

The Effects of Fortified Carrot Juice with Beta Carotene on Insulin Resistance Indices in Patients with Type II Diabetes

Atena Ramezani¹, Farideh Tahbaz¹, Shahin Rasouli², Tirang Reza Nistani¹, Bahram Rashidkhani¹, Mehdi Hedayati³

¹ Department of Nutrition, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² General Medicine

³ Department of Internal, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received July 14, 2010 ; Accepted October 24, 2010)

Abstract

Background and purpose: The role of beta carotene in glucose metabolism in type II diabetes is unclear. Thus this study was designed to investigate the effect of fortified carrot juice with beta carotene on glycemic indices in these patients.

Materials and methods: This randomized controlled double blind clinical trial was performed on 44 patients with type II diabetes. Initially patients were randomly divided into two groups of consuming 200 ml of carrot juice fortified with 10 mg of beta carotene (group A) and another group having 200 ml of carrot juice (group B). Both groups consumed carrot juice daily with their lunch (exchanged with one serving of cereals). Twenty four hour dietary recalls were done on 3 consecutive days and 6 alternate days at the beginning and the end of the study. The serum levels of glucose, insulin and beta carotene in fasting blood samples were measured at the beginning and the end of week 8 and insulin resistance was calculated. Finally food consumption data were analyzed by nutritionist IV and statistical analysis were performed using SPSS version 11.5.

Results: The level of beta carotene in serum was significantly increased in group A compared with group B. Glycemic indices were slightly changed during 8 weeks in this study which were not statistically significant.

Conclusion: In this group of patients with type II diabetes, consumption of 200 ml carrot juice fortified with beta carotene for 8 weeks caused a significant increment in the levels of serum antioxidants with no significant changes in glycemic indices.

Key words: Type II diabetes, carrot juice, beta carotene, serum glucose, serum insulin

J Mazand Univ Med Sci 2010; 20(78): 59-68 (Persian).

اثرات مصرف آب هویج غنی شده با بتاکاروتن بر روی شاخص مقاومت به انسولین در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

آتنا رمضانی^۱ فریده طاهباز^۱ شاهین رسولی^۲
تیرنگ رضا نیستانی^۱ بهرام رشیدخانی^۱ مهدی هدایتی^۳

چکیده

سابقه و هدف: چگونگی نقش بتاکاروتن در متابولیسم گلوکز در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نامشخص می باشد. لذا مطالعه حاضر به منظور بررسی تاثیر آب هویج غنی شده با بتاکاروتن بر سطح شاخص های گلیسمی در این بیماران طراحی گردید. **مواد و روش ها:** این کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور کنترل شده بر روی ۴۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ صورت گرفت. ابتدا بیماران به طور تصادفی به دو گروه دریافت کننده ۲۰۰ میلی لیتر آب هویج غنی شده با ۱۰ میلی گرم بتاکاروتن (گروه الف) و آب هویج معمولی (گروه ب) تقسیم شدند. هر دو گروه به مدت ۸ هفته، هر روز آب هویج را در وعده ناهار (به جای یک واحد غلات) دریافت نمودند. یادآمد ۲۴ ساعته خوراک در ۳ روز متوالی و ۶ روز غیر متوالی در ابتدا و انتهای مطالعه گرفته شد. سطوح گلوکز، انسولین و بتاکاروتن سرم در نمونه های خون ناشتا در شروع و پایان هفته هشتم اندازه گیری و مقاومت انسولین محاسبه شد. در نهایت داده های بررسی مصرف مواد غذایی با Nutritionist IV و نرم افزار SPSS 11.5 مورد آنالیز قرار گرفتند.

یافته ها: سطح بتاکاروتن سرم به طور معنی داری در گروه الف، نسبت به گروه ب، افزایش یافت. سطح شاخص های گلیسمی مورد نظر در این تحقیق طی ۸ هفته مداخله به صورت جزئی تغییر کردند که این تغییرات به لحاظ آماری معنی دار نبودند. **استنتاج:** در این گروه از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مصرف روزانه ۲۰۰ میلی لیتر آب هویج غنی شده با ۱۰ میلی گرم بتاکاروتن به مدت ۸ هفته بدون تغییر معنی داری در شاخص های گلیسمیک، سبب افزایش سطح آنتی اکسیدانی سرم گردید.

واژه های کلیدی: دیابت نوع دو، آب هویج، بتاکاروتن، گلوکز سرم، انسولین سرم

مقدمه

در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو قدرت دفاع آنتی - اکسیدانی به علت استرس اکسیداتیو ایجاد شده در نتیجه رادیکال های آزاد، کاهش می یابد (۱). کنترل گلیسمیک ضعیف، گلیکوزیلاسیون پروتئین ها و پراکسیداسیون

لیپیدی، در این بیماران منجر به آسیب های بافتی شده و عوارض دیابت از جمله بیماری های قلبی و عروقی ظاهر می گردد (۲). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ اعلام کرده بود علت مرگ و میر ۵۰ درصد بیماران

E-mail: farideh.tahbaz@gmail.com

مؤلف مسئول: فریده طاهباز - تهران: شهرک غرب، بلوار شهید فرحزادی، خیابان ارغوان غربی، پلاک ۴۶

۱. گروه تغذیه، دانشکده و انستیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. پزشکی عمومی

۳. گروه داخلی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۴/۱۵ تاریخ تصویب: ۸۹/۸/۲

