
8. Kendall CW, Augustin LS, Emam A, Josse AR, Saxena N, Jenkins DJ. The glycemic index: methodology and use. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme* 2006;11:43-53.
9. Ciok J, Dolna A. The role of glycaemic index conception carbohydrate metabolism. *Przeql Lek* 2006;63:287-91.
10. Truswell AS. Glycemic index of foods. *Eur J Clin Nutr* 1992;46:91-101.
11. Bierman, EL. Principles of nutrition and dietary recommendations for patients with diabetes mellitus: 1971. *Diabetes* 1971;20:633-34.
12. Brunzeli DD. Use of fructose, sorbitol or xylitol as a sweetener in diabete mellitus. *J Am Diet Assoc* 1978;73:499-506.
13. Jenkins DJ. The glycaemic response to carbohydrate foods. *Lancet* 1984;2:388-91 .
14. Lee BM, Wolever TM. Effect of glucose, sucrose and fructose on plasma glucose and insulin response in normal humans (comparison with white bread). *Eur Clin Nutr* 1998;52:224-28.