

Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας

Αναφορά συμβουλίου CR 130
Ιούλιος 2005

Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων
Λονδίνο
Εγκρίθηκε από το Συμβούλιο: 2004
Προγραμματισμένη αναθεώρηση: 2008

Περιεχόμενα

Μέλη της ομάδας εργασίας	3
Περίληψη εργασίας και συστάσεις	4
1 Εισαγωγή	9
2 Διατροφική αξιολόγηση	11
3 Κλινική αξιολόγηση και παρακολούθηση	13
4 Εργαστηριακή αξιολόγηση και παρακολούθηση	14
5 Διατροφική φροντίδα των εσωτερικών ασθενών	16
6 Επιπλοκές της επανασίτισης	20
7 Διατροφική φροντίδα των εξωτερικών ασθενών	24
8 Διατροφική φροντίδα των ασθενών με χρόνια ανορεξία	25
9 Διατροφικά συμπληρώματα	27
10 Χορτοφαγικές και vegan δίαιτες	29
11 θρησκευτικά και πολιτισμικά θέματα	30
12 Ειδικές ανάγκες παιδιών και εφήβων	31
Βιβλιογραφία	34
Παράρτημα 1: Διατροφικές ανάγκες	37
Παράρτημα 2: Το τεστ – σηκώνομαι, κάθομαι οκλαδόν, στέκομαι	39
Παράρτημα 3: Εργαστηριακή αξιολόγηση και παρακολούθηση	40
Παράρτημα 4: Θεραπεία ρύθμισης ηλεκτρολυτών	41

Μέλη της Εργασιακής Ομάδας

Antony P. Winston (Πρόεδρος)	Διευθυντής Ιατρός για τις Διατροφικές Διαταραχές, Μονάδα Διατροφικών Διαταραχών, Woodleigh Beeches Centre, Νοσοκομείο Warwick
Simon Gowers	Καθηγητής Εφηβικής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Liverpool και Επίτιμος Διευθύνων Ιατρός Ψυχιατρικής, Υπηρεσία Διατροφικών Διαταραχών για εφήβους Chester
Alan A. Jackson	Καθηγητής και Διευθυντής, Ινστιτούτο Διατροφής του Ανθρώπου, Πανεπιστήμιο Southampton
Kylie Richardson	Πρεσβύτερη Διαιτολόγος, Υπηρεσία Διατροφικών Διαταραχών για εφήβους Chester
Paul Robinson	Διευθυντής Ιατρός Ψυχιατρικής, Υπηρεσία Διατροφικών Διαταραχών, Royal Free Νοσοκομείο, London
Alan Shenkin	Καθηγητής Κλινικής Χημείας, Πανεπιστήμιο Liverpool
Kate Williams	Διευθύνων Διαιτολόγος, South London και Maudsley NHS Trust

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τον Καθηγητή Tim Cole, Dr Mike Stroud και Sue White για τις συμβουλές τους.

Περίληψη εργασίας και συστάσεις

Η διατροφική αντιμετώπιση ασθενών με νευρική ανορεξία αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της αγωγής. Παρόλα αυτά οι αρχές της διατροφικής παρέμβασης έχουν λάβει σχετικά μικρή προσοχή στη βιβλιογραφία και η τρέχουσα πρακτική βασίζεται κυρίως στην εμπειρία παρά στις δημοσιευμένες αποδείξεις. Η αναφορά σε άλλες μορφές κακής διατροφής μπορεί να δώσει κάποιες κατευθυντήριες γραμμές, αλλά αυτό δε σημαίνει πως παίρνει υπ' όψιν της τις διαφορετικές πτυχές που είναι χαρακτηριστικές της νευρικής ανορεξίας. Αυτές οι οδηγίες αντικατοπτρίζουν αυτή τη δυσκολία. Όπου είναι αυτό δυνατό, βασίζονται σε δημοσιευμένες εργασίες, σε τομείς όμως που δεν υπάρχει σχετική δημοσιευμένη έρευνα, οι οδηγίες βασίζονται σε κοινή γνώμη ειδικών από διάφορες ειδικότητες επιστημόνων.

Αυτό το έγγραφο θα πρέπει να λαμβάνεται σαν μία σειρά από προσωρινές συστάσεις παρά μία τελική δήλωση. Οι συγγραφείς ελπίζουν ότι θα χρησιμεύσει στην κλινική πράξη και θα προκαλέσει συζήτηση και έρευνα σε αυτή τη σημαντική πλευρά της φροντίδας αρρώστων. Η πρόθεση για τις οδηγίες αυτές είναι να ανανεώνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα στο φως της μεγαλύτερης γνώσης και κατανόησης των διατροφικών πλευρών της νευρικής ανορεξίας.

Γενικές σκέψεις

Οι διατροφικές παρεμβάσεις πρέπει να επανασυνθέτονται μέσα από τη συνολική ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Το απόλυτο αντικείμενο είναι να διορθωθεί η σύσταση του σώματος, αλλά αυτό μπορεί να συμβεί μόνο εάν υπάρχει επαρκής κυτταρική λειτουργία. Αυτό απαιτεί τη διόρθωση των βιοχημικών ανωμαλιών πριν την αύξηση βάρους. Ένα διατροφικό ιστορικό που θα ερωτηθεί από ένα διαιτολόγο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωριστούν συγκεκριμένες ελλείψεις σε πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και μικροθρεπτικά συστατικά. Το διατροφικό ιστορικό θα πρέπει να εμπεριέχει πληροφορίες για την πρόσληψη υγρών, αλκοόλ και καφεΐνης, για το κάπνισμα, τη χρήση συμπληρωμάτων βιταμινών και τη μέτρηση βάρους και ύψους.

Βιοχημικά και μεταβολικά προβλήματα

Η υποκαλιαιμία είναι συχνά το αποτέλεσμα της πρόκλησης εμετού και/ή κακής χρήσης καθαρτικών, συχνά η χορήγηση συμπληρωμάτων είναι αναγκαία. Επίμονη υποκαλιαιμία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μίας υποβόσκουσας υπομαγνησισαιμίας ή υποασβεστιαμίας. Μετρήσεις των ηλεκτρολυτών του ορού μπορεί να είναι παραπλανητικές μιας και μπορεί να καλύπτουν μία σημαντική έλλειψη ολόκληρου του σώματος. Υπονατρίαμια μπορεί να προέλθει από διάρροια και εμετούς, κακή χρήση διουρητικών ή υπερβολική πρόσληψη νερού. Μία γρήγορη διόρθωση της υπονατρίαμίας και χρήση υπερτονικών υγρών είναι επικίνδυνη.

Έλλειψη φολικού οξέος μπορεί να συμβεί και όσοι απέφευγαν ζωικά τρόφιμα μπορεί να έχουν έλλειψη βιταμίνης B₁₂. Παρόλα αυτά συμπληρωματικός σίδηρος μπορεί να είναι επικίνδυνος στα πρώτα στάδια της επανασίτισης. Η έλλειψη ψευδαργύρου μπορεί να προκαλέσει αλλοίωση της αίσθησης γεύσης καθώς και ποικιλία νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Μία σημαντική μερίδα ασθενών έχουν έλλειψη

θειαμίνης και η αύξηση του μεταβολισμού των υδατανθράκων που συμβαίνει με την επανασίτιση μπορεί να εξαντλήσει τα μη επαρκή αποθέματα θειαμίνης.

Τα αρχικά στάδια της επανασίτισης είναι μία περίοδος υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακές ανωμαλίες, βιοχημικές ανωμαλίες και ανωμαλίες της ισορροπίας των υγρών και οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Η ομάδα ασθενών υψηλού κινδύνου περιλαμβάνει εκείνους των οποίων το βάρος είναι πολύ χαμηλό, εκείνους με προηγούμενες βιοχημικές ανωμαλίες ή χρήση καθαρτικών, και εκείνους με συνοδά ιατρικά προβλήματα όπως ο διαβήτης, λοίμωξη και ανεπάρκεια ζωτικού οργάνου. Οι διαταραχές ηλεκτρολυτών συμβαίνουν συνήθως κατά τις πρώτες 1-2 εβδομάδες της επανασίτισης. Υπάρχει ένα ρίσκο υποφωσφαταιμίας και οξείας έλλειψης θειαμίνης όταν αρχίζει ξανά η πρόσληψη τροφών. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί μία μη φυσιολογική λειτουργία του ήπατος στα ανάλογα τεστ με την έναρξη ή κατά τη διάρκεια πρόσληψης τροφών. Αυτό συνήθως αυτοθεραπεύεται, όμως άλλα αίτια δυσλειτουργίας του ήπατος καλό θα ήταν να αποκλειστούν. Καθυστερημένες γαστρικές κενώσεις είναι το αποτέλεσμα του γρήγορου αισθήματος κορεσμού και της εντύπωσης κοιλιακής πληρότητας ή φουσκώματος. Χρήση μικρών και συχνών γευμάτων μπορεί να βοηθήσει σε αυτό, μετοκλοπραμίδη μπορεί να χρησιμοποιηθεί (συνήθως σε μειωμένη δόση των 5mg τρεις φορές την ημέρα), μα συχνά είναι περιορισμένης αποτελεσματικότητας.

Επανασίτιση

Στη χρόνια ασитία η ενεργειακή ανάγκη μειώνεται. Είναι επομένως πιθανό να φτάσουμε σε αύξηση του βάρους με σχετικά χαμηλή πρόσληψη ενέργειας στην αρχή και με σταδιακή αύξησή της. Μία εξατομικευμένη προσέγγιση μπορεί να είναι η καλύτερη για εκείνους που δεν κουράρονται από εξειδικευμένη μονάδα τροφικών διαταραχών. Στις εξειδικευμένες μονάδες, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τυποποιημένο πρόγραμμα. Μία εβδομαδιαία αύξηση βάρους της τάξης του 0.5-1.0 kg θεωρείται το βέλτιστο και μία πρόσληψη της τάξης των 2200-2500 kcal (9200-10000 kJ) την ημέρα μπορεί να πετύχει την αύξηση αυτή στους περισσότερους ασθενείς. Ο ρυθμός αύξησης βάρους θα μειωθεί με την αύξηση του βάρους, γεγονός που θα οφείλεται στην αύξηση του μεταβολικού ρυθμού και στη φυσική δραστηριότητα. Χορτοφαγικές δίαιτες μπορούν να εγκαθιδρυθούν χωρίς δυσκολία. Οι δίαιτες Vegan παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα στην επίτευξη επαρκούς ενεργειακής πρόσληψης και προμήθειας φωσφόρου.

Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν περιφερικό οίδημα στα αρχικά στάδια της επανασίτισης τροφών. Αυτό φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συχνό σε εκείνους που είχαν λανθασμένα χρησιμοποιήσει καθαρτικά ή προκαλούσαν εμετούς πριν από την εισαγωγή τους. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη αύξηση βάρους αρκετών κιλών. Το οίδημα της επανασίτισης πρέπει να διακριθεί από εκείνο της καρδιακής ανεπάρκειας, της οποίας άλλες ενδείξεις είναι απύοσες. Είναι πιθανό ότι πολλές από τις ανεπιθύμητες συνέπειες της επανασίτισης μπορούν να ελαχιστοποιηθούν ή να αποφευχθούν με το να αρχίσει ο ασθενής με σχετικά μικρές ποσότητες τροφής και προοδευτική αύξησή τους. Μία ξαφνική αύξηση του μεταβολικού φορτίου μπορεί να επισπεύσει βιοχημικές ανεπάρκειες και να αποκαλύψει κρυμμένες ελλείψεις.

Είναι κοινή πρακτική να τίθεται ένα βάρος στόχος στην αρχή της θεραπείας. Δεν υπάρχει καθαρή ομοφωνία για το πώς αυτό μπορεί να καθοριστεί, αλλά συχνά θέτεται σε ένα δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 19-20 kg/m². Παρόλα αυτά, αυτό αντιπροσωπεύει το ελάχιστο υγιές βάρος βασισμένο στο μέσο όρο του πληθυσμού και δεν είναι απαραίτητα

το ιδανικό βάρος για το ξεχωριστό άτομο. Προς το παρόν, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία πάνω στα οποία να βασιστούν συστάσεις για υγιή σωματικά βάρη σε συγκεκριμένες εθνικές ομάδες/μειονότητες. Μερικοί ειδικοί συνιστούν τη χρήση υπερηχογραφήματος για να εξετάσουν την ωριμότητα των ωοθηκών ως δείκτη της επαρκούς ανάκτησης βάρους.

Εντερική σίτιση

Η εντερική σίτιση έχει περιορισμένο ρόλο αλλά μπορεί να είναι αναγκαία σε ορισμένες περιπτώσεις. Συνήθως προτιμάται η ρινογαστρική οδός αλλά και η ρινοιστιδική σίτιση μπορεί να διορθώσει προβλήματα που προέρχονται από τη καθυστερημένη γαστρική κένωση. Κλασικές τροφές σωλήνα δεν περιέχουν αρκετό φώσφορο για να καλύψουν τις ανάγκες των σοβαρά άσιτων ασθενών και έτσι συνιστώνται συμπληρώματα. Επίσης συμπληρώματα βιταμινών Β και C συνιστώνται πριν αρχίσει η σίτιση. Κάποιο ακόμη συμπλήρωμα μετάλλων μπορεί να χρειαστεί. Κατά τη διάρκεια εντερικής σίτισης μπορεί να αναπτυχθεί υπεργλυκαιμία.

Παιδιά και έφηβοι

Τα παιδιά διαφέρουν από τους ενήλικες τόσο στη φυσιολογία όσο και στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Ο διατροφικός τους χειρισμός δεν μπορεί να διαχωριστεί από τις άλλες πτυχές της θεραπείας. Οι υπηρεσίες προς τα παιδιά και τους εφήβους θα πρέπει να είναι κατάλληλες και ανάλογες με την ηλικία των ασθενών και να είναι στελεχωμένες με κλινικό προσωπικό με εμπειρία στη συνεργασία με νέους ανθρώπους. Προεφηβικά παιδιά και μεγαλύτεροι έφηβοι θα πρέπει ιδανικά να κουράρονται σε ξεχωριστές υπηρεσίες.

Οι νεότεροι ασθενείς τείνουν να προκαλούν μεγαλύτερη ιατρική έγνοια από τους ενήλικες. Οι ενεργειακές αποθήκες τους είναι χαμηλές και η κατίσχυανση μπορεί να συμβεί γρηγορότερα, τα παιδιά αφυδατώνονται πιο γρήγορα από τους ενήλικες. Ο ΔΜΣ πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στα παιδιά και στους εφήβους. Παρότι είναι αξιόλογος δείκτης στο πόσο λεπτός είναι κάποιος, αποτελεί φτωχό αντικατοπτρισμό των αποθεμάτων λίπους ενός παιδιού. Στους εφήβους, μία αλλαγή του ΔΜΣ δεν είναι αξιόπιστη ένδειξη αλλαγής στις αποθήκες λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων. Όταν αναπτύσσεται η νευρική ανορεξία πριν να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη τότε θα αναστείλει την ανάπτυξη και θα μειώσει το ύψος, η μείωση του βάρους θα υποτιμηθεί εάν η εξέταση βασιστεί μόνο στο ΔΜΣ. Η νευρική ανορεξία μπορεί να εμφανιστεί στους εφήβους χωρίς μείωση βάρους εάν το βάρος παραμένει σταθερό κατά τη διάρκεια ενός σταδίου αναμενόμενης ανάπτυξης. Οι σταθερές του δείκτη μάζας σώματος ποικίλουν με την ηλικία και η αξιολόγηση του ΔΜΣ σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πρέπει να συσχετίζεται με τις καμπύλες αναφοράς ΔΜΣ. Δύσκολη είναι επίσης και η αξιολόγηση του βάρους σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Η εντερική σίτιση μπορεί να θεωρηθεί αναγκαία για τη θεραπεία των παιδιών και των εφήβων όταν ο ασθενής έχει χειροτερεύσει ιατρικά σε τέτοιο βαθμό που να διατρέχει σοβαρό κίνδυνο θανάτου. Οι παραπάνω θεωρίες που περιγράφηκαν σε σχέση με τους ενήλικες ισχύουν το ίδιο σε νεότερους ασθενείς.

