

بررسی مکمل یاری پودر زنجبیل بر روی پروفایل لیپیدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

حجت ناصری: کارشناس ارشد علوم تغذیه، گروه علوم تغذیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. hojjat_n@ymail.com
پروین آبرملوی: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات سلامت مواد غذایی و آشامیدنی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. p.ayremlou@gmail.com
میر امیر آغداشی: دانشیار و فوق تخصص روماتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. aghdashia@gmail.com
سید مصطفی سید مردانی: استادیار و فوق تخصص روماتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. sm.saidmardani@gmail.com
*** رسول زرین:** استادیار و متخصص علوم تغذیه، مرکز تحقیقات سلامت مواد غذایی و آشامیدنی، گروه علوم تغذیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (*نویسنده مسئول). rasoul.zarrin@uqconnect.edu.au

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات لیپیدی یکی از دلایل بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی و آترواسکلروز در بیماران آرتریت روماتوئید به شمار می‌روند. زنجبیل از جمله گیاهانی است که در کنار خواص ضد التهابی، خواص هاپیو لیپیدمیک نیز دارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی مکمل یاری پودر زنجبیل بر روی پروفایل لیپیدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد.

روش کار: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی دوسوکور تصادفی شده بر روی ۷۲ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ارومیه انجام شد. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. بیماران در گروه مداخله (روزانه ۱/۵ گرم پودر زنجبیل) و گروه پلاسبو به همین مقدار دارو نما به مدت ۸ هفته دریافت کردند. از کلیه شرکت‌کنندگان نمونه‌های خونی به صورت ناشتا قبل و بعد از مداخله اخذ و پروفایل لیپیدی در قبل و بعد از مداخله توسط آزمون مقایسه میانگین‌های زوجی و تغییرات میانگین در دو گروه توسط مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل و در صورت لزوم معادل ناپامتری آن‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد مقایسه قرار گرفت. سطح معنا داری در تمام آزمون‌ها، مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در پایان طول مدت مداخله، ۶۷ نفر بیمار (۹۳/۰۶٪) مورد آنالیز قرار گرفتند. مطالعه حاضر نشان داد که در گروه زنجبیل، میانگین LDL-C بعد از مداخله (104.22 ± 20.60) در مقایسه با قبل از آن (115.19 ± 24.86) کاهش معنی‌دار ($p=0.001$) و میانگین HDL-C (50.21 ± 10.16) در قبل و 55.27 ± 10.19 (در بعد از مداخله) افزایش معنی‌داری داشت ($p<0.001$). در گروه دارونما میانگین LDL-C (113.86 ± 19.19) در قبل و 118.88 ± 22.38 (در بعد از مداخله)، میانگین تری گلیسیرید (134.09 ± 59.70) در قبل و 143.97 ± 57.21 (در بعد از مداخله) و میانگین کلسترول (190.12 ± 26.90) در قبل و 199.17 ± 32.50 (در بعد از مداخله) افزایش معنی‌داری داشت ($p<0.05$). تغییرات میانگین HDL، LDL، و کلسترول در انتهای دوره مداخله در بین دو گروه دریافت کننده زنجبیل و گروه دریافت کننده دارونما از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p<0.05$). میانگین تری گلیسیرید در گروه مداخله نسبت به گروه پلاسبو افزایش کمتری داشت اما تغییرات آن در انتهای دوره مداخله در بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد ($p=0.366$).
نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که پودر زنجبیل در مقایسه با پلاسبو توانایی اصلاح الگوی لیپیدی در بیماران آرتریت روماتوئید را در جهت مطلوب دارد.

کلیدواژه‌ها: پودر زنجبیل، پروفایل لیپیدی، آرتریت روماتوئید

مقدمه

آرتریت روماتوئید بیماری مزمن التهابی با اتیولوژی ناشناخته بوده که مفاصل را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). در این بیماری شبکه‌ای از سیتوکین‌های تولید شده (نظیر IL-1، IL-6، TNF α) باعث فعال شدن آنزیم‌های مخربی چون متالوپروتئینازهای ماتریکس {matrix metalloproteinase (MMPs)} و کلاژنازها،

افزایش فعالیت استئوکلاست‌ها و کاهش فعالیت استئوبلاست‌ها می‌شود که این مجموعه در کنار هم باعث فرسایش کارتیلاژ (Cartilage)، استخوان و آسیب مفاصل می‌گردد (۲ و ۳). بیماری نیم تا یک درصد جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار داده و میزان بروز آن با افزایش سن بیشتر می‌شود. شیوع در بین زنان ۳ تا ۴ برابر بیشتر از مردان است (۴). مطالعات نشان داده‌اند که میزان مرگ‌ومیر در

بیماری‌های مختلف استفاده شده است و بر اساس گزارش WHO تقریباً ۸۰٪ از مردم جهان از درمان‌های سنتی استفاده می‌کنند (۲۶). زنجبیل از جمله مهم‌ترین گیاهان دارویی است که سابقه کشت هزاران ساله دارد و به‌عنوان یک طعم‌دهنده و ادویه استفاده عام دارد و در طب سنتی از آن برای درمان سوءهاضمه، استفراغ و تب استفاده می‌شود (۲۷ و ۲۸). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که زنجبیل اثرات هاپو لیپیدمیک دارد؛ در مطالعه‌ی Fuhrman B در سال ۲۰۰۰ مشاهده شد که عصاره‌ی زنجبیل در موش‌های آترواسکلروتیک باعث کاهش میزان تری‌گلیسرید، LDL، VLDL و TC شده است (۲۹). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی تأثیر زنجبیل در افراد هاپیر لیپیدمیک انجام شد، نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار در میزان تری‌گلیسرید، کلسترول و LDL-C در گروه مورد مداخله نسبت به گروه کنترل بود (۳۰). در یک مطالعه بر روی رت‌ها نشان داده شد که زنجبیل باعث کاهش معنی‌دار TC و افزایش معنی‌دار HDL-C می‌شود (۳۱). تاکنون مطالعه‌ای در رابطه با تأثیر مکمل یاری پودر زنجبیل بر روی شاخص‌های لیپیدی در بیماران آرتریت روماتوئید انجام نشده است. از طرفی دیگر با توجه به شایع بودن اختلالات لیپیدی در این بیماران و نیز تأثیرات نامطلوب داروهای مورد استفاده برای درمان بیماری بر روی پروفایل لیپیدی، مطالعه کار آزمایشی بالینی حاضر با هدف بررسی تأثیر مکمل یاری پودر زنجبیل بر روی پروفایل لیپیدی (TC، HDL-C، LDL-C و TG) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شاهد دار دو سوکور موازی می‌باشد که در ۷۲ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. بیماران با در نظر گرفتن معیارهای انجمن روماتولوژی آمریکا و پس از تایید پزشک فوق تخصص روماتولوژی و با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه، از میان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک

بیماران آرتریت روماتوئید نسبت به دیگر افراد جامعه بالاتر است (۵ و ۶). از دلایل اصلی مرگ‌ومیر در این بیماران بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد (۷ و ۸) که از جمله دلایل اصلی آن تسریع در روند آترواسکلروز در این بیماران عنوان شده است (۹-۱۱). از جمله عوامل خطر برای بیماری‌های قلبی-عروقی و آترواسکلروز می‌توان به دیابت ملیتوس و سیگار کشیدن و اختلالات لیپیدی اشاره کرد (۱۲). اختلالات لیپیدی در بین آرتریت روماتوئید بسیار شایع بوده و تقریباً ۵۵ الی ۶۵٪ بیماران را درگیر می‌سازد که بر اساس شواهد موجود در مراحل اولیه و یا پیشرفته‌ی بیماری می‌تواند ظاهر گردد (۱۳). بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ روی ۹۲ بیمار آرتریت روماتوئیدی انجام گرفت، اختلالات لیپیدی در ۹۵٪ بیماران مشاهده شد که به‌صورت کاهش میزان HDL-C و افزایش سطح LDL-C و کلسترول تام [Total Cholesterol -TC] بود (۱۴). با وجود این، مطالعات دیگر در مورد پروفایل لیپیدی این بیماران نتایج ضد و نقیضی را نشان می‌دهد، به‌طوری‌که در بعضی موارد پروفایل لیپیدی افزایش و در بعضی کاهش و بعضی دیگر بدون تغییر گزارش شده است (۱۷-۱۵).

داروهایی که به‌طور معمول برای درمان آرتریت روماتوئید مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) مانند کورتیکو استروئیدها و داروهای آنتی روماتوئید تعدیل‌کننده بیماری [Disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs)] مانند سولفاسالازین و متوتروکسات می‌باشند (۲۰-۱۸). داروهای مورد استفاده در این بیماری به‌طور کامل قادر به درمان آن نبوده و از طرف دیگر عوارض شدیدی چون مشکلات قلبی-عروقی، دستگاه گوارش، مسمومیت کلیوی و افزایش خطر ابتلا به سل را ایجاد می‌کنند و تعدادی از مطالعات از تأثیرات نامطلوب این داروها بر پروفایل لیپیدی مانند افزایش کلسترول و کاهش HDL-C حکایت دارند (۲۵-۲۱). از زمان‌های قدیم از گیاهان برای درمان

از بیماران خواسته شد که ۱ عدد قرص در هر یک از وعده‌های صبح، نهار و شام بلافاصله بعد از غذا در طول ۸ هفته مصرف کنند. جهت اطمینان از مصرف قرص‌ها توسط بیماران و نیز پیگیری عوارض ناخواسته، تغییر در داروهای دریافتی و عدم تمایلشان به ادامه تحقیق در طول مطالعه با بیماران تماس تلفنی برقرار گردید. قد و وزن افراد در ابتدا و انتهای مطالعه جهت محاسبه BMI اندازه‌گیری شد. وزن افراد با حداقل پوشش و بدون کفش با استفاده از ترازوی دیجیتال (با دقت ۰/۱ کیلوگرم) در سه بار اندازه‌گیری شد و میانگین آن‌ها به‌عنوان وزن نهایی ثبت شد. قد افراد با استفاده از متر نواری در وضعیت ایستاده و بدون کفش با دقت ۱ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. نمونه‌های خونی افراد در ساعات ۸-۱۰ صبح پس از ۱۲-۱۴ ساعت ناشتایی در ابتدا و پس از ۸ هفته مکمل یاری اخذ گردید. نمونه‌های خونی جهت تهیه سرم برای اندازه‌گیری شاخص‌های لیپیدی تحت سانتریفیوژ با سرعت ۳۰۰۰ rpm قرار گرفتند. اندازه‌گیری HDL-C، کلسترول تام (TC) و تری‌گلیسرید با استفاده از کیت تجاری پارس آزمون و با دستگاه اتوآنالایزر (Hitachi 902) و اندازه‌گیری LDL-C به روش فریدوالد (LDL-C=) (HDL-C)-(TC-TG/5) انجام گرفت. جهت بررسی تغییرات رژیمی افراد، پرسش‌نامه‌ای ۲۴ ساعت یادآمد غذایی افراد با استفاده از نرم‌افزار Nutritionist IV (N IV) مورد ارزیابی قرار گرفت. اطلاعات مربوط به فعالیت فیزیکی افراد شرکت‌کننده از طریق پرسش‌نامه بین‌المللی فعالیت فیزیکی بررسی شد (۳۲) که میزان فعالیت فیزیکی افراد طی ۷ روز گذشته را ارزیابی می‌کرد. متغیرهای کمی به‌صورت میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی به‌صورت تعداد (درصد) گزارش شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. برای مقایسه میانگین درون‌گروهی (قبل و بعد از مداخله)، از آزمون مقایسه میانگین‌های زوجی در صورت نرمال بودن داده‌ها و در صورت نرمال نبودن از معادل ناپارامتری آن، آزمون رتبه‌های علامت‌دار شده ویلکاکسون و برای مقایسه تغییرات میانگین در

