

شناسایی ، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بالغین ورژیم درمانی ویژه جانبازان ضایعه نخاعی

تالیف: دکتر مسعود جوادی پروانه

به همراه نمونه رژیم های غذایی کشورهای غربی و شرقی

این کتاب حاصل پژوهش کتابخانه ای " بررسی متون در خصوص شناسایی، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بالغین و توصیه های رژیم درمانی در جانبازان و افراد نخاعی" می باشد که در پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است .

راهنمای عملی
شناسایی، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بالغین
ورژیم درمانی ویژه جانبازان ضایعه نخاعی

تألیف: دکتر مسعود جوادی پروانه

ویراستار: دکتر فرشته پیروز

چاپ اول پاییز ۸۳

تیراژ: ۲۰۰۰

لیتوگرافی: ۱۲۸

چاپ: صادق

ناشر: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

شابک: ۹۶۴-۹۴۶۹۷-۹-۶

آدرس: بزرگراه چمران، خیابان یمن، خیابان مقدس اردبیلی، خیابان فرخ، شماره ۲۵
کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

جوادی پروانه، مسعود ۱۳۴۵-

راهنمای عملی شناسایی، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بالغین ورژیم درمانی ویژه جانبازان ضایعه نخاعی
/ نویسنده مسعود جوادی پروانه؛ ویراستار فرشته پیروز- تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ۱۳۸۲.
۱۸۱ص: جدول -. (پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان؛ ۲۰)

ISBN 946-94697-9-6

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیبا.

عنوان روی جلد: شناسایی، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بالغین.

M.Javadi parvaneh. The Practical guide : identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults.
ص.ع. به انگلیسی: .

۱. کم کردن وزن. ۲. رژیم لاغری. ۳- چاقی - درمان. الف. پیروز، فرشته، ویراستار. ب. سازمان امور جانبازان. پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان. ج. عنوان. د. عنوان: شناسایی، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بالغین ورژیم درمانی ویژه جانبازان ضایعه نخاعی.

۶۱۳/۲۵

RM۲۲۲/۲/۹۲

۸۲-۳۷۴۴م

کتابخانه ملی ایران

فهرست

۱	دیباچه
۳	چگونه از این راهنما استفاده کنیم؟
۸	خلاصه روند اجرایی
۸	برآورد
۸	شاخص توده بدن
۹	دورکمر
۱۰	ریسک فاکتورها یا موربیدیت‌های همراه (Comorbidities)
۱۱	آمادگی برای کاهش وزن
۱۲	کنترل
۱۲	کاهش وزن
۱۲	جلوگیری از افزایش وزن
۱۳	درمان
۱۳	رژیم درمانی
۱۵	فعالیت فیزیکی (بدنی)
۱۶	رفتار درمانی
۱۶	درمان دارویی
۱۷	جراحی کاهش وزن
۱۸	موقعیتهای ویژه
۱۹	چشم انداز
۲۰	مشکل افزایش وزن و چاقی
۲۲	راهنمای درمانی
۲۳	برآورد و طبقه بندی اضافه وزن و چاقی
۲۹	برآورد ریسک پایه
۳۵	استراتژی ارزیابی و درمان

۴۵	آماده ای یا نه ؟ : پیش گویی کاهش وزن
۴۹	کنترل اضافه وزن و چاقی
۵۲	تکنیکهای کنترل وزن
۵۳	رژیم درمانی
۵۸	فعالیت فیزیکی (بدنی)
۶۳	رفتار درمانی
۷۱	درمان دارویی
۷۷	جراحی کاهش وزن
۸۳	کاهش وزن بعد از ۶۵ سالگی
۸۴	منابع
۸۷	مقدمه ای بر ضنائم
۸۸	ضمیمه A. تابلوی شاخص (اندکس) توده بدن
۸۹	ضمیمه B. خرید : به دنبال چه هستید؟
۹۳	ضمیمه C. جایگزین های کم کالری (با چربی کمتر)
۹۷	ضمیمه D. منوهای ساده کم کالری
۱۱۴	غذا درایران (کم کالری)
۱۱۵	غذا درایران (پر کالری)
۱۱۸	ضمیمه E. لیست جانشینی غذایی
۱۲۳	ضمیمه F : تهیه غذا : چه کار کنیم !!!
۱۲۶	ضمیمه G. نهار خوردن (در خارج منزل) ، رستوران ، هتل و..
۱۳۱	ضمیمه H. راهنمای فعالیتهای فیزیکی
۱۴۴	ضمیمه I راهنمای تغییر رفتار
۱۵۳	ضمیمه J. ثبت هدف و وزن
۱۵۵	ضمیمه K. غذای هفتگی و فعالیتهای روزانه .
۱۵۶	ضمیمه L. منابع اضافی

۱۵۸	مرور سریع
۱۶۰	رژیم غذایی در جانبازان و معلولین نخاعی
	لیست تابلوها
۹	تابلوی ۱. طبقه بندی براساس BMI
۲۶	تابلوی ۲. طبقه بندی افزایش وزن و چاقی بوسیله BMI دور کمر و ریسک بیماریهای همراه
۵۳	تابلوی ۳. راهنمای انتخاب درمان
۵۵	تابلوی ۴. پله اول، تغذیه کم کالری
۶۰	تابلوی ۵. مثالهایی از فعالیتهای فیزیکی متوسط
۷۳	تابلوی ۶. داروهای کاهش وزن
	لیست اشکال:
۲۱	شکل ۱. شیوع سنی اضافه وزن ($BMI > 30$) و چاقی ($BMI > 30$)
۲۱	شکل ۲. شیوع سنی NHANES III فشار خون بالا (HBP)، کلسترول تام خون بالا (TBC) و HDL کم با دو نوع BMI
۲۵	شکل ۳. نحوه اندازه گیری دور کمر
۳۷-۳۶	شکل ۴. الگوریتم درمانی
۷۸	شکل ۵. روشهای جراحی شایع

دیباچه

وزن بالا و چاقی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت هستند. امروزه چاقی و افزایش وزن به معضل بزرگی تبدیل شده و میلیونها انسان را در جهان رنج می دهد، چاقی غیر از اینکه ظاهر انسان را نامتناسب و زشت جلوه می دهد، بیماریهای خاصی را نیز به دنبال دارد. براساس پژوهشهای انجام شده توسط دولت ایالت متحده بیماریهای چاقی مفرط در این کشور در سال ۲۰۰۳ در حدود ۷۵ میلیارد دلار هزینه در بر داشته است که تنها نیمی از این هزینه ها را مالیات دهندگان پرداخته اند. بنابر آمار منتشر شده در آمریکا، تعداد مبتلایان به چاقی مفرط از سال ۱۹۸۰ تاکنون دو برابر شده است و این تعداد در سال ۲۰۰۰ به رقمی در حدود ۳۹ میلیون نفر رسیده است. بطوری که هزینه ای که در سال ۲۰۰۳ صرف درمان چاقی مفرط شده، بالغ بر ۳۹ میلیارد دلار می باشد که ۷/۵ درصد از هزینه های بهداشتی درمانی آنان را در بر گرفته است. عدم آگاهی کافی مردم در مورد تغذیه و عدم انتخاب روش مناسب برای کاهش وزن، عوارض جدی تری را در بر خواهد داشت. بیماریهایی مانند دیابت و افزایش مقاومت به انسولین، کبد، یبوست و التهاب روده، اختلالات روده، اختلالات روانی، تنگی نفس، ادم پاها، بیماریهای کلیوی، سرطان پستان و رحم، افزایش فشار خون و کلسترول بالا از جمله بیماریهای ناشی از چاقی به شمار می روند که در نهایت باعث کاهش طول عمر و مرگ زودرس می شوند. متأسفانه در ایران آمار و اطلاعات دقیقی در زمینه افراد چاق و هزینه های درمان آن وجود ندارد. مهمترین عامل چاقی در ایران، بخاطر عادت غذایی بد و اشتباه در نوع غذا خوردن می باشد. که در واقع به دلیل عدم آگاهی کافی در مورد تغذیه و غذا بر می گردد، ولی در آمریکا مهمترین علت چاقی مصرف زیاد غذا می باشد. خیلی از افراد چاق مراجعه کننده به مراکز درمانی اظهار می دارند که در روز غذای خیلی کمی مصرف می کنند و به عبارت عامیانه، می گویند حتی آب هم اگر بخورند چاق می شوند، لذا شیوع چاقی در ایران عمدتاً "به علت پرخوری نبوده بلکه به عادات غذایی نادرست و عدم تحرک کافی می باشد. لذا انتخاب روش مناسب جهت کاهش وزن، معضل چاقی را که براساس گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۲، جزو ۱۰ خطر عمده جهانی سلامت قرار دارد، می تواند علمی ترین و کاربردی ترین طریق کاهش وزن و تناسب وزن را به ارمغان آورد. علاوه بر این گروههای پرخطر (High risk) هم در بین جوامع حضور دارند که با توجه به معلولیتهای

خاص (ضایعات نخاعی)، نیازهای تغذیه ای خاصی را می طلبند که تحقیق در منابع علمی و تدوین الگوی مناسب می تواند در جلوگیری از بروز بیماریهای تهدید کننده زندگی و عوارض ثانویه جلوگیری نماید. لذا این مجموعه هدیه هر چند ناچیزی بر بزرگواران جانبازان نخاعی می باشد تا با آگاهی از ترکیب انواع غذا و با توجه به شرایط جسمانی خود راه تغذیه سالم را بیاموزند تا انشاءالله سالهای سال زندگی بی دغدغه ای را به خوبی سپری نمایند.

درخاتمه بر خود واجب می دانم تا از راهنمایی ها و ارشادات جناب آقای دکتر مهدی معصومی مدیر کل محترم درمان و توانبخشی و جناب آقای دکتر محمدرضا سروش ریاست محترم پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان جهت حمایت از امر تحقیقات در زمینه تغذیه برای جانبازان نخاعی تشکر و قدردانی نمایم. همچنین در این مقام از زحمات ارزشمند جناب آقای عبدالله سعیدی مدیریت محترم اطلاع رسانی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان و جناب آقای حبیب الله خدمتی در زمینه نگارش رایانه ای متون تشکر و سپاسگزاری می نمایم.

مؤلف

چگونه از این راهنما استفاده کنید.

هدف از ارائه این راهنمای عملی، بهره‌گیری از یک روش کارآمد با ابزار موردنیاز جهت کنترل مؤثر وزن در بیماران می‌باشد که دارای وزن اضافه و چاق می‌باشند. این راهنما، توان آن را دارد تا بتواند به آسانی، تمام اطلاعات موردنیاز شما را در دسترس قرار دهد. بنابراین:

▪ خلاصه اطلاعات اجرایی: شامل اطلاعات اصلی می‌باشد که بصورت یک فرم در آمده است.

