

דו"ח של האקדמיה להפרעות אכילה (AED) משנת 2016, מהדורה שלישית



הפרעות אכילה הנחיות לטיפול רפואי

נקודות קריטיות לזיהוי מוקדם וניהול סיכונים רפואיים בטיפול באנשים עם הפרעות אכילה

תרגמו: ד"ר דן פרבשטיין וד"ר אורלי לבן

פטור מאחריות: מסמך זה נוצר על ידי הוועדה לקביעת סטנדרטים רפואיים של האקדמיה להפרעות אכילה. הוא נועד להיות משאב לקידום הכרה ומניעה של תמותה ותחלואה שקשורות להפרעות אכילה. הוא אינו מדריך קליני כולל. נעשה כל מאמץ לספק מידע המבוסס על מחקר עדכני ועל פרקטיקה קלינית טובה. למשאבים נוספים, הנחיות קליניות וביבליוגרפיה, ראו: www.aedweb.org/Medical_Care_Standards ו- www.aedweb.org

חברים בוועדה לקביעת סטנדרטים רפואיים של האקדמיה להפרעות אכילה

Ovidio Bermudez, MD, FAED
Michael Devlin, MD, FAED
Suzanne Dooley-Hash, MD
Angela Guarda, MD
Debra K. Katzman, MD, FAED
Sloane Madden, MD, PhD, FAED
Beth Hartman McGilley, PhD, CEDS, FAED
Deborah Michel, PhD, CEDS
Ellen S. Rome, MD, MPH
Michael A. Spaulding-Barclay, MD, MS
Edward P. Tyson, MD
Mark Warren, MD, MPH, FAED
Therese Waterhous, PhD, RDN, CEDRD



זכויות יוצרים לתמונה: http://www.123rf.com/profile_harishmarnad

דו"ח של האקדמיה להפרעות אכילה (AED) משנת 2016, מהדורה שלישית
הפרעות אכילה: הנחיות לטיפול רפואי
תוכן עניינים

הנחיות מפתח	4
הפרעות אכילה	4
עובדות חשובות אודות הפרעות אכילה	5
סימנים וסימפטומים	6
זיהוי מוקדם	7
הערכה מקיפה	9
קריטריונים לאשפוז לצורך ייצוב רפואי אינטנסיבי	11
קריטריונים לאשפוז לייצוב פסיכיאטרי	12
תסמונת חידוש ההזנה:	12
מידע לרופאים מומחים:	15
התערבויות מוקדמות:	18
מטרות הטיפול:	19
ניהול טיפול מתמשך:	20
נספח 1	20
רשימה ביבליוגרפית	21
על האקדמיה להפרעות אכילה (AED)	21
על העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (IAED)	22



הנחיות מפתח

כל הפרעות האכילה הן מחלות נפשיות קשות עם תחלואה רפואית ופסיכיאטרית מסכנת חיים ותמותה, ללא קשר למשקל בו נמצא הפרט. למטופלים עם הפרעות אכילה יש את שיעורי התמותה הגבוהים ביותר מבין ההפרעות הפסיכיאטריות. הסיכון למוות מוקדם גבוה פי 6-12 בנשים עם אנורקסיה נרבוזה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, בהתאמה לגיל.

הטיפול המומלץ כולל אבחון והתערבות מוקדמת, המבוססת על גישה מתאימה מבחינה התפתחותית ומבוססת-ראיות, מנוהלת על ידי צוות רב מקצועי (רפואי, פסיכולוגי ותזונאי). הרכב הצוות הרב תחומי עשוי להשתנות ותלוי בצרכי המטופל ובזמינות של חברי הצוות בקהילה של המטופל. בקהילות בהן קיים חוסר במשאבים, מומלץ שהמטפלים יתייעצו עם מומחים בתחום הפרעות האכילה.

הפרעות אכילה

למטרת מסמך זה, נתמקד בהפרעות האכילה הנפוצות ביותר:

1. **אנורקסיה נרבוזה - Anorexia Nervosa (AN)** – מאופיינית בצמצום צריכת האנרגיה (קלוריות) ביחס לכמות הנדרשת לפרט, המוביל למשקל גוף נמוך משמעותית ביחס לגיל, למין, למסלול ההתפתחותי ולמצב הבריאותי. סימפטומים נוספים הינם: הפרעה בדימוי הגוף, פחד עז מפני עלייה במשקל, היעדר הכרה בחומרת המחלה ו/או התנהגויות המפריעות לעלייה במשקל.
2. **בולימיה נרבוזה - Bulimia Nervosa (BN)** – מאופיינת בהתקפי אכילה (אכילה של כמות גדולה של מזון בפרק זמן יחסית קצר המלווה בתחושה של אובדן שליטה), שלאחריהם התנהגות מטהרת/מפצה (לדוגמה, הקאה יזומה, שימוש לרעה במשלשלים או משתנים, שימוש לרעה באינסולין, פעילות גופנית מופרזת, כדורי דיאטה) פעם בשבוע או יותר במשך שלושה חודשים ומעלה. ייתכנו גם הפרעה בדימוי הגוף, פחד עז מפני עלייה במשקל והיעדר הכרה בחומרת המחלה.