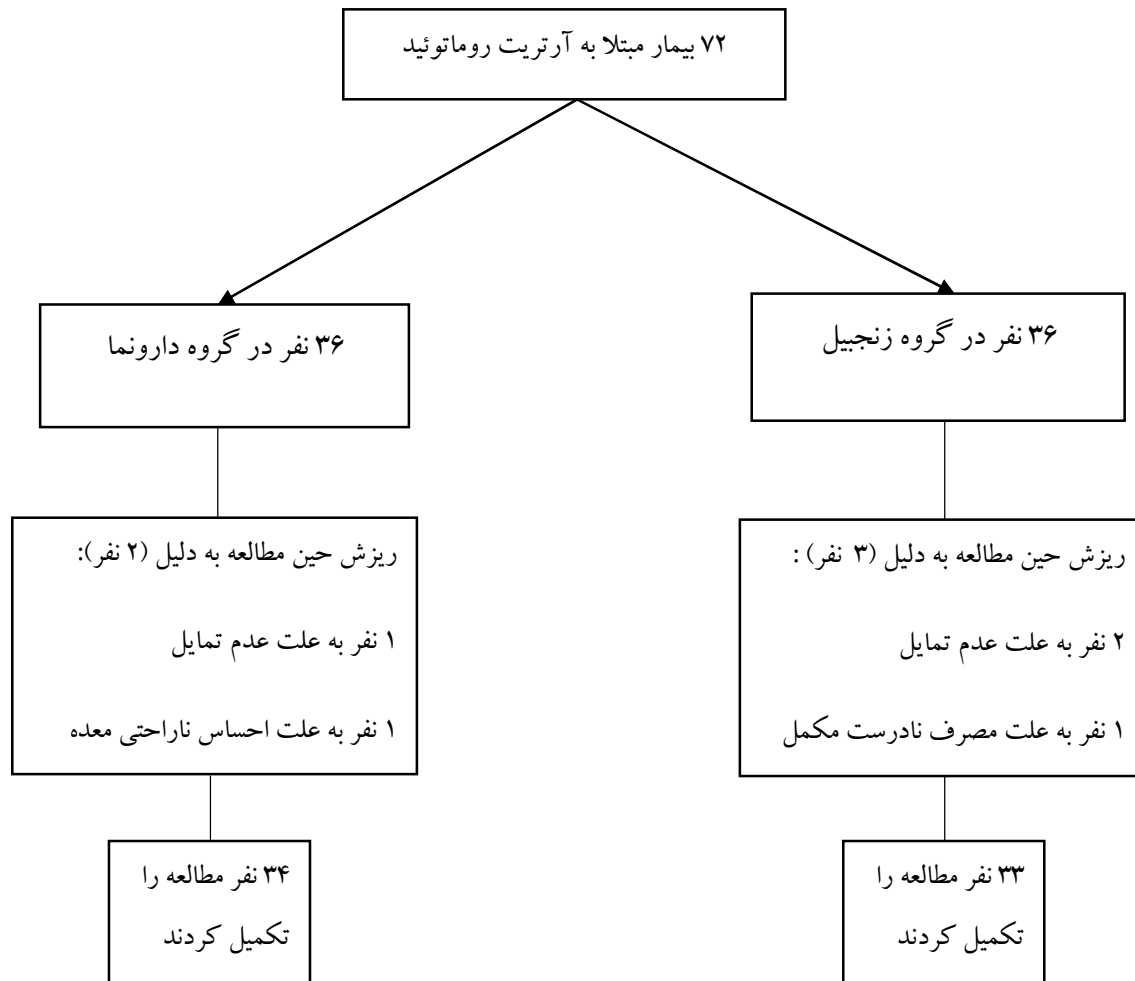
روماتولوژی بیمارستان امام خمینی‌شهر ارومیه انتخاب شدند. بیماران که داروهای مصرفی‌شان از دو ماه قبل از مطالعه تغییر نکرده بود وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: بارداری و شیردهی، دیابت ملیتوس، پرفشاری خون، اختلال تیروئید، اختلال عملکرد کبدی و کلیوی، سندرم کوشینگ، سیگار کشیدن، مصرف مکمل‌های آنتی‌اکسیدانی (ویتامین‌های E&C) و مکمل روغن ماهی، مصرف مکمل زردچوبه، بیماران مبتلا به کولیت السراتیو، بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوس، مصرف روزانه دم‌کرده‌های گیاهی نظیر چای سبز و دارچین، تغییر داروهای دریافتی و عدم تمایل به همکاری. مطالعه حاضر قبل از اجرا در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بررسی و تایید شد. پس از حضور افراد در محل، ضمن توضیح کامل اهداف مطالعه، فرم رضایت‌نامه آگاهانه اخذ گردید. بیماران با استفاده از جدول اعداد تصادفی در ۲ گروه مداخله و کنترل (۳۶ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. افراد گروه مداخله روزانه ۱/۵ گرم قرص زنجبیل (در سه دوز ۰/۵ گرمی) و افراد گروه پلاسبو روزانه ۱/۵ گرم قرص پلاسبو (در سه دوز ۰/۵ گرمی) به مدت ۸ هفته دریافت کردند. از بیماران خواسته شد در طول مطالعه رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی خود را تغییر ندهند. پرسش‌نامه مربوط به یادآمد ۲۴ ساعت غذایی و پرسش‌نامه فعالیت فیزیکی در ابتدا و انتهای مطالعه جهت حصول اطمینان از عدم تغییر رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی در طول مطالعه تکمیل گردید. هیچ‌گونه تغییری در داروهای مصرفی بیماران از لحاظ نوع و تعداد داروها (مگر در صورت تشخیص ضرورت آن توسط پزشک معالج) صورت نمی‌گرفت؛ همچنین از بیماران خواسته شد که در صورت تغییر داروهای مصرفی به محقق اطلاع دهند. زنجبیل به شکل قرص‌های نیم گرمی از "شرکت داروسازی دینه ایران" اصفهان تهیه گردید. قرص‌های پلاسبو نیز از همین شرکت با طرح یکسان تهیه شدند. قرص‌ها در قوطی‌های پلاستیکی درب دار (هر قوطی حاوی ۵۶ قرص) بسته‌بندی شدند. هر کدام از افراد ۳ قوطی در ابتدای مطالعه دریافت کردند.

شدند. در پایان طول مدت مداخله ۶۷ نفر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد آنالیز قرار گرفتند بدین ترتیب، ۹۳/۰۶٪ از بیماران طول دوره مداخله را به پایان رساندند. فلوجارت افراد شرکت کننده در مطالعه در شکل ۱ نشان داده شده است. در این مطالعه ۲۰/۹۰٪ (۱۴ نفر) زن شرکت کنندگان مرد و ۷۹/۱۰٪ (۵۳ نفر) زن بودند. نتایج نشان داد که مشخصات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه در دو گروه اختلاف معنی داری با یکدیگر نداشت (جدول ۱). داروهای مصرفی بیماران در ابتدا و انتهای مطالعه ثبت گردید؛ آنالیزهای انجام شده هیچ گونه تفاوت معنی داری را از لحاظ نوع و تعداد داروهای مصرفی در ابتدا و انتهای مطالعه مابین دو گروه نشان نداد ($p > 0/05$)؛ در طول مطالعه تغییری در نوع و میزان داروهای دریافتی بیماران مشاهده نگردید.

