



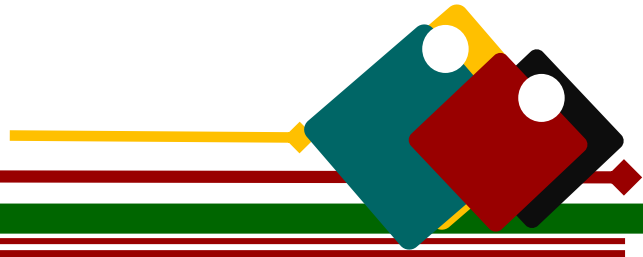
سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	ناصری سینکی، مهشید، ۱۳۷۱- اختلالات خوردن و دفعی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردها با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردها تخصصی ۱۴۰۴.../ ترجمه و تلخیص مهشید ناصری سینکی، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل تهران: کاردیا، ۱۴۰۳. ۱۱۴ ص: مصور. ۳۰۷۰۰۰۰ ریال 978-622-404-059-6
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیپا کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Kaplan & sadock's synopsis Of psychiatry 2022 به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوین، پدرو روئیز است. غذا خوردن -- اختلالات Eating disorders اختلالات دفع Defecation disorders غذاخوردن -- اختلالات -- آزمون ها و تمرین ها Eating disorders -- Examinations, questions, etc اختلالات دفع -- آزمون ها و تمرین ها Defecation disorders -- Examinations, questions, etc. بولند، رابرت جوزف Boland, Robert Joseph وردوین، مارشا ال. Verduin, Marcia L. روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م. Ruiz, Pedro RC۵۵۲ ۸۵۲۶/۶۱۶ ۹۱۸۳۴۴۹ فیپا
موضوع	
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: اختلالات خوردن و دفعی - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردها با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردها تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر مهشید ناصری سینکی ، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
حروفچینی و صفحه آرایی: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۵۹-۶
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	بهاء: ۳۰۷،۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۲۱، ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۲۱

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



# اختلالات خوردن و دفعی

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه

آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Kaplan & sadock's synopsis Of psychiatry 2022

## ترجمه و تلخیص

دکتر مهشید ناصری سینکی

دارای رتبه برتر آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۱  
هیات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### پاسخدهی به سوالات

دکتر زهرا محمدی بینا

رتبه ۱۰ درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲  
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر سارا صادقی پور میبدی

بورد تخصصی ۱۳۹۹

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

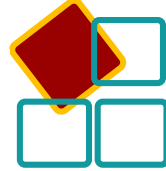
دکتر پریسا حمیدی عدل

بورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



## فهرست مطالب



۱۱	..... فصل ۱۳ - اختلالات خوردن و تغذیه
۶۵	..... سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد
۹۱	..... فصل ۱۴ - اختلالات دفعی
۱۰۱	..... سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد



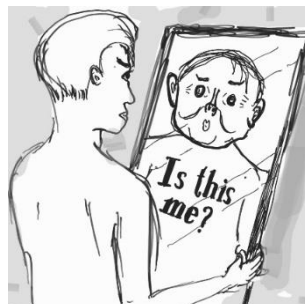
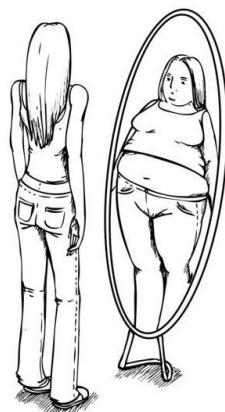
## اختلالات خوردن و تغذیه

### آنورکسیا نروزا (بی‌اشتهایی عصبی)

بیماری آنورکسیا نروزا در اصل یک بیماری سندرمال است که باید سه ملاک زیر را داشته باشد:

- ۱) گرسنگی کشیدن از روی عمد و با خواست خود (جنبه رفتاری بیماری)  
ترس و نگرانی دائمی از چاق شدن و میل همیشگی برای لاغر ماندن (جنبه روانی بیماری)  
ایجاد علائم و آسیب‌های جسمی بدنبال نخوردن غذای طولانی مدت (جنبه فیزیولوژیک بیماری)
- بیمار آنورکسیا نروزا غالباً تصویر نادرستی از بدن خود دارند.

(Body Image distortion) یعنی اینکه فرد با وجود لاغری زیاد باز هم تصور می‌کند چاق است!