دیابتی در نتیجه بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد (۳). نتایج مطالعات نشان داده است، به دنبال استرس اکسیداتیو، ذخایر آنتی اکسیدانی به ویژه سطوح کاروتنوئیدها، کاهش می‌یابند (۴). بیشتر تحقیقات انجام شده در مورد نقش بتاکاروتن در متابولیسم گلوکز بصورت مقطعی انجام شدند و به نتایج متناقضی دست یافته‌اند. ولی اکثراً تأثیر آن بر متابولیسم کربوهیدرات‌ها را به ویژگی آنتی اکسیدانی بتاکاروتن نسبت داده‌اند، با این وجود هنوز وضعیت بتاکاروتن و رتینول سرم و تأثیرات آن بر عوامل سرمی، در بیماران دیابتی به خاطر نتایج متناقض، مورد بحث است (۲). بیشتر مطالعات کاهش سطح بتاکاروتن سرم را در بیماران دیابتی نوع یک و دو گزارش نموده‌اند (۵-۹). کاروتنوئیدهای سرمی به خصوص بتاکاروتن در خنثی کردن رادیکال‌های آزاد ایجاد شده و از بین بردن استرس اکسیداتیو، موثر می‌باشند و احتمالاً نقش حمایتی در جلوگیری از پیشرفت بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی بازی می‌کنند (۵). مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که بتاکاروتن در مطالعات کشت سلولی در آزمایشگاه، بر بیان ژنی بعضی از آنزیم‌های درگیر در متابولیسم کربوهیدرات‌ها اثر می‌گذارد (۲). البته بیشتر این نتایج از مطالعات مقطعی بدست آمده و مطالعات طولی روی ارتباط بتاکاروتن با حساسیت انسولین و ترشح انسولین به ندرت انجام شده است (۱۰) و تنها Kameji و همکاران در سال ۲۰۱۰ در مطالعه‌ای نشان دادند بتاکاروتن سبب افزایش ترشح انسولین و افزایش حساسیت سلول‌ها به انسولین می‌گردد (۱۱). ویتامین‌ها از جمله مواد مغذی آلی می‌باشند که در مقادیر کم برای انواع عملکردهای بیوشیمیایی در بدن مورد نیازند. انسان به طور معمول آنها را نمی‌سازد، از این رو نبود یا کمبود آنها در رژیم غذایی منجر به عوارض مربوطه می‌گردد. بتاکاروتن نیز از جمله مواد مغذی است که نقش آن در پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری‌ها ناشناخته است (۱۲).

هویج یکی از سبزی‌های ریشه‌ای قابل دسترس در تمام فصول است که به عنوان منبع مهم بتاکاروتن شناخته شده است (۱۳) ولی کمتر در مطالعات مداخله‌ای از آن برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده شده است. بنابراین با توجه به این که نتایج بررسی‌های مقطعی در زمینه تأثیر بتاکاروتن همبستگی منفی سطح سرمی بتاکاروتن با شاخص‌های گلیسمی را نشان داده‌اند، این کار آزمائی بالینی با هدف تعیین این ارتباط طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور بود که بر روی ۴۹ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفت. بدین منظور ابتدا پرونده افراد دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به انجمن دیابت طبرستان (مادر) در شهر ساری مورد بررسی قرار گرفت. افرادی که دارای پرونده فعال بوده و در آخرین آزمایش موجود در پرونده آنها گلوکز خون ناشتای بیشتر یا مساوی ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر ثبت شده بود و سابقه ابتلا به بیماری‌های عفونی، آلرژی و تیروئیدی و کبدی نداشتند و هیچ نوع مکمل ویتامینی و املاح استفاده نمی‌کردند، انتخاب شدند. سپس با هر یک از بیماران تماس تلفنی گرفته شد و از آنها، برای حضور در انجمن دیابت دعوت بعمل آمد. در آن روز موضوع، اهداف، روش اجرای مطالعه و شیوه مصرف آب هویج و ضرورت عدم تغییر رژیم غذایی معمول در طول دوره مداخله به تفصیل به بیماران توضیح و آموزش‌های لازم داده شد. سپس از بیماران داوطلب شرکت در این مطالعه، رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. در روز معین از این بیماران در حالت ناشتا ۶ میلی لیتر نمونه خون، به منظور آزمایش‌های بیوشیمیایی، گرفته شد. همچنین در آن روز برگه یاد آمد ۲۴ ساعته خوراک بیماران توسط پژوهشگر تکمیل شد. بیماران به روش تقسیم تصادفی طبقه‌بندی شده براساس جنس، به دو گروه دریافت

کننده روزانه ۲۰۰ میلی لیتر آب هویج غنی شده با ۱۰ میلی گرم بتاکاروتن (گروه الف) و گروه دریافت کننده آب هویج معمولی (گروه ب) تقسیم شدند. از بیماران در گروه الف خواسته شد، روزانه ۲۰۰ میلی لیتر آب هویج غنی شده با ۱۰ میلی گرم بتاکاروتن را همراه با وعده نهار به جای یک واحد کربوهیدرات (ترجیحاً یک واحد نان و یا برنج) و همچنین افراد در گروه ب روزانه ۲۰۰ میلی لیتر آب هویج معمولی را همراه با وعده نهار به جای یک واحد کربوهیدرات (ترجیحاً یک واحد نان و یا برنج) جانشین کنند. از آنان درخواست شد که طی مدت بررسی، رژیم غذایی و دیگر منابع غذایی غنی از کاروتنوئیدها و فعالیت بدنی (۱۴) خود را تغییر ندهند. بدین منظور در ابتدای مطالعه به بیماران در گروه (الف) پاکت‌های حاوی آب هویج غنی شده (محصول شرکت سن ایچ) و به بیماران در گروه (ب) آب هویج غنی نشده (معمولی) برای مصرف ۱۰ روز آن‌ها، داده شد و هر ۱۰ روز یک بار به منزل بیماران مراجعه کرده و بسته آب هویج مربوطه برای ۱۰ روز بعد در اختیار بیماران قرار داده شد. به این ترتیب این عمل تا پایان هفته ۸ مطالعه تکرار شد. در پایان مطالعه (در پایان هفته هشتم) مجدداً با افراد تحت مطالعه تماس تلفنی گرفته و از آن‌ها دعوت شد تا در روز خاصی برای آزمایش خون مرحله دوم در انجمن حضور یابند. نمونه‌های خون گرفته شده از بیماران در شروع مطالعه و پایان هفته هشتم جمع‌آوری گردید و شاخص‌های مربوطه اندازه‌گیری شدند. اطلاعات پرسشنامه‌های یادآمد خوراک با استفاده از نرم‌افزار تغذیه‌ای Nutritionist IV استخراج شدند و در نهایت تمام داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. به منظور اندازه‌گیری شاخص‌های گلیسمیک، از همه افراد توسط کارشناس علوم آزمایشگاهی ۶ میلی لیتر خون پس از ۱۲ تا ۱۴ ساعت ناشتا بودن و پیش از مصرف قرص‌های کاهنده قند خون از محل ورید آنته کوبیتال دست چپ در وضعیت نشسته، بعد از ۵

