

بررسی اثر فولیک اسید بر غلظت سطح روی پلاسما در موش صحرایی ماده

مرتضی ابوذری پور^۱، دکتر فردین عمیدی^۲، دکتر محمد جعفر رضایی^۳، دکتر فردین فتحی^۴

۱- کارشناس ارشد آناتومی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مؤلف مسئول) t_aboozary@yahoo.com

۲- استادیار آناتومی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳- استادیار آناتومی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۴- استادیار آناتومی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

زمینه و هدف: تراژوئیستی ثابت شده نقصان سطح روی و بیان فرضیه‌هایی مبنی بر تداخل عمل فولیک اسید و جذب روی، ما را بر آن داشت که به بررسی اثر فولیک اسید بر میزان سطح روی پلاسما بپردازیم.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی از دو گروه استفاده شد. هر گروه شامل ۶ موش صحرایی ماده از نژاد آلبینو با وزن ۲۵۰ گرم بود که تحت شرایط یکسان محیطی و تغذیه‌ای قرار داشتند و به روش تصادفی انتخاب شده بودند. تک دوز فولیک اسید به میزان ۴mg/Kg به روش داخل صفاقی به رت‌های گروه تجربی تزریق گردید و رت‌های گروه کنترل نیز نرمال سالین را با دوز ۴mg/Kg دریافت کردند. غلظت روی پلاسما توسط دستگاه جذب اتمی سنجیده شد و تحلیل داده‌ها با روش آماری t-test صورت گرفت. **یافته‌ها:** میانگین روی پلاسما در گروه تجربی ($27/90 \pm 2/23$) پایین‌تر از گروه کنترل ($42/1 \pm 0/579$) بود. ($P=0/000$ و $t=15/14$). **نتیجه‌گیری:** فولیک اسید موجب کاهش سطح روی در پلاسما می‌گردد.

کلید واژه‌ها: فولیک اسید، روی، پلاسما

وصول مقاله: ۸۴/۱۰/۲۵ اصلاح نهایی: ۸۵/۵/۱۶ پذیرش مقاله: ۸۵/۶/۲

مقدمه

در این مراحل متابولیک، نقصان فولات می‌تواند در ایجاد نقایص جنینی نقش داشته باشد (۴). مصرف پیش از بارداری مکملهای فولیک اسید توسط زنان در پیشگیری از نقایص لوله عصبی در جنین مؤثر است. از طرفی، روی نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. روی در رشد و تکامل رویان نقش مهمی را ایفا کرده و برای تکامل نرمال جنین ضروری است، در واکنشهای بیوشیمیایی متعددی نقش داشته و از اجزاء بیش از ۲۰۰ سیستم آنزیمی است (۵). Milne و همکارانش (۶) پس از مشاهده افزایش دفع مدفوعی روی در افرادی که مکمل فولیک اسید را

غلظت سرمی روی در طی بارداری کاهش می‌یابد (۱) و روی نقش مهمی در رشد و تکامل جنین ایفاء می‌کند، در این مطالعه اثرات بالقوه فولیک اسید بر غلظت روی پلاسما مورد بررسی قرار گرفته است. فولات یک کوانزیم لازم برای تکامل گلوبولهای قرمز و سفید، عملکرد نرمال دستگاه معدی روده‌ای و حفظ تمامیت دستگاه عصبی است (۲). به علاوه فولات مراحل متابولیک درگیر در سنتز پورین و پیریمیدین را تسهیل کرده، در سیکل متیونین-هوموسیستین و در متابولیسم آمینواسیدهای گلايسين، سرین و هیستیدین نقش دارد (۳). به دلیل نقش فولات

دریافت کرده بودند، پیشنهاد کردند که فولیک اسید ممکن است سطح روی انسانی را دستخوش تغییر کند. اما آنها در نهایت پی بردند که دفع ادراری روی کاهش یافته است از این رو بالانس روی تحت تأثیر قرار نگرفته بود.