وجود Body Image distortion در بیمار پاتوگونومیک آنورکسیا نروزا نیست، ولی وجودش در بیمار سبب بدتر شدن بیماری می‌شود.



آنورکسیا نروزا خود به دو زیر گروه تقسیم می‌شود:

### Restrictive (۱) Binge/purge

در هر دو زیر گروه آنورکسیا نروزا تکیه بیش از حد بر لاغری وجود دارد و گاهی حتی به تنها عامل بالابرنده اعتماد بنفس تبدیل می‌شود. از طرفی بالا و پایین رفتن وزن و به میزان کمتر شکل بدن (shape) به عنوان عاملی برای افکار مزاحم و تغییر در خلق و رفتار فرد تبدیل می‌شود.

نیمی از بیماران آنورکسیا نروزا برای کاهش وزن خود دست به رژیم‌های سخت و طاقت فرسا می‌زنند (نوع restrictive) و نیمی دیگر در کنار مصرف کم غذا، گاهی نیز دست پر خوری می‌زنند و بدن‌بال پر خوری اقدام به جبران آن از طریق القا استفراغ و خوردن ملین می‌کنند (نوع binge eating /purging)

### اپیدمیولوژی:

شیوع این بیماری در بین دختران ۱۰ برابر بیشتر از پسرها است. در سال‌های اخیر افزایش نرخ بروز در دختران ۱۹-۱۵ ساله دیده شده شیوع طول عمر این اختلال طبق DSM5 بین ۲/۴ تا ۴/۳ است. شیوع در دختران و زنان ۰.۷-۰.۶٪ است. شیوع کمتر در مردان ممکن است به علت تشخیص کمتر باشد.

### کوموربیدیتی‌ها:

آنورکسیا نروزا در ۶۵ درصد موارد با افسردگی، در ۳۵ درصد موارد با social phobia و در ۲۵ درصد موارد با OCD ارتباط دارد.

### اتیولوژی:

در ایجاد این اختلال عوامل مختلفی مثل عوامل بیولوژیکال، سایکولوژیکال و عوامل اجتماعی می‌توانند درگیر باشند. وجود سایر اختلالات خوردن پر خطر نیز خطر آنورکسیا نروزا را در فرد افزایش می‌دهد. ژن ناقل سروتونین در تعادل با استرسورهای محیطی در پیشرفت بیماری نقش دارد. مطالعات نشان می‌دهد خطر ایجاد آنورکسیا نروزا در دوقلوهای تک تخمی بیشتر از دوقلوهای دو تخمی است. تغییرات بدن در نوجوانی و بلوغ می‌تواند باعث نارضایتی از بدن و کاهش اعتماد به نفس شود. استرسورهای دوران نوجوانی مثل شکل‌گیری هویت، استقلال و روابط عاشقانه می‌توانند کاتالیزور اختلالات خوردن باشند.



## سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۳

۱. بیمار خانم ۱۹ ساله با BMI 26.5 به شما مراجعه کرده است. در شرح حال روانپزشکی اضطراب، افسردگی، کاهش انرژی، بی‌خوابی و اشتغال ذهنی با اضافه وزن را ذکر می‌کند. مشکل جسمی خاصی ندارد. کدام گزینه را پیشنهاد می‌کنید؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) بوپروپیون و توپیرامات

ب) بوپروپیون و نالتروکسان

ج) فلوکستین و توپیرامات

د) فلوکستین و کلونازپام

## گزینه د

در کنار ژنتیک، عوامل فرهنگی، خانوادگی و سایکولوژی در پیدایش چاقی نقش دارد. و از طرفی در کنار عوامل زمینه ساز چاقی، تعارضات خانوادگی در ابتدای فرد به چاقی موثر است. بسیاری از افراد چاق ممکن است، در هنگام اضطراب دست به پرخوری بزنند و در اصل آموختند که از پرخوری به عنوان وسیله ای برای کنترل مشکلات خود استفاده کند.

۲. خانم ۱۸ ساله‌ای توسط خانواده به علت ترس از افزایش وزن به درمانگاه روانپزشکی آورده شده است. او با قد ۱۷۰ سانتی‌متر ۴۳ کیلوگرم وزن دارد و از دو سال قبل از خوردن هرگونه مواد دارای کربوهیدرات به شدت امتناع می‌کند. هر روز سه کیلومتر می‌دود و اگر یک روز این کار را انجام ندهد دچار عذاب وجدان شدید می‌شود. با در نظر گرفتن راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد زیر، کدام اقدام درست است؟ (بورد ۱۴۰۳)

Resmark et al. Treatment of anorexia nervosa-new evidence-based guidelines, 2019

الف) پس از ترخیص از بیمارستان بلافاصله به محیط زندگی منتقل شود.

