

بررسی نقش متغیرهای پیشگویی کننده کبد چرب غیرالکلی در مبتلایان به دیابت نوع دو

دکتر فرهاد حسین پناه، دکتر لیلا صادقی، دکتر مهدی رامبد، دکتر مژگان فروتن، دکتر میترا ناصری*

* مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: بیماری کبد چرب غیرالکلی اختلال نسبتاً شایعی است که عوامل خطر متعددی برای بروز آن بررسی و پیشنهاد شده‌اند. هدف این مطالعه بررسی ارتباط عوامل خطر احتمالی با وجود یا عدم وجود استئاتوزیس بر مبنای تشخیص سونوگرافیک در مبتلایان به دیابت تیپ دو بود.

روش بررسی: این پژوهش روی ۷۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت درمان که از نظر مصرف الکل و وجود ویروس هپاتیت B و C منفی بودند، انجام شد. بررسیهای بالینی و بیوشیمیایی شامل قدم، وزن و اندازه دور کمر، قندخون ناشتا، هموگلوبین گلیکوزیله، تری‌گلیسرید و کلسترول تام، LDL و HDL و ترانس‌آمینازهای کبدی و الکالن فسفاتاز، وضعیت عملکرد تیروئید، سطح آهن سرم و ظرفیت کامل اتصال آهن و سونوگرافی کبد در بیماران مذکور انجام گرفت. بیماران به صورت غیر مبتلا و مبتلا به استئاتوزیس (درجه ۱ تا ۳ سونوگرافی) تعریف شدند. نمره سندروم متابولیک بر اساس آخرین معیار ATP III تعیین شد. جهت بررسی ارتباط عوامل خطر احتمالی با وجود استئاتوزیس از ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، رگرسیون لجستیک و تست دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها: ۴۹ بیمار (۶۴٪) زن بودند. متوسط سن بیماران ۵۹ ± ۸ سال بود. در مجموع ۶۳ بیمار (۸۲٪) مبتلا به استئاتوز کبدی بودند. متوسط نمایه توده بدن (BMI) در مبتلایان به استئاتوزیس ۲۹ ± ۴ و در غیرمبتلایان ۲۴ ± ۳ کیلوگرم بر مترمربع بود ($p < 0.05$). متغیرهای سن ($r = -0.24$ ، $p < 0.05$)، دورکمر ($r = 0.27$ ، $p < 0.05$)، تری‌گلیسرید ($r = 0.21$ ، $p < 0.05$) و BMI ($r = 0.31$ ، $p < 0.05$) همبستگی معنی‌داری با وجود استئاتوزیس داشتند. میزان شیوع استئاتوز کبدی در مبتلایان به سندروم متابولیک به طور معنی‌داری بیشتر از غیرمبتلایان بود ($\chi^2 = 4.3$ ، $p < 0.05$). در مدل نهایی رگرسیون لجستیک جهت پیشگویی وجود استئاتوزیس تنها BMI (به ازای هر ۵ واحد افزایش) در مدل باقی ماند ($OR = 4.25$ ، $CI = 1.7 - 10.9$).

نتیجه‌گیری: در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ از میان عوامل مورد بررسی تنها BMI به طور معنی‌داری قادر به پیشگویی میزان بروز استئاتوزیس بود. به نظر می‌رسد آگاهی از سایر عوامل متابولیک اطلاعات بیشتری در مورد شناسی ابتلا به استئاتوزیس بدست نمی‌دهد.

وازگان کلیدی: کبد چرب، استئاتوزیس، دیابت، سندروم متابولیک.

مقدمه

استئاتوز ساده یا استئاتوز با التهاب خفیف سلول‌های کبدی (کلاس ۱ و ۲) تا استئاتوهپاتیت غیرالکلی شدید (کلاس ۳ و ۴) را شامل می‌شود (۱). این بیماری بیشتر با دیابت تیپ دو، چاقی و هیپرلیپیدمی همراه است (۲-۱۰). در حقیقت NAFLD شامل طیف وسیعی از اختلالات عملکرد کبدی و آسیب بافتی مشابه بیماری کبد الکلیک می‌باشد اما در کسانی اتفاق می‌افتد که یا الکل نمی‌نوشند و یا تنها مقدادی متوسطی