3. **הפרעת אכילה בולמוסית - Binge-Eating Disorder (BED)** – מאופיינת בהתקפי אכילה ללא התנהגות מפצה, לפחות פעם בשבוע למשך שלושה חודשים ומעלה. אפיזודות של התקפי אכילה מקושרות לאכילה מהירה, ללא תחושת רעב, עד מלאות קיצונית, ו/או מקושרת לדיכאון, בושה ואשמה.
4. **הפרעת אכילה או אכילה ספציפית אחרת - Other Specified Feeding and Eating Disorders (OSFED)** – הפרעת אכילה שאינה עונה על הקריטריונים של אחת מהפרעות האכילה המתוארות לעיל, אך מאופיינת בהפרעה בהתנהגויות אכילה, כגון הגבלה בצריכת מזון, התקפי אכילה או התנהגות מטהרת כמאפייני מפתח.
5. **הפרעת אכילה או אכילה לא ספציפית (UFED) Unspecified Feeding or Eating Disorder** – קיימות התנהגויות של הפרעת אכילה אך הן לא מצוינות על ידי המטפל.
6. **הפרעת צריכת אכילה הימנעותית/מוגבלת – Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)** – מאופיינת בירידה משמעותית במשקל, חסך תזונתי, תלות בתוספים תזונתיים או הפרעה ניכרת בתפקוד הפסיכוסוציאלי בעקבות הגבלה קלורית ו/או תזונתית, אך ללא דאגות בנוגע למשקל או לגזרה.
- לתיאורים אבחנתיים מלאים ראו: www.aedweb.org, ה-DSM-5 או ה-ICD-10

עובדות חשובות אודות הפרעות אכילה

- כל הפרעות האכילה הן הפרעות חמורות עם סיבוכים גופניים ופסיכולוגיים מסכני חיים.
- הפרעות אכילה אינן מבחינות בין אנשים. הן משפיעות על אנשים בכל הגילאים, המגדרים, המוצאים אתניים, המעמדות הסוציו-אקונומיות ובמגוון משקלים, מידות וגזרות גוף.
- משקל אינו הסמן הקליני היחיד של הפרעת אכילה. אנשים במשקל נמוך, ממוצע או גבוה יכולים להיות עם הפרעת אכילה ואנשים בכל משקל יכולים להיות בתת תזונה ו/או לעסוק בשיטות לא בריאות לבקרת משקל.
- אנשים עם הפרעת אכילה עלולים לא להכיר בחומרת המחלה שלהם ו/או עשויים להיות אמביוולנטיים בנוגע לשינוי באכילה או בהתנהגויות האחרות.
- בכל המקרים של ירידה או עלייה תלולה במשקל באנשים שלכאורה בריאים יש לבחון אפשרות לקיומה של הפרעת אכילה מאחר שתנודות מהירות במשקל יכולות להיות סימן אפשרי להפרעת אכילה.
- בילדים ונוער, יש לבחון אפשרות לקיומה של הפרעת אכילה, כאשר ישנו שינוי בהתפתחות הצפויה לפי גיל, במשקל, בגובה, ו/או עיכוב או הפרעה בהתפתחות מינית.

- כל הפרעות האכילה יכולות להיות מקושרות לסיבוכים רפואיים חמורים המשפיעים על כל מערכות האיברים בגוף.
- ההשלכות הרפואיות של הפרעות אכילה עלולות להיות נסתרות או קשות לזיהוי, אפילו על ידי קלינאי מנוסה.

סימנים וסימפטומים

לאנשים עם הפרעות אכילה עשויים להיות סימפטומים רבים ומגוונים. בנוסף לסימנים קוגניטיביים והתנהגותיים המאפיינים הפרעות אכילה, הסימנים והסימפטומים הגופניים הבאים עלולים להופיע במטופלים עם הפרעת אכילה כתוצאה מהגבלת צריכת מזון או נוזלים, חסכים תזונתיים, התקפי אכילה והתנהגויות מפצות לא נאותות, כמו התנהגות מטהרת. עם זאת, חשוב לזכור שהפרעת אכילה מסכנת חיים עלולה להיות נוכחת ללא סימנים או סימפטומים בולטים.

כלליים:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - ירידה ניכרת במשקל, עלייה, תנודות או שינוי בלתי מוסבר בעקומת הגדילה או באחוזוני BMI בילד או מתבגר הנמצא בשלבי גדילה והתפתחות - אי סבילות לקור - חולשה - עייפות או תשישות - פרה-סינקופה (סחרחורת) - סינקופה (עילפון) - גלי חום, אפיזודות של הזעה | <p>לבניים ונשימתיים:</p> <ul style="list-style-type: none"> - כאב בחזה - דפיקות לב - טכיקרדיה אורתוסטטית (לחץ דם נמוך) - דיספנאה (קוצר נשימה) - בצקת (נפיחות) |
|--|---|

במערכת העיכול:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - אי נוחות אפיגסטריה - נפיחות בבטן - שובע מוקדם (מלאות) - ריפלוקס גסטרואזופגיאלי (צרבת) - המטמוזיס (הקאה דמית) - טחורים וצניחת פי הטבעת - עצירות | <p>אורליים ודנטליים:</p> <ul style="list-style-type: none"> - פציעות / חתכים בחלל הפה - Permyolysis (שחיקת שיניים על פני שטח השן האחורית) וחורים בשיניים - הגדלה של בלוטת הפרוטיד (הרוק) |
|--|--|

אנדוקריניים :

- אמנוראה או אוליגומנוראה (היעדר וסת או וסת לא סדירה)
- ירידה בדחף המיני
- שברי מאמץ
- צפיפות עצם נמוכה
- אי פוריות

נוירופסיכיאטריים :