بین دو گروه از آزمون مقایسه میانگین های دو گروه مستقل در صورت نرمال بودن و آزمون من-ویتنی در صورت نرمال نبودن داده ها استفاده شد. برای مقایسه فراوانی در بین دو گروه از آزمون کای دو (در صورت لزوم آزمون فیشر) استفاده گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ آنالیز شد و سطح معنی داری مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر از مجموع ۷۲ نفر در ابتدای مطالعه، ۳ نفر از گروه زنجبیل (۲ نفر به علت عدم تمایل و یک نفر به علت مصرف نادرست مکمل) و ۲ نفر در گروه دارونما (یک نفر به خاطر عدم تمایل و یک نفر به علت احساس درد در قسمت معده پس از مصرف دارونما) از مطالعه حذف



شکل ۱ - فلوجارت افراد شرکت کننده در مطالعه

جدول ۱ - ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در دو گروه مداخله و پلاسبو

مقدار احتمال	گروه			متغیر
	کل (%) تعداد	پلاسبو (%) تعداد	زنجبیل (%) تعداد	
۰/۳۵۵	۱۴ (۲۰/۹۰)	۹ (۲۶/۴۷)	۵ (۱۵/۱۵)	جنس مرد
	۵۳ (۷۹/۱۰)	۲۵ (۷۳/۵۳)	۲۸ (۸۴/۸۵)	زن
۰/۱۶۴	۳۷ (۵۵/۲۲)	۱۵ (۴۴/۱۱)	۲۲ (۶۶/۶۶)	سطح سواد بیسواد
	۲۱ (۳۱/۳۴)	۱۴ (۴۱/۱۸)	۷ (۲۱/۲۲)	دیپلم به پایین
	۹ (۱۳/۴۴)	۵ (۱۴/۷۱)	۴ (۱۲/۱۲)	دیپلم تا لیسانس
۰/۷۷۰	۴۹/۴۶ ± ۱۱/۸۱	۴۹/۸۸ ± ۱۱/۳۷	۴۹/۰۵ ± ۱۲/۴۰	سن (سال)
۰/۳۲۵	۶/۳۸ ± ۴/۳۸	۶/۷۸ ± ۴/۰۳	۵/۹۷ ± ۴/۷۳	مدت ابتلا به بیماری (سال)

جدول ۲- مقایسه میانگین اندازه های تن سنجی، درشت مغزی ها و فعالیت فیزیکی در دو گروه مداخله و پلاسبو قبل و بعد از مطالعه

مقدار احتمال	گروه پلاسبو		مقدار احتمال	گروه زنجبیل		متغیر
	قبل (انحراف معیار ± میانگین)	بعد (انحراف معیار ± میانگین)		قبل (انحراف معیار ± میانگین)	بعد (انحراف معیار ± میانگین)	
۰/۵۳۵	۷۶/۱۴ ± ۱۴/۹۰	۷۶/۵۱ ± ۱۴/۵۶	۰/۰۱۸	۷۳/۶۵ ± ۱۲/۴۰	۷۵/۱۶ ± ۱۳/۴۰	وزن (kg)
۰/۴۹۷	۳۷/۹۹ ± ۵/۳۹	۲۸/۱۳ ± ۵/۳۳	۰/۰۲۱	۳۷/۸۲ ± ۳/۸۷	۲۸/۳۷ ± ۴/۱۴	نمایه تودنی بدنی (kg/m ²)
۰/۵۹۰	۱۷۱۷/۰۰ ± ۱۴۸/۶۵	۱۶۷۶/۰۵ ± ۳۰۲/۶۵	۰/۹۲۱	۱۸۸۹/۸۸ ± ۱۶۶/۱۰	۱۸۸۱/۷۸ ± ۱۹۳/۵۲	انرژی (کیلو کالری)
۰/۴۸۱	۱۶/۹۲ ± ۷۹/۰۸	۸۰/۷۹ ± ۲۰/۰۵	۰/۸۵۸	۷۸/۳۰ ± ۱۵/۰۹	۷۹/۰۶ ± ۱۸/۹۰	پروتئین (گرم)
۰/۲۳۹	۳۷/۷۳ ± ۱۱/۲۵	۴۰/۱۹ ± ۱۴/۶۷	۰/۱۱۰	۴۳/۰۳ ± ۱۳/۹۰	۴۵/۶۳ ± ۱۶/۰۷	چربی (گرم)
۰/۸۷۲	۲۶۲/۳۸ ± ۳۸/۰۹	۲۶۱/۴۶ ± ۳۸/۱۵	۰/۶۷۸	۲۹۷/۵۵ ± ۳۹/۱۰	۲۹۴/۷۶ ± ۴۱/۵۲	کربوهیدرات (گرم)
۰/۱۳۲	۵۱/۶ ± ۴۶۴/۷۶	۴۷/۶ ± ۴۲۶/۰۴	۰/۶۱۰	۷۱/۵۱۴ ± ۴۷۴/۹۰	۷۵/۹ ± ۴۷۵/۹۷	فعالیت فیزیکی (MET-) (min/week)

میزان فعالیت بیماری قبل از شروع مطالعه مابین دو گروه مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفته و از لحاظ آماری تفاوت معنی داری مابین گروه های مورد مطالعه در ابتدای مطالعه وجود نداشت (p > ۰/۰۵). نتایج مربوطه در جدول نشان داده نشده است. نتایج نشان داد که وزن و نمایه توده بدنی بیماران در گروه زنجبیل بعد از دوره مداخله کاهش معنی داری داشت (p < ۰/۰۵). در حالی که تغییر معنی داری در گروه دریافت کننده دارونما مشاهده نشد. انرژی و درشت مغزی های دریافتی و همچنین فعالیت فیزیکی در هیچ کدام از گروه ها، در انتهای دوره مداخله تغییر معنی داری نداشت (جدول ۲). مقایسه میانگین شاخص های لیپیدی در دو گروه مداخله و پلاسبو در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که در گروه دریافت کننده

زنجبیل میانگین LDL-C بعد از مطالعه نسبت به قبل از مطالعه کاهش معنی داری را نشان داد (p < ۰/۰۰۱). در حالی که میانگین LDL-C در گروه دریافت کننده دارونما افزایش معنی داری داشت (p = ۰/۰۲۶). با وجود اینکه میانگین HDL-C در هر دو گروه مداخله و پلاسبو افزایش داشت اما این افزایش در گروه مداخله معنی دار بود (p < ۰/۰۰۱). میانگین TG در هر دو گروه مداخله و دارونما افزایش نشان داد اما افزایش آن در گروه مداخله معنی دار نبوده (p = ۰/۱۵۹) ولی در گروه دارونما معنی دار بود (p = ۰/۰۲۹). میانگین کلسترول در گروه مداخله، در انتهای دوره مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافت اما این کاهش معنی دار نبود (p = ۰/۱۳۲)؛ ولی در گروه دارونما میانگین کلسترول به صورت معنی داری افزایش یافت (p = ۰/۰۰۸). مقایسه تغییرات میانگین شاخص های لیپیدی در

