

الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية

إخلاء مسؤولية: الغرض من هذه الوثيقة، الصادرة عن لجنة معايير الرعاية الطبية في أكاديمية اضطرابات الأكل، هو أن تتشكل مرجعًا يعزز عملية التعرف على الاعتلالات الطبية والوفيات المرتبطة باضطرابات الأكل والوقاية منها. ولا تعد هذه الوثيقة دليلًا إكلينيكيًا شاملًا. وقد بذلنا أقصى الجهد لتوفير المعلومات المستندة إلى أفضل الأبحاث المتوفرة وأفضل الممارسات الحالية. لمزيد من المصادر والمبادئ التوجيهية الخاصة بالممارسات وقائمة المراجع الرجاء زيارة الروابط: www.aedweb.org و www.aedweb.org/Medical_Care_Standards

أعضاء لجنة معايير الرعاية الطبية في أكاديمية اضطرابات الأكل:

أوفيديو بيرمودز، MD، FAED

مايكل دفلين، MD، FAED

سوزان دولي هاش، MD

أنجيلا جواردا، MD

ديبرا كاتزمان، MD، FAED

سلون مادن، MD، PhD، FAED

بيث هارتمان ماجيلي، PhD، CEDS، FAED

ديبورا ميشيل، PhD، CEDS

إلين روم، MD، MPH

مايكل سبولدينج باركلي، MD، MS

إدوارد تايسون، MD

مارك وارن، MD، MPH، FAED

تيريز واترهاوس، PhD، RDN، CEDRD

تقرير أكاديمية اضطرابات الأكل 2016 | الإصدار الثالث

اضطرابات الأكل: دليل إرشادي للرعاية الطبية

المحتويات

4	المبادئ الإرشادية الأساسية
4	اضطرابات الأكل
5	حقائق مهمة عن اضطرابات الأكل
6	استعراض المؤشرات والأعراض
7	التعرّف المبكر
9	تقييم شامل
11	معايير دخول المستشفى للتثبيت الطبي الحد
12	متلازمة إعادة التغذية
15	معلومات عن مقدمي الخدمات الطبية المتخصصة
18	التدخل في الوقت المناسب
19	أهداف العلاج
20	الإشراف والمتابعة المستمرة
20	الملحق 1
23	المراجع
23	نبرة عن أكاديمية اضطرابات الأكل



جميع اضطرابات الأكل (ED) تعتبر أمرًا عقليًا خطيرةً ينجم عنها معدلات عالية من الأمراض المصاحبة لها والمهددة للحياة وحالات الوفاة التي تعود لأسباب طبية ونفسية، وذلك بغض النظر عن وزن الفرد. ومعدلات الوفاة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل هي الأعلى بالنسبة لجميع الاضطرابات النفسية. كما يتضاعف خطر حدوث وفاة مبكرة من 6 مرات إلى 12 مرة لدى النساء اللواتي يعانين من فقدان الشهية العصبي (AN) بالمقارنة مع عموم الناس، وذلك نسبةً إلى إعمارهن.

إن التعرف المبكر على هذه الاضطرابات والتدخل في الوقت المناسب، بناءً على نهج جماعي متعدد الاختصاصات (الطبية والنفسية والتغذوية) يلائم المرحلة النمائية ويستند إلى الأدلة، هو المعيار الأمثل للرعاية الصحية اللازمة، حيثما كان ذلك ممكنًا. قد يتنوع أعضاء الفريق متعدد الاختصاصات كما سيستندون في عملهم إلى احتياجات المريض وتوافر أعضاء الفريق هؤلاء ضمن المجتمع الذي يتواجد فيه المريض. ويتم تشجيع الأطباء والمعالجين وأخصائيي التغذية في المجتمعات التي تفتقر إلى الموارد على استشارة أكاديمية اضطرابات الأكل AED و/أو خبراء اضطرابات الأكل في مجالات تخصصهم.

اضطرابات الأكل

سنركز في هذه الوثيقة على اضطرابات الأكل الأكثر شيوعًا والتي تتضمن:

- 1. فقدان الشهية العصبي (AN) Anorexia Nervosa:** تقليل مدخول الطاقة إلى حد كبير لا يتناسب مع احتياجات الفرد، الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ وذلك ضمن سياق العمر والجنس والمسار النمائي والحالة الصحية. يتوافق ذلك مع اضطراب صورة المريض عن جسمه وخوف شديد من اكتساب الوزن وعدم اعتراف بخطورة المرض و/أو سلوكيات تعيق زيادة الوزن.
- 2. النهام العصبي (BN) Bulimia Nervosa:** نهْمٌ للطعام (تناول كمية كبيرة من الطعام في فترة زمنية قصيرة نسبيًا يلزمه شعورٌ بفقدان السيطرة) يعقبها سلوكٌ تخليصي/تعويضي (مثل التحريض الذاتي على التقيؤ، أو فرط استخدام المليينات أو الأدوية المندرة للبول، أو إساءة استخدام الأنسولين، أو الممارسة المفرطة للرياضة، أو اللجوء إلى حبوب الحمية) مرةً واحدة أو أكثر في الأسبوع لمدة 3 أشهر على الأقل. كما قد يتوافق ذلك مع اضطراب صورة المريض عن جسمه وخوف شديد من اكتساب الوزن وعدم اعتراف بخطورة المرض.

3. اضطراب نهم الطعام (**Binge Eating Disorder (BED)**): نهم للطعام مع غياب السلوك التعويضي، بواقع مرة واحدة في الأسبوع لمدة 3 أشهر على الأقل. ترتبط نوبات اضطراب نهم الطعام بتناول الطعام بسرعة رغم عدم الشعور بالجوع حتى تصل إلى حد الامتلاء المفرط و/أو قد يرتبط بالاكتئاب أو الشعور بالعار أو بالذنب.

4. اضطرابات تغذية وأكل محددة أخرى (**Other Specified Feeding and Eating Disorder (OSFED)**): وهي اضطرابات الأكل

التي لا تستوفي كامل معايير أحد الفئات المذكورة أعلاه، إلا أنها تتسم بترافقها مع سلوكيات أكل مضطربة محددة، مثل التقييد الزائد لكمية الطعام المستهلك و/أو التخلص من الطعام و/أو الإفراط في تناول الطعام، كسماتٍ أساسية.

5. اضطرابات تغذية أو أكل غير محددة (**Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED)**): تتسم بوجود السلوكيات الخاصة باضطرابات الأكل، لكن مقدم الرعاية لم يحددها.

