

## گزارش مورد

# بی‌اشتهایی عصبی تظاهراتی از یک بیماری جدی در نوجوانان: گزارش یک مورد بالینی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶

### خلاصه

**مقدمه:** ایدز در نوجوانان یک چالش جدی بهداشتی است که نیازمند آگاهی، تشخیص زودهنگام و درمان مناسب است. با شناخت علائم و انجام آزمایش‌های لازم، می‌توان از پیشرفت بیماری جلوگیری کرد و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا را بهبود بخشید. در این گزارش موردی به بررسی یک مورد ایدز در نوجوان پرداخته شده است.

**نتایج:** بیمار پسر ۱۷ ساله بدون سابقه بیماری زمینه‌ای قبلی، به دنبال اعتصاب غذا با کاهش وزن شدید، آنورکسیا نروزا، اسهال خونی و استفراغ به بیمارستان مراجعه کرد. بیمار تحت تغذیه درمانی پزشکی و آندو-کولونوسکوپی قرار گرفت و با توجه به کولیت فعال روده ابتدا با شک به IBD و در نهایت با تشخیص HIV به بخش مربوطه منتقل شد. اقدامات تیمی درمان منجر به بهبودی نسبی علائم از جمله کاهش اشتها، اسهال، درد عضلانی شد. تغذیه بهینه می‌تواند به حفظ توده بدون چربی بدن، کاهش شدت علائم مرتبط با HIV، افزایش پشتیبانی از درمان ضد رتروویروسی و بهبود کیفیت زندگی کمک کند. دستورالعمل‌های ESPEN بیان می‌کند که نیازهای انرژی باید در طول مرحله بهبودی پس از عفونت‌های فرصت‌طلب ۲۰ تا ۳۰ درصد افزایش یابد. این دستورالعمل‌ها مصرف پروتئین ۱.۲-۱.۵ گرم بر کیلوگرم را به ترتیب در فاز فعال و فاز غیر فعال این بیماری توصیه می‌کند. همچنین مواد ریزمغذی از جمله ویتامین‌ها C و D نقش مهمی در بهبود سلامت سیستم ایمنی در این بیماران دارد و در کنترل علائم بیماری ایدز از جمله التهاب و کاهش علائم گوارشی از جمله اسهال می‌تواند اثر بخش باشد.

**نتیجه‌گیری:** این گزارش موردی نشان می‌دهد که تشخیص زودهنگام و مدیریت مناسب بیماری ایدز در نوجوانان، به ویژه در مواقعی که علائم بالینی به بیماری‌های دیگر شبیه‌سازی می‌شود، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیمار و پیشگیری از پیشرفت عوارض ناشی از بیماری و ضعف سیستم ایمنی کمک کند. در این مورد، علائم گوارشی و کاهش وزن شدید ابتدا به عنوان نشانه‌هایی از بیماری بی‌اشتهایی عصبی (آنورکسیا نروزا) در نظر گرفته شد، اما پس از ارزیابی‌های تکمیلی و تشخیص HIV، درمان‌ها و مداخلات پزشکی و تغذیه‌ای به‌طور مؤثری علائم بیمار را کنترل کرد. همچنین، این مطالعه بر اهمیت توجه به اختلالات الکترولیتی و نیاز به اصلاح آن‌ها، به‌ویژه در بیماران مبتلا به HIV و سوءتغذیه، تأکید دارد. ارزیابی‌های دقیق و مداخلات چندجانبه تیم درمانی در تشخیص و مدیریت چنین بیمارانی بسیار حیاتی است و می‌تواند منجر به بهبود وضعیت بالینی و پیشرفت درمان شود.

**کلمات کلیدی:** بیماری ایدز، آنورکسیا نروزا، نوجوانی، تغذیه درمانی

سمیرا مودودی<sup>۱</sup>  
پرستو اصغری<sup>۱</sup>  
حمیدرضا کیانی فر<sup>۲</sup>  
سعیده طالبی<sup>۱،۲\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه تغذیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

<sup>۲</sup> گروه گوارش کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Email: talebis@mums.ac.ir

## مقدمه

ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یک ویروس بیماری زا است که سیستم ایمنی بدن انسان را هدف قرار داده و به خطر می اندازد و منجر به ایجاد بیماری های مختلف می شود (۱). نوجوانان و جوانان سهم فزاینده ای از مبتلایان به بیماری ایدز در سراسر جهان را تشکیل می دهند. تنها در سال ۲۰۲۳، ۳۶۰,۰۰۰ جوان بین ۱۵ تا ۲۴ سال به تازگی به بیماری ایدز مبتلا شده اند. علی رقم افزایش اطلاع رسانی در خصوص این بیماری، پیش بینی میشود که در سال ۲۰۳۰ حدود ۱۸۳,۰۰۰ عفونت ویروس HIV جدید در میان نوجوانان وجود خواهد داشت (۲). انتقال این ویروس از طریق تماس مستقیم با مایعات بدن فرد آلوده، معمولاً از طریق فعالیت هایی مانند رابطه جنسی و یا در بعضی موارد تجاوز جنسی، استفاده از سوزن های مشترک، یا انتقال از مادر به کودک به صورت عمودی در مراحل بارداری، یا در هر یک از مراحل زایمان یا شیردهی میتواند صورت می گیرد (۳). با وجود پیشرفت در تشخیص و درمان این بیماری ویروسی، هنوز هم چالش های عمده در کشورهای در حال توسعه به دلیل کمبود منابع و زیرساخت های ناکافی وجود دارد (۴). اگرچه که امروزه تعداد افراد مبتلا به بیماری ایدز که از وضعیت بیماری خود اطلاعی ندارند در سراسر جهان کاهش یافته است، با این حال، تعدادی موانع برای درک بهتر این بیماری و ادامه زندگی سالم تر وجود دارد (۵). زمینه اجتماعی-فرهنگی در بعضی جوامع مانند آفریقا نیز دانش و درک این بیماری را با مشکل مواجه کرده است و عدم تمایل به انجام غربالگری و دسترسی ضعیف به درمان به دلیل وجود نگرش های تحقیرآمیز در بین این بیماران را بوجود آورده است (۶). از طرفی در بعضی کشورها مانند فرانسه، که از سیاست مبارزه با ایدز بهره می برند، نابرابری های اجتماعی نیز به چشم می خورد (۴). اطلاعات محدودی در مورد اپیدمیولوژی سوء تغذیه در میان نوجوانان مبتلا به HIV در کشورهای کم درآمد که شیوع سوء تغذیه و HIV به طرز نگران کننده ای رو به افزایش است، در دسترس میباشد (۷). گروه سنی نوجوانان

