

Vietnamese / Tiếng Việt

**e** National  
Eating Disorders  
Collaboration

Evidence

Experience

Expertise

# Các chứng Rối loạn Ăn uống ở Úc

Cơ quan Hợp tác Quốc gia về các Rối loạn Ăn uống (National Eating Disorder Collaboration - NEDC) được tài trợ bởi Bộ Y tế của Chính phủ Úc (Australian Government Department of Health).

Quyển sách này chỉ nhằm đưa thông tin tổng quát và không nên thay thế cho lời khuyên y tế hoặc sức khỏe. Mặc dù đã thực hiện mọi nỗ lực để bảo đảm thông tin chính xác, NEDC không đảm bảo rằng các thông tin là hiện hành, hoàn chỉnh hoặc phù hợp cho bất kỳ mục đích nào. Tái duyệt và cập nhật vào tháng Mười Một năm 2021.



Để tìm giúp đỡ hoặc tìm hiểu thêm, truy cập  
[nedc.com.au](https://nedc.com.au)

Evidence

Experience

Expertise

## Nội dung

Rối loạn ăn uống là gì?	3
Các chứng rối loạn ăn uống	3
Mức độ phổ biến	5
Các dấu hiệu cảnh báo	6
Các yếu tố rủi ro	8
Tác động và biến chứng	8
Các bệnh đi kèm	9
Điều trị	10
Hồi phục	12
Tìm sự giúp đỡ	12
Tài liệu tham khảo	13

## Rối loạn ăn uống là gì?

Rối loạn ăn uống là các chứng bệnh về tâm thần nghiêm trọng, phức tạp kèm theo những biến chứng về sức khỏe tinh thần và thể chất có thể trầm trọng và đe dọa đến tính mạng. Chúng được thể hiện bằng những rối loạn trong hành vi, suy nghĩ và cảm giác về trọng lượng và hình dáng cơ thể, và/hoặc về thức ăn và việc ăn uống.

Rối loạn ăn uống không chừa một ai và có thể xảy ra cho bất kỳ ai tại bất kỳ thời điểm nào trong cuộc đời của họ.

Xấp xỉ một triệu người Úc đang sống với một chứng rối loạn ăn uống vào bất kỳ năm nào (1).

## Các chứng rối loạn ăn uống

Các chứng rối loạn ăn uống được phân chia thành những loại khác nhau, theo Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần, Ấn bản lần thứ Năm (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) Việc phân loại được dựa vào các triệu chứng và mức độ thường xuyên của những triệu chứng này.

### Chứng rối loạn ăn uống vô độ (BED)

BED được biểu hiện bằng việc lặp lại những đợt ăn uống vô độ, bao gồm việc ăn một lượng lớn thức ăn trong một thời gian ngắn. Trong đợt ăn uống vô độ, người mắc chứng này cảm thấy không thể tự ngưng ăn, và thường có liên quan đến mức độ căng thẳng cao. Người mắc chứng BED sẽ không sử dụng những hành vi để bù đắp lại, chẳng hạn như tự làm cho mình ói ra hoặc tập thể dục quá mức sau khi ăn uống vô độ.

### Chứng ăn-ói (Bulimia nervosa)

Chứng ăn-ói được biểu hiện bằng việc lặp lại những đợt ăn uống vô độ, theo sau bằng các hành vi bù đắp, chẳng hạn như ói hoặc tập thể dục quá mức để chống tăng cân. Người mắc chứng ăn-ói có thể bị dính vào một chu kỳ có lối ăn uống mất kiểm soát, tiếp theo bằng những nỗ lực để bù đắp lại cho việc này, dẫn đến cảm giác xấu hổ, mặc cảm và ghê tởm. Theo thời gian, những hành vi này có thể càng trở thành xu hướng bắt buộc và không kiểm soát được, dẫn đến sự ám ảnh về thức ăn, suy nghĩ về chuyện ăn (hoặc không ăn), giảm cân, ăn kiêng và ngoại hình.