6. اضطراب اجتناب/تقييد كمية المدخلات الغذائية (**Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)**): فقدان كبير للوزن أو نقص في التغذية أو الاعتماد على المكملات الغذائية أو تداخل ملحوظ بالوظائف النفسية الاجتماعية بسبب التقييد الزائد للسرعات الحرارية و/أو المواد المغذية، لكن دون وجود مخاوف تتعلق بالوزن أو الشكل.

يمكن الرجوع إلى موقع www.aedweb.org DSM-5 أو ICD-10 للتعرف على الأوصاف التشخيصية كاملةً.

حقائق مهمة عن اضطرابات الأكل

- جميع اضطرابات الأكل تعتبر اضطرابات خطيرة ذات مضاعفات بدنية ونفسية مهددة للحياة.
- اضطرابات الأكل لا تميز مطلقاً، إذ يمكن أن تؤثر على الأفراد من الجنسين ومن جميع الأعمار والأعراق والخلفيات الاجتماعية والاقتصادية والانتماء إلى طيف واسع ومتنوع من أشكال وأوزان وأحجام الجسم.
- الوزن ليس المؤشر الإكلينيكي الوحيد لوجود اضطرابات الأكل. إذ يمكن لأشخاص يتميزون بأوزان منخفضة أو طبيعية أو عالية أن يعانون من اضطرابات الأكل، كما قد يعاني الأفراد من أي وزن كانوا من سوء التغذية و/أو ممارسة سلوكيات غير صحية في مراقبة الوزن.
- الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل قد لا يدركون خطورة مرضهم و/أو يمكن أن تكون لديهم تناقضات وجدانية بشأن تغيير سلوكياتهم المتعلقة بالأكل أو غير ذلك.
- يجب التحقق من جميع حالات فقدان أو زيادة الوزن المتكررة والسريعة لدى الأفراد الأصحاء بالمجمل من حيث احتمال وجود أحد اضطرابات الأكل ويعزى ذلك إلى أن التقلبات السريعة في الوزن يمكن أن تكون مؤشرًا محتملاً على الإصابة بتلك الاضطرابات.
- عدم اكتساب الوزن أو الطول المتوقع لدى الأطفال والمراهقين، و/أو النماء البلوغي المتأخر أو المنقطع، هما أمران يجب التحقق منهما لإمكانية الإصابة باضطرابات الأكل.

- جميع اضطرابات الأكل يمكن أن ترافق مع مضاعفات طبية خطيرة تؤثر على كل واحد من أجهزة الجسم.
- العواقب الطبية الناجمة عن اضطرابات الأكل قد لا يتم تمييزها حتى من قبل الأطباء ذوي الخبرة.

استعراض المؤشرات والأعراض

الذين يعانون من اضطرابات الأكل يمكن أن يظهروا بعدة طرق متنوعة. فبالإضافة إلى المؤشرات المعرفية والسلوكية التي تميز مرضى اضطرابات الأكل، يمكن أن تبرز المؤشرات والأعراض البدنية التالية عند المرضى من هذا النوع نتيجة للتقييد الزائد لتناول الطعام أو السوائل أو قصور التغذية أو الإفراط في تناول الطعام والسلوكيات التعويضية غير الملائمة، مثل التخلص من الطعام. ومع ذلك فإنه من المهم أن نتذكر أن اضطرابات الأكل المهددة للحياة قد تحدث دون أن ترافقها مؤشرات أو أعراض جسدية واضحة.

أعراض قلبية تنفسية:

- آلام في الصدر
- خفقان القلب
- تسرع معدل ضربات القلب
- الانصاصي/هبوط ضغط الدم (انخفاض ضغط الدم)
- الرُّلة (ضيق النفس)
- وذمة (تورم)

أعراض خاصة بالجهاز الهضمي:

- انزعاج شرسوفي
- انتفاخ البطن
- الشبع المبكر (الامتلاء)

أعراض خاصة بالفم والأسنان:

- رضوض/تمزقات في الفم
- تآكل الأضراس (التآكل السنّي على الأسطح الخلفية للأسنان) وتسوس الأسنان (الأجواف)
- تضخم الغدة النكفية (اللعابية)
- الجزر المعدي المريئي (حرقة المعدة)
- قيء الدم (الدم في القيء)
- البواسير وتدلي المستقيم
- الإمساك

— أفكار أو خطط أو محاولات انتحارية	— أعراض خاصة بالبعدد الصماء
— نوبات	— انقطاع الطمث أو قلة الحيض (غياب أو عدم انتظام الحيض)
— أعراض جلدية	— انخفاض الدافع الجنسي
— زغب الجنين (نمو شعر ناعم على الجسم والوجه)	— كسور الإجهاد
— تساقط الشعر	— الكثافة المعدنية المنخفضة للعظم
— تئؤن الجُلد بالكروتين (اصفرار لون البشرة)	— العقم
— علامات راسل (النسيج أو الندوب على ظهر اليد جزاء القيء المستحث ذاتيًا)	— الأعراض العصبية النفسية
— ضعف التنام الجروح	— أعراض وسلوكيات الاكتئاب/القلق/الوسواس القهري
— هشاشة وجفاف الشعر والأظافر	— فقدان الذاكرة
	— ضعف التركيز
	— الأرق
	— إيذاء الذات

التعرّف المبكر

- تقييم إصابة شخص تظهر لديه أي من الأعراض التالية بمرض اضطرابات الأكل:
- تغيرات أو تقلبات سريعة وحادة في الوزن (فقدان أو اكتساب الكثير من الوزن)
 - تغيرات مفاجئة في سلوكيات الأكل (التحول إلى النظام النباتي/النباتي الصرف، أو الطعام الخالي من الجلوتين أو الخالي من اللاكتوز، أو التخلي عن بعض الأطعمة أو المجموعات الغذائية، أو تناول أطعمة "صحية" حصراً، أو نهم الطعام الخارج عن السيطرة)
 - تغيرات مفاجئة في نمط ممارسة التمارين الرياضية، وذلك بالإفراط في ممارسة الرياضة أو ممارستها بشكل قهري أو المشاركة في التدريبات البدنية الشديدة
 - اضطراب صورة الشخص عن جسمه، والرغبة في فقدان الوزن رغم انخفاضه أو اعتداله، أو اتباع نظام غذائي شديد بغض النظر عن الوزن
 - انزعاجات في منطقة البطن في سياق ممارسات سلوكية تهدف إلى إنزال الوزن
 - اختلال الإلكتروليتات في الجسم دون سبب طبي محدد (بشكل خاص نقص البوتاسيوم الدم أو نقص كلور الدم أو ارتفاع البيكربونات)
 - نقص سكر الدم