مبتلا به این بیماری به دلیل افزایش نیاز فیزیولوژیکی، ناامنی غذایی خانوار، عدم دسترسی به اطلاعات بهداشتی و تغذیه ای، الگوهای غذایی ناسالم، مصرف نامتعادل انرژی و کمبود ریزمغذی ها، بیشتر از سایر گروه ها در معرض سوء تغذیه هستند (۵). اشتهایی یکی از عوارض شایع در بین این بیماران است، از طرفی بار سوء تغذیه در میان نوجوانان مبتلا به HIV بالا است (۵). مشخص شده است که پیشگیری از عفونت های مکرر و ترویج حمایت اجتماعی جهت ممانعت از حذف وعده های غذایی، آموزش تغذیه ممکن است به کاهش این مشکل کمک کند (۸). علاوه بر این اعتیاد به اپیوم و هروئین، مصرف الکل مزمن، رژیم غذایی نامناسب و مواد افیونی که امروزه در بین نوجوانان افزایش یافته است، میتواند بی اشتهایی ناشی از پدیده های خودایمنی و عفونت های مکرر را تشدید میکنند (۹). مطالعاتی هم نشان داده اند که مصرف ماری جوانا و مواد مخدر میتواند در تضعیف سیستم ایمنی و بروز پنومونی در بین بیماران دچار بیماری ایدز شود (۱۰). با توجه به این که بعضی جمعیت ها از جمله نوجوانان و بخصوص پسران در موقعیت آسیب پذیری قرار دارند. همچنین مطالعات نشان داده است که زنان بیشتر از مردان آزمایش غربالگری را می پذیرند. این مطالعه گزارش موردی، نگرش های مشابهی را نشان می دهد و اقدامات یا توصیه های تغذیه ای و درمانی را در این گروه سنی پیشنهاد می کند که در شرایط مشابه نتایج بهتری جهت شناسایی و غربالگری این بیماری در زمان مناسب را به همراه داشته است.

## مهم ترین علائم ایدز

طبق مطالعات انجام شده نشان داده شده است که کاهش وزن ناگهانی، خستگی شدید، تب بالا و مکرر، تعریق شبانه، اسهال طولانی مدت مزمن (۱۱)، عفونت های مکرر و ایجاد زخم در دهان، اندام تناسلی و مقعد، بثورات پوستی داخل دهان (۱۲)، زیر بغل و کشاله ران (۱۲)، بروز افسردگی (۱۳)، اختلالات عصبی (۱۳) و از دست دادن حافظه (۱۳) از جمله مهم ترین علائم بیماری ایدز است.

## ایدز و بیماری آنورکسیا

بیماری بی اشتهاپی عصبی (آنورکسیا نروزا) یک اختلال غذایی روانپزشکی ناشی از عدم سلامت روانی-اجتماعی است (۱۴) ، که با گرسنگی دادن خود، کاهش وزن بیش از حد و ظهور علائم سوء تغذیه شدید همراه با کاهش کیفیت زندگی مشخص می شود (۱۵). ایجاد تغییرات در هیپوتالاموس مبنی بر دستورات سیری و گرسنگی توسط التهابی مزمن میتواند از مهم ترین علل بروز این بیماری باشد (۱۶).

## ایدز و علائم تنفسی و گوارشی

ریه ها یکی از بافت های اصلی مورد تهاجم ویروس HIV هستند. افراد مبتلا به HIV در معرض افزایش خطر ابتلا به بیماری های ریوی عفونی و غیر عفونی هستند (۱۷). ویروس HIV1 اکثریت قریب به اتفاق مخزن سلول های T CD4 ریه را را مورد تهاجم قرار میدهد (۱۷). علل عفونی شامل پنومونی باکتریایی، پنومونی ویروسی، پنومونی پنوموسیستیس (PCP) و سل (TB) است (۱۸). بیماری های غیر عفونی ریوی سرطان ریه، لنفوم هوچکین، برونشیلیت انقباضی، برونشکتازی و آمفیژم را شامل میشود (۱۹). رادیوگرافی قفسه سینه، سی تی اسکن و گاهی اسکن های تصویربرداری هسته ای در ارزیابی تشخیصی بیمار مبتلا به HIV علائم ریوی استفاده می شوند (۲۰). گاهی اندازه گیری آزمایشگاهی لاکتات دهیدروژناز سرم (LDH) در غربالگری بیماران مبتلا به ایدز مشکوک به پنومونی و آسم میتواند استفاده شود (۲۰). علائم گوارشی در این بیماران به صورت اسهال مزمن و سوءجذب ظاهر میشود. اسهال می تواند عوارض قابل توجهی در بیماران مبتلا به HIV ایجاد کند و ممکن است ناشی از عفونت، بدخیمی، یا داروها باشد. اغلب عوامل عفونی به عنوان پاتوژنز اسهال در بیماران مبتلا به ایدز شناسایی میشود (۲۱). طبق مطالعات نیمی از علائم گوارشی این افراد درد شکمی یا اسهال گزارش شده است که عمدتاً اسهال آبکی را شامل می شود (۲۲).

## مدیریت بیماری ایدز

**درمان دارویی ایدز:** دستورالعمل های وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده که توصیه می کند درمان ضد رتروویروسی (ART) در اسرع وقت پس از تشخیص عفونت حاد و اولیه HIV آغاز شود (۲۳، ۲۴).

درمان ایدز معمولاً شامل ترکیبی از داروهای ضد رتروویروسی است که به صورت روزانه مصرف می شوند و به کاهش بار ویروسی در بدن و جلوگیری از تکثیر ویروس کمک می کنند (۲۳). علاوه بر درمان های دارویی موجود، ژن درمانی به عنوان تکنیکی برای جدا کردن ویروس HIV از سلول ها که تاکنون فقط در آزمایشگاه انجام شده است. اصلاح سلول های بنیادی: پیوند سلول های بنیادی مقاوم به HIV که می توانند سیستم ایمنی را بازسازی کنند (۲۴).

## تغذیه درمانی بیماری ایدز

حمایت تغذیه ای یکی از فوری ترین و حیاتی ترین نیازهای افراد مبتلا به HIV و ایدز است و مدیریت تغذیه بخش جدایی ناپذیر از مراقبت و مدیریت این بیماری است. ویروس و شرایط و علائم مرتبط با آن از طریق کاهش مصرف، افزایش نیاز و سوء جذب، بر وضعیت تغذیه تأثیر منفی می گذارند و منجر به سوء تغذیه می شوند. بنابراین، دریافت کافی مواد مغذی ضروری است (۲۵). ارزیابی جامع تغذیه ای باید به طور منظم انجام شود تا از مداخله بهینه تغذیه ای اطمینان حاصل شود (۲۵). تغذیه بهینه می تواند به حفظ توده بدون چربی بدن، کاهش شدت علائم مرتبط با HIV، پشتیبانی از درمان ضد رتروویروسی و بهبود کیفیت زندگی کمک کند (۲۶).

## نیاز های درشت مغذی ها در بیماری ایدز

دستورالعمل های ESPEN<sup>1</sup> بیان می کند که نیازهای انرژی باید در طول مرحله بهبودی پس از عفونت های فرصت طلب ۲۰ تا ۳۰ درصد افزایش یابد. این دستورالعمل ها مصرف پروتئین 1.2-1.5 گرم بر کیلوگرم را به ترتیب در فاز فعال و فاز غیر فعال این بیماری توصیه می کند. همچنین انجمن آژانس خدمات تغذیه

<sup>1</sup> European Society for Clinical Nutrition

مدفوع را بهبود بخشید (۲۸). و نوشیدن مایعاتی که الکترولیت‌ها را جایگزین می‌کنند، مانند آب‌گوش و نوشیدنی‌های هیدراتاسیون دهانی توصیه می‌شود (۲۹، ۳۰).

