

بررسی سطح ویتامین D_۳ در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی شمال شهر تهران

حمید لواخمسه^{۱،۲}، اسماعیل صابری^۳، توحید روزبهانی^۴، امین عباسی^۵، فائزه عزتی^۶

۱- کارشناس ارشد میکروب شناسی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

(مؤلف مسئول) شماره تماس: +۹۸۹۱۹۳۹۳۶۲۱۵، ایمیل: hamidlavakhamseh@gmail.com

۲- کارشناس ارشد میکروب شناسی پزشکی، گروه میکروب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳- سرپرست آزمایشگاه، بیمارستان کیان، تهران، ایران.

۴- مسئول کنترل کیفی آزمایشگاه، بیمارستان کیان، تهران، ایران.

۵- پزشک عمومی، درمانگاه دکتر صفائیان، تهران، ایران.

۶- کارشناس میکروب شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس، شهر قدس، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در اغلب موارد میزان ویتامین D_۳ که از طریق منابع غذایی در اختیار بدن قرار می گیرد کافی نیست، از طرفی منابع غذایی غنی شده محدود و قادر به تأمین نیاز کودکان و بالغین نیستند. با توجه به کمبود مطالعات صورت گرفته در زمینه ویتامین D_۳ به خصوص در شهر تهران و همچنین عوارض ناشی از کمبود این ویتامین، بر آن شدیم میزان کمبود این ویتامین را در شمال شهر تهران بررسی نماییم.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی طی دی ماه ۱۳۹۱ الی دی ماه ۱۳۹۴ بر روی ۸۷۳ بیمار بین تمامی سنین در شمال تهران صورت پذیرفت. سنجش ویتامین D_۳ توسط دستگاه ELecsys انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان می دهد ۶۳ درصد از افراد مورد بررسی سطح ناکافی از میزان ویتامین D_۳ را برخوردار بودند که از این مقدار تقریباً ۲۱ درصد از فقر بسیار شدید رنج می برند.

نتیجه گیری: کمبود ویتامین D_۳ در منطقه شمال شهر تهران در شرایط بحرانی قرار دارد. لذا لزوم اطلاع-رسانی مناسب توسط بیمارستان ها، آزمایشگاه ها و سایر مراکز درمانی به شدت احساس می شود.

واژه های کلیدی: ویتامین D_۳، بیماران، مراکز درمانی.

مقدمه

ویتامین D_۳ از جمله ویتامین‌های محلول در چربی است که منابع متعددی برای تأمین آن وجود دارد. منبع درونی آن ۷-دهیدروکلسترول است که در مقابل اشعه UV تبدیل به کوله‌کلسیفرول و در نهایت تبدیل به ویتامین D_۳ می‌شود. این ویتامین همچنین از طریق رژیم غذایی به صورت ارگوکلسیفرول (ویتامین D_۲) دریافت می‌شود (۱). ویتامین D_۲ و D_۳ در مسیر کبدی تبدیل به ۲۵ هیدروکسی D_۳ می‌شود که قابل انتقال توسط باند شدن به a-گلوبولین ۲۵-هیدروکسی D_۳ است (۲). میزان توصیه شده انواع ویتامین D_۳ با سن، جنس و درمان‌های مختلف در ارتباط است. اما در کل روزانه ۶۰۰-۲۰۰ IU برای تمام افراد ضروری می‌باشد. از آنجا که ویتامین D_۳ نقش ویتامینی-هورمونی در بدن ایفاء می‌کند، ماده‌ای بسیار حیاتی برای بدن به شمار می‌رود. ویتامین D_۳ و کلکسیم در متابولیسم استخوان نقش عمده‌ای دارند. در فرم کلاسیک کمبود ویتامین D_۳ که در نتیجه فقدان ویتامین D_۳ در رژیم غذایی یا قرار نگرفتن در معرض اشعه UV به میزان کافی اتفاق می‌افتد، می‌تواند همراه با ابتلاء به بیماری‌های استخوانی به صورت ریکتز در بچه‌ها و استئومالاسی در بزرگسالان دیده شود که با درد استخوانی و عضلانی یا ضعف عضلانی همراه می‌باشد (۳). ویتامین D_۳ در تقویت سیستم ایمنی بدن نقش بسیار مهمی دارد. کمبود این ویتامین اثرات بسیار ناگواری در تمام نقاط بدن دارد (۴). مولکول‌های پرو-ویتامین D_۳ در پوست توسط نورخورشید به ویتامین D_۳ تبدیل می‌شوند. به طور کلی رژیم غذایی غنی از کره، جگر، شیر، ماهی چرب و تخم مرغ بهترین مواد برای جبران کمبود این ویتامین در افراد به شمار می‌رود. افراد سیاه پوست، کسانی که کمتر در معرض نورخورشید قرار دارند، افراد دارای بیماری‌های کبدی و کلیوی، افراد دریافت-