- بطء القلب
- انقطاع الطمث أو اضطرابات الحيض
- العقم غير المبرر
- داء السكري من النوع الأول مع ضعف السيطرة على الجلوكوز أو الحمض الكيتوني السكري المتكرر (DKA) مع أو بدون فقدان الوزن
- اللجوء إلى السلوكيات التعويضية (أي التقيؤ بالتحريض الذاتي أو سوء استخدام الملينات أو اتباع نظام غذائي أو الصوم أو ممارسة التمارين الرياضية بصورة زائدة) للتأثير على الوزن بعد الأكل أو الأكل بنهم
- الاستخدام غير الملائم لمثبطات الشهية والكافيين ومدرات البول والملينات والحقن الشرجية وعرق الذهب والمُحليات الاصطناعية واللبن الخالي من السكر والوصفات الطبية التي تؤثر على الوزن (الأنسولين وأدوية الغدة الدرقية والمثيرات النفسية والمخدرات) أو المكملات الغذائية التي يتم تسويقها لخسارة الوزن

سوء التغذية هو حالة طبية خطيرة تتطلب اهتمامًا عاجلاً. ويمكن أن يحدث سوء التغذية لدى من يمارسون سلوكيات اضطرابات الأكل، بغض النظر عن الوزن. لذا يتوجب التدخل الفوري في حالة الذين يعانون من سلوكيات مقيّدة ومستمرة في تناول طعام، أو من نهم الطعام أو يمارسون سلوك التخلص من المواد الغذائية، وذلك على الرغم من أي جهود مبذولة لإعادة توجيه سلوكهم.



التاريخ الكامل يجب أن يتضمن:

- معدل ومقدار الانخفاض/ التغيير في الوزن في الأشهر الستة الماضية
- التاريخ الغذائي بما يشمل المدخول الغذائي (الكمية والتنوع في الأطعمة المستهلكة)، وتقييد أطعمة محددة أو مجموعات غذائية (مثل الدهون أو الكربوهيدرات)
- السلوكيات التعويضية ومدى تواترها (الصيام أو اتباع نظام غذائي، أو التحريض الذاتي للتعقُّب، أو التمرينات الرياضية، أو إساءة استخدام الملينات أو مدرات البول أو عرق الذهب، أو سوء استخدام الأنسولين، أو استعمال حبوب الحمية و/أو المكملات الغذائية الأخرى التي لا تحتاج إلى وصفة طبية)
- التمرينات الرياضية (التردد والمدة والشدة). هل التمرينات مفرطة أو قهرية أو قاسية أو أنها تُستخدم لمراقبة الوزن؟
- تاريخ الحيض (الحيض وآخر دورة شهرية ومدى انتظامها واستخدام موانع الحمل الفموية)
- الأدوية الحالية بما في ذلك أي مكملات غذائية وأدوية بديلة
- تاريخ العائلة بما يشمل أي أعراض مرتبطة باضطرابات الأكل أو تشخيصها، والسمنة واضطرابات المزاج والقلق والاضطرابات الخاصة بتعاطي المخدرات
- تاريخ الطب النفسي بما في ذلك أعراض اضطرابات المزاج والقلق والاضطرابات الخاصة بتعاطي المخدرات
- تاريخ الصدمات (الجسدية أو الجنسية أو العاطفية)
- تاريخ النمو (الحصول على مخططات النمو السابقة كلما أمكن ذلك)

الفحص البدني يجب أن يتضمن:

- قياس الطول والوزن وتحديد مؤشر كتلة الجسم (BMI) = الوزن (كجم) / الطول (متر مربع)؛ وتسجيل الوزن والطول ومؤشر كتلة الجسم على مخططات النمو للأطفال والمراهقين
- دقات القلب وضغط الدم أثناء الجاوس والوقوف
- درجة حرارة الفم

التقييم التشخيصي الأولي:

- يوضِّح المخطط التالي الدراسات المخبرية والتشخيصية الأخرى الموصى أخذها بعين الاعتبار عند تقييم مرضى اضطرابات الأكل، بالإضافة إلى الجوانب المقابلة المحتملة التي تلاحظ لدى هذا النوع من المرضى.
- من المهم الإشارة إلى أن الدراسات المخبرية قد تخرج بنتائج طبيعية حتى مع حالات سوء التغذية الشديدة.

اختبارات التشخيص المحددة لجميع المرضى الذين يشتبه بكونهم يعانون من اضطرابات الأكل

الاختبارات الأساسية	النتائج والأسباب غير العادية المحتملة
فحص دم شامل	قلة الكريات البيض أو فقر الدم أو نقص الصفائح
لائحة شاملة تشمل الشوارد (الإلكتروليتات) واختبارات وظائف الكلى وإنزيمات الكبد	<p>الجلوكوز: ↓ سوء التغذية</p> <p>الصوديوم: ↓ تحميل الماء أو أدوية مسهلة البوتاسيوم: ↓ القيء والملينات ومدرات البول الكلوريد: ↓ التقير والملينات</p> <p>بيكرونات الدم: ↑ التقير ↓ الملينات</p> <p>نيروجين يوريا الدم: ↑ التجفاف الكريتينين: ↑ التجفاف والفشل الكلوي وهزال العضلات</p> <p>الكالسيوم: قليل ↓ سوء التغذية على حساب العظام</p> <p>الفوسفات: ↓ سوء التغذية</p> <p>المغنيسيوم: ↓ سوء التغذية، استخدام الملينات</p> <p>إجمالي البروتين/الألبومين: ↑ في مرحلة مبكرة من سوء التغذية على حساب كتلة العضلات، ↓ في مراحل لاحقة من سوء التغذية</p> <p>سلق الألبومين: ↓ في سوء التغذية المرتبط بالسرعات الحرارية البروتينات</p> <p>ناقلة أمين الأسبارتات (AST)، ناقلة أمين الألانين ↑ (ALT): مخصصة (جوع شديد)</p>
مخطط كهربية القلب (ECG)	بطء القلب (انخفاض معدل ضربات القلب)، فترة كيو تي QTc طويلة <450 ملي ثانية، أشكال اضطرابات نبض القلب الأخرى