### گزارش موردی

بیمار آقای ۱۷ ساله، بدون سابقه پزشکی قبلی و مورد شناخته شده سوتغذیه و  $FTT^2$  با ظاهر کاملاً کاشکسیک، با مشخصات تن سنجی وزن ۴۰ کیلوگرم، قد ۱۸۵ سانتی متر و نمایه توده بدنی ۱۱.۶۹ در تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۲۰ از بیمارستان شیخ با شکایت کاهش وزن شدید، ناتوانی در راه رفتن، اسهال خونی به بخش اورژانس بیمارستان کودکان اکبر منتقل شد. سپس به دلیل کاهش وزن شدید و اسهال به بخش تغذیه و گوارش منتقل و بستری شد. در بخش تغذیه بعد از اصلاح اختلالات همودینامیک، درمان های تغذیه ای با شک به آنورکسیا نوروزا شروع شد. بیمار تمام شب از درد شدید هر دو پا شکایت داشت. علاوه بر این زخم بستر گرید ۲ در ناحیه پشت و باسن بیمار مشهود بود. به دلیل عدم کنترل اسهال علی‌رغم درمان های اولیه و به توجه به ماهیت التهابی، تجویز آنتی بیوتیک انجام شد. اما به دلیل عدم پاسخ به درمان های آنتی بیوتیک، طبق مشاوره گوارش در تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۲۴ تحت آندوکولونوسکوپی قرار گرفت. گزارش آندوکولونوسکوپی بیمار موارد ایلئیت حاد همراه با زخم و کولیت فعال را نشان داد. سپس با توجه به یافته های بالینی و ارزیابی های تغذیه ای، بیمار از نظر ابتلای به IBD (کولیت اولستراتیو) بررسی شد. همچنین بررسی عفونت ها (رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی (IHC) انجام شد و سپس با توجه به علائم اسهال، درد عضلانی مداوم و درگیری ربوی بیمار از لحاظ بیماری سیتومگلوویروس  $CMV^3$  بررسی شد. مادر بیمار اظهار می کرد که پسرش حدود ۲ ماه اخیر اعتصاب غذایی داشته است و در این مدت بجز آب هیچ ماده غذایی را استفاده نکرده است. به دنبال آن تقریباً ۲۵ کیلوگرم کاهش وزن داشته و به ادم و زخم های اندام تحتانی دچار شده است. همراه بیمار هیچ گونه سابقه حساسیت غذایی و مصرف دارو را ذکر

$ANSA^1$  توصیه های پروتئینی بین ۱۰ تا ۱۰۴ گرم بر کیلوگرم برای حفظ وزن و ۱۰۵ تا ۲۰۰ گرم بر کیلوگرم برای افزایش توده بدون چربی بدن را پیشنهاد کرده است (۲۶). از جمله توصیه های مهم تغذیه ای در این بیماران تأکید بر اهمیت ایمنی و بهداشت مواد غذایی است. در صورت لزوم وعده های غذایی کوچک، مکرر و سرشار از مواد مغذی، نظارت/مدیریت علائم گوارشی، در صورت لزوم استفاده از محرک های اشتها نیز در نظر گرفته می شوند (۲۶).

### نیاز های ریز مغذی ها در بیماری ایدز

توصیه های ریز مغذی برای مدیریت این بیماری به دلیل نبود منابع مطالعاتی در خصوص تغذیه درمانی این بیماران بی جواب مانده است (۲۶). در بعضی مطالعات استفاده از ریزمغذی ها به طی آنتی اکسیدانی از جمله ویتامین C و D برای افزایش ایمنی بدن توصیه می شود. ترویج مصرف کافی مواد مغذی و مایعات، از جمله ویتامین های A، B12، C، D، سلنیوم و روی در این بیماران برای کنترل عوارض بیماری می تواند موثر باشد (۲۶).

### کنترل تغذیه ای عوارض در بیماری ایدز

مهم ترین عارضه در این بیماران اسهال مزمن است، به منظور کنترل این عارضه باید غذاهای کم چرب و خوب پخته شده و کربوهیدرات های ساده مانند برنج سفید، برنج کاجی، رشته فرنگی، کراکر یا نان تست سفید به بیمار داده شود. میوه های کم فیبر مانند موز و سیب توصیه می شود. وعده های غذایی کوچک و مکرر توصیه می شود. از مصرف غذاهای چرب و روغنی غذاهای پرادویه، مواد قندی مانند نوشابه و آبمیوه خودداری شود. محدودیت مصرف شیر و فرآورده های شیری و کافئین اعمال شود. غذاهای پروبیوتیک و پری بیوتیک ملایم مانند ماست یونانی و موز توصیه می شود. گلوتامین (۵ تا ۱۰ گرم / ۲ تا ۳ بار در روز) را به عنوان مکمل می توان تجویز کرد، مطالعات نشان داده است که استفاده از استراتژی های غیر دارویی مانند اصلاحات غذایی و مکمل های غذایی، به ویژه روی، رژیم های غذایی حاوی گلوتامین، فیبر و پروبیوتیک ها ممکن است مدت زمان اسهال را کاهش داده و دفعات و قوام

<sup>2</sup> Failure To Thrive

<sup>3</sup> Cytomegalovirus

<sup>1</sup> Nutrition Services Agency

به هیپوالبومینمی، آلبومین ۲۰ درصد هم برای بیمار تجویز شد. بعد از آن در تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۲۸ داروی آزاتیوپرین با توجه به کولیت فعال بیمار شروع شد. نوار عصب عضله الکترومیوگرافی (EMG) با توجه به علائم میوپاتی و درد های شدید اندام تحتانی گرفته شد که نتیجه نوار درگیری میوپاتی بیمار را تایید کرد. سپس در تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۳۰ بیمار به بخش عفونی منتقل شد، ابتدا آزمایشات خارج از مرکز نمونه گیری PCR خون جهت تایید نتیجه آزمایش HIV Multiple Ag Ab Test و همچنین بررسی لام مری از نظر Cytomegalovirus (CMV) انجام شد. بیمار تحت درمان با سفوتاکسیم و مترونیدازول قرار گرفت. تحت نظارت سرویس عفونی گانسیکلوویر جهت درمان سیتومگالوویروس (CMV) برای بیمار تجویز شد. برای مدیریت سوتغذیه بیمار فرمولای انترامیل پرپروتئین با هدف به کفایت رساندن انرژی و پروتئین سه نوبت در روز در کنار غذای بیمارستان تجویز شد. جهت مدیریت زخم بستر ریزمغذی های ویتامین C با دوز ۵۰۰ میلی گرم، ویتامین D با دوز ۳۰۰۰۰۰ یکبار به صورت عضلانی و سپس دوز ۲۵۰۰۰ هفتگی به صورت خوراکی تجویز شد. همچنین آمپول ویتامین A با دوز ۲۵۰۰۰ به صورت هفتگی برای بیمار تجویز شد. تغذیه وریدی نسبی با همان دوز قبلی همراه با تغذیه خوراکی در حد تحمل ادامه یافت. برای مدیریت اشتها و اسهال بیمار شربت زینک ۱۰ سی سی دوبار در روز تجویز شد.

