فصلنامه کاتب، علمی – پژوهشی
سال ۶، شماره ۱۲، بهار ۱۳۹۸
صص: ۹۴-۸۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۰۸
پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۳
ISSN: 2706-7262

په شکر رنځ اخته وګړیو ته د خوړو رژیم

ذبیح‌الله اقبال[۱]، عباسعلي رموزی[۲]، محمد آصف حکمت[۳]، محمد طاهر آیین[۴]

۱- کاتب پوهنتون، طب پوهنځي استاد، کابل، افغانستان
z.iqbal@kateb.edu.af
۲- کاتب پوهنتون، طب پوهنځي استاد، کابل، افغانستان
Dr.ramoozi@kateb.edu.af
۳- ننګرهار پوهنتون، طب پوهنځي د هستوپتالوجی استاد، ننګرهار، افغانستان
۴- کابل طبي پوهنتون استاد، کابل، افغانستان

لنډیز

په دې لیکنه کې د شکر رنځ او د هغې د غذایي رژیم په هکله یو لړ معلومات راټول شوي، تر څو د نوموړي غذایي رژیم په تطبیق سره خپل ژوند عیار او د نوموړي ناروغۍ له اختلاطاتو خوندي شي. په غذایي رژیم کې د قندونو او غوړیو په لږ استعمال، د پروتین په عادي استعمال، د سلولوز لرونکیو خوړو په ګټنې ډېر ټینګار شوی دی. پردې سربېره په لاندې ټکیو هم ټینګار شوی دی: ۱-رنځور باید سم او ګټور خواړه وټاکي، ۲-رنځور باید په سمه اندازه خواړه وخوري، ۳-رنځور باید په خپل ټاکلي وخت خواړه وخوري.

کلیدي ټکي: *شکر رنځ، د خوړو رژیم، لومړی ډول ډیابیت، دویم ډول ډیابیت*

سریزه

داچې د شکرې ناروغي نړیواله بڼه لري او د افغانستان خلک هم له دې رنځه کړېږي او هر کال تر ې د ټولنې ډېرى وګړي یا معیوب او یا هم مري. پر نوموړې ناروغۍ، تر نارینه و ښځینه ډېرى اخته وي؛ نو څرنګه چې زمونږ د ټولنې زیاتره ښځې په خپلو کورونو کې ژوند تېروي او هغه شرایط ورته چمتو نه دي، چې خپل قندونه پرې مصرف کړي؛ (۱) نو لازمه ګڼو د شکرې د ناروغۍ ښځینه رنځورانې متوجه کړو. دا ناروغي د ژوند سره ملګرې ده، نو له همدې امله یو ډول ناخوښېدونکې صحي ستونزې رامنځته کوي؛ لکه دپښواو لاسونو پرله پسی دردونه، ړوندوالی، د ټپ بطي یا نه جوړېدنه او داسې نور، چې یادې ستونزې د غذايي رژیم پر تطبیق سره تر یوه حده راکمولی شو (۲). د ټولنې زیات وګړي په دې ناروغۍ اخته وي؛ خو کلینکي نښې یې نه وي؛ که چېرې دا ناروغان په وخت تشخیص شي، یوازې د غذايي رژیم په مرسته یې د ګلوکوز کچه په وینه کې نارمل حالت ته راوړی شو. بلخوا د نړۍ د نورو هېوادونو [په ځانګړي ډول لویدیز هېوادونو] دغذا څومره ولی او څرنګوالی او د هغوي د خوړوو عادت له موږ سره خورا توپیر لري، چې موږ هم نوموړیو ټکیو ته پام کړی او لازمې لارښوونې مو ورته کړي دي (۳). بلخوا د غذايي رژیم تطبیق د ناروغ د درملنې له پروګرام سره هم په بسیا اندازه مرسته کوي. د نوموړې موضوع د اهمیت له کبله مو د شکرې د ناروغانو د غذايي رژیم د اصلاح په هکله تصمیم ونیو، چې خپلې ټولنې ته معلومات ورکړم، تر څو ګټه ترې واخلي.

کونجیز ویی: لومړی ډول ډیابېټ، دویم ډول ډیابیټ، د شکرې د رنځورانو غذايي رژیم.

