

## اثر مغز بادام بر لیپیدها و لیپوپروتئین‌های خون بیماران مبتلا به هیپرلیپیدمی

نیره پارسائیان<sup>۱\*</sup>، دکتر بهمنعلی جلالی<sup>۲</sup>، دکتر حسن مظفری خسروی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** افزایش لیپیدهای خون از جمله عوامل مهم خطر ساز در بروز آترو اسکروزو بیماریهای قلبی - عروقی است. مغزها از جمله مغز بادام غنی از لیپیدهای غیراشباع و عوامل آنتی‌اکسیدان بوده و برخی از گزارشات حاکی از اثر حفاظتی آنها بر سیستم قلب و عروق می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی اثر مغز بادام بر لیپیدها و لیپوپروتئین‌های خون بیماران مبتلا به هیپرلیپیدمی است.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی به روش قبل و بعد می‌باشد که بر روی ۳۰ مرد داوطلب انجام شد. افراد مورد مطالعه روزانه ۶۰ گرم مغز بادام به مدت چهار هفته مصرف نمودند. قبل و بعد از مصرف بادام میزان لیپیدها، لیپوپروتئین‌ها، آپولیپوپروتئینها و لیپوپروتئین (a) خون آنها اندازه گیری شد.

**نتایج:** مغز بادام به صورت معنی داری ( $p < 0/001$ ) باعث کاهش کلسترول سرم خون به میزان ۳۶/۱ میلی گرم بر دسی لیتر، تری گلیسرید به میزان ۴۵/۹۴ میلی گرم بر دسی لیتر، LDL-کلسترول به میزان ۲۸/۶۸ میلی گرم بر دسی لیتر و افزایش HDL-کلسترول به میزان ۱۰/۶۴ میلی گرم بر دسی لیتر گردید. مغز بادام موجب کاهش لیپوپروتئین (a) سرم خون به میزان ۲/۱۱ میلی گرم بر دسی لیتر، آپولیپوپروتئین B100 به میزان ۸/۹۳ میلی گرم بر دسی لیتر و افزایش آپولیپوپروتئین A1 به میزان ۱/۷۴ میلی گرم بر دسی لیتر شد، ولی از لحاظ آماری معنی دار نبود.

**نتیجه گیری:** مصرف مداوم مغز بادام وضعیت لیپیدهای خطر ساز خون را بهبود بخشیده و ممکن است در فرآیند آترواسکلروز و بروز بیماریهای قلبی - عروقی نقش پیشگیری کننده داشته باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که از مغز بادام روزانه به مقدار حداقل ۶۰ گرم در درمان بیماران هیپرلیپیدمیک استفاده نمود.

### واژه‌های کلیدی: مغز بادام، لیپوپروتئین‌های خون، هیپرلیپیدمی، آترواسکلروز

### مقدمه

آترواسکلروز عامل اصلی مرگ و میر در بیماران قلبی و عروقی بوده و هیپرلیپیدمی یکی از عوامل خطر ساز این بیماری است. حتی درجه ملایم هیپرلیپیدمی همراه با افزایش غلظت پلاسمایی عوامل خطر ساز بیماری قلبی و عروقی به ویژه لیپوپروتئین (a)،

آترواسکلروز عامل اصلی مرگ و میر در بیماران قلبی و عروقی بوده و هیپرلیپیدمی یکی از عوامل خطر ساز این بیماری است. حتی درجه ملایم هیپرلیپیدمی همراه با افزایش غلظت پلاسمایی عوامل خطر ساز بیماری قلبی و عروقی به ویژه لیپوپروتئین (a)،

تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که رژیم غذایی حاوی فیبر از جمله بادام در کاهش میزان کلسترول تام و LDL - کلسترول خون مؤثرند. بادام حاوی ترکیبات سودمندی از جمله چربی‌های غیراشباع مفید برای قلب است. چربی‌های بادام حدود ۳۹٪ بوده و