کننده داروهای ضد صرع و دارای اختلال سوء جذب بیشترین شانس را در ابتلاء به کمبود ویتامین D_۳ دارند (۵). ویتامین D_۳ یک استروئید فعال در تبادلات عصبی بوده که در حیوانات و انسان نقش مهمی در کارکرد مغز و دستگاه عصبی مرکزی دارد. مطالعات نشان می‌دهد بین کمبود ویتامین D_۳ و بیماری‌هایی مانند شیذوفرنی، افسردگی و آلزایمر ارتباط مستقیمی وجود دارد (۶). بنابراین با توجه به اثرات روز افزون و بسیار زیان بار کمبود ویتامین D_۳ و همچنین کبود این ویتامین در بسیاری از نقاط ایران و جهان بر آن شدیم که میزان این ویتامین را در شمال شهر تهران مورد بررسی و تحقیق قرار دهیم.

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی در مدت سه سال (دی ماه ۱۳۹۴ - دی ماه ۱۳۹۱) بر روی ۸۷۳ بیمار شامل ۵۵۷ زن و ۳۱۶ مرد در منطقه شمال تهران به کمک دستگاه بسیار دقیق ELecsys 2010 ساخت کمپانی Roche آلمان صورت پذیرفت. دستگاه 2010 ELecsys به صورت الکتروکمی‌لومینسانس فعالیت می‌کند. با این روش می‌توان تا میزان ۱۰^{-۱۵} مول از غلظت مواد را اندازه‌گیری کرد. این دستگاه بر اساس نوع تست از چهار روش اندازه‌گیری DNA/RNA، Sandwich, Bridging و Comparative استفاده می‌کند. در واقع تفاوت اصلی این روش با کمی‌لومینسانس این است که برای شروع و پایان واکنش باید ولتاژی الکتریکی توسط الکتروود برقرار شود در صورتی که در روش‌های قبل، واکنش به صورت کاملاً شیمیایی انجام می‌شد. در این مطالعه تمامی سنین مورد بررسی قرار گرفتند. ضمن اینکه اطلاعات جمع‌آوری شده در برنامه نرم افزاری SPSS نسخه ۱۶ وارد شد که به کمک جدول توزیع فراوانی مورد آنالیز و بررسی قرار گرفت.

به طور کلی میزان سطح ویتامین D_۳ به چهار دسته: فقر شدید ($< 10 \text{ nmol/Lit}$)، کمبود ($10-30 \text{ nmol/Lit}$)، میزان کافی ($30-100 \text{ nmol/Lit}$) و میزان سمی ($> 100 \text{ nmol/Lit}$) تقسیم بندی گردید.

یافته‌ها

براساس نتایج بدست آمده، اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر، یعنی بالغ بر ۶۳ درصد از سطح ناکافی میزان ویتامین D_۳ برخوردار بودند که از این مقدار تقریباً ۲۱ درصد از فقر بسیار شدید رنج می بردند. ضمناً بررسی آمار و ارقام حاکی از آن است که

بیشترین بازه سنی چار کمبود ویتامین D_۳، بازه سنی ۲۵ الی ۵۰ سال بود. به بیان دیگر ۶۷ درصد افراد در بازه سنی ۲۵ الی ۵۰ سال دارای کمبود ویتامین D_۳ بودند. مجموعاً ۵۷ درصد زنان در این منطقه دچار کمبود ویتامین D_۳ و ۴/۴ درصد افراد مورد بررسی در این مطالعه دارای مقدار سمی ویتامین D_۳ بودند که نشان از مصرف بی رویه و کنترل نشده این ویتامین در این افراد می باشد. به طور کلی تنها تقریباً ۳۲ درصد افراد مورد مطالعه در شمال شهر تهران از سطح مناسبی از ویتامین D_۳ برخوردار بودند.