طبی ادبیاتو ته کتنه

د شکرې رنځ

د شکرې رنځ د کاربو هایدریټو، غوړیو او پروتینونو خراب میتابولیزم مزمنه ناروغي ده، چې د انسولین د زیان او یا لږوالي له امله (قسمي لږ یا پوره نشتوالي له امله) رامنځته او د Hyperglycemia لاملېږي (۴).

ویشنه او پېښې:

په امریکا کې د دیابیت تقریباً ۱۳ میلونه ناروغان دي، چې هر کال ترې ۳۵۰۰۰ مري (۵).

دیابیت په عمومی ډول په دوه ډوله دی:

۱- لومړی ډول ډیابیت

۲- دویم ډول ډیابیت

د شکرې ناروغي پر لومړني او دویمني ډول رامنځته کېږي. په لومړني ډول هله چې کله Islet cell-insulin system کې خرابتیا راشي او په دویمي ځل د ځینو ناروغیو؛ لکه د پانقراص نیوپلازمونه او التهابات، درمل، د انډوکراین ناروغي او د پانقراص له جراحي عملیاتو روسته رامنځته کېږي (۶).

د لومړني ډیابیت میکانیزم او پتالوژي

۱- لومړی ډول ډیابیت: انسولین اړوند ډیابیت هم ورته وایي. داچې دا ناروغي تر ۳۰ کلنۍ نه په ټیټ عمر کې رامنځته کېږي؛ نوځکه ورته Juvenile-Onset.D.M هم وایي.

۲- دویم ډول ډیابیت: دا ډیابیت دومره لا پېژندل شوی نه دی؛ خو دوه فکتورنه یی پېژندل شوي دي:

A- د انسولین په خوشې کېدو یا افراز کې زیانمنی.

B- د انسولین په مقابل کې د انساجو غیرعادي غبرګون، چې ډېری په حمل او چاغ والي کې رامنځته کېږي.

د ډیابیت د ناروغانو د Pancreatic Islete په ژوندنیکیو کې بېلابېل پتالوژیك بدلونونه رامنځته کېږي.

په لومړني کې دیابیت په لومړیو وختونو کې د لمفو سایتو ارتشاح وي. د وخت په تېرېدو سره د Isletes جزایرو شمېر او جسامت لږېږي؛ ځکه چې B.Cells پکې له منځه تللی وي. په دویمي ډیابیت کې په لومړنیو وختونو کې دومره بدلونونه نه وي، د وخت په تېرېدو سره په Islets جزایروکې د فایبروزس او امایلوډوزس امکان ډېر وي (۷).

کلینکي نښې

د دیابیت ناروغۍ نښې د ګلوګوز د خراب میټابولیزم له امله رامنځته کېږي؛ د انسولین نشتوالی ددې لامل ګرځي، چې له پلازما نه ګلوګوز ژوندینکې ته نه پرېږدی او بدن لوږه ننګېږي. دا ننګېرنه به د،Lipolysis Gluconeogenesis او له هغه نه د Ketone bodies د جوړېدو باعث شي.

کله چې ګلوګوز وخوړل شي؛ نو عادي میتابولیزم یې نه تر سره کېږی؛ نو یو ډېر شمېر ګلوکوز په وینه کې پاتېږي، چې په متیازو کې وځي او هم د ادرار د ډېروالي لامل ګرځي. د مایعاتو وتنه او Hyperglycemia د پلازما Osmolarity زیاتوي، چې دا په خپل وار د تندې مرکز راپاروي؛ یعنې د ناروغ د تندې احساس ډېرېږي. بلخوا د

پروتین ماتېدل هم ډېر شي، چې د Gluconeogenesis لپاره امینو اسیدونه رابر سېره کړي؛ نو له دې سره د عضلاتو کمزوري او د وزن بایلل هم رامنځته کېږي.

دا کلاسیک اعراض یوازې په لومړني دیابیت کې لیدل کېږي؛ خو په دویمي دیابیت کې ناروغ پورته اعراض نه لري. دا ناروغان لاندې اختلاطات ورکوي (۸).