اختبارات تشخيصية إضافية يجب أخذها في الاعتبار

اختبارات إضافية	النتائج غير العادية المحتملة
مستوى هرمون اللبتين	اللبتين: ↓ في سوء التغذية
هرمون تحفيز الغدة الدرقية (TSH)، هرمون الغدة الدرقية (T4)	هرمون تحفيز الغدة الدرقية: ↓ أو عادي هرمون الغدة الدرقية (الثيروكسين): ↓ أو متلازمة مرض الغدة الدرقية العادية
إنزيمات البانكرياس (الأميلاز والليباز)	الأميلاز: ↑ القيء والتهاب البانكرياس الليباز: ↑ التهاب البانكرياس
الجوندوتروبينات (الموجهة للغدد التناسلية) (FSH و LH) والمنشطات الجنسية (استراديول وتستوستيرون)	مستويات LH، FSH، استراديول (الإناث) وتستوستيرون (الذكور): ↓ أو عادية

سرعة تنقل كريات الدم الحمراء: ↓ مخصصة (جوع شديد) أو ↑ التهاب	سرعة تنقل كريات الدم الحمراء (ESR)
مرضى اضطرابات الأكل معرضون لخطر انخفاض كثافة المعادن في العظام (BMD). ولا يوجد دليل على أن العلاج بالهرمونات البديلة (هرمون الاستروجين/البروجسترون في الإناث أو التستوستيرون في الذكور) يحسن كثافة المعادن بالعظام. لذا تعتبر إعادة التأهيل الغذائي واستعادة الوزن وإسواء إنتاج المستيرويد الجنسي الداخلي المنشأ هي العلاجات المفضلة.	مقياس امتصاص الأشعة السينية مزدوج الطاقة (DEXA)

معايير دخول المستشفى للتثبيت الطبي الحاد

وجود واحد أو أكثر من المؤشرات التالية:

1. \geq متوسط مؤشر كتلة الجسم 75% بالنسبة للعمر والجنس والطول
2. نقص السكر في الدم
3. اضطرابات إلكتروليتيّة (نقص بوتاسيوم الدم، نقص صوديوم الدم، نقص فوسفات الدم و/أو الحمض الاستقلابي أو القلاء)
4. تشوهات تخطيط القلب (على سبيل المثال، فترة كيو تي QTc طويلة < 450 مللي ثانية، بطء القلب، عدم انتظام ضربات القلب)
5. عدم الاستقرار الديناميكي الدموي
 - بطء القلب
 - انخفاض ضغط الدم
 - انخفاض حرارة الجسم
6. هبوط ضغط الدم الانتصابي
7. المضاعفات الطبية الحادة الناجمة عن سوء التغذية (على سبيل المثال، الإغماء والنوبات والغثل القلبي والتهاب البنكرياس، وغير ذلك)
8. حالات مرضية مشتركة نفسية أو طبية تحظر أو تحد من استخدام العلاج المناسب للمرضى الخارجيين (على سبيل المثال، الاكتئاب الشديد والتفكير في الانتحار واضطراب الوسواس القهري، داء السكري من النوع الأول)
9. عدم التيقن من تشخيص اضطرابات الأكل

معايير الإدخال للمستشفى لإجراء عمليات التثبيت النفسي الحاد

وجود واحد أو أكثر من المؤشرات التالية:

1. الرفض الحاد للغذاء
2. الأفكار أو السلوكيات الانتحارية
3. أمراض نفسية رئيسية مصاحبة تتداخل مع علاج اضطرابات الأكل (القلق والاكتئاب واضطراب الوسواس القهري)

اعتبارات أخرى تتعلق بالإدخال للمستشفى:

1. فشل علاج المصابين كمرضى خارجيين
2. نهم الطعام الخارج عن السيطرة و/أو تخلص الجسم من الطعام بأي وسيلة
3. عدم كفاية الدعم الاجتماعي و/أو الرعاية الطبية أو النفسية المتابعة

متلازمة إعادة التغذية

تصف متلازمة إعادة التغذية الاضطرابات الإكلينيكية والاستقلابية التي يمكن أن تحدث أثناء إعادة التغذية (فمويًا أو معويًا أو عن طريق الحقن) لمرضى يعاني من سوء التغذية. وتشمل السمات الإكلينيكية لمتلازمة إعادة التغذية الوذمات وفشل القلب و/أو فشل الجهاز التنفسي ومشاكل الجهاز الهضمي ووهن العضلات الشديد والهذيان، وحتى الوفاة، في الحالات المتطرفة. كما قد تتضمن المؤشرات المخبرية غير الطبيعية نقص فوسفات الدم (الأكثر أهمية) ونقص السكر في الدم ونقص بوتاسيوم الدم ونقص مغنيزيوم الدم ونقص صوديوم الدم. ويمكن لمتلازمة إعادة التغذية أن تحدث في المرضى من أي عمر ووزن، وتعد حالة يُحتمل أن تؤدي إلى الوفاة وتتطلب رعاية متخصصة في وحدة المرضى الداخليين.

تتضمن عوامل الخطر لمتلازمة إعادة التغذية:

- درجة سوء التغذية عند قدوم المريض (متوسط مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين >70%، مؤشر كتلة الجسم >15 لدى الأكثر عرضة للإصابة ضمن البالغين)
- المرضى الذين يعانون من نقص التغذية المزمن والذين ليس لديهم سوى قدر ضئيل أو معدوم من مدخول الطاقة لمدة تزيد عن 10 أيام
- تاريخ متلازمة إعادة التغذية
- المرضى الذين يعانون من فقدان الوزن السريع أو الشديد، بما يشمل أولئك الذين يظهرون بأي وزن بعد فقدان سريع للوزن (< 10-15% من إجمالي كتلة الجسم خلال فترة 3 - 6 أشهر)

هام – يجب النظر في بدء إعادة التغذية في وضع المرضى الداخليين وذلك في حال وجود واحد أو أكثر من عوامل الخطر المرتبطة بإعادة التغذية. كما يقتضي النهج المثالي وجوب إدخال المرضى إلى مستشفى لديه إمكانية الاستفادة من، أو يتوفر لديه، دعم أحد أخصائيي اضطرابات الأكل.