Συστάσεις

- Ασθενείς με νευρική ανορεξία πρέπει να έχουν διατροφική αξιολόγηση

- Μία επίσημη αξιολόγηση του διατροφικού επιπέδου συνιστάται με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι μονάδες πρέπει να έχουν ξεκάθαρο πρωτόκολλο όσον αφορά το ποιος θα διεξάγει αυτή την αξιολόγηση.
- Οι ασθενείς πρέπει να περάσουν γενική φυσική εξέταση
- Μία λεπτομερής εργαστηριακή αξιολόγηση πρέπει να γίνει με την αρχική φυσική εξέταση και ξανά με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν βρεθούν σοβαρές ανωμαλίες τότε πρέπει ένας ειδικός να δώσει τις συμβουλές του.
- Η ποσότητα φαγητού που θα δίνεται θα είναι περιορισμένη στην αρχή και έπειτα θα αυξάνεται με αργό ρυθμό.
- Η σύσταση σε γενικές γραμμές για την αύξηση βάρους είναι της τάξης 0.5 – 1.0 kg την εβδομάδα.
- Ασθενείς στα πρώτα στάδια της επανασίτισης πρέπει να παρακολουθούνται στενά για όποια σημεία βιοχημικών διαταραχών, καρδιαγγειακών διαταραχών και διαταραχών της ισορροπίας των υγρών. Η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση συνιστάται ακόμη περισσότερο όταν συντρέχει και διαταραχή ηλεκτρολυτών και κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας αντικατάστασής τους.
- Η χρήση συμπληρωμάτων μικροθρεπτικών συστατικών συνιστάται και στους ασθενείς εντός αλλά και εκτός (εξωτερικά ιατρεία) νοσοκομείου.
- Η χρήση συμπληρώματος θειαμίνης από το στόμα συνιστάται στους εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε ταχεία αύξηση βάρους.
- Η εντερική σίτιση πρέπει να εφαρμόζεται από ειδική κλινική ομάδα με εμπειρία και επιδεξιότητα στη χρήση της.
- Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εντερική σίτιση πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά, οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται στενά και οι ελλείψεις να διορθώνονται αμέσως.
- Η εντερική σίτιση πρέπει να αρχίζει αργά, χρησιμοποιώντας μία ισοτονική τυποποιημένη τροφή 1 kcal/ml (4.2 kJ/ml) που θα διανέμεται μέσω ενός μικρής διαμέτρου ρινογαστρικού σωλήνα.
- Παρεντερική χορήγηση βιταμινών Β και C πρέπει να δίνεται πριν ξεκινήσει η εντερική σίτιση και εάν είναι δυνατό και έπειτα.
- Συμπληρώματα φωσφόρου συνιστώνται πριν την έναρξη της εντερικής σίτισης, ένα συμπληρωματικό συμπλήρωμα μετάλλου μπορεί επίσης να χρειαστεί.
- Όταν χρησιμοποιείται η εντερική σίτιση η διαιτολογική συμβουλή πάντα πρέπει να αναζητείται και επίσης συνιστάται οι μονάδες να έχουν γραπτό πρωτόκολλο για τη χρήση της.
- Για τους εξωτερικούς ασθενείς δεν συνιστάται η αύξηση βάρους άνω του 0.5 kg ανά εβδομάδα.
- Για τους εξωτερικούς ασθενείς που αυξάνουν το βάρος τους 0.3 kg την εβδομάδα ή παραπάνω, οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά.
- Όσον αφορά ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, μπορεί να είναι σωστό να στοχεύεται ένα χαμηλό αλλά ασφαλές βάρος έτσι ώστε να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο και να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα ζωής.
- Οι διατροφικοί περιορισμοί λόγω θρησκείας πρέπει να είναι σεβαστοί εκτός και αν αποτελούν απειλή για την ανάρρωση. Πρέπει να υπάρχει φροντίδα έτσι ώστε

- να είναι σίγουρο πως τα φάρμακα και τα διατροφικά συμπληρώματα είναι σε σύμπτωση με τις θρησκευτικές ή πολιτισμικές πρακτικές του ασθενούς.
- Παιδιά και έφηβοι πρέπει να θεραπεύονται σε μία υπηρεσία που είναι κατάλληλη για την ηλικία τους και το κλινικό προσωπικό που θα στελεχώνει την υπηρεσία να είναι έμπειρο στη συνεργασία με την ομάδα αυτή.
 - Ο ΔΜΣ πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στα παιδιά και τους εφήβους και προτιμότερο να συσχετίζεται με τις καμπύλες αναφοράς για το ΔΜΣ.
 - Η αξιολόγηση του αναμενόμενου βάρους στα παιδιά και τους εφήβους πρέπει να λάβει υπ' όψιν της προ της νόσου εκατοστιαίες θέσεις βάρους και ύψους, το γονεϊκό βάρος και ύψος, και το φυσιολογικό βάρος για την εκατοστιαία θέση ύψους.
 - Ο στόχος του βάρους πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά κατά τη διάρκεια της επανασίτισης των παιδιών και των εφήβων ώστε να λαμβάνεται υπόψη η ανάπτυξη.
 - Η εφηβική ανάπτυξη πρέπει να διατηρείται, όπου δυνατό, ανάμεσα σε δύο σταθερές απόκλισης των καμπύλων αναφοράς.

1 Εισαγωγή

Η σωστή διατροφική αντιμετώπιση ασθενών με νευρική ανορεξία απαιτεί προσοχή σε πολλούς τομείς. Προσεκτική αξιολόγηση της διαίτας του ασθενούς και επίβλεψη του προγράμματος επανασίτισης – μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμικού, εθνικού και θρησκευτικού περιβάλλοντος από το οποίο προέρχεται ο ασθενής – είναι απαραίτητα. Η ιατρική παρακολούθηση είναι επίσης σημαντική. Παρ' όλα αυτά οποιαδήποτε διατροφική παρέμβαση αναπόφευκτα θα εμπεριέχει ένα ψυχολογικό νόημα για τον ασθενή, έτσι η διαχείριση της διατροφικής κατάστασης θα πρέπει πάντοτε να εξετάζεται μέσα από ένα ευρύτερο ψυχολογικό πλαίσιο. Οι διατροφικές παρεμβάσεις που δεν λαμβάνουν υπ' όψη τους το ψυχολογικό πλαίσιο είναι αμφίβολο αν θα πετύχουν. Όπως και με άλλες πτυχές της αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας, μία περίπλοκη διαπραγμάτευση μπορεί να χρειαστεί να υιοθετηθεί με τον ασθενή, και ζητήματα κινήτρου είναι υψίστης σημασίας. Η στενή συνεργασία είναι απαραίτητη μεταξύ των επαγγελματιών που παρέχουν ψυχολογική θεραπεία και εκείνων υπεύθυνων για τη διατροφική και ιατρική φροντίδα του ασθενή.

Η διόρθωση της σύστασης του σώματος είναι ξεκάθαρα ο απόλυτος στόχος της διατροφικής θεραπείας, αλλά μπορεί να συμβεί μόνο εάν υπάρχει επαρκής κυτταρική λειτουργία. Στους ασθενείς που έχουν σοβαρό υποσιτισμό, δύο ξεχωριστές διαδικασίες που όμως συνδέονται συμβαίνουν. Πρώτα, η μη επαρκής πρόσληψη τροφής οδηγεί σε απώλεια μάζας και σε λειτουργικές αλλαγές σε όλους τους ιστούς. Έπειτα, η γενική μεταβολική απάντηση σε λοιμώξεις, τραυματισμούς ή άλλο σωματικό στρες οδηγεί σε περαιτέρω απώλειες συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών και κυτταρική καταστροφή. Τελικά το ζητούμενο της θεραπείας πρέπει να είναι η επανάκτηση μίας φυσιολογικής σύστασης σώματος, αυτό όμως προαπαιτεί ικανό μεταβολικό μηχανισμό. Έτσι το πρώτο βήμα πρέπει να είναι να επιδιορθωθούν οι μηχανισμοί, ενώ σαν δεύτερη σκέψη στο αρχικό μέρος της θεραπείας είναι να αναδομηθούν οι ιστοί. Η διατροφική αντιμετώπιση της σοβαρής νευρικής ανορεξίας μπορεί να θεωρηθεί σε όρους τριών διαδοχικών φάσεων: ανάνηψη, επιδιόρθωση και αναδόμηση.

Ανάνηψη

Η σοβαρός υποσιτισμός αποτελεί ένα ιατρικό επείγον, και υπάρχει επιτακτική ανάγκη να διορθωθεί η υποθερμία, η υπογλυκαιμία και η διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Η αφυδάτωση πρέπει να διορθωθεί με προσοχή και η καρδιαγγειακή λειτουργία να σταθεροποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο όσο αυτό είναι εφικτό. Οι λοιμώξεις (μερικές από τις οποίες μπορεί να μην είναι κλινικά φανερές) πρέπει να αναγνωριστούν και να θεραπευτούν.

Επιδιόρθωση

Η λειτουργία των ιστών δεν μπορεί να επανέλθει εάν ο κυτταρικός μηχανισμός δεν επιδιορθωθεί. Αυτό απαιτεί τη διόρθωση πολλαπλών συγκεκριμένων διατροφικών ελλείψεων, οι οποίες μπορεί να μην είναι εφικτό να ανιχνευθούν από τα κλασικά βιοχημικά τεστ.

Αναδόμηση

Οι ανωμαλίες στη σύσταση του σώματος μπορούν να διορθωθούν με ασφάλεια μόνο όταν οι κυτταρικοί μηχανισμοί έχουν διορθωθεί επαρκώς. Επιθετικές προσπάθειες για αύξηση βάρους σε ένα πρώιμο στάδιο της θεραπείας είναι ενδεχομένως ιδιαίτερα επικίνδυνο. Μία απλοϊκή προσέγγιση στη διόρθωση των μη φυσιολογικών τιμών στα βιοχημικά του αίματος είναι επίσης ριψοκίνδυνο, για παράδειγμα η θεραπεία χαμηλών λευκωμάτων ορού με δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνη ή θεραπεία αναιμίας με συμπλήρωμα σιδήρου.

2 Διατροφική αξιολόγηση

Ένα είδος διατροφικής αξιολόγησης πρέπει να είναι μέρος της συνολικής αξιολόγησης των ασθενών με νευρική ανορεξία, και μία επίσημη αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης είναι μία καλή πρακτική κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Συνιστούμε, οι μονάδες που κουράρουν ασθενείς με νευρική ανορεξία να έχουν ξεκάθαρη πολιτική όσον αφορά τη διατροφική αξιολόγηση, η οποία να συγκεκριμενοποιεί ποιος θα τη διεξάγει. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι απαραίτητο να τεθούν όλα τα διατροφικά ζητήματα στην αρχή της θεραπείας. Η αρχική αξιολόγηση θα πρέπει να ακολουθεί το τοπικό πρωτόκολλο και πρέπει να καλύπτει μόνο τις απαραίτητες πτυχές που θα βοηθήσουν σε άμεσες αποφάσεις για τη θεραπεία. Οι πτυχές αυτές συμπεριλαμβάνουν:

- Πρόσφατη αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες
- Ρυθμό απώλειας βάρους
- Κρίσεις πολυφαγίας
- Πρόκληση εμετών και κατάχρηση καθαρτικών
- Γαστρεντερολογική λειτουργία
- Ενυδάτωση
- Περιορισμοί στην πληθώρα των επιτρεπτών φαγητών
- Άλλες καταστάσεις που χρήζουν διατροφικής αντιμετώπισης (όπως ο διαβήτης)
- Παρουσία καταστάσεων που επηρεάζουν τις διατροφικές ανάγκες (όπως η λοίμωξη ή η ανάπτυξη)
- Χρήση αλκοόλ

Ιστορικό διαίτας

Ένα διατροφικό ιστορικό που λαμβάνεται από ένα διαιτολόγο αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών σε ασθενείς με νευρική ανορεξία (Hadigan et al, 2000). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωριστούν συγκεκριμένες ελλείψεις σε πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και μικροθρεπτικά συστατικά. Παρότι οι ασθενείς υπερεκτιμούν χαρακτηριστικά την ενεργειακή τους πρόσληψη, το σωματικό βάρος είναι ένας εύκολα μετρήσιμος δείκτης για την έλλειψη ενέργειας. Μαζί με τις πληροφορίες για την πρόσληψη τροφών, το διατροφικό ιστορικό θα πρέπει να εμπεριέχει πληροφορίες για τους παρακάτω παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφική αντιμετώπιση.

Πρόσληψη υγρών

Είναι συχνή η υπερκατανάλωση υγρών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διευκολύνει τον εμετό ή να επηρεάζει το σωματικό βάρος. Ο περιορισμός των υγρών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση βάρους (Lowinger et al, 1999).

Κατανάλωση καφεΐνης

Είναι συχνή η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης στη μορφή του καφέ, του τσαγιού και των χαμηλών σε ενέργεια αεριούχων-ανθρακούχων ποτών στη νευρική ανορεξία, διότι η καφεΐνη έχει ανορεξιογόνο και απισχναντική δράση. Μειώνοντας την πρόσβαση σε αυτά τα ποτά μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα από τη στέρηση της καφεΐνης.

Κατανάλωση αλκοόλ

Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τις ανάγκες για βιταμίνες της ομάδας Β, οι οποίες πρέπει να παρέχονται σαν συμπλήρωμα (Department of Health, 1991).

Κάπνισμα

Το κάπνισμα αυξάνει τις ανάγκες για αντιοξειδωτικές βιταμίνες, και ιδιαίτερα σε βιταμίνη C (Department of Health, 1991): πρέπει να παρέχονται συμβουλές για τα τρόφιμα που περιέχουν βιταμίνη C. Εάν η δίαιτα δεν παρέχει την απαραίτητο ποσότητα βιταμίνης C (όπως στην περίπτωση της διατροφής μέσα σε ένα νοσοκομείο), πρέπει να δοθούν συμπληρώματα.

Χρήση βιταμινούχων συμπληρωμάτων

Πρέπει να υπάρχει φροντίδα να προληφθεί ο κίνδυνος τοξικότητας λόγω υπερβολικής χρήσης συμπληρωμάτων βιταμινών Α και D (Department of Health, 1991).

Μέτρηση βάρους και ύψους

Το βάρος και το ύψος πρέπει να μετριοούνται (σε κιλά και μέτρα αντίστοιχα), και ο ΔΜΣ (σε kg/m^2) να υπολογίζεται σαν δείκτης για τη σοβαρότητα της ασιτίας. Η μέτρηση βάρους πρέπει να είναι όσο πιο συνεπής γίνεται, να γίνεται την ίδια ώρα της ημέρας κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Οι άνθρωποι κάτω των 20 ετών με μακρύ ιστορικό περιορισμένης κατανάλωσης τροφής μπορεί να ψηλώσουν κατά την επανασίτιση: καθώς αυξάνεται το ύψος, αυξάνεται το υγιές βάρος που πρέπει να επιτευχθεί.