- סימפטומים והתנהגויות שמאפיינים דיכאון/חרדה/אובססיות/קומפולסיות
 - אובדן זיכרון
 - ריכוז ירוד
 - אינסומניה
 - פגיעה עצמית
 - מחשבות, תכניות או ניסיונות אובדניים
 - פרכוסים
- שיער לנוגו (צמיחת שיער עדין על הגוף והפנים)
 - נשירת שיער
 - Carotenoderma (דיסקולרציה צהבהבה של העור)
 - סימן Russell (יבלות או צלקות על גב כף היד כתוצאה מהקאות יזומות)
 - ריפוי פצעים איטית
 - שיער וציפורניים יבשים ושברים

זיהוי מוקדם

יש לשקול אבחון להפרעת אכילה למי שמפגין/ה אחד או יותר מהבאים :

- שינויים תלולים במשקל (ירידה או עלייה משמעותית) או פלוקטואציות במשקל
- שינויים פתאומיים בהתנהגויות אכילה (מעבר לצמחונות/טבעונות, ללא גלוטן, ללא לקטוז, הורדה של מזונות מסוימים או קבוצת מזונות, אכילה של מזונות "בריאים" בלבד, התקפי אכילה לא מבוקרים)
- שינויים פתאומיים בדפוסי פעילות גופנית, פעילות גופנית מופרזת או כפייתית או מעורבות באימון גופני קיצוני
- הפרעה בדימוי הגוף, רצון עז לרדת במשקל על אף משקל נורמלי או נמוך, או התנהגות דיאטה קיצונית ללא תלות במשקל
- תלונות על כאבי בטן ו/או בעיות עיכול בהקשר של התנהגויות של ירידה במשקל
- הפרעות אלקטרוליטריות ללא גורם רפואי מזוהה (בעיקר היפוקלמיה, היפוכלורמיה, או ביקרבונאט מוגבר)
- היפוגליקמיה (רמות סוכר נמוכות)

- ברדיקרדיה (דופק נמוך)
- אמנוראה או אי סדירות של הוסת
- אי-פריון בלתי מוסבר
- סכרת נעורים סוג 1 עם בקרת גלוקוז ירודה או אירועים חוזרים של diabetic ketoacidosis (DKA) עם או ללא ירידה במשקל
- שימוש בהתנהגויות מפצות (לדוגמא, הקאות יזומות, שימוש לרעה במשלשלים, דיאטה, צום או פעילות גופנית מופרזת) על מנת להשפיע על המשקל לאחר אכילה או התקפי אכילה.
- שימוש לא הולם במדכאי תיאבון, קפאין, משתנים, משלשלים, חוקנים, סירופ איפקאק (ipecac), ממתקים מלאכותיים, מסטיק ללא סוכר, תרופות מרשם המשפיעות על המשקל (אינסולין, תרופות לבלוטת התריס, פסיכוסטימולנטים או סמי רחוב) או תוספים תזונתיים המשווקים לירידה במשקל.

תת תזונה היא מצב רפואי חמור המצריך תשומת לב דחופה. מצב זה יכול להופיע במטופלים עם הפרעות באכילה, ללא תלות במשקל. אנשים עם התנהגויות אכילה רסטרקטיביות ממושכות, התקפי אכילה או התנהגות מטהרת, גם אם עושים מאמצים לנתב מחדש את ההתנהגות, חייבים לקבל התערבות מיידית.



בדיקות אבחנתיות מומלצות עבור כל המטופלים עם חשד להפרעת אכילה	
ממצאים לא תקינים וגורמים אפשריים	בדיקות בסיסיות
לויקופניה, אנמיה, או טרומבוציטופניה	ספירת דם מלאה
גלוקוז : תזונה ירודה נתרן : צבירת מים או משלשלים אשלגן : הקאות, משלשלים, משתנים כלוריד : הקאות, משלשלים ביקרבוונאט בדם : הקאות משלשלים אוראה בדם : התייבשות קראטינין : התייבשות, אי ספיקת כליות דלדול שרירים סידן : מעט תזונה ירודה על חשבון העצם פוספט : תזונה ירודה מגנזיום : תזונה ירודה, משלשלים סה"כ חלבון/אלבומין : בתת תזונה מוקדמת על חשבון מסת שריר, תת תזונה מתקדמת פרא-אלבומין : תזונה דלת חלבון Aspartate aminotransaminase (AST), Alanine aminotransaminase (ALT) : הרעבה	פאנל מקיף, כולל אלקטרוליטים, תפקודי כליות ואנזימי כבד
ברדיקרדיה (קצב לב נמוך), QTc מוארך (< 450 מילישניות), הפרעות קצב אחרות	(ECG) Electrocardiogram

בדיקות אבחנתיות נוספות לפי שיקול דעת	
ממצאים אפשריים לא תקינים	בדיקות נוספות
לפטין : בתת תזונה	רמת לפטין
TSH : או נורמלי T4 : או נורמלי euthyroid sick syndrome	Thyroid stimulating hormone (TSH), thyroxine (T4)
עמילאז : הקאות, פנקראטיטיס ליפאז : פנקראטיטיס	אנזימי לבלב (עמילאז וליפאז)
FSH, LH, אסטרדיול (נשים) וטסטוסטרון (גברים) רמות : או נורמלי	גונדוטרופינים (FSH ו LH) והורמוני מין (אסטרדיול וטסטוסטרון)