\*۱- نویسنده مسئول: مربی گروه بیوشیمی - دانشکده پزشکی  
تلفن: ۰۳۵۱۸۲۴۱۷۵۱-۳۵۱۸۲۴۹۷۰۵-۰۳۵۱۸۲۴۹۷۰۵ تلفن همراه: ۰۹۱۳۲۵۸۷۴۲۶  
Email: n\_parsaeyan@yahoo.com

۲- دانشیار گروه بیوشیمی  
۳- دانشیار گروه تغذیه  
۱-۲،۳- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد  
تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۳/۳۱

کاملاً جذب نمی‌شوند. در ضمن دیواره سلولی بادام همانند مانع فیزیکی در برابر چربی عمل می‌کند. بنابراین مصرف بادام باعث احساس سیری طولانی مدت در فرد می‌شود. چربی‌های بادام میزان کلسترول تام و LDL - کلسترول خون را کاهش داده و میزان HDL - کلسترول خون را متعادل می‌کنند و در نتیجه خطر بیماری‌های قلبی و عروقی را کاهش می‌دهند (۳،۴،۵).

با توجه به اثر مغز بادام بر لیپیدها و لیپوپروتئین‌های خون، به ویژه عوامل خطر ساز جدید شامل لیپوپروتئین (a)، آپولیپوپروتئین‌های A1 و B100 که تحقیقات کمتری روی آنها انجام شده است، در مطالعه حاضر این اثر را در بیماران مبتلا به هیپرلیپیدمی با توجه به الگوهای تغذیه‌ای خاص مورد بررسی قرار داده‌ایم.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی (Clinical Trial) به روش قبل و بعد (Before and After) بوده است که با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون  $d=1,785$  و نتایج مطالعه‌های مشابه (۶) به صورت نمونه‌گیری آسان بر روی ۳۰ مرد مبتلا به هیپرلیپیدمی خفیف (کلسترول خون برابر با  $350-250$  mg/dl و تری‌گلیسرید  $300-200$  mg/dl) در محدوده سنی ۴۵-۴۰ سال و بدون سابقه بیماری‌های قلبی - عروقی، کلیوی و کبدی مراجعه کننده به آزمایشگاه بیمارستان شهید رهنمون یزد انجام شده است. از آنجایی که واکنش دو جنس در ارتباط با عوامل مؤثر بر لیپید و لیپوپروتئین‌ها متفاوت بوده و خود به عنوان یک متغیر مخدوشگر مطرح است و نیز به دلیل اینکه امکانات در حدی نبود که روی هر دو جنس مطالعه انجام شود، تنها جنس مذکر انتخاب شد. بدین منظور نمونه خون مردان داوطلب توسط پرسشگر خونگیر همزمان با جمع‌آوری اطلاعات توسط پرسشنامه، در دو مرحله (قبل و بعد از مداخله) جمع‌آوری شد. این افراد روزانه ۶۰ گرم مغز بادام از یک گونه به صورت ۳۰ گرم به عنوان میان‌وعده غذایی به مدت زمان چهار هفته مصرف کرده و از آنها خواسته شد که برای گرفتن مغز بادام به صورت هفتگی مراجعه نموده و از مصرف داروهای کاهنده چربی خون و هر گونه تغییر در برنامه غذایی و میزان فعالیت‌های بدنی خودداری کنند. تهیه نمونه خون این افراد قبل و بعد از مصرف مغز بادام در شرایط ناشتا انجام