کبد چرب غیرالکلی (Non-alcoholic fatty liver disease=NAFLD) (۱۱) نسبتاً شایع است که طیف وسیعی از آسیب‌های کبدی از

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دکتر فرهاد حسین پناه (email: fhospanah@erc.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۹/۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۱۹

خانوادگی دیابت داشتند، به ترتیب مراجعه در یک مطالعه مقطعی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از تکمیل فرم رضایتمنه کتبی، اطلاعات دموگرافیک و بالینی بیماران بر اساس شرح حال و معاینه بالینی شامل اندازه گیریهای تن سنجی مشتمل بر قد (بر حسب سانتیمتر)، وزن (بر حسب کیلوگرم)، اندازه دور کمر در محاذات ناف (بر حسب سانتیمتر) و فشار خون (بر حسب میلیمتر جیوه) بوسیله فشارسنج کافدار جیوهای پس از پنچ دقیقه نشستن روی صندلی جمع آوری شد. سپس ارزیابیهای آزمایشگاهی شامل اندازه گیری سطح سرمی کلسترول تام، LDL، HDL، اندازه گلیسرید، قند خون ناشتا، هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1c}، شمارش کامل سلولهای خون، ترانس آمینازهای کبدی و آکالان فسفاتاز، وضعیت عملکرد تیروئید، سطح آهن سرم و ظرفیت کامل اتصال آهن (Total iron binding capacity=TIBC) و مارکرهای عفونت با هپاتیت B و C از کلیه بیماران بعمل آمد. گلوکز پلاسمایی (CV Inter assay=٪۳) اندازه گیری گردید. اندازه گیری کلسترول تام و تری گلیسرید پلاسمایی به روش کلریمتري انزیماتیک توسط کلسترول استراز و کلسترول اکسیداز برای کلسترول تام و تری گلیسرید پلاسمایی به روش کلریمتري انجام گردید (کیت پارس آزمون، CV Inter assay معادل ٪۲/۲ برای کلسترول تام و ٪۱/۶ برای تری گلیسرید پلاسمایی). HDL-C پلاسمایی پس از رسوب لیپوپروتئین های حاوی آپو-B متوسط فسفوتنگستیک اسید اندازه گیری گردید و میزان LDL-C توسط فرمول Friedewald متوسط میگردید. IFCC ترانس آمینازهای سرم شامل ALT و AST توسط روش (کیت پارس آزمون، CV Inter assay معادل ٪۳/۸ برای ALT و ٪۲/۸ برای AST) اندازه گیری شد. آکالان فسفاتاز پلاسمایی توسط روش DGKC (کیت پارس آزمون CV Inter assay معادل ٪۲۷) تعیین گردید. اندازه گیری آهن سرم و ظرفیت SERENE-S (کیت زیست شیمی ٪۵/۳ CV Inter assay) و رسوب توسط کربنات منیزیوم (کیت زیست شیمی ٪۲/۴ CV Inter assay) انجام گردید. آزمایشات تعیین کیفی عفونت های ویروسی هپاتیت C با روش ELISA (کیت Radim) انجام گردید. آزمونهای عملکرد تیروئید شامل T₃ و T₄ به روش RIA (کیت Immunotech® با CV Inter assay٪۰/۸، WHO مبتلا به TSH به روش IRMA (کیت Spectria® با CV Inter assay٪۰/۴) در نمونه ها توسط کروماتوگرافیک انجام گردید. HbA_{1c} نیز در نمونه ها توسط کروماتوگرافیک

الکل مصرف می نمایند (۵). تعریف دقیقتراز NAFLD که بر پایه هیستوپاتولوژی ارائه شده است شامل تجمع چربی بیش از ۵-۱۰ درصد وزن کبد و یا درصد مشابه از هپاتوسیت های fat-laden در میکروسکوپ نوری می باشد (۱۱). تشخیص دقیق NAFLD بر اساس بیوپسی کبد و نمای آسیب شناختی است اما روش های تصویربرداری شامل توموگرافی کامپیوترا و سونوگرافی نیز از نظر بالینی قابل استفاده هستند. به علت تهاجمی بودن بیوپسی و گران قیمت بودن سایر روش های تصویربرداری، در کلینیک تشخیص NAFLD بر اساس شواهد سونوگرافیک کبد براق (Bright liver) و کاهش Posterior attenuation در افراد بدون مصرف الکل و یا مصرف کم الکل می باشد (۱۲). پاتولوژی این بیماری چند عاملی است و به نظر می رسد مقاومت به انسولین برای تجمع چربی در هپاتوسیت ها ضروری است (۱۳، ۱۴).