▪ بخش راهنمای درمان: جزئیاتی را در خصوص ارزیابی، کنترل وزن بیماران و ویژگیهای الگوریتم درمانی (روش قدم به قدم در یادگیری چگونگی کنترل وزن بیماران) پیشنهاد می‌کند.

▪ ضمیمه شامل ابزارهای درمانی مربوط به تغذیه، فعالیتهای فیزیکی و تغییر رفتار مورد نیاز جهت آموزش و اطلاع بیماران می‌باشد. این ضمیمه طوری طراحی شده اند که بتوانید از آنها کپی برداشته و برای بیماران خود مورد استفاده قرار دهید.

کنترل وزن در بیماران که اضافه وزن و چاقی دارند، نیازمند مهارتهای خاص و مختلفی می‌باشد. پزشکان نقش کلیدی را در ارزیابی و درمان چنین بیماران بازی می‌کنند. همچنین مهارتهای ویژه متخصصین و کارشناسان تغذیه، روانشناسان و فیزیولوژیستهای ورزشی نیز در این زمینه مهم است. هر درمانگر مراقبتهای بهداشتی درمانی می‌تواند به بیمار کمک نماید تا بیاموزد که چگونه بعضی از تغییرات را که احتمالاً طولانی مدت نیز می‌باشد، اعمال نماید.

سازماندهی تیمی از درمانگرهای مختلف مراقبتهای بهداشتی یکی از موارد قابل انتظار نیازهای بیماران است. اگر آن روش برای بیماران مفید واقع نشد، در صورت نیاز می توانند به متخصصین دیگر مراجعه نمایند.

برای شروع، روش ده پله ای زیر را دنبال کنید.

پله های درمان افزایش وزن و چاقی در مجموعه مراقبتهای اولیه

۱- قد و وزن را اندازه بگیرید بطوریکه بتوانید BMI بیمارتان را از روی جدول ضمیمه A تعیین کنید.

۲- دور کمر را اندازه بگیرید همانگونه که در صفحه ۲۵ توضیح داده شده است.

۳- موربیدیتیهای همراه را برآورد کنید همانطوری که در صفحات ۳۵-۳۹ در بخش برآورد ریسک پایه توضیح داده شده است.

۴- آیا بیمارتان باید درمان شود؟ اطلاعاتی که براساس روند بالا جمع آوری کرده اید، بگیرید و از شکل ۴ استفاده کنید. از الگوریتم درمانی صفحات ۳۷-۳۶ جهت تصمیم گیری استفاده کنید. توجه ویژه ای را به جعبه ۷ و توضیحات متن همراه آن بیندازید. اگر جواب برای درمان بلی است، با استفاده از تابلوی III صفحه ۵۳ تصمیم بگیرید چه درمانی بهتر است؟

۵- آیا بیمار آماده و دارای انگیزه کافی جهت کاهش وزن است یا نه؟

۶- شما چه رژیم غذایی را توصیه خواهید کرد؟

در حالت عادی، اگر بیماری ۱۶۵ پوند (۷۵ کیلوگرم) یا بیشتر وزن داشته باشد، از رژیم ۱۶۰۰ کالری در روز استفاده کنید. همچنین آنرا در مردان، بیماران جوانتر و آنانی که بطور مرتب ورزش می کنند، استفاده کنید. در زنانی که وزنشان کمتر از ۱۶۵ پوند (۷۵ کیلوگرم) است، یک رژیم غذایی ۱۲۰۰ کالری در روز بهترین انتخاب است اما قاعده ثابتی وجود ندارد. اگر بیمار می تواند رژیم ۱۶۰۰ کالری را تحمل کند اما وزنش کاهش نمی یابد،

شما ممکن است از بیمار بخواهید که رژیم ۱۲۰۰ کالری را تحمل کند. امکان دارد از بیماری که تحت همان رژیم است و حالت گرسنگی دارد خواسته شود که کالری را به میزان ۱۰۰ تا ۲۰۰ در روز افزایش دهد. در ضمیمه D، منوهای (لیست غذا) آماده برای رژیمهای ۱۲۰۰ و ۱۶۰۰ کالری تهیه شده است، که می توانید از آنها استفاده نمایید.

۷- با استفاده از راهنمای فعالیتهای فیزیکی، یک هدف را انتخاب کنید

(ضمیمه H را ببینید)

✚ بر اهمیت فعالیت فیزیکی در نگهداری وزن و کاهش ریسک تأکید کنید.

۸- غذای هفتگی و فعالیت روزانه (ضمیمه K را ببینید) را مرور کنید.

به یاد داشته باشید:

بیمارانی که کارهایشان را بطور مداوم یادداشت می نمایند، قطعاً از یکی از موفق ترین تکنیکهای رفتاری، برای کاهش و نگهداری وزن بدن استفاده کرده اند. در قسمت پایین آن برگه، می توانید اهداف مورد نظر خود را در زمینه های تغذیه، فعالیت فیزیکی و رفتاری بنویسید.

۹- به بیمار نسخه هایی از انواع رژیم های تغذیه ای (ضمائم B-G را نگاه کنید)،

راهنمای فعالیت فیزیکی (ضمیمه H را ببینید)، راهنمای تغییر رفتار (ضمیمه I را ببینید)، غذای هفتگی و فعالیت روزانه (K را ببینید) بدهید.

۱۰- در فرمهای مربوطه اطلاعات بیمار و اهدافی که برای وزن مد نظر قرار گرفته و

سابقه هدف (ضمیمه J را ببینید) را یادداشت کنید. اینکار از این بابت مهم است که از اهدافی که تنظیم و نگهداری کرده اید، بتوانید سابقه ای از بیمار جهت پیگیری در ویژگیهای بعدی داشته باشید و بتوانید قابلیت های وی را بالا ببرید. و از طرفی این جدول کاری جهت ویزیت و کنترل شما که هر ۲-۴ هفته یکبار انجام خواهد شد، بسیار کمک کننده خواهد بود.

ارزیابی‌های قابل ملاحظه ،
باید شامل موارد زیر
باشد:

- الف- دلیل و انگیزه جهت کاهش وزن
- ب - تلاش‌های قبلی جهت کاهش وزن
- ج - حمایت‌هایی که از فامیل و دوستان انتظار داریم.
- د - آگاهی از ریسک‌ها و منافع
- ه - گرایش بسمت فعالیت‌های فیزیکی
- و - دسترسی زمانی
- ز - سدهای بالقوه در مسیر تغییر سازگاری بیمار



زمان را از دست ندهید

و

از همین الآن

مطمئن باشید که پیروزی با شماست...

زیرا شما هم می توانید با کمی همت این وزنه را بردارید.



خلاصه روند اجرایی



درمان موفقیت آمیز ...
تلاشی در طول زندگی

درمان فردی که اضافه وزن دارد و در حقیقت چاق می باشد ، شامل دو مرحله می باشد : برآورد و کنترل (اداره کردن بیماری). برآورد شامل تعیین درجه چاقی و جایگاه کلی سلامتی فرد می باشد و کنترل نه فقط شامل کاهش و نگهداری وزن بدن می باشد ، بلکه اندازه گیری جهت کنترل دیگر ریسک فاکتورها نیز می باشد. چاقی یک بیماری مزمن است. بیمار و درمانگر باید بفهمند که موفقیت در درمان نیاز به یک کوشش در تمام طول زندگی دارد. همچنین در این خصوص مستندات زیادی از فواید کاهش وزن (شامل کاهش فشار خون، کاهش قند خون و بهبود دیس لیپیدمیا) حمایت می کنند.

برآورد

شاخص توده بدن Body Mass index

برآورد یک بیمار باید شامل ارزیابی شاخص توده بدن (BMI)، دور کمر و تمام ریسکهای پزشکی باشد. جهت تعیین BMI ، وزن بدن افراد را (برحسب پوند) در عدد ۷۰۳ ضرب کنید و سپس آنرا در اندازه قد (برحسب اینچ) به توان دو (مجذور قد) تقسیم کنید. این BMI تقریباً معادل kg/m^2 می باشد. مستندات موجود نشان می دهد که در مقام مقایسه بین اندازه گیری وزن بدن و استفاده از BMI در برآورد ریسک، BMI میزان صحیح تری از وضعیت کلی چربی بدن را نشان می دهد. در کنترل بالینی تمام بیماران بالغ بدون توجه به جنس، ایمپدانسهای بیوالکتریک و تابلوهای قد- وزن هیچکدام، مزیتی نسبت به BMI ندارند. وقتی بیمارانی را که توده های

عضلانی خیلی زیادی دارند ، ارزیابی می کنید. بخاطر اینکه ممکن است درجه چربی در آنان بیشتر تخمین زده شود از ملاحظات بالینی باید کمک گرفت.

طبقه بندی پیشنهادی BMI که توسط هیئت خبرگان از نظر تعیین ، ارزیابی و درمان اضافه وزن و چاقی در بالغین و با هدایت سازمانهای دارای مشاغل بهداشتی درمانی مورد تأیید قرار گرفته، در تابلوی I نشان داده شده است.

تابلوی ۱: طبقه بندی براساس BMI

$>18/5\text{Kg/m}^2$	زیر وزن نرمال
$18/5-24/9\text{Kg/m}^2$	وزن نرمال
$25-29/9\text{Kg/m}^2$	دارای وزن اضافه
$30-34/9\text{Kg/m}^2$	چاقی (کلاس ۱)
$35-39/9\text{Kg/m}^2$	چاقی (کلاس ۲)
$\leq 40\text{Kg/m}^2$	بینهایت چاق (کلاس ۳)

دور کمر

داشتن چربی اضافی در شکم مهم است زیرا ریسک فاکتور مستقلی جهت بیماری به شمار می آید. تحقیقات ، اندازه گیری دور کمر را برای برآورد ریسکهای همراه با چاقی یا اضافه وزن تأیید کرده است. اندازه گیری نسبت دور کمر به هیپ مزیت بیشتری نسبت به اندازه گیری تنهای دور کمر ندارد. اندازه گیری دور کمر بویژه در بیمارانی که در رده های نرمال یا اضافه وزن هستند مفید است. لازم نیست تا دور کمر افرادی که BMI آنها 35 Kg/m^2 است اندازه گیری شود، زیرا مقدار کمی به پیش بینی قدرت طبقه بندی ریسک بیماری BMI اضافه می کند. مردانیکه دور کمر بیشتر از ۴۰ اینچ دارند و زنانیکه دور کمر آنها بیشتر از ۳۵ اینچ می باشد ، ریسک بالاتری از نظر ابتلا به دیابت، دیس لیپیدمی، هیپرتنشن و بیماری کاردیوواسکولر بخاطر زیادی چربی شکمی دارند. افراد با

دور کمر بیشتر از این مقادیر که بوسیله BMI مشخص شده اند باید ریسک بالاتری
برایشان در نظر گرفته شود.

