

تعریف خواب

- خواب حالتی تکرارشونده و به راحتی قابل برگشت و منظم است
- و از مشخصات آن
- بی‌حرکتی نسبی و
- افزایش قابل توجه آستانه پاسخ به محرکات بیرونی
- نسبت به حالت بیداری است.

مراحل خواب و تغییرات فیزیولوژیک همراه آن

خواب از دو مرحله تشکیل شده است:

- خواب بدون حرکت سریع چشم (NonRapid eye movement) و
- خواب حرکت سریع چشم (Rapid eye movement)

مراحل خواب

- خواب NREM دارای ۴ مرحله است و طی آن اکثر کارکردهای فیزیولوژیک و فعالیت مغزی نسبت به حالت بیداری به میزان چشمگیری کاهش می‌یابد.
- خواب REM از لحاظ کیفی نوع متفاوتی از خواب بوده و طی آن فعالیت مغزی و فیزیولوژیک شبیه حالت بیداری است.

NREM

- در خواب NREM ضربان قلب، فشار خون، تنفس کاهش می‌یابد.
- جریان خون در اکثر بافتها از جمله مغز مختصری کاهش می‌یابد.
- ثبات دمائی بدن وجود دارد.
- حرکات غیرارادی و دوره‌ای در عضلات بدن مشاهده می‌شود.
- اگر فرد در این مرحله NREM بیدار شود دچار اختلال جهت‌یابی بوده و تفکرش آشفته است.
- بیدار شدنهای کوتاه مدت از خواب عمیق (مرحله ۳ و ۴) نیز همراه فراموشی نسبت به رویدادهای حین بیداری است.

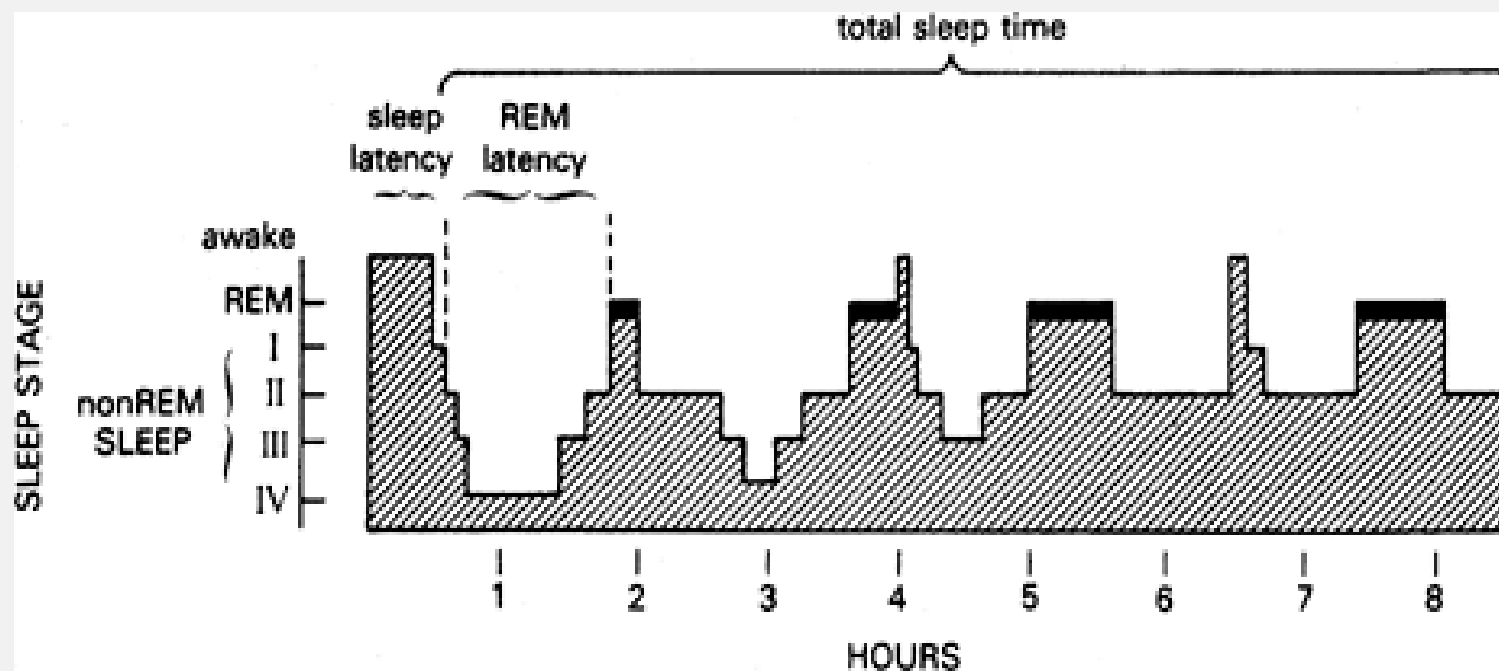
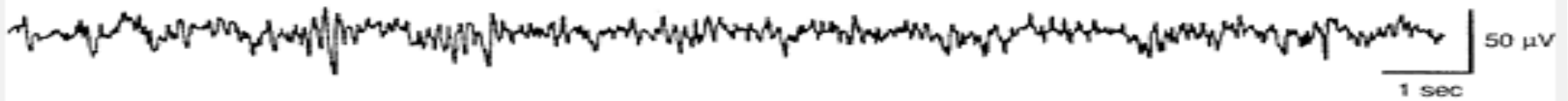


FIGURE 24.1-3 Sleep pattern in a young, healthy subject.