در تحقیق دیگری (۷) رابطه‌ای بین عوارض بارداری با دیسترس‌های جنینی و غلظت پایین روی پلاسما وابسته به غلظت بالای فولات تائید شده بود. آنها مشاهده کردند مکملهای فولیک اسید موجب اختلال در جذب روی شده و نقصان روی مسئول ایجاد این عوارض بارداری است.

Simmer و همکارانش (۸) اثرات فولات و مکملهای آهن- فولات را بر جذب روی مورد بررسی قرار دادند. هر دو مکمل میزان روی پلاسما را کاهش دادند، با مکمل آهن- فولات اثرات بیشتری مشاهده گردید. در این مطالعه بررسی سطح روی صرفاً در طی ۴ ساعت پس از تجویز مکمل صورت گرفت، بنابراین این احتمال وجود دارد که جذب روی دچار تأخیر شده باشد و نه کاهش.

یک رابطه منفی نیز بین فولات خون مادری و غلظت روی شیر در بالغین شیرده یافت گردید (۹). چون بافت پستان یک محل فعال متابولیک به شمار می‌رود، نیازهای تغذیه‌ای شدیدی دارد، در صورتیکه یک تداخل عمل رخ دهد احتمالاً اول در این ناحیه دیده می‌شود.

ممکن است فولیک اسید و روی یک کمپلکس غیر قابل حل در معده تشکیل دهند (۱۰). چون این مسئله در $PH=6$ مشکلی ایجاد نمی‌کند از این رو این گونه کمپلکس‌ها ممکن است در دوازدهه حل گردند و جذب روی را دچار اختلال سازند. اکسید روی

مشکلات بیشتری ایجاد می‌کند زیرا در PH پایه روده کوچک نیز غیر قابل حل است (۱۱). از این رو در مکمل‌های شامل اکسید روی در صورتیکه تداخل عملی رخ دهد روی قابلیت جذب کمتری پیدا می‌کند.

تعدادی از مطالعات نیز هیچ اثر مضر از فولیک اسید بر روی جذب و میزان سطح روی نشان نداده‌اند. Keating و همکارانش (۱۲) نشان دادند فولیک اسید با دوز ده میلی گرم پس از تجویز روی (۲۵ میلی گرم) به شش مرد سالم جوان غلظت روی را تحت تأثیر قرار نداد. Butterworth و همکارانش (۱۳) غلظت سطح روی را در بیمارانی با دیسپلازی متوسط و شدید گردنی که فولیک اسید را با دوز ۱۰ میلی گرم و یا دارو نما را دریافت می‌کردند مورد بررسی قرار دادند، غلظت سرمی روی در طی دوره دریافت مکمل، بدون تغییر باقی مانده بود.

Krebs و همکارانش (۱۴, ۱۵) نیز نشان دادند فولیک اسید با دوز ۳۰ میلی گرم، بر جذب روی در سه فرد بالغ سالم و فولیک اسید تجویزی طی ۴-۱ سال با دوز 10 ± 5 میلی گرم در روز در ۸ فرد با سندم X شکننده اثر مختصری دارند.

در مطالعه دیگری رابطه‌ای بین غلظت سرمی روی و نقایص لوله عصبی در ۲۷ خانم با زایمانهای منتج به نقایص لوله عصبی و ۱۰۸ نمونه کنترل در مرکز تحقیقات پزشکی و آزمایشات بررسی‌های ویتامینی یافت نگردید (۱۶).

Kauwell و همکارانش (۱۷) اثر فولیک اسید را بر سطح روی و اثر میزان روی را بر مصرف فولات در ۱۲ مرد سالم مورد بررسی قرار دادند، در این مطالعه کوتاه مدت بالینی مکمل فولیک اسید سطح روی را تحت تأثیر قرار نداد و مصرف فولات نیز تحت تأثیر میزان

روی قرار نگرفت. مطالعه‌ای در رت (۱۸) یک تداخل عمل تراژونیک سینرژیتیک را در صورت نقصان همزمان روی و فولات بیان می‌کند. بنابراین اگر سطح روی سرم پایین است مصرف مکمل روی توصیه می‌گردد.

