

## ۴ علت تغذیه‌ای ضعف و بی‌حالی

علاوه بر حساسیت‌های غذایی، ترکیب نامتناسب و نامتعادل رژیم غذایی نیز به ویژه ممکن است در ایجاد حالت ضعف مزمن دخالت داشته باشد.



علاوه بر حساسیت‌های غذایی، ترکیب نامتناسب و نامتعادل رژیم غذایی نیز به ویژه ممکن است در ایجاد حالت ضعف مزمن دخالت داشته باشد.

شایع‌ترین علل ضعف؛ اختلال در کارکرد غدد فوق کلیوی، بی‌خوابی، عفونت‌ها به ویژه عفونت‌های گوارشی که در بسیاری موارد ممکن است علائم گوارشی نداشته باشند و سرانجام عوامل تغذیه‌ای است.

برخی انواع حساسیت‌های غذایی ممکن است با ضعف همراه باشند. بهترین مثال در این خصوص بیماری سلپاک است. در این بیماری به دلیل حساسیت به گلوتن (پروتئین موجود در گندم و جو)، مخاط روده آسیب می‌بیند و بیمار دچار سوءجذب مزمن مواد مغذی از جمله آهن و ویتامین B12 می‌شود.

بیماران مبتلا به سلپاک به دلیل کمبودهای متعدد تغذیه‌ای، ممکن است علائم بالینی متنوعی داشته باشند که ضعف هم یکی از آن‌ها است. جدا از حساسیت‌های غذایی، ترکیب نامتناسب و نامتعادل رژیم غذایی نیز به ویژه ممکن است در ایجاد حالت ضعف مزمن دخالت داشته باشد. کمبود انواع مواد مغذی به ویژه ویتامین‌های گروه B، آهن و ویتامین D ممکن است زمینه‌ساز حالت ضعف باشند.

### \* ضعف ناشی از کمبود ویتامین‌های گروه B

هرچند کمبود ویتامین‌های B1، B2، B6 و نیاسین همگی می‌توانند موجب ضعف و بی‌حالی شوند، کمبود «حاشیه‌ای» ویتامین B12 بسیار شایع‌تر است و اهمیت خاصی دارد. منظور از کمبود حاشیه‌ای حالتی است که در آن کمبود به آن شدتی نیست که موجب علائم بالینی واضح شود نتیجه آن که اولاً تشخیص آن دشوار است و ثانیاً ممکن است اختلالات خفیف کارکردی و کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت‌ها و دیگر تنیدگی (استرس)‌ها وجود داشته باشد. در این حال ممکن است بیمار تنها از بی‌خوابی، تحریک پذیری، عدم تمرکز و سرانجام ضعف و بی‌حالی شکایت داشته باشد.

ویتامین B12 یکی از مواد مغذی است که در تقسیم یاخته‌ای دخالت دارد و با توجه به سرعت بالای تقسیم یاخته‌ای در مغز استخوان، وجود آن برای خون‌سازی طبیعی ضروری است. این ویتامین در کارکرد اعصاب نیز نقش دارد و از این رو کمبود آن ممکن است سبب احساس سوزن سوزن شدن نوک انگشتان، عدم تعادل، از دست دادن حافظه، ضعف و بی‌حالی و نهایتاً آسیب جدی عصبی شود. در کمبودهای حاشیه‌ای این ویتامین، ممکن است تنها علائم غیراختصاصی نظیر کاهش توان و ضعف وجود داشته باشد.

کمبود B12 به ویژه نزد سالمندان شایع‌تر است چراکه با افزایش سن، مخاط معده به تدریج تحلیل می‌رود و همین مسئله ممکن است موجب کاهش جذب ویتامین B12 شود. فرایند جذب ویتامین B12 بسیار پیچیده و حقیقتاً یکی از معجزات آفرینش است (اما به راستی کجای آفرینش اعجاز نیست؟! ). تنها همینقدر بگویم که جذب این ویتامین که روزانه تنها حدود دو سه میکروگرم (یعنی میلیونوم گرم!!!) مورد نیاز است، محتاج وجود پروتئینی است که توسط مخاط معده ترشح می‌شود.