دقیقه استراحت با سرنگ ۱۰ میلی لیتر گرفته شد. خونگیری در ساعت ۸ تا ۹/۵ صبح در محل آزمایشگاه حضرت ابوالفضل ساری (واقع در طبقه پائین انجمن دیابت طبرستان) صورت گرفت. نمونه‌های خون گرفته شده در لوله‌های آزمایش ۱۰ میلی لیتری شیشه‌ای جمع‌آوری شدند و پس از ۱۰ دقیقه انکوباسیون در دمای اتاق و لخته شدن، سرم حاصله به کمک سانتریفیوژ ۳۵۰۰ دور در دقیقه بر مبنای g به مدت ۱۰ دقیقه (در دمای ۴ درجه سانتی گراد) جدا شدند. سطوح گلوکز ناشتا سرم به روش آنزیماتیک با استفاده از کیت تجاری (پارس آزمون، ایران) و به کمک دستگاه اتوآنالیزر (Selectra E, Vitalab, Netherland) اندازه‌گیری و انسولین ناشتا پلاسما با روش Sandwich ELISA با استفاده از کیت Mercodia AB سوئد، اندازه‌گیری شد. مقاومت به انسولین نیز با استفاده از فرمول

$$\text{HOMA-IR} = \frac{\text{انسولین ناشتا (mU/L)} \times \text{گلوکز ناشتا (mmol/L)}}{22.5}$$

محاسبه گردید (۱۵). همچنین برای اندازه‌گیری سطح سرمی بتاکاروتن بیماران در شروع و پایان مطالعه از روش HPLC استفاده شد. شاخص‌های بیوشیمیایی مذکور یکبار در ابتدای ورود به مطالعه و یک بار در پایان هفته هشتم (انتهای مداخله) طبق روش‌های ذکر شده اندازه‌گیری شدند.

اطلاعات عمومی بیماران شامل جنس، سن و مدت زمان تشخیص بیماری دیابت در پرسشنامه‌ای ثبت شد. نوع و دوز داروی قند خون و فعالیت بدنی در ابتدا و انتهای مطالعه ثبت و در طول مطالعه مورد پیگیری قرار گرفتند. وزن و قد با ترازوی عقربه‌ای دارای قد سنج (Seca، آلمان) بدون پالتو، کت و بدون کفش به ترتیب با دقت ۱۰۰ گرم و ۰/۵ سانتی متر اندازه‌گیری شدند و نمایه توده بدن (BMI) از تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر مربع) محاسبه گردید (۱۶). دور کمر (وسط بین آخرین دنده تحتانی و حاشیه بالایی ستیغ

ایلیاک) و دور باسن (بزرگترین محیط باسن) نیز با استفاده از متر نواری و با حداقل پوشش در وضعیت ایستاده و با دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه گیری شد. شاخص های تن سنجی مزبور یکبار در ابتدای ورود به مطالعه و یکبار در انتهای مطالعه (پایان هفته هشتم) تعیین گردیدند.

جهت تعیین میزان دریافت انرژی، پروتئین، کربوهیدرات، چربی کل، اسیدهای چرب اشباع (SFA)، اسیدهای چرب غیر اشباع با یک پیوند دوگانه (MUFA)، اسیدهای چرب غیر اشباع با چند پیوند دوگانه (PUFA)، فیبر، کلسترول و بعضی ویتامین ها و املاح دارای فعالیت آنتی اکسیدانی از پرسشنامه یادآمد ۲۴ ساعته خوراک استفاده شد. یادآمد خوراک ۲۴ ساعته در ۳ روز متوالی (شامل یک روز تعطیل) در ابتدا و ۶ روز غیر متوالی در طول مطالعه هر ۱۰ روز یکبار با مراجعه به منازل بیماران توسط کارشناس تغذیه گرفته شد و علاوه بر تکمیل پرسشنامه یاد آمد خوراک، کارت های داده شده (به منظور علامت گذاری روزهای مصرف آب هویج) جمع آوری گردید و آب هویج برای ۱۰ روز بعد در اختیار بیماران قرار داده شد. مصرف آب هویج علاوه بر مراجعات منظم، با تماس تلفنی نیز به طور مرتب پیگیری شد.

برای اندازه گیری بعضی از شاخص های شیمیایی، آب هویج ابتدا، در شرکت عالیفر (سن ایچ)، مورد آنالیز قرار گرفت، سپس به منظور اطمینان مجدد، ۳ نمونه از هر دو نوع آب هویج مورد مطالعه (غنی شده با بتاکاروتن و معمولی) انتخاب و در آزمایشگاه رفرانس کنترل کیفی مواد غذایی مازندران شاخص های مورد نظر شامل pH (۱۷)، بریکس (۱۷) و درصد پروتئین (۱۸) و چربی (۱۹) و درصد کل کربوهیدرات (۱۷) و میزان بتاکاروتن در ۲۰۰ میلی لیتر (۲ مرتبه در ابتدا و انتهای مطالعه) اندازه گیری شد.