ESR : רעב או דלקת	Erythrocyte sedimentation rate (ESR)
מטופלים עם הפרעות אכילה נמצאים בסיכון לצפיפות עצם נמוכה. אין ראיות שטיפול הורמונלי חלופי (אסטרוגן/פרוגסטרון בנשים או טסטוסטרון בגברים) משפר צפיפות עצם. שיקום תזונתי, עלייה במשקל, ונורמליזציה של ייצור אנדוגני של הורמוני המין (sex steroids) הם הטיפולים המומלצים.	Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA)

קריטריונים לאשפוז לצורך ייצוב רפואי אינטנסיבי

נוכחות של אחד או יותר מהבאים :

1. BMI פחות מ-75% של החציון לגיל, מין, וגובה
2. היפוגליקמיה
3. הפרעות אלקטרוליטריות (היפוקלמיה, היפונתרמיה, היפופספטמיה ו/או חמצת או בססת מטאבולית)
4. הפרעות בא.ק.ג (לדוגמא, QTc מוארך גדול מ-450, ברדיקרדיה, הפרעות קצב אחרות)
5. אי יציבות המודינמית
 - ברדיקרדיה
 - תת לחץ דם
 - היפותרמיה
6. אורתוסטטיס
7. סיבוכים רפואיים אקוטיים של תת תזונה (לדוגמא, עילפון, פרכוסים, כשל לבבי, פנקראטיטיס וכו')
8. הפרעה פסיכיאטרית נלווית או מצב רפואי שאינו מאפשר או מגביל טיפול מרפאתי (לדוגמא, דיכאון חמור, מחשבות אובדניות, הפרעה טורדנית-כפייתית, סכרת סוג 1)
9. חוסר וודאות בנוגע לאבחנה של הפרעת אכילה

קריטריונים לאשפוז לייצוב פסיכיאטרי

נוכחות של אחד או יותר מהבאים:

1. סירוב חריף לאכילה
2. מחשבות או התנהגויות אובדניות
3. תחלואה פסיכיאטרית נלווית אחרת המפריעה לטיפול בהפרעת האכילה (חרדה, דיכאון, הפרעה טורדנית-כפייתית)

שיקולים נוספים בנוגע לאשפוז:

1. כישלון של טיפול מרפאתי
2. התקפי אכילה ו/או התנהגות מטהרת אשר אינם נשלטים
3. תמיכה חברתית ו/או מעקב פסיכיאטרי או רפואי לא מספקים

תסמונת חידוש ההזנה:

תסמונת חידוש ההזנה מתארת את ההפרעות הקליניות והמטבוליות שעלולות להתרחש בעת חידוש ההזנה (אורלית, אנטרלית, או תוך-ורידית) במטופל הסובל מתת-תזונה. המאפיינים הקליניים של תסמונת חידוש ההזנה כוללים בצקת, כשל לבבי ו/או נשימתי, בעיות גסטרואינטסטינליות, חולשת שרירים קשה, בלבול, ובמקרים קיצוניים, מוות. הפרעות מעבדתיות יכולות לכלול היפופוספטמיה (החשובה ביותר), היפוגליקמיה, היפוקלמיה, היפומגנזמיה והיפונתרמיה. תסמונת חידוש ההזנה יכולה להתרחש במטופל בכל גיל ובכל משקל. זוהי תסמונת שעלולה לגרום למוות, והיא דורשת טיפול מיוחד ביחידה לאשפוז מלא.

גורמי סיכון לתסמונת חידוש ההזנה:

- חומרת תת-התזונה בהתייגות (BMI נמוך מ-70% של החציון עבור מתבגרים, BMI פחות מ-15 עבור מבוגרים)
- מטופלים הסובלים מתת תזונה כרונית, ושהצריכה הקלורית שלהם היתה נמוכה מאוד במשך 10 ימים או יותר.
- היסטוריה של תסמונת חידוש ההזנה.
- מטופלים שחוו ירידה מהירה או משמעותית מאוד במשקל (ירידה של יותר מ-10-15% במסת הגוף תוך 3-6 חודשים), ללא קשר למשקלם הנוכחי.

חשוב ביותר - יש לשקול חידוש ההזנה בתנאים של אשפוז מלא אם ישנו גורם סיכון אחד או יותר לתסמונת חידוש ההזנה. באופן אידיאלי, מטופלים צריכים להתאשפז בבית חולים בו ניתן לקבל מענה מרופא מומחה להפרעות אכילה.

- מטופלות הצורכות כמות משמעותית של אלכוהול (מטופלים אלה נמצאים גם בסיכון לפתח אנצפלופתיה ע"ש ורניקה בעת חידוש ההזנה. לפני חידוש ההזנה עליהם לקבל טיפול בתיאמין ובחומצה פולית).
- מטופלים שחוו ירידה משמעותית במשקל אחרי ניתוח בריאטרי (עליה בסיכון להפרעות אלקטרוליטריות עקב תת-ספיגה).
- מטופלות עם היסטוריה של שימוש לרעה במשתנים, משלשלים ואינסולין.
- מטופלות עם הפרעות אלקטרוליטריות טרם חידוש ההזנה.