- المرضى الذين يتناولون كميات كبيرة من المشروبات الكحولية (فهؤلاء المرضى معرضون أيضًا لخطر الإصابة باعتلال فيرنيك Wernicke الدماغي عند الشروع في برنامج إعادة التغذية. لذا يجب أن يحصلوا على مكملات الثيامين والفولات قبل بدء البرنامج)
- مرضى ما بعد جراحة علاج البدانة الذين يعانون من نقص كبير في الوزن (خطر متزايد جراء فقد الإلكتروليت الناجم عن سوء الامتصاص)
- المرضى الذين لديهم تاريخ من استخدام مدرات للبول أو سوء استخدام للأسولين
- المرضى الذين يعانون من مستوى غير طبيعي من الإلكتروليتات (الشوارد) قبل بدء برنامج إعادة التغذية

كيفية منع حدوث متلازمة إعادة التغذية والتعامل معها:

- معرفة المؤشرات والأعراض وعوامل الخطر لمتلازمة إعادة التغذية.
- يجب تحويل المرضى المعرضين لخطر متلازمة إعادة التغذية كلما أمكن للأطباء ذوي الخبرة في التعامل الطبي والسلوكي مع اضطرابات الأكل و/أو إدخالهم لإحدى الوحدات الطبية أو الطبية النفسية المتخصصة بذلك.
- يجب التحقق من الإلكتروليتات الممنوحة على شكل مصل (الصوديوم والبوتاسيوم والفسفور والمغنيسيوم) والجلوكوز قبل البدء في إعادة التغذية. ويجب أخذ العلم بأن مستواها قد يكون طبيعيًا قبل إعادة التغذية. وسيصل الفسفور إلى أدنى مستوياته بعد 3 إلى 7 أيام من الشروع في إعادة التأهيل الغذائي.
- يتعين أثناء علاج المريض في وحدة المرضى الداخليين مراقبة مصل الإلكتروليتات والجلوكوز بصورة متكررة (يوميًا على الأقل إذا كان مستواها غير طبيعي بشكل كبير) وذلك خلال المراحل المبكرة لإعادة التغذية إلى أن يستقر مستوى الإلكتروليتات (على الأقل 72 ساعة).
- يجب إعادة رفع جميع أوجه النقص بالإلكتروليتات بشكلٍ فعال وقوي جدًا. ويعد إعطاء الإلكتروليتات عن طريق الفم هو الخيار المفضل، لكن قد يكون من الضروري استخدام مكملاتٍ عن طريق الحقن الوريدي. وليس من الضروري تصحيح اختلال توازن السوائل والإلكتروليتات قبل بدء إعادة التغذية. إذ يمكن مع المراقبة الدقيقة إنجاز الاثنین معًا في وقتٍ واحد وبإمکان.
- يستحسن البدء بيوم من الفيتامينات المتعددة قبل الشروع في برنامج إعادة التغذية وكذلك خلال جميع مراحلها. ثم إضافة مكملات الثيامين في حالة المرضى الذين يعانون من سوء التغذية الحاد نظرًا لوجود خطر الإصابة باعتلال فيرنيك الدماغي.
- يتم تعديل معدل إعادة التغذية وفقًا للعمر والمرحلة النمانية ودرجة سوء التغذية وذلك بالتشاور مع أخصائي تغذية لديه خبرة في إعادة تغذية المرضى المصابين باضطرابات الأكل.

- مراقبة تعويض السوائل لتجنب التحميل الزائد. ويعد المسار المفضل لإعادة التمييه هو عن طريق الفم. أما في الحالات التي يعتبر فيها حقن السوائل وريدياً أمرًا ضروريًا، فمن الأفضل تجنب استخدام جرعات كبيرة. بل يتوجب استبدال السوائل المفقودة ببطء بدلًا من ذلك باستخدام الحقن الوريدية المستمرة بمعدلاتٍ منخفضة (على سبيل المثال، 50-75 سم مكعب/ساعة للمرضى البالغين أو نصف الكمية المعتادة اللازمة للمحافظة على الصحة في حالة الأطفال).
- مراقبة عن كثب للمؤشرات الحيوية والحالة القلبية والعقلية لجميع المرضى أثناء إعادة التغذية.
- مراقبة مستوى الجلوكوز في الدم بصورة متكررة. غالبًا ما يكون مستوى الجلوكوز بعد الأكل منخفضًا لدى المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي (AN).

نقص التغذية

يمكن أن يؤدي سوء التغذية الناجم عن الحرص الزائد في معدلات إعادة التغذية إلى المزيد من فقدان الوزن، وقد يترافق ذلك مع تشخيص طبي أسوأ للحالة واستجابةً أبطأ للعلاج وحتى الوفاة في حالة المرضى الذين يعانون من سوء التغذية الشديد.

طرق إعادة التغذية:

- تعرّضت الطرق التي تتبع مبدأ "ابدأ بكميات قليلة وابدأ ببطء" في إعادة التغذية للهجوم مؤخرًا وأصبح من المستحسن الآن إعادة التغذية بسرعة أكبر مع المراقبة الطبية عن كثب أثناء العلاج داخل المستشفى. فعلى سبيل المثال، يمكن بأمان البدء بإعطاء شخص بالغ، مصاب باضطرابات الأكل ويعاني من سوء التغذية بشكل كبير ولم يحصل سوى على كميات منخفضة جدًا من المدخول الغذائي قبل دخوله المستشفى، حوالي 1600 سعرة حرارية يوميًا على أن تتم زيادتها بمقدار 300 سعرة حرارية يوميًا كل 2-3 أيام حتى الوصول إلى تحقيق زيادة ثابتة في الوزن تبلغ 2-4 رطل (1-2 كجم) في الأسبوع على أقل تقدير.
- سيطلب معظم المرضى تناول مدخول عالٍ من السعرات الحرارية (3500-4000 سعر حراري يوميًا) لتحقيق زيادة ثابتة في الوزن بمجرد استقرارهم طبيًا بعد المراحل الأولية من إعادة التغذية. ويمكن بدء هذا الإجراء مع المريض شرط إدخاله المستشفى ومن ثمّ متابعته كمريض خارجي (بمجرد استقرار المريض طبيًا) إلى أن يتم تحقيق استعادة كاملة للوزن. ويجب في هذه المرحلة إعادة تقييم الاحتياجات الغذائية اللازمة للمحافظة على الوزن و/أو تحقيق النمو.
- قد يتطلب الأمر تنكيز الأطفال/المراهقين وأسرههم بأنهم في حالة نمو وتطور. وسوف تتغير الأوزان المستهدفة للعلاج والاحتياجات الغذائية بمرور الوقت مع استمرار نمو الأطفال والمراهقين.
- إعادة التغذية عن طريق الفم تبقى الأسلوب المفضل دائمًا. ويمكن وصف التغذية المعوية التكميلية في حال انخفاض معدلات زيادة الوزن (أقل من 2 رطل في الأسبوع) أو محدودية إمكانية الوصول إلى أخصائي في برامج إعادة التغذية السلوكية. كما لا يُنصح بالتغذية غير المعوية (بالحقن) وينبغي استخدامها فقط للمرضى الذين يعانون من فشل وظائف الأمعاء.