تجزیه و تحلیل آماری داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ صورت گرفت. جهت مقایسه

متغیرهای کیفی مخدوش کننده (فعالیت بدنی) بین دو گروه مورد بررسی از آزمون Chi-Square استفاده شد. جهت مقایسه میانگین متغیرهای کمی مخدوش کننده شامل اندازه های تن سنجی و عوامل رژیم غذایی در فواصل مختلف در هر دو گروه از آزمون آنالیز واریانس برای داده های تکراری استفاده گردید. برای مقایسه میانگین آن ها بین دو گروه از آزمون T-test استفاده شد. در مورد سایر متغیرهای کمی که در طول مطالعه تنها دو بار اندازه گیری شدند، در صورتی که توزیع آنها نرمال بود، از آزمون های Paired T-test و Unpaired T-test و در صورتی که توزیع آنها نرمال نبود، از آزمون های Wilcoxon و Mann-Whitney استفاده شد.

در مورد رعایت ملاحظات اخلاقی از آنجائی که غلظت سرمی بتاکاروتن در بیماران دیابتی نوع دو پایین است (۵، ۹-۷، ۲۰) و با توجه به این که بتاکاروتن در مقدار افزوده شده فاقد اثرات جانبی می باشد (۲۱)، انجام این مطالعه از نظر اخلاقی فاقد اشکال بود. افزون بر این از بیماران داوطلب شرکت کننده در این بررسی برگه رضایت نامه آگاهانه اخذ گردید و این تحقیق از نظر رعایت اصول اخلاقی مورد تأیید کمیته اخلاق انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور قرار گرفت.

یافته ها

در این مطالعه از مجموع ۴۹ بیمار دیابتی نوع دو شرکت کننده، ۵ بیمار (۳ بیمار از گروه الف و ۲ بیمار از گروه ب) به دلیل مسافرت و عدم ادامه همکاری و تغییر دوز مصرف داروهای قند خون و یا استفاده از داروهای کاهنده چربی خون، از مطالعه حذف شدند. ۴۴ بیمار، شامل ۲۲ بیمار در گروه الف (دریافت کننده آب هویج غنی شده با بتاکاروتن) و ۲۲ بیمار در گروه ب (دریافت کننده آب هویج معمولی) مورد بررسی قرار گرفتند. تمام افراد مورد مطالعه (در هر دو گروه) به

دیابت غیر وابسته به انسولین مبتلا بودند و تحت درمان با داروهای خوراکی کاهنده قندخون بودند. تعداد زنان و مردان در هر دو گروه مساوی بود به طوری که ۵۰ درصد (۱۱ نفر) مرد و ۵۰ درصد (۱۱ نفر) زن بودند. میانگین $\pm$ انحراف معیار سن بیماران در گروه الف و گروه ب به ترتیب $54/8 \pm 5/1$ و $55/9 \pm 5/5$ سال بود که از این نظر تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. مدت ابتلا به بیماری در گروه الف $3 \pm 4/6$ سال و در گروه ب $2/9 \pm 4/6$ سال بود. در مورد فعالیت بدنی مشخص گردید که در گروه الف ۱۰ نفر (۴۵/۵ درصد) فعالیت سبک، ۱۱ نفر (۵۰ درصد) فعالیت متوسط و ۱۱ نفر (۴/۵ درصد) فعالیت سنگین داشتند. در حالی که در گروه ب ۱۱ نفر (۵۰ درصد) فعالیت سبک و ۱۱ نفر (۵۰ درصد) فعالیت متوسط داشتند که به این ترتیب از نظر نوع و شدت فعالیت بدنی به لحاظ آماری تفاوتی معنی داری بین دو گروه دیده نشد.

میانگین و انحراف معیار شاخص های تن سنجی در ابتدا و انتهای مطالعه (پایان هفته هشتم) در هر دو گروه الف و ب در جدول شماره ۱ دیده می شود. میانگین وزن، BMI، دور کمر و دور باسن بیماران در شروع مطالعه، پایان هفته هشتم، بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری نداشت و در هر دو گروه نیز در طول مطالعه هیچ تغییر آماری معنی داری از نظر وزن و BMI مشاهده نگردید.

همان طوری که در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است، میانگین انرژی، کربوهیدرات، پروتئین، فیبر، کل چربی، کلسترول و اسیدهای چرب اشباع، MUFA و PUFA، و همچنین ویتامین E و C، روی و فولات دریافتی (به علت ویژگی آنتی اکسیدانی آنها) در شروع مطالعه، در طول مطالعه و پایان هفته هشتم بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری نداشت و تنها تفاوت مقدار بتاکاروتن مصرفی در پایان هفته چهارم و پایان هفته هشتم بین گروه الف و گروه ب از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/01$).

در شروع مطالعه گروه الف و گروه ب، از نظر میانگین غلظت بتاکاروتن سرم تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند ($p = 0/89$). اما در انتهای هفته هشتم دو گروه از نظر میزان بتاکاروتن سرم تفاوت آماری معنی داری پیدا کردند ($p = 0/02$). در پایان هفته هشتم غلظت بتاکاروتن سرم در گروه الف بطور معنی داری بیشتر از زمان شروع مطالعه بود ($p < 0/001$). همچنین، میزان افزایش غلظت بتاکاروتن سرم در گروه دریافت کننده آب هویج غنی شده با بتاکاروتن در مقایسه با گروه ب از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0/01$ ، جدول شماره ۳).