سندروم مقاومت به انسولین یک اختلال متابولیک شایع است که در حدود ۲۰٪ جمعیت غیر دیابتی را درگیر کرده است و با اختلالات متعدد قلبی - عروقی و متابولیک همراه است (۱۵-۱۷). یکی از تعاریف سندروم متابولیک که حساسیت به انسولین را مد نظر قرار نداده است توسط برنامه ملی آموزش کلسترول آمریکا (US National Cholesterol Education Program) در گزارش ATP III (Adult Treatment Panel III) در جامعه هرچند با استفاده از معیارهای جامع بالینی ATP III، تشخیص سندروم متابولیک بسیار شایع بوده و بیماران ممکن است در درجات مختلفی از تجمع ریسک فاکتورها را داشته و سطوح گوناگونی از ترشح و مقاومت به انسولین را بروز دهند (۱۶، ۱۸، ۱۹). شیوع سندروم متابولیک در جامعه شهرنشین ایران حدود ۳۰٪ برآورد شده است (۱۹). هدف این مطالعه بررسی ارتباط متغیرهای احتمالی دخیل در بروز بیماری کبد چرب غیر الکلی (NAFLD) تشخیص داده شده بر اساس سونوگرافی در مبتلایان به دیابت تیپ دو و ارتباط این بیماری با سندروم متابولیک و اجزای آن می باشد.

مواد و روشها

در فاصله شهریور ماه لغایت اسفند ماه سال ۱۳۸۳، بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های غدد بیمارستانهای امام حسین (ع) و آیت الله طالقانی تهران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که بر اساس معیار سازمان جهانی بهداشت (WHO) (۲۰) مبتلا به دیابت تیپ دو بوده و تحت درمان با داروهای خوراکی پایین آورنده قندخون بودند، در صورتی که سن مساوی یا بالاتر از چهل سال و سابقه

استئاتوزیس از ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و جهت بدست آوردن اثر پیشگویی کنندگی متغیرهای احتمالی دخیل از تحلیل رگرسیون لجستیک با حدود اطمینان ۹۵٪ استفاده شد. برای انجام این تحلیل متغیرهای سن (سال)، مدت ابتلا به دیابت (سال)، میزان قند ناشتا (mg/dl)، اندازه دور کمر، سطح تری‌گلیسرید پلاسمما (mg/dl) و هموگلوبین A_{1c} و BMI (kg/m²) به صورت متغیرهای کمی مورد استفاده قرار گرفته و وجود یا عدم وجود استئاتوزیس به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جهت مقایسه میزان فراوانی استئاتوزیس در مبتلایان به سندروم متابولیک از تست دقیق فیشر استفاده شد. P-های کمتر از ۰/۰۵ معنی دار فرض شدند.

یافته‌ها

در مجموع ۸۶ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۰ بیمار در مدت بررسی به علت عدم مراجعه یا نقص اطلاعات یا احراراً معیارهای خروج از مطالعه در بررسیهای آماری وارد نشدند. در کل ۶۳ بیمار (۸۲/۹٪) بر اساس یافته‌های سونوگرافیک درجه‌اتی از استئاتوز کبدی (از درجه یک تا سه) داشتند و ۱۳ بیمار (۱۷/۱٪) هیچ یافته سونوگرافیک به نفع استئاتوز کبدی نداشتند. از این میان، ۲۸ بیمار استئاتوز درجه یک، ۲۷ بیمار استئاتوز درجه دو و ۸ بیمار استئاتوز درجه سه داشتند. شایعترین دهه سنی بیماران دهه ششم (۳۸٪) و سپس هفتم (۳۳٪) زندگی بود. علاوه بر این شایعترین گروه نمایه توده بدنی بیماران ۲۵ تا ۳۰ (۴۶٪) و سپس ۳۰ تا ۳۵ (۲۱٪) کیلوگرم بر مترمربع بود. ۱۷ ویژگی بالینی و آزمایشگاهی بیماران در مبتلایان و غیرمبتلایان به NAFLD مقایسه شدند (جدول ۱).