3 Κλινική αξιολόγηση και παρακολούθηση

Η φυσική εξέταση των ασθενών πρέπει να είναι πλήρης και εκτενής. Η εξέταση πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στο βαθμό ενυδάτωσης του ασθενή, τη καρδιαγγειακή κατάσταση, την υποθρεψία των μυών και την ακεραιότητα του δέρματος. Η ορθοστατική υπόταση είναι συχνή: είναι συνήθως δευτερεύουσα στο χαμηλό όγκο αίματος και σε μερικές περιπτώσεις και στο κλάσμα εξώθησης καρδιάς. Η θερμοκρασία σώματος (για παράδειγμα με θερμόμετρο τύμπανου) πρέπει να καταγραφεί, διότι η υποθερμία είναι συχνή στις σοβαρές περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας. Το τεστ – σηκώνομαι, κάθομαι οκλαδόν, στέκομαι (βλέπε Παράρτημα 2) δίνει μία κλινική ένδειξη της δύναμης των μυών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη παρακολούθηση της προόδου.

Η πρόκληση εμετού από το ίδιο το άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να διαβρώσει το σμάλτο των δοντιών, οδηγώντας σε πόνο, και μπορεί να συνδέεται με τερηδόνα και ακόμα και αποστήματα. Οι εμετοί μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό στο στόμα και στο λαιμό. Η σοβαρή ασιτία μπορεί να οδηγήσει σε συρρίκνωση των ούλων και χαλαρότητα των δοντιών. Η έλλειψη ριβοφλαβίνης μπορεί να προκαλέσει σχισμές στα χείλια, ιδιαίτερα στις γωνίες του στόματος, και οι ελλείψεις σε σίδηρο και ψευδάργυρο μπορεί να προκαλέσουν γλωσσίτιδα και να χαθεί επίσης η αίσθηση της γεύσης. Η έλλειψη βιταμίνης C μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία στα ούλα (Newton & Travess, 2000). Αυτά τα προβλήματα μπορεί να χρειαστούν συγκεκριμένα διατροφικά συμπληρώματα.

4 Εργαστηριακή αξιολόγηση και παρακολούθηση

Συνιστάται μία λεπτομερής εργαστηριακή αξιολόγηση κατά την αρχική αξιολόγηση και ξανά με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Συστάσεις για τον αρχικό έλεγχο βρίσκονται στο Παράρτημα 3. Περαιτέρω έλεγχοι μπορεί να χρειαστούν ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή. Εάν παρατηρηθούν σημαντικές ανωμαλίες μπορεί να χρειαστούν οι συμβουλές ενός ειδικού. Τα αρχικά στάδια της επανασίτισης αποτελούν μία περίοδο υψηλού κινδύνου για βιοχημικές ανωμαλίες και αυτό θα πρέπει να διαφαίνεται μέσω της παρακολούθησης. Σε ιδιαίτερο κίνδυνο βρίσκονται ασθενείς με ιδιαίτερα χαμηλό βάρος, με προηγούμενες βιοχημικές ανωμαλίες και εκείνοι που χρησιμοποιούν καθαρτικά.

Μία χαμηλή συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης μπορεί να υποδηλώνει έλλειψη σιδήρου. Όμως τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης μπορεί να είναι ανεβασμένα τεχνητά σαν αποτέλεσμα της αφυδάτωσης, και μία φαινομενική αναιμία στην αρχή της θεραπείας μπορεί να οφείλεται στην κατακράτηση υγρών και στην αραίωση του αίματος. Άρα τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Επιπρόσθετα όσο μειώνεται η μη λιπώδης μάζα υπάρχει συσχέτιση με την πτώση της μάζας των ερυθρών κυττάρων. Ο σίδηρος ο οποίος προέρχεται από το μειωμένο όγκο των ερυθρών κυττάρων δεν μπορεί να αποβληθεί και έτσι αποθηκεύεται δεσμευμένος στη φερριτίνη. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αδέσμευτου σιδήρου, ο οποίος δρα ως κέντρο για τη δημιουργία ελεύθερων ριζών και κατά συνέπεια κυτταρικής βλάβης. Έτσι, σε σοβαρές περιπτώσεις υποθρεψίας υπάρχει αποτελεσματικός φραγμός στη χρησιμοποίηση του σιδήρου και οποιοδήποτε συμπλήρωμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί με θετικό αποτέλεσμα σε αυτή την περίπτωση. Διατροφικά συμπληρώματα σιδήρου κατά τα αρχικά στάδια της επανασίτισης υποθρεπτικών ασθενών έχουν συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα. Όταν οι οξείες μεταβολικές διαταραχές διορθωθούν και ο κυτταρικός μεταβολισμός επιδιορθωθεί, επιστρέφει η ικανότητα χωρητικότητας του ιστού και η μάζα των ερυθρών κυττάρων. Με την πρώτη ευκαιρία, ο σίδηρος φεύγει από τις αποθήκες για να μπορέσει να ικανοποιήσει την ανάγκη για κυτταρική επιδιόρθωση και την αυξημένη μάζα ερυθρών κυττάρων, σε κάποιο σημείο όμως οι αποθήκες μπορεί να εξαντληθούν και τότε μπορεί να χρειαστούν συμπληρώματα σιδήρου. Επίσης παρατηρείται έλλειψη φολικού οξέος και μάλιστα σε εκείνους που απέφευγαν τα ζωικά προϊόντα μπορεί να παρουσιαστεί έλλειψη βιταμίνης B₁₂.

Συχνά ο εξαναγκασμός εμετού και/ή χρήση καθαρτικών έχει σαν αποτέλεσμα την υποκαλιαιμία. Μπορεί πιθανότατα να χρειαστεί χορήγηση συμπληρώματος αν και συμβουλές όσον αφορά τρόφιμα υψηλά σε κάλιο (για παράδειγμα, όλα τα φρούτα και τα λαχανικά, το γάλα και ο καφές) μπορεί να είναι επαρκείς σε ορισμένες περιπτώσεις (Connan et al, 2000). Η επίμονη υποκαλιαιμία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μίας υποβόσκουσας υπομαγνησιαϊμίας ή υποασβεστιαϊμίας. Η υπονατρίαϊμία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της διάρροιας ή των εμετών, κακής χρήση διουρητικών ή υπερβολικής κατανάλωσης νερού (Cuesta et al, 1992, Santonastaso et al, 1998). Μπορεί έτσι να προκαλέσει σύγχυτικά επεισόδια και σε εξεζητημένες περιπτώσεις, εγκεφαλικό οίδημα και σπασμούς. Η αντιμετώπιση της υπονατρίαϊμίας έχει να κάνει με το αίτιο: μπορεί να είναι αναγκαία νερό και αλάτι σε περιπτώσεις αφυδάτωσης, ενώ στη διαλυτική υπονατρίαϊμία πρέπει να αντιμετωπιστεί με περιορισμό υγρών. Πρέπει να αναζητηθούν ιατρικές και βιοχημικές συμβουλές. Η γρήγορη διόρθωση της υπονατρίαϊμίας και χρήση

υπερτονικών υγρών είναι επικίνδυνα λόγω κινδύνου για καρδιακή κάμψη και κεντρικής γεφυρικής μυελινόλυσης (Steckler, 1995, Laureno & Karp, 1997). Τα λευκώματα ορού επηρεάζονται περισσότερο από άλλους παράγοντες πέρα από την πρόσληψη πρωτεϊνών και έτσι πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

5 Διατροφική φροντίδα εσωτερικών ασθενών

Ενεργειακές ανάγκες

Η πρόσληψη ενέργειας κατά την επανασίτιση πρέπει να πετύχει ένα συμβιβασμό μεταξύ της ανάγκης για επανάκτηση φυσιολογικής διατροφής όσο το δυνατόν γρηγορότερα και της μειωμένης φυσικής και ψυχολογικής ικανότητας αντοχής της βρώσης. Στη χρόνια ασυτία η ενεργειακές ανάγκες καταστέλλονται διότι εξαντλείται η κυτταρική μάζα του σώματος και υπάρχει συντηρητική μεταβολική απάντηση στην πείνα. Είναι επομένως δυνατό να προωθηθεί η αύξηση βάρους με σχετικά μικρή ποσότητα ενέργειας στην αρχή και να την αυξήσουμε σταδιακά. Αυτό επιτρέπει χρονικά στον ασθενή να υιοθετήσει την αύξηση πρόσληψης (Strober et al, 1997). Ο ρυθμός της αύξησης πρόσληψης βασίζεται στη θέληση του ασθενή και στο βαθμό υποστήριξης και επίβλεψης που προσφέρεται.

Μία εξατομικευμένη προσέγγιση μπορεί να είναι το καλύτερο για εκείνους που δεν κουράρονται σε μία μονάδα ειδική για διατροφικές διαταραχές (Salisbury et al, 1995). Στις εξειδικευμένες μονάδες υπάρχει τυποποιημένο πρόγραμμα αλλά με την κατάλληλη ελαστικότητα για εξατομικευμένες ανάγκες. Εάν η οδοντική αρρώστια είναι σοβαρή, μπορεί να χρειαστεί διαφοροποίηση της διατροφής: αρχικές τροφές μπορεί να πρέπει να είναι σε υγρή μορφή και να υπάρξει αντικατάσταση με μαλακές τροφές έως ότου το στόμα είναι έτοιμο. Χυμοί και άλλα όξινα ποτά μπορούν να αραιωθούν, το ξύδι, αλμυρά φαγητά και φαγητά σε υψηλές θερμοκρασίες πρέπει να αποφεύγονται.

Ένας οδηγός για τις ενεργειακές ανάγκες δίνεται στο Παράρτημα 1. Η ποσότητα του φαγητού καλό είναι να είναι περιορισμένη στην αρχή και να αυξάνεται αργά. Η αρχική πρόσληψη όμως πρέπει να παρέχει αρκετά ώστε να μην υπάρξει περαιτέρω μείωση βάρους. Για τους περισσότερους ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από 45 kg, με απουσία υπερβολικής άσκησης, 1400 kcal (5900kJ) την ημέρα θα το πετύχουν. Αυτό είναι ένα λογικό επίπεδο για νοσοκομειακή επανασίτιση για όλους εκτός από τους σοβαρά άρρωστους. Αυτό το επίπεδο καλό είναι να διατηρηθεί μέχρι να πιστοποιηθεί η λειτουργία του εντέρου (π.χ. υπάρχουν εντερικοί ήχοι) και εάν υπάρχει υπερφόρτωση νερού αρχίζει να υποχωρεί. Το τελευταίο διαφαίνεται με τη σταθεροποίηση του βάρους που φυσιολογικά συμβαίνει μέσα σε 7-10 ημέρες. Έπειτα η πρόσληψη τροφής μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με το βαθμό παρακολούθησης και υποστήριξης.

Η αύξηση της τάξης του 0.5 – 1.0 kg ανά εβδομάδα θεωρείται η καλύτερη. Υπάρχει μία προκαταρκτική έρευνα που δείχνει πως με αύξηση 0.5 kg έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αύξηση βάρους συνολικά μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου παρά η χρήση μεγαλύτερης αύξησης βάρους (Herzog et al, 204). Η αύξηση βάρους του 1 kg την εβδομάδα χρειάζεται θερμιδική πρόσληψη 1000 kcal (4200 kJ) την ημέρα πάνω από τις ανάγκες διατήρησης. Θερμιδική πρόσληψη περίπου 2200-2500 kcal (9200-10500 kJ) την ημέρα θα βοηθήσει στην αύξηση βάρους περίπου 0.5 – 1.0 kg την εβδομάδα στους περισσότερους ασθενείς. Ο ρυθμός αύξησης βάρους θα μειωθεί, λόγω της αύξησης του μεταβολικού ρυθμού και της φυσικής δραστηριότητας. Μπορεί να είναι σωστό να αυξηθεί η ενεργειακή πρόσληψη για να τον καλύψει ή να αφήσουμε με τον αργότερο ρυθμό αύξησης βάρους να διευκολυνθεί η παύση στο συμφωνημένο σημείο συντήρησης.

Στόχος βάρους

Είναι συνηθισμένη πρακτική σε πολλές μονάδες να τίθεται ένα βάρους ως στόχος στην αρχή της θεραπείας. Αυτό δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές στο θεραπευτικό πρόγραμμα και μπορεί να καθησυχάσει το άγχος του ασθενή ότι θα τους αφήσουν να γίνουν υπέρβαροι. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη συναίνεση για το πώς πρέπει να καθοριστεί ο στόχος του βάρους. Μία λογική κοινή πρακτική είναι να το βασίσουν σε ένα χαμηλό φυσιολογικό βάρους σώματος, όπως ο ΔΜΣ 19 kg/m^2 ή ΔΜΣ 20 kg/m^2 . Αυτό μπορεί να πρέπει να διαμορφωθεί σύμφωνα με τις εξατομικευμένες καταστάσεις, για παράδειγμα εάν το βάρους του ασθενούς πριν νοσήσει ήταν ιδιαίτερα υψηλότερο ή χαμηλότερο από αυτό του στόχου. Μπορεί ορισμένες φορές να πρέπει να συμφωνήσουμε σε ένα χαμηλότερο βάρους, για παράδειγμα σαν μέρος ενός ιδιαίτερου θεραπευτικού πλάνου ή σε ανυπάκουες περιπτώσεις όπου ο ασθενής έχει επανειλημμένα αποτύχει να κρατήσει ένα φυσιολογικό βάρους. Σε ορισμένες μονάδες ο στόχος του βάρους είναι ένα εύρος τιμών βάρους παρά ένα συγκεκριμένο βάρους.

Το φάσμα του ΔΜΣ από $19\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ είναι αποδεκτό ως “υγιές” στους πληθυσμούς της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής αλλά υπάρχει αβεβαιότητα όσον αφορά το φάσμα αυτό αν θα πρέπει να εφαρμόζεται και σε άλλες εθνικότητες. Δυστυχώς το ελάχιστο όριο για το ΔΜΣ δεν έχει καθιερωθεί με σιγουριά. Η κλινική εμπειρία αναφέρει πως οι γυναίκες Ασιατικής προέλευσης μπορεί να επανακτήσουν την έμμηνο ρύση σε χαμηλότερα σωματικά βάρη από ότι γυναίκες που κατάγονται από την Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική. Πρέπει να σημειωθεί πως, αν και η έμμηνο ρύση θεωρείται ως δείκτης για την επαρκή αύξηση βάρους, δεν δείχνει απαραίτητα το ιδανικό βάρους για μακρόχρονη υγεία. Προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία να βασιστούν συστάσεις για υγιή βάρη σε συγκεκριμένες ομάδες εθνικοτήτων.