میانگین غلظت گلوکز و انسولین در سرم ناشتا و میزان مقاومت به انسولین (Insulin Resistance) در شروع مطالعه از نظر آماری، تفاوت معنی داری در دو گروه مورد بررسی نداشتند و در طول دوره مطالعه نیز تغییر معنی داری در غلظت گلوکز و انسولین نمونه های سرم ناشتا و میزان مقاومت به انسولین در دو گروه الف و گروه ب، مشاهده نگردید (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: شاخص های تن سنجی در افراد مورد مطالعه در شروع و پایان مطالعه

زمان مطالعه		گروه *	شاخص ها
پایان هفته هشتم (n = 22)	شروع مطالعه (n = 22)		
$73/9 \pm 10/8$	$74 \pm 10/7$	(الف)	وزن
$72/5 \pm 10/6$	$72/5 \pm 10/6$	(ب)	(kg)
0/67	0/65		p-value
$28/3 \pm 5/3$	$28/3 \pm 5/3$	(الف)	BMI
$28/5 \pm 3/5$	$28/5 \pm 3/5$	(ب)	(kg/m ²)
0/87	0/88		p-value
$93/1 \pm 11/9$	$93/1 \pm 11/7$	(الف)	دور کمر
$95 \pm 7/3$	$94/8 \pm 7/2$	(ب)	(cm)
0/52	0/57		p-value
$103 \pm 12/4$	$103/5 \pm 12/6$	(الف)	دور باسن
$101/8 \pm 7/4$	$101/8 \pm 7/5$	(ب)	(cm)
0/59	0/58		p-value

اعداد به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار هستند.

* گروه الف: دریافت کننده آب هویج غنی شده با بتاکاروتن و گروه ب: دریافت کننده آب هویج معمولی

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار انرژی و مواد مغذی دریافتی روزانه در زمان های مختلف در بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه

انرژی و ترکیبات رژیم غذایی	گروه *	زمان مطالعه		
		شروع مطالعه (n = ۲۲)	پایان هفته چهارم (n = ۲۲)	پایان هفته هشتم (n = ۲۲)
انرژی	(الف)	۱۶۳۰/۹±۱۱۶	۱۶۰۸/۸±۱۵۲/۶	۱۶۱۹/۸±۱۵۶/۲
(kcal/d)	(ب)	۱۶۹۱/۴±۱۵۴/۸	۱۶۷۸/۵±۱۵۹/۲	۱۶۸۹/۶±۱۶۱/۹
p-value		۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۱۵
کل پروتئین	(الف)	۷۷/۲±۱۸/۶	۶۸/۷±۱۷/۹	۷۴/۷±۱۴/۲
(g/d)	(ب)	۸۱/۶±۱۷/۵	۶۹/۷±۱۷/۱	۷۳/۰۲±۱۶/۰۸
p-value		۰/۴۲	۰/۸۵	۰/۷۰
کربوهیدرات	(الف)	۲۲۳/۴±۴۹/۲	۲۴۰/۹±۳۴/۱	۲۳۷/۸±۳۱/۰۸
(g/d)	(ب)	۲۴۵/۴±۳۷/۶	۲۵۳/۱±۳۰/۷	۲۴۹/۸±۲۶/۴
p-value		۰/۱	۰/۲۱	۰/۱۷
فیبر	(الف)	۶/۵±۲/۹	۷/۵±۲/۳	۸/۳±۲/۶
(g/d)	(ب)	۶/۸±۲/۴	۸/۶±۲/۲	۸/۶±۲/۰۵
p-value		۰/۷۴	۰/۱۱	۰/۶۴
کل چربی	(الف)	۴۲/۵±۱۴/۷	۴۴/۸±۱۳/۵	۴۲/۴±۱۲/۲
(g/d)	(ب)	۴۵/۲±۱۳/۸	۴۶/۸±۱۲/۵	۴۵/۸±۱۱/۹
p-value		۰/۵۲	۰/۶۲	۰/۳۵
کلسترول	(الف)	۲۰۶/۳±۱۴۹/۰۶	۲۳۷/۲±۱۴۷/۱	۲۱۹/۱±۱۲۹/۶
(mg/d)	(ب)	۲۵۴/۱±۲۰۶/۱	۲۳۱/۰۳±۱۳۱/۶	۲۱۳/۵±۱۱۰/۸
p-value		۰/۳۸	۰/۸۸	۰/۸۷
اسیدهای چرب اشباع	(الف)	۱۷/۲±۵/۴	۱۸/۷±۵/۰۶	۱۸/۴±۳/۶
(g/d)	(ب)	۱۸/۷±۶	۱۹/۴±۴/۷	۲۰±۳/۶
p-value		۰/۳۹	۰/۶۴	۰/۱۵
اسیدهای چرب با یک پیوند دو گانه (MUFA)	(الف)	۱۱/۹±۶/۲	۱۲/۰۸±۴/۱	۱۱/۱±۳/۴
(g/d)	(ب)	۱۳/۶±۷/۶	۱۲/۳±۳/۶	۱۲/۲±۳/۴
p-value		۰/۴۱	۰/۸۱	۰/۳
اسیدهای چرب با چند پیوند دو گانه (PUFA)	(الف)	۸/۸±۶/۲	۹/۴±۶/۶	۸/۶±۶/۶
(g/d)	(ب)	۹/۴±۷/۴	۱۰/۳±۶/۲	۹/۸±۶/۵
p-value		۰/۷۷	۰/۶۵	۰/۵۶
ویتامین C	(الف)	۱۰۳/۲±۶۸/۶	۹۷/۶±۴۶/۵	۹۰/۳±۳۱/۶
(mg/d)	(ب)	۹۷/۳±۶۱/۳	۱۰۰/۹±۴۷/۵	۱۰۳/۸±۴۱/۹
p-value		۰/۷۶	۰/۸۱	۰/۲۳
ویتامین E	(الف)	۳/۹±۲/۵	۲/۷±۱/۴	۲/۳±۱/۷
(mg/d)	(ب)	۳/۱±۲/۴	۲/۴±۲	۲/۹±۱/۷
p-value		۰/۲۸	۰/۶۳	۰/۲۷
فولات	(الف)	۳۰۵/۵±۱۸۸/۲	۱۸۷/۹±۷۳/۹	۲۳۸/۱±۷۴/۵
(mg/d)	(ب)	۲۷۳/۸±۱۵۶/۸	۱۹۵/۴±۷۹/۶	۲۷۰/۳±۱۱۳/۸
p-value		۰/۵۴	۰/۷۴	۰/۲۷
روی	(الف)	۷/۲±۲/۵	۸/۳±۲/۳	۸/۹±۲/۰۲
(mg/d)	(ب)	۸/۲±۲/۵	۷/۶±۱/۸	۸/۹±۱/۹
p-value		۰/۴۶	۰/۳	۰/۹۹
بتاکاروتن	(الف)	۴۱۴/۹±۳۹۷/۸	۱۵۳۹۴/۸±۱۷۳	۱۵۴۵۷/۱±۲۶۹/۲
(μg/d)	(ب)	۳۹۳±۳۹۹/۹	۵۴۰۲/۴±۲۹۲/۵	۵۴۹۱/۹±۲۸۵/۱
p-value		۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