### Chứng biếng ăn tâm thần (Anorexia nervosa)

Chứng biếng ăn tâm thần thể hiện bằng việc giới hạn thu nạp năng lượng dẫn đến trọng lượng cơ thể nhẹ một cách đáng kể kèm theo nỗi sợ kinh khủng về việc tăng cân và phiền muộn về ngoại hình. Những thay đổi xảy ra ở não vì việc đói khát và suy dinh dưỡng có thể làm cho người mắc chứng biếng ăn khó nhận ra rằng họ không khỏe, hoặc để hiểu được những tác động tiềm tàng của căn bệnh.

Chứng biếng ăn không điển hình là một dạng phụ của OSFED (xem OSFED, Trang 4). Người mắc chứng biếng ăn không điển hình sẽ hội đủ triệu chứng của chứng biếng ăn tâm thần, tuy nhiên, dù sụt cân trầm trọng thì cân nặng của người đó lại nằm trong khoảng BMI bình thường hoặc nhỉnh hơn. Chứng biếng ăn không điển hình là chứng bệnh nghiêm trọng và có khả năng đe dọa đến tính mạng, và có những tác động và biến chứng giống như chứng biếng ăn tâm thần.

## Các rối loạn về ăn hoặc ăn uống phân loại khác (OSFED)

Người mắc OSFED có thể thể hiện nhiều triệu chứng của những chứng rối loạn ăn uống khác chẳng hạn như biếng ăn tâm thần, chứng ăn-ói hoặc chứng ăn uống vô độ nhưng sẽ không hội đủ triệu chứng cho việc chẩn đoán những chứng rối loạn ăn uống này. Điều này không có nghĩa rằng các rối loạn ăn uống này ít nghiêm trọng hoặc ít nguy hiểm hơn. Những biến chứng y tế và suy nghĩ cũng như hành vi rối loạn ăn uống liên quan đến OSFED cũng nghiêm trọng như những rối loạn ăn uống khác.

## Rối loạn né tránh/thu nạp thực phẩm (ARFID)

ARFID được thể hiện bằng việc thiếu hứng thú, tránh né và có ác cảm với thức ăn và chuyện ăn uống. Sự giới hạn không do phiền muộn về ngoại hình, nhưng là kết quả của sự lo lắng và ám ảnh về thực phẩm và/hoặc việc ăn uống, nhạy cảm cao độ đối với các cảm nhận về thực phẩm chẳng hạn như độ thô, mùi vị, hoặc thiếu hứng thú đối với thức ăn và/hoặc chuyện ăn uống. ARFID liên quan đến một hoặc nhiều điều sau: sụt cân nghiêm trọng, thiếu dinh dưỡng nặng, lệ thuộc vào việc cho ăn qua đường ruột (ống xông) hoặc thực phẩm bổ sung, và là một trở ngại rõ rệt đối với chức năng tâm lý xã hội.

## Rối loạn ăn uống hoặc cho ăn chưa được phân loại (UFED)

UFED là rối loạn về việc từ chối ăn và ăn uống gây ra phiền muộn và suy sút trầm trọng về mặt xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực chức năng quan trọng khác, tuy nhiên, chứng rối loạn này không hội đủ triệu chứng của bất kỳ chứng rối loạn về việc ăn hoặc ăn uống nào khác. Việc phân loại này được sử dụng trong những tình huống mà bác sĩ lâm sàng lựa chọn không chỉ định lý do cho việc không hội đủ triệu chứng của một chứng rối loạn ăn và ăn uống cụ thể, và bao gồm những biểu hiện mà những biểu hiện này không có đủ thông tin để đưa ra một chẩn đoán cụ thể hơn (ví dụ như ở phòng cấp cứu).

## Dị thực

Chứng dị thực thể hiện qua việc ăn uống không thay đổi những chất không có dinh dưỡng, không phải là thức ăn, vốn không phù hợp với mức độ phát triển của cá nhân người đó.