در گذشته که ماهیت این ماده ناشناخته بود، نام «عامل یا فاکتور درونی» را بر آن گذاردند ولی بعدها که خصوصیات آن کاملاً شناخته شد، این نام همچنان بر روی آن ماند. بنابراین با تحلیل مخاط معده در سالمندی، از ترشح عامل درونی و به تبع آن جذب ویتامین B12 نیز کاسته می‌شود. این ویتامین و اسیدفولیک از این نظر منحصر به فردند که برخلاف سایر ویتامین‌های محلول در آب، در کبد ذخیره می‌شوند.

برآورد شده است که ذخیره کبدی ویتامین B12 برای 4 تا 6 سال کفایت می‌کند! نکته درخور توجه دیگر اینکه این ویتامین، منبع غذایی گیاهی ندارد و منحصرأ در منابع غذایی جانوری یافت می‌شود. نتیجه آنکه گیاهخواران مطلق (یعنی آنان که نه تنها گوشت بلکه شیر، تخم‌مرغ و لبنیات هم نمی‌خورند) در معرض خطر کمبود این ویتامین هستند.

با توجه به هزینه نسبتاً بالای منابع غذایی جانوری، نوسانات اقتصادی و کاهش قدرت خرید مردم و به ویژه در سالمندانی که بازنشسته و مستمری بگیرند طبعاً موجب کاهش سهم این دسته از مواد غذایی در سفره ایشان خواهد شد مضاف بر اینکه بسیاری از سالمندان ممکن است تنها زندگی کنند و آنگونه که باید مراقب ترکیب و مقدار غذای دریافتی خود نباشند. کمبود ویتامین B12، در صورت عدم درمان ممکن است به فقدان حافظه و آسیب‌های عصبی ماندگار منجر شود. انواع گوشت، جگر، تخم‌مرغ و لبنیات به ویژه پنیر از منابع خوب این ویتامین هستند.

#### \* ضعف ناشی از کمبود آهن

یکی از شایع‌ترین کمبودهای تغذیه‌ای خاصه در خانم‌ها در سنین باروری (یعنی از شروع نخستین قاعدگی تا یائسگی)، کمبود آهن است. آهن در خون‌سازی و تبادلات گازهای تنفسی میان گویچه‌های سرخ خون و دیگر بافت‌ها دخالت دارد اما این تنها کارکرد این ماده نیست. آهن برای ساخت میانجی‌های عصبی و دفاع ایمنی بدن هم ضروری است. آهن در بدن به صورت ترکیبی به نام فریتین ذخیره می‌شود.

کمبود مزمن آهن به تدریج موجب تخلیه ذخایر بدن می‌شود که در صورت عدم درمان، کم‌خونی را در پی خواهد داشت. بنابراین، امکان دارد در مراحل نخستین کمبود آهن، کم‌خونی وجود نداشته باشد اما در همین حال ممکن است بیمار از کاهش قدرت تمرکز، کاهش توان کاری و ضعف شکایت داشته باشد. کمبود ذخایر آهن در مردان و زنان یائسه ممکن است حاکی از خونریزی گوارشی مزمن باشد. در این حال لازم است ضمن ارزیابی کمی و کیفی رژیم غذایی بیمار، سلامت دستگاه گوارش او نیز بررسی شود.

آهن در منابع غذایی گیاهی و جانوری وجود دارد. مقدار آهن در برخی فراورده‌های گیاهی ممکن است نسبتاً بالا باشد اما معمولاً درصد جذب آن‌ها در مقایسه با آهن غذاهای جانوری پایین‌تر است. به طور مثال هر 100 گرم گوشت راسته بی‌چربی گوساله، حدود 7/1 میلی‌گرم آهن دارد در حالی که هر 100 گرم عدس پخته، دارای 3/3 میلی‌گرم آهن است. با این حال جذب آهن جانوری معمولاً بیش از 20 درصد و آهن گیاهی بین 3-8 درصد است. انواع گوشت‌های سفید، عدس و به ویژه پروتئین سویا از منابع خوب و «سالم» آهن به شمار می‌روند. گوشت‌های قرمز و جگر البته از نظر آهن غنی‌ترند و کفایت جذب بالاتری هم دارند، اما بنا به دلایل بسیاری از جمله نوع و مقدار چربی‌های آن‌ها بهتر است مصرف آن‌ها هرچه بیشتر محدود شود. حتی در مواردی که کمبود آهن منجر به کم‌خونی شود هم نیازی به افزایش مصرف گوشت قرمز و جگر نیست. در این موارد معمولاً فراورده‌های دارویی آهن تجویز می‌شود که بسیار سریع‌تر، موثرتر، سالم‌تر و کم‌هزینه‌ترند!