* گروه الف: دریافت کننده آب هویج غنی شده با بتاکاروتن و گروه ب: دریافت کننده آب هویج معمولی

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار غلظت شاخص های گلیسمی سرم و میزان تغییرات آنها در بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه

شاخص ها	گروه *	تعداد	زمان مطالعه		میزان تغییرات
			شروع مطالعه	پایان مطالعه	
گلوکز سرم ناشتا (mg/dl)	(الف)	۲۲	۱۵۳/۷±۲۱/۳	۱۴۹/۵±۱۹/۱	-۴/۲±۲۳/۳
	(ب)	۲۲	۱۵۹/۳±۲۹/۹	۱۵۴/۵±۳۳/۱	-۴/۷±۲۱/۶
p-value			۰/۴۸	۰/۵۴	۰/۹۴
انسولین سرم ناشتا (mU/l)	(الف)	۲۲	۶/۰۳±۲/۸	۵/۶±۳/۴	-۰/۳±۲/۰۳
	(ب)	۲۲	۵/۸±۳/۷	۶/۳±۳/۳	+۰/۴±۲/۴
p-value			۰/۸۸	۰/۴۷	۰/۲
HOMA-IR	(الف)	۲۲	۲/۲±۱/۱	۲/۰۳±۱/۳	-۰/۲۵±۱/۰۱
	(ب)	۲۲	۲/۴±۱/۷	۲/۵±۱/۶	+۰/۱±۱/۱
p-value			۰/۷۴	۰/۲۵	۰/۲۳
بتاکاروتن (μg/dl)	الف	۲۲	۱۷/۵±۱۴/۹	۱۱۱/۹±۶۴/۹	۹۴/۴±۵۶/۹
	ب	۲۲	۱۶/۹±۱۲/۷	۷۲/۹±۴۳/۹	۵۵±۳۷
p-value			۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۱

* گروه الف: دریافت کننده آب هویج غنی شده با بتاکاروتن و گروه ب: دریافت کننده آب هویج معمولی

جدول شماره ۴: نتایج آزمایش نمونه های آب هویج (غنی شده با بتاکاروتن و معمولی)

آب هویج	نتیجه ابتدای مطالعه	نتیجه انتهای مطالعه
معمولی		
pH	۵	۵/۱
بریکس	۷۰	۷۰
پروتئین (g/dl)	۱/۹	۱/۹
چربی (g/dl)	۰/۱۴	۰/۱۵
کربوهیدرات (g/dl)	۹/۸	۹/۹
بتاکاروتن (mg/200cc)	۵/۳۳	۴/۹۳
آب هویج غنی شده با بتاکاروتن		
pH	۵	۵
بریکس	۶۹	۶۸
پروتئین (g/dl)	۱/۶۵	۱/۷
چربی (g/dl)	۰/۱۱	۰/۱۲
کربوهیدرات (g/dl)	۱۰/۰	۱۰/۱
بتاکاروتن (mg/200cc)	۱۵/۴۰	۱۵/۴۲

بحث

در این کار آزمایی بالینی مقایسه اثرات مصرف روزانه ۲۰۰ میلی لیتر آب هویج غنی شده با ۱۰ میلی گرم بتاکاروتن با مصرف همان مقدار آب هویج غنی نشده نشان داد، که مصرف هر دو نوع آب هویج در یک رژیم غذایی ایزوکالریک موجب افزایش معنی داری در سطح بتا کاروتن سرم شدند، بدون آن که تاثیر معنی داری بر سطوح گلوکز و انسولین خون داشته باشند.

هر چند که افزایش بتا کاروتن سرم پس از مصرف آب هویج غنی شده به طور قابل ملاحظه ای بیشتر از آب هویج غنی نشده بود. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند، رژیم غذایی غنی از کاروتنوئیدها مرتبط با کاهش خطر بیماری های قلبی و عروقی می باشد (۲۲، ۲۳). رادیکال های آزاد ایجاد شده در بدن می توانند، عملکرد انسولین را به وسیله تغییر وضعیت فیزیکی غشای پلاسمایی سلول های هدف انسولین، آسیب بزند، تحقیقات در این زمینه نشان داده اند که بتاکاروتن با فعالیت های آنتی اکسیدانی خود سبب خنثی کردن رادیکال های آزاد و پیشگیری از آسیب عملکرد آن می گردد (۲).

یافته های این تحقیق نشان داد که قند خون ناشتا پس از مصرف ۲۰۰ میلی لیتر آب هویج غنی شده با بتاکاروتن به مدت ۸ هفته در مقایسه با آب هویج معمولی تغییر معنی داری نکرد. این یافته همسو با یافته Czernichow و همکاران در سال ۲۰۰۶ بود (۲۴)، در حالی که در مطالعه ای دیگر با افزایش سطح سرمی بتاکاروتن، غلظت قندخون ناشتا و قندخون دو ساعته پلاسما کاهش یافتند (۵). پایدار بودن سطح قندخون ناشتا پس از ۸ هفته مصرف آب هویج غنی شده با بتاکاروتن دلیل بر نفی تاثیر بتاکاروتن بر این شاخص نمی باشد.