علی رقم توصیه و تاکید پزشک جهت ادامه بستری در مرکز جهت اقدامات لازم و درمان های لازم، در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۱ بیمار با رضایت شخصی و قبول عواقب خود را ترخیص نمود که به دلیل مثبت شدن آزمایش HIV به مرکز HIV منتقل شد. به دلیل رضایت شخصی ترخیص زودرس مانع پایش و درمان کامل سوتغذیه بیمار شد. بیمار در مرکز درمانی ایدز به صورت هر سه روز به صورت تلفنی پیگیری میشد.

نمی کرد. بیمار سابقه قبلی مصرف سیگار داشته و در حال حاضر اسهال شدید کنترل نشده از ۲ ماه پیش را ذکر می کند. علاوه بر این بیمار به ضعف عضلانی، عدم تحمل غذایی و بی اشتها بی شدید دچار شده بود. ابتدا اقدامات اصلاح آب و الکترولیت و انجام نوار قلب ECG جهت بررسی Corrected QT (interval) QTc انجام شد. با مشاهده QTc نرمال، داروی الازاپین (Olanzapine) جهت افزایش اشتها بیمار تجویز شد. تیم چند رشته ای جهت مدیریت بیمار مشغول به فعالیت شدند. مشاوره و تدابیر تغذیه ای از جمله گرفتن شرح حال و بررسی تاریخچه سلامت (ثبت اطلاعات فردی، سوابق بیماری ها، سوابق مصرف داروها، شیوه زندگی و آلرژی ها و عدم تحمل های غذایی) همراه با بررسی و ثبت علائم بالینی مرتبط با تغذیه و ارزیابی وضعیت تغذیه و انجام مداخلات و توصیه های تغذیه ای توسط کارشناس ارشد، دانشجو دکترا تغذیه و متخصص تغذیه انجام شد. علاوه بر این درخواست مشورت روانشناسی جهت شناسایی و ریشه یابی اعتصاب غذایی با شک به آنورکسیا نروزا انجام شد. در جلسه مشاوره، بیمار بیان کرد که به علت تنفر شدید از مادر دست به اعتصاب غذایی زده است، همچنین تاکنون سابقه مصرف ماری جوآنا و ماده مخدر گل را داشته است. با صلاحدید پزشک معالج و روانشناس درخواست مشاوره و ویزیت روانپزشک جهت اقدامات روان درمانی ارسال گردید. با توجه به سابقه کاهش وزن شدید و سوء تغذیه فعلی بیمار، ارزیابی پتاسیم، فسفر، کلسیم، منیزیم، قند خون و گازومتری بیمار انجام شد و بعد از اصلاح آنها، تغذیه وریدی نسبی همراه با تغذیه خوراکی در حد تحمل شروع شد. ۱۵۰۰ سی سی سرم قندی-نمکی همراه با ۵۰۰ سی سی سرم اسید آمینه ۱۰٪ و ۲۰ سی سی پتاسیم کلراید به صورت روزانه در نظر گرفته شد. به تدریج مکمل غذایی خوراکی (Oral Nutritional Supplement) به رژیم غذایی بیمار اضافه شد. به علاوه با توجه

### جدول ۱. تغذیه و مکمل های تغذیه ای بیمار

نیاز بیمار:	تغذیه خوراکی (یادآمد)	تغذیه کمکی	تغذیه وریدی	مکمل های ریز مغذی
	۴۰۰ کیلوکالری	۴۵۰ کیلوکالری	۵۰۰ کیلوکالری	Tab Vit A 25000/W Tab Vit D <sub>3</sub> 25000/W
نیاز انرژی: ۱۴۰۰ کیلوکالری	۴۰۰ کیلوکالری	۴۵۰ کیلوکالری	۵۰۰ کیلوکالری	