جدول ۳- مقایسه میانگین شاخص های لیپیدی در دو گروه مداخله و دارونما قبل و بعد از مطالعه

مقدار احتمال	گروه پلاسبو		مقدار احتمال	گروه زنجبیل		شاخص های لیپیدی
	قبل (انحراف معیار ± میانگین)	بعد (انحراف معیار ± میانگین)		قبل (انحراف معیار ± میانگین)	بعد (انحراف معیار ± میانگین)	
۰/۰۲۶	۱۱۸/۸۸±۲۲/۳۸	۱۱۳/۸۶±۱۹/۱۹	۰/۰۰۱	۱۰۴/۲۲±۲۰/۶۰	۱۱۵/۱۹±۲۴/۸۶	LDL-C* (mg/dl)
۰/۱۰۷	۵۱/۵۰±۹/۳۴	۴۹/۴۴±۷/۷۰	<۰/۰۰۱	۵۵/۲۷±۱۰/۱۹	۵۰/۲۱±۱۰/۱۶	HDL-C** (mg/dl)
۰/۰۲۹	۱۴۳/۹۷±۵۷/۲۱	۱۳۴/۰۹±۵۹/۷۰	۰/۱۵۹	۱۲۸/۹۰±۴۸/۹۴	۱۳۱/۷۵±۴۴/۶۵	TG*** (mg/dl)
۰/۰۰۸	۱۹۹/۱۷±۳۲/۵۰	۱۹۰/۱۲±۲۶/۹۰	۰/۱۳۲	۱۸۵/۲۷±۲۴/۹۱	۱۸۹/۷۵±۳۰/۲۸	Cholesterol (mg/dl)

*LDL: Low Density Lipoprotein; **HDL: High Density Lipoprotein; ***TG: Three Acyl Glycerol

جدول ۴- مقایسه تغییرات میانگین شاخص های لیپیدی در دو گروه مداخله و پلاسبو

مقدار احتمال	گروه پلاسبو		گروه زنجبیل		شاخص های لیپیدی
	(انحراف معیار ± میانگین)		(انحراف معیار ± میانگین)		
۰/۰۰۱	+۵/۰۲±۱۹/۶۵		-۱۰/۹۷±۱۶/۶۵		LDL* (mg/dl)
۰/۰۴۰	+۲/۰۶±۷/۶۶		+۵/۰۶±۵/۱۵		HDL** (mg/dl)
۰/۳۶۶	+۹/۹۰±۴۳/۳۱		+۷/۱۵±۲۸/۴۵		TG*** (mg/dl)
۰/۰۱۳	+۹/۰۵±۲۵/۸۳		-۴/۴۸±۱۶/۴۵		Cholesterol (mg/dl)

*LDL: Low Density Lipoprotein; **HDL: High Density Lipoprotein; ***TG: Three Acyl Glycerol

۱: منظور از تغییرات، میانگین متغیر مورد نظر بعد از مطالعه منهای میانگین قبل از مطالعه است (تغییرات = میانگین قبل - میانگین بعد)

حاضر با هدف تعیین مکمل یاری با پودر زنجبیل بر روی پروفایل لیپیدی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که میانگین کلسترول تام در انتهای دوره مداخله نسبت به قبل از مطالعه در گروه دریافت کننده زنجبیل کاهش یافت اما این کاهش معنی دار نبود، در حالی که در گروه دریافت کننده دارونما میانگین TC افزایش معنی داری داشت. تغییرات میانگین TC در بین دو گروه مداخله و پلاسبو در انتهای دوره مداخله تفاوت معنی داری با یکدیگر داشت. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین LDL-C در گروه دریافت کننده زنجبیل بعد از مطالعه نسبت به قبل از مطالعه کاهش معنی داری داشت؛ اما در گروه دریافت کننده دارونما میانگین LDL-C بعد از مطالعه نسبت به قبل از آن افزایش معنی داری داشت. مقایسه تغییرات میانگین LDL-C بین دو گروه مورد مطالعه هم نشان داد که کاهش در گروه دریافت کننده زنجبیل نسبت به افزایش آن در گروه دارونما از لحاظ آماری معنی دار بود. در گروه دریافت کننده زنجبیل میانگین HDL-C بعد از مطالعه نسبت به قبل از مطالعه افزایش معنی داری

دو گروه مداخله و پلاسبو در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که تغییرات میانگین LDL، HDL و کلسترول در انتهای دوره مداخله در بین دو گروه دریافت کننده زنجبیل و گروه دریافت کننده دارونما از لحاظ آماری معنی دار بود. میانگین تری گلیسرید در گروه مداخله نسبت به گروه پلاسبو افزایش کمتری داشت اما این تغییرات در بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری نشان نداد (p=۰/۳۶۶).

بحث و نتیجه گیری

بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به علت وضعیت التهابی گسترده معمولاً دچار اختلالات لیپیدی می شوند (۳۳ و ۳۴). از طرف دیگر داروهای مورد استفاده جهت درمان نظیر Tocilizumab و Inflixmab تأثیرات افزایشی در چربی خون دارند (۳۵). مطالعات مختلف نتایج متفاوتی از پروفایل لیپیدی در بیماران آرتریت روماتوئیدی نشان داده اند. در این مطالعات سطوح بالا، پایین و یکسان LDL-C، HDL-C، TG و TC در بیماران آرتریت روماتوئید نسبت به گروه های کنترل گزارش گردیده است (۴۱-۳۶). مطالعه

مطالعه حاضر، در مطالعه Arablu و همکارانش مصرف زنجبیل (۱۶۰۰ میلی‌گرم در روز) در ۶۰ فرد مبتلا به دیابت نوع ۲ (۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه دارونما) باعث کاهش معنی‌دار TG و TC در گروه دریافت‌کننده زنجبیل نسبت به گروه دارونما شد، ولی تغییر معنی‌داری در HDL-C و LDL-C مشاهده نگردید. دلایل احتمالی ذکر شده برای کاهش TG و TC، تأثیر زنجبیل در افزایش فعالیت آنزیم لیپوپروتئین لیپاز و در نتیجه افزایش هیدرولیز TG و همچنین افزایش فعالیت آنزیم کلسترول ۷ هیدروکسیلاز کبدی و افزایش تبدیل کلسترول به اسیدهای صفراوی عنوان گردیده‌اند (۴۲).