Αν και το να τίθεται ο στόχος σε ένα φυσιολογικό βάρους έχει ως αποτέλεσμα χρονοβόρες εισαγωγές, η κλινική εμπειρία προτείνει πως εάν δοθεί εξιτήριο πριν το σημείο αυτό μπορεί να αποφύγει ο ασθενής τη δύσκολη ψυχολογική μετάβαση σε ένα υγιές βάρους. Υπάρχουν περιορισμένες ερευνητικές αποδείξεις ότι εάν δοθεί εξιτήριο σε χαμηλό βάρους αυτό έχει σχετίζεται με χειρότερη έκβαση και υψηλότερη συχνότητα επανανοσηλείας (Baran et al, 1995, Howard et al, 1999). Πρέπει να τονιστεί ότι ο στόχος αντιπροσωπεύει το ελάχιστο υγιές βάρους παρά το ιδανικό. Η επιστροφή της έμμηνο ρύσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν φυσιολογικός δείκτης για την επαρκή επανάκτηση βάρους, αν και οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται πως μπορεί να καθυστερήσει η έμμηνο ρύση αρκετούς μήνες μετά που θα έχουν επιτύχει ένα κανονικό βάρους. Μία διαφορετική προσέγγιση είναι να ζητήσουμε από τον ασθενή να φτάσει το ΔΜΣ 19 kg/m^2 και έπειτα να ξεκινήσει διαδοχικές εξετάσεις υπερήχων στις ωοθήκες. Έπειτα η αύξηση βάρους συνεχίζεται έως ότου παρατηρηθεί ένα επικρατές ωοθυλάκιο. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να αποφύγει διφωνίες με τους ασθενείς που συχνά συμβαίνουν όταν οι επαγγελματίες προσδιορίζουν το “υγιές” βάρους.

Εντερική σίτιση

Η εντερική σίτιση έχει περιορισμένο ρόλο στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, παρ’ όλα αυτά υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να χρειαστεί. Εάν κριθεί αναγκαία, συνήθως προτιμάται η ρινογαστρική οδός. Αυτή ενισχύει την άποψη ότι η εντερική σίτιση πρόκειται για μέτρο μικρής χρονικής διάρκειας, και υπάρχει μικρότερο ιατρικό ρίσκο από άλλες μεθόδους. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις η γαστροστομία ή η

νησιδοστομία μπορεί να εξετασθούν σαν επιλογές αλλά αυτές οι διαδικασίες είναι πιο επεμβατικές και η στομία πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος λοίμωξης (Neiderman et al, 2000). Η σίτιση από ρινονησιδικό σωλήνα είναι λιγότερο επεμβατική εναλλακτική λύση που μπορεί να ξεπεράσει προβλήματα όπως η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Εντούτοις, η εισαγωγή ρινονησιδικού σωλήνα είναι πιο περίπλοκη απ' ό,τι του ρινογαστρικού και θα πρέπει να εκτελείται από γαστρεντερολόγο. Η χρήση της εντερικής σίτισης απαιτεί έμπειρο κλινικό προσωπικό με ικανότητα στη χρήση της. Οι ομάδες που είναι υπεύθυνες για την εντερική σίτιση συμβουλευονται να γνωρίζουν καλά τις οδηγίες που έχουν εκδοθεί από το Βρετανικό Σύλλογο Γαστρεντερολογίας (Stroud et al, 2003), οι οποίες περιέχουν λεπτομερείς συμβουλές. Όταν χρησιμοποιείται η εντερική σίτιση πρέπει να υπάρχει και διαιτολογική συμβουλή, και συνιστάται οι μονάδες να έχουν γραπτό πρωτόκολλο σε ισχύ για το θέμα αυτό.

Η απόφαση για την εγκατάσταση εντερικής σίτισης είναι δύσκολη και περίπλοκη και πρέπει πάντοτε να εξετάζεται προσεκτικά. Μπορεί να χρειάζεται σαν μέτρο για να σωθεί μία ζωή αλλά πρέπει να χρησιμοποιείται για το ελάχιστο χρονικό διάστημα. Περιστασιακά, οι ασθενείς βρίσκουν τα τεχνητά μέσα σίτισης προτιμότερα μιας και φεύγει από τους ίδιους η αίσθηση ευθύνης για σίτιση (Niederman et al, 2000). Σε κρίσιμα άρρωστους ασθενείς, η εντερική σίτιση μπορεί να προσδώσει μεγαλύτερο βαθμό ελέγχου πάνω στη διατροφική πρόσληψη του ασθενούς. Η ρινογαστρική σίτιση, όμως, είναι ενοχλητική για τον ασθενή και μπορεί να ξυπνήσει συναισθήματα σεξουαλικής παρενόχλησης. Αν και η εντερική σίτιση μπορεί να βοηθά στην επανάκτηση βάρους βραχυπρόθεσμα, δεν προαπαιτεί από τον ασθενή να έχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία της ανάρρωσης και έτσι έχει περιορισμένο ρόλο μακροπρόθεσμα. Για το λόγο αυτό είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται έως ότου ο ασθενής είναι ιατρικώς ασφαλής σε λογικά πλαίσια (π.χ. να έχει ΔΜΣ 14 kg/m^2), παρά να συνεχιστεί μέχρι να επιτευχθεί ένα κανονικό βάρος.

Οι ασθενείς που υπόκεινται σε εντερική σίτιση χρειάζονται προσεκτική ιατρική παρακολούθηση διότι υπάρχουν ενδεχόμενοι κίνδυνοι, και κυρίως όσον αφορά τις διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών. Για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπλοκές, συνιστάται η εντερική σίτιση να ξεκινήσει με αργό ρυθμό. Οι διαταραχές ηλεκτρολυτών συνήθως εμφανίζονται κατά τις πρώτες 1-2 εβδομάδες εντερικής σίτισης. Οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται το λιγότερο καθημερινά και οι ελλείψεις να διορθώνονται άμεσα. Οι εξετάσεις για ηπατικών ενζύμων και η γενική αίματος πρέπει να γίνονται εβδομαδιαία μέχρι να σταθεροποιηθεί ο ασθενής. Η συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα πρέπει να ελέγχεται αρχικά κάθε 4-6 ώρες. Η ισορροπία των υγρών πρέπει να καταγράφεται προσεκτικά.

Στην αρχή της εντερικής σίτισης υπάρχει ο κίνδυνος της υποφωσφαταιμίας και της οξείας έλλειψης θειαμίνης. Τα κλασικά τυποποιημένα προϊόντα σίτισης δεν περιέχουν αρκετό φώσφορο για να καλύψουν τις ανάγκες των σοβαρά άσιτων ασθενών. Επομένως, συνιστάται πως σε αυτούς τους ασθενείς πρέπει να χορηγούνται συμπληρώματα πριν την έναρξη της σίτισης (Birmingham et al, 1996). Κάποιο επιπλέον συμπλήρωμα μετάλλου μπορεί να χρειαστεί. Συνιστάται στους ασθενείς να τους χορηγούνται ενδοφλεβίως βιταμίνες Β και C πριν την έναρξη της εντερικής σίτισης. Υπάρχουν ορισμένα εμπειρικά στοιχεία πάνω στα οποία μπορούν να βασιστούν συστάσεις για τη συνεχιζόμενη παρεντερική χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών, αλλά

ο Βρετανικό² Σύλλογος Γαστρεντερολογίας (Stroud et al, 2003) συνιστά τη χορήγηση συμπληρωμάτων το λιγότερο για τις 3 πρώτες μέρες της επανασίτισης. Η Επιτροπή για την Ασφάλεια Ιατρικών σκευασμάτων σημειώνει πως υπάρχει κίνδυνος για ιδιαίτερα σοβαρή αλλεργική αντίδραση - παρενέργειας στην παρεντερική θειαμίνη (Pabrinex). Αυτό μπορεί να ελαχιστοποιηθεί όταν χορηγηθεί διαλυμένο μέσα από μία αντλία έγχυσης (για παράδειγμα στα 100 ml 0.9% χλωριούχου νατρίου ή 5% δεξτρόζης σε χρονικό διάστημα 30 λεπτών). Πρέπει οι εγκαταστάσεις να είναι σε άμεση ετοιμότητα για την αντιμετώπιση της αναφυλαξίας. Μπορεί κατά τη διάρκεια της εντερικής σίτισης να παρουσιαστεί υπεργλυκαιμία και οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται στενά για αυτό.

Η εντερική σίτιση πρέπει να παρέχεται μέσω ενός λεπτού ρινογαστρικού σωλήνα (5-8 G). Οι ρινογαστρικοί και ρινονησιτιδικοί σωλήνες που χρησιμοποιούνται για μεγάλο διάστημα πρέπει να αλλάζονται ανά 4-6 εβδομάδες και να γίνεται και τοποθέτηση στο άλλο ρουθούνι. Η θέση του σωλήνα πρέπει να ελέγχεται κάθε φορά που χρησιμοποιείται με αναφορά στο εξωτερικό μήκος και με επιβεβαίωση με μέτρηση του pH ή με ακτινογραφία. Πρέπει να χρησιμοποιείται μία ισοτονική τυποποιημένη τροφή 1 kcal/ml (4.2kJ/ml). Οι συμπυκνωμένες τροφές δεν είναι αναγκαίες, προσθέτουν υπερβολικό οσμωτικό φορτίο στο έντερο και υπερβολικό φορτίο διαλυμένης ουσίας στα νεφρά.

Διάφορες θεραπευτικές αγωγές είναι δυνατές. Η εντερική σίτιση μπορεί να γίνεται για 20 ώρες συνεχόμενα μέσα σε ένα 24ωρο, με 4 ώρες ξεκούρασης κατά τη διάρκεια της νύχτας. Εναλλακτικά, η σίτιση μπορεί να σταματά κατά τα γεύματα ώστε να μπορεί ο ασθενής να συνεχίσει να τρώει. Περιστασιακή, συμπληρωματική σίτιση μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ο Βρετανικό Σύλλογος Γαστρεντερολογίας συνιστά αρχικά τις 20 kcal(84kJ)/kg σωματικού βάρους την ημέρα, ή ακόμα 10 kcal(42kJ)/kg την ημέρα ή λιγότερο σε σοβαρά υποσιτισμένους ασθενείς (Stroud et al, 2003).

Είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται ο ασθενής να τρώει παρά τη ρινογαστρική σίτιση, εάν είναι φυσιολογικώς ανεκτό. Το προσωπικό πρέπει να βεβαιώνεται ότι τα συστατικά της τροφής είναι αποδεκτά σε σχέση με τις εδραιωμένες για μεγάλο χρονικό διάστημα διαιτητικές επιλογές (για παράδειγμα, χορτοφαγία) και θρησκευτικούς ή πολιτισμικούς περιορισμούς. Κατά την αρχική φάση της εντερικής σίτισης, οι ασθενείς θα αισθανθούν χειρότερα παρά καλύτερα. Θα ήταν χρήσιμο να δοθούν στον ασθενή εξηγήσεις και να τον καθησυχάσουν όσον αφορά την ταλαιπωρία (π.χ. φούσκωμα στομαχίου, κατακράτηση υγρών, γρήγορη αύξηση βάρους) που μπορεί να υποστεί. Πληροφορίες όσον αφορά τη διαιτητική αγωγή και τότε θα γίνουν αυξήσεις της, ώστε να υπάρξει κατανόηση πως η εντερική σίτιση θα μειωθεί όπως θα αυξάνεται το βάρος, μπορούν να δώσουν ένα κίνητρο στον ασθενή για να αυξήσει την πρόσληψη τροφής από το στόμα. Με την εγκαθίδρυση της εντερικής σίτισης πρέπει να υπάρξει πλάνο για την επαναφορά της κατανάλωσης τροφών. Το πλάνο αυτό είναι σημαντικό να εξηγηθεί στον ασθενή, και εάν κριθεί κατάλληλο, και στην οικογένεια. Κατά την μετάβαση σε μία δίαιτα από του στόματος, είναι προτιμότερο να μειωθεί η εντερική σίτιση σταδιακά για να αποφευχθούν απότομες μειώσεις βάρους και να δοθεί η δυνατότητα στον ασθενή να ανταποκριθεί στις αυξήσεις κατανάλωσης τροφής.

6 Επιπλοκές της επανασίτισης

Ένας μεγάλος αριθμός επιπλοκών μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μερικές από τις οποίες είναι σοβαρές, και συνιστάται ιατρική παρακολούθηση. Οι ασθενείς σε μεγαλύτερο κίνδυνο περιλαμβάνουν εκείνους με πολύ χαμηλό ΔΜΣ (π.χ. κάτω από 12 kg/m²), εκείνους με ιστορικό σοβαρής αποχής από ο φαγητό, εμετούς, κακή χρήση καθαρτικών ή με κρίσεις πολυφαγίας, και εκείνους με συνοδά ιατρικά προβλήματα όπως ο διαβήτης, λοίμωξη και ανεπάρκεια ζωτικού οργάνου. Η κλινική εμπειρία συνιστά ότι πολλές από τις ανεπιθύμητες συνέπειες της επανασίτισης μπορούν να ελαχιστοποιηθούν ή να αποφευχθούν με το να αρχίσει ο ασθενής με σχετικά μικρές ποσότητες τροφής και προοδευτική αύξησή τους. Μία ξαφνική αύξηση του μεταβολικού φορτίου μπορεί να επισπεύσει βιοχημικές ανεπάρκειες, και υπερβολική πρόσληψη πρωτεΐνης μπορεί να είναι επικίνδυνη σε ασθενείς με υποβόσκουσα νεφρική ή ηπατική δυσλειτουργία.

Διαταραχές ηλεκτρολυτών

Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης μπορεί να συμβεί πλήθος διαταραχών στους ηλεκτρολύτες, που συνολικά αναφέρονται συχνά ως “σύνδρομο επανασίτισης”. Πρέπει να λαμβάνεται υπ’ όψιν ότι οι μετρήσεις των ηλεκτρολυτών ορού μπορεί να είναι παραπλανητικές, μιας και μπορεί να κρύβουν μία σημαντική έλλειψη ολόκληρου του σώματος (Powers et al, 1995). Οι μεταβολικές απαιτήσεις της επανασίτισης μπορεί να ξεσκεπάσουν κρυμμένες ελλείψεις, και περίπλοκες μεταφορές ηλεκτρολυτών μεταξύ ενδοκυτταρικών και εξωκυτταρικών χώρων μπορεί να περιπλέξουν ακόμη περισσότερο τη βιοχημική εικόνα (Solomon & Kirby, 1990). Η χρήση ενδοφλέβιων υγρών μπορεί να περιπλέξει το πρόβλημα. Η υποκαλιαιμία, η υποασβεστιαμία και η υπομαγνησισαιμία μπορεί να προκύψουν (Palla & Litt, 1988, Koh et al, 1989, Greenfield et al, 1995, Connan et al, 2000). Οι ελλείψεις ηλεκτρολυτών μπορεί να χρειάζονται από του στόματος ή ενδοφλέβια αντικατάσταση ανάλογα με τη σοβαρότητα (βλέπε Παράρτημα 4). Η ενδοφλέβια αντικατάσταση πρέπει να γίνεται κάτω από την επίβλεψη ιατρού. Συνιστάται η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση σε όλες τις διαταραχές ηλεκτρολυτών και κατά τη διάρκεια της ενδοφλέβιας αντικατάστασης.

Υποκαλιαιμία

Η υποκαλιαιμία μπορεί να οφείλεται σε απώλεια καλίου δευτερεύουσα στην κακή χρήση καθαρτικών ή στη μεταβολική αλκάλωση δευτερογενής των εμετών. Μία καλή πρόσληψη καλίου (ελάχιστο 65 mmol την ημέρα) είναι απαραίτητη από την αρχή της επανασίτισης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στη διατροφή το λιγότερο 600 ml γάλακτος την ημέρα, αραιωμένο χυμό φρούτων, πατάτες και λαχανικά. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να έπιναν υπερβολικές ποσότητες καφέ, ο οποίος περιέχει υψηλά επίπεδα καλίου. Εάν μειωθεί η πρόσληψη καφέ, πρέπει τότε να δοθεί προσοχή στο να προστατευθεί το επίπεδο του καλίου. Αυτό γίνεται με τη μείωση της καθαρτικής συμπεριφοράς και παρέχοντας διαιτητικό κάλιο από άλλες πηγές.