پروتئین: ۶۰ گرم

متغیر

۱۵۰ cc TID

۱۵۰۰ CC D/S

Tab Vit C 500 mg /d

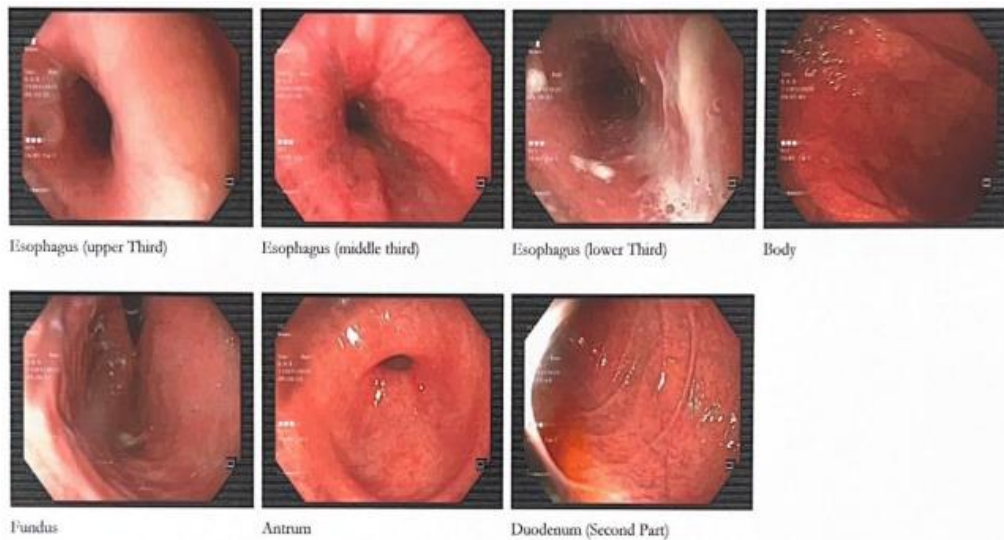
Syrup zinc gluconate 10cc/  
 BID

500 CC AA 10%

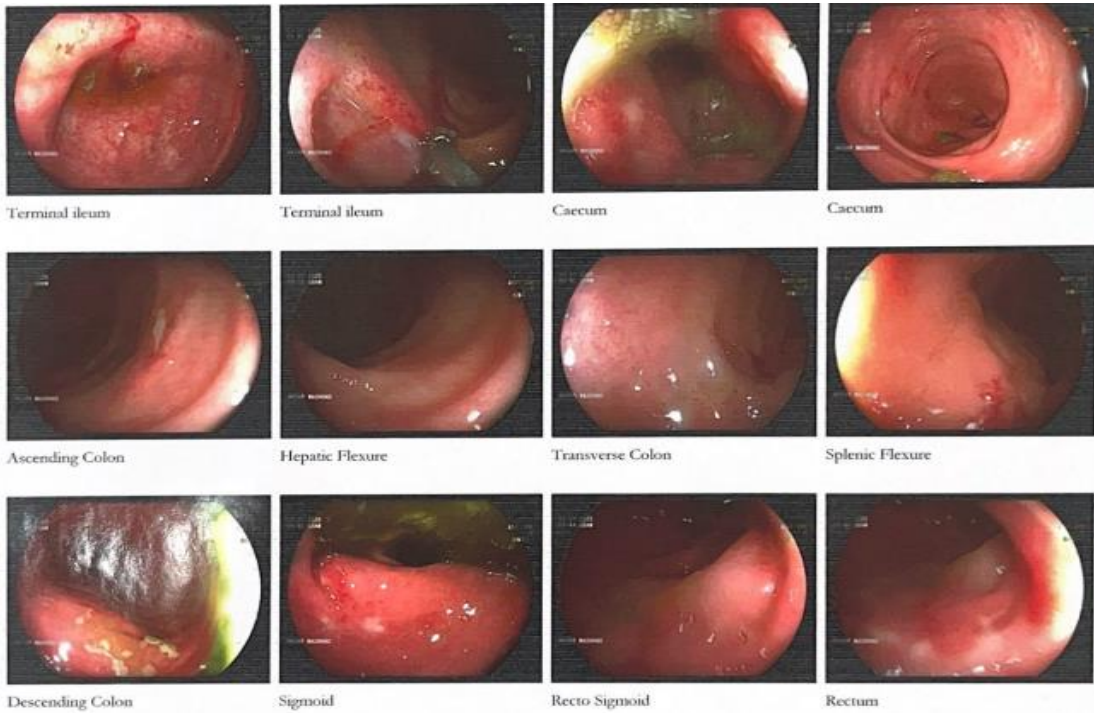
Amp calcium gluconate 10  
 mg/IV/W

### یافته‌های تشخیصی به ترتیب زمانی شامل:

- بیوپسی آندوسکوپی کولون و یافته‌های مرتبط با کولیت فعال.
- آندوسکوپی گاسترو-دئودنو با بیوپسی و نتایج منفی برای هلیکوباکتر پیلوری.
- تشخیص HIV با نتایج مثبت آزمایش PCR برای HIV
- یافته‌هایی از عفونت‌های فرصت طلب شامل سیتومگالوویروس



شکل ۱. رادیوگرافی قفسه صدری نمای روبرو (۱۴۰۳/۱۰/۲۴)



شکل ۲-  
نتایج

آندوکولونوسکوپی بیمار (۱۴۰۳/۱۰/۲۴)

التهاب حاد روی اثنی عشر مزمن و آتروفی پرز: در برخی قسمت ها (خفیف) وجود داشت. همچنین عفونت ژیاوردیا: دیده نشد. ۴- ایلنوم، بیوپسی مخاطی: ایلیت حاد همراه با زخم وجود داشت. ۵- بیوپسی مخاطی کولون: کولیت فعال را نشان داد.

گزارش آندوکولونوسکوپی بیمار موارد: ۱ - مری، بیوپسی مخاطی: - ازوفازیت حاد. ۲ - آنتروم معده، بیوپسی مخاطی: - گاستریت فعال کانونی مزمن (التهاب متوسط/فعالیت کانونی خفیف). باکتری H.pylori دیده نشد. آتروفی، دیسپلازی و متاپلازی روده دیده نشد. ۳- اثنی عشر، بیوپسی مخاطی: -

جدول ۲. سیر آزمایشات بیمار

تاریخ بستری	آزمایشات هماتولوژی	آزمایشات بیوشیمی	آزمایشات میکروشناسی	آزمایشات ایمنولوژی
۱۴۰۳/۱۰/۲۰	WBC : 4 10(3)mcl	Sodium : 136 mEq/dL		کشت مدفوع:
	RBC : 3.17 10(6)mcl	Potassium : 2.5 mEq/dL		رنگ مدفوع : سبز
	Hb : 8.4 gr/dl	ALT : 18.2 U/L		شکل مدفوع : موکوزی
	Hct : 27.9 %	AST : 23.8 U/L		WBC بالا
	MCV : 88.0 fL	BS : 74 mg/dL		RBC بالا
	MCH : 26.5 pg	Albumin : 2.6 g/dL		
	MCHC : 30.1 gr/dl	Serum Magnesium : 1.5		
	Platelet : 226			

10(3)mcl	mg/dL		
	Phosphorus : 3.1	mg/dL	
	Calcium : 6.5	mg/dL	
۱۴۰۳/۱۰/۲۳	WBC : 4.0	Sodium : 141	mEq/dL
	10(3)mcl	Potassium : 3.5	mEq/dL
	RBC : 2.86	Urea : 18	mg/dL
	10(6)mcl	Creatinine : 0.7	mg/dL
	Hb : 7.5	LDH : 136	U/L
	gr/dl	ALT : 9.6	U/L
	Hct : 24.8	AST : 16.2	U/L
	MCV : 86.7		
	MCH : 26.2		
	p/g		
	MCHC : 30.2		
	gr/dl		
	Platelet : 166		
	10(3)mcl		
			کشت ادرار : HBsAg : 0.12 mlu/MI
			WBC : 2-4
			RBC : 0-1
			نرمال HBsAb : 4.2 mlu/MI
			HCV Ab : 0.01 mlu/MI
			HIV Ab(1+2)& P24 Ag (*1) : 11.3
۱۴۰۳/۱۰/۳۰	-	Serum Zinc : 100	mg/dL
		CPK : 21.9	U/L
		Albumin : 2.6	g/dL
		Serum Magnesium : 2.1	mg/dL
			shigella و salmonella منفی
		Phosphorus : 1.6	mg/dL
		Calcium : 7.2	mg/dL
			کشت خون : عدم رشد بعد ۴۸ ساعت
			کشت مدفوع :
			رنگ مدفوع : زرد
			شکل مدفوع : آبکی
			وجود غذای هضم نشده

### بحث

مطالعه حاضر بررسی نوجوان ۱۷ ساله مورد بیماری ایدز با علائم کاهش وزن ناگهانی ۲۲ کیلوگرم در طی مدت ۳ ماه، اسهال خونی طول کشیده با علائم بیماری التهابی روده کولیت اولسراتیو، کاهش اشتها، زخم بستر گرید II در پشت کمر و کشاله ران، ضعف و درد عضلانی به همراه افسردگی و اختلال

چک روتین آزمایش CBC و الکترولیت ها روزانه انجام میگرفت. در بخش ایمنولوژی: آزمایش HIV بررسی همزمان HBsAg، HBsAb، HCV Ab و HIV Ab(1+2)& P24 Ag انجام شد. نتایج این آزمایش HIV Ab(1+2)& P24 Ag (\*1) مثبت بود. ( > ۱ منفی و ≥ ۱ مثبت)، این نشان دهنده ابتلای بیمار به ویروس HIV میباشد.

شکل ۱ رادیوگرافی قفسه سینه بیمار، درگیری تنفسی بیمار را نشان می‌دهد.

### ایدز و علائم میوپاتی

اختلال شناختی نیز در افراد مبتلا به عفونت HIV می‌تواند از اثرات مستقیم ویروس یا به عنوان یک بیماری همراه تلقی شود. در بعضی موارد نیز سایر عوارض عصبی ناشی از عفونت در سیستم اعصاب مرکزی، نوروپاتی محیطی و میوپاتی در بین این بیماران مشهود است (۳۴). در این موارد تست عصب عضله برای تشخیص آسیب عصبی عضلانی بیمار کمک کننده است. در کیس مطالعه حاضر دستور نوارعصب عضله الکترومیوگرافی در این بیمار به دلیل دردهای شدید اندام تحتانی و پاها ارسال شد که وجود میوپاتی در بیمار را تایید کرد.