جدول ۱: سطح ویتامین D_۳ در هر دو جنس

سطح سرمی ویتامین D _۳ (nmol/Lit)	<10	10-30	30-100	>100	مجموع
مرد	۷۰	۱۶۴	۷۶	۶	۳۱۶
زن	۱۱۰	۲۰۸	۲۰۶	۳۳	۵۵۷
مجموع (درصد)	۱۸۰ (۲۰/۶)	۳۷۲ (۴۲/۶)	۲۸۲ (۳۲/۳)	۳۹ (۴/۴)	۸۷۳

جدول ۲: کمبود ویتامین D_۳ به تفکیک در بازه های سنی مختلف

سن	<10	10-30	30-100	>100	مجموع
<7	۰	۱۴	۹	۰	۲۳
7-15	۸	۷	۹	۰	۲۴
15-25	۱۹	۴۳	۱۵	۴	۸۱
25-50	۱۱۸	۲۱۱	۱۵۱	۱۰	۴۹۰
50-75	۲۹	۷۲	۸۲	۱۹	۲۰۲
>75	۶	۲۵	۱۶	۶	۵۳
مجموع	۱۸۰	۳۷۲	۲۸۲	۳۹	۸۷۳

بحث و نتیجه گیری

مطالعات اخیر نشان دهنده نقش وسیعی برای ویتامین D_۳ هستند که می تواند در بیماری های مختلف دخیل باشد. اصولاً کمبود این ویتامین در جامعه امروز بسیار مشاهده می شود. از جمله مطالعاتی که در کشور اروپایی انجام شده نشان دهنده شیوع این کمبود در بسیاری از این کشورها می باشد. مطالعات انجام شده در

سراسر دنیا بیانگر این است که این مشکل یک مسئله جهانی محسوب می شود به گونه ای که در آمریکای شمالی نیز کمبود ویتامین D_۳ گزارش شده و کشورهای آسیایی و حتی کشورهای آفتاب خیز نیز گزارش های مشابهی وجود دارد (۶). به طور کلی با توجه به شرایط اجتماعی و تغذیه ای موجود در ایران کمبود ویتامین D_۳ در بسیاری از نقاط دیده می شود.

شاهد افزایش بیماری‌ها نوپدید و ناهنجاری‌های مختلف خواهیم بود.

پیشهادات

از جمله راهکارهای مناسب برای ارتقاء سطح این ویتامین می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: مراجعه منظم به آزمایشگاه‌های تشخیص طبی و بررسی منظم ویتامین D_۳ و سایر ویتامین‌ها و ریز مغذی‌های حیاتی بدن، مصرف پیوسته و منظم ویتامین D_۳ که به صورت خوراکی و تزریقی در بازار موجود است، اصلاح الگوهای زندگی، تحرک بیشتر و قرارگیری بیشتر افراد در محیط‌های سرباز، اصلاح الگوهای تغذیه‌ای، استفاده از مواد غذایی مناسب و غنی‌سازی شیر و لبنیات (۸)، استفاده از ضد آفتاب‌های جدید که علاوه بر نقش حفاظتی در جذب ویتامین D_۳ اختلال ایجاد نمی‌کند، طرح اجباری کردن توزیع روزانه شیرهای غنی شده در مدارس و مهدهای کودک، تحقیق و آمارگیری مستمر جامعه در ارتباط با وضعیت ریز مغذی‌ها و ویتامین‌های حیاتی بدن (۹).