كثيراً ما تتم إحالة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل إلى مقدمي الخدمات المتخصصة لغرض تقييم الاعتلالات الطبية. ومن المهم أن يميز مقدم الرعاية الطبية، بغض النظر عن تخصصه، المؤشرات والأعراض التي تتسق مع اضطرابات الأكل، ويقوم بالتعامل مع المضاعفات بالشكل المناسب، ويعرف متى يحيل المريض إلى جهة متخصصة في تقييم وعلاج حالات اضطرابات الأكل و/أو متى يجب إدخال المريض إلى المستشفى نظراً لحدوث تدهور طبي جسيم. وتعد الرعاية التعاونية مع أخصائي اضطرابات الأكل أمراً يصب في مصلحة جميع المرضى.

إلى جميع مقدمي الرعاية الطبية: يرجى الحفاظ على درجة عالية من الاشتباه في وجود اضطرابات الأكل، وخاصة في حالة المرضى الذين ترتفع لديهم نسبة مخاطر الإصابة بها، مع الأخذ بالاعتبار أن اضطرابات الأكل يمكن أن تكون موجودة في المرضى من أي عمر أو عرق أو جنس أو حجم. وعليه يجب إجراء الفحوصات والإحالة إلى الرعاية المتخصصة على النحو المشار إليه. يمكن استخدام أحد أدوات الفحص المعتمدة مثل SCOFF (الرجاء الرجوع إلى الملحق 1) لتحديد المرضى البالغين الذين يمكن أن يستفيدوا من إجراء تقييم إضافي لحالات اضطرابات الأكل.

طب القلب

- يعد بطء القلب استجابةً فيزيولوجية تكيفية للمخمة، وهو أكثر حالات عدم انتظام ضربات القلب شيوعاً لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل. ولا ينبغي أن يعزى بطء القلب تلقائياً إلى الممارسة القوية للالعاب الرياضية أو التدريب بالنسبة للمرضى الذين يعانون من نقص الوزن، أو الذين عانوا من فقدان سريع للوزن، أو الذين يعانون من عدم كفاية المدخول الغذائي بالنسبة لمستوى نشاطهم.
- يتعين على أخصائيي القلب التشاور مع أخصائي اضطرابات الأكل في حال الاشتباه بوجود مثل هذه الاضطرابات، أو تقييم مريض عُرفت إصابته بها. وتساعد الرعاية التعاونية على وضع تشخيص المريض وحالته الإكلينيكية في سياقها المناسب.
- يعتبر عدم انتظام ضربات القلب الذي يعود إلى شذوذ في الإلكتروليتات من الأسباب الشائعة لحدوث الوفاة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

طب الطوارئ

- معدلات المرضى بحالات اضطرابات الأكل الذين يتم إدخالهم إلى أقسام الطوارئ أعلى من مثيلاتها بالنسبة للأشخاص الذين لا يعانون من الاضطرابات وذلك فيما يتعلق بمجموعة متنوعة من الشكاوى الطبية.
- وقد تكون زيارة قسم الطوارئ أول تفاعلٍ مع مقدمي الرعاية الصحية بالنسبة للمريض المصاب باضطرابات الأكل. وتزيد شدة الاضطرابات ومدى مقاومة العلاج منها مع طول فترة المرض. وكلما أسرع المريض في تلقي العلاج المناسب، زادت فرص تعافيه التام من مرضه. كما يمكن أن يساعد التفاعل الإيجابي بين المريض والطبيب في قسم الطوارئ، والإحالة إلى الجهة المناسبة لتقديم الرعاية التخصصية في الحد بصورة كبيرة من طول فترة المرض ومن شدة وطأته.

- يجب التشاور مع أخصائيي اضطرابات الأكل في حال عدم التيقن بشأن التصرف المناسب والمتابعة.
- تجنب الإنعاش المفرط بالسوائل لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل إذ قد يتسبب هذا في تعجيل حدوث تحميل زائد وفي فشل القلب. استخدم الحقن الوريدي المتواصل للسوائل بأحجام منخفضة بدلاً من الجرعات الكبيرة المتقطعة في عمليات إعادة التمييه.
- تجنب إعطاء كميات زائدة من الجلوكوز في قسم الطوارئ لكون ذلك قد يجعل من متلازمة إعادة التغذية. وفي حال كان مستوى الجلوكوز في الدم منخفضاً، فإن الحقن المستمر للـ D5 يعد أفضل من إعطاء جرعات كبيرة متقطعة من D50.

علم الغدد الصماء

- المراهقات اللاتي يعانين من مرض السكري من النوع الأول هن أكثر عرضة لخطر الإصابة باضطرابات الأكل.
- وقد يتناولن الأنسولين بجرعات أقل من اللازم كما يحتمل أن يعانين من مضاعفاتٍ طويلة الأمد لمرض السكري، بما في ذلك الوفاة المبكرة. ويجب أن يحفز ضعف ضبط مستوى الجلوكوز و/أو النوبات المتكررة للحمض الكيتوني السكري DKA لدى أي مريض بالسكري إجراء تقييم لاحتمال إصابته باضطرابات الأكل.
- النظر في احتمال وجود متلازمة مرض الدرقية السوية (Euthyroid Sick (ESS لدى المرضى ذوي الوزن الخفيف الذين يعانون من مستويات إفراز غير طبيعية للغدة الدرقية. ولا يلزم استعمال مكملات هرمون الغدة الدرقية في حالة متلازمة مرض الدرقية السوية التي ستختفي مع استعادة الوزن.

أمراض الجهاز الهضمي

- إن الشكاوى المرتبطة بالجهاز الهضمي، مثل الإمساك والألم البطني والغثيان وقيء الدم وحرقة المعدة المتكررة والشبع المبكر هي من بين الأعراض الجسدية الأكثر شيوعاً بين الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل.
- كما تظهر أيضاً مستويات مرتفعة قليلاً من إنزيم ناقلات الأمين في المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.
- غالباً ما تستدعي هذه المؤشرات والأعراض الإحالة إلى أخصائي أمراض الجهاز الهضمي، الذي قد يقرر البدء بعلاج الأعراض الخاصة بشكاوى الجهاز الهضمي. ومن المهم ملاحظة أن معظم أعراض الجهاز الهضمي تتحسن أو تنحل مع التخلص من اضطرابات الأكل.