### تغذیه درمانی در کیس بیماری ایدز

با توجه به اینکه تغذیه مناسب و مواد مغذی نقش مهمی در بهبود سلامت سیستم ایمنی در این بیماران دارد و در کنترل علائم بیماری ایدز از جمله التهاب و کاهش علائم گوارشی از جمله اسهال میتواند اثر بخش باشد (۳۱، ۳۵). از طرفی سوتغذیه ناشی از کمبود های تغذیه ای یکی از علل اصلی مرگ در بین کودکان و نوجوانان مبتلا به این بیماری است. دریافت ناکافی درشت مغذی های رژیم غذایی از جمله علل فوری سوء تغذیه بوده و ناامنی غذایی خانوار، محیط اجتماعی و فرهنگی ناسالم از علل اصلی زمینه ساز آن میباشند. سوء تغذیه به طور خاص به دلیل کمبود انرژی، ویتامین و مواد معدنی ایجاد می شود. در این بیمار بر مبنای ابزار غربالگری سوتغذیه بیمارستانی Nutritional Risk Screening 2002، سوتغذیه شدید با نمره ۵ تشخیص داده شد (۳۶). در این کیس مدیریت تغذیه ای مبنی بر تامین درشت مغذی ها با توجه به عدم همکاری بیمار برای تغذیه ی دهانی از طریق نیمه وریدی (سرم دکستروز ۵۰٪ و سرم اسید آمینه ۱۰٪) مطابق با برآورد نیاز بیمار، علاوه بر مکمل تغذیه ای پرپروتئین در کنار رژیم غذایی معمولی بیمارستان در نظر گرفته شد. از انجایی که مشخص شده است که ریز مغذی هایی مانند ویتامین ها از سیستم ایمنی محافظت می کنند و مقاومت در برابر

شناختی بود (رضایت بیمار از گرفتن عکس). پس از بستری بیمار در بخش تغذیه-گوارش ابتدا برای تشخیص بیماری، شک به بیماری بی اشتها بی عصبی (آنورکسیا نروزا) مطرح شد.

### ایدز و آنورکسیا نروزا

مشخص شده است که اجتناب از مراجعه به مراقبت های بهداشتی و تأخیر در جستجوی کمک برای درمان در میان این بیماران متداول است (۲۷) در کیس مورد مطالعه نیز مراجعه به مرکز بهداشتی بعد از گذشت ۲ ماه همراه با زخم بستر گرید II و کاهش سطح آلبومین خون (نشانه سوتغذیه طولانی مدت) نشان دهنده امتناع بیمار از مراجعه به مرکز درمانی بود. تظاهرات گوارشی اصلی در بیماری آنورکسیا نروزا شامل حالت تهوع، درد شکم و یبوست میباشد، اما در مواردی نیز اسهال معمولاً به دلیل سوءتغذیه و کمبود مواد مغذی میتواند در این بیماران اتفاق بیفتد (۲۸). زیرا این اختلال روانی باعث می شود که فرد از خوردن غذا به میزان کافی خودداری کند، که منجر به سوء جذب مواد غذایی شده و در نهایت اختلالات گوارشی از جمله اسهال را به دنبال دارد (۲۸). در اکثر مواقع بیماری های همراه در بیماری ایدز بر اثر مکانیسم های جبرانی و انطباقی بدن برای حفظ تعادل انرژی به دلیل وضعیت کم تغذیه و سوء تغذیه اتفاق می افتند (۲۹).

### ایدز و علائم تنفسی و گوارشی

مشخص شده است که علائم گوارشی از جمله اسهال در بیماری ایدز میتواند به دلیل ضعف سیستم ایمنی و عفونت های فرصت طلب ویروسی، باکتریایی، یا انگلی باشند (۳۰، ۳۱). که با علائم گوارشی ناشی از آنورکسیا نروزا متفاوت است. علاوه بر این، عفونت و التهاب روده از دیگر عوامل ایجاد اسهال در ایدز محسوب میشود (۳۱، ۳۲). در کیس مورد نظر عفونت های مکرر و علائم پنومونی، اسهال طول کشیده و کولیت اولسراتیو مشهود با آندوکولونوسکوپی از علائم افتراقی به نفع آنورکسیا نروزا به عنوان عارضه ای از بیماری ایدز در مقایسه با آنورکسیا نروزا به تنهایی مطرح شد (۳۳). همچنین برای اثبات این موضوع

سنی می‌تواند باشد (۴۱). در خصوص چگونگی ابتلای بیمار به این بیماری به علت ناتمام ماندن جلسات مشاوره و عدم همکاری بیمار به دلیل ترخیص خودمختار از بیمارستان به دلیل انتقال زودتر به مرکز درمانی ایدز هنوز سوالاتی موجود است. با توجه به اعتیاد بیمار از دوران کودکی توسط والدین، شک به انتقال از طریق تزریق مواد مخدر می‌تواند مطرح باشد. از طرفی سایر علل ایجاد ایدز مانند تجاوز جنسی نیز در گروه سنی نوجوانان در کنار راه‌های انتقال دیگر از جمله انتقال خون، مایع منی، واژینال مطرح می‌باشد (۴۲). با توجه به اظهارات مشاوره روانشناسی مبنی بر افسردگی و اجتماع‌گریزی می‌تواند در مورد این بیمار نیز صدق کند. در نهایت علی‌رغم تلاش تیم درمان مبنی بر ادامه‌ی تغذیه درمانی سوتغذیه، بیمار با رضایت شخصی خانواده به مرکز درمانی ایدز منتقل شد. می‌توان گفت که ارزیابی‌های تکمیلی و تشخیص زودهنگام HIV، درمان‌ها و مداخلات پزشکی و تغذیه‌ای به صورت تیم در کنترل علائم بیمار از جمله سوتغذیه بیمار مبنی بر تحمل درمانی موثر است.

### نتیجه‌گیری

این گزارش موردی نشان می‌دهد که تشخیص زودهنگام و مدیریت مناسب بیماری ایدز در نوجوانان، به ویژه در مواقعی که علائم بالینی به بیماری‌های دیگر شبیه‌سازی می‌شود، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیمار و پیشگیری از پیشرفت عوارض ناشی از بیماری و ضعف سیستم ایمنی کمک کند. در این مورد، علائم گوارشی و کاهش وزن شدید ابتدا به عنوان نشانه‌هایی از بیماری بی‌اشتهایی عصبی (آنورکسیا نروزا) در نظر گرفته شد، اما پس از ارزیابی‌های تکمیلی و تشخیص HIV، درمان‌ها و مداخلات پزشکی و تغذیه‌ای به‌طور مؤثری علائم بیمار را کنترل کرد. همچنین، این مطالعه بر اهمیت توجه به اختلالات الکترولیتی و نیاز به اصلاح آن‌ها، به‌ویژه در بیماران مبتلا به HIV و سوءتغذیه، تأکید دارد. ارزیابی‌های دقیق و مداخلات چندجانبه تیم درمانی در تشخیص و مدیریت چنین بیمارانی بسیار حیاتی است و می‌تواند منجر به بهبود وضعیت بالینی و پیشرفت درمان شود.