متغیرهای قند خون ناشتا، مدت ابتلا به دیابت، دور کمر، نمایه توده بدنی، سطح پلاسمایی تری‌گلیسرید، کلسترول تام و هموگلوبین A_{1c} جهت بدست آوردن یک مدل لجستیک برای پیشگویی استئاتوزیس مورد آنالیز قرار گرفتند. از میان متغیرهای فوق تنها نمایه توده بدنی در مدل نهایی قرار گرفت (OR=۱/۷-۱۰/۹, p<۰/۰۵) به عبارت دیگر با افزایش ۵ واحد در میزان نمایه توده بدنی شناس ابتلا به استئاتوز کبدی حدود ۴ برابر افزایش می‌یابد. سطح تری‌گلیسرید به عنوان بهترین پیشگویی کننده پس از نمایه توده بدنی (به ازای هر ۵ واحد افزایش) قرار داشت. (OR=۱/۹۵, p=۰/۴, ۹/۳-۰/۴٪, ۹۵CI=۰/۴-۰/۹٪)

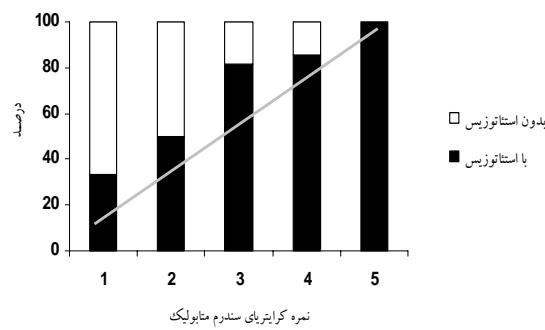
اکسپیکتروفوتومتری (CVInter assay®/Biosystem ۲/۶) کیت (CVInter assay®/Biosystem ۲/۶) انجام گردید. فاصله زمانی از تشخیص بیماری دیابت تیپ دو تا هنگام بررسی بر اساس شرح حال بیمار به عنوان مدت ابتلا به دیابت ثبت شد.

بیماران دارای سابقه بیماری کبدی از قبیل سیروز، مصرف الكل بیش از ۲۰ گرم در روز، سابقه بیماری شدید و ناتوان کننده مانند بدخیمی‌ها، کم خونی شدید (هموگلوبین کمتر از ۱۰ mg/dl)، هیپوتیروئیدی بالینی، بیماران با آنتی‌بادی مثبت علیه ویروس هپاتیت C و آنتی‌زن سطحی هپاتیت B (HBsAg)، بیمارانی که نسبت آهن سرم به در آنها بیشتر از ۵۰ بوده و بیمارانی که سابقه مصرف داروهای تاموکسیفن، کورتیکواستروئیدها، آمیودارون، ضدبارداری‌های خوارکی، والپروئیک اسید، دیلیتیازم، نیوفدیپین، متوترکسات و تتراسیکلین داشتند، از مطالعه خارج شدند.

بر اساس معیارهای ATP III (۱۸) سندروم متابولیک به صورت وجود حداقل سه مورد از ۵ معیار زیر تشخیص داده شد: اندازه دور کمر (چاقی تنهای) بیش از ۱۰۲ cm در مردان و بیش از ۸۸ cm در زنان، قندخون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ mg/dl، تری‌گلیسرید سرم مساوی یا بیشتر از ۴۰ mg/dl، سطح کلسترول HDL کمتر از ۴۰ mg/dl مردان و کمتر از ۵۰ mg/dl در زنان و فشارخون بالا (دیاستولیک/سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۳۰/۸۵ mm-Hg). از سونوگرافی جهت تشخیص وجود یا عدم وجود و شدت استئاتوزیس کبدی استفاده شد. کلیه سونوگرافی‌ها با دستگاه Convex Hitachi EU B 405 و پروب با فرکانس ۳/۵ مگاهرتز در بیمارستانهای امام حسین(ع) و آیت الله طالقانی توسط یک متخصص رادیولوژی واحد که از هدف مطالعه و نتایج مطالعات پاراکلینیک مطلع نبود، انجام شد. شدت استئاتوزیس به روش نیمه‌کمی (semi-quantitative) به صورت صفر (فاقد استئاتوزیس)، ۱ (خفیف)، ۲ (متوسط) و ۳ (شدید) تعیین شد. درجه‌بندی فوق براساس اکوی افزایش یافته غیرطبیعی پارانشیم کبد، تفاوت دامنه اکوی نسج کبد و کلیه، نفوذ اکو در بخش‌های عمقی کبد ووضوح عروق خونی کبد صورت گرفت (۲۱، ۲۲).