Υποφωσφαταιμία

Η υποφωσφαταιμία μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα κατά την επανασίτιση. Εάν είναι σοβαρή, μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια, παραλήρημα και κρίση επιληψίας. Υποθρεπτικοί ασθενείς είναι πιθανότερο να έχουν έλλειψη σε φώσφορο. Όταν αρχίζει η επανασίτιση, αυξάνεται ο μεταβολισμός των υδατανθράκων και τα αποθέματα φωσφόρου μπορεί να εξαντληθούν. Πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων υδατανθράκων, όπως αυτή που συμβαίνει στην επανασίτιση, μπορεί να προκαλέσει κατακόρυφη πτώση στα επίπεδα φωσφόρου ορού (Solomon & Kirby, 1990, Fisher et al, 2000, Winston & Wells, 2002, Hearing, 2004). Πρέπει να παρέχονται επαρκείς ποσότητες φωσφόρου από τη διατροφή. Ένας αυξημένος λόγος φωσφόρου προς υδατάνθρακα μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στη διατροφή το λιγότερο 600 ml γάλακτος την ημέρα, και αποφεύγοντας την χρήση ζάχαρης και φαγητών υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη για την πρώτη εβδομάδα περίπου της επανασίτισης. Η προφυλακτική χρήση συμπληρωμάτων φωσφόρου έχει υποστηριχθεί (Fisher et al, 2000) αλλά δεν έχει υποστεί αξιολόγηση.

Υπομαγνησισαιμία και υποασβεστιαίμια

Η υπομαγνησισαιμία μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της επανασίτισης και μπορεί να είναι αναγκαία τα από του στόματος συμπληρώματα. Παρ' όλα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή διότι υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί διάρροια, που μπορεί να επιφέρει επιπλέον προβλήματα στα υγρά και τους ηλεκτρολύτες. Η υποασβεστιαίμια δεν είναι συνήθης αλλά έχει αναφερθεί.

Ηπατική δυσλειτουργία

Κατά την παρουσίαση του ασθενή ή κατά τη διάρκεια της επανασίτισης μπορούν να παρατηρηθούν ανωμαλίες της ηπατικής λειτουργίας, μέσα από τον έλεγχο των ηπατικών ενζύμων με ιδιαίτερα υψηλά τα επίπεδα της ασπαραγινικής τρανσαμινάσης (Jones et al, 1999). Η αιτία αυτού είναι ασαφής, αλλά μπορεί αντιπροσωπεύει λιπώδη διήθηση του ήπατος. Φαίνεται να είναι καλοήθης, αλλά άλλες αιτίες της δυσλειτουργίας του ήπατος πρέπει να αποκλειστούν.

Καθυστερημένη γαστρική κένωση

Η καθυστερημένη γαστρική κένωση είναι αποτέλεσμα του γρήγορου αισθήματος κορεσμού και του αισθήματος πληρότητας στην κοιλιά ή σε φούσκωμα σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών. Σπάνια, μπορεί να προκληθεί από γαστρική διάταση ή ακόμη και ρήξη, ειδικά εάν το γαστρικό τοίχωμα είναι λεπτό ή πρωτύτερα έχει τραυματιστεί (Robinson, 2000). Αν και μπορεί να είναι απαραίτητο να τεθούν όρια στα γεύματα που καταναλώνονται, αυτά πρέπει να είναι αρκετά γενναιόδωρα για να επιτρέψουν να καταναλωθούν με αργό ρυθμό. Είναι επίσης πιο βολικό για τον ασθενή να διαιρέσει το φαγητό της ημέρας σε 6 γεύματα και σνακ παρά σε λιγότερα και μεγαλύτερα γεύματα. Η μετοκλοπραμίδη μπορεί να χρησιμοποιηθεί (συνήθως σε μειωμένη δοσολογία των 5mg τρεις φορές την ημέρα) αλλά αυτό συχνά είναι μικρής αποτελεσματικότητας. Πολλοί ασθενείς παραπονούνται για κολλικούς κοιλιακούς πόνους, αυτό σπάνια ανταποκρίνεται σε αντισπασμωδικά φάρμακα και αντιμετωπίζεται καλύτερα με επεξήγηση και καθησυχασμό.

Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα μπορεί να είναι πρόβλημα σε μερικούς ασθενείς, και ειδικά σε εκείνους που έχουν κάνει κακή χρήση καθαρτικών. Αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται με συνδυασμό ικανοποιητικής ποσότητας υγρών και διαιτητικών ινών, σε συνδυασμό (εάν είναι απαραίτητο) με χρήση μαλακτικών των κοπράνων ή καθαρτικών που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων. Η ανάλογη διατροφική αντιμετώπιση μπορεί να βοηθήσει, πιο συγκεκριμένα άφθονες ποσότητες υγρών, τακτικό φαγητό και (όταν είναι πλέον ασφαλές) επαρκείς διαιτητικές ίνες. Η χρήση καθαρτικών που διεγείρουν την εντερική κινητικότητα δεν συνιστάται.

Οσμωτικό στρες

Η σοβαρή ασιτία θεωρείται ότι καταστρέφει την ακεραιότητα του εντερικού τοιχώματος και επιτρέπει την αυξημένη οσμωτική κίνηση του νερού μέσα στο έντερο μετά τη βρώση. Αυτό μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως η ναυτία, το φούσκωμα, η διάρροια και η τάση για λιποθυμία, ιδιαίτερα εάν δίνονται στον ασθενή μεγάλες ποσότητες υδατανθράκων. Περιορίζοντας το οσμωτικό φορτίο του φαγητού μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η ποσότητα του νατρίου στη διατροφή μπορεί να περιοριστεί με τη χρήση μίας δίαιτας “χωρίς πρόσθετο αλάτι” (60-70 mmol νατρίου την ημέρα). Οι χυμοί φρούτων πρέπει να αραιώνονται με 50% νερό, και άλλα υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη ποτά πρέπει να αποφεύγονται ή να αραιώνονται καλά. Η χρήση μεγάλων ποσοτήτων ζάχαρης ή τεχνητών γλυκαντικών ουσιών πρέπει να αποφεύγεται και όποια διατροφικά συμπληρώματα πρέπει να είναι ισοτονικά.

Οίδημα επανασίτισης

Ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν περιφερικό οίδημα στα αρχικά στάδια της επανασίτισης. Φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σύννηθες για όσους έχουν κάνει κακή χρήση καθαρτικών ή προκαλούσαν εμετούς πριν την εισαγωγή τους. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη αύξηση βάρους πολλών κιλών, αλλά συνήθως αρχίζει να υποχωρεί στις 7-10 ημέρες. Το οίδημα της επανασίτισης πρέπει να διακριθεί από εκείνο της καρδιακής ανεπάρκειας, της οποίας άλλες ενδείξεις είναι απύσες. Η καρδιακή ανεπάρκεια συμβαίνει περιστασιακά και είναι πιο πιθανή όταν οι ασθενείς σιτίζονται τεχνητά, και πιο συγκεκριμένα παρεντερικά. Η αιτιολογία του οιδήματος της επανασίτισης προς το παρόν είναι άγνωστη: η δυσκολία ρύθμισης της αντιδιουρητικής ορμόνης και/ή έκκρισης αλδοστερόνης μπορεί να εμπλέκονται. Η υπολευκωματιναιμία δεν εμφανίζεται ως κύριος παράγοντας στις περισσότερες περιπτώσεις.

Το πρόβλημα συνήθως αντιμετωπίζεται με εξήγηση και καθησυχασμό. Τα διουρητικά πρέπει να αποφεύγονται εάν είναι δυνατό μιας και μπορεί να προκαλέσουν έξαρση του προβλήματος. Μπορεί να βοηθήσει η εξασφάλιση επαρκούς πρόσληψης πρωτεΐνης. Ο περιορισμός νατρίου έχει υποστηριχθεί πως προλαμβάνει ή θεραπεύει το οίδημα επανασίτισης, αν και δεν υπάρχουν αποδείξεις μέσα από έρευνες για να υποστηρίξουν αυτή την πρακτική. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί όντως να υποφέρουν από μείωση αλάτων και νερού, ειδικά εκείνοι που έχουν πρόσφατα εισαχθεί και έχουν ιστορικό χρήσης καθαρτικών. Σε αυτούς, η μείωση νατρίου μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενή υπεραλδοστερονισμό και σε νεφρική απώλεια καλίου με συνέπεια την υποκαλιαιμία. Μπορεί επομένως η ομάδα αυτή να χρειάζεται αποκατάσταση του κυκλοφορικού όγκου και την προσεκτική αποκατάσταση του νατρίου.

7 Διατροφική φροντίδα των εξωτερικών ασθενών

Πολλές από τις αρχές για την επανασίτιση των εσωτερικών ασθενών μπορούν να εφαρμοστούν και στους εξωτερικούς ασθενείς. Παρόλα αυτά, οι εξωτερικοί ασθενείς είναι μία ετερογενής ομάδα και μία εξατομικευμένη προσέγγιση στην επανασίτιση μπορεί να είναι καλύτερη. Ο βέλτιστος ρυθμός αύξησης βάρους μπορεί να καθοριστεί με πολλούς συντελεστές, συμπεριλαμβάνοντας το παρόν βάρος, το βαθμό θέλησης, τη συχνότητα επαφής και ευχέρειας για ιατρική παρακολούθηση. Γνωρίζοντας τον κίνδυνο των επιπλοκών σε περίπτωση που η αύξηση βάρους είναι υπέρμετρα γρήγορη, είναι απερίσκεπτη η αύξηση βάρους πάνω από 0.5 kg την εβδομάδα. Σε ασθενείς που παίρνουν σημαντικές ποσότητες βάρους (0.3 kg ή περισσότερο), συνιστάται η τακτική παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών ορού. Συνιστούμε επίσης τη συνταγογράφηση ενός πλήρους μικροθρεπτικού συμπληρώματος. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται κλινικά για στοιχεία οιδήματος και άλλων επιπλοκών της επανασίτισης.

8 Διατροφική φροντίδα ασθενών με χρόνια ανορεξία

Εάν η περιορισμένη διαίτα φαίνεται να είναι μόνιμο φαινόμενο στο τρόπο ζωής του ασθενή, τότε ένα μέρος της θεραπείας πρέπει να πάρει η επιμόρφωση για την επίτευξη καλής διατροφής. Ο στόχος είναι να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής γνωρίζει πώς να καλύπτει τις διατροφικές του ανάγκες χρησιμοποιώντας τροφές που να είναι αποδεκτές. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην ενέργεια, στη πρωτεΐνη, στο ασβέστιο, στο σίδηρο, στη βιταμίνη B₁₂ και τη βιταμίνη D. Θα πρέπει να εξεταστεί η μακροχρόνια χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων, συμπεριλαμβανομένων του ασβεστίου και της βιταμίνης D για εκείνους με χαμηλή οστική πυκνότητα μετάλλου και σιδήρου για εκείνες που έχουν έμμηνο ρύση.

Για ορισμένους ασθενείς με μακρύ ιστορικό νευρικής ανορεξίας, η καλύτερη επιλογή μπορεί να είναι να διατηρηθεί ένα ασφαλές βάρος αρκετό ώστε να επιτρέπει ποιότητα ζωής και να εμποδίσει την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Αυτό κανονικά απαιτεί ένα ΔΜΣ το λιγότερο 15 kg/m². Η διατήρηση ενός χαμηλού σωματικού βάρους χρειάζεται μία χαμηλή πρόσληψη ενέργειας, αλλά οι ανάγκες για τα περισσότερα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά είναι το λιγότερο όσο υψηλές είναι και οι συστάσεις για τους υγιείς ανθρώπους (με εξαίρεση το σίδηρο όταν υπάρχει απουσία έμμηνου ρύσης). Για να επιτευχθεί μία επαρκής διατροφική πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών χρειάζεται μία διαίτα με υψηλή θρεπτική πυκνότητα στο σύνολο. Αυτό μπορεί να σχεδιαστεί μέσα από συζήτηση με τον ασθενή, χρησιμοποιώντας τρόφιμα τα οποία το άτομο νιώθει ότι μπορεί να ανεχθεί και που είναι αποδεκτά μέσα στη πρακτική του πολιτισμικού και θρησκευτικού πλαισίου. Σχεδιάζοντας τη διαίτα πρέπει να δοθεί προσοχή στα παρακάτω:

- Κανονική, σταθερή πρόσληψη υδατανθράκων, ώστε να προληφθούν απότομες αυξομειώσεις βάρους
- Επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης, ιδιαίτερα για τους χορτοφάγους, και εκείνους που αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά και εκείνων με αυξημένες πρωτεϊνικές ανάγκες (π.χ. στη λοίμωξη)
- Επαρκής πρόσληψη απαραίτητων λιπαρών οξέων
- Επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών αναγκαίων για την υποστήριξη της οστικής πυκνότητας σε μέταλλα (ασβέστιο, βιταμίνη D, μαγνήσιο)
- Ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος για όσους δεν τρώνε κόκκινο κρέας
- Λιποδιαλυτές βιταμίνες
- Η ανάγκη για μακροπρόθεσμη, καλά ισορροπημένη χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων
- Η ανάγκη για χορήγηση συμπληρωμάτων με συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά που είναι δύσκολο να δοθούν σε επαρκείς ποσότητες μέσα από τη διαίτα, ειδικά όταν υπάρχουν αυξημένες ανάγκες.

Η διαχείριση του αισθήματος πείνας πρέπει να αναφέρεται στο σχεδιασμό. Για τους περισσότερους ανθρώπους, δεν είναι δυνατόν να αναστέλλουν το αίσθημα της πείνας όταν βρίσκονται σε χαμηλό βάρος σώματος, αν και ορισμένοι το αρνούνται ή δεν φαίνεται να το νιώθουν. Πολλές προσεγγίσεις μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να

διαχειριστεί την πείνα και να αποτρέψει την υπερβολική εμμονή για φαγητό. Αυτά συμπεριλαμβάνουν κανονικά, συχνά γεύματα και σνακ, αργή βρώση, περιλαμβάνοντας επαρκείς ποσότητες αμυλούχων υδατανθράκων και εάν είναι δυνατό λίγο λίπος στη διαίτα, και σύσταση των γευμάτων με διάφορα φαγητά. Ορισμένα άτομα μπορεί να εκτιμήσουν το ότι συμπεριλαμβάνονται ελεγμένες ποσότητες φαγητών που τους αρέσουν αλλά βρίσκουν δύσκολο να επιτρέψουν στους εαυτούς τους.

9 Διατροφικά συμπληρώματα

Ελλείψεις μικροθρεπτικών συστατικών

Πληθώρα μικροθρεπτικών ελλείψεων έχουν παρατηρηθεί στην νευρική ανορεξία (Casper et al, 1980, Thibault & Roberge, 1987, Philipp et al, 1988, Rock & Vasantharajan, 1995, Hadigan et al, 2000). Παρότι η κλινική σημασία πολλών αυτών είναι ασαφής, συστήνουμε τη συνταγογράφηση πολυβιταμινούχου/πολυμεταλλούχου συμπληρώματος σε από του στόματος μορφή.