- غیر عادي هوش
- کوما
- د وړو او لویو رګونو د قاعدوي غشا پنډوالی
- د بدن د اطرافو دردونه
- د سترګو د دید خرابتیا
- د پښو مزمن ټپونه
- پر دویمي انتان اخته کېدل

د غذايي رژیم ټاکل

که د شکرې د ناروغۍ اوسني نوي ناروغان غواړي چې خپل غذايي رژیم ځانته وټاکي، چې عادي ژوند تېر کړي؛ خو دا ددې مانا نه لري، چې ناروغ دې هر ډول خواړه په ځان بند کړي؛ بلکې دوی باید خواړه د یوه پلان له مخې واخلي په دې ډول چې:

-رنځور باید سم او ګټور خواړه وټاکي (۹).

-رنځور باید په سمه اندازه خواړه وخوري.

-رنځور باید په خپل ټاکلي وخت خواړه وخوري.

د غذايي توکیو اخستل باید د لاندې پروګرام له مخې وي (۱۰):

د انګلستان په رایل شفا خانه کې ددې ناروغانو لپاره ځینې سپارښتنې شوې، چې دادي:

۱- په غذاکې باید د قندونو اخستل، د ورځنۍ انرژۍ د اړتیا له مخې نیمايي حد ته را ښکته شي؛ هغه غذايي مواد چې په زیاته اندازه قندونه ولري، باید وانخستل شي؛ لکه د بورې شربت، خواړه مېوه جات او نور. ددې پر ځای هغه خواړه شیان استعمال شي، چې غذايي ذخیره و نه لري؛ لکه شکرین او نور. هغه غذاګانې چې فابیرونه زیات لري، باید وخوړل شي؛ لکه ځینې مېوه جات او سبزي ګانې. دا له یوې خوا د بدن وزن کموي او له بلې خوا د قند ښه سرچینې نه دي، چې دورځې باید ۱۸ ګرامه ضرور وخوړل شي (۱۱).

فصلنامه کاتب، علمی – پژوهشی
سال ۶، شماره ۱۲، بهار ۱۳۹۸

۲-شحم باید د ورځنۍ اړتیاوو له مخې له ۳۰- ۳۵ سلنه کم وخوړل شي.
۳-پروتین باید عادي ۱۰-۱۵ سلنه وخوړل شي.
۴-مالګه: هغوی چې عادي د وینې فشار لري، باید له شپږ ګرام په سل ملي مولو څخه کمه اخستل شي او که د وینې فشار یې لوړ وي، درې ګرامه په سل ګرامه مول واخستل شي.
۵-له الکولو باید په جدي ډول ډډه وکړي. هغه ناروغان چې لومړني دیابیت لري، د هغوي د وینې د ګلوکوز کچه نوسان عادت لري، چې کنټرول یې اړین دی. دوی باید هغه غذا وخوري، چې د هغې سیستم څخه په متوازن او منظم ډول جذب شي؛ لکه اوربشې.
هغه ناروغان، چې دویم ډول دیابیت لري، ۷۵ سلنه یې چاغوالی لري. دوي باید منظم تمرینات وکړي، هغه غذا وخوري چې شحم یې لږ وي، تر څو وزن یې کم شي او د قلبي سیستم له ناروغیو خلاصی ومومي. د زیات وزن لرونکي ناروغان هغه درملنې ته هم اړین وي، چې په وینه کې د ګلوکوز کچه راټیټوي (۱۲).