ب) درمان شناختی - رفتاری به عنوان روان‌درمانی برتر به کار گرفته شود.

ج) به منظور جبران وزن از دست رفته الانزایین تجویز شود.

د) کالری روزانه مورد نیاز به صورت فردی محاسبه و تجویز شود.



## گزینه ب و د

می توان CBT را در بیماران آنورکسیا نروزا هم در زمان بستری و هم در صورت سر پاییی انجام داد. این مداخلات در افزایش وزن بیماران موثر بوده است.

۳. خانم ۲۸ ساله با قد ۱۶۴ سانتی‌متر و وزن ۴۱ کیلوگرم به شما مراجعه نموده است و اظهار می‌دارد اضافه وزن داشته و در ورزش‌های ترکیبی دومیدانی شرکت می‌نماید. گاهی به دنبال مصرف حتی مقادیر بسیار کمی غذای چرب احساس ناراحتی کرده است و سعی می‌کند با انگشت کردن در حلقش استفراغ کند. گاهی از مسهل و مدر نیز جهت کاهش وزن خود استفاده می‌کند. کدام عارضه طبیی در وی محتمل تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) acidosis or alkalosis Hypokalemic

ب) azotemia Renal

ج) level amylase serum Decreased

د) diuretics from toxicity Myocardial

## گزینه الف

در آن دسته از بیماران آنورکسیا نروزا که دست به استفراغ عمدی می‌زنند یا مصرف مسهلها و داروهای ادرار آور را پیش رو می‌گیرند در خطر آلكالوز هایپو کالمیک و سایر اختلالات آب و الکترولیت قرار می‌گیرند.

۴. دختری پانزده ساله از هشت ماه پیش، از خوردن غذا امتناع می‌کند و با وجود BMI معادل هفده اعتقاد دارد که افزایش وزن داشته و با ورزش شدید و کاهش کالری سعی در کاهش وزن بیشتر دارد. در آزمایشات و ECG بیمار، کدام تغییرات قابل انتظار است؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب مشهد)

الف) لکوپنی، هیپوکالمی، invert T

ب) لکوپنی، قند بالا، depression segment ST

ج) لکوسیتوز، قند پایین، invert T

د) لکوسیتوز، هیپرکالمی، depression segment ST

## گزینه الف



## اختلالات دفعی

در توانایی کنترل روده‌ها و مثانه، هم سیستم موتور هم سیستم sensory نقش داشته که توسط لوب فرونتال هماهنگ می‌شوند، پونز و midbrain نیز در این عملکرد نقش دارند. زیرا مثانه در شیرخواران ممکن است ناکامل باشد. در نوپاها، ظرفیت مثانه افزایش می‌یابد و در سنین ۱ تا ۳ سالگی مسیرهای مهارى کورتیکال رشد کرده و به کودک اجازه‌ی کنترل عضلات مثانه را می‌دهد.

توانایی کنترل روده‌ها، در اغلب کودکان، زودتر از کنترل مثانه رخ می‌دهد. ترتیب به دست آوردن کنترل ارادی مثانه و روده به این شکل می‌باشد: (۱) کنترل مدفوع شبانه ← (۲) کنترل مدفوع روزانه ← (۳) کنترل ادرار روزانه ← (۴) کنترل ادرار شبانه.

- Toilet training به عوامل مختلفی مثل سطح هوشی کودک، عوامل فرهنگی، بلوغ اجتماعی و روابط کودک و والدین بستگی دارد.

- کنترل مثانه و روده نیاز به تکامل سیستم نوروبیولوژیک دارد به همین دلیل کودکان با تأخیر رشدی، ممکن است در این روند نیز تأخیر داشته باشند.

- اختلالات دفعی در DSM5 شامل: (۱) Encopresis (دفع مکرر مدفوع در مکان‌های نامناسب) و (۲) Enuresis (دفع ادرار مکرر در لباس یا تخت) می‌شود.

- ICD10 شامل تشخیص nonorganic encopresis and enuresis می‌شود که در طبقه‌ی other behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence آورده شده.

- تشخیص encopresis را بعد ۴ سالگی و تشخیص enuresis را بعد ۵ سالگی می‌توان گذاشت.