Human sleep stages

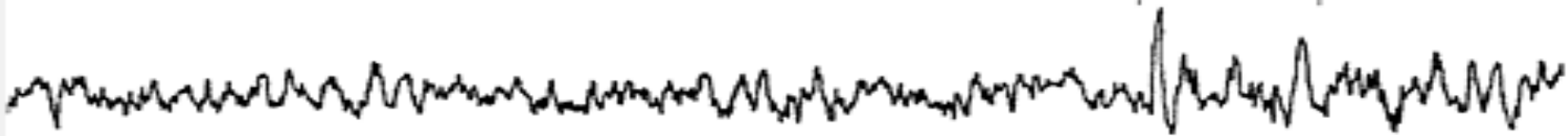
Awake (eyes open)



Awake (eyes closed)



Stage I



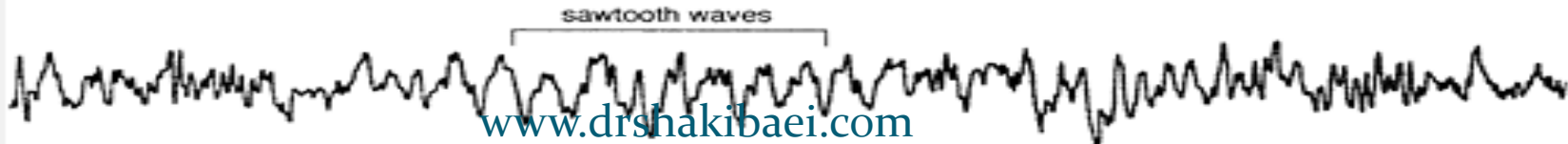
Stage II



Slow wave sleep (Stages III and IV)



REM sleep



NREM (75 percent)

Stage 1: 5 percent

Stage 2: 45 percent

Stage 3: 12 percent

Stage 4: 13 percent

REM (25 percent)

REM

- حدود ۹۰ دقیقه پس از شروع خواب، مرحله NREM جای خود را به اولین دوره REM شبانه می‌دهد.

- در REM نبض و فشار خون بالاتر از NREM و اغلب بالاتر از حالت بیداری

- مصرف اکسیژن مغز نیز بالا می‌رود.

- حرارت بدن با تغییر حرارت محیط تغییر می‌کند (Poikilo thermic)

- در مردان تقریباً هر دوره REM با نعوظ نسبی یا کامل همراه است.

- فلج تقریباً کل عضلات اسکلتی ایجاد می‌شود.

- متمایزترین خصوصیت REM دیدن رؤیا است.

تنظیم خواب

- اکثر محققین معتقدند یک مرکز ساده کنترل خواب وجود ندارد بلکه چند دستگاه یا مرکز بهم پیوسته وجود دارد که عمدتاً در ساقه مغز واقع شده‌اند و متقابلاً موجب تحریک یا مهار همدیگر می‌شوند.
- سروتونین در تسریع شروع خواب و کاهش بیداری شبانه و
- استیل کولین در ایجاد خواب REM نقش دارند.
- نورآدرنالین خواب REM را کاهش و بیداری را افزایش می‌دهد و دوپامین نیز هوشیاری و بیداری را افزایش می‌دهد.

کارکردها و تأثیر خواب

- خواب کارکرد تعادلی و ترمیمی داشته و به نظر می‌رسد در تنظیم درجه حرارت و حفظ انرژی اهمیت اساسی دارد.
- خواب با تسریع سنتز اسید ریبونوکلیئیک و پروتئین‌ها به ترمیم قوای بدن کمک می‌کند.
- میزان خواب متعاقب کار جسمانی و ورزش، افزایش فعالیت ذهنی و موقعیت‌های یادگیری دشوار، گرسنگی، بیماری، حاملگی، استرس روانی، ممکن است افزایش می‌یابد.

ریتم خواب و بیداری

- بدون علائم بیرونی، ریتم بیولوژیک بدن یک سیکل ۲۵ ساعته را دنبال می‌کند.
- تأثیر عوامل بیرونی نظیر چرخه نور – تاریکی، دوره های صرف غذا و سایر هماهنگ کننده‌های بیرونی باعث می‌شود که افراد از یک چرخه ۲۴ ساعته پیروی کنند.
- ریتم زیستی در بدو تولد وجود ندارد و طی ۲ سال اول زندگی برقرار می‌شود.
- اکثر افراد طبیعی نیاز به خوابی بین ۶ تا ۹ ساعت در شبانه روز دارند.

منبع خبر: <http://www.drshakibaei.com>

شیوع اختلال خواب در این موارد بیشتر می شود:

- جنسیت زن ،
- وجود اختلال طبی و روانی ،
- سن بالا ،
- سوء مصرف مواد .



The sleep-wake disorders' current classifications in accordance with the DSM-5 include the following:

- 1 . Insomnia Disorder
2. Hypersomnolence Disorder
- 3 . Narcolepsy
4. Breathing-Related Sleep Disorders:
 - a. Obstructive Sleep Apnea Hypopnea
 - b. Central Sleep Apnea
 - i. Idiopathic central sleep apnea
 - ii. Cheyne-Stokes breathing
 - iii. Central sleep apnea comorbid with opioid use
 - c. Sleep-Related Hypoventilation

5. Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders:

- a. Delayed sleep phase type
- b. Advanced sleep phase type
- c. Irregular sleep-wake type
- d. Non-24-hour sleep-wake type
- e. Shift work type
- f. Unspecified type

6. Parasomnias

7. Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders:

- a. Sleepwalking type
- b. Sleep terror type
- 8. Nightmare Disorder

9. Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder

10. Restless Legs Syndrome

11. Substance/Medication-Induced Sleep Disorder

ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR برای بی خوابی اولیه

- (الف) شکایت عمده دشواری در شروع یا دوام خواب است یا خواب فرد نیروبخش و خستگی زدا نیست و این مسئله حداقل یکماه طول کشیده است.
- (ب) اختلال خواب (یا خستگی روزانه ناشی از آن) سبب ناراحتی عمده بالینی یا اختلال در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های مهم کارکردی می شود.
- (پ) اختلال خواب منحصراً در جریان حمله خواب، اختلال خواب مربوط به تنفس، اختلال ریتم شبانه روزی خواب یا بدخوابی روی نمی دهد.
- (ت) اختلال خواب منحصراً در جریان يك اختلال روانی دیگر (مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر یا دلیریوم) روی نمی دهد.
- (ث) اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیک مستقیم مواد (مانند داروهای مورد سوءمصرف یا نسخه شده) یا بیماری طبی عمومی نیست.

