

Sažetak preporuka za prepoznavanje medicinskih urgencija i zbrinjavanje odraslih bolesnika s teškim oblicima poremećaja hranjenja namijenjen liječnicima opće/obiteljske medicine

Procjena rizika

Ključna je uloga medicinskih timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) dijagnoza, procjena rizika i inicijalni postupak s bolesnicima s teškim oblikom poremećaja hranjenja. U bolesnika s mogućim poremećajem hranjenja potrebno je brzo isključiti druge moguće uzroke gubitka tjelesne mase (dijabetes, hipertireoza, celijakija, Crohnova bolest, tuberkuloza, paraneoplastički sindrom) i tražiti simptome i znakove poremećaja hranjenja (znatan gubitak tjelesne mase u kraćem razdoblju / izražene oscilacije tjelesne mase, briga oko tjelesne mase, strah od debljanja, često vaganje, kompulzivno i intenzivno vježbanje, negativna slika o svojem tijelu, poremećen odnos prema hrani i izbjegavanje konzumacije obroka posebice u društvu, samoizazvano pražnjenje/čišćenje tipa namjernog povraćanja, uporaba laksativa/klistira za evakuaciju stolice ili diuretika za poticanje mokrenja, intolerancija na hladnoću, amenoreja). Proces postavljanja dijagnoze svakako ne bi trebao nepotrebno odgoditi uvođenje odgovarajuće nutritivne terapije u pothranjenog bolesnika.

U okviru PZZ-a ključno je redovito monitoriranje općeg tjelesnog i psihičkog, kao i nutritivnog statusa (promjena tjelesne mase uz redovit podatak o oralnom unosu hrane i tekućine), identifikacija poremećenog odnosa prema hrani, redovita kontrola laboratorijskih parametara i EKG-a (primarno detekcija bradikardije i produljenja QT intervala).

Potrebno je naglasiti da bolesnici s poremećajem hranjenja unatoč prisutnosti čimbenika životno ugrožavajućeg rizika mogu ostavljati dojam dobrog općeg stanja, povišene razine energije i aktivnosti te mogu imati uredne vrijednosti laboratorijskih nalaza.

Tjelesna masa i ITM svakako nisu jedini ni odlučujući čimbenik kod donošenja odluke o daljnjem zbrinjavanju te skupine vitalno ugroženih bolesnika.

Kad je potrebna hitna procjena bolesnika s poremećajima hranjenja?

Ako su prisutni sljedeći alarmantni simptomi i znakovi, potrebno je provesti stratifikaciju rizika zbog odluke o potrebi upućivanju bolesnika u nadležni objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP):

- nestabilnost ili gubitak svijesti kod uspravljanja
- nemogućnost hodanja uza stube
- akutno odbijanje unosa vode i/ili hrane
- nagli i znatan gubitak tjelesne mase
- akutna prateća bolest koja se manifestira povraćanjem i/ili proljevom
- smanjeno mokrenje
- intraktabilna konstipacija
- suicidalne misli u bolesnika
- autoagresivnost (samoozljeđivanje i sl.).

U procjeni visokog rizika životne ugroženosti savjetuje se uzeti u obzir parametre iz Tablice 1. Kad je moguće, potrebno je upotrijebiti heteroanamnestičke podatke dobivene od roditelja/članova obitelji, no svakako izvršiti procjenu/pregled i s bolesnikom samim.

Tablica 1. Parametri visokog rizika životne ugroženosti odraslih bolesnika s poremećajem hranjenja

Rizik	Visoki rizik
Gubitak tjelesne mase	>1 kg tjedno u dva uzastopna tjedna u pothranjenog bolesnika, brz gubitak tjelesne mase u bilo kojoj skupini (primjerice u pretilog bolesnika)
ITM	<13 kg/m ²
Puls (budno stanje)	<40/min
Kardiovaskularni status	RR < 90 mm Hg s anamnezom rekurentne sinkope ili pad >20 mm Hg (s porastom pulsa >30/min) kod uspravljanja
Procjena hidracije	odbijanje unosa tekućine, teška dehidracija (10 %): suha usta, smanjeni turgor kože, tahipneja, tahikardija, posturalni pad RR (vidi gore), anurija/oligurija
Tjelesna temperatura	<35 °C aksilarno (<35,5 °C timpanično)
Muskularna funkcija	nemogućnost uspravljanja iz vodoravnog položaja, nemogućnost uspravljanja iz sjedećeg položaja ili čučnja, odnosno potreba uporabe gornjih udova za postizanje navedenih aktivnosti
Ostala značajna klinička stanja	hematemeza, perforacija probavnih organa, dijabetička ketoacidoza, akutna konfuzija, znatno usporavanje kognitivnih funkcija, pojačana konzumacija alkoholnih pića
EKG	QTc > 450 ms (žene) QTc > 430 ms (muškarci), bilo koja druga značajna abnormalnost
Biokemijske abnormalnosti	K < 2,5 mmol/L Na < 125 mmol/L, hipomagneziemija, hipofosfatemija, GUK < 3 mmol/L, AST/ALT > 3x normalnih vrijednosti, HBA1c > 10 % (86 mmol/mol), albumin < 30 g/L
Hematološke abnormalnosti	neutrofili < 1,0 x 10 ⁹ /L, Hgb < 100 mg/L
Bihevioralne promjene	akutno odbijanje unosa hrane i/ili vode, procijenjeni dnevni kalorijski unos <500 kcal za 2+ dana
Intenzivna tjelesna aktivnost i vježbanje	visoki stupanj disfunkcionalnog vježbanja u kontekstu pothranjenosti (>2 h dnevno)
Čišćenje / Samoizazvano pražnjenje	multiple dnevne epizode povraćanja i/ili uporaba laksativa/diuretika
Samoozljeđivanje i suicidalne misli	intoksikacija alkoholom/PAT-om (psihoaktivnim tvarima), suicidalne misli s umjerenim do visokim rizikom