مطالعات انجام شده حاکی از آن هستند که کمبود ویتامین D_۳ در بسیاری از نقاط کشور وجود دارد به عنوان مثال طبق مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ در میان دانشجویان اصفهانی انجام شد مشخص گردید مجموعاً ۴۶/۲ درصد دانشجویان از کمبود این ویتامین رنج می‌برند (۷). در این روش با کنترل محل تابش نور می‌توان نور تابش یافته از بیش از یک واکنش ایمنولوژیک در یک نمونه را همزمان در محل‌های مختلف اندازه‌گیری و بدین ترتیب می‌توان غلظت چند ماده را به صورت همزمان تعیین نمود. از مزایای دیگر این تکنیک امکان بدست آوردن نتایج در زمانی بسیار کوتاه است. این فرایند به گونه‌ای انجام می‌شود که امکان خطا را در دستگاه به صفر می‌رساند. یکی از مهمترین نتایج این مطالعه این است که ۶۷ درصد افراد در بازه سنی ۲۵ الی ۵۰ سال دارای کمبود ویتامین D_۳ می‌باشند که با توجه به اینکه بیشترین آمار باروری در کشورمان در این بازه می‌باشند در صورتی که اصلاحی در رژیم غذایی و الگوی‌های زندگی صورت نگیرد

References

1. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96(7):1911-30.
2. Pasco JA, Wark JD, Carlin JB, Ponsonby A-L, Vuillermin PJ, Morley R. Maternal vitamin D in pregnancy may influence not only offspring bone mass but other aspects of musculoskeletal health and adiposity. *Med Hypotheses*. 2008; 71(2): 266-9.
3. Wang TJ, Pencina MJ, Booth SL, Jacques PF, Ingelsson E, Lanier K, et al. Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease. *Circulation*. 2008;117(4):503-11.
4. De Boland AR, Nemere I, Norman AW. Ca²⁺(+)-channel agonist BAY K8644 mimics 1, 25 (OH) 2-vitamin D₃ rapid enhancement of Ca²⁺ transport in chick perfused duodenum. *Biochem Biophys Res Commun*. 1990;166(1):217-22.
5. Harris SS, Dawson-Hughes B. Seasonal changes in plasma 25-hydroxyvitamin D concentrations of young American black and white women. *Am J Clin Nutr*. 1998;67(6):1232-6.
6. Villagomez A, Ramtekkar U. Iron, Magnesium, Vitamin D, and Zinc Deficiencies in Children Presenting with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Children*. 2014;1(3): 261-79.

7. Lappe JM, Travers-Gustafson D, Davies KM, Recker RR, Heaney RP. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial. *Am J Clin Nutr*. 2007;85(6):1586-91.
8. Trivedi DP, Doll R, Khaw KT. Effect of four monthly oral vitamin D3 (cholecalciferol) supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: randomised double blind controlled trial. *BMJ*. 2003;326(7387):469.
9. Sharif MR, Tabatabaei F, Madani M. The relationship between serum vitamin D levels and asthma in children referred to the pediatric clinics in Isfahan during 2012-2013. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences (FIZ)*. 2014; 18(5): 462-8.

Original paper

Survey of vitamin D3 level in patients referred to health centers in the north of Tehran city

Lavakhamseh H^{1,2}, Saberi I³, Roozbahani T⁴, Abbasi A⁵, Ezzati F⁶

1-Msc of Medical Microbiology, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding author), Email; hamidlavakhamseh@gmail.com.

2-Msc of Medical Microbiology, Department of Microbiology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

3- Laboratory Supervisor, Kian Hospital, Tehran, Iran.

4- Responsible for Quality Control Laboratories, Kian Hospital, Tehran, Iran.

5- General Practitioner, Doctor Safaian Clinic, Tehran, Iran.

6- Masters of Microbiology, Islamic Azad University ShareGhods Branch, ShareGhods, Iran.

Abstract

Background and Aim: In most cases the vitamin D₃ through food sources is not sufficient, the same food sources are limited and cannot meet the needs of children and adults. Due to lack of studies in the field of D₃ vitamins, especially in Tehran, as well deficiency of this vitamin, we decided to determine deficiency rate of this vitamin in north of Tehran city.

Materials and Methods: This cross-over study was performed in during January 2013 to January 2016 on 873 patients between the all ages in north of Tehran. Vitamin 3D measuring performed by ELEcsys 2010 apparatus.

Results: The results show that 63 % of surveyed peoples had insufficient level of vitamin D₃, of which approximately 21% suffer extreme poverty.

Conclusion: Vitamin D₃ deficiency observed in north of Tehran city and is in a critical condition. Therefore, proper notification by hospitals, laboratories and other medical centers is necessary.

Keywords: Vitamin D3, Patients, Health Centers