علل شایع بی خوابی

علامت	بی خوابیهای ناشی از اختلالات طبی	بی خوابی های ناشی از اختلالات روانی با محیطی
دشواری در به خواب رفتن	هرگونه اختلال دردناک یا ناراحت کننده ضایعات دستگاه عصبی مرکزی حالات زیر در برخی مواقع	اضطراب اضطراب تنشی، عضلانی تغییرات محیطی اختلال ریتم شبانه روزی خواب
دشواری در دوام خواب	سندرم های وقفه تنفسی هنگام خواب میوکلونوس شبانه و سندرم پاهای بی قرار عوامل مربوط به رژیم غذایی (احتمالاً) رویدادهای دوره ای (بدخوابی) تأثیرات مستقیم مواد (شامل الکل) تأثیرات ترك مواد (شامل الکل) تعاملات مواد بیماری های غددی یا متابولیک بیمار های عفونی، نئوپلاستیک یا سایر بیماریها اختلالات دردناک یا ناراحت کننده ضایعات یا بیماری های ساقه مغز یا هیپوتالاموس سن بالا	افسردگی، بخصوص افسردگی اولیه تغییرات محیطی اختلال ریتم شبانه روزی خواب اختلال استرس پس از سانحه اسکیزوفرنی

بی خوابی مربوط به اختلال محور یا II و I

- بی خوابی‌هایی که حداقل یک ماه طول می‌کشند ،
- رابطه آشکاری با نشانه‌های رفتاری و روانشناختی اختلالات روانی شناخته شده بالینی دارند.
- اشکال در به خواب رفتن معمولاً ناشی از اضطراب است که خود جزئی از اختلالات روانی است.
- در بی خوابی مربوط به اختلال افسردگی اساسی شروع خواب معمولاً طبیعی است ولی در خلال نیمه دوم شب بیداریهای مکرر و سحرخیزی زودرس وجود دارد.

- **اختلال هراس** ممکن است همراه با بیداری در اثر حملات هراس باشد.
 - بیماران مبتلا به دوره‌های **مانیا** ،
کم خواب‌ترین افرادند ولی اغلب شکایتی از مسأله خواب ندارند.
 - در **اسکیزوفرنیا** ،
 - **اختلال استرس پس از سانحه** ،
 - **اختلالات خوردن** نیز بی‌خوابی دیده می‌شود.
 - درمان آن در اصل درمان اختلال زمینه‌ای است و همزمان درمان علامتی نیز انجام می‌شود.
- بی‌خوابی ممکن است ثانویه به **درد** و
 - سایر ناراحتیهای ناشی از اختلالات **طبی** و یا
 - ثانویه به وابستگی و یا قطع **دارو** و یا **مواد مخدر** باشد.

بهداشت خواب:

-تنظیم زمان خوابیدن و بیدار شدن به صورت منظم
-پیش از خواب غذای سنگین نخورید.
-اگر گرسنه اید قبل از خواب یک غذای سبک بخورید.
-در رختخواب غذا نخورید.

- قهوه نخورید

-سیگار نکشید.

-الکل نخورید.

-یک ساعت قبل از رفتن به رختخواب آرامش داشته باشید .

-اگر در مورد مسئله ای نگران هستید قبل از رفتن برای خواب آن را روی کاغذ بنویسید و برای صبح بگذارید.

-محیط اتاق خواب را (سرد) و خنک کنید .

-اتاق خواب تاریک باشد

اتاق خواب ساکت باشد

-در طول روز خوابید.

-در زمان بی خوابی مرتب به ساعت نگاه نکنید.

-یک برنامه ی ورزشی منظم داشته باشید

-قبل از رفتن به رختخواب فعالیت سنگین نداشته باشید (برای اینکه خودتان را خسته کنید).

-در رختخواب ورزش نکنید.

-در رختخواب تلویزیون تماشا نکنید (در حالی که بی خواب هستید)

-در رختخواب کتاب نخوانید .-تلفنی در رختخواب صحبت نکنید.

برای درمان بیمار در هر زمان باید فقط روی یکی یا دومورد از این گزینه ها کار کرده نه تمام آنها .

- خواب غفلت خوابیدن در مجلس پند و یادآوری
- خواب بدبختی وقت نماز
- خواب لعنت صبحگاهان (موقع اذان تا طلوع آفتاب)
- خواب عقوبت و عذاب بعد نماز فجر
- خواب راحت ظهر (قیلوله) نیم ساعت به اذان ظهر مانده
- خواب رخصت بعد از نماز عشا
- خواب حسرت شب جمعه
- خواب قیلوله : مدت کوتاهی قبل از ظهر شرعی بخصوص در فصل گرما که شب کوتاه است مفید استو باعث آرامش و راحتی اعصاب میشود . در شرع اسلام نیز مستحب است .
- خواب عیلوله : خواب بعد از شفق (بعد از نماز صبح) این خواب مضر است و از آن منع شده است
- خواب حیلولة : در وقت ظهر است و سبب فراموشی میشود و از آن نهی شده است
- خواب فیلوله : خواب آخر روز است . مقارن غروب آفتاب و مغرب که بسیار مضر است و سبب بروز آفات بسیار است .

- **Medications for Insomnia**
 - **Melatonin**
 - **Sedative-Hypnotics**
 - Benzodiazepines
 - Nonbenzodiazepine Benzodiazepine Receptor Agonists
 - Ramelteon
 - **Other Medications With Sedating Properties**
 - Antidepressants and Antipsychotics
 - Alpha-Agonists
- **Medications for Excessive Daytime Sleepiness**
- **Medications for Restless Legs Syndrome**
- **Medications for Parasomnias**

Medications for Insomnia



Medications for Insomnia

- The regulation of sleep is related to **neurotransmitters**
 - aminobutyric acid (GABA),
 - melatonin,
 - histamine,
 - norepinephrine.
- Medications used to treat insomnia act at the **receptors** of these neurotransmitters:
 - Benzodiazepines & ***benzodiazepine receptor agonists*** bind to the benzodiazepine receptor site, leading to modulation of the ***GABA receptor*** &
 - ***its chloride ion channels.***

- **Antidepressants** such as trazodone, mirtazapine, & amitriptyline exert this sedative effect through ***anticholinergic*** mechanisms.
- **Antihistamines**, available in a wide variety of compounds such as diphenhydramine, are sedating & often used to treat pediatric insomnia.
- **Alpha-adrenergic agonists** such as clonidine & guanfacine, although antihypertensives, are also prescribed for their sedative qualities.