#### \* ضعف ناشی از کمبود ویتامین D

گفتیم کمبود آهن بسیار شایع است اما شاید شایع‌تر از آن، کمبود ویتامین D باشد. هرچند این ویتامین بر اثر مواجهه «مستقیم» با نور آفتاب، در پوست ساخته می‌شود و منبع لایزالی چون خورشید در اختیار آدمی است، عوامل بسیاری از جمله ملاحظات فرهنگی و نوع پوشش، مناسبات اجتماعی و کار در محیط‌های سرپسته، استفاده گسترده از کرم‌های ضد آفتاب و آلودگی هوا همگی این ارتباط طبیعی بشر را با خورشید گسسته‌اند. از سویی دیگر منابع غذایی طبیعی ویتامین D (به ویژه در سفره غذایی اغلب ایرانی‌ها) بی‌اندازه اندک است و عمدتاً به ماهی‌های چرب و روغن جگر ماهی محدود می‌شود.

نیاز روزانه انسان به این ویتامین دست‌کم 800 واحد و در اغلب موارد بین 1500-2000 واحد است درحالی‌که زرده تخم‌مرغ خام حدود 100 واحد ویتامین D دارد و شیر هم (حتی نوع پرچرب آن!) به هیچ‌روی منبع قابل‌اعتنایی برای این ویتامین نیست. نتیجه دست به دست دادن این عوامل، «جهانگیری» کمبود ویتامین D بوده و متأسفانه این مسئله کم‌گریبانگیر میهن عزیزمان نیز نبوده است.

پژوهش‌های انجام شده توسط انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور نشان داده که بیش از 90 درصد کودکان دبستانی و خانم‌های پُروزن و فریه 30-50 ساله شهر تهران در فصول سرد سال به درجاتی دچار کمبود ویتامین D هستند. در گذشته‌ای نه چندان دور تصور می‌شد که وظیفه ویتامین D عمدتاً تنظیم سوخت‌وساز کلسیم و دخالت در ساخت و کارکرد بافت‌های سخت (استخوان و دندان) است (اعمال کلسیمیک) اما امروزه معلوم شده است که دامنه اعمال ویتامین D بسیار گسترده‌تر است و تقریباً تمامی اندام‌ها و دستگاه‌های حیاتی بدن از جمله قلب و عروق، دستگاه ایمنی، مغز و اعصاب،

ماهیچه‌ها و بخش درون‌ریز لوزالمعده (یعنی همان جایی که انسولین را ترشح می‌کند) تحت تأثیر این ویتامین هستند (اعمال غیرکلسمیک).

یکی از علائم کمبود ویتامین D، احساس خستگی و ضعف ماهیچه‌ای است. کمبود این ویتامین به ویژه در سالمندان شایع است و مطالعاتی نشان داده‌اند که کمبود ویتامین D با تعداد دفعات زمین خوردن در سالمندان مستقیماً ارتباط دارد.

**\* ضعف ناشی از کمبود دریافت انرژی**

حال که صحبت از سالمندان شد بد نیست به یکی دیگر از علل شایع ضعف غیرعادی در سالمندان اشاره‌ای بکنم و آن کمبود دریافت انرژی است. تغذیه سالمندان مبحث بسیار مفصلی است و مجال دیگری را می‌طلبد اما همینقدر بگوییم که کمبود دریافت انرژی اساساً به شکل کاهش وزن تظاهر می‌یابد. کاهش وزن ناخواسته بیش از 5 درصد در طی 3 ماه یا 10 درصد در طی 6 ماه گذشته حتماً نیاز به ارزیابی پزشکی دارد.