## Chứng rối loạn nhai lại

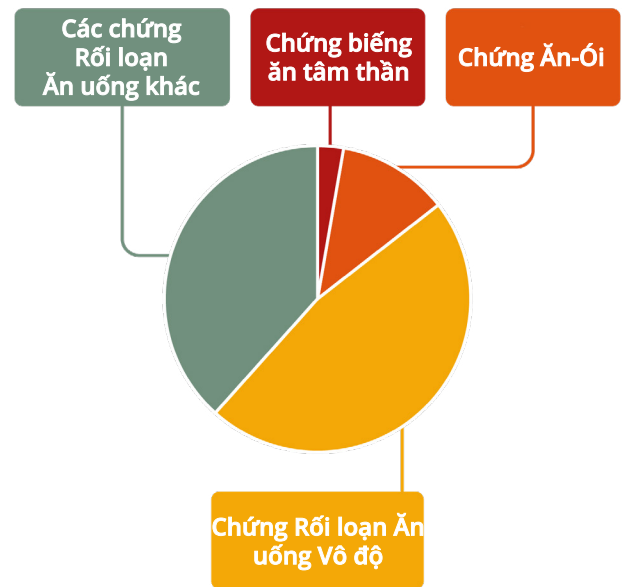
Chứng rối loạn nhai lại thể hiện qua việc lặp lại hành động nhai lại thức ăn. Việc nhai lại không thể liên quan đến tình trạng bệnh lý khác hoặc chỉ xảy ra trong quá trình chẩn đoán rối loạn ăn uống khác.



## Mức phổ biến

### Rối loạn ăn uống là các chứng bệnh phổ biến

- Xấp xỉ một triệu người Úc đang sống với một chứng rối loạn ăn uống vào bất kỳ năm nào; tức là, 4% dân số (1).
- Trong số những người mắc một chứng rối loạn ăn uống, 3% là biếng ăn tâm thần, 12% là ăn-ói, 47% là BED và 38% là các chứng rối loạn ăn uống khác\* (1).
- Có nhiều người trải nghiệm rối loạn ăn uống (ví dụ, có triệu chứng và hành vi của các chứng rối loạn ăn uống, nhưng ít thường xuyên hơn hoặc ít nghiêm trọng hơn) mà không hội đủ triệu chứng của một chứng rối loạn ăn uống. Khoảng một phần ba (31.6%) thanh thiếu niên Úc mắc phải các hành vi rối loạn ăn uống vào bất kỳ năm nào (3)
- Các triệu chứng rối loạn ăn uống đang gia tăng ít nhất hàng tuần với chứng ăn uống vô độ là gần sáu lần kể từ cuối thập niên 1990 và tăng gần bốn lần đối với chế độ ăn kiêng hà khắc (3).



Hình 1: Mức phổ biến của chứng rối loạn ăn uống theo chẩn đoán

\*Các chứng Rối loạn Ăn uống khác bao gồm tất cả những chẩn đoán rối loạn ăn uống khác trừ chứng biếng ăn tâm thần, chứng ăn-ói và BED.

## Tuổi tác

Mặc dù một người có thể trải qua chứng rối loạn ăn uống vào bất kỳ độ tuổi nào, nhưng các chứng rối loạn ăn uống vẫn phổ biến hơn ở thanh thiếu niên và những người trẻ tuổi, với thời gian khởi phát trung bình của các chứng rối loạn ăn uống là ở độ tuổi từ 12 đến 25 (4, 5). Tuổi thanh thiếu niên là thời kỳ có nguy cơ cao bị chứng rối loạn ăn uống.

## Giới tính

Ước tính có 8.4% phụ nữ và 2.2% nam giới trải nghiệm rối loạn ăn uống ở thời điểm nào đó trong đời (6).

Trong khi phụ nữ chiếm khoảng 80% số người mắc chứng biếng ăn tâm thần và 70% số người mắc chứng ăn-ói, dữ liệu gần đây cho thấy tỉ lệ bị BED ở nam giới có thể gần cao như ở phụ nữ (7).

Tỉ lệ thực tế của nam giới trong số những người mắc các chứng rối loạn ăn uống có thể cao hơn vì những trải nghiệm của họ có thể bị bác sĩ lâm sàng bỏ qua hoặc chẩn đoán nhầm (8).

Mặc dù nghiên cứu về sự phổ biến của các chứng rối loạn ăn uống/ăn uống rối loạn ở những người phi nhị giới và chuyển giới còn hạn chế, nghiên cứu mới đây cho thấy những người thuộc phi nhị giới và chuyển giới có nguy cơ mắc các triệu chứng rối loạn ăn uống hoặc các hành vi ăn uống rối loạn cao hơn từ hai đến bốn lần so với đối tác hợp giới của họ (9-12).