איך למנוע ולטפל בתסמונת חידוש ההזנה:

- יש להכיר את הסימנים, הסימפטומים וגורמי הסיכון לתסמונת חידוש ההזנה.
- כאשר הדבר ניתן, יש להפנות מטופלים בסיכון לתסמונת חידוש ההזנה לרופאים המומחים בניהול הרפואי וההתנהגותי של הפרעות אכילה ו/או לאשפוזם ביחידה לאשפוז מלא, שמתמחה בתחום זה.
- יש לבדוק רמות אלקטרוליטים (נתרן, אשלגן, זרחן ומגנזיום) וגלוקוז בדם טרם חידוש ההזנה. שימו לב שרמתם יכולה להיות תקינה טרם חידוש ההזנה. רמות הזרחן מגיעות לשפל בימים 3-7 אחרי התחלת השיקום התזונתי.
- ביחידת אשפוז מלא, יש לנטר רמות אלקטרוליטים וגלוקוז בסרום באופן תדיר (לפחות פעם ביום אם יש חריגות משמעותיות) בשלבים הראשונים של חידוש ההזנה, עד התייצבותם (לפחות 72 שעות).
- יש לתקן באגרסיביות חסכים אלקטרוליטיים. הזנה דרך הפה עדיפה, אולם לעיתים אין מנוס מהשלמת החסכים דרך זונדה. אין צורך לתקן הפרעות אלקטרוליטיות והפרעות במאזן הנוזלים לפני התחלת ההזנה. אם המעקב הוא זהיר, ניתן לעשות זאת בבטחה באופן סימולטני.
- יש להתחיל טיפול יומי במולטיוויטמין לפני חידוש ההזנה, ויש להמשיכו במהלכה. יש לשקול מתן תוספת תיאמין למטופלים הנמצאים בתת-תזונה קשה, בשל הסיכון לפיתוח אנצפלופתיה ע"ש ורניקה.
- יש להתאים את קצב חידוש ההזנה לגיל, לשלב התפתחותי ולמידת תת-התזונה של החולה, וזאת בהתייעצות עם תזונאי המומחה בחידוש הזנה במטופלות הסובלות מהפרעות אכילה.

- יש לנטר מתן נוזלים כדי להימנע מהעמסת יתר. יש להעדיף מתן נוזלים פומי (דרך הפה). במקרים בהם יש צורך בזונדה, יש להימנע ממתן בולוסים גדולים של נוזלים. יש להחזיר אובדנים לאט, בהזלפה בקצב קבוע ואיטי (לדוגמא 50-75 מ"ל לשעה במטופל מבוגר, או ½ מטיפול אחזקה סטנדרטי בילדים).
- יש לנטר סימנים חיוניים וכן מצב לבבי ומנטלי בכל המטופלים במהלך חידוש ההזנה.
- יש לנטר רמות גלוקוז באופן תדיר. רמות הגלוקוז אחרי האוכל יהיו לרוב נמוכות במטופלות/ים עם אנורקסיה נרבוזה במצב של הרעבה קשה.

תת-הזנה:

תת-הזנה עקב זהירות-יתר בקצב חידוש ההזנה עלולה להוביל להמשך הירידה במשקל. יתכן קשר בין תת-הזנה ובין פרוגנוזה גרועה, תגובה איטית לטיפול ואף למוות במטופלות/ים עם תת-הזנה קשה.

שיטות של חידוש הזנה:

- שיטות מסוג "Start low and go slow" נזנחו לאחרונה לטובת שיטות חידוש הזנה מהירות יותר עם ניטור רפואי צמוד באשפוז מלא. לדוגמא, מטופלת מבוגרת עם הפרעת אכילה שנמצאת בתת הזנה משמעותית, שצריכתה הקלורית טרם אשפוזיה היתה מועטה מאוד, יכולה לקבל הזנה של כ-1600 קק"ל/יום בבטחה, עם עלייה של 300 קק"ל/יום כל 2-3 ימים, עד שמושגת עליה יציבה של 1-2 ק"ג/שבוע במשקלה.
- לאחר ייצוב רפואי בשלבים הראשונים של חידוש ההזנה, מרבית המטופלים זקוקים לצריכה קלורית גבוהה (3500-4000 קק"ל/יום) לשם עליה יציבה במשקל. ניתן להתחיל הזנה זו באשפוז מלא ולהמשיכה אמבולטורית ברגע שהמטופל יציב מבחינה רפואית, עד החזרה למשקל תקין. אז, יש לבצע הערכה מחדש של הצרכים התזונתיים הדרושים לשמירה על המשקל ו/או גדילה.
- לעיתים יש צורך להזכיר לילדים/מתבגרים ולמשפחותיהם שהם נמצאים בתקופה של גדילה והתפתחות. משקלי היעד והצרכים התזונתיים של ילדים ומתבגרים משתנים עם התפתחותם וגדילתם.
- יש להעדיף הזנה פומית (דרך הפה), תמיד. האינדיקציות להזנה אנטרלית כוללות היעדר עליה מספקת במשקל (פחות מ-1 ק"ג בשבוע) או היעדר גישה לתכנית התנהגותית ייעודית לחידוש ההזנה. הזנה תוך ורידית אינה מומלצת ויש לעשות בה שימוש רק בהיעדר מערכת עיכול פונקציונלית.

מידע לרופאים מומחים :

מטופלות/ים עם הפרעות אכילה מופנים לעיתים קרובות לרופאים מומחים להערכת תלונות רפואיות. על כל רופא, ללא קשר לתחום מומחיותו, להכיר את הסימנים והסימפטומים של הפרעת אכילה, לטפל בסיבוכים על פי הצורך וכן לדעת מתי יש להפנות את המטופלת/ת להערכה וטיפול של מומחה בהפרעות אכילה ו/או להפנות לטיפול באשפוז בשל סיכון רפואי. שיתוף פעולה עם מומחה להפרעות אכילה תמיד משרת את טובת החולים.