Al-Noory و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که مصرف زنجبیل در رت‌های دیابتیک باعث کاهش معنی‌دار LDL-C، TG، TC و افزایش معنی‌دار HDL-C نسبت به موش‌های دیابتیک گروه کنترل شده است. کاهش معنی‌دار TG و TC ناهمسو با نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌باشد. دلایل احتمالی محققان برای یافته‌های خود توانایی زنجبیل در افزایش فعالیت آنزیم کلسترول ۷ هیدروکسیلاز کبدی، مهار سنتز درون‌سلولی کلسترول، وجود ویتامین نیاسین در زنجبیل (که باعث افزایش برداشت کبدی LDL-C، مهار سنتز کلسترول و کاهش کاتابولیزه شدن HDL-C می‌گردد) ذکر شده است (۴۳). در مطالعه نوائی و همکاران مصرف ۳ گرم پودر زنجبیل در افراد با چربی خون بالا به مدت ۴۵ روز باعث کاهش معنی‌دار TG، TC، کاهش غیر معنی‌دار LDL-C و افزایش غیر معنی‌دار HDL-C در این افراد نسبت به گروه دریافت‌کننده پلاسبو شده است. از دلایل استناد شده جهت توجیه کاهش معنی‌دار TG، TC می‌توان به تأثیر زنجبیل بر فعالیت آنزیم‌های لیپاز و آمیلاز پانکراس و جلوگیری از هیدرولیز چربی در روده، افزایش حرکات روده‌ای، افزایش فعالیت آنزیم کلسترول ۷ هیدروکسیلاز کبدی و برای کاهش غیر معنی‌دار LDL-C و افزایش غیر معنی‌دار HDL-C جلوگیری از سنتز درون‌سلولی کلسترول و دوز زنجبیل مورد استفاده در مطالعه به‌عنوان عوامل

داشت. میانگین HDL-C در گروه دارونما هم بعد از مطالعه افزایش یافت ولی این افزایش معنی‌دار نبود. مقایسه بین گروهی تغییرات میانگین HDL-C نشان‌دهنده معنی‌دار بودن افزایش در گروه زنجبیل نسبت به افزایش غیر معنی‌دار آن در گروه دارونما است.

در پایان دوره مداخله، میانگین TG در هر دو گروه، بعد از مطالعه نسبت به قبل از آن افزایش یافت که در گروه زنجبیل معنی‌دار نبود ولی در گروه دارونما معنی‌دار بود. مقایسه تغییرات میانگین TG بین گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که افزایش بیشتر TG در گروه دارونما نسبت به افزایش کمتر آن در گروه زنجبیل معنی‌دار نبود. مطالعات مختلف در رابطه با اثرات زنجبیل بر روی پروفایل لیپیدی نتایج کاملاً یکسانی را نشان نداده‌اند. در مطالعه‌ی ابراهیم زاده و همکاران پس از مکمل‌یاری ۱۲ هفته‌ای با زنجبیل (۲ گرم در روز) بر روی ۸۰ زن چاق نشان داده شد که استفاده از زنجبیل باعث کاهش کلسترول تام، LDL-C و افزایش HDL-C شده بود که نتایج به‌دست‌آمده همسو با مطالعه حاضر است؛ اما برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه فوق در گروه کنترل نیز کاهش کلسترول تام و LDL-C و افزایش HDL-C گزارش شده است.

از دیگر نتایج متناقض موجود با مطالعه حاضر کاهش TG در هر دو گروه مورد بررسی بود. کاهش وزن و دریافت انرژی در هر دو گروه به‌عنوان دلایل تغییرات یکسان پروفایل لیپیدی در این مطالعه ذکر شده است (۴۲). در مطالعه Patric و همکاران مصرف زنجبیل (mg/kg Body weight ۲۰۰) در موش‌های تغذیه شده با رژیم پرچرب (۲۰٪) باعث کاهش معنی‌دار LDL-C، TC و افزایش معنی‌دار HDL-C نسبت به گروه کنترل (تغذیه شده با رژیم پرچرب ۲۰٪ بدون دریافت زنجبیل) گردید. در این تحقیق TG نیز کاهش معنی‌داری داشته است که برخلاف نتیجه مطالعه حاضر است. همچنین کاهش معنی‌دار TC نیز از دیگر نتایج ناهمسو می‌باشد. افزایش HDL-C به‌عنوان دلیل احتمالی برای کاهش معنی‌دار LDL-C، TG و TC ذکر شده است (۴۱). برخلاف

شد. بنابراین زنجبیل توانایی اصلاح الگوی لیپیدی در بیماران آرتریت روماتوئید را در جهت مطلوب دارد. جهت یافتن اطلاعات دقیق تر و کامل تر و تعیین حداکثر دوز اثر بخش زنجبیل پیشنهاد می‌گردد مطالعات گسترده تری با دوزهای مختلف از این ماده انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله که قسمتی از پایان نامه نویسنده اول دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تغذیه می‌باشد، با حمایت های مالی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و با کد IR.umsu.REC.1393.289 کمیته اخلاق انجام شد. از همه همکاران محترمی که به هر نحو در انجام این پژوهش همکاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1. Karlson EW, Shadick NA, Cook NR, Buring JE, Lee IM. Vitamin E in the primary prevention of rheumatoid arthritis: the Women's Health Study. *Arthritis Rheum.* 2008;59(11):1589-95.
2. Dan L, Longo M, Dennis L, Kasper M, Larry Jameson M, Anthony S et al. *Fauci's D. Rheumatoid Arthritis.* Harrison's™. Principles of Internal Medicine. 18th ed: The McGraw-Hill Companies; 2012.
3. Scheinman R. NF-kappaB and Rheumatoid Arthritis: Will understanding genetic risk lead to a therapeutic reward? *Immunopathol Dis Therap.* 2013;4(2):93-110.
4. Nikiphorou E, Norton S, Carpenter L, Dixey J, Walsh DA, Kiely P, et al. Secular Changes in Clinical Features at Presentation of Rheumatoid Arthritis: Increase in Comorbidity But Improved Inflammatory States. *Arthritis Care & Research.* 2017;69(1): 21-27.
5. Isomäki HA, Mutru O, Koota K. Death rate and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1975;4(4):205-8.
6. Mutru O, Laakso M, Isomäki H, Koota K. Ten year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. *BMJ.* 1985;290(6484):1797-9.
7. Kaplan MJ. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis. *Current Opinion in Rheum.* 2006;18(3):289-97.
9. Goodson N, Marks J, Lunt M, Symmons D. Cardiovascular admissions and mortality in an inception cohort of patients with rheumatoid arthritis with onset in the 1980s and 1990s. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(11):1595-601.