Goldenberg & Tamura این احتمال را مورد بررسی قرار دادند (۱۵) و پس از مطالعات متعددی به این نتیجه رسیدند که ممکن است اثرات مضر فولیک اسید وابسته به میزان سطح روی افراد باشد که در میان زنان باردار کمتر است. در این مطالعه اثر مضر احتمالی فولیک اسید بر روی سطح روی پلاسما مورد بررسی قرار گرفت تا در صورت وجود این احتمال، در طی بارداری مصرف فولیک اسید با روی همراه گردد.

روش بررسی

در این تحقیق از موشهای صحرایی (رت) نژاد آلبینو (Albino) استفاده شد. این حیوانات در محیطی با درجه حرارت ۲۵-۲۰ درجه سلسیوس و رطوبتی به میزان ۶۰-۵۰ درصد با سیکل روشنایی ۱۲ ساعته در حیوان خانه دانشگاه علوم پزشکی کردستان نگهداری می‌شدند (مرداد سال ۱۳۸۴).

تغذیه موشها از غذای آماده شده و استاندارد شرکت پارس و از آب لوله‌کشی شهری بود. موشهای انتخاب شده دارای وزن ۲۵۰ گرم بودند؛ که بطور تصادفی در ۲ گروه ۶ تایی درون قفسهای مخصوص نگهداری می‌شدند.

گروه اول گروه کنترل بوده نرمال سالین را با دوز (4ml/Kg) و گروه دوم گروه تجربی مورد مطالعه بوده فولیک اسید را با دوز 4mg/Kg به روش داخل صفاقی دریافت می‌کردند.

۲۴ ساعت پس از تزریق؛ موشها به روش گردن زدن ساکریفای شده؛ خون لازم برای تهیه پلاسما را درون لوله‌های آزمایش جمع‌آوری کرده و توسط دستگاه سانتریفوژ، پلاسما آن جدا گردید. پلاسما را توسط Samplerهای اپندروف جدا کرده درون کاپ‌های اپندروف ریخته و تا زمان آزمایش بعدی در درجه حرارت منهای ۷۲ درجه سلسیوس نگهداری شدند. در این تحقیق برای تحلیل داده‌ها از روش آماری t-test استفاده شد.

روش اندازه‌گیری روی

اندازه‌گیری روی در پلاسما به روش Henkin و همکارانش (۱۹) و توسط دستگاه جذب اتمی بدون شعله با مدل شیمادزو صورت گرفت. تمامی ظروف مورد استفاده قبلاً به دقت شسته شده و سپس به مدت ۲۴ ساعت در محلول ۲ درصد اتیلن‌دی‌آمین تترا استیک اسید (EDTA) قرار می‌گرفت؛ جهت پاک شدن مقادیر احتمالی روی ظرفها به مدت چندین ساعت در آب دیونیزه و نهایتاً در ظرف حاوی محلول اسیدنیتریک ۰/۲ درصد قرار می‌گرفتند. پس از این عمل ظروف ۵ بار توسط آب دیونیزه شستشو داده می‌شدند.

در خاتمه جهت کسب اطمینان کامل مبنی بر اینکه هیچ گونه آلودگی در ظروف شستشو داده شده وجود ندارد؛ پس از آخرین شستشو مقداری آب دیونیزه وارد هر کدام از ظروف نموده و میزان جذب ناشی از آن توسط دستگاه جذب اتمی اندازه‌گیری می‌شد. چنانچه این میزان با جذب خوانده شده توسط بلانک یکی بود؛ ظروف مورد استفاده قرار می‌گرفت؛ در غیر این صورت شستشو تکرار می‌شد.