رابطه بین BMI و دور کمر برای مشخص کردن ریسک در تابلوی II صفحه ۲۶
نشان داده شده است.

ریسک فاکتورها یا موربیدیتیهایی همراه

در هر حال وجود هر ریسک باید بعنوان پتانسیل وجود دیگر ریسک فاکتورها بشمار
آید. بعضی از بیماریها یا ریسک فاکتورها که با چاقی همراهند، قطعاً بیماران را در
ریسک مورتالیتی بعدی قرار می دهند، فلذا این افراد نیاز به کنترل شدیدتری خواهند
داشت. بعضی از بیماریهای همراه با چاقی، مرگ و میر کمتری می توانند داشته باشند،
اما هنوز نیاز به درمان دارند، بخصوص آن دسته از بیماریهایی که بطور قطع ریسکهای
بالایی را موجب می شوند. نمونه های اثبات شده آنها عبارتند از: بیماری عروق کرونر
قلب، دیگر بیماریهای اترواسکلروتیک، دیابت نوع ۲ و آپنه خواب.

دسته دیگری از بیماریها مانند استئوآرتریت، سنگ های صفراوی، بی اختیاری ادراری
ناشی از استرس و ناهنجاریهای ژنیکولوژیک مثل آمنوره و منوراژی وجود دارند که
ریسک را افزایش می دهند اما عموماً زندگی فرد را تهدید نمی کنند.

قطعاً حضور سه مورد یا بیشتر از ریسک فاکتورهای زیر، بعنوان ریسکهای بالا در
نظر گرفته می شوند: پر فشاری (هیپرتنشن)، سیگار کشیدن، LDL بالا (نوعی
کلسترول از جنس لیپوپروتئین کم چگالی)، HDL پایین (نوعی کلسترول از جنس
لیپوپروتئین با چگالی بالا)، گلوکز ناشتای متفاوت، سابقه خانوادگی از بیماری زود
هنگام کاردیو اسکولر (مرد با سن مساوی و بیشتر از ۴۵ سال و زن با سن مساوی و بالاتر
از ۵۵ سال).

الگوریتم درمانی جهت برآورد و کنترل، در شکل شماره ۴ صفحات ۳۶-۳۷

به تصویر کشیده شده است (الگوریتم درمان)

آمادگی برای کاهش وزن

هرگونه تصمیم گیری و برنامه ریزی جهت کاهش وزن باید با مد نظر قرار دادن آمادگی های بیمار انجام شود ، زیرا بیمار باید بتواند اقدامات لازم در زمینه تغییر شیوه زندگی را ایجاد کند.

ارزیابی آمادگی باید شامل موارد ذیل باشد:

- دلایل و انگیزه های کاهش وزن
- تلاشهای قبلی در زمینه کاهش وزن
- حمایتهای مورد انتظار از خانواده و دوستان
- آگاهی از ریسکها و منافع
- حرکت به سمت فعالیتهای فیزیکی
- دسترسی زمانی
- سدهای بالقوه شامل محدودیتهای مالی جهت سازگار کردن بیمار با تغییرات

کنترل بیماری (Management)

کاهش وزن

افرادی که ریسک کمتری دارند باید در خصوص تغییر شیوه زندگی و جلوگیری از هر گونه افزایش وزن بعدی، مشاوره نمایند.

درمان کاهش وزن برای بیمارانی توصیه می شود که :

▶ BMI مساوی یا بزرگتر از ۳۰

▶ BMI بین ۲۵ و ۲۹/۹ یا دور کمر باریسک بالا و دو یا چند ریسک فاکتور دارند.

اهداف درمانی عبارتند از کاهش وزن بدن و نگهداری دوره طولانی مدت از

وزن بدنی که کاهش پیدا کرده است.

جلوگیری از افزایش وزن بعدی نیز از هدفهای بعدی ما است. در آغاز کار، هدفی که توصیه می شود کاهش وزن به میزان ۱۰ درصد از وزن فعلی بدن در طی مدت بالغ بر ۶ ماه می باشد. مقدار کاهش وزن در هر هفته باید ۱ (۴۵۳/۶ گرم) تا ۲ پوند (تقریباً ۹۰۷ گرم) باشد. زیرا کاهش وزن به میزان بیشتر از آن و در طولانی مدت نتایج بهتری را به بار نمی آورد. بنابراین ۶ ماه بعد از شروع درمان کاهش وزن، مقدم ترین کار در نگهداری وزن بدن، استفاده از ترکیبهای رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی می باشد. کاهش وزن بعدی باید بعد از یک دوره نگهداری وزن بدن مد نظر قرار گیرد.

جلوگیری از افزایش وزن

در بعضی از افراد، کاهش وزن یا کاهش در چربی بدن قابل انجام نیست. هدفی که برای این گروه از بیماران باید مد نظر قرار گیرد جلوگیری از افزایش وزن بعدی می باشد. همچنین برای افرادی که BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ که ریسک بالایی هم برای آن متصور نمی باشد، جلوگیری از افزایش وزن، هدف مناسبی می باشد.

درمان

مجموعه ای از رژیمهای غذایی تغییر یافته، افزایش فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی می تواند مؤثر باشد.

رژیم درمانی

کالری دریافتی باید از سطح فعلی به میزان ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ کالری در روز کاهش یابد. بیشتر افرادی که اضافه وزن و یا چاقی دارند ، بمنظور کاهش کالری دریافتی باید اصلاح رژیم غذایی در طولانی مدت را بپذیرند. رژیم درمانی عبارت است از دستوراتی می باشد که برای تغییر رژیم غذایی و بمنظور تحقق این هدف انجام می شود. کاهش کالری درحد متوسط اصلی ترین عنصر این هدف است. بهر حال از رژیمهایی که کالری بیشتری کسر و در مدت زمان کوتاه تر داده می شود ، بهتر استقبال می شود.

کاهش ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ کیلوکالری (kcal) / روز (day) ،


کاهش وزن مورد نظر (به میزان ۱ تا ۲ پوند در هر هفته) را ایجاد خواهد کرد.

رژیم اصلاحی باید کالری کمی داشته باشد (مثلاً ۸۰۰ تا ۱۵۰۰ کیلوکالری / روز) اما از یک حدی معینی نیز نباید کمتر باشد (کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری / روز). امروزه ثابت گردیده که ، رژیمهای کمتر از ۸۰۰ کیلوکالری / روز مؤثر تر از رژیمهای کم کالری که باعث کاهش وزن می شوند، نیستند و بطور معمول نباید مورد استفاده قرار گیرند. به ویژه اینکه از دست اندرکاران آموزش ندیده نیز نباید استفاده کرد. برای زنان رژیم

غذایی محتوی ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ کیلوکالری / روز و برای مردان یک رژیم بین ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ کیلوکالری / روز باید مد نظر قرار گیرد.

تغییرات طولانی مدت در انتخاب غذا زمانی محتملتر است و می تواند با موفقیت همراه باشد که نظرات بیمار در چیزی که میخورد لحاظ شده باشد و آموزشهای لازم را در خصوص ترکیب، برچسب، تهیه و اندازه تکه غذا دیده باشد. اگرچه رژیم چربی، سرشار از منابع کالری است ولی کاستن از رژیم چربی بدون کاستن از کالری به کاهش وزن پاسخی نخواهد داد. در تمام مدتی که رژیم بیمار تنظیم می گردد، تماس مداوم با درمانگر احتمال پذیرش در بیمار را بهتر خواهد کرد.

برای زنان ۱۰۰۰-۱۲۰۰ کیلوکالری/روز و برای مردان ۱۲۰۰-۱۶۰۰ کیلوکالری/روز باید در نظر گرفته شود.



فعالیت فیزیکی (بدنی)

فعالیت فیزیکی (بدنی) فواید مستقیم و غیر مستقیمی را به همراه دارد. در هنگام تلاش برای کاهش وزن ، افزایش فعالیت فیزیکی نیز مهم است زیرا مصرف انرژی را بالا می برد و رل مهمی را در نگهداری وزن بدن بازی می کند. همچنین فعالیت‌های فیزیکی (بدنی) ، ریسک بیماری‌های قلبی را بیشتر از کسانی که فقط وزن را کاهش می‌دهند، پایین می آورد.

بعلاوه، افزایش فعالیت‌های فیزیکی (بدنی) ممکن است به کاهش چربی بدن کمک نماید و از کاهش توده عضلانی که اغلب بدن‌بال کاهش وزن رخ می دهد، جلوگیری نماید. عموماً بیماران چاق باید فعالیت خود را به آرامی افزایش دهند تا با مراقبت صورت گرفته از بروز سانحه جلوگیری نمایند.

تنوع وسیعی از فعالیت‌ها و یا کارهای خانگی مانند قدم زدن ، حرکات ریتمیک ، باغبانی و ورزش‌های فردی یا تیمی، ممکن است به رضایتمندی از این هدف کمک نمایند. تمام افراد بالغ باید هدف طولانی مدت را برای خود تنظیم نمایند تا ترجیحاً در تمام روزهای هفته و حداقل بمدت ۳۰ دقیقه و یا بیشتر، فعالیت‌های فیزیکی (بدنی) با شدت متوسط را انجام دهند.

رفتار درمانی

شامل رفتاری است که به پذیرش بیمار (در زمینه کاهش وزن) کمک می کند. رفتار درمانی کمک مفیدی به برنامه ریزی جهت تنظیم غذای مصرفی و فعالیت فیزیکی (بدنی) می کند.

استراتژی رفتار ویژه، شامل موارد زیر است: خود مراقبتی، کنترل استرس، کنترل هیجانات، حل مشکلات، کنترل احتمالات، بازسازی شخصیتی و حمایت اجتماعی. استفاده از رفتار درمانی ممکن است پذیرش رژیم غذایی و تنظیم فعالیت فرد را بهتر نماید و این موارد ممکن است برای یک روش درمانی ترکیبی مفید واقع شوند. مدارک مستند و قوی، بهره گیری از مجموعه رژیمهای کم کالری، افزایش فعالیت فیزیکی (بدنی) و رفتار درمانی را در زمینه های کاهش وزن و نگهداری وزن بدن پیشنهاد مینمایند.

درمان دارویی (فارماکوتراپی)

دارودرمانی ممکن است برای بیماران پرخطر و واجد شرایط، مفید باشد.

دارودرمانی طولانی مدت که توسط FDA تأیید شده است می تواند برای درمان بعضی بیماران چاق مفید و کمک کننده باشد. این داروها باید در کنار سایر برنامه های درمانی (شامل اجزایی است که قبلاً در رژیم توضیح داده شد)، تغییرات در فعالیتهای فیزیکی (بدنی) و رفتار درمانی مورد استفاده قرار گیرند. در مجموع اگر ۶ ماه بعد از تغییر شیوه زندگی پیشرفتی در کاهش وزن مشاهده نشد، رژیم دارویی هم باید در نظر گرفته شود.