أمراض النساء والتوليد

- يجب أن يحفز انقطاع الطمث أو قلة الحيض دون وجود سبب آخر محدد لحدوثهما إجراء تقييم لاحتمال الإصابة باضطرابات الأكل.
- ولا يتم وصف حبوب منع الحمل الفموية (OCPS) التي تُستعمل لعلاج انقطاع الطمث أو ضعف الطمث لمعظم مريضات اضطرابات الأكل اللواتي لا تحتجن لاستعمال وسائل منع الحمل لغير هذا السبب.
- لا يوجد حاليًا أي دليل يدعم استخدام حبوب منع الحمل الفموية لمعالجة انخفاض كثافة المعادن في العظام عند المريضة منخفضة الوزن التي انقطع لديها الطمث. بل أن استعادة الوزن وعودة دورات الحيض هي العلاج المفضل.
- على الرغم من أن وظيفة المبايض يمكن أن تكون مكبوتة لدى السيدات اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل، إلا أن الحمل يمكن أن يحدث.
- قد يكون العمق أيضًا أحد الشكاوى لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل يمنع استعمال التكنولوجيا المساعدة على الإنجاب (ART) مع المريضات ذوات الوزن المنخفض والمصابات باضطرابات الأكل. ويزداد خطر تعرض هؤلاء المريضات لخطر الإجهاض المتزايد وتأخر النمو داخل الرحم وانخفاض الوزن عند الولادة وغير ذلك من مضاعفات الحمل والولادة مع استخدام التكنولوجيا المساعدة على الإنجاب.

الطب النفسي

- المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل لديهم معدلات عالية من الاعتلالات المصاحبة مع اضطرابات نفسية أخرى بما في ذلك الاكتئاب والقلق واضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة وسلوكيات إيذاء الذات واللجوء إلى المخدرات، كما أنهم عرضة لخطر الانتحار بدرجة عالية.
- قد يذكر المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل وجود أعراض اكتئاب أو غير ذلك من الأمراض العقلية دون الاعتراف بوجود أفكار اضطرابات الأكل أو سلوكياتها أو الكشف عنها.
- معدلات وفيات المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل هي الأعلى من أي اضطراب نفسي آخر. ومن المهم جدًا تمييز هؤلاء المرضى وعلاجهم بالشكل المناسب من قبل أخصائي في اضطرابات الأكل.

طب الأطفال

- يجب تقييم الأطفال والمراهقين الذين يظهرون مؤشرات الفشل في النمو والازدهار أو يصعب إرضائهم في الأكل أو يكونوا انتقائيين أو يعانون من شكاوى الجهاز الهضمي (مثل الغثيان وفقدان الشهية والإمساك) وفقدان الوزن غير المبرر وعدم اكتساب الوزن أو تأخر النمو والتطور لاحتمال إصابتهم باضطرابات الأكل.
- يجب النظر بعناية في مخاوف الوالدين بشأن أي تغيير في سلوكيات أطفالهم أو مزاجهم أثناء تناول الطعام أو وزنهم أو نموهم.

1. قد لا يعترف المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل بأنهم مرضى، و/أو قد يكونون متأرجحين وجدائياً بشأن قبول العلاج.

وقد يكون هذا أحد أعراض مرضهم. يمكن للمرضى تقليل درجة أعراض اضطرابات الأكل و/أو سلوكياتهم أو إعطاءها مبرراتٍ أو إخفاءها. هذه العقلانية المقنعة والكفاءة في مجالاتٍ أخرى من الحياة قد تخفي شدة مرضهم. ومن المرجح أن يصبح الدعم الخارجي والمساعدة في صنع القرار ضروريان بغض النظر عن العمر.

2. الأباء/أولياء الأمور هم خط الدفاع الأول في البحث عن المساعدة للأطفال والمراهقين والشباب الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

يجب الثقة بمخاوفهم. حتى جلسة استشارات واحدة حول سلوك تناول الطعام لدى الطفل أو المخاوف المتعلقة بالوزن/الشكل يعد مؤشراً قوياً على وجود اضطرابات الأكل أو احتمال ظهورها.

3. تبديد اللوم.

مساعدة الأسر على تفهم كونها لم تسبب المرض؛ كما لم يختار طفلها/الفرد في عائلتها الإصابة به. يسهل هذا الاعتراف قبول التشخيص والإحالة والعلاج، كما يقلل من وصمة العار غير المبررة المرتبطة بالإصابة بالمرض.

4. مراقبة الصحة البدنية بما في ذلك المؤشرات الحيوية والنتائج المخبرية.

يجب مراقبة المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل بشكلٍ منتظم للتحقق بشأن حدوث مضاعفات طبية حادة ومزمنة. كما يتعين تفسير التقييمات في سياق التكيف الفسيولوجي مع سوء التغذية وسلوك التخلص من الطعام. على الإكلينيكيين تذكر أن الفحص البدني والفحوص المخبرية قد تظهر نتائج عادية حتى في حالات وجود اضطرابات الأكل بدرجة تهدد الحياة.

5. الخطر النفسي.

يجب دائماً تقييم الحالة من حيث المخاطر النفسية، بما في ذلك الأفكار والخطط و/أو النوايا ذات الصلة بالانتحار وإيذاء الذات. إذ أن ما يصل إلى نصف الوفيات المرتبطة باضطرابات الأكل تحدث جراء الانتحار.

من المهم ملاحظة أن الاختفاء الكامل للأعراض قد يستغرق فترةً طويلةً من العلاج. وقد تزيد الأعراض النفسية بصورةً عابرة مع العلاج الأولي والتحسين في الصحة البدنية. كما ينبغي إدراك أن اضطرابات الأكل ليست مجرد بدعة أو مراحل يمر بها المرضى أو خيارات تتصل بنمط الحياة. فهي اضطرابات وراثية بيولوجية في الأساس. والمرضى لا يختارون الإصابة باضطرابات الأكل كما يمكنهم التعافي منها بشكلٍ كامل.

يجب أن يكون التثبيت الطبي والتأهيل التغذوي من أجل استعادة الوزن وإدارة عمليات إعادة التغذية ومضاعفاتها المحتملة وتوقف السلوكيات التعويضية/الخاصة بالتخلص من الطعام هي الأهداف الفورية للعلاج لجميع المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل. كما يمكن بالتوازي معالجة أهداف نفسية وعلاجية إضافية عندما يكون ذلك مناسبًا.