په شکرې اخته ناروغانو ته د امریکایي ټولنې سپارښتنې
دې پروګرام هم ځینې سپارښتنې کړي، چې دادي:
۱- د لومړني دیابیت ناروغان باید ۵۵ -۶۰ سلنه د کاربوهایدریتو کچه نظر عادي او اړین حالت ته راکمه کړي، تر څو په وینه کې د ګلوکوز او د ترای ګلیسرایدو دلوړېدو مخه ونیول شي (۱۳).
۲- په چاغو ناروغانو باید شحم او کاربوهایدیتونه کم شي تر څو وزن کم شي، چې همدا د وزن کمښت د ناروغۍ د کنټرول مهم عامل دي.
۳-د ټولې انرژۍ څخه باید ۱۰-۲۰ سلنه پروتین واخلي.
۴- هغه غذاګانې وخوري، چې فابیرونه ولري؛ لکه سلولوز، چې له یوې خوا د هغې سیستم ترانزیت ښه کړي او له بلې خوا د کولمو وظایف عادي کړي.
۵- مصنوعی خواږه شیان استعمال نه کړي؛ لکه Aspartama چې دوه مینواسیدونه لري، چې عبارت دي له Aspartic Acid او phenyl Alanine څخه، چې نظر سکروز ته ۱۸۰ ځله خواږه دي، همدارنګه ساکرین هم یو غیر غذایي خوږه کېمیاوي ماده چې هم یوازې او هم د نورو موادو سره په ګډډول موندل کېږی. فرکتوز او ساربیتول هم استعمالولی شو، خو فرکتوز په وینه کې لږه شان د ګلوکوز کچه لوړوي اوکه مقدار یې ډېر واخستل شي، په وینه کې د LDL او کولسترول د سویې د لوړوالي باعث ګرځي. بنائاً د ADA د پروګرام څخه وتلی دي.

اوسنۍ تازه پلټنې، چې خپرې شوي په لاندې ډول دي (۱۴).

په ورځنۍ خوړو کې د مېوو او سبزیجاتو استعمال

۱-مېوه جات: ناروغ کولای شي، هره ورځ یوه دانه مڼه وخوري؛ ځکه نوموړې میوه پکټین لري، چې نوموړې ماده په وینه کې د ګلولوز کچه راکموي، بل خواسلولوز هم لري، چې د ګلوکوز د جذب وخت زیاتوي. غوشمه یي مېوجات په وینه کې د القلي کچه لوړوي، تر څو د شکرې د ناروغۍ اسیدي لوحه راکمه کړي، ناروغ باید کېلې او توتان وخوري؛ ځکه دوي پوتاشیم لري، چې هم فشار راکموي او هم القلی خواص لري (۱۵).

۲-سبزیجات: ناروغ باید لاندې خوراکې توکي استعما ل نه کړي:

- هغه غذایي مواد و نه خوري، چې زیات غوړ او سودیم ولري.
- هغه خوراکې توکي و نه خوري، چې د قندونو ذخایر یې زیات وي؛ لکه وچه ډوډۍ، الوګان، وریجې او داسې نور.
- هغه غذاګانې ډېری باید و نه خوري، چې مشبوع شوي غوړي لري؛ لکه د شخوند وهونکېوغوښه.
- الکول: په جدي توګه ترې باید ممانعت وشي.

لاندې غذاګانې باید ډېرې وخوړل شي:

تازه سبزی، اش، ګازرې، لوبیا، حبوبات، ممپلي، د زېتونو تېل، اوربشې او د اومیګا ۳ شحمی اسیدونه

دغیرمشبوع شویو غوړیو څخه ګټه واخلي.

ژیړ رنګ لرونکې سبزیانې؛ لکه ګازرې او رومیان استعمال کړي؛ ځکه دوی د شکرې په ناروغانو کې د Alzheimer ناروغۍ اوسرطانو مخه نیسي.

ب: په سمه اندازه خوراک

دلومړني دیابیټ لرونکې کوم خاص خوراکې پرهیز نه لري، دوي کولی شي چې د روغو خلکو په شان خواړه وخوري اوداځکه چې دوي خپلی ضروری انسولین د دوا په شکل دیپچکاری په وسیله اخلی، خو داکټر باید دانسولین اندازه داسی وټاکې چې ناروغ دموجوده قندچاره وکولی شي. ناروغ باید خوراک دا اندازه تل وساتی، خو که چېری ناروغ خواړه ډېر کړي او انسولین په هماغه پخوانی اندازه واخلي نو دانسولین اضافی ګلوکوز حجراتو ته ننویستلی نه شي او په نتیجه کې دګلوکوز اندازه په وینه کې لوړه شي، په داسی حالاتو کې وجود مجبوریری چې اضافی ګلوکوز د متیازو له