همچنین دارو درمانی عموماً برای کسانی که $BMI \leq 30$ یا کسانی که $BMI \leq 27$ دارند و چاقی آنها همراه با ریسک فاکتورها یا بیماری فعلی باشد، در نظر گرفته می شود.

در هر حال تمام بیماران به داروهای داده شده پاسخی نمی دهند. اگر بیماری بعد از ۴ هفته، ۴/۴ پوند (۲ کیلو) وزن از دست نداده باشد احتمالاً از داروها هم سودی نخواهد برد. اخیراً استفاده از داروهای سیبوترامین (Sibutramine) و اورلیستات (Orlistat) جهت استفاده طولانی مدت برای کاهش وزن توسط FDA مورد تأیید قرار گرفته است.

سیبوترامین اشتها را سرکوب میکند و گمان می رود که از طریق مکانیسم نوراپی نفرینی و سروتونرژیک مغزی اینکار را انجام میدهد. اورلیستات جذب چربی از روده را

مهار می کند. این داروها عوارض جانبی نیز دارند. سیبوترامین ممکن است فشار خون را افزایش دهد و تاکی کاردی ایجاد کند. اورلیستات ممکن است جذب ویتامینهای محلول در چربی و مواد مغذی را کاهش دهد. تصمیم گیری جهت اضافه کردن یک دارو به برنامه درمان چاقی، باید بعد از در نظر گرفتن تمام مضرات و منافع آن و فقط بعد از تمام گزینه های رفتاری که بانجام رسیده صورت گیرد.

درمانهای موثر
ترکیبی از رژیم غذایی تنظیم شده، افزایش فعالیت فیزیکی (بدنی) و رفتار درمانی می توانند مؤثر واقع شوند.

جراحی کاهش وزن

جراحی برای بیماران بسیار چاق، یک انتخاب می باشد. جراحی ویژه کاهش وزن، معمولاً برای بیمارانی که وضوحاً کاهش وزن شان بیش از ۵ سال طول کشیده انجام می شود. اگر چه جراحی با ریسک همراه است، اما هنوز ثابت نشده که ریسکهای آن بیش از درمانهای طولانی مدت دیگر باشد.

جراحی برای بیمارانی که اطلاعات خوبی گرفته و با انگیزه هستند و از نظر بالینی چاقی شدید دارند ($BMI \leq 40$) یا افرادی که یک $BMI \leq 35$ همراه با موربیدیتی جدی دارند، یک انتخاب است. اصطلاح بالینی "چاقی شدید" ترجیحاً بجای اصطلاحی که در سابق بطور شایع بعنوان چاقی مرضی گفته می شد، بکار می رود. نکته مهم اینست که بیماران جراحی شده نیز باید از نظر بروز عوارض و تنظیم نحوه زندگی در سرتاسر عمر تحت مراقبت باشند.

موقعیتهای ویژه

در شرایط خاص، دیگر مشاغل بهداشتی و در صورت امکان، متخصصین نیز درگیر می شوند. اگر چه تحقیقات انجام شده در خصوص درمان چاقی در افراد مسن چندان زیاد نیست، به هر حال سن نمی تواند مانعی در درمان چاقی ایجاد کند. در کسانی که سیگار می کشند، اغلب ریسک افزایش وزن سدی در برابر ترک سیگار است. در ابتدا، این بیماران باید به ترک سیگار تشویق شوند و درمان کاهش وزن بعنوان هدف بعدی دنبال شود.

یک برنامه کاهش وزن و نگهدارنده می تواند توسط درمانگری که تخصصی در امر کاهش وزن ندارد، بشرطی که در طی این مدت علاقه و دانش لازم را کسب کرده باشد، مورد پیگیری قرار گیرد. بهر حال تنوعی از درمانگران با مهارتهای ویژه در دسترس هستند و ممکن است در لیست کمک دهی به رشد و توسعه این برنامه قرار گیرند.

چشم انداز

چاقی یک مسأله پیچیده است. بیماری چند عاملی است که از واکنش بین ژنوتیپ و محیط پرورش می یابد. دانستنیهای ما از اینکه چرا و چگونه چاقی اتفاق می افتد، کامل نیست. بهر حال مجموعه ای از عوامل اجتماعی، رفتاری، فرهنگی، فیزیولوژیکی، متابولیکی و ژنتیکی در آن دخیلند.

امروزه درمانگران مراقبتهای بهداشتی درمانی تشویق می شوند تا نقش بالاتری را در کنترل چاقی بازی کنند. بسیاری از پزشکان بدنبال کسب اطلاعات بیشتر و روشهای موثرتر درمانی می باشند. این راهنماها ابزارهای پایه ای مورد نیاز را جهت برآورد و کنترل اضافه وزن و چاقی در مطب فراهم میکنند. پزشکی که آشنایی به اجزای پایه این خدمات دارد می تواند نقش موفقیت آمیزی را در امر کمک رسانی به بیمار جهت بهبود سلامتی با تعیین علت مشکل و هماهنگی با دیگر منابع در داخل جامعه، جهت ارزیابی بیمار داشته باشد.

کنترل مؤثرتر اضافه وزن و چاقی را می توان به تیمی از حرفه های متنوع بهداشتی درمانی با مهارتهای کاری مختلف سپرد. بعنوان مثال در آغاز کار، پزشکان مسئول نیاز مند برآورد ریسک و تجویز برنامه های درمانی مناسب می باشند که ممکن است این موارد شامل دارو درمانی، جراحی و کنترل عوارض بالینی همراه با چاقی باشد. بعلاوه پزشکان می توانند و باید از کمک دیگر مشاغل نیز استفاده نمایند.

این راهنما ابزارهای پایه ای مورد نیاز را جهت برآورد و کنترل اضافه وزن و چاقی برای گروههای شغلی، اظهار نظر فنی در خصوص مشورتهای تغذیه ای، فعالیت فیزیکی (بدنی) و تغییرات رفتاری را ارائه مینماید که از آن می توان در ارزیابی، درمان و پیگیری حین کاهش وزن و نگهداری وزن بهره برد. رابطه بین درمانگران و این مشاغل می تواند مستقیم یا غیر مستقیم باشد. بمنظور تداوم موفقیت بیمار گرایش به حمایت و قدردانی از تمام حرف، از اهمیت زیادی برخوردار است.

مشکل اضافه وزن و چاقی

در ایالت متحده در حدود ۹۷ میلیون نفر اضافه وزن دارند و یا در حقیقت چاق می باشند. اصولاً این بیماریها باعث افزایش ریسک موربیدیتیها از جمله فشار خون، دیس لیپیدمی، دیابت نوع ۲، بیماری شریان کرونر، سکته، بیماری کیسه صفرا، استئوآرتریت، آپنه خواب و مشکلات تنفسی و بهمان میزان سرطانهایی مانند آندومتریوم، پستان، پروستات و کولون می شوند. پس کسانی که وزن بدنشان بالاتر است میزان مورتالیتی آنها به تمام علل افزایش می یابد. اشخاص چاق ممکنست از بدنامیها و تبعیضهای اجتماعی زیادی رنج ببرند. بنابراین امروزه یکی از مشکلات اصلی قابل پیشگیری در ایالت متحده، اضافه وزن و چاقی می باشد که یک چالش اصلی در بهداشت عمومی جامعه قلمداد می شود.

طبق عقیده هیئت متخصصین، اضافه وزن یعنی زمانی که اندکس توده بدن (BMI) ۲۵ تا $29/9 \text{ Kg/m}^2$ است و فرد چاق نیز زمانی که $BMI \leq 30 \text{ Kg/m}^2$ است.

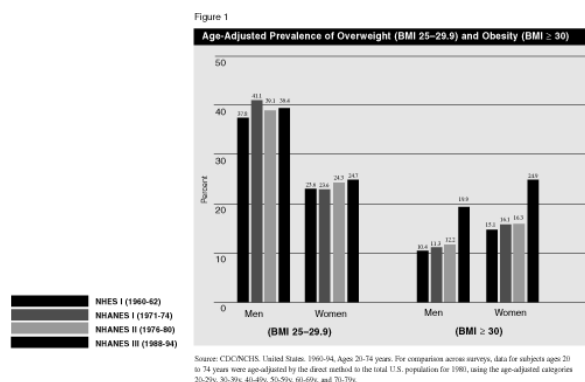
بهرحال اضافه وزن و چاقی از دو طرف محدود نمی شوند. چون افراد چاق اغلب دارای اضافه وزن هم هستند. یک BMI ۳۰ نشان می دهد که فرد حدوداً ۳۰ پوند (تقریباً ۹ کیلوگرم) اضافه وزن دارد. چنین فردی ممکن است ۲۲۱ پوند وزن (تقریباً ۱۰۰ کیلوگرم) و ۶ فوت قد (تقریباً ۱۸۳ سانتیمتر) داشته باشد یا فردی باشد که ۱۸۶ پوند وزن (تقریباً ۸۴/۵ کیلوگرم) و ۵ فوت و ۶ اینچ قد (تقریباً ۱۶۷/۵ سانتیمتر) داشته باشد. از سال ۱۹۶۰ به بعد، تعداد زنان و مردانی که اضافه وزن و چاقی دارند، افزایش یافته است (شکل ۱). در دهه گذشته تعداد افراد بالغ (سنین ۲۰ یا بالاتر) از نظر درصد، بمیزان ۵۴/۹ درصد افزایش یافته است. اضافه وزن و چاقی در بعضی از گروههای کوچک مثل افراد کم درآمد بیسواد دلایل مخصوص بخود را دارد.

مشکل اضافه وزن و چاقی

بخاطر اینکه اضافه وزن و چاقی، ریسک بعضی از بیماریها و خصوصاً بیماریهای قلبی عروقی (CVD) و دیابت شیرین را افزایش می دهد، باید مورد توجه جدی قرار گیرد. داده های بدست آمده از *NHANES III* نشانگر اینست که زمانیکه BMI در هر دو جنس زن و مرد افزایش می یابد، موربیدیتی در بعضی از گروههای خاص هم زیاد می شود (شکل ۲).