Η έλλειψη ψευδαργύρου μπορεί να προκαλέσει αλλοίωση της αίσθησης της γεύσης καθώς και ποικιλία νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Έχει πιθανολογηθεί πως η χρήση συμπληρωμάτων αυξάνει το ρυθμό αύξησης βάρους (Birmingham et al, 1994), αλλά αυτό το εύρημα δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί. Η χρήση ρουτίνας των συμπληρωμάτων ψευδαργύρου δεν μπορεί να συστηθεί προς το παρόν. Μία σημαντική μερίδα ασθενών με νευρική ανορεξία έχουν έλλειψη θειαμίνης (Winston et al, 2000), και η αύξηση του μεταβολισμού των υδατανθράκων που εμφανίζεται κατά την επανασίτιση μπορεί να εξαντλήσει τα αποθέματα θειαμίνης. Η προφυλακτική χρήση συμπληρωματικής θειαμίνης σε από του στόματος μορφή συνιστάται για τους εσωτερικούς ασθενείς και εκείνους που υποβάλλονται σε ταχεία αύξηση βάρους. Λόγω της απουσίας δεδομένων όσον αφορά τη δοσολογία της θειαμίνης, συνιστούμε 25mg την ημέρα. Στις περιπτώσεις επιβεβαιωμένης έλλειψης, μπορεί να χρειαστούν υψηλότερες δοσολογίες. Η έλλειψη θειαμίνης μπορεί να επιβεβαιωθεί βιοχημικά (βλέπε Παράρτημα 3).

Η έλλειψη ριβοφλαβίνης μπορεί να προκαλέσει γωνιώδη στοματίτιδα και η έλλειψη σιδήρου προκαλεί γλωσσίτιδα. Η έλλειψη βιταμίνης C μπορεί να προκαλέσει ούλα που ματώνουν (Newton & Travess, 2000). Αυτά τα προβλήματα μπορεί να χρειαστούν συγκεκριμένα διατροφικά συμπληρώματα. Οι ανάγκες για βιταμίνη D είναι υψηλότερες από το μέσο όρο στη νευρική ανορεξία, λόγω του κινδύνου οστεοπόρωσης (Zipfel et al, 2000), και υπάρχει διαφωνία σχετικά με τη χορήγηση βιταμίνης D στην επανασίτιση.

Συμπληρώματα υγρών

Η χρήση υγρών διατροφικών συμπληρωμάτων αντί φαγητού γενικά δεν συνιστάται, διότι παρεμβαίνουν στην κανονικοποίηση της δίαιτας και στην επιστροφή φυσιολογικής γαστρεντερικής λειτουργίας. Εντούτοις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε ορισμένες συγκεκριμένες περιστάσεις. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να παρέχουν επιπρόσθετη ενεργειακή πρόσληψη έτσι ώστε ο ασθενής να μάθει να τρώει κανονικές ποσότητες, παρά να πρέπει να τρώει ένα αφύσικα μεγάλο ποσό φαγητού. Περιστασιακά, τα συμπληρώματα σε υγρή μορφή μπορεί να θεωρηθούν σαν “φάρμακο” παρά σαν φαγητό και έτσι μπορεί να είναι πιο αποδεκτά από τον ασθενή. Έτσι, μπορεί να έχουν ένα βραχυπρόθεσμο ρόλο στη θεραπεία ενός εξωτερικού ασθενή.

Προϊόντα χαμηλής ενέργειας

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία συχνά χρησιμοποιούν μεγάλες ποσότητες προϊόντων χαμηλής ενέργειας και χαμηλών λιπαρών. Το να συμπεριλαμβάνονται αυτά σε ένα νοσοκομειακό πρόγραμμα είναι δύσκολο να δικαιολογηθεί, γιατί φαίνεται να αποδέχεται

την αντίληψη του ασθενούς ότι τα χρειάζεται. Για τους εξωτερικούς ασθενείς, ο στόχος είναι η σταδιακή αντικατάστασή των χαμηλής ενέργειας προϊόντων με άλλα πιο κατάλληλα. Παρ' όλα αυτά, όταν έχει επιτευχθεί ένα υγιές βάρος, μπορεί να είναι κατάλληλο για τον ασθενή που αναρρώνει να χρησιμοποιεί προϊόντα που υπάρχουν από κοινού στο σπίτι, ακόμα και αν αυτά συμπεριλαμβάνουν προϊόντα χαμηλής ενέργειας ή χαμηλού λίπους.

10 Χορτοφαγικές και Vegan δίαιτες

Χορτοφαγία

Η καίρια ερώτηση στη θεραπεία των χορτοφάγων είναι εάν η αλλαγή αυτής της πτυχής της διαίτας πρέπει να είναι στόχος της θεραπείας. Μία χορτοφαγική διαίτα μπορεί να είναι κοινωνικά καθωσπρέπει, στην περίπτωση αυτή είναι ακατάλληλο να αμφισβητηθεί. Παρόλα αυτά, η χορτοφαγία βρίσκεται συχνότερα μεταξύ ανθρώπων με νευρική ανορεξία παρά στο γενικό πληθυσμό. Όταν αναπτύσσεται παράλληλα με τη διατροφική διαταραχή, μπορεί να θεωρηθεί δικαιολογημένα ως μέρος της ψυχοπαθολογίας (Sullivan & Damani, 2000). Όπου είναι κατάλληλο, πρέπει να λαμβάνεται προσεκτικά το ιστορικό της υιοθέτησης της χορτοφαγίας, οι λεπτομέρειες της εφαρμογής της και η θέση της στο κοινωνικό, πολιτισμικό και θρησκευτικό περιβάλλον του ατόμου. Πρέπει να γίνει κάθε προσπάθεια για να γίνουν σεβαστά τα πιστεύω του ατόμου. Αυτές οι πληροφορίες δίνουν μία βάση για την παροχή της κατάλληλης θεραπείας.

Στη μέση διαίτα στο Ηνωμένο Βασίλειο, το κρέας και τα ψάρια παρέχουν υψηλή αναλογία ορισμένων αναγκαίων θρεπτικών συστατικών. Είναι φανερά αναγκαίο να βεβαιωθούμε πως αυτά τα συστατικά αντικαθίστουνται επαρκώς. Ένα συμπλήρωμα πολυβιταμινούχο/πολυμεταλλούχο θα δώσει πολλά από τα αναγκαία μικροθρεπτικά συστατικά. Πρέπει να βεβαιώνεται προσεκτικά πως όποια φάρμακα και διατροφικά συμπληρώματα χορηγηθούν στον ασθενή είναι σύμφωνα με τη διαίτά του: για παράδειγμα, οι κάψουλες ζελατίνης είναι μη αποδεκτές στους αυστηρά χορτοφάγους και vegans.

Veganism

Οι δίαιτες vegan έχουν χαμηλότερης πυκνότητας ενέργεια από τη μέση διαίτα (Langley, 1995). Για την επίτευξη μίας αρκετά υψηλής ενεργειακής πρόσληψης ώστε να προωθηθεί η επαρκής αύξηση βάρους σε ένα σοβαρά λιποβαρές άτομο σε διαίτα vegan θα απαιτούσε πολύ μεγάλο συνολικό όγκο φαγητού. Αυτό θα ήταν δύσκολο να το ανεχθεί ένα άτομο φυσιολογικά και σωματικά εκτεθειμένο λόγω της ασιτίας. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει κίνδυνος για οξεία γαστρική διάταση (Robinson, 2000). Ο σίδηρος δεν απορροφάται αρκετά καλά από τα λαχανικά όσο από τα ζωικά προϊόντα και η υψηλή περιεκτικότητα φυτάτης των φυτών εμποδίζει την απορρόφηση των μετάλλων, και ιδιαίτερα το σίδηρο, τον ψευδάργυρο και το ασβέστιο. Η πρόσληψη ασβεστίου στις δίαιτες vegan μπορεί τελικά να είναι χαμηλότερη από τις συστάσεις (Lightowler & Davies, 2000). Η πρόσληψη αρκετού φωσφόρου ώστε να αποφευχθεί η υποφωσφαταιμία στα πρώτα στάδια της επανασίτισης είναι δύσκολη χωρίς γάλα στη διαίτα, και μπορεί να χρειαστούν συμπληρώματα φωσφόρου.

Σημείωση του μεταφραστή: Οι δίαιτες vegan είναι εκείνες στις οποίες δεν καταναλώνεται κανένα ζωικό προϊόν σε αντίθεση με τους χορτοφάγους που μπορεί να καταναλώνουν αυγά και γαλακτοκομικά. Πρόκειται για ιδιαίτερες αυστηρές χορτοφαγικές δίαιτες που αποτελούν στάση ζωής.

11 Θρησκευτικά και πολιτισμικά θέματα

Πολλές θρησκείες, συμπεριλαμβανομένου του Ιουδαϊσμού, του Χριστιανισμού, του Ινδουισμού, του Βουδισμού και του Ισλαμισμού, εμπεριέχουν ορισμένους διατροφικούς αποκλεισμούς ή περιόδους νηστείας ως μέρος τήρησης της θρησκείας (Collins et al, 1993). Συμβουλές από ένα κατάλληλο θρησκευτικό λειτουργό ή πολιτισμικό σύμβουλο, μπορεί να είναι αναγκαίες. Εάν ένα άτομο αποκλείσει ορισμένα φαγητά από τη διαίτα του ως μέρος τήρησης της θρησκείας, και ανήκει σε μία θρησκευτική κοινότητα όπου όλα τα μέλη ακολουθούν μία τέτοια διαίτα, είναι καθαρά φυσιολογικό να συνεχίσει με αυτήν και πρέπει να επιτραπεί στον ασθενή να πράττει αναλόγως. Ακόμα και πρόσφατη υιοθέτηση θρησκευτικών διαιτητικών περιορισμών, που δεν έχουν παρατηρηθεί από την οικογένεια του ασθενή, και τον κοινωνικό του κύκλο, πρέπει κανονικά να είναι σεβαστά. Αμφισβήτηση θρησκευτικών διαιτητικών περιορισμών πρέπει να γίνεται πάνω σε πολύ σαφή βάση και με ευαισθησία.

Οι θρησκευτικές διατροφικές ανάγκες πρέπει να είναι σεβαστές κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής θεραπείας, όπως θα ίσχυε για όποιον άλλο ασθενή. Αν και πολλές θρησκείες δίνουν άδεια για χαλάρωση των διαιτητικών περιορισμών κατά τη διάρκεια ασθένειας, πολλά άτομα προτιμούν να τους συνεχίσουν. Αυτό πρέπει γενικά να είναι σεβαστό εκτός εάν αποτελεί απειλή για τη θεραπεία και την ανάρρωση. Η υποστήριξη ενός θρησκευτικού λειτουργού μπορεί να είναι ανεκτίμητης αξίας. Είναι δυνατό να επανακτηθεί η διατροφή από χαμηλό βάρος χωρίς την παραβίαση της κανονικής τήρησης της θρησκείας, αν και μπορεί να έχει πρακτικές δυσκολίες. Νηστεία, και ακραίες δίαιτες που αποκλείουν ένα μεγάλο αριθμό φαγητών (όπως οι Ζεν μακροβιοτικές δίαιτες), δεν είναι συμβατές με την ασφαλή ανάρρωση από πολύ χαμηλό βάρος.

Γεύματα ψυγείου ή κατάψυξης για δίαιτες κοσέρ (kosher), χαλάλ (halal) και Ινδουιστών είναι διαθέσιμα στους προμηθευτές φαγητού του νοσοκομείου, εάν τα γεύματα δεν μπορούν να προετοιμαστούν τοπικά. Χρησιμοποιώντας αυτά μπορεί να παρέχεται μία κανονική και επαρκής διαίτα, αν και τα φαγητά πρέπει να επιλέγονται με προσοχή για όσους ξεκινούν την επανασίτιση από πολύ χαμηλό βάρος. Μπορεί να είναι απαραίτητο να δοθούν συμπληρώματα στη διαίτα για να αυξηθεί η περιεκτικότητα σε ενέργεια και να προωθηθεί η αύξηση βάρους. Τα φαγητά που είναι χρήσιμα για τέτοιου είδους συμπληρώματα συμπεριλαμβάνουν τα δημητριακά πρωινού, τα μπισκότα (ορισμένα μπορεί να είναι αναγκαίο να προμηθευτούν από κάποιον αποδεκτό προμηθευτή), το γάλα σόγιας και τα γλυκά σόγιας. Εάν είναι απαραίτητο, συμπληρώματα εταιρειών μπορεί να είναι αποδεκτά. Τέτοια συμπεριλαμβάνουν σκόνες και ποτά ολιγοσακχαριτών, και μείγματα με λίπη και ολιγοσακχαρίτες. Όμως, πρέπει να υπάρχει προσοχή ώστε να είναι σίγουρο πως τα διατροφικά συμπληρώματα και τα φάρμακα που χορηγούνται είναι σύμφωνα με τις θρησκευτικές ή πολιτισμικές πρακτικές: για παράδειγμα, οι κάψουλες ζελατίνης δεν είναι αποδεκτές σε ορισμένες θρησκείες.

12 Ανάγκες ειδικές για παιδιά και εφήβους

Η διατροφική αντιμετώπιση των παιδιών και των εφήβων με νευρική ανορεξία δεν μπορεί να διαχωριστεί από άλλες πλευρές της αντιμετώπισης. Πρέπει να θυμόμαστε πάντα ότι τα παιδιά δεν είναι απλά μικροί ενήλικες, είτε σε όρους φυσιολογίας είτε σε όρους ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης. Ανεξάρτητα αν, η διατροφική αντιμετώπιση γίνεται σε χώρο για εσωτερικούς, εξωτερικούς ή ημερήσιας θεραπείας ασθενείς, η υπηρεσία πρέπει να είναι ανάλογη της ηλικίας και να στελεχώνεται από προσωπικό με εργασιακή πείρα με παιδιά και εφήβους. Προεφηβικά παιδιά και μεγαλύτεροι έφηβοι βρίσκονται σε πολύ διαφορετικά στάδια ανάπτυξης και πρέπει ιδανικά να κουράρονται σε ξεχωριστές υπηρεσίες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες με εσωτερικούς ασθενείς κουράρουν παιδιά μέχρι την ηλικία των 13 ετών, με εφηβικές υπηρεσίες να αναλαμβάνουν εκείνους με ηλικίες 13-16 ετών. Οι νέοι άνθρωποι 16-18 ετών συχνά κουράρονται σε υπηρεσίες ενηλίκων, αλλά οι κοινωνικές, οικογενειακές και μορφωτικές ανάγκες τους θα ικανοποιούνταν πληρέστερα σε μία υπηρεσία εφήβων.