لاری له وینې څخه وباسی او دا یوه زیانمنه عملیه ده، نو له دي کبله د دویمي دیابیټ لرونکو ناروغانو ته په کار ده چې هر ورځ هماغه یوه اندازه خوراک وکړي تر څو چې انسولین او غذا خپله موازنه او انډول وساتلای شي دویمي دیابیټ لرونکې په مجموعی توګه چاغ وي ددوي وجود نه شي کولای چې چاغ بدن ته کافی اندازه انسولین جوړ کړي دي ناروغانو ته (په خاصه توګه هغو ته چې له لسو کلونو زیات یې له دیابیت د لرلو څخه تیره شوي وي) په کار ده چې خپل وزن کم کړي ـ په بل عبارت دویمي دیابیت لرونکې ناروغانو باید خپل وزن کم کړي ـ او وزن کمولو لپاره باید دا لاندې ټکې په نظر کې ونیسی (۱۶):

- لږ خواړه وخوري.
- هغه خواړه وخوري چې غوړ او قند لږ او سلولوز لرونکې غذاګانې ډیری ولري.
- زیات تمرین وکړي.

په سم وخت کې غذا خوړل (۱۷):

هر څوک او بیا په خاصه توګه د دیابیت ناروغان باید د خوراک لپاره یو منظم مهال ویش ولري، هره ورځ په یو ټاکلي وخت کې [په ورځ کې درې ځله] خوراک وکړي، هغه ناروغان چې د دیابیت خوراکې دوا اخلی که چېری یوه وخت غذا قضا کړي او یې ناوخته وخوري، ممکن د وینې د ګلکوز اندازه یې خطرناکې درجی ته را ښکته شي، په هغه ناروغانو کې چې د انسولین پیچکاری اخلی او یو وخت غذا نه خوړل او یا ناوخته خواړه خوړل ډېر خطرناکه کار دي. دا ناروغان باید د خوراک د وختونو تر مینځه مساوي وقفې وساتی، تر څو چې په وینه کې د ګلوکوز د خطرناکې ټیټدو مخه ونیولی شي (۱۸). د غذایي رژیم تطبیق دتداوي سره لازمی دي تر څو دناروغی د اختلاطاتو مخه ونیول شیاو هم هغه کړمی چې د درملنې په دوران کې {Hypoglycemia}او دوزن زیاتوالی منځته راځی مخه ونیول شي.

پایله او وړاندیزونه

1. څرنګه چې د شکرې ناروغی یوه روغتیایی ستونزه ده، د نړیوال صحی سازمان، دولتی رسنیو، غیر دولتی موسساتو او صحی کارکوونکو څخه هیله کوم چې د نوموړې ناروغۍ په هکله پوره معلومات خپاره کړي تر څو د ناروغانو د پوهاوي سطح لوړه شي (۱۹).
2. د شکرې ناروغي د بدن ټول غړی متاثره کولای شي چې زیات ناروغان یې د کم عمر په لرلو سره له منځه ځی او یا هم مایوب شي، نو نوموړېو ناروغانو ته مې وړاندیز دادي چې د خپل ځان په هکله د غذایي رژیم پوره پاملرنه وکړي، تر څو د اختلاطاتو څخه په امان شي (۲۰).
3. د شکرې پر ناروغۍ اخته کسان باید خپل لابراتواری معایناتو په ټاکلي وخت اجرا او د هغه په رڼا کې د خپل معالج داکتر په لارښوونه خپل غذایی رژیم تعقیب کړي (۲۱).
4. د شکرې ناروغي د ژوند سره ملګرې ده، ناروغان یې هرومرو د اقتصادي او صحی ستونزه سره مل وي، دولت ته وړاندیز کوم چې د نوموړې ناروغۍ د ناروغانو لپاره د هیواد په ګوټ ګوټ کې صحی مرکزونه جوړ کړي تر څو د ټولنې ستونزی حل شي (۲۲).