شکل ۱

پره والانس اضافه وزن (۲۹/۹-۲۵ BMI) و چاقی (۳۰ BMI) براساس سن



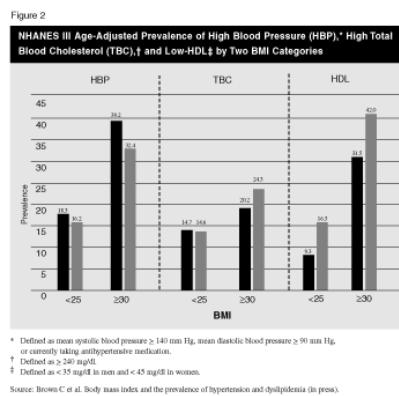
شکل ۲

NHANES III مطابق با سن

پره والانس فشار خون بالا (ABP):

کلسترول بالای تام خون (TBC)

و HDL پایین با دو نوع BMI



اگرچه اتفاق نظر زیادی در باره ریسکهای سلامتی اضافه وزن و چاقی وجود دارد، اما در مقابل توافق کمتری در خصوص نحوه اداره کردن آنها وجود دارد. عده ای بخاطر دشواری درمان چاقی و نگهداری طولانی مدت کاهش وزن و نتیجه بالقوه منفی چرخه آن، الگویی که غالباً در افراد چاق دیده می شود، به بحث و تبادل نظر پرداخته اند. دلایلی که دیگران نیز آورده اند اینست که خطرات بالقوه درمان آن، مهمتر از خطرات شناخته شده چاقی نیست. این راهنمای بالینی، براساس آزموده ترین مدارک علمی روز در زمینه استراتژیهای مؤثر و مختلف درمانی مختلف برای کاهش وزن و نگهداری وزن بدن تهیه شده است. درمان اضافه وزن و چاقی در بیماران یک روند دو مرحله ای است:

- برآورد: که نیاز به تعیین درجه چاقی و جایگاه مطلق ریسک دارد.
 - کنترل (اداره کردن): شامل کاهش و نگهداری این وزن پایین آمده، بهمان میزان اضافه شده و کنترل ریسک فاکتورهای همراه می باشد.
- هدف از این راهنما، ارائه توصیه های مفید در خصوص چگونگی انجام کاهش وزن و نگهداری وزن بدن در سطح پایین می باشد. چاقی یک بیماری مزمن است، به همین دلیل بیمار و درمانگر باید بدانند که موفقیت در درمان، نیازمند تلاش در تمام طول عمر می باشد.

درمان مناسب با توجه به نیاز بیماران

رویکردهای درمانی استاندارد برای اضافه وزن و چاقی باید با توجه به نیازهای متنوع بیماران و یا گروههای بیماران در نظر گرفته شود. تفاوتهای شخصی بزرگ و موجود در هر گروه فرهنگی یا اجتماعی، یک اختلال اساسی بین خرده فرهنگها در سطح جامعه بزرگتر بوجود می آورد. بنابراین در بین آنها هیچ "کتاب آشپزی" یا استانداردی جهت بهینه کردن کاهش وزن با یک نوع رژیم داده شده به بیمار وجود ندارد.

بنابراین بمنظور انجام برنامه های درمان چاقی که از نظر فرهنگی نیز خیلی حساس هستند و ویژگیهای یک بیمار را تشکیل می دهند، باید به شکل زیر عمل شود:

- سازگاری ، تنظیم و تجهیز برای اجرای برنامه
- درک اینکه چگونه ، برنامه درمانی چاقی تابعی از دیگر چشم اندازهای مراقبتهای بهداشتی درمانی و خود مراقبتی می شود.
- انتظارات و اجازه تبدیل و تغییر برنامه براساس پاسخ و انتخاب بیمار

برآورد و طبقه بندی اضافه وزن و چاقی

شما می توانید BMI را بصورت زیر محاسبه کنید:

$$BMI = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد (m}^2\text{)}}$$

$$BMI = \frac{\text{weight(kg)}}{\text{heightsquared(m}^2\text{)}}$$

اگر از پوند و اینچ استفاده می کنید:

$$BMI = \frac{703 \times (\text{پوند وزن})}{(\text{اینچ قد})^2}$$

یک چارت BMI در ضمیمه A آمده است.

دستورات محاسبه و نمونه

در اینجا یک روش میان بر برای محاسبه BMI وجود دارد

(مثال: برای کسی که ۵ فوت و پنج اینچ قد و ۱۸۰ پوند وزن داشته است)

۱- وزن (برحسب پوند) را در عدد ۷۰۳ ضرب کنید $180 \times 703 = 126540$

۲- قد (برحسب اینچ) را در قد (برحسب اینچ) ضرب کنید.

$$65 \times 65 = 4225$$

۳- جواب پله اول را بر پله دو م تقسیم کنید تا BMI را بدست آورید.

$$\frac{126540}{4225} = 29.9$$

$$BMI = 29.9 - 4$$

دورکمر پر خطر

مردان: < 40 اینچ (102 cm)

زنان: < 35 اینچ (88 cm)

اگرچه روشهای دقیق تر دیگری جهت برآورد چربی بدن وجود دارد اما اندازه گیری چربی بدن بوسیله دیگر روشها گران می باشد و اغلب در دسترس بیشتر پزشکان نمی باشد. لذا دو مقیاس مهمی که بعنوان جانشین جهت ارزیابی چربی بدن مورد استفاده قرار می گیرند ، عبارتند از:

۱- شاخص توده بدن (BMI)

۲- اندازه گیری دور کمر

از نقطه نظر بالینی BMI یک روش عملی ، برای برآورد چربی بدن می باشد. بنابراین در مقام مقایسه ، BMI مقیاس درست تری از چربی کل بدن نسبت به اندازه گیری صرف وزن فراهم می کند.

جداول اصلی وزن بدن براساس نتایج حاصل از مورتالیتی (مرگ و میر) تنظیم شده اند و موربیدیتی را به میزان لازم پیشگویی نمی کنند. بهر حال BMI بعضی محدودیتها را نیز دارد. بعنوان مثال ، BMI ، چربی بدن را در افراد عضلانی بیشتر از مقدار حقیقی نشان می دهد و یا در افرادی که توده عضلانی را از دست داده اند (مانند اشخاص پیر) کمتر از مقدار حقیقی نشان می دهد . BMI ، محاسبه ای مستقیم و براساس قد و وزن بدون توجه به جنس می باشد.

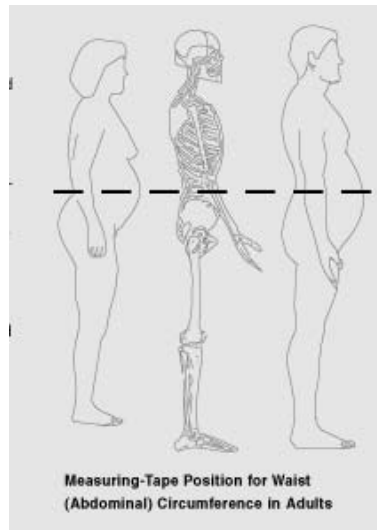
CT اسکن^{۱۹} و MRI^{۲۰} هر دو دقیق هستند اما برای استفاده بالینی معمولی غیر عملی هستند. چربی ناحیه شکم خطر زیادی برای سلامتی نسبت به چربی های محیطی (مانند ناحیه گلوئوفمورال) دارد.

از این گذشته بنظر می رسد زمانیکه چربی شکم بطور واضح افزایش یافته باشد ، خود بعنوان یک ریسک خطر مستقل می تواند مطرح گردد.^{۲۲و۲۱}

(شکل ۳)

نحوه اندازه گیری دور کمر

برای اندازه گیری دور کمر که محل آن درست در قسمت بالایی استخوان هیپ و سرکمرست ایلیاک می باشد یک متر نواری را بصورت افقی و صاف دور کمر (شکل) در سطح کمرست ایلیاک قرار می دهیم. قبل از خواندن نوار، مطمئن شوید که نوار خوب بسته شده باشد اما به پوست فشار نیاورد و موازی کف زمین باشد و هنگامی که فرد در پایان بازدم نرمال می باشد اندازه گیری انجام شود.



شکل ۳

وضعیت متر نواری برای اندازه گیری دور کمر (شکم) در بالغین

بنابراین اندازه گیری دور کمر یا شکم و BMI نه فقط باید جهت شروع ارزیابی چاقی انجام شود ، بلکه جهت پیگیری و مراقبت از اثر بخشی درمان کاهش وزن برای بیماران با یک $BMI > ۳۵$ نیز لازم می باشد . طبقه بندی اولیه اضافه وزن و چاقی براساس

برآورد BMI می باشد. این طبقه بندی ((همانگونه که در تابلوی II نشان داده شده است)) BMI را با ریسک بیماری مرتبط می کند. باید توجه داشته باشید که رابطه بین BMI و ریسک بیماری بین افراد و جمعیت‌های مختلف فرق می کند. بعضی از افراد با چاقی خفیف ممکن است ریسک فاکتورهای متعددی داشته باشند. در حالیکه در بعضی دیگر از افراد با چاقی شدید ممکن است ریسک فاکتورهای کمتری داشته باشد. باید توجه کرد که سطوح ریسک بیماری که در جدول II شرح داده شده، ریسک‌های نسبی هستند. بعبارت دیگر آنها ریسک نسبی در وزن و بدن نرمال هستند و بطور اتفاقی نوشته نشده اند، بلکه یکسری از آزمایشات کنترلی، از یک سیستم طبقه بندی ویژه، جهت اثبات درجه ریسک بیماری، برای بیماران و در طی دوره کاهش یا نگهداری وزن از آنها پشتیبانی کرده است. اگرچه دور کمر و BMI با هم رابطه دارند، لیکن دور کمر یک پیش بینی مستقل از ریسک بالا و بالاتر از BMI فراهم می نماید. اندازه گیری دور کمر بویژه در بیماران که از نظر BMI، در گروه‌های نرمال یا اضافه وزن هستند، مفید می باشد. برای افرادی که $BMI \leq 35$ دارند، اندازه گیری دور کمر پیش بینی کمتری را نسبت به طبقه بندی ریسک بیماری BMI اضافه می کند.

تابلوی ۲

طبقه بندی اضافه وزن و چاقی براساس BMI، دور کمر و ریسک بیماری همراه

BMI کلاس چاقی ریسک بیماری *

(مرتبط با وزن و دور کمر نرمال) (Kg/m^2)

مردان ≥ 170 اینچ (≥ 170 Cm) (170 Cm) اینچ > 170 Cm) اینچ > 40 مردان		زنان > 157 اینچ (> 157 Cm) (157 Cm) اینچ > 35 زنان			
-	-	-	-	$18.5 >$	زیر وزن
-	-	-	-	$18.5 - 24.9$	نرمال †
بالا	افزایش	-	-	$25 - 29.9$	اضافه وزن
خیلی بالا	بالا	I	-	$30 - 34.9$	چاقی
خیلی بالا	خیلی بالا	II	-	$35 - 39.9$	
بینهایت بالا	بینهایت بالا	III	-	$40 \leq$	بینهایت چاق

× ریسک بیماری برای دیابت شیرین نوع دوم، هیپرتنشن و CVD

† افزایش دور کمر می تواند مشخص کننده ریسک حتی در افراد با وزن نرمال باشد.