اطلاعات بدست آمده در نرم‌افزار آماری SPSS (Version 11.5, SPSS Inc. Chicago, USA) وارد شدند. متغیرهای پیوسته به صورت انحراف معیار ± میانگین نمایش داده شده‌اند. جهت مقایسه خصوصیات کمی از آزمون t با نمونه‌های مستقل (Independent sample t-test)، جهت بررسی همبستگی بین متغیرهای مورد ارزیابی با یکدیگر و با

در مجموع ۶۸ بیمار (۸۹/۵٪) مبتلا به سندرم متابولیک بودند که از این میان ۸۶/۸٪ دارای درجاتی از استئاتوز کبدی بودند. در حالی که حدود ۴۳٪ از افرادی که فاقد سندرم متابولیک شناخته شده بودند، استئاتوز کبدی داشتند (۱۵٪).^(p=0/۰)
 با توجه به نمودار ۲ با افزایش نمره معیار تشخیصی سندرم متابولیک بر شیوع استئاتوز کبدی افزوده می‌شود به طوری که همه مبتلایان به سندرم متابولیک که واجد تمام ۵ معیار بودند بر اساس سونوگرافی مبتلا به استئاتوز کبدی بودند (Chi square linear-by-linear association=۸/۴۹؛ $p<0/۰۱$).



نمودار ۲- توزیع فراوانی نسبی تجمعی (٪) استئاتوزیس
کبدی بر حسب نمره معیار سیندرم متابولیک

دحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد نمایه توده بدنی بهترین عامل پیشگویی کننده وجود استئاتوزیس کبدی در مبتلایان به دیابت تیپ دو می‌باشد.

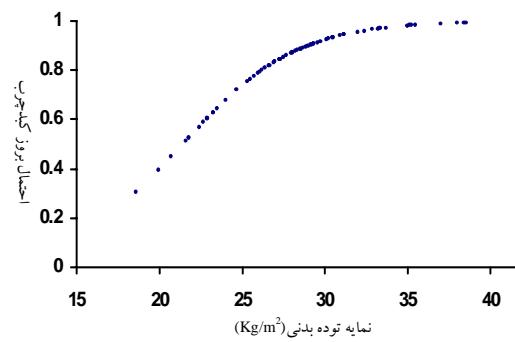
استئناتوھپاتیت غیرالکلی (NASH) (Non-alcoholic steatohepatitis=NASH) نوعی هپاتیت مزمن با نمای بافت-شناختی مشابه بیماری کبدی ناشی از الکل است (۲۳) که اخیراً عبارت بیماری کبد چرب غیرالکلی (NAFLD) (۲) به آن ترجیح داده می‌شود. در حال حاضر NASH به عنوان بخشی از طیف گسترده NAFLD شناخته می‌شود (۲۴). به عبارت دیگر NAFLD حالتی بالینی است که طیف وسیعی از آسیب کبدی را از استئاتوز ساده تا استئناتوھپاتیت، فیبروز پیشرفته و سیروز شامل می‌شود (۲-۱۰). در مطالعات مختلف شیوع NAFLD در حدود ۲۰-۲۵ درصد جمعیت ایالات متحده برآورد شده است (۲۵،۲۶) که می‌تواند با ALT نرمال (۴) یا افزایش یافته (۲۷) همراه باشد. سونوگرافی و توموگرافی کامپیوترا

جدول ۱- خصوصیات بیماران مبتلا به دیابت تیپ دو مورد بررسی در مبتلایان و غیرمبتلایان به کبد چرب غیرالکلی