- Insomnia can be
 - primary or
 - a symptom of a number of medical &
 - psychiatric conditions
 - other sleep disorders (secondary or comorbid insomnia).
- It is important to use **sedating pharmacological agents** only when
- **behavioral interventions** have been tried & found to be ineffective. Behavioral interventions for insomnia are discussed in Chapter 29, "Sleep Disorders."
- The **underlying diagnosis** causing insomnia should influence the choice of medication.

In many cases, treating the underlying condition will lead to improvement & resolution of insomnia. For example, use of a SSRI in a child with MDD may be all that is necessary to treat the child's insomnia.

- The insomnia associated with a **medical or psychiatric** condition may be severe enough to warrant its own pharmacological treatment, at least in the short-term.
- Patients & their parents must understand **no FDA-approved drugs for pediatric insomnia**; medicines prescribed for this purpose are being used off-label.

A careful discussion of the risks, benefits, & alternatives is in order.

- Below, we will discuss specific pharmacological agents that are **often used to treat pediatric insomnia**,
- whether or not the insomnia is associated with a medical or psychiatric condition.

اختلال خواب مربوط به تنفس

- اختلالات تنفسی که ممکن است حین خواب روی دهد عبارتند از : وقفه تنفس ، کاهش اکسیژن

● سندرم مربوط به قاعدگی

برخی زنان در زمان کوتاهی پیش از شروع قاعدگی دچار پر خوابی متناوب تغییر الگوی رفتاری و پر خوری می‌شوند. احتمالاً عوامل هورمونی در پیدایش این سندرم دخالت دارند.

خواب ناگافی

- بیمار به طور ارادی اما اغلب ندانسته دچار نوعی محرومیت مزمن خواب است و شکایت جدی اش خواب آلودگی روزانه است.
- برخی افراد بخصوص دانش‌آموزان و اشخاص شب کار که می‌خواهند کارهای شبانه‌شان را انجام دهند و در عین حال زندگی روزانه فعال داشته باشند.
- ممکن است به طور جدی خود را از خواب محروم کنند و در طول ساعات بیداری دچار خواب آلودگی هستند.



وحشت شبانه Night terror

- برخاستن از خواب در اول شب در حین مراحل عمیق خواب NREM تقریباً همیشه با گریه و فریادی گوش خراش و همراه با تظاهر رفتاری ، اضطراب شدید تا حد حمله پانیک آغاز می شود ، به طور مشخص بیمار در بستر می نشیند ، گاهی بلافاصله بیدار شده و وحشت شدیدی به او دست می دهد .
- ولی اغلب به خواب می رود و دوره مزبور را فراموش می کند.
- شیوع آن در پسر ها بیشتر از دخترهاست و زمینه خانوادگی دارد.



ملاك های تشخیصی DSM-IV-TR برای

اختلال ریتم شبانه روزی خواب

الف) انقطاع مداوم یا عودکننده خواب که منجر به خواب آلودگی مفرط یا بیخوابی میشود و

ناشی از عدم تطابق الگوی خواب- بیداری شبانه روزی فرد با برنامه خواب- بیداری مورد نیاز محیط اوست.

ب) اختلال خواب سبب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا اختلال در کارکرد شغلی، اجتماعی یا سایر حوزه های کارکردی مهم فرد می شود.

پ) اختلال منحصراً در جریان یک اختلال خواب دیگر یا اختلال روانی دیگر روی نمی دهد.

ت) اختلال ناشی از تأثیرات مستقیم فیزیولوژیک مواد (نظیر داروهای مورد سوء مصرف یا نسفه شده) یا بیماری طبی عمومی نیست.

نوع را مشخص کنید:

- نوع تأخیر مرحله خواب: الگوی مداوم شروع دیررس خواب و بیداری دیر هنگام که همراه با ناتوانی در زود خوابیدن و زود بیدار شدن است.
- نوع درنگ جت: خواب آلودگی و هشیاری که در مواقع نامتناسبی از روز نسبت به وقت محلی روی می دهد و ناشی از مسافرت مکرر در مسافتی بیش از يك منطقه زمانی است.
- نوع نوبت کاری: بی خوابی در طی دوره اصلی خواب یا خواب آلودگی مفرط هنگام دوره اصلی بیداری که مربوط به شبکاری یا تغییر مکرر نوبت کاری است.
- نوع غیر اختصاصی.

ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR برای پر خوابی اولیه

الف) شکایت عمده خواب آلودگی مفرط است که حداقل یکماه طول کشیده است (و یا کمتر در صورتی که عودکننده باشد) و همراه با دوره های خواب طولانی یا دوره های خواب روزانه است که تقریباً هر روز روی می دهد.

ب) خواب آلودگی مفرط سبب ناراحتی عمده بالینی یا اختلال در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های کارکردی مهم می شود.

پ. خواب آلودگی مفرط ناشی از بی خوابی نبوده منحصرأ در جریان يك اختلال خواب دیگر (نظیر حمله خواب، اختلال خواب مربوط به تنفس، اختلال ریتم شبانه روزی خواب یا بد خوابی) روی نمی دهد و با میزان ناکافی خواب قابل توجیه نیست.

ت) اختلال منحصرأ در جریان يك اختلال روانی دیگر روی نمی دهد.

ث) اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیک مستقیم مواد (مانند داروهای مورد سوء مصرف یا نشخه شده) یا بیماری طبی عمومی نیست

مشخص کنید اگر:

- عودکننده: اگر دوره های خواب آلودگی مفرطی وجود داشته باشد که حداقل ۳ روز طول کشد و در طول دست کم ۲ سال چندین بار در طول سال روی دهد.

اختلالات خواب نارکولپسی

- اشکال مکرر در اجزاء خواب REM و گذار بین خواب و بیداری که با
- توهمات پیش خوابی و پس خوابی یا
- فلج خواب در شروع یا پایان دوره‌های خواب ظهور می‌کند و
- کوتاه شدن دوره نهفتگی REM از ۹۰ دقیقه طبیعی به ۱۰ دقیقه
- **نارکولپسی** نوعی صرع یا نوعی اختلال روانزاد نیست
- بلکه نوعی ناهنجاری مکانیسم‌های خواب سیستم اعصاب مرکزی است و عموماً قبل از ۳۰ سالگی شروع می‌شود.



Sleep Disorders Frequently Found Concomitant With Narcolepsy

- Obstructive sleep apnea
- Periodic limb movement syndrome
- REM sleep behavior disorder
- Fragmented sleep

Comorbidities

- Obesity
- Neuroendocrine changes
- Depression and other mood changes

Narcolepsy: Burden of Disease

Profound individual and socioeconomic burden

- ↓ Performance: school and workplace
- ↑ Interpersonal difficulty (relationships)
- ↓ Social interaction
- ↑ Accidents/injury: automobile and workplace
- ↑ Depression and anxiety
- ↓ Self-esteem

Orexin, also called hypocretin

neurotransmitter → regulates arousal , wakefulness , and appetite

about 10,000 to 20,000 neurons^[2] in the Hypothalamus

The axons from these neurons extend throughout the entire brain and spinal cord

Suvorexant (MK-4305) Orexin receptor antagonist



turning off wakefulness rather than by inducing sleep

درمان نارکولپسی

- وادار کردن بیمار به خواب‌های اجباری و کوتاه مدت در زمان مشخص از روز در بسیاری از موارد کفایت می‌نماید.
- داروهای محرک نظیر **متیل فنی دیت** نیز مفید هستند. احتمال وابستگی به این دارو نیز وجود دارد و در تجویز آن باید دقت و احتیاط صورت گیرد.
- **Modafinil**, an $\alpha 1$ -adrenergic receptor agonist, has been approved by the FDA to reduce the number of sleep attacks and to improve psychomotor performance in narcolepsy
- **Tricyclic** drugs or **SSRIs** to reduce cataplexy
- overall therapeutic approach should include:
 - scheduled naps,
 - lifestyle adjustment,
 - psychological counseling,
 - drug holidays to reduce tolerance,
 - careful monitoring of drug refills,
 - general health,
 - cardiac status.

علل شایع پر خوابی

علامت	عمدتاً طبی	بطور عمده روانی یا محیطی
خواب مفرط (پر خوابی)	سندرم کلاین- لوین خواب آلودگی مربوط به قاعدگی اختلالات متابولیک یا سمی حالات آنسفالیت الکل و داروهای تضعیف ترك داروهای محرك	واکنش های اجتنابی افسردگی (برخی انواع)
خواب آلودگی مفرط روزانه	حمله خواب و سندرمهای شبیه حمله خواب وقفه تنفسی هنگام خواب سندرم کاهش تهویه پرکاری تیروئید و سایر حالات سمی و متابولیک الکل و داروهای تضعیف ترك داروهای محرك محرومیت از خواب یا خواب ناکافی هر اختلالی که سبب بی خوابی شدید شود	افسردگی (برخی انواع) واکنش های اجتنابی اختلال ریتم شبانه روزی خواب



Eating disorders

Anorexia nervosa

الف) خودداری از حفظ وزن در حداقل وزن طبیعی

متناسب با سن و قد یا بالاتر از آن

(مثلاً کاهش وزن به حدی که وزن بدن پایین تر از ۸۵٪ وزن مورد انتظار می شود،

یا عدم افزایش مورد انتظار وزن در دوره رشد که سبب می شود وزن شخص پایین تر از ۸۵٪ وزن مورد انتظار باقی بماند).

ب) ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن حتی زمانی که وزن شخص پایین تر از حد طبیعی است.

پ) اختلال در برداشت شخص از وزن یا شکل بدن، تأثیر بی مناسبت وزن یا شکل بدن در ارزیابی فرد از خویشتن یا انکار وخامت وزن پایین فعلی.

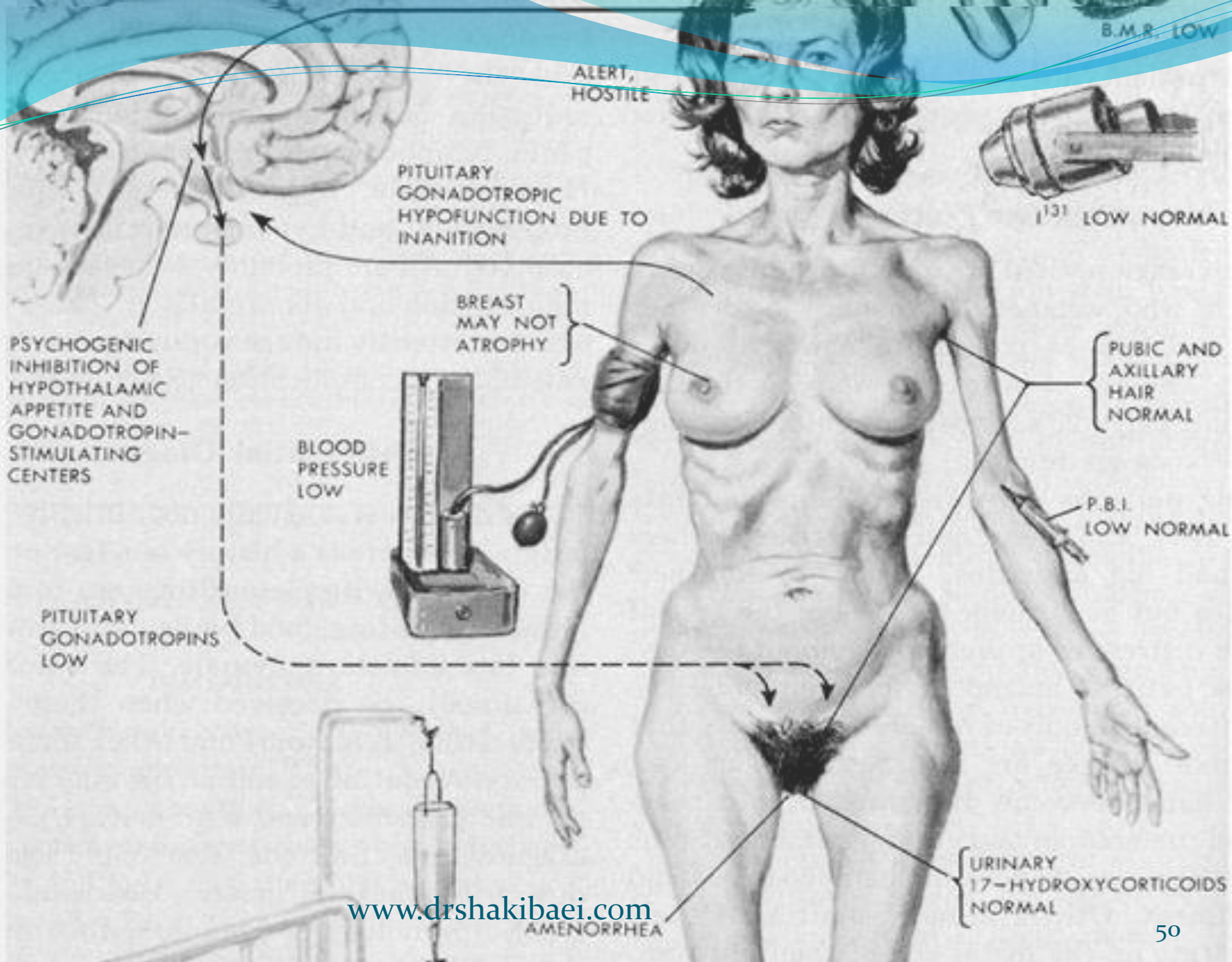
ت) در زنانی که به سن قاعدگی رسیده اند قطع قاعدگی یعنی قطع شدن حداقل سه دوره پیایی عادت ماهانه، (خانمی دچار آمنوره محسوب می شود که عادات ماهانه او فقط در پی هورمون درمانی- به طور مثال استروژن- ایجاد گردد).