مطابق با گزارش کنفرانس چاقی سازمان بهداشت جهانی WHO در زمینه جلوگیری و کنترل اپیدمی جامع چاقی، ۲۶ ژوئن ۱۹۹۷

علاوه بر اندازه گیری BMI، پیگیری تغییرات ایجاد شده در اندازه کمر، ممکن است بیشتر کمک کننده باشد. حتی در نبود تغییرات، BMI می تواند تخمینی از افزایش یا کاهش اندازه چربی شکم فراهم کند. از این گذشته در بیماران چاقی که عوارض متابولیک دارند، تغییرات در اندازه کمر پیش بینی کننده خوبی از نظر وجود ریسک فاکتورهای بیماریهای قلبی عروقی (CVD) است. مردانی که دور کمر بیشتر از ۴۰ اینچ (۱۰۲ cm) و زنانی که دور کمر بیشتر از ۳۵ اینچ (۸۸cm) دارند، ریسک پذیری نسبتاً بالایی دارند.

تفاوتهای نژادی و وابسته به جنس در توزیع چربی بدن، اعتبار پیش بینی دور کمر را بعنوان جانشین برای برآورد چربی شکمی تا حدودی زیر سوال می برد. در بعضی از جمعیتها (مانند آمریکائیهایی آسیایی تبار یا اشخاص نژاد آسیایی) دور کمر شاخصی نسبی تر از BMI برای ریسک بیماری است. برای اشخاص مسن، برآورد دور کمر ارزش بیشتری برای تعیین بیماریهای وابسته به چاقی دارد. تابلوی II هر دو عامل BMI و دور کمر را در طبقه بندی افزایش وزن و چاقی ارائه و اندیکاسیون نسبی ریسک بیماری را بیان می نماید.

در تفسیر BMI باید از قضاوت بالینی استفاده شود

در تفسیر BMI، در مواقعی که ممکن است BMI، بعنوان یک شاخص تام چربی بدن مطرح باشد. باید از قضاوت بالینی استفاده شود. مثالهایی که در خصوص این مواقع مطرح می باشند عبارتند از وجود ادم، عضلات زیاد، تحلیل عضلانی و کسانی که کوتاهی قد دارند. رابطه بین BMI و میزان چربی بدن، احتمالاً براساس سن، جنس و نژاد و بخاطر تفاوت در ترکیب بافت بدون چربی، قد در حالت نشسته و

هیدراسیون متفاوت می باشد. بعنوان مثال افراد مسن که غالباً توده عضلانی شان را از دست داده اند برای گرفتن BMI چربی بیشتری را نسبت به یک فرد جوانتر نشان می دهند. زنان ممکن است چربی بدن بیشتری را در مقایسه با مردان در اندازه گیری BMI داشته باشند و همچنین بیمارانیکه از نظر بالینی ادم دارند ممکن است چربی کمتر برای گرفتن BMI در مقایسه با کسانیکه ادم ندارند، داشته باشند. با این وجود، این پیشامدها اثر مهمی بر اعتبار BMI برای طبقه بندی افراد به گونه های اضافه وزن و چاقی جهت مراقبت از وزن پایه افراد به شکل بالینی ندارد^{۲۳}. در بیمارانی که BMI بین ۲۵ و ۳۴/۹ kg/m^2 دارند، بالا بودن دور کمر همراه با افزایش ریسک برای بروز بیماریهایی مانند دیابت نوع ۲، دیس لیپیدمیا، فشار خون و CVD می باشد.

برآورد ریسک پایه

برآورد ریسک پایه ، شامل تعیین موارد زیر است: تعیین درجه اضافه وزن یا چاقی با استفاده از BMI ، برآورد چاقی شکمی با استفاده از اندازه گیری دور کمر، وجود ریسک فاکتور CVD همزمان یا موربیدیتی همراه.

برخی از بیماریها که با چاقی و ریسک فاکتورهایی همراه می باشند ، بیماران را در یک وضعیت ریسک پذیری خیلی بالا ، جهت مورتالیتی بعدی قرار می دهند. لذا این بیماران علاوه بر کنترل بالینی بیماری، نیاز شدید به تغییر این ریسک فاکتورها نیز دارند. بعضی دیگر از بیماریهای همراه با چاقی که مرگ و میر کمتری دارند علی ایحال نیازمند درمان بالینی مناسبی هستند. علاوه بر آن چاقی تأثیر زیادی بر روی تعدادی از ریسک فاکتورهای قلبی عروقی دارد. لذا تعیین ماهیت این ریسک فاکتورها نیازمند تشدید مداخلات بالینی است.

۱- ریسک نسبی پایه براساس اضافه وزن و پارامترهای چاقی تعیین می شود. تابلوی II انواع ریسکهای نسبی و ارتباط آنها را با BMI و دور کمر مشخص می کند. آنها بمنظور درمان کاهش وزن ثابت و پابرجا وابسته به این نیازها هستند. اما میزان شدت تغییر لازم جهت ریسک فاکتور را تعیین نمی کنند. قدم بعدی تعیین ریسک قطعی براساس وجود بیماری یا ریسک فاکتورهای همراه می باشد.

۲- شناسایی بیمارانی که بطور قطع ، ریسکهای خیلی بالایی دارند. بیماران ذیل (که قطعا ریسکهای خیلی بالا دارند) نیازمند تغییر شدت در ریسک فاکتورها و کنترل بیماریهای موجود هستند:

↓ بیماری کرونر قلبی تایید شده (CHD) شامل : وجود سابقه ای از یک انفارکتوس قلبی، آنژین پکتورالیس (پایدار) ، جراحی شریان کرونری ، یا روشهای تهاجمی در شریان کرونری (مانند آنژیوپلاستی).

- وجود دیگر بیماریهای آترواسکلروتیک: شامل بیماری شریان محیطی، آنوریسم آئورت شکمی، یا بیماری شریان کاروتید علامت دار.
- دیابت نوع ۲ (قند ناشتای پلاسما $\leq 126 \text{ mg/dl}$ یا قند پلاسمای دو ساعته بعد از مصرف غذا $\leq 200 \text{ mg/dl}$) یک ریسک فاکتور بزرگ برای CVD است. بنابراین بطور قطع و یقین، وجود این فاکتور بتنهایی بیمار را در وضعیت ریسک پذیری خیلی بالا قرار می دهد.
- آپنه خواب: علائم و نشانه های آن، شامل خروپف با صدای خیلی بلند یا ایست تنفسی در حین خواب می باشد که اغلب بدنبال یک تنفس بلند و واضح و بعد بیداری کوتاه می آید.

۳- شناسایی دیگر بیماریهای همراه با چاقی: بیماران چاق در ریسک بالای بیماریهایی قرار دارند که نیازمند کشف و کنترل مناسب آنها می باشند. اما عموماً این بیماریها منجر به بروز نتایج شایع و یا تهدید کننده زندگی نمی شوند. این بیماریها شامل ناهنجاریهایی ژنیکولوژیکی (مانند منوراژی، آمنوره)، استئوآرتریت، سنگهای صفراوی و عوارض آنها و بی اختیاری ادراری ناشی از استرس میباشد. اگر چه بیماران چاق در ریسک بالای ابتلا به سنگ صفراوی می باشند، اما ریسک این بیماری در دوره هایی که کاهش وزن بسرعت انجام می پذیرد، بیشتر افزایش می یابد.

مردانی که دور کمر بزرگتر از ۴۰ اینچ (۱۰۲ cm) و زنانی که دور کمر بزرگتر از ۳۵ اینچ (۸۸ cm) دارند، ریسک نسبی ابتلا به بیماری در آنها افزایش می یابد.





ریسک فاکتورها

- سیگار کشیدن
- پر فشاری (هیپرتنشن) (فشار خون سیستولیک ≤ 140 mmHg یا فشار خون دیاستولیک ≤ 90 mmHg) یا استفاده شایع از داروهای ضد فشار خون.
- کلسترول لیپوپروتئینی با چگالی کم (LDL) ، که دارای ریسک بالا است (با غلظت سرمی ≤ 160 mg/dl) . یک کلسترول LDL بینابینی و ریسک بالا (130 تا 159 mg/dl) ، بعلاوه دو یا تعداد بیشتری از دیگر ریسک فاکتورها که دارای ریسک بالا هستند.
- پایین بودن میزان کلسترول با چگالی بالا (HDL) (غلظت سرم > 35 mg/dl)
- قند ناشنای مختل (IFG) (گلوکز ناشنای پلاسما بین 110 تا 125 mg/dl) به استناد بسیاری از منابع ، IFG بعنوان یک ریسک فاکتور مستقل برای بیماری قلبی عروقی (عروق بزرگ) در نظر گرفته می شود. بنابراین حوزه شمول آن ، بین ریسک فاکتورهای کمک کننده تا ریسک فاکتور قطعی است.
- امروزه بخوبی ثابت شده که IFG بعنوان یک ریسک فاکتور برای دیابت نوع دوم می باشد.
- تاریخچه فامیلی از CHD زود رس (انفارکتوس میوکارد یا مرگ ناگهانی که در خصوص پدر یا دیگر مردان درجه اول نسبی یا قبل از سن 55 سالگی، یا این که بوسیله مادر یا دیگر زنان درجه اول نسبی یا قبل از سن 65 سالگی تجربه شده باشد).
- سن ≤ 45 سال برای مردان یا سن ≤ 55 سال برای زنان. (یا بعد از منوپاز)



۴- شناخت ریسک فاکتورهای قلبی عروقی که قطعاً سهمی در ریسک بالا دارند.
اگر بیماران سه ریسک فاکتور یا بیشتر از ریسک فاکتورهایی که در چارت بالا آمده، داشته باشند می توانند بطور قطع ریسک بالایی را برای بیماریهای مرتبط با چاقی داشته باشند. وجود قطعی ریسک بالا توجه مصروف ما را برای انجام درمانهای پایین آورنده کلسترول و کنترل فشار خون افزایش می دهد.

دیگر ریسک فاکتورها

نیز مستحق ملاحظه ویژه ای هستند، زیرا احساس نیاز به کاهش وزن را در افراد چاق بالا می برند.

• **بی تحرکی فیزیکی** سهمی در افزایش ریسک برای بیماریهای CVD و دیابت نوع دوم دارد^{۳۱}. بی تحرکی فیزیکی، شدت دیگر ریسک فاکتورها را تشدید می کند. اما مشخص گردیده که بی تحرکی فیزیکی بعنوان یک ریسک فاکتور مستقل برای تمام علل مورتالیتی یا موربیدیتی بعلاوه CVD می باشد.^{۳۲ و ۳۳}
اگر چه بی تحرکی فیزیکی بعنوان ریسک فاکتوری که شدت درمان مورد نیاز برای کلسترول یا فشار خون بالا را تغییر میدهد، ولی افزایش فعالیت فیزیکی برای کنترل این بیماریها امری لازم و اجتناب پذیر است. (لطفاً پانل II درمان بالغین را ببینید^{۲۹} {ATPII}).
از برنامه ملی آموزشی، مبحث کلسترول و از ششمین گزارش کمیسیون ملی، مبحث جلوگیری، ارزیابی و درمان فشار خون بالا^{۳۰} [JNCVT] را نگاه کنید.