p-value	كبد حرب غير الالکلی		متغير
	(n=63) مبتلا(+)	(n=13) طبيعي(-)	
NS	٤١(٦٥/١)	٨(٣٨/٥)	زن(/%)
NS	٢٢(٣٤/٩)	٥(٤١/٥)	مرد(/%)
<٠.٠٥	٥٩±٨	٦٤±٩	سن (سال)
NS	٩/٤±٥/٨	١١/٤±٥/٩	مدة ابلاطه بدیافت (سال)
<٠.٠٥	٧٤/٠±١٣/٨	٦٤/٠±١٠/٣	وزن (كيلوغرام)
NS	١٥٦/٠±١٤/٧	١٦٠/٠±٩/٧	قد (سانتمتر)
<٠.٠٥	١٠٣±١٠	٩٤±١٩	دور كمر (سانتمتر)
٠.٠٠١	٢٩/٤±٤/٤	٢٤/٨±٣/٨	نمايه توهده بدن
<	٢٥/٩±٢٨/٧	١٩/٥±٩/٦	(kg/m ²)
NS	٢٤/٣±١٧/٩	٢٠/٢±٣/٩	(IU/L) ALT
NS	١٧٠±٦٨	١٦٩±٧٢	(IU/L) AST
NS	٩/١±١/٨	٩/٢±١/٣	قندخون ناشستا (mg/dl)
٠.٠٠١	٢٠٢±١٠٨	١٢٦±٥٤	(%) HbA _{1c}
<	٢١٢±٥٧	١٩٢±٣٠	ترى گليسيريد (mg/dl)
NS	٣٩/٢±١٠/٣	٤٤/٠±٩/٢	كليسترونول (mg/dl) HDL
NS	١٤٠/٠±٥٠/٥	١٢٨/٠±٢٥/٤	(mg/dl) LDL
NS	١٣٦±٢٢	١٣٧±٢٦	فشار خون سيسنستوليک (mm-Hg)
NS	٨٣±١٤	٨٠±٩	فشار خون ديانستوليک (mm-Hg)

NS: not significant

نمودار ۱ نشان می‌دهد احتمال بروز استئاتوزیس کبدی به صورت غیرخطی با BMI ارتباط مثبت و مستقیم دارد. با توجه به این نمودار با افزایش BMI از ۲۰ به ۲۵ احتمال بروز استئاتوز کبدی از حدود ۴۰٪ به ۷۵٪ افزایش می‌یابد.



نمودار ۱- نمودار پراکنش نمایه توده بدنی و احتمال بروز استئاتوز کبدی در مبتلایان به دیابت نوع دو مورد بررسی

در مطالعه ما استئاتوز کبدی به کمک سونوگرافی مورد ارزیابی قرار گرفت که حساسیت و اختصاصیت آن در مقایسه با معیار بافت‌شناختی به عنوان استاندارد طلایی به ترتیب ۸۳٪ و ۱۰۰٪ گزارش شده است (۲۱، ۲۲). در این پژوهش، ۷ ریسک فاکتور مطرح شده برای استئاتوز کبدی (قند خون ناشتا، مدت ابتلا به دیابت، دور کمر، نمایه توده بدنی، سطح پلاسمایی تری‌گلیسرید، کلسیرون تام و هموگلوبین A_{1c}) توسط تحلیل رگرسیون لجستیک متعدد مورد بررسی قرار گرفت که علی‌رغم معنی دار بودن ضرایب همبستگی پیرسون برای سن، دور کمر و تری‌گلیسرید با استئاتوزیس تنها نمایه توده بدن با وجود استئاتوزیس ارتباط نشان داد. این نتایج نشان می‌دهند با افزایش هر پنج واحد در مقدار نمایه توده بدنی شناس ابتلا به استئاتوز کبدی به بیش از ۴ برابر افزایش می‌باید.

از طرف دیگر همانطور که بر اساس نتایج سایر مقالات (۳۲-۳۹) انتظار می‌رفت با افزایش نمره سندروم متابولیک (که در مطالعه ما حداقل ۱ بود) درجه استئاتوزیس کبدی بر اساس یافته‌های سونوگرافیک به طرز معنی‌داری افزایش نشان داد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد چاقی کلی (نه چاقی تنها) که معیار بررسی آن BMI (در مقابل اندازه دور کمر) است می‌تواند در پیشگویی بروز استئاتوز کبدی مؤثر باشد. به نظر می‌رسد در کار روزمره بالینی با آگاهی از مقدار BMI بدون آگاهی از سایر عوامل متابولیک می‌توان بروز استئاتوزیس را پیشگویی کرده و احتمالاً این متغیر می‌تواند نقش سایر این عوامل را تا حدی نمایندگی می‌کند. با توجه به نرمال بودن سطح آنزیم‌های کبدی در بیماران مورد بررسی، به نظر طیف این بیماران شامل موارد خفیف NAFLD می‌شود. لذا مدل ارائه شده احتمالاً قابلیت کاربرد در این طیف محدود را دارد. در پایان توصیه می‌شود مطالعات تکمیلی با حجم نمونه بیشتر و طیف وسیعتری از بیماران دیابتی و نیز استفاده از روش‌های تشخیصی دقیق‌تر (مثل توموگرافی کامپیوترا) جهت تعیین ارتباط سایر اجزای سندروم متابولیک و نیز دیابت شیرین نوع دو با بیماری کبد چرب غیر الکلی طراحی و اجرا شوند.