گرفت بدین صورت که ۵ میلی‌لیتر نمونه خون وریدی از هر فرد گرفته و بعد از گذاشتن در محیط آزمایشگاه به مدت زمان ۱۰ دقیقه در شرایط  $3000$  دور در دقیقه سانتریفوژ شد و سرم جدا گردید. سپس ۱ میلی‌لیتر سرم جهت اندازه‌گیری لیپوپروتئین (a)، آپولیپوپروتئین A1 و آپولیپوپروتئین B100 توسط روش الکتروایمنواسی در شرایط  $20$ - درجه سانتی‌گراد قرار داده شد و بقیه سرم جهت اندازه‌گیری کلسترول تام، تری‌گلیسرید و HDL - کلسترول توسط دستگاه اتوآنالایزور Technicon RA 1000 و کیت‌های اختصاصی پارس آزمون استفاده شد. میزان LDL - کلسترول با استفاده از فرمول فردوالد فریدریکسون محاسبه و در پرسشنامه ثبت گردید. سپس اطلاعات توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون آماری Paired T test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

میانگین غلظت لیپیدها، لیپوپروتئین‌ها و آپولیپوپروتئین‌های خون قبل و بعد از مداخله در جدول ۱ آمده است. چنانکه جدول نشان می‌دهد میانگین غلظت کلسترول تام به میزان  $36/1$  میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و تری‌گلیسرید خون به میزان  $45/94$  میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بعد از مصرف مغز بادام به صورت معنی‌داری کاهش یافته‌اند ( $P<0/001$ ). میانگین غلظت LDL - کلسترول خون به میزان  $28/68$  میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بعد از مصرف مغز بادام به صورت معنی‌داری کاهش یافته است ( $P<0/001$ ). در صورتی که میانگین غلظت HDL - کلسترول به میزان  $10/64$  میلی‌گرم بر دسی‌لیتر افزایش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد ( $P<0/001$ ). در ضمن میانگین غلظت لیپوپروتئین (a) به میزان  $2/11$  میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بعد از مصرف مغز بادام کاهش یافته که از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است ( $P=0/317$ ). میانگین غلظت آپولیپوپروتئین‌های مانند آپولیپوپروتئین B100 به میزان  $8/93$  میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بعد از مصرف مغز بادام کاهش داشته ولی به لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است ( $P=0/121$ ). در حالی که میانگین غلظت آپولیپوپروتئین A1 به میزان  $1/74$  میلی‌گرم بر دسی‌لیتر افزایش یافته که از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است ( $P=0/062$ ).

جدول ۱: میانگین غلظت لیپیدها، لیپوپروتئین‌ها و آپولیپوپروتئین‌های خون قبل و بعد از مصرف مغز بادام در بیماران مبتلا به هیپرلیپیدمی

P	بعد از مصرف بادام		قبل از مصرف بادام		لیپیدها، لیپوپروتئین‌ها و آپولیپوپروتئین‌ها	
	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد
<۰/۰۰۱	۲۸/۰۵	۲۲۳/۶۰	۳۰	۲۴/۵۱	۲۵۹/۷۰	۳۰
<۰/۰۰۱	۴۰/۹۶	۱۹۵/۰۳	۳۰	۳۵/۸۳	۲۴۰/۹۷	۳۰
<۰/۰۰۱	۲۷/۷۹	۱۴۶/۴۰	۳۰	۲۴/۵۰	۱۷۵/۰۸	۳۰
<۰/۰۰۱	۱۰/۶۸	۴۳/۸۷	۳۰	۷/۹۳	۳۳/۲۳	۳۰
۰/۳۱۷	۲۱/۳۰	۲۳/۴۲	۳۰	۲۲/۱۴	۲۵/۵۳	۳۰
۰/۶۰۲	۱۶/۶۸	۱۳۵/۰۷	۳۰	۱۸/۹۲	۱۳۳/۳۳	۳۰
۰/۱۲۱	۲۴/۳۸	۱۱۰/۶۰	۳۰	۳۶/۷۸	۱۱۹/۵۳	۳۰

## بحث

به میزان  $73 \pm 3$  گرم در روز به مدت زمان یک ماه میزان لیپوپروتئین (a)  $7/8 \pm 3/5$  و LDL-کلیسترول  $14 \pm 13/5$  به صورت معنی داری کاهش یافتند ( $P < 0/001$ ).