کنترل ریسک فاکتور

گزینه کنترل ریسک فاکتورها برای جلوگیری از CVD، دیابت شیرین و دیگر بیماریهای مزمن به تفصیل در دیگر گزارشات آمده است. برای توضیحات بیشتر در خصوص کنترل کلسترول سرم و دیگر بیماریهای لیپوپروتئینی به گزارش دوم برنامه های آموزشی هیئت متخصصین در خصوص تشخیص، ارزیابی و درمان کلسترول بالای خون در بالغین مراجعه کنید (پانل II درمان بالغین^{۲۹}، ATPII). برای درمان فشارخون، برنامه های آموزشی ششمین گزارش کمیسیون ملی جلوگیری، تشخیص، ارزیابی و درمان فشار خون بالا (JNCVI^{۳۰}) را ملاحظه کنید.

بمنظور کسب اطلاعات بیشتر از انستیتوی ملی قلب، ریه و خون، لیست منابع اضافه را ببینید.

ریسک فاکتورها و کاهش وزن

به افرادی که دارای وزن زیاد و چاق هستند، توصیه می شود تا در موارد زیر همکاری کنند:

- پایین آوردن سطح فشار خون در کسانی که فشار خون بالا دارند.
- پایین آوردن سطح گلوکز خون بالا در کسانی که دیابت نوع ۲ دارند.
- پایین آوردن سطوح بالای کلسترول تام، LDL کلسترول و تری گلیسرید و افزایش سطح HDL کلسترول در کسانی که دیس لیپیدمیا دارند.

افزایش فعالیت فیزیکی خصوصاً برای افراد چاق جهت پیشرفت در کاهش وزن مثل نگهداری وزن بدن لازم است و به میزان مطلوبی ریسک فاکتورهای همراه با چاقی را تعدیل می کند. برعکس، بی تحرکی فیزیکی در فرد چاق، تلاشهای مضاعفی را برای برداشتن وزن اضافه (بخاطر بی تحرکی فیزیکی و چاقی که هر دو ریسک بیماریها را بالا می برند) می طلبد.

- عموماً چاقی با بالا رفتن تری گلیسرید سرمی همراه است. لیپوپروتئین های غنی از تری گلیسرید ممکن است مستقیماً آتروژنیک باشند و همچنین آنها

شایعترین تظاهرات فنوتیپی لیپوپروتئین آتروژنیک هستند. (تری گلیسریدهای بالا، اجزای کوچک LDL و سطوح پایین کلسترول - HDL) ^{۳۴}.

عموماً در حضور چاقی، سطح سرمی بالا از تری گلیسریدها همراه با خوشه ای از ریسک فاکتورهای متابولیکی که به عنوان سندرم متابولیک شناخته شده اند، وجود دارند (فنوتیپ لیپوپروتئین آتروژنیک، هیپرتنشن، مقاومت به انسولین، عدم تحمل به گلوکز و حالت های پروترومبوتیک).

بنابراین در بیماران چاق، سطح بالای تری گلیسریدهای سرمی، شاخصی برای افزایش ریسک قلبی عروقی است.



استراتژی ارزیابی و درمان

وقتی درمانگران مراقبتهای بهداشتی (مثل پزشک، پرستار و...) در مطب با بیماران مواجه می شوند، می توانند از فرصتهای موجود جهت تعیین علل اضافه وزن و چاقی و ریسک فاکتورهای همراه و آغاز درمان برای کاهش وزن، ریسک فاکتورها و بیماریهای مزمنی مانند CVD و دیابت نوع دوم، استفاده نمایند. وقتی یک بیمار را برای درمان اضافه وزن و چاقی بررسی می کنید، وزن بیمار، دور کمر و وجود ریسک فاکتورها را مد نظر بگیرید. استراتژی ارزیابی و درمان بیماران دارای اضافه وزن در شکل ۴ (الگوریتم درمان) نشان داده شده است، این الگوریتم فقط برای ارزیابی اضافه وزن و چاقی بکار می رود و منعکس کننده ارزیابی کلی دیگر وضعیتها و بیماریها که بوسیله پزشک انجام می شود، نیست. رویکردهای درمانی برای نارسائیهای کلسترولی و فشار خون پیش تر در ATRPII و JNCVI توضیح داده شده است.^{۳۰ و ۲۹}

در بیمارانی که وزن بالایی دارند، کنترل ریسک فاکتورهای قلبی عروقی به همان میزان درمان کاهش وزن، دارای اهمیت می باشد. کاهش ریسک فاکتورها، ریسک CVD را هم کاهش خواهد داد، که اگر چنین نباشد تلاش های موجود جهت کاستن از وزن موفقیت آمیز نخواهد بود.

شکل ۴ . الگوریتم درمانی*

هر پله (که بوسیله یک جعبه مشخص شده است) در الگوریتم درمانی در یک بخش مرور شده و به بخشهای بعدی گسترش یافته است.

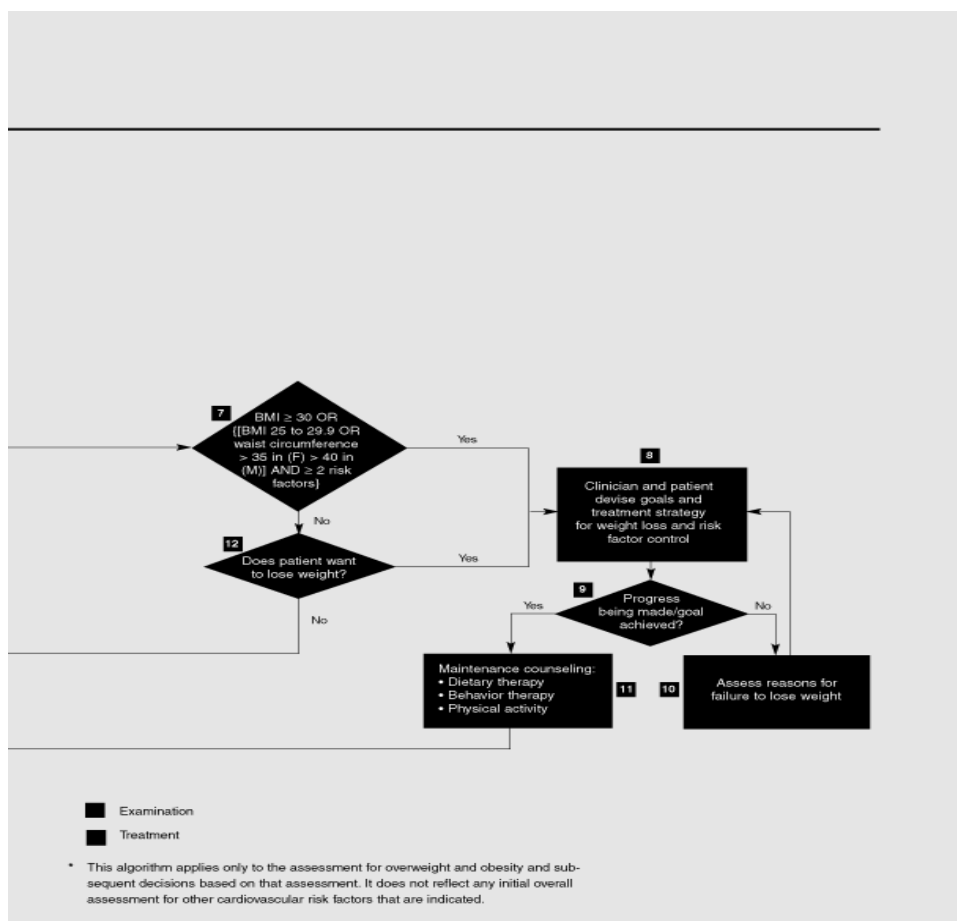
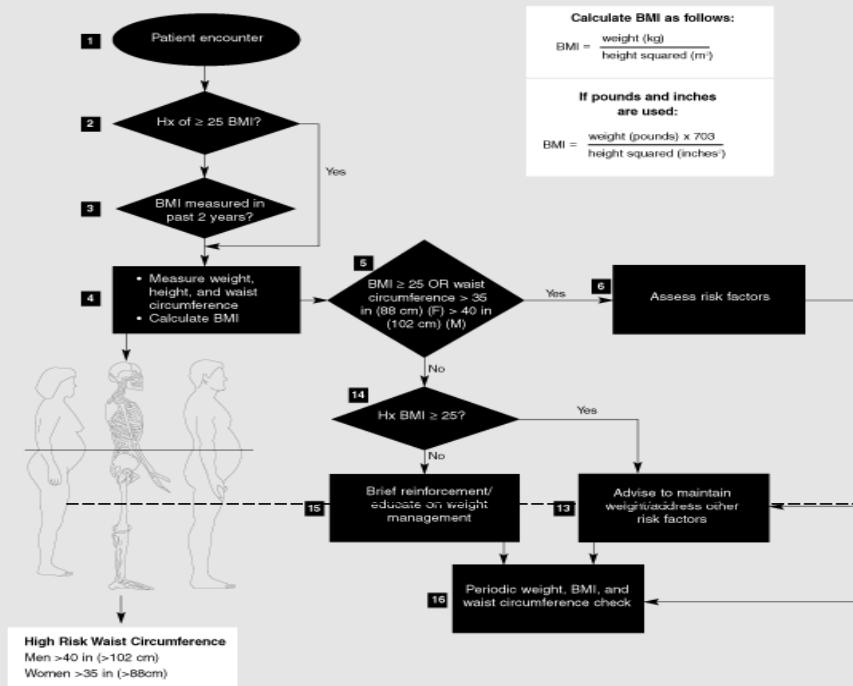


Figure 4.

Treatment Algorithm*

Each step (designated by a box) in this process is reviewed in this section and expanded upon in subsequent sections.



* این الگوریتم فقط برای ارزیابی اضافه وزن و چاقی بکار می رود و منعکس کننده ارزیابی کلی دیگر وضعیتها و بیماریها که بوسیله پزشک انجام خواهد شد ، نمی باشد.

هر پله (که بوسیله يك جعبه مشخص شده است) در الگوریتم درمانی در يك بخش مرور شده و به بخشهای بعدی گسترش یافته است.

۱ مواجهه با بیمار

هر گونه ارتباط بین درمانگر مراقبتهای بهداشتی درمانی (عموماً یک پزشک، درمانگر پرستار یا پزشک یار) و بیمار، فرصتهای لازم را برای برآورد وضعیت وزن بیمار ، توصیه ، مشورت یا درمان مهیا می کند.