(CT) می‌توانند استئاتوز کبدی را تشخیص دهنده‌اما نمی‌توانند بین استئاتوز و NASH افتراق قائل شوند (۲۸). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که سندروم متابولیک با افزایش شیوع NAFLD مرتبط بوده، هرچند سیر دقیق وقایعی که منجر به بروز NAFLD می‌شوند، هنوز شناخته نشده‌اند. سندروم متابولیک با مجموعه‌ای از ریسک‌فاکتورهای عمدۀ قلبی-عروقی در حضور مقاومت به انسولین شناخته می‌شود. مقاومت به انسولین مسؤول ایجاد اختلال ذخیره چربی و لیپولیز در بافت‌های حساس به انسولین است که موجب افزایش جریان اسیدهای چرب از بافت چربی به کبد و ایجاد استئاتوز می‌شود. علاوه بر این مقاومت به انسولین باعث پراکسیداسیون چربی می‌شود که خود باعث فعال شدن سیتوکین‌های التهابی و تسهیل پیشرفت استئاتوز ساده به سمت استئاتوهپاتیت غیرالکلی و فیبروز کبدی می‌شود (۲۹).

مطالعات گذشته‌نگر متعددی جنس مونث، چاقی، هیپرگلیسمی و هیپرلیپیدمی را به عنوان عوامل خطر این بیماری معرفی کرده‌اند. ریسک‌فاکتورهای شناخته شده این بیماری شامل تغذیه کامل وریدی، سوء تغذیه پروتئین-کالری، با پس زننایلشال و گروهی از داروها می‌باشند (۲۴، ۲۳). Bacon و همکاران در سال ۱۹۹۴ در مقاله‌ای اعلام کردند که این بیماری می‌تواند در بسیاری از افراد بدون ریسک‌فاکتور شناخته شده ایجاد شود (۳۰). اما در نهایت NAFLD با چاقی و افزایش مقاومت به انسولین به عنوان دو ریسک‌فاکتور شناخته شده قوی مرتبط است (۲۶). شیوع بالای NAFLD و ناکافی بودن اطلاعات در زمینه سیر طبیعی آن باعث اختلاف نظر در توصیه به انجام روش‌های تشخیصی تهاجمی یا اقدام به ابداع روش‌های درمانی جدید شده است. تلاشها برای پیشگیری یا درمان NAFLD به دلیل فقدان اطلاعات کافی در مورد پاتوژن بیماری بسیار محدود هستند. ولی بهر حال اتیولوژی‌های بیماری به دو دسته کلی داروها و سموم و نیز اختلالات متابولیک تقسیم‌بندی می‌شوند، هرچند به NAFLD به عنوان طیفی از بیماری‌های کبدی با ماهیت چند عاملی شناخته می‌شود.