לכל נותני השירות: יש לשמור על חשד גבוה באשר לקיומה של הפרעת אכילה, בעיקר במטופלים בסיכון גבוה. יש לזכור שהפרעות אכילה יכולות להופיע באנשים מכל גיל, גזע, מגדר או מבנה גוף. יש לעשות הערכה ראשונית ולהפנות למומחה בתחום הפרעות האכילה על פי האינדיקציות. ניתן להשתמש בכלי סקרנינג תקף כגון ה-SCOFF (ר' נספח 1) כדי לזהות מטופלים בוגרים שיכולים להרוויח מהמשך הערכה לקיום הפרעת אכילה.

קרדיולוגיה :

- ברדיקרדיה היא תגובה פיזיולוגית אדפטיבית לרעב, והיא הפרעת הקצב השכיחה ביותר במטופלים עם הפרעות אכילה. אין לשייך ברדיקרדיה באופן אוטומטי לאתלטיות או אימון במטופלים הנמצאים בתת משקל, שחוו ירידה מהירה במשקל או שהצריכה הקלורית שלהם אינה תואמת את עצימות פעילותם הגופנית.
- על הקרדיולוג להתיעץ עם מומחים להפרעות אכילה אם הם חושבים שהמטופלת/ת סובלת/ת מהפרעת אכילה, או לחילופין, אם הם מבצעים הערכה למטופלת/ת עם אבחנה של הפרעת אכילה. טיפול משולב מסייע לשים את האבחנה והתמונה הקלינית בהקשר המתאים.
- הפרעות בקצב הלב עקב הפרעות אלקטרוליטיות הינן סיבת מוות נפוצה בקרב מטופלים עם הפרעות אכילה.

רפואת חירום :

- מטופלים עם הפרעות אכילה מגיעים לחדרי מיון בשיעורים גבוהים לעומת אנשים אשר ללא הפרעות אכילה, בשל תלונות שונות ומגוונות.
- לעתים הביקור בחדר המיון הינו המפגש הראשון של החולה עם צוות רפואי. חומרת המחלה וההתנגדות לטיפול עולות עם משך המחלה. ככל שניתן טיפול מתאים מהר יותר, כך הסיכוי להחלמה מלאה מהמחלה עולה. אינטראקציה חיובית בין מטפל למטופל בחדר המיון, והפניה לטיפול ייעודי ומקצועי בהפרעות אכילה יכולות להפחית באופן משמעותי את משך המחלה וחומרתה.

- על המטפל להתייעץ עם מומחים להפרעות אכילה אם אינו בטוח לגבי הפניה ומעקב מתאימים.
- יש להימנע ממתן נוזלים תוך ורידי אגרסיבי מדי במטופלות עם הפרעות אכילה, שכן הדבר עלול להוביל לעודף נוזלים וכשל לבבי. יש לטפל בהזלפה איטית של נפחים נמוכים, ולא בבולוסים גדולים, לשם ההידרציה.
- יש להימנע ממתן **מופרז** של גלוקוז בקבלה, שכן הדבר עלול להביא להתפתחות תסמונת חידוש ההזנה. אם רמות הסוכר נמוכות, עדיף לתת עירווי מתמשך של דקסטרוז 5%, ולא בולוסים של דקסטרוז 50%.

אנדוקרינולוגיה:

- מתבגרות הסובלות מסכרת סוג I נמצאות בסיכון מוגבר להפרעות אכילה. נערות אלה נוטות ליטול מינוני אינסולין נמוכים מהנדרש והן נמצאות בסיכון גבוה יותר לפיתוח סיבוכי סכרת ארוכי טווח אשר עלולים לכלול גם מוות מוקדם. היעדר שליטה גליקמית ו/או אפיזודות חוזרות של DKA בכל מטופל סכרתי הינן אינדיקציה לביצוע הערכה בשאלה של הפרעת אכילה.
- יש לבחון קיומה של Euthyroid Sick Syndrome (ESS) במטופלים/ות בעלי משקל נמוך והפרעות בתפקודי בלוטת התריס. ESS לרוב אינו דורש מתן תוספת הורמון תריס וחולף בעצמו עם החזרה למשקל תקין.

גסטרואנטרולוגיה:

- תלונות GI כגון עצירות, כאבי בטן, בחילות, הקאות דמיות, צרבות ושובע מוקדם הינן מהתסמינים הגופניים הנפוצים ביותר במטופלים עם הפרעות אכילה.
- בקרב מטופלות הסובלות מהפרעות אכילה ניתן למצוא בשכיחות גבוהה גם עליה קלה באנזימי כבד (אמינוטרנספראזות).
- סימנים ותסמינים אלה לרוב מביאים להפניה לגסטרואנטרולוג. ניתן להתחיל בטיפול סימפטומטי לתלונות אלה. יש לציין שמרבית תסמיני ה-GI משתפרים ואף נעלמים עם ההחלמה מהפרעת האכילה.

גניקולוגיה ומילדות:

- אל-וסת או מיעוט-וסת, ללא סיבה ברורה אחרת, הינן אינדיקציה לביצוע הערכה בשאלה של הפרעת אכילה.
- אין אינדיקציה לשימוש בתכשירים פומיים למניעת הריון (OCPs) לטיפול באל-וסת או מיעוט-וסת במטופלות עם הפרעת אכילה, אשר אינן זקוקות לתכשירים למניעת הריון.
- אין ראיות התומכות במתן OCPs לטיפול בירידה במסת העצם במטופלות בעלות משקל נמוך עם אל-וסת. חזרה למשקל תקין וחזרת המחזור ללא תמיכה הורמונלית חיצונית הוא טיפול הבחירה במקרים אלה.
- על אף הירידה בתפקוד השחלתי המתרחשת במטופלות הסובלות מהפרעות אכילה, הן עדיין יכולות להיכנס להריון.
- אי-פוריות הינה לעיתים התלונה הראשונה של מטופלות עם הפרעות אכילה. משקל נמוך במטופלות עם הפרעות אכילה מהווה קונטרא-אינדיקציה לביצוע טיפולי פוריות. מטופלות אלה נמצאות בסיכון גבוה יותר להפלות, האטה בגדילה תוך-רחמית, משקל לידה נמוך וסיבוכי הריון ולידה נוספים כתוצאה מטיפולי פוריות.

פסיכיאטריה:

- מטופלות עם הפרעות אכילה נמצאות בסיכון גבוה לתחלואה נלווית של הפרעות פסיכיאטריות אחרות, ובהן דיכאון, חרדה, הפרעה אובססיבית-קומפולסיבית, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, התנהגויות של פגיעה עצמית ושימוש בסמים וכן סיכון גבוה לאובדנות.
- מטופלות עם הפרעות אכילה מדווחות לעיתים על תסמינים של דיכאון או הפרעות נפשיות אחרות, מבלי שהן מזהות או חושפות מחשבות והתנהגויות הנוגעות להפרעת האכילה.
- שיעורי התמותה בקרב אנשים עם הפרעות אכילה הם גבוהים יותר מאשר שיעורי התמותה בקרב אנשים עם הפרעות פסיכיאטריות אחרות. על-כן חיוני ביותר שהאבחון שלהן והטיפול בהן יעשו על ידי מומחה בטיפול בהפרעות אכילה.

רפואת ילדים:

- יש להפנות ילדים ומתבגרים המתייצגים עם כשל בגדילה (FTT), קפדנות באכילה, אכילה סלקטיבית, תלונות גסטרואינטסטינליות (כגון בחילות, אובדן תאבון, עצירות), ירידה בלתי מוסברת במשקל, היעדר עליה במשקל או עיכוב בגדילה ובהתפתחות להערכה בשאלה של הפרעת אכילה.
- יש להתייחס בכובד ראש לחששותיהם של הורים לגבי כל שינוי בהתנהגויות אכילה, במצבי רוח, במשקל או בגדילה של ילדיהם.

התערבויות מוקדמות:

1. מטופלים עם הפרעות עלולים לא להכיר במחלתם, ו/או להיות אמביוולנטיים לגבי קבלת טיפול.

זהו סימפטום של מחלתם. מטופלות נוטות למזער, לתת הסברים או להסתיר את תסמיני הפרעת האכילה והתנהגויות הקשורות אליה. הסבריהן המשכנעים והמסוגלות בתחומי חיים אחרים מסווים לעיתים את חומרת מחלתן. על-פי רוב ישנו צורך בתמיכה חיצונית ועזרה בקבלת החלטות, בכל גיל.

2. הורים/אפטרופסים הם אלה שלרוב מבקשים עזרה לילדות, מתבגרות או מבוגרות צעירות הסובלות מהפרעות אכילה.

יש לסמוך על דאגותיהם. אפילו בקשה אחת לייעוץ בנוגע להתנהגות האכילה של הילד ודאגותיו למשקל/מראה הינה גורם מנבא חזק לקיומה של הפרעת אכילה או לסיכון להתפתחותה.

3. שיכון אשמה.

יש לעזור למשפחות להבין שהן לא גרמו להפרעה ושבאותו האופן, וגם שהילד/ה או קרוב/ת המשפחה שלהן לא בחר במחלה. הבנה זו עוזרת בקבלת האבחנה ובהפנייה לטיפול, ומפחיתה את הסטיגמה המיותרת שקשורה למחלה.

4. ניטור בריאות גופנית, כולל סימנים חיוניים ובדיקות מעבדה.

יש לנטר ולעקוב באופן סדיר אחר סיבוכים רפואיים אקוטיים וכרוניים במטופלים עם הפרעות אכילה. יש לפרש את ממצאי ההערכות בהתאם להסתגלות הפיזיולוגית לתת-תזונה, ולהתנהגות מיטהרת. על הרופא לזכור שבדיקה גופנית ובדיקות מעבדה יכולות להיות תקינות גם בנוכחות הפרעת אכילה מסכנת חיים.

5. סיכון פסיכיאטרי.

יש להעריך סיכון פסיכיאטרי בכל עת, ובכך גם מחשבות, כוונות או תכניות להתאבדות או לפגיעה עצמית. עד כמחצית ממקרי המוות הקשורים להפרעות אכילה הם כתוצאה מהתאבדות.

מטרות הטיפול:

חשוב לציין שהחלמה מלאה מהתסמינים יכולה לדרוש טיפול ממושך. תסמינים פסיכולוגיים לעיתים מוחמרים באופן זמני עם התחלת הטיפול והשיפור במצב הגופני. יש להכיר בכך שהפרעות אכילה אינן סתם גַחְמָה, פאזה חולפת או בחירת חיים. אלה הפרעות שקשורות לביולוגיה ולגנטיקה. הן לא בחירה וניתן להחלים מהן באופן מלא.