Šećerna bolest tipa 1

Bolesnici s poremećajem hranjenja koji boluju od šećerne bolesti nerijetko izbjegavaju ili odbijaju uporabu inzulina ili hipoglikemika zbog njihova anaboličkog učinka što može znatno narušiti odgovarajuću kontrolu glikemije. Dugoročno to može dovesti do razvoja neželjenih komplikacija u obliku dijabetičke ketoacidoze – stoga je potreban multidisciplinarni pristup koji uključuje LOM, dijabetologe, psihijatre, psihologe i nutricioniste.

Mjesto skrbi

Ako je dijagnoza jasna i rizik se čini niskim, uputiti na sekundarnu konzilijarnu službu (specijalist psihijatrije, nutricionist specijaliziran za liječenje poremećaja hranjenja) uz redovito praćenje na razini primarne zdravstvene zaštite prema danim preporukama. Isplanirati sustav i termine kontrolnog praćenja. **U slučaju prisutnog visokog rizika bolesnika hitno uputiti u nadležni OHBP.**

Sigurno uvođenje prehrane

Prehrana bolesnika s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja i niskom tjelesnom masom vodi se pod nadzorom specijalista s iskustvom u kliničkoj prehrani. Uloga medicinskih timova u PZZ-u jest praćenje, poticanje na adherenciju i savjetovanje te skupine bolesnika. U slučaju da se tijekom praćenja detektira pogoršanje stanja bolesnika sa sumnjom na *refeeding*-sindrom, novonastale tegobe probavnog sustava ili neravnotežu elektrolita, provesti ponovnu procjenu rizika (tablica 1.) i po potrebi hitno uputiti bolesnike na ciljanu obradu/liječenje.

Bihevioralne promjene u skupini bolesnika s poremećajima hranjenja

Obrasci ponašanja u osoba s poremećajima ponašanja kao što su samoizazvano povraćanje često se susreću u bolesnika na ambulantnom praćenju. Pritom se savjetuje kontrolno laboratorijsko određivanje elektrolita i upućivanje na kontrolnu specijalističko-konzilijarnu obradu. Odbijanje unosa hrane i/ili tekućine, gladovanje i pretjerano vježbanje tvrdokorni su problemi stoga su potrebne česte potpore i savjeti i bolesnicima i njihovim članovima obitelji uz upućivanje na grupe podrške / udruge pacijenata i redovite kontrole nadležnog specijalističkog tima.

Obitelj i skrbnici

Obitelj, partneri i/ili osobe koje se skrbe o bolesnicima s poremećajima hranjenja zasigurno su u čestoj potrebi za medicinskom potporom, savjetovanjem i informiranjem od strane medicinskog tima u PZZ-u. Anksioznost je česta u toj skupini, posljedično zabrinutost oko stanja, a nerijetko i odbijanje liječenja od strane njihovih bolesnih članova obitelji.

Prisilna hospitalizacija i liječenje

Bolesnici s poremećajem hranjenja s visokougroženim tjelesnim stanjem mogu iskazati odbijanje predloženog stacionarnog liječenja. **U tim situacijama savjetuje se kontaktiranje nadležnog medicinskog tima iz PZZ-a s kolegama u hitnim psihijatrijskim ambulantama.**

U slučaju procjene medicinskog tima OHBP-a i konzilijarnog psihijatra da nema indikacija za hitnu hospitalizaciju bolesnika s poremećajem hranjenja nadležni liječnik obiteljske medicine može uputiti bolesnika na ambulantni pregled nadležnom psihijatru ili specijalistu gastroenterologije s iskustvom u području kliničke prehrane.