REFERENCES

1. Molina EG, Schiff ER. Benign solid lesions of the liver. In: Schiff ER, Sorrel MF, Maddrey WC, editors. Diseases of the Liver. Lippincott Williams and Wilkins, 1999; p:1245-63.
2. Matteoni CA, Younossi ZM, Gramlich T, Boparai N, Liu YC, McCullough AJ. Non-alcoholic fatty liver disease: a spectrum of clinical and pathological severity. *Gastroenterology* 1999;116:1413-9.
3. Alba LM, Lindor K. Non-alcoholic fatty liver disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:977-86.
4. Mofrad P, Contos MJ, Haque M, Sargeant C, Fisher RA, Luketic VA, et al. Clinical and histological spectrum of non alcoholic fatty liver disease associated with normal ALT. *Hepatology* 2003;37:1286-92.
5. Gores GJ, Lindor KD. Non-alcoholic steatosis syndromes. *Semin Liver Dis* 2001;21:1-127.
6. Angulo P. Non-alcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 2002;346:1221-31.
7. Neuschwander-Tetri BA, Caldwell SH. Nonalchoholic steatohepatitis; summary of an AASLD Single Topic Conference. *Hepatology* 2003;37:1202-19.
8. Clark JM, Diehl AM. Hepatic steatosis and type 2 diabetes mellitus. *Curr Diab Rep* 2002;2:210-5.
9. Li Z, Clark JM, Diehl AM. The liver in obesity and type 2 diabetes mellitus. *Clin Liver Dis* 2002;6:867-77.
10. Youssef W, McCullough AJ. Diabetes mellitus, obesity and hepatic steatosis. *Semin Gastrointest Dis* 2003;12:17-30.
11. American Gastroenterological Association. Medical Position Statement: Nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology* 2002;123:1702-4.
12. Fasti D, Colecchia A, Sacco T, Bondi M, Roda R, Machesini G. Hepatic steatosis in obese patients. *Obes Rev* 2004;5:27-42.
13. Chitturi S, Abeygunasekera S, Farrell GC, Holmes-Walker J, Hui JM, Fung C, et al. NASH and insulin resistance: insulin hypersecretion and specific association with the insulin resistance syndrome. *Hepatology* 2002;35:497-9.
14. Marchesini G, Brizi M, Morselli-Labate A, Bianchi G, Bugianesi E, McCullough AJ, et al. Association of non-alcoholic fatty liver disease with insulin resistance. *Am J Med* 1999;107:450-5.
15. Alexander CM, Landsman PB, Teutsch SM, Haffner SM. NCEP-Defined metabolic syndrome, diabetes and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants aged 50 years and older. *Diabetes* 2003;52:1210-4.
16. Wilson WF, Grundy SM. The metabolic syndrome. Practical guide to origins and treatment: part I. *Circulation* 2003;108:1422-5.
17. Wilson WF, Grundy SM. The metabolic syndrome. Practical guide to origins and treatment: part II. *Circulation* 2003;108:1537-40.
18. Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2484-97.
19. Azizi F, Salehi P, Etemadi A, Zahedi-Asl S. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2003;61(1):29-37.
20. Alberti KGMM, Zimmt P. WHO consultation group definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. I. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Med* 1998;15:539-53.
21. Osawa H, Mori Y. Sonographic diagnosis of fatty liver using a histogram technique that compares liver and renal cortical amplitudes. *J Clin Ultrasound* 1986;24:25-9.
22. Saverymuttu SH, Joseph AEA, Maxwell JD. Ultrasound scanning in the detection of hepatic fibrosis and steatosis. *Br Med J* 1986;292:13-5.
23. Sheth SG, Gordon FD, Chopar S. Nonalcoholic steatohepatitis. *Ann Intern Med* 1997;126:137-45.
24. Sanyal AJ. Mechanisms of disease: pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology* 2005;2:46-53.
25. el-Hassan AY, Ibrahim EM, al-Mulhim FA. Fatty infiltration of the liver: Analysis of prevalence, radiological and clinical features and influence on patient management. *Br J Radiol* 1992;65:774-8.

26. Bellentani S, Saccoccia G, Masutti F, Croce LS, Brandi G, Sasso F, et al. Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in northern Italy. *Ann Int Med* 2000;132:112-7.
27. Clark JM, Brancati FL, Diehl AM. Nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology* 2002;122:1649-57.
28. Saadeh S, Younossi ZM, Remer EM. The utility of radiological imaging in nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology* 2002;123:745-50.
29. Day CP, James OFW. Steatohepatitis: a tale of two "hits"? *Gastroenterology* 1998;114:842-5.
30. Bacon B, Faravash MJ, Janney CG. Nonalcoholic steatohepatitis: An expanded clinical entity. *Gastroenterology* 1994;107:1103-6.
31. Sanchez-munoz D, Saurez E, Galan MV, Grande L, Munoz G, Romero-Gomez M. Insulin resistance promotes fibrosis progression and predicts necro-inflammatory activity in patients with non-alcoholic fatty liver disease. Program and Abstracts of the 40th annual meeting of European Association of Study of Liver; April 13-15, 2005; Paris, France.
32. Angelico F, Delben M, Contt R, Franciosi S, Feole K, Fiorello S, et al. Insulin resistance, the metabolic syndrome and non-alcoholic fatty liver diseases. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(3):1578-82.