عوامل متعدد دیگری می‌توانند بر سطح قند خون تأثیر بگذارند که از آن جمله می‌توان تغییرات رژیم غذایی، وزن و استرس‌های روانی و توزیع چربی را نام برد که عدم تغییر رژیم غذایی و وزن در طی مداخله به نظر نمی‌رسد، عامل عدم تأثیر مصرف آب هویج غنی شده با بتاکاروتن بر سطح قند خون باشد، اما توزیع چربی بدن و همانطور که پیش‌تر ذکر شد، استرس‌های روانی در این مطالعه ارزیابی نشدند و شاید تغییرات ایجاد شده در نتیجه این عوامل، علت عدم تأثیر مصرف آب هویج غنی شده با بتاکاروتن بر سطح گلوکز خون باشد.

همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه ما در طی ۸ هفته مداخله، مصرف آب هویج غنی شده با بتاکاروتن و آب هویج معمولی در دو گروه الف و ب، موجب تغییر معنی‌داری در سطح سرمی انسولین ناشتا و مقاومت به انسولین نشدند. نقش بتاکاروتن در متابولیسم گلوکز هنوز به طور دقیق مشخص نشده است و مطالعات نقش این ماده مغذی را در متابولیسم کربوهیدرات به ویژگی‌های آنتی‌اکسیدانی بتاکاروتن نسبت داده‌اند. به نظر می‌رسد رادیکال‌های آزاد ایجاد شده در این بیماران، از طریق تغییر وضعیت فیزیکی غشای سلول‌های هدف، عمل انسولین را مختل می‌کنند و بتاکاروتن با خنثی کردن رادیکال‌های آزاد، ترشح و عملکرد انسولین را در تنظیم قند خون بهبود می‌بخشد (۲۵). تأثیر در سطح ژنی آنزیم‌هایی چون گلوکوکیناز، فسفو فروکتو کیناز و فسفوانول پیرووات که در متابولیسم گلوکز درگیرند و نقش بتاکاروتن در تنظیم ترشح انسولین و گلوکاگن از پانکراس می‌تواند از دیگر علل احتمالی تأثیر بتاکاروتن بر شاخص‌های گلیسمی باشند (۲). Kameji و همکاران در سال ۲۰۱۰ نشان دادند که بتاکاروتن با کاهش سطح شاخص‌های التهابی در آدیپوسیت‌های مقاوم به انسولین، می‌تواند سبب افزایش حساسیت سلول‌ها به انسولین گردد (۱۱). در مطالعه حاضر شاید بالا نبودن سطوح عوامل التهابی در این بیماران، با توجه به ارزیابی نشدن در این تحقیق، سبب عدم تأثیر آب هویج غنی شده با

بتاکاروتن بر سطح عوامل التهابی و به دنبال آن افزایش مقاومت به انسولین باشد.

در این تحقیق، مصرف ۸ هفته آب هویج غنی شده با بتاکاروتن، سبب افزایش کمی در سطح انسولین ناشتا در گروه الف گردید (جدول شماره ۳) که تاحدی می‌توان این یافته را همسو با یافته Kameji و همکاران دانست که نشان داد بتاکاروتن سبب افزایش ترشح انسولین می‌گردد (۱۱).

بنابراین از یافته‌های این کارآزمایی بالینی می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در این گروه از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مصرف روزانه ۲۰۰ میلی‌لیتر آب هویج غنی شده با ۱۰ میلی‌گرم بتاکاروتن به مدت ۸ هفته بدون تغییر معنی‌داری در شاخص‌های گلیسمیک، سبب افزایش سطح آنتی‌اکسیدانی سرم گردید.

یکی از محدودیت‌های این بررسی همانطور که پیش‌تر ذکر شد، شاید ارزیابی نکردن توزیع چربی بدن و استرس‌های روانی در این مطالعه با توجه به تأثیر احتمالی آنها بر سطح گلوکز سرم در این مطالعه باشد. احتمالاً مقدار بتاکاروتن اضافه شده و طول مدت مطالعه نیز از محدودیت‌های این تحقیق می‌باشند. با توجه به اینکه در مطالعات تأثیر بتاکاروتن بر ترشح انسولین و مقاومت به انسولین، از مقادیر فارماکولوژیک مختلف استفاده شده است، شاید عدم تأثیر آب هویج غنی شده با بتاکاروتن در این تحقیق به دلیل کافی نبودن مقدار مصرفی آب هویج غنی شده و یا کافی نبودن مقدار بتاکاروتن افزوده شده به ۲۰۰ میلی‌لیتر آب هویج باشد که ممکن است افزایش مقدار مصرفی آب هویج غنی شده با بتاکاروتن در روز و یا افزایش مقدار بتاکاروتن به ۲۰۰ میلی‌لیتر آب هویج مصرفی در روز بتواند این شاخص‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. البته به هنگام بالا بودن میزان دریافتی آب هویج غنی شده و یا افزودن مقدار بتاکاروتن در همان میزان آب هویج باید به محتوای انرژی آن و پیامد ناشی از مقادیر بالاتر بتاکاروتن توجه کافی مبذول گردد.

سپاسگزاری

کارخانه شرکت عالیفرد (سن ایچ) برای تامین دو نوع آب هویج و از آقای مهندس زین العابدین بابائی (کارشناس آزمایشگاه کنترل و کیفی استان مازندران) جهت انجام آزمایش های شیمیائی مربوطه و خانم اعظم غروی نوری به جهت همکاری در انجام این تحقیق متشکریم.