۲ وجود سابقه ای از اضافه وزن یا BMI مستند ≥ 25

جستجو جهت مشخص کردن اینکه آیا بیمار اضافه وزنی داشته است؟ یک سؤال ساده ، مانند اینکه آیا شما هرگز اضافه وزن داشته اید؟ ممکن است این هدف را انجام دهد. سؤالات را بسمت تاریخچه چاقی، عاداتهای غذایی، فعالیتهای فیزیکی و داروهایی که ممکن است اطلاعات مفیدی را در باره ریشه های چاقی در بیماران خاص بدهد، هدایت کنید.

۳ اندازه گیری BMI در دو سال گذشته

برای کسانی که اضافه وزن نداشته اند، یک فاصله دو ساله برای ارزیابی مجدد کافی است. اگر چه این مقدار زمان سندیت اساسی ندارد، ولی یک توافق قابل قبول

بین نیاز برای تعیین مقدار افزایش وزن در مرحله اولیه، محدود کردن زمان، فعالیتها و هزینه های تکرار این اندازه گیریها می باشد.

۴ وزن، قد و دور کمر را اندازه بگیرید.

BMI را محاسبه کنید، وزن باید اندازه گیری شود تا BMI قابل محاسبه باشد. بیشتر چارتهای براساس تعیین وزن با پوشش زیر پوش و بدون کفش می باشد.

۵ $BMI \leq 25$ یا دور کمر < 35 اینچ (۸۸ cm) (در زنان)

یا < 40 اینچ (۱۰۲ cm) (در مردان)

این مقادیر، از وزن نرمال تا اضافه وزن تقسیم می شوند و تناقضی با دیگر راهنماهای ملی و بین المللی ندارند. رابطه بین وزن و مورتالیتی J شکل است و مستندات پیشنهاد می کنند که در BMI ۲۵، سمت راست J شروع به افزایش می کند. بخاطر اینکه بعضی از بیماران با BMI کمتر از ۲۵ ممکن است میزان نامتناسبی از چربی شکمی داشته باشند و علیرغم BMI کم، ریسک بیماریهای قلبی عروقی در وی افزایش یابد، دور کمر باید بعنوان یک یا فاکتور عمل کننده دخیل باشد. (صفحات ۲۵ تا ۲۷ را نگاه کنید).

مقادیر دور شکم، در بیمارانی که $BMI \leq 35 \text{ kg/m}^2$ دارند، ضرورتی ندارد.

۶ برآورد ریسک فاکتورها

برآورد ریسک CVD و دیابت در فردی که چاقی قطعی دارد شامل ملاحظات ویژه در زمینه های تاریخچه پزشکی، معاینه فیزیکی و امتحانات آزمایشگاهی خواهد بود. وجود CVD یا آسیب به اندام نهایی بزرگترین ضرورت را ارائه می دهد. بخاطر اینکه ریسک اصلی چاقی غیر مستقیم است (منجر به چاقی می شود یا هیپرتنشن و دیس لیپیدمی را بدتر می کند، علاوه بر اینکه هر کدام از آنها منجر به عوارض قلبی عروقی میگردند)، کنترل چاقی باید در زمینه دیگر ریسک فاکتورها انجام شود. اگر چه

هیچ مدرک مستقیمی وجود ندارد که ریسک فاکتور ها کاهش وزن را افزایش می دهند، لذا درمان ریسک فاکتورها از راه کاهش وزن یک استراتژی پیشنهادی است. لیست ریسک فاکتورهایی که باید مد نظر قرار گیرند در صفحات ۲۹ تا ۳۵ آمده است. همچنین برآورد ریسک فاکتورها ، به برآورد عاداتهای غذایی و فعالیتهای فیزیکی بیماران دارای اضافه وزن کمک می کند.

۷ BMI ≤ 30 یا

(BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ یا دور کمر < 35 اینچ (۸۸cm) در(زنان) یا < 40 اینچ (۱۰۲ cm) در (مردان)] و ≤ 2 ریسک فاکتور)

متخصصین توصیه می کنند تمام بیمارانی که این ویژگیها را دارند باید برای کاهش وزن اقدام کنند.

در هر حال ، این امر مهم است که از بیمار (مرد یا زن) بپرسیم که آیا می خواهند وزنشان را کم کنند یا نه؟ کسانی که BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ kg/m^2 و کسانی که یک ریسک فاکتور دارند یا هیچ ریسک فاکتوری ندارند قبل از آنکه شروع به انجام برنامه کاهش وزن نمایند بیشتر باید در زمینه نگهداری وزن جایشان تلاش کنند. این متخصص است که تشخیص می دهد که تصمیم گیری کند که آیا کاهش باید در زمینه دیگر ریسک فاکتورها (مثل اهمیت ترک سیگار که مهمتر از کاهش وزن می باشد) و اولویتهای بیمار باشد یا نه ؟

۸ کلینیسین و اهداف تدبیری بیمار

تصمیم گیری در جهت کاهش وزن باید بصورت پیوسته بین کلینیسین و بیمار انجام گیرد ، زیرا در گیر شدن بیمار با این مساله و سرمایه گذاری برای موفقیت در این امر خیلی سخت است. در ابتدای امر بیمار ممکن است نه بعنوان یک هدف جهت کاهش وزن بلکه برای جلوگیری بیشتر از افزایش وزن بعدی ، اینکار را انجام دهد. به عنوان یک هدف اولیه برای کاهش وزن، هیئت متخصصین توصیه به کاهش وزن ، به میزان ۱۰

درصد از وزن پایه و به میزان ۱ تا ۲ پوند در هفته و یک کاهش انرژی بمیزان ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ کیلوکالری در روز می کند (صفحه ۴۹ را ببینید).

برای کسانی که اضافه وزن دارند: یک کاهش بمیزان ۳۰۰ تا ۵۰۰ کیلوکالری در روز ممکن است مناسب تر باشد. به این منظور هر هفته در حدود ۰/۵ پوند وزن کم کنید. گذشته از این مسجل شده که بطور متوسط در طی مدت بیش از ۶ ماه، ۸ درصد از وزن بدن میتواند کاهش یابد. از آنجایی که متوسط کاهش وزن مشاهده شده شامل کسانی است که تا به حال وزن کم نکرده اند، هدف منحصر بفرد ۱۰ درصد برای آنان معقول است. بیشتر بیماران بعد از ۶ ماه تراز برابر خواهند داشت. (یعنی کالری ورودی با انرژی مصرفی متعادل است). بنابراین اگر آنها وزن بیشتری را از دست دهند نیاز به یک تنظیم بالانس انرژی خواهند داشت (صفحه ۴۹ را ببینید)

سه جزء اصلی درمان کاهش وزن عبارتست از تغذیه درمانی، افزایش فعالیت فیزیکی و رفتار درمانی (صفحات ۵۲ تا ۷۱ را ببینید).

این روشهای درمانی باید حداقل برای ۶ ماه قبل از اقدام به فارماکو تراپی انجام گیرد. علاوه فارماکو تراپی باید بعنوان یک مکمل برای امور درمانی بیمارانی با BMI ۳۰ و kg/m^2 و کسانی که ریسک فاکتورها یا بیماری همراه با چاقی ندارند، در نظر گرفته شود. همچنین فارماکو تراپی را باید برای بیمارانی که BMI 27 kg/m^2 و کسانی که ریسک فاکتورهای مرتبط با چاقی یا بیماری دارند در نظر گرفت. ریسک فاکتورها یا بیماریهایی که مهم هستند و دلیل استفاده ما از فارماکو تراپی در BMI بین ۲۷ تا $29/9 \text{ kg/m}^2$ هستند عبارتند از، فشار خون، دیس لیپیدمی، CHD، دیابت نوع دوم و آپنه خواب. دو دارویی که توسط FDA برای درمان طولانی مدت کاهش وزن تأیید شده سیبو ترامین Sibutramine و اورلیستات (orlistat) می باشند. در هر حال سیبو ترامین نباید در کسانی که سابقه ای از پر فشاری خون (هیپرتنشن)، CHD، CHF، آریتمی ها یا سکتة مغزی دارند، مصرف شود. بیماران مشخصی هم ممکن است کاندید کاهش وزن با روش جراحی باشند، بنابراین هر جزئی از درمان مربوط به کاهش وزن باید مقدمه ای برای حفظ بیمار باشد. انتخاب روشهای کاهش وزن باید در زمینه سلیقه بیمار، آنالیز تلاشهای ناموفق و در نظر گرفتن منابع قابل دسترس باشد.

۹ پیشرفت در انجام هدف

بیماران باید در طی فاز حاد کاهش وزن و در دوره های ۶ ماهه و یک ساله و در طی ویزیت های پیگیری، توزین شوند، BMI محاسبه و پیشرفتشان برآورد شود. اگر در هر زمان که معلوم شود برنامه ناموفق است، یک ارزیابی مجدد باید جایگزین شناسایی دلایل گردد، (جعبه شماره ۱۰ را ببینید)، و اگر از دارو درمانی استفاده شده، مراقبت مناسب از اثرات جانبی توصیه می شود. (صفحات ۷۱ تا ۷۷ را ببینید). اگر بیماری مناسب از اثرات جانبی توصیه شده را در طی مدت ۶ ماه تا یکسال انجام دهد، این میزان تغییر وزن را می توان پیشرفت خوبی قلمداد کرد. بعد از آن بیمار می تواند وارد فاز نگهداری وزن و مراقبت طولانی مدت شود. برای درمانگران مهم است که تشخیص دهند که چه افرادی برای کاهش یا افزایش وزن بدن مستعدترند. همیشه این فنومن نمی تواند برای درجه جواب دهی کمک کننده باشد.

به هر حال اگر چاقی اثبات شده ای وجود دارد و ریسک فاکتورهای همراه چاقی هنوز باقی مانده اند، برای انجام کاهش وزن بعدی باید برنامه درمان کاهش وزن دوباره برقرار شود. زمانیکه بیمار به محدوده وزن دلخواه رسید، درمانگر مسئول مراقبت از ریسک فاکتورها و تشویق بیمار برای نگهداری سطح کاهش وزن می باشد.

۱۰ برآورد دلایل شکست (درمان) کاهش وزن

اگر بیماری در عرض ۶ ماه یا ۱ سال از شروع درمان، در انجام ۱۰ درصد از کاهش وزنی که توصیه شده، شکست بخورد به ارزیابی مجدد نیاز خواهد داشت. سوال حساسی که باید مد نظر گرفته شود اینست که آیا بیماران انگیزه کافی را جهت ادامه درمان بالینی دارند؟ یا نه؟ و اگر انگیزه بالاست اهداف و استراتژیها را اصلاح کنید. اگر انگیزه بالا نیست درمان نباید ادامه پیدا کند. اما بیمار باید تشویق شود تا تلاشهای خود را جهت کاهش وزن یا اجتناب از افزایش وزن بعدی بکارگیرد. حتی اگر درمان کاهش وزن متوقف شود، کنترل ریسک فاکتور باید ادامه پیدا کند. شکست فعالیتهای کاهش وزن باید درمانگران را وادار نماید تا بررسی های زیر را انجام دهند: