

۲۰۳۰۶۵۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه

تألیف:

دکتر علی کمیلی

هیات علمی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی

محمدرضا اصفهانی، محمدرضا عسگری، المیرا براری،

نرگس حاجی محمدباقر

عنوان و نام پدیدآور	:	بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه/تالیف علی کمیلی ... [و دیگران].
مشخصات نشر	:	تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهری	:	ص، ۳۲۱ص.؛ مصور، جدول.
شابک	:	978-964-10-5412-2
وضعیت فهرست نویسی	:	فیا
یادداشت	:	تالیف علی کمیلی، محمدرضا اصفهانی، محمدرضا عسگری، المیرا براری، نرگس حاجی محمدباقر.
یادداشت	:	کتابنامه.
موضوع	:	بیماری‌های ناشی از فقر غذایی
موضوع	:	Deficiency diseases
موضوع	:	ویتامین‌ها
موضوع	:	Vitamins
موضوع	:	سوء تغذیه
موضوع	:	Malnutrition
شناسه ایزده	:	کمیلی، علی، ۱۳۴۳ -
شناسه افزوده	:	دانشگاه آزاد اسلامی. واحد علوم و تحقیقات
رده بندی شنگره	:	RC۲۹۸/ب۹۱۳۹۸
رده بندی دی‌سی	:	۳۹/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	:	۵۵۹۶۲۸۲



دانشگاه علوم، هنر و تحقیقات

نام کتاب: بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه

تألیف: دکتر علی کمیلی، محمدرضا اصفهانی، محمدرضا عسگری، المیرا براری،
نرگس حاجی محمدباقر

چاپ اول: بهار ۱۳۹۸

ناشر: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۱۰-۵۴۱۲-۲ ISBN: 978-964-10-5412-2

تیراژ: ۲۰۰۰ جلد

قیمت: ۸۰۰۰۰۰ ریال

مرکز پخش: تهران، انتهای بزرگراه شهید ستاری، میدان دانشگاه آزاد اسلامی به سمت
حصارک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ساختمان علوم انسانی

تلفن: ۴۴۸۶۵۱۱۱

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

۱	پیشگفتار.....
۳	بخش اول: ویتامین ها.....
۴	۱-۱ ویتامین A.....
۵	۱-۱-۱ نقش و مکانیسم اثر.....
۷	۱-۱-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه DRI.....
۸	۱-۱-۱ منابع.....
۱۰	۱-۱-۲ متابولیسم.....
۱۲	۱-۱-۳ کمبود.....
۱۳	۱-۱-۴ گروه های در معرض خطر.....
۱۴	۱-۱-۵ تظاهرات بالینی.....
۱۶	۱-۱-۶ مسمومیت.....
۱۷	۱-۱-۷ تشخیص.....
۱۹	۱-۱-۸ علائم اولیه.....
۱۹	۱-۱-۹ علل.....
۲۰	۱-۱-۱۰ تشخیص.....
۲۰	۱-۱-۱۱ درمان.....
۲۱	۲-۱ ویتامین D:.....
۲۴	۲-۱-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه.....
۲۷	۲-۱-۲ نقش و مکانیسم اثر.....
۳۱	۲-۱-۳ منابع.....
۳۱	۲-۱-۴ بیماری های ناشی از کمبود.....
۳۳	۲-۱-۵ علائم نرمی استخوان.....
۳۴	۲-۱-۶ علائم نرمی استخوان.....
۳۴	۲-۱-۷ انواع ریکتر.....
۳۵	۲-۱-۸ طبقه بندی سبب شناسی نرمی استخوان.....
۴۰	۲-۱-۹ مسمومیت.....

- ۳-۱ ویتامین E ۴۰
- ۳-۱-۱ نقش و مکانیسم اثر ۴۱
- ۳-۱-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI) : ۴۲
- ۳-۱-۳ منابع ۴۳
- ۳-۱-۴ متابولیسم ۴۴
- ۳-۱-۵ کمبود ۴۶
- ۳-۱-۶ تظاهرات بالینی ۴۷
- ۳-۱-۷ تشخیص ۴۸
- ۳-۱-۸ اولین قدم در تشخیص بیماران مبتلا به همولیز ۴۸
- ۳-۱-۹ درمان ۴۹
- ۳-۱-۱۰ دلایل ژنتیکی ۴۹
- ۳-۱-۱۱ درمان ۵۱
- ۳-۱-۱۲ دلایل غیر ژنتیکی ۵۱
- ۳-۱-۱۳ نیازهای تغذیه‌ای کودکان مبتلا به CF ۵۴
- ۳-۱-۱۴ مسمومیت ۵۶
- ۴-۱ ویتامین K ۵۷
- ۴-۱-۱ نقش و مکانیسم اثر ۵۷
- ۴-۱-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه ۵۷
- ۴-۱-۳ منابع ۵۸
- ۴-۱-۴ متابولیسم ۵۸
- ۴-۱-۵ کمبود ۵۹
- ۴-۱-۶ ارزیابی ۶۰
- ۴-۱-۷ درمان ۶۰
- ۴-۱-۸ مسمومیت ۶۰
- ۴-۱-۹ انعقاد داخل عضلانی منتشر شده ۶۱
- ۴-۱-۱۰ هموفیلی ۶۴
- ۵-۱ ویتامین B1 ۶۶
- ۵-۱-۱ جذب ۶۷
- ۵-۱-۲ ساختمان تیامین و تیامین پیرو فسفات ۶۷

- ۶۸..... ۳-۵-۱ نقش و مکانیسم اثر.....
- ۶۹..... ۴-۵-۱ علت‌های کمبود ویتامین B1.....
- ۶۹..... ۵-۵-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه.....
- ۷۰..... ۶-۵-۱ منابع.....
- ۷۱..... ۷-۵-۱ بیماری‌های ناشی از کمبود ویتامین B1.....
- ۷۳..... ۱-۷-۵-۱ بری بری خشک.....
- ۷۷..... ۲-۷-۵-۱ آتاکسی.....
- ۸۱..... ۳-۷-۵-۱ سندرم سوزش دهان.....
- ۸۴..... ۴-۷-۵-۱ کم‌خونی سیدرو بلاستیک.....
- ۸۸..... ۶-۱ ویتامین B2.....
- ۸۹..... ۱-۶-۱ نقش و مکانیسم اثر.....
- ۹۰..... ۲-۶-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه.....
- ۹۱..... ۳-۶-۱ منابع.....
- ۹۱..... ۴-۶-۱ متابولیسم.....
- ۹۲..... ۵-۶-۱ کمبود.....
- ۹۳..... ۶-۶-۱ مسمومیت.....
- ۹۴..... ۷-۶-۱ تعریف.....
- ۹۴..... ۸-۶-۱ اپیدمیولوژی.....
- ۹۵..... ۹-۶-۱ علل.....
- ۹۵..... ۱۰-۶-۱ آزمایشات تشخیصی.....
- ۹۶..... ۱۱-۶-۱ تست‌های آزمایشگاهی.....
- ۹۶..... ۱۲-۶-۱ درمان فرم حاد.....
- ۹۶..... ۱۳-۶-۱ درمان فرم مزمن.....
- ۹۶..... ۱۴-۶-۱ رجاع.....
- ۹۶..... ۷-۱ نیاسین یا اسید نیکوتینیک (ویتامین B3).....
- ۹۷..... ۱-۷-۱ نقش و مکانیسم اثر.....
- ۹۷..... ۲-۷-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه.....
- ۹۸..... ۳-۷-۱ منابع.....
- ۹۹..... ۴-۷-۱ جذب.....

- ۵-۷-۱ چرخه‌ی ستر نیاسین از تربوفان ۹۹
- ۶-۷-۱ علائم کمبود (B3) نیاسین ۱۰۰
- ۱-۶-۷-۱ اختلالات متابولیک: هارت ناپ ۱۰۱
- ۲-۶-۷-۱ لکه‌های ایجاد شده روی دست ناشی از بیماری پلاگر ۱۰۲
- ۷-۷-۱ مسمومیت ۱۰۳
- ۸-۷-۱ علت‌های دارویی کمبود نیاسین ۱۰۴
- ۹-۷-۱ درمانیت اتوئیک ۱۰۴
- ۱۰-۷-۱ تظاهرات و یافته‌های فیزیکی و بالینی ۱۰۶
- ۱۱-۷-۱ علل ۱۰۷
- ۱۲-۷-۱ تشخیص ۱۰۷
- ۱-۱۲-۷-۱ تشخیص افتراقی ۱۰۷
- ۲-۱۲-۷-۱ آزمایشات تشخیصی ۱۰۸
- ۳-۱۲-۷-۱ ویژگی‌های مرتبط ۱۰۸
- ۴-۱۲-۷-۱ ویژگی‌های اصلی ۱۰۸
- ۵-۱۲-۷-۱ ویژگی‌های جزئی ۱۰۹
- ۶-۱۲-۷-۱ تست‌های آزمایشگاهی ۱۰۹
- ۱۳-۷-۱ درمان غیر دارویی ۱۰۹
- ۸-۱ ویتامین B5 (پانتوتیک اسید) ۱۱۰
- ۱-۸-۱ نقش و مکانیسم اثر ۱۱۰
- ۲-۸-۱ میزان توصیه‌شده مصرف روزانه (DRI) ۱۱۵
- ۳-۸-۱ منابع ۱۱۶
- ۴-۸-۱ متابولیسم ۱۱۷
- ۵-۸-۱ کوآنزیم A ۱۱۹
- ۶-۸-۱ کمبود ۱۱۹
- ۷-۸-۱ مسمومیت ۱۲۰
- ۹-۱ پیریدوکسین (B6) ۱۲۱
- ۱-۹-۱ جذب ۱۲۱
- ۲-۹-۱ نقش و مکانیسم اثر ۱۲۲
- ۳-۹-۱ میزان توصیه‌شده مصرف روزانه ۱۲۳

۱۲۳	۴-۹-۱ منابع
۱۲۴	۵-۹-۱ کمبود پیریدوکسین
۱۲۴	۶-۹-۱ مسمومیت
۱۲۴	۷-۹-۱ علائم کمبود پیریدوکسین
۱۲۵	۴-۷-۹-۱ التهاب نورون نوری چشم
۱۲۷	۱۰-۱ بیوتین
۱۲۸	۱-۱۰-۱ نقش و مکانیسم اثر
۱۳۰	۱۰-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه
۱۳۱	۱۰-۱ منابع
۱۳۱	۴-۱۰-۱ متابولیسم
۱۳۲	۵-۱۰-۱ کمبود
۱۳۴	۶-۱۰-۱ تشخیص
۱۳۵	۷-۱۰-۱ مسمومیت
۱۳۵	۱۱-۱ اسید فولیک (ویتامین B9)
۱۴۰	۱-۱۱-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه
۱۴۱	۲-۱۱-۱ نقش و مکانیسم اثر
۱۴۲	۳-۱۱-۱ نقایص هنگام تولد
۱۴۲	۴-۱۱-۱ بیماری های قلبی عروقی
۱۴۴	۵-۱۱-۱ منابع
۱۴۵	۶-۱۱-۱ تداخلات احتمالی
۱۴۵	۷-۱۱-۱ داروهای شیمی درمانی
۱۴۵	۸-۱۱-۱ داروهایی که سطح اسید فولیک را کاهش می دهند
۱۴۶	۹-۱۱-۱ بیماری های ناشی از کمبود
۱۴۶	۱-۹-۱۱-۱ آنمی مگالوبلاستیک ماکروسیتیک
۱۵۴	۱۲-۱ کوپالامین (ویتامین ب ۱۲)
۱۵۷	۱-۱۲-۱ جذب، انتقال، ذخیره
۱۵۹	۲-۱۲-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه
۱۶۰	۳-۱۲-۱ نقش و مکانیسم اثر
۱۶۲	۴-۱۲-۱ منابع

- ۱۶۲ ۵-۱۲-۱ مکمل‌های غذایی
- ۱۶۳ ۶-۱۲-۱ گروه‌های در معرض خطر کمبود
- ۱۶۴ ۷-۱۲-۱ علائم و نشانه‌ها
- ۱۶۶ ۸-۱۲-۱ تداخلات دارویی
- ۱۶۷ ۹-۱۲-۱ عوارض ناشی از کمبود
- ۱۶۸ ۱۰-۱۲-۱ زبان آماس (التهاب زبان) یا گلوستیت
- ۱۶۹ ۱۱-۱۲-۱ از دیگر علل ایجاد کننده‌ی آن
- ۱۷۳ ۲-۱۲-۱ درمان
- ۱۷۴ ۱۲-۱۲-۱ تجویز ویتامین ب ۱۲
- ۱۷۴ ۱۲-۱۲-۱ مسمومیت
- ۱۷۴ ۱۳-۱ ویتامین
- ۱۷۶ ۱-۱۳-۱ میزان توصیه شده مصرف روزانه
- ۱۷۸ ۲-۱۳-۱ نقش و مکانیسم اثر
- ۱۸۱ ۳-۱۳-۱ منابع
- ۱۸۳ ۴-۱۳-۱ فاکتور هایی که بر دریافت ویتامین C اثر می‌گذارند
- ۱۸۳ ۵-۱۳-۱ بیماری ناشی از کمبود
- ۱۸۳ ۵-۱۳-۱ اسکوروبوت
- ۱۹۱ بخش دوم: مواد معدنی
- ۱۹۲ ۱-۲ کلسیم
- ۱۹۹ ۱-۱-۲ میزان توصیه شده‌ی دریافت روزانه
- ۲۰۰ ۲-۱-۲ نقش و مکانیسم اثر
- ۲۰۲ ۳-۱-۲ منابع
- ۲۰۳ ۴-۱-۲ بیماری‌های ناشی از کمبود
- ۲۰۵ ۵-۱-۲ تظاهرات بالینی
- ۲۰۶ ۶-۱-۲ تشخیص
- ۲۰۶ ۷-۱-۲ درمان
- ۲۰۷ ۸-۱-۲ تخلیه کلسیم به دلیل ازدیاد سدیم
- ۲۰۸ ۹-۱-۲ تخلیه کلسیم به دلیل ازدیاد پروتئین:

۲۰۸.....	۱۰-۱-۲ استوپروز.....
۲۰۹.....	۱۱-۱-۲ انواع استوپروز.....
۲۰۹.....	۱-۱۱-۱-۲ نوع اولیه (فیزیولوژیک).....
۲۰۹.....	۲-۱۱-۱-۲ نوع ثانویه (پاتولوژیک).....
۲۰۹.....	۱۲-۱-۲ علل استوپروز ثانویه در بزرگسالان.....
۲۰۹.....	۱-۱۲-۱-۲ بیماری‌های آندوکراین با علل متابولیک.....
۲۱۰.....	۲-۱۲-۱-۲ مشکلات تغذیه‌ای.....
۲۱۰.....	۳-۱۲-۱-۲ داروها.....
۲۱۰.....	۴-۱۲-۱-۲ اختلالات متابولیسم کلژن.....
۲۱۰.....	۱-۱۰-۱-۲ سایر موارد.....
۲۱۵.....	۱۳-۱-۲ تشخیص.....
۲۱۵.....	۱۴-۱-۲ پیشگیری.....
۲۱۶.....	۱۵-۱-۲ درمان.....
۲۱۶.....	۱-۱۵-۱-۲ درمان‌های غیر دارویی.....
۲۱۷.....	۲-۱۵-۱-۲ درمان‌های دارویی.....
۲۱۸.....	۱۶-۱-۲ استئومالاسی و راشیتیسم.....
۲۲۲.....	۱۷-۱-۲ هایپرکلسمی.....
۲۲۶.....	۲-۲ فسفر.....
۲۲۶.....	۱-۲-۲ نقش و مکانیسم اثر.....
۲۲۷.....	۲-۲-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI).....
۲۲۸.....	۳-۲-۲ منابع.....
۲۲۸.....	۴-۲-۲ متابولیسم.....
۲۳۰.....	۵-۲-۲ کمبود.....
۲۳۱.....	۶-۲-۲ هایپوفسفاتی.....
۲۳۴.....	۷-۲-۲ مسمومیت.....
۲۳۵.....	۸-۲-۲ هایپرفسفاتی.....
۲۳۷.....	۹-۲-۲ هایپرفسفاتی کاذب.....
۲۳۸.....	۳-۳ آهن.....
۲۳۹.....	۱-۳-۲ جذب، انتقال، ذخیره و دفع.....

۲۴۱	۲-۳-۲ عوامل موثر بر جذب آهن
۲۴۲	۳-۳-۲ بررسی آزمایشگاهی ذخایر آهن
۲۴۵	۴-۳-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه
۲۴۶	۵-۳-۲ نقش و مکانیسم اثر
۲۴۶	۶-۳-۲ منابع
۲۴۷	۷-۳-۲ مکمل‌های غذایی
۲۴۹	۸-۳-۲ گروه‌های در معرض خطر کمبود آهن
۲۵۱	۹-۳-۲ تداخلات دارویی
۲۵۱	۱۰-۳-۲ بیماری‌های ناشی از کمبود
۲۵۶	۱۱-۳-۲ نرم پویی و قرار
۲۵۶	۱۲-۳-۲ ال
۲۵۷	۱۳-۳-۲ تشخیص
۲۵۷	۱۴-۳-۲ درمان
۲۵۸	۱۵-۳-۲ کم‌خونی‌های همراه با افزایش بار آهن
۲۶۲	۱۶-۳-۲ مسمومیت
۲۶۳	۱۷-۳-۲ تظاهرات بالینی
۲۶۴	۴-۲ روی
۲۶۵	۱-۴-۲ نقش و مکانیسم اثر
۲۶۵	۲-۴-۲ بهبود سیستم ایمنی بدن
۲۶۶	۳-۴-۲ رشد و نمو
۲۶۶	۴-۴-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI)
۲۶۷	۵-۴-۲ منابع
۲۶۸	۶-۴-۲ متابولیسم
۲۶۸	۷-۴-۲ کمبود
۲۷۰	۸-۴-۲ تظاهرات بالینی
۲۷۱	۹-۴-۲ تشخیص بالینی
۲۷۱	۱۰-۴-۲ درمان
۲۷۱	۱۱-۴-۲ کمبود ثانویه روی
۲۷۲	۱۲-۴-۲ مسمومیت

- ۲۷۲ ۵-۲
- ۲۷۳ ۵-۲ ۱- میزان توصیه شده مصرف روزانه
- ۲۷۳ ۵-۲ ۲- منابع غذایی
- ۲۷۴ ۵-۲ ۳- متابولیسم
- ۲۷۴ ۵-۲ ۴- غده تیروئید
- ۲۷۵ ۵-۲ ۵- هورمون‌های تیروئیدی
- ۲۷۵ ۵-۲ ۶- عملکرد
- ۲۷۶ ۵-۲ ۷- مراحل ساخت هورمون‌های تیروئیدی
- ۲۷۸ ۵-۲ ۸- دانسم ترشح هورمون‌های تیروئیدی
- ۲۸۰ ۵-۲ ۹- تغییر هورمون‌های تیروئیدی
- ۲۸۰ ۵-۲ ۱۰- نارسایی تیروئید
- ۲۸۶ ۵-۲ ۱۱- علائم کم کاری تیروئید
- ۲۸۷ ۵-۲ ۱۲- تشخیص کم کاری تیروئید
- ۲۸۷ ۵-۲ ۱۳- درمان دارویی
- ۲۸۸ ۵-۲ ۱۴- پرکاری تیروئید (هیپر تیروئیدیسم)
- ۲۸۸ ۵-۲ ۱۵- بیماری گریوز
- ۲۸۹ ۵-۲ ۱- علت بیماری
- ۲۸۹ ۵-۲ ۲- علائم ناشی از بیماری
- ۲۹۰ ۵-۲ ۳- درمان
- ۲۹۰ ۵-۲ ۴- علل پرکاری تیروئید
- ۲۹۱ ۵-۲ ۵- علائم پرکاری تیروئید
- ۲۹۱ ۵-۲ ۶- تشخیص بیماری
- ۲۹۲ ۵-۲ ۷- درمان
- ۲۹۳ ۵-۲ ۱۶- گواتر
- ۲۹۴ ۵-۲ ۱- گواتر منتشر (ساده)
- ۲۹۴ ۵-۲ ۲- گواتر ساده علل مختلفی دارد:
- ۲۹۴ ۵-۲ ۳- گواتر ندولار
- ۲۹۵ ۵-۲ ۴- علائم
- ۲۹۶ ۵-۲ ۵- درمان

۲۹۶	۶-۲ منیزیم
۲۹۷	۱-۶-۲ نقش و مکانیسم اثر
۲۹۸	۲-۶-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI)
۲۹۹	۳-۶-۲ منابع
۳۰۰	۴-۶-۲ متابولیسم
۳۰۰	۵-۶-۲ ارزیابی وضعیت
۳۰۰	۶-۶-۲ کمبود
۳۰۵	۷-۶-۲ علائم بالینی
۳۰۵	۸-۶-۲ علائم ثانویه مرتبط با کمبود منیزیم
۳۰۵	۹-۶-۲ تشخیص بالینی
۳۰۶	۱۰-۶-۲ درمان
۳۰۶	۱۱-۶-۲ مسمومیت
۳۰۶	۷-۲ مس
۳۰۶	۱-۷-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه
۳۰۷	۲-۷-۲ نقش و مکانیسم اثر
۳۱۰	۳-۷-۲ تداخلات
۳۱۲	۴-۷-۲ منابع
۳۱۲	۵-۷-۲ کمبود مس
۳۱۳	۶-۷-۲ افزایش مس
۳۱۳	۷-۷-۲ راه‌های تشخیص ازدیاد مس
۳۱۴	۸-۷-۲ درمان
۳۱۴	۹-۷-۲ بیماری ویلسون
۳۱۷	۱۰-۷-۲ بیماری منکس
۳۱۸	۸-۲ منگنز
۳۱۸	۱-۸-۲ نقش و مکانیسم اثر
۳۱۹	۲-۸-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI)
۳۲۰	۳-۸-۲ منابع
۳۲۰	۴-۸-۲ متابولیسم
۳۲۰	۵-۸-۲ کمبود منگنز

۳۲۰	۶-۸-۲ مسمومیت
۳۲۱	۹-۲ کروم
۳۲۱	۱-۹-۲ نقش و مکانیسم اثر
۳۲۲	۲-۹-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI)
۳۲۲	۳-۹-۲ منابع غذایی
۳۲۲	۴-۹-۲ متابولیسم
۳۲۳	۵-۹-۲ کمبود
۳۲۴	۶-۹-۲ مسمومیت
۳۲۴	۱۰-۲ منیو
۳۲۵	۱-۱۰-۲ نقش و مکانیسم اثر
۳۲۶	۲-۱۰-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI)
۳۲۶	۳-۱۰-۲ منابع
۳۲۷	۴-۱۰-۲ کمبود
۳۲۸	۵-۱۰-۲ مسمومیت
۳۲۹	۱۱-۲ مولیدنیوم
۳۲۹	۱-۱۱-۲ نقش و مکانیسم اثر
۳۳۰	۲-۱۱-۲ میزان توصیه شده مصرف روزانه (DRI)
۳۳۰	۳-۱۱-۲ منابع غذایی
۳۳۰	۴-۱۱-۲ متابولیسم
۳۳۱	۵-۱۱-۲ کمبود مولیدنیوم
۳۳۱	۶-۱۱-۲ مسمومیت
۳۳۳	بخش سوم: سوء تغذیه پروتئین-انرژی
۳۳۴	۱-۳ لاغری مفرط (Inanition)
۳۳۵	۲-۳ علائم بالینی
۳۳۶	۳-۳ علائم آزمایشگاهی
۳۳۶	۴-۳ مکانیسم‌هایی که باعث کمترین آسیب‌رسانی به بدن در شرایط گرسنگی می‌شود
۳۳۷	۵-۳ سوءتغذیه پروتئین-انرژی (Protein Calorie Malnutrition)
۳۳۸	۶-۳ باتوفیزیولوژی

۳۳۹	۷-۳ اختلالات آزمایشگاهی
۳۳۹	۸-۳ علائم کلینیکی
۳۴۲	۹-۳ درمان
۳۴۵	بخش چهارم: اختلالات متابولسمی
۳۴۶	۱-۴ اختلالات متابولسم لیپروتئین‌ها
۳۴۶	۱-۴-۱ علائم بالینی
۳۴۶	۱-۴-۲ تشخیص
۳۴۷	۱-۴-۳ درمان
۳۴۸	۱-۴-۴ افزایش کلسترول و تری گلیسرید خون
۳۵۰	۱-۴-۵ افزایش تری گلیسرید خون
۳۵۱	۱-۴-۶ افزایش فیلین تری گلیسرید خون
۳۵۲	۱-۴-۷ نقائص متابولسم LDL
۳۵۲	۱-۴-۸ کمبود Apo A-I
۳۵۳	۱-۴-۹ کاهش Apo A-I (کمتر از ۵ میل گم در دسی لیتر)
۳۵۳	۱-۴-۱۰ بیماری تأثیر
۳۵۴	۱-۴-۱۱ بیماری چشم ماهی
۳۵۵	۱-۴-۱۲ افزایش لیپو پروتئین با تراکم بالا
۳۵۵	۱-۴-۱۳ نقائص کاهش کلسترول، لیپو پروتئین با تراکم پائین و تری گلیسرید
۳۵۹	۱-۴-۱۴ مجموعه علائم هیپرکسترولمی
۳۶۵	۱-۴-۱۵ آمیلونیدوز
۳۶۷	۱-۴-۱۶ آمیلونیدوزیس قلبی
۳۶۸	۱-۴-۱۷ آمیلونیدوزیس کلیوی
۳۶۸	۱-۴-۱۸ آمیلونیدوزیس دستگاه گوارش
۳۷۰	۱-۴-۱۹ ناهنجاری‌های متابولسم آمینواسیدها
۳۷۴	۱-۴-۲۰ فنیل کتونوریا
۳۷۹	۱-۴-۲۱ شکل کلاسیک فنیل کتونوری
۳۸۰	۱-۴-۲۲ شکل خفیف فنیل کتونوری
۳۸۰	۱-۴-۲۳ فنیل کتونوری جنینی

- ۲-۴ اختلالات متابولیسم کربوهیدرات ۳۸۱
- ۱-۲-۴ نقائص متابولیسم گالاکتوز و فروکتوز ۳۸۱
- ۲-۲-۴ گالاکتوزومی کلاسیک ۳۸۳
- ۳-۲-۴ نقص گالاکتو کیناز ۳۸۴
- ۴-۲-۴ نقص اوریدیل دی فسفات گالاکتوز اپی مراز ۳۸۴
- ۵-۲-۴ نقائص گلوکونوز ۳۸۵
- ۱-۵-۲-۴ نقص پیرووات کربوکسیلاز ۳۸۵
- ۲-۲-۴ نوع ۲ (خفیف و متناوب) ۳۸۵
- ۷-۲-۴ نقص فسفو انول پیرووات کربوکسی کیناز ۳۸۶
- ۸-۲-۴ نقص فروکتوز ۱،۶ بیس فسفاتاز ۳۸۶
- ۹-۲-۴ بیماری ذخیره گلیکوز ۳۸۷
- ۱-۹-۲-۴ گلیکوزوز نوع یک یا بیماری ون ژیرکه ۳۸۷
- ۲-۹-۲-۴ گلیکوزوز نوع ۲ یا بیماری بومیه ۳۸۸
- ۳-۹-۲-۴ گلیکوزوز نوع سه یا بیماری کودی - فوربس ۳۸۹
- ۴-۹-۲-۴ گلیکوزوز نوع چهار یا بیماری آلمن ۳۹۰
- ۵-۹-۲-۴ گلیکوزوز نوع پنج یا بیماری دت آردل ووع هفت یا تاوری ۳۹۱
- ۶-۹-۲-۴ گلیکوزوز نوع شش یا بیماری هرس ۳۹۲
- ۷-۹-۲-۴ گلیکوزوز نوع یازده یا بیماری فانکونی - رادل ۳۹۲
- ۱۰-۲-۴ نقائص انتقال گلوکز ۳۹۴
- ۱-۱۰-۲-۴ نقص ناقل گلوکز یک ۳۹۴
- ۲-۱۰-۲-۴ نقص ناقل گلوکز دو ۳۹۵
- ۳-۱۰-۲-۴ نقص ناقل گلوکز یک وابسته به سدیم یا سوء جذب گلوکز - ۵ لاکتوز ۳۹۵
- ۱۱-۲-۴ درمان: جایگزینی رژیم گلوکز - گالاکتوز با فروکتوز ۳۹۵
- ۳-۴ دیابت ۳۹۶
- ۱-۳-۴ پیش دیابت ۳۹۷
- ۲-۳-۴ دیابت نوع ۱ (وابسته انسولین) ۳۹۷
- ۳-۳-۴ دیابت نوع ۲ (غیر وابسته به انسولین) ۳۹۸
- ۴-۳-۴ کتواسیدوز دیابتی (DKA) ۴۰۱
- ۵-۳-۴ مشکلات اجتماعی و روانی ۴۰۱

۴-۳-۶ آسیب عروق خونی ۴۰۲

۴-۳-۷ تشخیص نوع دیابت ۴۰۳

منابع ۴۰۹

www.ketab.ir

پیشگفتار

سوءتغذیه، بعنوان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی و تغذیه‌ای در کشورمان مطرح است. گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال‌های نه چندان دور نشان دهنده این است که سوءتغذیه عامل بسیاری از مرگ و میرهای سال‌های اخیر به ویژه در کودکان بوده است. در ایران نیز طبق آمارهای سه دهه انجمن سوی یونیسکو شاهد کم وزنی متوسط و شدید در ۱۱ درصد از کودکان، لاغری متوسط و شدید در ۵ درصد و کوتاه قدی متوسط و شدید در ۱۵ درصد از کودکان هستیم. در واقع، نشان‌های چنین آمارهایی و مشکلات عدیده‌ای که همراه با بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه ایجاد می‌شود، می‌توان سوء تغذیه را نه تنها بعنوان یک مشکل مهم بهداشتی بلکه یک مشکل در توسعه اقتصادی و همچنین، یک مسئله انسانی دانست. سازمان بهداشت جهانی نیز در این راستا حدوداً بیش از دو دهه قبل با همکاری کشورهای عضو تصمیم گرفت که تا سال ۲۰۱۵، تا ۵۰ درصد از مشکلات بهداشتی را بهبود بخشد که تاکنون طبق مدل‌های بدست آمده بدان نرسیده است.

هدف از نگارش این کتاب، در دسترس قرار دادن نتیجه‌ای از مطالب علمی در زمینه سوءتغذیه و بیماری‌ها و مشکلات متعدد ناشی از آن است. به عنوان یک مرجع مفید برای جامعه تغذیه و به ویژه دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد.

بخش‌های مختلف کتاب مربوط به مکانیسم اثر، عملکرد، منابع، میزان توصیه شده مصرفی، کمبود و بیماری‌های ناشی از آن و مسمومیت و بیماری‌های همراه آن در ریتامین‌ها و مواد معدنی، و همچنین بیان انواع اختلالات ناشی از نقص در متابولیسم لیپیدها، کربوهیدرات‌ها و اسیدهای آمینه و در ادامه سوءتغذیه پروتئین-انرژی است.

در این کتاب انواع بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه از جنبه‌های مختلف مطرح شده است و مورد بررسی قرار گرفته است و سعی بر آن شده است که تا حد امکان پاسخگوی موضوعات لازم و مورد نیاز در حوزه علوم تغذیه باشد. اما مطمئناً نمی‌توان آن را خالی از اشکال دانست. امید است همکاران ارجمند، اعضای هیئت علمی و دانشجویان با ارائه نظرات سازنده ما را در تصحیح و تکمیل کتاب در چاپ‌های بعدی یاری کنند.