تأثیرگذار اشاره شده است (۳۰). Prasad و همکاران آب زنجبیل (ginger-juice) را به میزان ۴ml/rat به مدت ۲۱ روز به موش‌ها دادند و پس از آن مشاهده کردند که TC و HDL-C نسبت به گروه کنترل (نرمال سالین ۴ میلی لیتر دریافت می‌کردند) به صورت معنی‌دار به ترتیب کاهش و افزایش یافتند. در این مطالعه LDL-C و TG تغییر معنی‌داری را از خود نشان ندادند. متفاوت بودن نوع، سن، عادات غذایی و وزن موش‌ها نسبت به مطالعات دیگر به عنوان دلایل مطرح شده توسط محقق برای عدم تغییر LDL-C و TG عنوان شده است (۳۱).

برخلاف مطالعه حاضر، مطالعه‌ای دیگر نشان داد که استفاده از عصاره‌ی زنجبیل به مدت ۲۱ روز در موش‌های دیابتی در دوزهای ۵۰۰ و ۱۰۰۰ میلی‌گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن باعث کاهش معنی‌دار TC (در هر دو دوز مصرفی) و کاهش معنی‌دار TG (در دوز ۱۰۰۰ میلی‌گرم) نسبت به موش‌های دیابتیک گروه کنترل می‌شود. در این مطالعه LDL-C و HDL-C تغییر معنی‌داری را در هیچ یک از دوزهای مصرفی نشان ندادند. محققان مطالعه افزایش دفع روده‌ای کلسترول و کاهش سنتز کبدی آن و افزایش ترشح انسولین در نتیجه تأثیر زنجبیل را به عنوان دلایل احتمالی برای تأثیر زنجبیل در کاهش TC و TG ذکر نموده اند (۴۴). با توجه به تأثیرات متفاوت زنجبیل بر روی شاخص‌های لیپیدی در مطالعات مختلف و ناهمسو بودن بعضی از نتایج به دست آمده از آنها با نتایج مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد دوز زنجبیل مورد استفاده، گروه‌های مورد بررسی، نوع بیماری یا وضعیت بالینی گروه‌های تحت مطالعه و مدت مطالعه دلایل تفاوت در یافته‌ها باشد. همچنین وزن و نمایه توده بدنی در گروه زنجبیل کاهش معنی‌دار نسبت به ابتدای مطالعه داشت که می‌تواند از دلایل دیگر تغییرات شاخص‌های لیپیدی در گروه زنجبیل باشد.

در این مطالعه دریافت ۱/۵ گرم پودر زنجبیل باعث کاهش کلسترول تام، کاهش معنی‌دار LDL-C، افزایش معنی‌دار در HDL-C شد و همچنین مانع از افزایش معنی‌دار TG نسبت به گروه دارونما

acids) as an non-steroidal anti-inflammatory drug sparing agent in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2008;47(5):665-9.

23. Schuna A, Megeff C. New drugs for the treatment of rheumatoid arthritis. *Am J Health Syst Pharm*. 2000;57(3):225-34.

24. Johnsen SP, Larsson H, Tarone RE, McLaughlin JK, Norgard B, Friis S, et al. Risk of hospitalization for myocardial infarction among users of rofecoxib, celecoxib, and other NSAIDs: a population-based case-control study. *Arch Intern Med*. 2005;165(9):978-84.

25. Moreland LW, O'Dell JR. Glucocorticoids and rheumatoid arthritis: back to the future? *Arthritis Rheum*. 2002;46(10):2553-63.

26. Al-Nahain A, Jahan R, Rahmatullah M. *Zingiber officinale*: A potential plant against rheumatoid arthritis. *Arthritis*. 2014;1-8.

27. Mahluji S, Ostadrahimi A, Mobasser M, Ebrahimzade Attari V, Payahoo L. Anti-inflammatory effects of *zingiber officinale* in type 2 diabetic patients. *Adv Pharm Bull*. 2013;3(2):273-6.

28. Ali BH, Blunden G, Tanira MO, Nemmar A. Some phytochemical, pharmacological and toxicological properties of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe): a review of recent research. *Food Chem Toxicol* 2008;46(2):409-20.

29. Fuhrman B, Rosenblat M, Hayek T, Coleman R, Aviram M. Ginger extract consumption reduces plasma cholesterol, inhibits LDL oxidation and attenuates development of atherosclerosis in atherosclerotic, apolipoprotein E-deficient mice. *J Nutr*. 2000;130(5):1124-31.

30. Alizadeh-Navaei R, Roozbeh F, Saravi M, Pouramir M, Jalali F, Moghadamnia AA. Investigation of the effect of ginger on the lipid levels. A double blind controlled clinical trial. *Saudi Med J*. 2008;29(9):1280-4.

31. Prasad SK, Vajpeyee S.K, Bhavsar VH. To establish the effect of Ginger-juice *Zingiber Officinale* (*Zingiberaceae*) on important parameters of lipid profiles. *Int J Parma Sci and Res*. 2012;4(3):352-6.

32. 2005 [updated Updated November]. Available from: http://www.academia.edu/5346814/Guidelines_for_Data_Processing_and_Analysis_of_the_International_Physical_Activity_Questionnaire. (5):436-40.

33. Steiner G, Urowitz MB. Lipid profiles in patients with rheumatoid arthritis: Mechanisms and the impact of treatment. *Semin Arthritis Rheum*. 2009;38(5):372-81.

34. Nurmohamed MT. Atherogenic lipid profiles and its management in patients with rheumatoid arthritis. *Vasc Health Risk Manag*. 2007;3(6):845-52.

35. Heldenberg D, Caspi D, Levtov O, Werbin B, Fishel B, Yaron M. Serum lipids and lipoprotein concentrations in women with rheumatoid arthritis.

9. Del Rincón I, Williams K, Stern MP, Freeman GL, O'Leary DH, Escalante A. Association between carotid atherosclerosis and markers of inflammation in rheumatoid arthritis patients and healthy subjects. *Arthritis Rheum* 2003;48(7):1833-40.

10. Gonzalez-Gay MA, Gonzalez-Juanatey C, Martin J. Rheumatoid arthritis: A Disease associated with accelerated atherogenesis. *Semin Arthritis Rheum*. 2005;35(1):8-17.

11. Gonzalez-Juanatey C, Llorca J, Testa A, Revuelta J, Garcia-Porrúa C, Gonzalez-Gay MA. Increased prevalence of severe subclinical atherosclerotic findings in long-term treated rheumatoid arthritis patients without clinically evident atherosclerotic disease. *Medicine*. 2003;82(6):407-13.

12. Koba S, Hirano T. [Dyslipidemia and atherosclerosis]. *Nihon Rinsho*. 2011;69(1):138-43

13. Toms TE, Panoulas VF, Kitas GD. Dyslipidaemia in rheumatological autoimmune diseases. *Open Cardiovasc. Med J*. 2011;5:64-75.