تهیه منحنی استاندارد روی

پس از آماده سازی ظروف و وسایل لازم با استفاده از یک گرم پودر روی، استاندارد 1000PPM روی با کمک آب دیونیزه و اسید کلریدریک ساخته شد. به کمک این استاندارد، استانداردهای کاری ۴۰ PPb و ۲۰، ۱۰، ۵ ساخته شدند. آب دیونیزه دو بار تقطیر شده بعنوان بلانک انتخاب گردید. هر کدام از استانداردها سه بار و هر بار ۵ میکرولیتر بطور جداگانه به داخل کوره دستگاه جذب اتمی تزریق می گشت. در صورتی که اختلاف سه پیک (Peak) حاصله بیشتر یا مساوی ۱۰٪ بود برای بار چهارم یا پنجم تزریق تکرار می شد. پس

از اندازه گیریهای مکرر مشخص شد که منحنی کالیبراسیون روی تنها در محدوده حداکثر تا 40PPb خطی می باشد.

قبل از تزریق استانداردها به داخل کوره برنامه پنج سیکل حرارتی به دستگاه داده می شد. این پنج سیکل حرارتی شامل: خشک کردن، خاکستر کردن، اتمیزه کردن نمونه و پاک کردن و سرد کردن کوره گرافیتی بود که بطور خلاصه در جدول ۱ شرایط دستگاهی هر مرحله شامل درجه حرارت، زمان، جریان گاز و نوع افزایش درجه حرارت Step/Ramp آمده است.

جدول ۱: سیکل های حرارتی مورد استفاده جهت اندازه گیری نمونه ها و استانداردهای روی

مرحله	درجه حرارت (سلیسیوس)	زمان (ثانیه)	Step/Ramp	جریان گاز (لیتر در دقیقه)
خشک کردن	۱۵۰	۳۰	Step	۱/۵
خاکستر کردن	۳۰۰	۲۰	S	۱/۵
اتمیزه کردن	۱۳۰۰	۳	S	۰
پاک کردن	۲۵۰۰	۲	S	۱/۵
سرد کردن	۰	۴۰	S	۱/۵

غلظت روی موجود در پلاسمای نمونه ها (با واحد ppb) طبق جداول ۲ تا ۴ بدست آمد:

جدول ۲: غلظت روی پلاسمای نمونه های گروه کنترل

غلظت	ABS	SPL#
۴۱/۵۹۳	۱/۰۲۷	۱
۴۰/۵۰۰	۱/۰۴۵	۲
۴۳/۳۴۲	۱/۱۷۵	۳
۴۰/۵۸۱	۱/۰۹۶	۴
۴۰/۴۲۷	۱/۱۲۱	۵
۴۱/۴۱۰	۱/۱۲۱	۶

شماره نمونه :SPL

میزان جذب اتمی :ABS

گاز مورد استفاده در این دستگاه؛ آرگون با درجه خلوص ۹۹/۹۹٪ بود. میزان جریان گاز ۱/۵ لیتر در دقیقه تنظیم شد. لازم به ذکر است که جهت جلوگیری از به هدر رفتن نمونه؛ میزان جریان گاز در مرحله اتمیزه شدن صفر بود. از لامپ دوتریوم نیز جهت تصحیح زمینه استفاده می شد. طول موج انتخابی نیز همان طول موج مربوط به روی یعنی ۲۱۳/۹ نانومتر (Nm) بود.

یافته ها

نتایج مطالعه مبنی بر آن است که میزان روی پلاسمای نمونه های گروه تجربی پایین تر از نمونه های گروه کنترل است.

Cadval و همکارانش گزارش کردند که میزان سطح روی سرمی در مادران دارای نوزادان انسدال به طور قابل توجهی پایین تر از مادران با نوزادان نرمال بود (۲۶).

از زنان مطالعه شده توسط Jameson (۲۷) ۹ نفر زن، نوزادانی با نقایص جنینی داشتند و ۶ نفر دیگر پائین ترین سطح روی سرمی را که در طی هفته ۲۱ بارداری ثبت شده بود دارا بودند.

Bauman و همکارانش (۲۸) گزارش کردند که ۷ تا از ۹ مادری که نوزادانی با انسدالی به دنیا آورده بودند دچار هایپوزینک امیا بودند.