میکروب‌های عفونی مانند باکتری‌ها، ویروس‌ها و انگل‌ها در بیماری‌های عفونی تنفسی و ایدز را افزایش می‌دهند (۳۷). در کیس مورد مطالعه جهت درمان سوتغذیه بیمار، در بخش درشت مغذی‌ها کفایت انرژی و پروتئین در نظر گرفته شد، به دلیل عدم کفایت انرژی و پروتئین و کاهش وزن عضلانی مشهود بیمار در کنار غذای بیمارستان، مکمل تغذیه‌ای انترامیل پروتئین سه بار در روز در نظر گرفته شد. (نیاز انرژی ۳۵ کیلوکالری در کیلوگرم وزن بدن و ضریب پروتئین ۱/۵ گرم بر کیلوگرم وزن بدن در نظر گرفته شد). برای مدیریت سوتغذیه و زخم بستر بیمار پرتکل تغذیه‌ای سوتغذیه و زخم بستر اعمال شد. ریز مغذی‌های ویتامین‌های C، D به عنوان آنتی‌اکسیدان و زینک و ویتامین A با هدف کنترل عفونت ناشی از خود بیماری ایدز، علاوه بر آن کمک به بهبود بیماری‌های همراه از (۳۸)، پنومونی (۳۹) تجویز شد. از طرفی ویتامین D در کنار کلسیم گلوکونات با هدف کنترل دردهای استخوانی و عضلانی در بیماران نوجوانان مبتلا به ایدز می‌تواند موثر باشد (۴۰). که در کیس مورد نظر تجویز ریز مغذی‌های ویتامین C، A، D و مکمل زینک و کلسیم گلوکونات تجویز شده بود. بعد از تجویز زینک در کنار سیپروهپتادین بهبود اشتها مشهود بود و بعد از تجویز مکمل ویتامین D در کنار کلسیم گلوکونات بیمار قادر به آهسته راه رفتن از روی ویلچر گردید. بعد از روز سوم تجویز ریز مغذی‌ها، زخم بستر بیمار از گرید II به گرید I رو به بهبودی بود. با اینکه اشتهای بیمار نسبت به روز اول بستری افزایش پیدا کرده بود و نزدیک به هدف کفایت انرژی و پروتئین بود اما بیمار همچنان امتناع عمداً از غذا در حضور خانواده را داشت. اظهارات بیمار مبنی بر تغذیه نامناسب در خانه می‌تواند از دلایل دیگر تشدید علائم گوارشی در این بیمار باشد. علاوه بر این وجود زخم بستر نیز خود نشان‌دهنده پرستاری نگهداری ناصحیح بیمار می‌تواند باشد. علاوه بر این عدم تمایل خانواده به همکاری و تهیه دارودرمانی‌های درخواست شده نیز موجب تاخیر در درمان بیمار می‌شد. با توجه به مطالعات پیشین یکی از علل اعتصاب غذایی و خانه‌گریزی بیمار و رفتارهای پرخطر بیمار به دلیل عدم حمایت کافی خانواده در این گروه

## References

١. Deeks SG, Tracy R, Douek DC. Systemic effects of inflammation on health during chronic HIV infection. *Immunity*. 2013;39(4):633-45.
٢. <https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/2024>.
٣. Kapila A, Chaudhary S, Sharma R, Vashist H, Sisodia S, Gupta A. A review on: Hiv aids. *Indian Journal of Pharmaceutical and Biological Research*. 2016;4(3):69-73.
٤. Kêdoté NM, Duguet AM, Agbahoungba JG, Gangbo FA. [Not Available]. *Journal international de bioethique et d'ethique des sciences*. 2024;34.٤٧-٤٨:(٣)
٥. Christian P, Smith ER. Adolescent undernutrition: global burden, physiology, and nutritional risks. *Annals of nutrition and metabolism*. 2018;72(4):316-28.
٦. Moro JC, Moreira NM. Clinico-epidemiological and sociodemographic profile of HIV/AIDS patients who are co-infected with *Toxoplasma gondii* in the border region of Brazil. *Anais da Academia Brasileira de Ciencias*. 2020;92(4):e20200293.
٧. Hussen S, Belachew T, Hussien N. Nutritional status and its effect on treatment outcome among HIV infected clients receiving HAART in Ethiopia: a cohort study. *AIDS research and therapy*. 2016;13:32.
٨. Proikaki S, Georgiadis N, Sergentanis TN, Kornarou E, Vassilakou T. Nutritional Status of Adult People Living with HIV: A Narrative Review. *Diseases*. 2025.٥٦:(٢)١٣;
٩. Alum E, Obeagu E, Ugwu O, Egba S, EjimUti D, Ukaidi C, et al. Confronting Dual Challenges: Substance Abuse and HIV/AIDS. *Elite Journal of HIV*. 2024;2(5):1-8.
١٠. Charron CB, Leung JM. The Safety and Efficacy of Marijuana in Persons Living with HIV. *AIDS reviews*. 2019;21.(٢)
١١. Yongnian L, Zhichun W, Yisen H, Yanyan Q, Juhua X, Qiuyan H, et al. Effect of probiotics combined with conventional therapy on AIDS-related diarrhea and its influence on intestinal microecology. *Chinese Journal of Microecology*. 2024;36(9):1073-8.
١٢. Iqbal T, Altaf S, Ahmad A. Overview of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): A Chronic Condition Caused by Human Immunodeficiency Virus (HIV).
١٣. Abdu Z, Belayneh W, Dule A, Alemu SS, Wedajo LF, Hajure M, et al. Adult HIV/AIDS patients are more likely to experience anxiety symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16:1507020.
١٤. Urban B, Cai K, Freestone DM, Hellner M, Bohon C, Arsenaault A, et al. Comparison of clinical presentation and treatment response among youth with atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *PloS one*. 2025;20(3):e0316572.
١٥. Mohajan D, Mohajan HK. Anorexia Nervosa: A Dreadful Psychosocial Health Complication. *Journal of Innovations in Medical Research*. 2024;3(4):69-75.
١٦. Goel A, Pandhare S, Sapkale B. Anorexia nervosa: A narrative review of diagnostic criteria, pathophysiology, and innovative management approaches. *Multidisciplinary Reviews*. 2025;8(2):2025059.-
١٧. Alexandrova Y, Costiniuk CT, Jenabian M-A. Pulmonary immune dysregulation and viral persistence during HIV infection. *Frontiers in immunology*. 2022;12:808722.
١٨. Kim Y, Hyon Y, Jung SS, Lee S, Yoo G, Chung C, et al. Respiratory sound classification for crackles, wheezes, and rhonchi in the clinical field using deep learning. *Scientific reports*. 2021;11(1):1-11.
١٩. De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. Reflections on 40 Years of AIDS. *Advances in Clinical Immunology, Medical Microbiology, COVID-19, and Big Data*. 2021:231-45.
٢٠. Frenkel A, Shiloh A, Azulay B, Novack V, Klein M, Dreihier J. The role of lactate dehydrogenase in hospitalized patients, comparing those with pulmonary versus non-pulmonary infections: a nationwide study. *PLoS One*. 2023;18(3):e0283380.
٢١. Verma A, Hine AM, Joelson A, Mei R, Pitts RA, Lebwohl B, et al. The influence of hospitalization and HIV severity on gastrointestinal PCR panel evaluation of HIV-related acute diarrhea in New York City: a retrospective, cross-sectional study. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2022;15:17562848221092593.
٢٢. Nacher M, Valdes A, Adenis A, Blaizot R, Abboud P, Demar M, et al. Gastrointestinal disseminated histoplasmosis in HIV-infected patients: A descriptive and comparative study. *Plos Neglected tropical diseases*. 2021;15(1):e0009050.