بدینوسیله از کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که در این بررسی شرکت نمودند صمیمانه تشکر می شود. از معاونت پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور جهت حمایت مالی سپاسگزاریم. از آقایان مهندس ساسان عامیار مدیر عامل و مهندس حمید اخوان مدیر واحد توسعه و تحقیق

References

1. Sundaran R, Bhaskar A, Vijayalingam S, Viswanathan M, Mohan R, Shanmugasundaram K.R, et al. Antioxidant status and lipid peroxidation in type 2 diabetes mellitus with and whitout complications. Clin Sci 1996; 90: 255-260.
2. Uosoro C.A.O, Echeji D.C, Usoro I.N, Nsonwu A.C. Effect of glycaemic control on serum Retinol and Beta carotene levels in type II diabetics in calabar. Nigeria Mal J Nutr 2006; 12(1): 55-65.
3. World Health Organization (WHO). The world health report. life in 21st century: avision for all. Genava WHO, 2008.
4. Bai S.K, Lee S, Na H, Ha K.S, Han J, Lee H. B-carotene inhibits inflammatory gene expression in lipopolysaccharide-stimulated macrophages by suppressing redox-based NF-kB activation. Exp and Mole Med 2005; 37(4): 323-334.
5. Coyne T, Ibiebele T.I, Baade P.D, Dobson A, McClintock C, Dunn S, et al. Diabetes mellitus and serum carotenoids: finding of a population-based study in Queensland Australia. Am J Clin Nutr 2005; 82: 685-693.
6. Anderson JW, Gowri MS, Turner J, Nichols L, Diwadkar VA, Chow CK, et al. Antioxidant supplementation effects on low-density lipoprotein oxidation for individual with type 2 diabetes mellitus. J Am Coll Nutr 1999; 18(5): 451-461.
7. Olmedilla R, Grenado F, Martinez G, Blanco I, Hildago R. Reference Values For Retinol, Tocopherol and main Carotenoids in Serum of Control and Insulin dependent Diabetic Spanish Subjects Clinical Chemistry. Clin Chem 1997; 43: 1066-1071.
8. Baena R, Compoy C, Bayes R, Blanca E, Fernandez J, Molin-Font J. Vitamin A, Retnol Binding Protein and lipids in Type 1 Diabetes Mellitus. Eur J Clin Nutr 2002; 56(1): 44-50.
9. Harrivi E, Baron H, Reshef A, Stein P, Raz A. Vitamins and trace metal status in non insulin dependent diabetes mellitus. Int J Vit Nutr Res 1991; 61: 328-333.
10. Arnlov J, Zethelius B, Riserus U, Basu C, Vessby B, Alfthan G, et al. Serum and dietary beta- carotene and alpha-tocopherol and incidence of type 2 diabetes mellitus in a community -based study of Swedish men: report from the Uppsala Longitudinal Study of Adult Men (ULSAM) study. Diabetologia 2009; 52: 97-105.
11. Kameji H, Mochizuki K, Miyoshi N, Goda T. β -Carotene accumulation in 3T3-L1 adipocytes inhibits the elevation of reactive oxygen species and the suppression of genes

- related to insulin sensitivity induced by tumor necrosis factor- α J Nutrition, 2010. [in press].
12. Mayes P.A. Glycolysis and the oxidation of pyruvate. In: RK Murray, PA Mayes, VW Rodwell(eds). Harpers Biochemistry. Twenty fifth edition, USA: Appleton and lange; 2000. PP 190-195.
 13. Nicolle C, Cardinault N, Aprikian O, Busserolles J, Grolier P, Rock E, et al. Effect of carrot intake on cholesterol metabolism and on antioxidant status in cholesterol-fed rat. Eur J Nutr 2003; 42: 254-261.
 14. Glenda L.K. Industrial Therapy. Appendix, T, St Louis: Mosby Led, 1994; PP 98-101.
 15. Matthews D.R, Hosker I.R, Rudenski A.S, Naylor B.A, Treacher D.F, Turner R.C. Homeostasis Model Assessment: insulin resistance and Beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. Diabetologia 1985; 28: 417-419.
 16. Heymsfield S, Baumgartner R, Pan S. Nutritional assessment of malnutrition by anthropometric methods. In: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. 9th ed, USA: Lippincott Williams and Wilkines; 1999. P 916.
 17. Institute of Standards and Industrial Research of Iran. Fruit juice: testing methods. ISIRI no 2685. 1st revision, Karaj: ISIRI; 2000 [in Persian].
 18. Horwitz W. Official Method of Analysis. Vol 2. 17th ed, Margland: AOAC International; 2000; P 37.
 19. Horwitz W. Official Method of Analysis. Vol 2. 17th ed, Margland: AOAC International; 2000; P 33.
 20. Martinoli L, Di Felice M, Seghieri G, Ciuti M, De Giorgio LA, Fazzini A, et al. plasma Retinol And Tocopherol concentrations in insulin Dependent Diabetes Mellitus; Their Relationship to Microvascular Complications. Int J Vit Nutr Res 1993; 63: 87-92.
 21. Miccozi MS, Brown ED, Taylor PR, Wolfe E. Carotenodermia in men with elevated carotenoid intake from foods and beta-carotene supplements. Am J Clin Nutr 1988; 48: 1061-1064.
 22. Harari A, Harates D, Marko D, Cohen H, Barshack I, Kamari Y. A 9-cis B-carotene-Enriched Diet Hibits Atherogenesis and Fatty liver Formation in LDL Receptor Knockout Mice. J Nutr 2008; 138: 1923-1930.
 23. Hozawa A, Jacobs D.R, Steffes M.W, Gross M.D, Steffen L.M. Relationship of circulating carotenoid concentrations with several markers of inflammations, oxidative stress and endothelial dysfunction: the coronary artery risk development in young adult(CARDIA)/ young adult longitudinal trend in antioxidants (YALTA) study. Clin Chem 2007; 43(3): 447-455.
 24. Czernichow S, Couthouis A, Bertrais S, Vergnaud A, Dauchet L, Galan P. Antioxidant supplementation does not affect fasting plasma glucose in the Supplementation with Antioxidant Vitamins and Minerals (SU.VI.MAX) study in France: association with dietary intake and plasma concentrations. Am J Clin Nutr 2006; 84: 395-399.
 25. Ylonen K, Alfthan G, Groop L, Saloranta C, Aro A, Virtanen SM, et al. Dietary intakes and plasma concentrations of carotenoids and tocopherols in relation to glucose metabolism in subjects at high risk of type II diabetes: the Botnia Dietary Study. Am J Clin Nutr 2003; 77(6): 1434-1441.