### **Encopresis:**

- تشخیص و تظاهرات بالینی: طبق DSM5 و ICD10 زمانی این تشخیص را می‌گذاریم که کودک دفع مدفوع را در مکان‌های نامناسب انجام دهد



**Table 14-1**  
**Encopresis**

Name	DSM-5 Encopresis	ICD-10 Nonorganic Encopresis
Duration	≥1/mo for ≥3 mo	
Symptoms	Eliminating feces in clothes or floor Can be voluntary or unintentional	Eliminating feces in inappropriate places Can be voluntary or unintentional
Exclusion	Age <4 y Substance use Another medical condition (not including ones that are causing constipation)	Another medical condition
Severity specifiers	With constipation and overflow incontinence Without constipation and overflow incontinence	

Encopresis ممکن است در کودکانی که کنترل روده خود را داشته و به شکل ارادی در لباس خود یا مکان نامناسب دفع مدفوع دارند رخ دهد. این امر ممکن است ابراز کننده‌ی خشم کودک نسبت به والدین خود باشد. کودک با این رفتار خود توجه منفی والدین را می‌گیرد و شکستن این چرخه دشوار است.

اپیزودهای encopresis می‌تواند به دنبال استرس‌ورهایی مثل تولد خواهر یا برادر رخ دهد ولی در این موارد، مشکل گذراست و کرایتریایا را پر نمی‌کند.

ممکن است این اختلال در غیاب یک مشکل فیزیولوژیک و زمانی که کودک کنترل کافی بر اسفنکتر را ندارد رخ دهد یا زمانی که کودک مشغول فعالیت دیگری است و تمام توجهش به آن فعالیت است اتفاق بیفتد. قوام مدفوع ممکن است نرمال، نزدیک نرمال یا مایع باشد.

- احتباس مزمن مدفوع منجر به سرریز شدن مدفوع آبکی می‌شود.

- در موارد نادری سرریز شدن غیرارادی مدفوع نتیجه‌ی اسهال با علت روانی و یا از علائم اختلال اضطرابی است.

- Encopresis در DSM5 شامل این دو specifier است:

(1) with constipation and overflow incontinence



## سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۴

۱. دختر ۸ ساله‌ای با شکایت پرخاشگری، بی‌قراری و نافرمانی به همراه مادر بزرگ و پدرش به درمانگاه مراجعه کرده است. به گفته پدر، سال گذشته به علت بی‌نظمی در کلاس، بی‌دقتی و عدم انجام تکالیف تحت درمان با ریتالین بوده است. مادر چند ماهی است که به علت اختلافات شدید با همسر، منزل را ترک و داروی کودک قطع شده است. در طی این مدت با وجود کسب به موقع مهارت کنترل ادرار و مدفوع، بی‌اختیاری ادرار به مشکلات کودک اضافه شده است به طوری که نگهداری کودک برای مادر بزرگ دشوار و درگیری بین آن‌ها زیاد شده است. با توجه به شرح حال فوق کدام یک از شیوه‌های درمانی زیر جهت بی‌اختیاری ادرار اولویت دارد؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) درمان با ایمی پرامین

ب) آموزش آداب توالت رفتن

ج) شروع مجدد ریتالین

د) استفاده از بیوفیدبک

## گزینه ج

بی‌اختیاری ادرار پس از یک سال توانایی کنترل، اغلب بین ۵ تا ۸ سالگی شروع می‌شود، اگر این مشکل پس از این سالها به ویژه در نوجوانی شروع شود، باید دنبال علل دیگر بود. طبق برخی مطالعات، آنورزی با شروع دیررس، نسبت به آنورزی بدون یک سال خشک بودن، با مشکلات روانپزشکی بیشتری همراهی دارد.

عود علائم ممکن است رخ دهد، مشکلات عاطفی و اجتماعی اینها شامل اعتماد به نفس کم، - image self مختل، خجالت زدگی اجتماعی و بازداری و مشکلات درون خانوادگی، است. سیر بیماری به درمان مناسب اختلالات همراه مثل - ADHD بستگی دارد.

۲. کودک ۸ ساله‌ای که به دلیل شب‌ادراری تحت درمان با دسموپرسین می‌باشد، به صورت ناگهانی تشنج کرده است. اندازه‌گیری سطح خونی کدام یک از موارد زیر در اولویت قرار دارد؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب مشهد)

الف) سدیم

ب) پتاسیم

ج) کلسیم

د) قند