التثبيت الطبي — كما هو مذكور أعلاه

— إدارة المضاعفات والأمراض الطبية المصاحبة المزمنة والحادة

— يشمل استئناف الحيض (عند الاقتضاء)

إعادة التأهيل الغذائي

— استعادة الوزن

— استعادة أنماط الوجبات التي تعزز الروابط الصحية والاجتماعية

تطبيع سلوك الأكل

— التوقف عن السلوكيات المقيدة للأكل أو الشراهة عند تناول الطعام و/أو سلوكيات التخلص من الطعام

— استبعاد سلوكيات الأكل غير النظامية أو الطقوسية

التثبيت النفسي الاجتماعي

— تقييم وعلاج أي تشخيصات نفسية مصاحبة

— استئناف الاندماج والأنشطة الاجتماعية المناسبة

— تحسين الأعراض النفسية المرتبطة باضطرابات الأكل

— تحسين تصور الشخص عن جسمه

بعد الانتهاء من التثبيت الأولي، يعتبر العلاج المستمر المبني على الأدلة المقدمة من أخصائيي الرعاية الصحية من ذوي الخبرة في رعاية مرضى اضطرابات الأكل أمراً ضرورياً لتحقيق التعافي الكامل. تتضمن الرعاية المثلى اعتماد نهج فريق متعدد التخصصات من قبل أخصائيي اضطرابات الأكل بما يتضمن الخدمات الطبية والنفسية والتغذوية وعلم الفارماكولوجيا (الأدوية) النَّفسية. وينبغي إشراك العائلات (أي الآباء والأمهات والأزواج) في علاج اضطرابات الأكل كلما أمكن ذلك.

بالنسبة للمرضى ضعاف الوزن الذين يعانون من اضطرابات الأكل، ستحتسب استعادتهم لوزنٍ صحي مناسب بشكلٍ كبير من أدائهم الوظيفي البدني والنفسي والاجتماعي والعاطفي. إذ يأتي الفشل في استعادة الوزن بشكلٍ كامل مرتبطاً بنتائج سيئة، في حين ترتبط المحافظة على وزنٍ صحي بتحقيق نتائج أفضل بصورةٍ قوية.

لكن فيما يتعلق بالتعافي التام من اضطرابات الأكل، لا تكفي استعادة الوزن وحدها لتحقيق التعافي الكامل. ومن المهم بنفس الدرجة أن يتم التعامل مع الصورة المشوهة عن الجسم والأفكار والسلوكيات الأخرى المتعلقة باضطرابات الأكل وكذلك الأمراض النفسية المصاحبة وأي اعتلالات اجتماعية أو وظيفية من قبل أخصائيين مؤهلين خلال علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

الملحق 1: مثال لأداة فحص معتمدة لحالات اضطرابات الأكل - SCOFF. * تتوفر أدوات فحص أخرى.

- S** هل تدفع نفسك للتقيؤ لأنك تشعر بالامتلاء إلى درجة مزعجة؟
- C** هل تقلق من احتمال كونك فقدت السيطرة على مقدار ما تأكله؟
- O** هل فقدت مؤخراً أكثر من 6.35 كجم أو 14 باوند من وزنك خلال مدة ثلاثة أشهر؟
- F** هل تعتقد بأنك سمين في الوقت الذي يقول الآخرون لك بأنك نحيف جداً؟
- F** برأيك هل تعتقد أن التفكير في الطعام يهيمن على حياتك؟
- * إن ردان إيجابيان أو أكثر على أسئلة SCOFF يشير إلى احتمال وجود اضطرابات الأكل ويستدعي الإحالة إلى مزيد من التقييم.

- جاربر إي كي، سوير إس إم، جولدن إن إتش، جواردا إي إس، كاتزمان دي كي، كون إم آر، لو جرانج دي، مادن إس، وايتلو إم، درجريف جي دبليو. (2016).
مراجعة منهجية لنهج إعادة التغذية لدى المرضى المصابين بفقدان الشهية العصبي. *المجلة الدولية لاضطرابات الأكل*. 310-293، (3)49.
- موند جاي إم، مايرز تي سي، كروسبي آر دي، هاي بي جاي، روجرز بي، مورجان جاي إف، لايسي جاي إتش، ميتشل جاي إي. (2008). إجراء فحص وجود اضطرابات الأكل في مرحلة الرعاية الأولية: EDE-Q في مقابل SCOFF. *بحوث السلوكيات والعلاج*. 46، 612-622.
- ساكس كي، أندرسون دي، سومر جاي، وينكلمان إي، ميبلر بي إس. (2015).
تجنب المضاعفات الطبية أثناء إعادة تغذية المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي. *اضطرابات الأكل*. 421-411، (5)23.
- جمعية صحة المراهقين والطب. (2015). ورقة موقف الجمعية بشأن صحة المراهقين والطب: الإدارة الطبية لاضطرابات الأكل المقيدة في المراهقين والشباب البالغين. *مجلة صحة المراهقين*. 125-121، (1)56.
- جمعية صحة المراهقين والطب. (2014). إعادة تغذية نقص الفوسفات في المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي وتم إدخالهم إلى المستشفى: بيان موقف الجمعية بشأن صحة المراهقين والطب. *مجلة صحة المراهقين*. 457-455، (3)55.

لمزيد من المراجع والمعلومات حول تشخيص اضطرابات الأكل وعلاجها، يرجى زيارة الموقع:

www.aedweb.org



نبذة عن أكاديمية اضطرابات الأكل

أكاديمية اضطرابات الأكل هي جمعية احترافية عالمية متعددة التخصصات ملتزمة بالقيادة في مجال تعزيز الأبحاث المتعلقة باضطرابات الأكل وتعليمها وعلاجها والوقاية منها. وتوفّر الأكاديمية التدريب المهني والتعليم المتطور، كما تحفز التطورات الجديدة في مجال اضطرابات الأكل، وهي المصدر الدولي للمعلومات الأكثر حداثة عن اضطرابات الأكل.

انضم إلى أكاديمية اضطرابات الأكل: كن عضواً في مجتمع عالمي مخصص لأبحاث اضطرابات الأكل والعلاج والتعليم والوقاية منها. يمكن الانضمام عبر الإنترنت على:

www.aedweb.org www.aedweb.org