این محققین به این نتیجه رسیدند که بادام به علت دارا بودن مقدار زیادی فیبر و اسیدهای چرب غیراشباع با یک پیوند دو گانه باعث کاهش عوامل خطر ساز بیماری عروق قلبی می شود (۸). در مطالعه ما اثر مغز بادام بر کاهش لیپوپروتئین (a) به میزان  $2/11$  میلی گرم بر دسی لیتر از لحاظ آماری معنی دار نبود که ممکن است به علت زمینه ژنتیکی و شیوه زندگی متفاوت در این منطقه باشد.

در مطالعه Liuyi جهت بررسی اثر مغز بادام در کاهش عوامل خطر ساز بیماری قلبی و عروقی چینی ها روزانه  $75$  گرم مغز بادام به مدت زمان یک ماه رژیم غذایی آنها اضافه شد که میزان کلیسترول تام  $16\%$  و LDL-کلیسترول  $14\%$  کاهش یافت ولی تغییری در میزان HDL-کلیسترول مشاهده نشد (۹).

در مطالعه ای که توسط Sabate و همکاران انجام شد ارتباط معکوس معنی داری بین درصد انرژی رژیم غذایی حاوی بادام، کلیسترول تام، LDL-کلیسترول و آپوپروتئین B مشخص شد ( $P < 0/01$ ).

در این مطالعه روزانه  $68$  گرم مغز بادام به  $25$  نفر افراد دارای هیپرلیپیدمی خفیف به مدت چهار هفته داده شد  $68$  گرم مغز بادام معادل  $20\%$  کل انرژی مورد نیاز بدن است. نتیجه اینکه میزان کلیسترول تام  $4/4\%$ ، LDL-کلیسترول  $7\%$  و ApoB  $6/6\%$  کاهش یافت در حالی که میزان HDL  $1/7\%$  افزایش یافت (۱۰).

تاکنون تحقیقات زیادی در رابطه با تأثیر رژیم های غذایی متفاوت در کاهش لیپیدها و لیپوپروتئین های خون صورت گرفته است ولی اثر عوامل خطر ساز جدید مانند لیپوپروتئین (a) و آپولیپوپروتئین A1 و B100 در ایران کمتر مورد توجه بوده و اطلاعات زیادی در مورد آنها در دسترس نمی باشد.

در این تحقیق مشخص شد که مصرف روزانه  $60$  گرم مغز بادام باعث کاهش کلیسترول تام به میزان  $14\%$  و LDL-کلیسترول به میزان  $17\%$  می شود.

در مطالعه ای که توسط Lovejoy و همکاران در سال  $2002$  در آمریکا روی  $20$  بیمار هیپرلیپیدمیک انجام شد بعد از چهار هفته مصرف روزانه  $100$  گرم بادام، میزان کلیسترول تام خون  $21\%$  و LDL-کلیسترول  $29\%$  کاهش یافت (۶). که احتمالاً به علت مصرف مقدار بیشتر مغز بادام نسبت به این مطالعه بوده است.

در تحقیقی که Spiller و همکاران در سال  $1992$  در کالیفرنیا انجام دادند  $26$  نفر روزانه  $100$  گرم بادام مصرف کردند بعد از  $3$  هفته میزان کلیسترول تام به  $235 \pm 5$  mg/dl و بعد از  $9$  هفته به  $214 \pm 5$  mg/dl رسید. در ضمن میزان LDL سریعاً کاهش یافت. در حالی که تغییری در HDL پلاسما مشاهده نشد (۷). در مطالعه حاضر علاوه بر کاهش کلیسترول تام و LDL کلیسترول نمونه ها، افزایش قابل ملاحظه ای در HDL به میزان  $10/64$  mg/dl مشاهده شد که احتمالاً ناشی از اختلاف در نوع و شیوه زندگی می باشد.