References

1. Hovingh GK et al. Identification and management of patients with statin-associated symptoms in clinical practice: a clinician survey. Atherosclerosis. 2016 Feb;245:111–7. [PMID: 26717273]
2. Marshall S et al. A systematic review and meta-analysis of the criterion validity of nutrition assessment tools for diagnosing protein-energy malnutrition in the older community setting (the MACRo study). Clin Nutr. 2017 Oct 12. [Epub ahead of print] [PMID: 29102322]
3. McClave SA et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). J Parenter Enteral Nutr. 2016 Feb;40(2):159–211. [PMID: 26773077]
4. Pereira GF et al. Malnutrition among cognitively intact، noncritically ill older adults in the emergency department. Ann Emerg Med. 2015 Jan;65(1):85–91. [PMID: 25129819]
5. Zha Y et al. Protein nutrition and malnutrition in CKD and ESRD. Nutrients. 2017 Feb 27;9(3):208. [PMID: 28264439]
6. Basic pathology and Diseases first edition 2012، A.H Nagi
7. Textbook of Medicen of Robben's، 6th edition، 2010 edited by Robben's
8. Current medical diagnosis and treatment 46th، 2012، Edited by Lowrence m Tierney، Stephen J.mephee and Maxine A papadokos، Lance
9. Hovingh GK et al. Identification and management of patients with statin-associated symptoms in clinical practice: a clinician survey. Atherosclerosis. 2016 Feb;245:111–7. [PMID: 26717273]
10. Robertson RP، Lanz KJ، Sutherland DER، Seaquist ER: Relationship between diabetes and obesity 9–18 years after hemipancreatectomy and transplantation in donors and recipients. Transplantation 73:736–741، 2002
11. HPS2-THRIVE Collaborative Group. Effects of extended-release niacin with laropiprant in high-risk patients. N Engl J Med. 2014 Jul 17;371(3):203–12. [PMID: 25014686]
12. Karmali KN et al. Drugs for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: an overview of systematic reviews. JAMA Cardiol. 2016 Jun 1;1(3):341–9. [PMID: 27438118]

13. Kazi DS et al. Cost-effectiveness of PCSK9 inhibitor therapy in patients with heterozygous familial hypercholesterolemia or atherosclerotic cardiovascular disease. JAMA. 2016 Aug 16; 316(7):743–53. [PMID: 27533159]
14. Toronto notes، 23th edition 2007، Editors in –chief Marilyn heng and Joseph Ari Greenwald
15. Raal FJ et al; RUTHERFORD-2 Investigators. PCSK9 inhibition with evolocumab (AMG 145) in heterozygous familial hypercholesterolaemia (RUTHERFORD-2): a randomised، double-blind، placebo-controlled trial. Lancet. 2015 Jan 24; 385(9965):331–40. [PMID: 25282519]
16. Mark DB et al. PCSK9 inhibitors and the choice between innovation، efficiency، and affordability. JAMA. 2017 Aug 22; 318(8):711–2. [PMID: 28829851]
17. Robinson JG et al; LAPLACE-2 Investigators. Effect of evolocumab or ezetimibe added to moderate- or high-intensity statin therapy on LDL-C lowering in patients with hypercholesterolemia: the LAPLACE-2 randomized clinical trial. JAMA. 2014 May 14;311(18):1870–82. [PMID: 24825642]
18. Wiggins BS et al. Recommendations for management of clinically significant drug-drug interactions with statins and select agents used in patients with cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2016 Nov 22;134(21):e468–95. [PMID: 27754879]
19. Tice JA et al. Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9) inhibitors for treatment of high cholesterol levels: effectiveness and value. JAMA Intern Med. 2016 Jan 1; 176(1):107–8. [PMID: 26662572]
20. Dallinga-Thie GM et al. Triglyceride-rich lipoproteins and remnants: targets for therapy? Curr Cardiol Rep. 2016 Jul;18(7):67. [PMID: 27216847]
21. Agrawal N et al. Triglyceride treatment in the age of cholesterol reduction. Prog Cardiovasc Dis. 2016 Sep–Oct;59(2):107–18. [PMID: 27544319]
22. Backes J et al. The clinical relevance of omega-3 fatty acids in the management of hypertriglyceridemia. Lipids Health Dis. 2016 Jul 22;15(1):118. [PMID: 27444154]

فصلنامه کاتب، علمی - پژوهشی
سال ۶ شماره ۱۲، بهار ۱۳۹۸