Anorexia Nervosa

A. محدودیت دریافت انرژی نسبت به نیاز فرد که منجر به کاهش وزن قابل توجه مطابق با سن، جنس و مسیر رشد و سلامت جسمی می‌گردد. کمبود قابل توجه وزن طبق تعریف عبارت است از وزنی که کمتر از حداقل طبیعی بوده یا در مورد کودکان و نوجوانان کمتر از حداقل مورد انتظار باشد

B. ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن یا اقدامات مستماری که مانع وزن‌گیری میشود حتی اگر وزن بدن کمتر از حداقل باشد.

C. اختلال در ادراک فرد از وزن یا شکل بدن خود، تاثیر بی جهت وزن یا شکل بدن بر ارزیابی خود، انکار وخامت کم بودن فعلی وزن بدن .



نوع را مشخص کنید:

نوع محدود کننده: در دوره جاری بی اشتهایی عصبی شخص بطور منظم دست به پرخوری یا رفتار پاکسازی نمی زند (یعنی استفراغ عمدی یا سوء مصرف مسهل ها، داروهای مدر یا تنقیه).

نوع پرخوری-پاکسازی: در دوره جاری بی اشتهایی عصبی شخص مرتباً اقدام به پرخوری یا رفتار پاکسازی (یعنی استفراغ عمدی یا سوء مصرف ملین ها، داروهای مدر یا تنقیه) کرده است.

Specify whether

Restricting type

طی ۳ ماه اخیر، فرد دچار دوره های پرخوری یا اعمال پاک سازی (یعنی استفراغ یا مصرف نا بجای مسهل، تنقیه) نشده است این زیر گروه مشخص کننده تظاهراتی است که در آنها از دست دادن وزن عمدتاً با رژیم گرفتن، روزه داری و یا ورزش شدید صورت میگیرد.

Binge-eating/purging type

طی ۳ ماه اخیر، فرد اقدام به دوره های راجعه پر خوری یا اعمال پاکسازی کرده است (یعنی استفراغ عمدی یا مصرف نابجای مسهل، تنقیه)

Specify

- In partial remission

در این ملاک قبلا ملاک های کامل بی اشتهایی عصبی وجود داشته ولی در حال حاضر ملاک های

- A کمبود وزن بدن (تداوم نداشته

(ولی ملاک های

- B (ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن یا اقدامات ممانعت کننده از افزایش وزن) وجود داشته

یا

- C (اختلال در ادراک وزن و شکل) کماکان باقی می ماند.

- In full remission

ملاک های کامل بی اشتهایی عصبی در گذشته وجود داشته ولی در حال حاضر هیچ یک از ملاک ها تداوم ندارند

- Mild: $BMI > 17 \text{ kg/m}^2$

Moderate: $BM 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Severe: $BM 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Extreme: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$

عوارض طبی اختلالات خوردن

مربوط به کاهش وزن

- کاشکسی: تحلیل چربی بدن و کاهش حجم عضلات، کاهش متابولیسم تیروئید (سندم T_3 پایین)، عدم تحمل به سرما و اشکال در حفظ حرارت مرکزی بدن
- قلبی: کاهش حجم عضله قلب، کوچکی قلب، آریتمی ها قلبی از جمله انقباضات زودرس بطنی و دهلیزی، طولانی شدن انتقال از نوار هیس (طولانی شدن فاصله QT)، برادیکاردی، تاکیکاردی بطنی، مرگ ناگهانی
- گوارشی-معدی روده ای: تاخیر در تخلیه معده، نفخ، یبوست، درد شکمی

معارض طبی اختلالات خوردن

مربوط به کاهش وزن (دنباله)

- تناسلی : قطع قاعدگی، پایین بودن هورمون لوتئینیزان (LH)
و هورمون محرکه فولیکول (FSH)
- پوستی : لانوگو (موهای ظریف شبیه موی بدن بچه ها) ، ادم
- خونی : لکوپنی
- عصبی – روانی : حس چشایی نابهنجار (کمبود روی؟)، افسردگی
بی احساس، اختلال خفیف شناختی
- اسکلتی : پوکی استخوان

عوارض طبی اختلالات خوردن (دنباله)

مربوط به پاکسازی (استفراغ و سوء مصرفه ملین ها):

- متابولیک : ناهنجاریهای الکترولیتی بخصوص آلكالوز هیپوکالرمی، هیپوکالمی، هیپومنیزیمی
- گوارشی-معدی روده ای : التهاب وبزرگی غدد بزاقی ولوزالمعده همراه باافزایش آمیلاز سرم، اروزیون معده و مری، اختلال کارکرد روده همراه با اتساع چین های روده ای
- دندانی: سائیدگی مینای دندان بخصوص دندانهای پیشین و پوسیدگی مربوط به آن
- عصبی – روانی : تشنج (مربوط به اختلالات الکترولیتی وتغییرات شدید مایعات بدن) نوروپاتی خفیف، خستگی، ضعف، اختلال ضعیف شناختی



FIGURE 23.2-1 Young woman eating a hamburger in a bathroom.