در بررسی که Jenkins و همکاران در سال  $2002$  در کانادا روی  $27$  نفر بیمار هیپرلیپیدمیک انجام دادند با مصرف مغز بادام

غذایی افراد هیپرلیپیدمی کلسترول تام و LDL را کاهش داده ولی HDL را افزایش می‌دهد. این اثرات ممکن است به علت وجود اسیدهای چرب غیراشباع در مغز بادام و یا فیبر و پلی‌فنل‌های موجود در پوست مغز بادام باشد.

#### پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود که بیماران هیپرلیپیدمیک روزانه حداقل ۶۰ گرم مغز بادام در بین وعده‌های غذایی استفاده نمایند.

#### سپاسگزاری

از کلیه کسانی که در این طرح تحقیقاتی ما را یاری نموده‌اند تقدیر و تشکر می‌گردد.

در مطالعه ما میزان کلسترول تام  $1.14 \pm$ ، LDL-کلسترول  $17\%$  و ApoB  $9.2\%$  کاهش و میزان HDL  $1/3$  میلی‌گرم درصد افزایش یافت که احتمالاً تفاوت مقادیر لیپیدها و لیپوپروتئین‌ها به علت مختلفی از جمله زمینه ژنتیکی، رژیم غذایی رایج و شیوه زندگی و غیره مربوط است. عوامل دیگری مثل تغییرات وزن و BMI نیز در نتایج دخالت دارند که در اکثر مطالعات از جمله مطالعه ما این عوامل در نظر گرفته نشده است. یکی از محدودیت‌های این مطالعه انتخاب روش مطالعه قبل و بعد به دلیل کاهش عوامل مخدوشگر می‌باشد.

#### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اضافه نمودن مغز بادام به رژیم

### References

- 1- Feridinand KC. *Coronary artery disease in minority radical and athnic groups in the United States*. Am J cardial 2006; 16(97): 12A-19A.
- 2- Kasper DL, Harison TR. *Harrison's principles of internal medicine. Disorders of Cardiovascular System*. 16th ed. Entesharat nasef farda. 2005 211-495.
- 3- Spiller GA, Jenkins DA, Baselo O, Gates JE, Cragen LN, Bruce B. *Nuts and plasma lipids: An almond diets lowers LDL-C while preserving HDL-C*. J Am coll Nuterr 1998; 17(3):285-90.
- 4- Parker DR, Mcphilips JB, Lapane KL, Laster TM, Carleton RA. *Nutrition and health practices of diabetic and non diabetic men and women from two southeastern new England communties*. Nut Health 1995; 10(3); 255-68.
- 5- Chi J, Tang W, Sum IM. *Lipoprotein (a) and hyperlipidemia*. Chung. Hua. Nieko. Tsa-chich 1993; 35(4), 246.
- 6- Lovejoy JC, Most MM, Lefver M, Greenway FL, Raad JC. *Effect of diets enriched in almonds on insulin action and serum lipids in adults with normal glucose tolerance*. Am J Nutr 2002; 76(5): 1000-6.
- 7- Spiller GA, Jenkins DJ, Cragen LN, Gates JE, Boselloo, Berrak, SM et al. *Effect of diet high in monosaturated fat from research and studies center*. American Coll Nutr 1992; 11(5): 126-30.
- 8- Jenkins DJ, Kendall CW, Marchie A, Parker TL, Connelly KG, Spiller GA. *Response of Almonds on blood lipids, oxidized low density lipoprotein (a) in hyperlipidemic subjects*. Circulation 2002; 106(11): 1327-32.
- 9- liuyi. *Effect of Almond intake on risk factor of coronary heart disease in hyperlipidemic patients and amins*. Curr Atheroscle Rep 2002; 4(3): 211-2.
- 10- Sabate J, Haddad E, Tanzman JS, Jambazian P, Rajaram S. *Serum lipids response to the graduated enrichment of step I diet with almonds; A randomized feeding trial*. Am J clin nutr 2003; 77(6); 1379-84