14. Hassen Zrou S, Hassine Neffeti F, Sakly N, Jguirim M, Korbaa W, Younes M, et al. Lipid profile in Tunisian patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheum*. 2011;30(10):1325-31.

15. Kumar DV, Prasad BV, Vishwanth HL, Kamath V. A study on interleukin -1beta and lipid profile as markers of cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(7):1298-302.

16. Lorber M, Aviram M, Linn S, Scharf Y, Brook JG. Hypercholesterolemia and abnormal high-density lipoprotein in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 1985;24(3)250-5.

17. Frati E, Castagna ML, Bacarelli MR, Fioravanti A, Giordano N, Taddeo A, et al. Plasma levels of apolipoprotein and HDL-cholesterol in patients with rheumatoid arthritis]. *Boll Soc Ital Biol Sper*. 1984;60(9):1791-6.

18. Yoshida Y, Tanaka T. Interleukin 6 and Rheumatoid Arthritis. *BioMed Res Int* 2014;12.

19. den Broeder AA, Assmann KJ, van Riel PL, Wetzels JF. Nephrotic syndrome as a complication of anti-TNFalpha in a patient with rheumatoid arthritis. *Neth J Med*. 2003;61(4):137-41.

20. Galloway JB, Hyrich KL, Mercer LK, Dixon WG, Ustianowski AP, Helbert M, et al. Risk of septic arthritis in patients with rheumatoid arthritis and the effect of anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(10):1810-4.

21. Gómez-Reino JJ, Carmona L, Valverde VR, Mola EM, Montero MD. Treatment of rheumatoid arthritis with tumor necrosis factor inhibitors may predispose to significant increase in tuberculosis risk: A multicenter active-surveillance report. *Arthritis Rheum*. 2003;48(8):2122-7.

22. Galarraga B, Ho M, Youssef HM, Hill A, McMahon H, Hall C, et al. Cod liver oil (n-3 fatty

Clin Rheumatol. 1983;2(4):387-91.

36. Asanuma Y, Kawai S, Aoshima H, Kaburaki J, Mizushima Y. Serum lipoprotein(a) and apolipoprotein(a) phenotypes in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1999;42(3):443-7.

37. Kavanaugh A. Dyslipoproteinaemia in a subset of patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1994;53(8):551-2.

38. Lakatos J, Harsanyi A. Serum total, HDL, LDL cholesterol, and triglyceride levels in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Bio.* 1988;21(2):93-6.

39. Lorber M, Aviram M, Linn S, Scharf Y, Brook JG. Hypocholesterolaemia and abnormal high-density lipoprotein in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1985; 24(3): 250-5.

40. Ebrahimzadeh Attari V, Mahluji S, Asghari Jafarabadi M, Ostadrahimi A. Effects of supplementation with ginger (*Zingiber officinale* Roscoe) on serum glucose, lipid profile and oxidative stress in obese women: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *Pharmaceutical Sci.* 2015; (4):184-91.

41. Patrick AT, Faith P, Samson, H. A. Umaru. The effects of crude extracts of ginger (*Zingiber officinale*) on some lipid profile parameters in high fat fed rats. *Bio Agric Healthcare.* 2015;18(4): 123-8.

42. Arablou T, Aryaeian N, Valizadeh M, Sharifi F, Hosseini A, Djalali M. The effect of ginger consumption on glycemic status, lipid profile and some inflammatory markers in patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J food Sci Nutr.* 2014; 65(4):515-20.

43. Al-Noory AS, Amreen A-N, Hymoor S. Antihyperlipidemic effects of ginger extracts in alloxan-induced diabetes and propylthiouracil-induced hypothyroidism in (rats). *Pharmacognosy Res.* 2013;5(3):157-61.

44. Al-Qudah MA, Haddad MA, EL-Qudah J MF. The effects of aqueous ginger extract on pancreas histology and on blood glucose in normal and alloxan monohydrate-induced diabetic rats. *Biomed Res.* 2016;27(2):350-6.

The effect of ginger powder supplementation on lipid profile in rheumatoid arthritis patients

Hojjat Naseri, MSc of Nutrition, Department of Nutrition, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. hojjat_n@ymail.com

Parvin Ayremlou, MSc of Epidemiology, Food and Beverages Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. p.ayremlou@gmail.com

Mir Amir Aghdashi, MD, Associate Professor of Rheumatology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. aghdashia@gmail.com

Seyyed Mostafa Seyyed Mardani, MD, Assistant Professor of Rheumatology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. sm.saidmardani@gmail.com

***Rasoul Zarrin**, MD, Assistant Professor of Nutrition, Food and Beverages Safety Research Center, Department of Nutrition, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (*Corresponding author). rasoul.zarrin@uqconnect.edu.au

Abstract

Background: Lipid disorders are the considerable cause and main reason for development of cardiovascular and atherosclerotic disease in rheumatoid arthritis patients. Ginger has the anti-inflammatory and hypolipidemic effect. This study was conducted to evaluate the effect of Ginger powder on lipid profile in rheumatoid arthritis patients.

Methods: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial was conducted on 72 rheumatoid arthritis referred to rheumatologic clinic of Urmia Emam Khomeini Hospital. Patients were divided randomly into 2 groups, intervention group (receiving ginger tablet 1.5 gr/day) and placebo group (placebo tablet 1.5 gr/day) for 8 weeks. Lipid profile before and after intervention was compared within groups using paired t-test and the mean differences using independent t-test between two groups.

Results: At the end of the intervention period, 67 (93.06%) of patients were analyzed. The study showed that in the ginger group, mean of LDL-C decreased after intervention (104.22 ± 20.60) in comparison to before (115.19 ± 24.86) and mean of HDL-C increased (50.21 ± 10.16 at before and 55.27 ± 10.19 after the intervention) significantly ($p < 0.001$). In placebo group, mean of LDL-C (113.86 ± 19.19 at before and 118.88 ± 22.38 after the intervention), TG (134.09 ± 59.70 at before and 143.97 ± 57.21 after the intervention) and total cholesterol (190.12 ± 26.90 at before and 199.17 ± 32.50 after the intervention) increased significantly ($p < 0.05$). Mean changes of LDL-C, HDL-C and total cholesterol after intervention was significant between two groups ($p < 0.05$). Mean of TG in ginger group in comparison to placebo group increased slightly but it's changes after was not significant between groups ($p = 0.36$).

Conclusion: Current study showed that ginger powder compared to placebo has the ability to modify lipid profile in patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Ginger powder, Lipid profile, Rheumatoid arthritis