در مطالعه ما کاهش غلظت روی پلاسما ($\text{Mean} \pm \text{Sd}$) در گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل ثابت کرد که فولیک اسید جذب روی را معیوب می کند و موجب اختلال در جذب روی می گردد. در این مطالعه برای وجود این احتمال که ممکن است جذب روی در ساعات اولیه دچار تأخیر گردد بر خلاف مطالعات قبلی که مثلاً چهار ساعت پس از تجویز فولیک اسید سطح روی را سنجیده بودند، بررسی سطح روی بیست و چهار ساعت بعد از تجویز فولیک اسید صورت گرفت تا مشکل مطالعات قبلی مرتفع گردد. ما توصیه می کنیم زنان باردار مکملهای فولات را از روز صفر حاملگی با دوز تعیین شده توسط FDA (چهار میلی گرم) دریافت دارند. مکملها همچنین برای اختلالات کلینیکی که ریسک نقصان فولات را افزایش می دهند توصیه می گردند (۲۹).

نتیجه گیری

ما معتقدیم که نتایج این تحقیق بیان می کند که تجویز روی در طی بارداری برای جلوگیری از وقوع

جدول ۳: غلظت روی پلاسمای نمونه های گروه تجربی

غلظت Con	ABS	SPL#
۲۳/۵۳۸	۰/۸۰۹	۱
۲۹/۴۴۹	۰/۷۸۹	۲
۲۷/۹۷۵	۰/۸۰۶	۳
۲۹/۲۲۴	۰/۸۶۴	۴
۲۸/۵۰۱	۰/۸۱۳	۵
۲۹/۱۰۲	۰/۷۸۸	۶

جدول ۴: تغییرات غلظت روی موجود در پلاسمای نمونه های

گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل

گروه	تعداد	میانگین	SD
کنترل	۶	۴۲/۲	۰/۵۷۹
تجربی	۶	۲۷/۹۶	۲/۲۳

P=0/000

غلظتها با واحد ppb می باشند ولی از آنجایی که مجبور به رقیق کردن نمونه ها به میزان ۲۰ برابر شدیم برای تعیین غلظت واقعی (Actual Concentration) هر یک از نمونه ها باید عدد حاصله را در ۲۰ ضرب نماییم که البته در مقایسه دو گروه تغییری ایجاد نخواهد کرد.

بحث

مطالعات متعددی نشان داده اند که فولیک اسید، به واقع ریسک نوزادانی با نقایص لوله عصبی را کاهش می دهد (۲۰-۲۲)، اما محققینی نیز پیشنهاد کرده اند که فولیک اسید موجب اختلال در جذب روی شده و نقصان روی، مسئول ایجاد عوارضی است از جمله: اگزینسفالی (۲۳)، میکروسفالی (۲۴)، تکامل معیوب دنده ها (۲۴)، میکروگناتیا (۲۴)، اتصال یا فقدان انگشتان (۲۴، ۲۶)، کاهش وزن مغز (۲۳) و کاهش وزن نوزاد (۲۳).

نقایص تولد می‌تواند حداقل به اندازه اهمیت تجویز فولیک اسید باشد زیرا فولیک اسید موجب کاهش سطح روی می‌گردد که آن نیز می‌تواند اختلالات جنینی متعددی را موجب گردد.