ملاحظات تشخیصی DSM-I V-TR برای پراشتهایی عصبی

الف) دوره های تکرار شونده پرخوری: دوره های پر خوری دارای دو خصوصیت زیر است:

(۱) خوردن مقادیری غذا در زمان محدود (مثلاً ظرف دو ساعت) که قطعاً بیشتر از میزانی است که اکثر مردم در زمان مشابه و تحت شرایط مشابه مصرف می کنند.

(۲) احساس فقدان کنترل بر خوردن ضمن این دوره ها (مثلاً احساس اینکه شخص قادر به قطع خوردن یا کنترل نوع و مقدار غذای خود نیست)

ب) رفتار جبرانی نامتناسب تکرار شونده برای پیشگیری از افزایش وزن نظیر استفراغ عمدی، سوء مصرف ملین، مدر، تنقیه یا سایر داروها، روزه داری یا ورزش مفرط

پ) پرخوری و رفتار جبرانی نامتناسب هر دو به طور متوسط حداقل هفته ای دو بار و به مدت سه ماه روی می دهد.

ت) ارزیابی فرد از خویشتن به میزان زیادی تحت تاثیر شکل و وزن بدن است.

E. این اختلال صرفاً در طی دوره های بی اشتهایی عصبی روی نمی دهد.

Bulimia Nervosa

A. دوره های مکرر پرخوری ، دوره پرخوری با هر دو حالت زیر مشخص میشود:

۱. خوردن در یک دوره زمانی مشخص (مثلا هر دو ساعت) به میزانی که مشخصا بیشتر از مقادیری است که اکثر مردم می توانند طی همین مدت و تحت شرایط خاص بخورند.

احساس ناتوانی در کنترل خوردن در طی این دوره (مثلا احساس ناتوانی در توقف غذا خوردن)

B. رفتار جبرانی نامتناسب و مکرر به منظور جلوگیری از افزایش وزن مثل استفراغ عمدی ، مصرف نابجا مسهل ها ، تنقیه یا سایر داروها ، روزه داری یا ورزش مکرر

C. پرخوری و رفتار جبرانی نامتناسب هر دو به طور متوسط حداقل یک بار در هفته و به مدت ۳ ماه رخ دهد.

D. ارزیابی خود به شکل نامتناسبی تحت تاثیر شکل و وزن بدن قرار میگیرد

E. این اختلال صرفا در طی دوره های بی اشتهایی عصبی روی نمی دهد.

نوع را مشخص کنید:

- **نوع پاکسازی:** در دوره ی فعلی پر اشتهایی عصبی شخص مرتباً اقدام به استفراغ عمدی، سوءمصرف داروهای مدر و ملین یا تنقیه می کند.
- **نوع غیر پاکسازی:** در دوره ی فعلی پر اشتهایی عصبی شخص از رفتارهای جبرانی نا متناسب دیگری استفاده می کند (نظیر روزه داری یا ورزشهای مفرط) ولی به طور مرتب دست به استفراغ عمدی یا سوءمصرف ملین ها، داروهای مدر یا تنقیه نمی زند.

- **Specify**

In partial remission

In full remission

Mild

میزان متوسط ۱ تا ۳ دوره رفتارهای جبرانی نامتناسب در طول هفته

Moderate

میزان متوسط ۴ تا ۷ دوره رفتارهای جبرانی نامتناسب در طول هفته

Sever

میزان متوسط ۸ تا ۱۳ دوره رفتارهای جبرانی نامتناسب در طول هفته

Extreme

میزان متوسط ۱۴ یا بیشتر دوره رفتارهای جبرانی نامتناسب در طول هفته

هرزه خواری: Pica

خوردن مداوم مواد غیر مغذی و معمولاً هیچ نا هنجاری زیستی PICA را توجیه نمیکند. زمانی تشخیص داده میشود که مشکلات طبی مثل انسداد روده عفونت روده و یا مسمویت بروز پیدا کند مثل مسمویت با سرب.

PICA در زمینه طیف در خود ماندگی و کم توانی ذهنی شایع تر است. زمانی تشخیص گذاشته میشود که شدت و تداوم آن در حدی باشد که توجه بالینی را ایجاد کند. بر اساس کتاب DSM-5 برای تشخیص گذاری حداقل سن ۲ سال الزامی است. انواع خاصی از PICA از جمله خاک خواری (خوردن گل) و آمیلوفاژی (خوردن نشاسته) در زنان باردار گزارش شده است.

خوردن مواد غیر خوراکی پس از ۱۸ ماهگی نابهنجار تلقی میشود برای تشخیص حداقل سن ۲ سال اما رفتار هرزه خواری معمولاً بین ۱۲ تا ۲۴ ماهگی شروع میشود به استثنای افراد مبتلا به کم توانی ذهنی و اختلال طیف در خودماندگی هرزه خواری معمولاً تا نوجوانی از بین میرود

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

مشخصه آن فقدان علاقه به غذا یا اجتناب از آن بر اساس ویژگی های حسی غذا یا پیامدهای ادراک شده خوردن است.

این اختلال جزییات بیشتری در مورد ماهیت خوردن را داراست و نوجوانان و بزرگسالان را در بر میگیرد.

به صورت نارسایی مستمر در برآوردن نیازهای انرژی یا تغذیه ایی تظاهر پیدا میکند که به شکل هایی از جمله کاهش وزن چشمگیر یا عدم دست یابی به وزن مورد انتظار، کمبود تغذیه وابستگی به تغذیه روده ایی یا مکمل های تغذیه ای و تداخل بارز با کارکرد روانی اجتماعی .

این اختلال ممکن است به شکل امتناع واضح از غذا، گزینش گری شدید در مورد غذا، خوردن بسیار کم و به تاخیر انداختن تغذیه خود تظاهر یابد.