- .۲۳ Mabizela S, Van Wyk B. Viral suppression among adolescents on HIV treatment in the Sedibeng District, Gauteng province. *curacionis*. 2022;45(1):2312.
- .۲۴ Gandhi RT, Bedimo R, Hoy JF, Landovitz RJ, Smith DM, Eaton EF, et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2022 recommendations of the International Antiviral Society–USA panel. *Jama*. 2023;329(1):63-84.
- .۲۵ Tang AM, Quick T, Chung M, Wanke CA. Nutrition assessment, counseling, and support interventions to improve health-related outcomes in people living with HIV/AIDS: a systematic review of the literature. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;68:S340-S9.
- .۲۶ Van Graan AE. Nutritional management in HIV/AIDS infection. *World Rev Nutr Diet*. 2015;111:130-5.
- .۲۷ Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, Bauer S, Griffiths KM. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*. 2017;50(1):9-21.
- .۲۸ Gnanaraj J, Khaliq W, Kotwal S. Pellagra: An Unusual Cause for Altered Mental Status. *Cureus*. 2024;16.(۱۰)
- .۲۹ Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics*. 2019;42(2):263-74.
- .۳۰ Barrera Escobar S, Villegas Marín MC, López Estrada C, Trompa Romero IM. Approach to Diarrhea in HIV Patients: Narrative Literature Review and Diagnostic Proposal. 2025.
- .۳۱ Mulhall B. What Colonic Infections Are Associated With AIDS? Curbside Consultation of the Colon: CRC Press; 2024. p. 83.۴-
- .۳۲ Ye Y-M, Wei M-H, Lv K-N, Xue X-H, Shen R, Liu J-H. Effects of an anti-inflammatory diet (AID) on maternal and neonatal health outcomes in pregnant Chinese patients with inflammatory bowel disease treated with infliximab (IFX). *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2024;59(12):1297-305.
- .۳۳ Mor SM, Ndeezi G, Ascolillo LR, Tasimwa HB, Attipa C, Sponseller J, et al. Clinical Significance of Respiratory Involvement in Cryptosporidiosis: Cross-Sectional Study of Children with Diarrhea and Respiratory Symptoms in Uganda. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2024;111(4):796.
- .۳۴ Saini AK, Gupta AA, Keservani RK, Kachave RN, Dharmamoorthy G, Kesharwani RK, et al. HIV/AIDS neurological disorders. A Review on Diverse Neurological Disorders: Elsevier; 2024. p. 291-8.
- .۳۵ Gefe DB, Thwaini A, Buchholz N. The impact of nutrition and lifestyle on chronic urinary bladder conditions: a literature review. *Longhua Chinese Medicine*. 2024;7.
- .۳۶ Bolayir B, Arik G, Yeşil Y, Kuyumcu ME, Varan HD, Kara Ö, et al. Validation of nutritional risk screening-2002 in a hospitalized adult population. *Nutrition in Clinical Practice*. 2019;34(2):297-303.
- .۳۷ Khadim R, Al-Fartusie F, editors. Antioxidant vitamins and their effect on immune system. *Journal of Physics: Conference Series*; 2021: IOP Publishing.
- .۳۸ Thevi T, Abas AL, Rajan M. The effects of vitamin C on wound healing—Systematic review. *Indian Journal of Surgery*. 2024;86(1):23-9.
- .۳۹ Kumar J, Sen A. The role of vitamin C: From prevention of pneumonia to treatment of Covid-19. *Materials Today: Proceedings*. 2022.
- .۴۰ Dzavakwa NV, Chisenga M, McHugh G, Filteau S, Gregson CL, Kasonka L, et al. Vitamin D3 and calcium carbonate supplementation for adolescents with HIV to reduce musculoskeletal morbidity and immunopathology (VITALITY trial): study protocol for a randomised placebo-controlled trial. *Trials*. 2022;23(1):78.
- .۴۱ Khodabakhsh M, Jafari A, Banihasan M, Lachin M. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر ویژگی‌های خصمانه و رفتارهای پرخطر نوجوانان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۲۰۲۴;۲۶(۳):۱۴۹-۵۵.
- .۴۲ فردک، مهین، نصیری، آریاپوران. نقش مشکلات روان‌شناختی، بهزیستی معنوی، سبک‌های فرزندپروری و تنظیم هیجان در تمیز مادران با و بدون نوجوان خانه‌گریز. *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*. ۲۰۲۴;۱۴(۵۱):۵۳-۷۶.

## Case Report

# Anorexia Nervosa as a Manifestation of a Serious Illness in Adolescents: A Clinical Case Report

Received: 11/05/2025 - Accepted: 07/07/2025

Samira Mawdoodi<sup>1</sup>

Parastoo Asghari<sup>1</sup>

Hamid Reza Kianifar<sup>2</sup>

Saeedeh Talebi<sup>\*1,2</sup>

*1 Department of Nutrition, faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*

*2 Department of Pediatrics, faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*

Email: talebis@mums.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** AIDS in adolescents presents a significant health challenge that necessitates awareness, early diagnosis, and appropriate treatment. By recognizing the symptoms and conducting the necessary tests, the progression of the disease can be halted, and the quality of life for affected adolescents can be enhanced. This case report examines an instance of AIDS in an adolescent.

**Results:** A 17-year-old male patient, with no prior history of underlying health issues, was admitted to the hospital following a hunger strike, which resulted in severe weight loss, anorexia nervosa, bloody diarrhea, and vomiting. The patient received medical nutrition therapy and underwent endo-colonoscopy, subsequently being transferred to the relevant department due to active colitis. Initially suspected to have inflammatory bowel disease (IBD), he was ultimately diagnosed with HIV. Team-based treatment measures resulted in partial improvement of symptoms, including reduced appetite, diarrhea, and muscle pain. Optimal nutrition is crucial for maintaining lean body mass, alleviating the severity of HIV-related symptoms, supporting antiretroviral therapy, and enhancing overall quality of life. According to ESPEN guidelines, energy requirements should increase by 20 to 30% during the recovery phase following opportunistic infections. These guidelines also recommend a protein intake of 1.2-1.5 g/kg during both the active and inactive phases of the disease. Additionally, micronutrients, such as vitamins C and D, play a vital role in bolstering immune system health in these patients and can effectively help manage AIDS symptoms, including inflammation and gastrointestinal issues like diarrhea.

**Conclusion:** This case report illustrates that early diagnosis and appropriate management of AIDS in adolescents—particularly when clinical symptoms resemble those of other diseases—can significantly enhance the patient's quality of life and prevent the progression of complications and immunosuppression. In this instance, gastrointestinal symptoms and severe weight loss were initially misinterpreted as signs of anorexia nervosa. However, after further evaluation and a diagnosis of HIV, medical and nutritional interventions effectively managed the patient's symptoms. This study also underscores the importance of monitoring electrolyte abnormalities and the necessity of correcting them, especially in patients with HIV and malnutrition. Thorough assessments and multidisciplinary interventions by the treatment team are essential for the diagnosis and management of such patients, leading to improved clinical outcomes and treatment progress.

**Keywords:** AIDS disease, anorexia nervosa, adolescent, medical nutrition therapy