References

1. Wolfe SA, Gibson RS, Gadowsky SL, Oconor DL. Zinc status of a group of pregnant adolescents at 36 week gestation living in southern Ontario. *Am Coll Nutr* 1994; 13: 154-64.
2. Lewis DP, Van Dyke DC, Willhit LA, stumbo PJ, Berg MJ. Phenytoin-FA inters action. *Am Pharmacother* 1995; 29: 726-35.
3. Dansky LV, Rosenblatt DS, and Andermann E. Mechanisms of teratogenecies: FA interaction. *Ann Pharmacother* 1995; 29:726-35
4. Hibbard BM. Folates & fetal development. *Br J Abstet Gynecol* 1993; 100: 307-9.
5. Tamura T, Goldenberg RL. Zinc nutriture & pregnancy outcome. *Nutr Res* 1996; 16:139-81.
6. Milne DB, Canfield WK, Mahalk IR, and sandstand HH: Effect of oral folic acid supplements on zinc, cooper, and iron absorption and exertion. *Am J Clin Nutr* 1984, 39:535-9.
7. Mukherjee MD, Sandstend HH. Maternal zinc, iron, folic acid, and protein nutriture & outcome of human pregnancies. *Am J Clin Nutr* 1984; 40: 496-507.
8. Simmer K, Iles CA, James C, and Tampson Rph. Are iron – folate supplements harmful? *Am J Clin Nutr* 1987; 45: 122-5.
9. Keizer RE, Gibson RS, O'connor DL. Postpartum folic acid supplementation of adolescents. *Am J Clin Nutr* 1995; 62: 337-84.
10. Ghishon FK. Intestinal transport of zinc and FA:a mutual inhibitory effect. *AM J Clin Nutr* 1986; 43: 258-62.
11. Wolf SA. Zinc status of a group of pregnant adolescents at 36 weeks gestation living in southern Ontario. *Am J Clin Nutr* 1994; 13: 154-64.
12. Keating JN, Wada L: Folic acid effect on zinc absorption in humans & in the rat. *Am J Clin Nutr* 1987; 46: 835-839.
13. Butterworth CE. Zinc concentration in plasma and erythrocytes of subjects receiving folic acid supplementation. *Am J Clin Nutr* 1988; 47: 484-6.
14. Krebs NF. The effects of pharmacological doses of folate on zinc absorption and zinc status. *Am J Clin Nutr* 1988; 47: 783.
15. Tamura T, Goldenberg RL. Maternal serum folate and zinc concentrations and their relationships to pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 56: 365-370.
16. Hambidge M, Hacksaw A, Wald N. Neural tube defects and serum zinc. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96: 61-66.
17. Kauwell GPA, Bailey LB. Zinc status is not adversely affected by folic acid supplementation and zinc intake does not impair folate utilization in human subjects. *British Journal of Nutrition* 2001; 45: 345-349.
18. Bremert JC, Dreosti IE, and Tulsi Rs. Teratogenic interaction of folic acid and zinc deficiencies in the rat. *Nutr Rep Int* 1989; 39: 383-90.
19. Henkin Rambler CW and Wolf RO. Estimation of zinc absorption of parotid salivary flameless atomic absorption spectrophotometry in normal subject's patients with idiopathic hypoparathyroidism. *Lab Clin J* 1975; 86: 175.
20. Milunsky. Multivitamin/folic acid supplementation in early pregnancy reduces the prevalence of neural tube defects. *J of the American MED Association* 1989; 262(20): 2847-52.
21. Czeizel, Andrew E and Istvan Dudas. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *The New Eng J of Med* 1992; 327: 1832-5.
22. Elwood Mark. Prevention of neural tube defects. *New Zealand Medical J* 1993; 12(8): 517-8.
23. Nau H. A new model for embryo toxicity testing. *Life Sci J* 1981; 29: 2083-14.

24. Dalens B. Teratogenicity of valproic acid. *J Pediatr* 1980; 97: 332-33.
25. Glay SA, Mcvie R, Chen H. Possible teratogenic effect of valproic acid. *J Pediatr* 1981; 99: 828.
26. Cadvar AO, Arcasoy A, and Baycu T, Himmetetoglu O. Zinc deficiency effects brain hippocampal morphology and behavior. *Fed Proc Neuropathology* 1984; 571: 38.
27. Jameson S. Zinc status and pregnancy outcome in humans. *New York Alan R Liss* 1982; 46(5): 39-52.
28. Buamah PK, Russel M, Bates C, Ward Am, and Skilen Aw. Maternal zinc status. *Br J Gynaecol* 1984; 571: 38.
29. Science Direct-Nutrition: Effect of folic acid supplementation on plasma zinc concentration. *Am NV acad Sci* 2005; 678: 178-192.