در مواردی که این اختلال در زمینه بی اشتهایی عصبی یا پر اشتهایی عصبی بروز کند یا ناشی از یک بیماری طبیی یا یک اختلال روانی دیگر یا کمبود واقعی غذا در دسترس باشد این تشخیص نباید گذاشته شود

Specify if: In remission

Binge-Eating Disorder (اختلال پرخوری)

A. دوره های مکرر پرخوری

دوره پرخوری دارای دو خصوصیت است:

۱. خوردن مقداری غذا در مدت زمان خاصی (مثلا هر دو ساعت) که بیش از آن چیزی است که اکثر مردم در مدت مشابه و تحت شرایط مشابه میخورند.
۲. احساس فقدان کنترل بر خوردن (مثلا احساس اینکه شخص نمیتواند خوردن را کنترل کند و یا بر میزان آنچه می خورد کنترل داشته باشد).

B. دوره های پرخوری که با سه یا بیشتر از خصوصیات زیر همراه باشد:

۱. خوردن سریع تر از حالت معمولی
۲. خوردن تا زمانی که سیری همراه با احساس ناراحتی ظاهر شود
۳. خوردن مقدار زیادی غذا هنگامی که فرد از لحاظ جسمی گرسنه نیست.
۴. خوردن در تنهایی به دلیل احساس شرم از مقدار غذایی که خورده است.
۵. احساس تنفر از خود، به دلیل شرم از غذایی که خورده است.

C. ناراحتی واضح در مورد پرخوری وجود دارد.

D. پرخوری به طور متوسط حداقل یک بار در هفته برای ۳ ماه روی میدهد.

E. پرخوری برخلاف بی اشتهایی عصبی همراه است با رفتارهای نامتناسب جبرانی مکرر و منحصر در جریان بی اشتهایی عصبی یا پر اشتهایی عصبی روی نمی دهد.

Specify

- In partial remission پس از آنکه ملاک های اختلال پرخوری کامل شد برای مدتی با شدت کمتر از یک بار در هفته روی دهد
- In full remission پس از کامل شدن ملاک های اختلال پرخوری برای مدتی پیوسته هیچ یک از ملاک های اختلال برآورده نشود.

- Specify current severity حداقل میزان شدت مبتنی بر تعداد دوره های پرخوری است.
میزان شدت میتواند بر مبنای سایر علایم و درجه ناتوانی عملکردی افزایش یابد.

• **Mild**
۱ تا ۳ حمله پرخوری در هفته

Moderate
۴ تا ۷ حمله پرخوری در هفته

Sever
۸ تا ۱۳ حمله پرخوری در هفته

Extreme
۱۴ حمله پرخوری در هفته و یا بیشتر

چاقی

- تجمع بیش از حد چربی در بدن
- چربی ۲۵٪ وزن زنان و ۱۸٪ وزن مردان سالم
- شاخص توده بدنی (BMI) رایجترین شاخص $W (kg)/H(m)^2$
- BMI 25- 20 kg/m^2 نرمال
- BMI > 30 kg/m^2 به معنی افزایش بسیار زیاد خطر

- چاقی در بزرگسالان از ۳۰٪ در سال ۲۰۰۰ به ۳۲٪ در ۲۰۰۴ رسیده

سبب شناسی

- عوامل ژنتیکی
- عوامل رشدی
- عوامل مربوط به فعالیت جسمانی
- عوامل آسیب مغزی
- عوامل مربوط به سلامتی
- داروهای روانگردان
- عوامل شناختی



بیماری‌هایی که عامل برخی موارد چاقی می‌شوند



- چاقی‌های ژنتیک (دیس مورفیک)
- اتوزوم مغلوب
- وابسته به X
- کروموزومی (مانند سندرم پرادر_ویلی)
- چاقی نورو آندوکراین (عصبی_درون ریز)
- سندرم‌های هیپو تالامیک
- سندرم کوشینگ



- کم کاری تیروئید
- سندرم تخمدان پلی کیستیک (سندرم اشتین-لونتال)
- کم کاری کاذب پارا تیروئید
- کم کاری غدد جنسی (هیپو گنادیسم)
- کمبود هورمون رشد
- انسولینوما و هیپر انسولینیسم
- چاقی های درمانزاد (یاتروژنیک)
- داروها (روانپزشکی)
- جراحی هیپو تالاموس (عصبی-درون ریز)

ملاک های بالینی WHO برای سندرم متابولیک

● مقاومت نسبت به انسولین که با یکی از موارد زیر مشخص می شود:

۱. دیابت نوع II

۲. اختلال گلوکز ناشتا

۳. اختلال تحمل گلوکز

۴. در مورد کسانی که قند خون ناشتایشان در حد طبیعی است

(کمتر از 110 mg/DI) ،

برداشت گلوکز پایین تر از چارک پایین جمعیت تحت بررسی،
در حالات هیپر انسولینمی و یوگلسیمیک

به علاوه موارد زیر:

۱. داوری ضد فشار خون و یافشار خون بالا
($140 \text{ mmHg} > \text{فشار سیستولی}$ یا $90 \text{ mmHg} \geq \text{فشار دیاستولی}$)
۲. تری گلیسریدهای پلاسما معادل یا بیشتر از 150 mg/dl ($1/7 \text{ mmol/L} \geq$)
۳. $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ و یا
نسبت کمر به لگن بیش از $0/9$ در مردان و بیش از $0/85$ در زنان
۴. میزان دفع ادراری آلبومین معادل یا بیشتر از $20 \mu\text{g/min}$ یا
نسبت آلبومین به کراتینین مساوی یا بیشتر از 30 mg/g

غربالگری بیماران پیش از تجویز داروهای ضد روانپریشی

- سابقه شخصی چاقی
- شاخص توده بدنی
- سابقه خانوادگی چاقی
- دور کمر در سطح ناف
- دیابت
- گلوکز پلاسمای ناشتا
- فشار خون بالا
- بیماری قلب و عروق
- دیس لیپیدمی
- غلظت چربی های خون

درمان

- رژیم غذایی
- ورزش
- دارودرمانی
- جراحی
- رواندرمانی
- رویکرد جامع (جدول ۸)



FIGURE 23.3-4 Woman with liposuction markings prior to surgery. (Courtesy of Corbis.)



FIGURE 23.3-4 Woman with liposuction markings prior to surgery. (Courtesy of Corbis.)



www.drshakibaei.com