Το σχέδιο αντιμετώπισης πρέπει πάντοτε να παρουσιάζεται καθαρά στον ασθενή και, όπου δυνατό, η συνεργασία να εκμαιεύεται. Οι εξηγήσεις όσον αφορά το σχέδιο θεραπείας είναι αναγκαίο να παρουσιαστούν με τρόπο ανάλογο της ηλικίας του ασθενή και του βαθμού κατανόησής του. Όσον αφορά, την διατροφική αντιμετώπιση, οι νέοι άνθρωποι είναι πιθανό μην γνωρίζουν τις διατροφικές τους ανάγκες και το εύρος της φυσιολογικής ανάπτυξης κατά τα χρόνια της εφηβείας. Η συμμετοχή των γονέων (ή κηδεμόνων) είναι ζωτικής σημασίας για τη διατροφική αντιμετώπιση των παιδιών και των εφήβων, και γιατί έχουν γονεϊκά δικαιώματα αλλά και επειδή παίζουν ρόλο στον καθορισμό φαγητού στο σπίτι. Οι γονείς επομένως πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε όποια διατροφική επιμόρφωση και στον προγραμματισμό του γεύματος. Τα προσωπικά τους πιστεύω και η στάση τους πρέπει να εξεταστούν

Εκτιμήσεις φυσιολογίας

Διαφορές στη φυσιολογία από τους ενήλικες

Η βιβλιογραφία για τις ιατρικές επιπλοκές σε νεότερους ασθενείς είναι σχετικά περιορισμένη. Αν και ο ρυθμός θνησιμότητας σε αυτή την ομάδα είναι χαμηλός, οι νεότεροι άνθρωποι τείνουν να προκαλούν μεγαλύτερη ιατρική ανησυχία από τους ενήλικες. Οι αποθήκες ενέργειάς τους είναι χαμηλές, η απίσχνανση μπορεί να είναι γρηγορότερη, και τα παιδιά αφυδατώνονται πιο γρήγορα από τους ενήλικες. Αν και ο ΔΜΣ χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης σωματικών αποθεμάτων λίπους για τους ενήλικες, πρέπει να χρησιμοποιείται με επιφύλαξη στα παιδιά και τους εφήβους. Παρότι είναι αξιόλογος δείκτης για το πόσο λεπτός είναι κάποιος, αποτελεί φτωχό αντικατοπτρισμό των αποθεμάτων λίπους ενός παιδιού. Στους εφήβους, μία αλλαγή του ΔΜΣ δεν είναι αξιόπιστη ένδειξη αλλαγής στις αποθήκες λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων (Troocky & Shepherd, 2000). Όταν αναπτύσσεται η νευρική ανορεξία πριν να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη τότε θα αναστείλει την ανάπτυξη και θα μειώσει το ύψος, η μείωση του βάρους θα υποτιμηθεί εάν η εξέταση βασιστεί μόνο στο ΔΜΣ. Επιχειρηματολογείται πως μπορεί να ληφθεί μία πιο ακριβής αξιολόγηση της απώλειας βάρους, υπολογίζοντας το ΔΜΣ στη βάση του προβλεπόμενου ύψους σύμφωνα με την ηλικία παρά στο πραγματικό ύψος.

Οι σταθερές του δείκτη μάζας σώματος ποικίλουν με την ηλικία και η αξιολόγηση του ΔΜΣ σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πρέπει να συσχετίζεται με τις καμπύλες αναφοράς ΔΜΣ (Cole et al, 1995). Οι καμπύλες σωματικής ανάπτυξης είναι διαθέσιμες από το Child Growth Foundation – ίδρυμα ανάπτυξης παιδιού (www.healthforallchildren.co.uk) και συνιστούμε τη χρήση τους για να παρακολουθείται η πρόοδος στους εφήβους. Τα διαγράμματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς έως 20 ετών, για να ληφθεί υπ' όψιν η πιθανότητα καθυστέρησης της ανάπτυξης με επικείμενη μετα-εφηβική αναπτυξιακή άνθιση. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει σύμφωνη γνώμη για το πώς αυτά τα διαγράμματα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να διαγνώσουν τη νευρική ανορεξία. Σαν ένα προσωρινό μέτρο προτείνουμε τη χρήση της δεύτερης εκατοστιαίας θέσης ως διακριτικού σημείου για την υπόδειξη ότι ένας έφηβος (αγόρι ή κορίτσι) μπορεί να έχει νευρική ανορεξία. Αυτή είναι μία πραγματιστική πρόταση, μιας και δεν υπάρχουν αρκετά ενδεικτικά στοιχεία για το που πρέπει να στηριχθούν συστάσεις και το θέμα χρειάζεται να αναθεωρηθεί υπό το φως μελλοντικών ερευνών. Παρόλα αυτά, το μέτρο αυτό είναι σύμφωνο με τον ορισμό του Ιδρύματος Ανάπτυξης Παιδιού για “σημαντικά λιπόβαρα” ως βρισκόμενα κάτω από τη δεύτερη εκατοστιαία θέση. Στην καμπύλη αναφοράς του ΔΜΣ για τα κορίτσια που έχουν εκδοθεί από το ίδρυμα ανάπτυξης παιδιού, η δεύτερη εκατοστιαία θέση δίνει ΔΜΣ 15.5 kg/m^2 στην ηλικία των 14 ετών, 16.3 kg/m^2 στην ηλικία των 16 ετών, 16.9 kg/m^2 στην ηλικία των 18 ετών και 17.4 kg/m^2 στην ηλικία των 20 ετών. Τα νούμερα για τα αγόρια είναι ελάχιστα διαφορετικά. Παρόλα αυτά το κλινικό προσωπικό θα πρέπει να εφαρμόσει άλλα διεθνή διαγνωστικά κριτήρια για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση, όπως αποτυχία για επίτευξη αναμενόμενου βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης.

Επίδραση της ανάπτυξης

Ενώ οι μέσοι όροι βάρους είναι σταθεροί από ηλικιακό έτος σε έτος για τους ενήλικες, κανονικά (και έτσι αναμενόμενα) τα βάρη αυξάνονται από χρόνο σε χρόνο κατά την ανάπτυξη. Η ανάπτυξη είναι ιδιαίτερα γρήγορη κατά την εφηβεία, με τα κορίτσια να αυξάνουν το μέσο βάρος από 34 kg στα 11 τους χρόνια, στα 38 kg στα 13 τους χρόνια, αυτό αντιπροσωπεύει μία αύξηση της τάξης του 41% σε 2 χρόνια. Τα αγόρια αναπτύσσονται κατά μέσο όρο από 41 kg στα 13 τους χρόνια στα 57 kg στα 15 τους χρόνια, μία αύξηση βάρους της τάξης του 39% (Tanner & Whitehouse, 1966 a,b). Στα υγιή παιδιά η ανάπτυξη αυτή απαιτεί ένα θετικό ημερήσιο ισοζύγιο ενέργειας περίπου 170 kcal (715kJ) την ημέρα.

Ο ρόλος της εφηβείας

Οι νεότεροι ασθενείς αποτελούν ένα μείγμα προεφηβικών παιδιών και εκείνων στην εφηβεία και τη μετα-εφηβεία. Η αξιολόγηση της εφηβικής ανάπτυξης πρέπει να γίνεται με χρήση των Tanner Staging Norms – κατά Tanner κανόνων ανάπτυξης (Tanner, 1978). Το πυελικό υπερηχογράφημα μπορεί να είναι χρήσιμο στην αξιολόγηση της εμφάνισης της έμμηνου ρύσης και στην παρακολούθηση της ανάρρωσης. Σχεδιάζοντας τους στόχους των βαρών, πρέπει να εξεταστεί η σχέση μεταξύ βάρους και ολοκλήρωσης της εφηβείας. Η εμφάνιση της έμμηνου ρύσης συνήθως προκαλείται σε ένα βάρος περίπου 45 kg και έτσι η εφηβεία είναι απίθανο να ολοκληρωθεί κάτω από αυτό το βάρος.

Αξιολόγηση αναμενόμενου βάρους

Λόγω των υψηλών ποσοστών αναμενόμενης ανάπτυξης στην αρχή της εφηβείας και στο ότι ο περιορισμός της ενέργειας έχει αντίκτυπο στη σκελετική ανάπτυξη, η αξιολόγηση του αναμενόμενου βάρους είναι πολύ πιο δύσκολη στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Η νευρική ανορεξία μπορεί να αναπτυχθεί στους εφήβους χωρίς την απώλεια βάρους εάν το βάρος παραμένει σταθερό κατά τη διάρκεια του σταδίου της αναμενόμενης ανάπτυξης. Σε περιπτώσεις όπου ακόμα και μία μικρή αύξηση βάρους μπορεί να προκαλέσει αλλαγή της εκατοστιαίας θέσης του παιδιού – και ως εκ τούτου να γίνεται πιο λεπτό - εάν αυτή η αύξηση είναι μικρότερη από την αναμενόμενη.

Η αξιολόγηση του αναμενόμενου βάρους πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη τις πριν τη νόσο εκατοστιαίες θέσεις βάρους και ύψους, το ύψος και το βάρος των γονιών, το κανονικό βάρος για εκατοστιαία θέση ύψους. Ο υπολογισμός του στόχου του βάρους χρειάζεται διαρκή αναθεώρηση κατά την επανασίτιση, μιας και μπορεί να ξεκινήσει αναπτυξιακή άνθιση. Η εφηβική ανάπτυξη πρέπει να διατηρείται όπου είναι δυνατό μεταξύ δύο σταθερών απόκλισης για του κανόνες της ηλικίας. Το πυελικό υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση του σταδίου ανάπτυξης.

Από στόματος ανάγκες σίτισης

Η υπολογισμένη ενεργειακή ανάγκη στο Ηνωμένο Βασίλειο για υγιή κορίτσια 11-18 ετών ποικίλει από 1845 kcal έως 2110 kcal (7750 kJ) την ημέρα, για τα αγόρια της ίδιας ηλικίας το εύρος είναι 2220 kcal έως 2755 kcal (9325-11570 kJ) την ημέρα (Department of Health, 1991). Όπως και οι ενήλικες, τα παιδιά και οι έφηβοι με νευρική ανορεξία χρειάζονται υπερθερμιδικές δίαιτες ώστε να πάρουν βάρος, ειδικά όταν βρίσκονται κοντά στο ελάχιστο υγιές επίπεδο. Οι περισσότερες αρχές προτείνουν ότι οι έφηβες που έχουν ανορεξία χρειάζονται ενεργειακή πρόσληψη άνω των 3000 kcal (12600 kJ) την ημέρα για να επιτύχουν πλήρη ανάκτηση βάρους, ενώ ο Αμερικανικός Ψυχιατρικός Σύλλογος (Anonymous, 2000) συστήνει 70-100 kcal/kg (295-420kJ/kg) την ημέρα. Οι ενεργειακές ανάγκες είναι προφανώς μεγαλύτερες στους νέους εφήβους που αναπτύσσονται και συχνά γίνεται δύσκολο για εκείνους με ανορεξία να καταναλώνουν αρκετή ενέργεια για να πάρουν βάρος.

Οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες συνεχίζουν και στην περίοδο συντήρησης. Οι Kaye και συνεργάτες (1986) έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι με ανορεξία χρειάζονται επιπλέον 200-400 kcal (840-1680 kJ) την ημέρα για τουλάχιστον 6 μήνες αφότου φτάσουν το βάρος στο οποίο πρέπει να συντηρηθούν. Οι Weltzin και συνεργάτες (1991) ανέφεραν ότι οι ασθενείς που αναρρώνουν χρειάστηκαν 45-50 kcal/kg (190-210 kJ/kg) την ημέρα για να συντηρήσουν το 95% του μέσου βάρους για ύψος, συγκρινόμενο με τις 30 kcal/kg (125 kJ/kg) την ημέρα στην υγιή ομάδα ελέγχου. Ο Αμερικανικός Ψυχιατρικός Σύλλογος (Anonymous, 2000) προτείνει τη χρήση 40-60 kcal/kg (170-250 kJ) την ημέρα κατά τη διάρκεια της συντήρησης. Φαίνεται επίσης ότι οι άνθρωποι με περιοριστική ανορεξία χρειάζονται σημαντικά περισσότερη ενέργεια από την υποκατηγορία με κρίσεις υπερφαγίας/χρήσης καθαρτικών (Kaye et al, 1986, Weltzin et al, 1991).

Εντερική σίτιση

Η εντερική σίτιση μπορεί να κριθεί απαραίτητη στη θεραπεία παιδιών και εφήβων όταν ο ασθενής έχει επιδεινωθεί ιατρικά σε τέτοιο βαθμό όπου υπάρχει σοβαρός κίνδυνος

θανάτου. Οι εκτιμήσεις που περιγράφηκαν παραπάνω σε σχέση με τους ενήλικους εφαρμόζονται αντίστοιχα σε νεότερους ασθενείς. Πρέπει να χρησιμοποιείται μία πλήρης διατροφικά, ισοτονική 1 kcal/ml (4.2 kJ/ml) εντερική τροφή, όταν ξεκινά η σίτιση. Ο ρυθμός και ο όγκος τροφής που θα μεταφέρεται βασίζεται στην από του στόματος πρόσληψη του κάθε ασθενή. Γενικά, είναι ασφαλές να μεταφέρεται ένα ποσό ίσης ποσότητας ενέργειας με εκείνο της τρέχουσας πρόσληψης από τον ασθενή. Ο ρυθμός αρχικά πρέπει να είναι αργός (π.χ. 20 ml/h) και σταδιακά να αυξάνεται ανά 10 ml/h σε ένα ρυθμό 120 ml/h ανάλογα την ανεκτικότητα. Ένας ρυθμός 20 ml/h μπορεί να μην είναι επαρκής ώστε να συντηρήσει το σωματικό βάρος και μπορεί να χρειαστούν επιπλέον υγρά (βλέπε Πίνακα 3). Συνιστάται να γίνονται αυξήσεις της τάξης των 200-300 kcal(840-1260 kJ) μία με δύο φορές την εβδομάδα ώστε να επιτευχθεί μία αύξηση βάρους της τάξης του 0.5-1.0 kg την εβδομάδα. Μεγαλύτερης ενέργειας σιτίσεις μπορεί να χρειαστούν όταν οι ενεργειακές ανάγκες προσεγγίσουν τις 2000 kcal (8500 kJ) την ημέρα. Οι νέοι άνθρωποι πρέπει να ενθαρρύνονται να τρώνε κανονικά έτσι ώστε η εντερική σίτιση να θεωρείται απλά συμπληρωματική της δίαιτας παρά αντικατάσταση αυτής. Η εντερική σίτιση μπορεί να γίνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας, με την προσδοκία ότι ο ασθενής θα κανονικοποιήσει την από του στόματος πρόσληψη στη διάρκεια της ημέρας.