ייצוב רפואי, שיקום תזונתי לשם חזרה למשקל תקין, ניהול חידוש ההזנה וסיבוכיה האפשריים והפסקת התנהגויות מטהרות/מפצות הינם היעדים המידיים של הטיפול בכל אדם עם הפרעת אכילה. במקביל, חשוב להתייחס ליעדים פסיכולוגיים ואחרים, כאשר הדבר מתאים.

ייצוב גופני - כפי שהוצג מעלה:

- טיפול בסיבוכים רפואיים אקוטיים וכרוניים.
- כולל חזרה של מחזור הוסת (אם רלוונטי).

שיקום תזונתי:

- חזרה למשקל תקין
- חזרה לדפוסי ארוחות שמקדמים בריאות וקשרים חברתיים.

נורמליזציה של התנהגות אכילה:

- הפסקה של צמצום אכילה, בולמוסים, ו/או והתנהגות מטהרת
- וויתור על התנהגויות אכילה לא תקינות או טקסיות.

ייצוב פסיכוסוציאלי:

- הערכה וטיפול בכל הפרעה פסיכולוגית נלווית.
- בניה מחדש של מעורבות חברתית מתאימה.
- שיפור בתסמינים פסיכולוגיים הקשורים להפרעת האכילה.
- שיפור בדימוי הגוף.

ניהול טיפול מתמשך:

לאחר ייצוב ראשוני יש צורך בהמשך טיפול מבוסס ראיות, הניתן על ידי מומחים בתחום הפרעות האכילה, לשם החלמה מלאה. טיפול אופטימלי כולל צוות רב-מקצועי שמתמחה בהפרעות אכילה ומציע שירותים רפואיים, פסיכולוגיים, תזונאיים ופסיכופרמקולוגיים. המשפחות (הורים ובני/בנות הזוג) צריכים להיות מעורבים בטיפול, ככל שמתאפשר.

במטופלות עם משקל נמוך, חזרה למשקל תקין ובריא יביא לשיפור משמעותי בתפקוד גופני, פסיכולוגי, חברתי ורגשי. הגעה למשקל נמוך מדי קשורה לתוצאות לא טובות והגעה למשקל בריא ושמירתו קשורים לתוצאות טובות.

יחד עם זאת, החלמה מלאה מהפרעות אכילה דורשת יותר מחזרה למשקל תקין. לא פחות חשוב שאנשי מקצוע מוסמכים יתייחסו במהלך הטיפול בהפרעת אכילה לעיוותים בדימוי הגוף, למחשבות ולהתנהגויות אחרות שקשורות להפרעות אכילה, להפרעות הפסיכולוגיות נלוות וכן לקשיים חברתיים או תפקודיים.

נספח 1:

דוגמא של כלי מתוקף שמזהה סיכון גבוה להפרעות אכילה – ה-SCOFF*. קיימים כלים אחרים.

1. האם את גורמת לעצמך להקיא בגלל שאת מרגישה מלאה בצורה לא נעימה?
2. האם את חוששת שאיבדת שליטה על הכמות שאת אוכלת?
3. האם לאחרונה הפחתת ממשקלך יותר מ-6 ק"ג בתקופה של 3 חודשים?
4. האם את מאמינה שאת שמנה כאשר אחרים אומרים שאת רזה מדי?
5. האם היית אומרת שאוכל משתלט על חייך?

*שתי תשובות חיוביות או יותר מעידות על אבחנה אפשרית של הפרעת אכילה. במקרים כאלה, מתבקשת הפניה מיידית להערכה מלאה יותר.

- Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, Le Grange D, Madden S, Whitelaw M, Redgrave GW. (2016). A Systematic Review of Approaches to Refeeding in Patients with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 49(3), 293-310.
- Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, Lacey JH, Mitchell JE. (2008). Screening for Eating Disorders in Primary Care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 612-622.
- Sachs K, Andersen D, Sommer J, Winkelman A, Mehler PS. (2015). Avoiding Medical Complications During the Refeeding of Patients with Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*. 23(5), 411-421.
- The Society for Adolescent Health and Medicine. (2015). Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*. 56(1), 121-125.
- The Society for Adolescent Health and Medicine. (2014). Refeeding Hypophosphatemia in Hospitalized Adolescents with Anorexia Nervosa: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 55(3), 455-457.

על האקדמיה להפרעות אכילה (AED):

ה-AED היא אגודה גלובלית רב מקצועית שמחויבת להוביל בקידום המחקר, החינוך, הטיפול והמניעה בתחום של הפרעות אכילה. ה-AED מספק הכשרה וחינוך עדכניים, נותן השראה להתפתחויות חדשות בתחום של הפרעות אכילה, ומהווה המקור הבינלאומי למידע עדכני על הפרעות אכילה. הצטרפו ל-AED: הצטרפו לקהילה גלובלית המוקדשת למחקר, טיפול, חינוך ומניעה של הפרעות אכילה – www.aedweb.org

על העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (IAED):
העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה משמשת כגוף על-מקצועי
ורב-תחומי המאגד בתוכו את הפעילות הקלינית והמחקרית בהפרעות אכילה בישראל.
למידע ולהצטרפות: www.iaed.org.il



11130 Sunrise Valley Drive | Suite 350
Reston, VA 20191 | USA

Tel: +1 703 234 4079 | Fax: +1 703 435 4390
www.aedweb.org | info@aedweb.org