Βιβλιογραφία

- Anonymous (2000) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, **157** (suppl. 1), 1–39.
- Baran, S. A., Weltzin, T. E. & Kaye, W. H. (1995) Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **152**, 1070–1072.
- Birmingham, C. L., Goldner, E. M. & Bakan, R. (1994) Controlled trial of zinc supplementation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **15**, 251–255.
- Birmingham, C. L., Alothman, A. F. & Goldner, E. M. (1996) Anorexia nervosa: refeeding and hypophosphataemia. *International Journal of Eating Disorders*, **20**, 211–213.
- Casper, R. C., Kirschner, B., Sandstead, H. H., *et al* (1980) An evaluation of trace metals, vitamins and taste function in anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, **33**, 1801–1808.
- Cole, T. J., Freeman, J. V. & Preece, M. A. (1995) Body mass index reference curves for the UK, 1990. *Archives of Disease in Childhood*, **73**, 25–29.
- Collins, D., Tank, M. & Basith, A. (1993) *Concise Guide to Customs of Minority Ethnic Religions*. Aldershot: Arena.
- Connan, F., Lightman, A. S. & Treasure, J. L. (2000) Biochemical and endocrine complications. *European Eating Disorders Review*, **8**, 144–157.
- Cuesta, M. J., Juan, J. A. & Peralta, V. (1992) Secondary seizures from water intoxication in anorexia nervosa. *General Hospital Psychiatry*, **14**, 212–213.
- Department of Health (1991) *Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the United Kingdom*. Report on Health and Social Subjects No. 21. London: HMSO.
- Fisher, M., Simpser, E. & Schneider, M. (2000) Hypophosphatemia secondary to oral refeeding in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **28**, 181–187.
- Greenfield, D., Mickley, D., Quinlan, D. M., *et al* (1995) Hypokalemia in out-patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, **152**, 60–63.
- Hadigan, C. M., Anderson, E. J., Miller, K. K., *et al* (2000) Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **28**, 284–292.
- Hearing, S. D. (2004) Refeeding syndrome. *BMJ*, **328**, 908–909.
- Herzog, T., Zeeck, A., Hartmann, A., *et al* (2004) Lower targets for weekly weight gain lead to better results in in-patient treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, **12**, 164–168.
- Howard, W. T., Evans, K. K., Quintero-Howard, C. V., *et al* (1999) Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for in-patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **156**, 1697–1702.
- Jones, S. C., Pieri, L. F. & Losowsky, M. S. (1999) Abnormalities of liver function in severe anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, **7**, 28–36.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., Obarzanek, E., *et al* (1986) Caloric intake necessary for weight maintenance in anorexia nervosa: non-bulimics require greater caloric intake than bulimics. *American Journal of Clinical Nutrition*, **44**, 435–443.
- Koh, E., Onishi, T., Morimoto, S., *et al* (1989) Clinical evaluation of hypokalemia in anorexia nervosa. *Japanese Journal of Medicine*, **28**, 692–696.
- Langley, G. (1995) *Vegan Nutrition*, pp. 12–14. St Leonards-on-Sea: Vegan Society.
- Laureno, R. & Karp, B. I. (1997) Myelinolysis after correction of hyponatremia. *Annals of Internal Medicine*, **126**, 57–62.

- Lightowler, H. J. & Davies, G. J. (2000) Non-starch polysaccharide intake in vegans and the relationship with energy distribution and mineral intakes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **13**, 443–450.
- Lowinger, K., Griffiths, R. A., Beumont, P. J. V., *et al* (1999) Fluid restriction in anorexia nervosa: a neglected symptom or new phenomenon? *International Journal of Eating Disorders*, **26**, 392–396.
- Neiderman, M., Zarody, M., Tattersall, M., *et al* (2000) Enteral feeding in severe adolescent anorexia nervosa: a report of four cases. *International Journal of Eating Disorders*, **28**, 471–475.
- Newton, J. T. & Travess, H. C. (2000) *Oral complications*. *European Eating Disorders Review*, **8**, 83–87.
- Palla, B. & Litt, I. F. (1988) Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, **81**, 613–623.
- Philipp, E., Pirke, K.-M., Seidl, M., *et al* (1988) Vitamin status in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **8**, 209–218.
- Powers, P. S., Tyson, I. B., Stevens, B. A., *et al* (1995) Total body potassium and serum potassium among eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, **18**, 269–276.
- Robinson, P. H. (2000) The gastrointestinal tract in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, **8**, 88–97.
- Rock, C. L. & Vasantharajan, S. (1995) Vitamin status of eating disorder patients: relationship to clinical indices and effect of treatment. *International Journal of Eating Disorders*, **18**, 257–262.
- Salisbury, J. J., Levine, A. S., Crow, S. J., *et al* (1995) Refeeding, metabolic rate and weight gain in anorexia nervosa: a review. *International Journal of Eating Disorders*, **17**, 337–345.
- Santonastaso, P., Sala, A. & Favaro, A. (1998) Water intoxication in anorexia nervosa: a case report. *International Journal of Eating Disorders*, **24**, 439–442.
- Solomon, S. M. & Kirby, D. F. (1990) The refeeding syndrome: a review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, **14**, 90–97.
- Steckler, T. L. (1995) Central pontine myelinolysis in a patient with bulimia. *Southern Medical Journal*, **88**, 858–859.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997) The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, **22**, 339–360.
- Stroud, M., Duncan, H. & Nightingale, J. (2003) Guidelines for enteral feeding in adults. *Gut*, **52** (suppl. 7), viii–vii12.
- Sullivan, V. & Damani, S. (2000) Vegetarianism and eating disorders: partners in crime? *European Eating Disorders Review*, **8**, 263–266.
- Tanner, J. M. (1978) *Foetus into Man*. London: Open Books.
- Tanner, J. M. & Whitehouse, R. H. (1966a) Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity and weight velocity; British children 1965: Part 1. *Archives of Disease in Childhood*, **41**, 454–471.
- Tanner, J. M. & Whitehouse, R. H. (1966b) Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity and weight velocity; British children 1965: Part 2. *Archives of Disease in Childhood*, **41**, 613–635.
- Thibault, L. & Roberge, A. G. (1987) The nutritional status of subjects with anorexia nervosa. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, **57**, 447–452.
- Trocki, O. & Shepherd, R. W. (2000) Change in body mass index does not predict change in body composition in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of the American Dietetic Association*, **100**, 457–460.
- Weltzin, T. E., Fernstrom, M. H., Hansen, D., *et al* (1991) Abnormal caloric requirements for weight maintenance in patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **148**, 1675–1682.
- Winston, A. P. & Wells, F. E. (2002) Hypophosphataemia following self-treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **32**, 245–248.

Winston, A. P., Jamieson, C. P., Gatward, N. M., *et al* (2000) Prevalence of thiamin deficiency in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **28**, 451–454.

Zipfel, S., Herzog, W., Beumont, P. J., *et al* (2000) Osteoporosis. *European Eating Disorder Review*, **8**, 108–116.

Παράρτημα 1: Διατροφικές ανάγκες

Τα στοιχεία στους Πίνακες 1-4 ανατυπώνονται με άδεια από τα Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the United Kingdom – Διαιτητικές Τιμές Αναφοράς για την Ενέργεια και τα Θρεπτικά Συστατικών των Τροφών για το Ηνωμένο Βασίλειο (Department of Health, 1991).

Πίνακας 1 Αναφορά διατροφική πρόσληψη πρωτεϊνών

Ηλικία, έτη	Ημερήσια πρωτεϊνική πρόσληψη, g	
	Γυναίκες	Άντρες
15-18	45.0	55.2
19-50	45.0	55.5

Πίνακας 2 Ενέργεια: Μέση εκτιμώμενη ανάγκη

Ηλικία, έτη	Ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη, kcal (kJ)	
	Γυναίκες	Άντρες
15-18	2110 (8860)	2755 (11570)
19-50	1940 (8151)	2550 (10710)

Πίνακας 3 Ανάγκες υγρών (γυναίκες και άντρες)

Ηλικία, έτη	Ημερήσια πρόσληψη υγρών, ml/kg ABW
15-18	50
19-50	30-35

ABW, actual body weight – Πραγματικό σωματικό βάρος

Πίνακας 4 Αναφορά πρόσληψης θρεπτικών συστατικών για βιταμίνες και μέταλλα: γυναίκες

Βιταμίνες ή μέταλλα	Ημερήσια πρόσληψη		
	Ηλικία 11-14 ετών	Ηλικία 15-18 ετών	Ηλικία 19-50 ετών
Θειαμίνη, mg	0.7	0.8	0.8
Ριβοφλαβίνη, mg	1.1	1.1	1.1
Νιασίνη, mg	12	14	13
Βιταμίνη B ₆ , mg	1.0	1.2	1.2
Βιταμίνη B ₁₂ , μg	1.2	1.5	1.5
Φολικό οξύ, μg	200	200	200
Βιταμίνη C, mg	35	40	40
Βιταμίνη A, μg	600	600	600
Ασβέστιο, mg (mmol)	800 (20.0)	800 (20)	700 (17.5)
Φώσφορος, mg (mmol) ¹	625 (20.0)	625 (20.0)	550 (17.5)
Μαγνήσιο, mg (mmol)	280 (11.5)	300 (12.3)	270 (10.9)
Νάτριο, mg (mmol) ²	1600 (70)	1600 (70)	1600 (70)
Κάλιο, mg (mmol) ³	3100 (80)	3500 (90)	3500 (90)
Χλώριο, mg (mmol) ⁴	2500 (70)	2500 (70)	2500 (70)
Σίδηρος, mg (μmol)	14.8 (260)	14.8 (260)	14.8 (260)
Ψευδάργυρος, mg (μmol)	9.0 (140)	7.0 (110)	7.0 (110)
Χαλκός, μg (μmol)	0.8 (13)	1.0 (16)	1.2 (19)
Σελήνιο, μg (μmol)	45 (0.6)	60 (0.8)	60 (0.8)
Ιώδιο, μg (μmol)	130 (1.0)	140 (1.1)	140 (1.1)

1. Αναφορά πρόσληψης θρεπτικών συστατικών για το φώσφορο έχει τεθεί ίση με το ασβέστιο σε μοριακό επίπεδο

2. Νάτριο 1 mmol=23 mg

3. Κάλιο 1 mmol=39 mg

4. Αντιστοιχεί στο νάτριο, 1 mmol=35.5 mg

Παράρτημα 2: Το τεστ – σηκώνομαι, κάθομαι οκλαδόν, στέκομαι

Σηκώνομαι

Ζητείται στον ασθενή να σηκωθεί ενώ βρίσκεται σε ύπτια θέση σε μία επίπεδη επιφάνεια χωρίς να χρησιμοποιήσει τα χέρια, εάν είναι δυνατό.

Κάθομαι οκλαδόν

Ζητείται στον ασθενή να καθίσει οκλαδόν και να σηκωθεί χωρίς να χρησιμοποιεί τα χέρια, εάν είναι δυνατό.

Βαθμολόγηση

Η κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη βαθμολόγηση και του καθίσματος και του σηκώματος έχει ως εξής:

- 0 τελείως ανήμπορος να σηκωθεί
- 1 μπορεί να ανέβει μόνο με τη βοήθεια των χεριών
- 2 μπορεί να ανέβει χωρίς αξιοσημείωτη δυσκολία
- 3 μπορεί να ανέβει χωρίς καμία δυσκολία

Παράρτημα 3: Εργαστηριακή αξιολόγηση και παρακολούθηση

Συνιστώμενες εξετάσεις κατά την εισαγωγή

Απαραίτητες εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Ουρία και ηλεκτρολύτες
- Ασβέστιο
- Μαγνήσιο
- Φώσφορο
- Γλυκόζη
- Πρωτεΐνες ορού
- Ηπατικά ένζυμα
- ηλεκτροκαρδιογράφημα
- βιταμίνη B₁₂, φολικό οξύ
- θυροειδικός έλεγχος

Επιπρόσθετες εξετάσεις:

- Κίνηση κρεατινίνης
- Τρανσκετολάση ερυθρών κυττάρων/θειαμίνη ορού
- Η μέτρηση απορρόφησης ακτίνων X διπλής ενέργειας (DEXA)
- Ψευδάργυρος ορού

Συνιστώμενη βιοχημική παρακολούθηση κατά τα αρχικά στάδια της επανασίτισης

Καθημερινά:

- Ουρία και ηλεκτρολύτες
- Μαγνήσιο
- Φώσφορο
- Γλυκόζη

Εβδομαδιαία:

- Ηπατικά ένζυμα
- Πρωτεΐνες ορού
- Γενική αίματος

Λιγότερο συχνά:

- Φολικό οξύ
- Φερριτίνη

Παράρτημα 4: Θεραπεία ρύθμισης ηλεκτρολυτών

Οδηγίες για τη χρήση σκευασμάτων αντικατάστασης ηλεκτρολυτών σε ενήλικες δίνονται στον Πίνακα 5.

Σημειώσεις για την ενδοφλέβια αποκατάσταση ηλεκτρολυτών

- Ενδοφλέβια έγχυση διαλύματος ηλεκτρολυτών πρέπει να δίνεται πάντα μέσω ηλεκτρονικής αντλία έγχυσης.
- Συνιστάται ιδιαίτερος ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση
- Όλοι οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να ελέγχονται το λιγότερο καθημερινά στους ασθενείς που δέχονται ενδοφλέβια αποκατάσταση και οι δόσεις προσαρμόζονται αναλόγως
- Ενδοφλέβια αποκατάσταση πρέπει να γίνεται συνήθως κάτω από την επίβλεψη ενός ιατρού/παιδιάτρου.
- Εξειδικευμένες ιατρικές ή βιοχημικές συμβουλές πρέπει να αναζητούνται σε περιπτώσεις σοβαρής εξάντλησης ηλεκτρολυτών

Πίνακας 5 Οδηγίες για τη θεραπεία των ενηλίκων¹

	Από στόματος	Ενδοφλεβίως
Υποκαλιαιμία	Sando-K 4-8 δισκία την ημέρα	Χλωριούχο Κάλιο 20-40 mmol σε χλωριούχο νάτριο 0.9% 1000 ml ανάλογα τις ανάγκες. Η ελάχιστη ανάγκη (συμπεριλαμβάνοντας εκείνο που έχει αποκτηθεί από εντερική/από στόματος σίτιση) είναι 60 mmol ανά 24 ώρες εάν είναι φυσιολογική η νεφρική λειτουργία. Πολλοί ασθενείς μπορεί να έχουν μεγαλύτερες ανάγκες στα πρώιμα στάδια της επανασίτισης. Ο στόχος είναι να σταθεροποιηθεί ο βαθμός του πλάσματος σε φυσιολογικό εύρος. Σε σοβαρές περιπτώσεις μόνο, κάτω από την επίβλεψη ιατρού και με ΗΚΓ παρακολούθηση: χλωριούχο κάλιο 0.9% 20 mmol σε 2-3 ώρες.
Υποφωσφαταιμία ²	Phosphate-Sandoz ³ 4-6 δισκία την ημέρα	Μονοβασικό φωσφορικό κάλιο ⁴ 9 mmol ανά 12 ώρες Addiphos ⁵
Υπομαγνησιαίμια	Co-magaldrox εναιώρημα 195/220 (Maalox) 1-20 ml την ημέρα	Θεικό μαγνήσιο 10-20 mmol την ημέρα
Υποασβεστιαίμια	Calcichew 1-3 δισκία την ημέρα	(10%) 10 ml και ακολουθεί έγχυση 40 ml την ημέρα

ΗΚΓ, ηλεκτροκαρδιογραφική

1. Οι δόσεις δίνονται μόνο για ενήλικες. Ορισμένα προϊόντα δεν συνιστώνται για χορήγηση σε παιδιά. Πρέπει να δοθούν συμβουλές για τη θεραπεία προβλημάτων με τους ηλεκτρολύτες σε παιδιά και νέους εφήβους. Συνιστάται σε όσους συνταγογραφούν να ανατρέχουν και να ελέγχουν όλα τα φάρμακα και τις δόσεις στο Βρετανικό Εθνικό Συνταγολόγιο.
2. Μπορεί να υπάρξει πτώση των επιπέδων ασβεστίου ορού κατά τη διάρκεια χρήσης συμπληρωμάτων φωσφόρου.
3. Αυτό το προϊόν περιέχει 468.8mg (20.4 mmol) Νατρίου και 123 mg (3.1 mmol) Καλίου ανά δισκίο.
4. Συμβατό με χλωριούχο νάτριο 0.9% και δεξτρόζη 5%.
5. Να έχει προστεθεί σε ενδοφλέβιο διάλυμα γλυκόζης.

@ Ιδιότητα σκευάσματα: Addiphos, Fresenius Kabi Ltd, Runcorn, Chesire, UK. Calcichew, Shire Pharmaceutical Ltd, Basinstoke, UK. Maalox, Rhône-Poulenc Rorer, West Malling, UK. Phosphate-Sandoz, Sando-K, HK Pharma Ltd, Hitchin, UK.