## Các dấu hiệu cảnh báo

### Về mặt tâm lý

Các dấu hiệu cảnh báo về mặt tâm lý có thể gồm có

- Bận tâm với việc ăn uống, thực phẩm (hoặc các hoạt động liên quan đến thực phẩm), hình dáng và cân nặng của cơ thể.
- Lo sợ cực độ về việc tăng cân
- Tăng mức độ lo lắng hoặc bức rứt xung quanh giờ ăn
- Cảm giác 'mất kiểm soát' xung quanh thức ăn
- Cực kỳ bất mãn về cơ thể hoặc tiêu cực về ngoại hình
- Suy nghĩ 'trắng đen' cứng nhắc (ví dụ như suy nghĩ về thức ăn là 'tốt' hoặc 'xấu')
- Nhạy cảm cực kỳ với những bình luận hoặc chỉ trích (thực tế hoặc nhận thức) về hình dáng hoặc trọng lượng cơ thể, thói quen ăn uống hoặc tập thể dục
- Tâm trạng dao động (ví dụ như bức rứt tăng cao, tâm trạng không vui và/hoặc lo âu cũng như tự làm hại và/hoặc tự tử)
- Lòng tự trọng-thấp (ví dụ là cảm giác xấu hổ, mặc cảm và cảm giác ghê tởm bản thân)
- Dùng thức ăn để tự phạt mình hoặc để điều hòa cảm xúc (ví dụ như từ chối ăn hoặc ăn uống vô độ do trầm cảm, căng thẳng hoặc những lý do về cảm xúc khác).

### Thể chất

Những dấu hiệu về thể chất có thể gồm có:

- Giảm, tăng cân đột ngột hoặc cân nặng dao động
- Đối với trẻ em và thanh thiếu niên thì có sự giảm sút không giải thích được về đường cong tăng trưởng hoặc chỉ số khối trọng lượng cơ thể (BMI).
- Nhạy cảm với cái lạnh (e.g., hầu như lúc nào cũng cảm thấy lạnh, thậm chí khi ở môi trường ấm áp)
- Chậm kinh, mất kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt hoặc vô sinh (không phải do dao động khi bắt đầu dậy thì hoặc mãn kinh)
- Có dấu hiệu của việc ói mửa (v.d., sưng má hoặc viền của hàm dưới, các vết chai hoặc sưng ở các khớp ngón tay, hơi thở hôi hoặc hư răng)
- Lông mịn phủ khắp mặt hoặc cơ thể (lông tơ)
- Mệt mỏi hoặc thiếu năng lượng
- Ngất xỉu hoặc chóng mặt
- Những đợt nóng bừng mặt hoặc đổ mồ hôi
- Các vấn đề về tiêu hóa (ví dụ: trào ngược, chướng bụng, táo bón, buồn nôn, cảm giác no bụng)
- Xương yếu và dễ gãy (ví dụ như chứng loãng xương hoặc mất xương)



## VỀ HÀNH VI

Các dấu hiệu cảnh báo về hành vi gồm có:

- Hành vi ăn kiêng liên tục hoặc lặp lại (ví dụ: nhịn ăn, tính toán calories/kilojoules, bỏ bữa, tránh một số nhóm thức ăn)
- Bằng chứng của việc ăn uống vô độ (ví dụ: sự biến mất của một lượng lớn thức ăn, tích trữ đồ ăn để chuẩn bị cho việc ăn uống vô độ)
- Bằng chứng của việc nôn ói hoặc sử dụng thuốc nhuận trường cho mục đích kiểm soát-cân nặng (ví dụ như thường xuyên vào nhà vệ sinh trong hoặc sau bữa ăn, thường xuyên mua thuốc nhuận trường)
- Các hình thức tập thể dục bắt buộc hoặc quá mức (ví dụ: tập thể dục trong thời tiết xấu, tiếp tục tập thể dục khi ốm đau hoặc bị thương, không nghỉ ngơi/hồi phục thường xuyên, trải qua buồn phiền nếu không tập thể dục được)
- Các khuôn mẫu hoặc nghi thức ám ảnh xung quanh thực phẩm, chế biến thức ăn và ăn uống (ví dụ: ăn rất chậm, cắt thức ăn thành những miếng rất nhỏ, nhấn mạnh rằng bữa ăn được phục vụ vào một thời điểm nhất định, nội dung bữa ăn lặp lại cứng nhắc, bất linh hoạt trong việc sử dụng bát đĩa bằng sành và muỗng nĩa).
- Thay đổi sở thích về thức ăn (ví dụ: tuyên bố không thích những thức ăn yêu thích trước đây, đột ngột ám ảnh với việc 'ăn uống lành mạnh')
- Né tránh, hoặc thay đổi về hành vi trong những tình huống xã hội về thức ăn (ví dụ: không ăn những bữa ăn gia đình tại nhà, đem thức ăn riêng đến các sự kiện xã hội, từ chối thức ăn trong môi trường xã hội)
- Viện cớ để né tránh chuyện ăn uống (ví dụ: tuyên bố là đã ăn rồi, nói là có dị ứng/không dung nạp những loại thức ăn cụ thể)
- Xa lánh xã hội hoặc cô lập khỏi bạn bè và gia đình (ví dụ: né tránh những hoạt động yêu thích trước đây)
- Thay đổi hành vi xung quanh việc lập kế hoạch và chế biến thức ăn (ví dụ: đi chợ để mua thực phẩm, chuẩn bị bữa ăn cho người khác nhưng bản thân lại không tiêu thụ bữa ăn, kiểm soát bữa ăn gia đình)
- Tập trung mạnh mẽ vào cân nặng và hình dáng cơ thể (ví dụ như quan tâm đến việc giảm cân hoặc xây dựng cơ bắp)
- Các hành vi kiểm tra cơ thể lặp lại hoặc ám ảnh (ví dụ: véo thắt lưng, hoặc cổ tay, lặp đi lặp lại việc tự cân, tốn quá nhiều thời gian để ngắm nhìn trong gương)
- Thay đổi về phong cách ăn mặc (ví dụ như mặc quần áo rộng, mặc nhiều lớp hơn mức cần thiết đối với thời tiết)
- Hành vi che giấu hoặc có vẻ bí mật xung quanh thức ăn (ví dụ như lén vứt bỏ thức ăn, giấu đồ ăn thừa, ăn trong bí mật)
- Các hành vi giải khát không phù hợp (ví dụ, không uống hoặc uống ít chất lỏng, hoặc uống quá mức chất lỏng so với yêu cầu)
- Liên tục phủ nhận cơn đói
- Áp dụng những quy tắc cứng nhắc về thực phẩm (ví dụ, đưa ra những danh sách thức ăn 'tốt' và 'xấu')
- Sử dụng sai insulin cho bệnh tiểu đường (Loại 1 hoặc 2)

Đừng bao giờ khuyên 'hãy theo dõi và chờ đợi.' Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị biết có thể đang bị chứng rối loạn ăn uống, điều quan trọng là được hỗ trợ và điều trị. Can thiệp sớm là chìa khóa để cải thiện sức khỏe và kết quả của chất lượng cuộc sống.



## Các yếu tố rủi ro

Các yếu tố góp phần vào việc gây ra chứng rối loạn ăn uống sẽ khác nhau ở từng người và liên quan đến các yếu tố sinh học, tâm lý và văn hóa xã hội. Bất kỳ ai vào bất kỳ giai đoạn nào trong đời cũng đều có nguy cơ bị chứng rối loạn ăn uống. Rối loạn ăn uống là một bệnh tâm thần, không phải do ai đó lựa chọn.

## Các tác động và biến chứng

Các biến chứng y tế và tâm lý liên quan đến chứng rối loạn ăn uống là sự việc nghiêm trọng và có khả năng đe dọa-tính mạng

### Về y tế

Các hành vi rối loạn ăn uống liên quan đến những biến chứng về y tế cụ thể. Những biến chứng này bao gồm nhưng không giới hạn đối với:

- **Giới hạn việc tiêu thụ thức ăn** có thể dẫn đến huyết áp thấp, mất cân bằng hóc-môn, không chịu được cái lạnh, thiếu tập trung, các vấn đề về tiêu hóa, mệt mỏi và lơ đãng.
- **Ăn uống vô độ** có thể dẫn đến cao huyết áp, Tiểu đường Loại 2 và mất cân bằng hóc-môn.
- **Nôn ói** có thể dẫn đến tổn thương thực quản, đau bụng, đầy hơi, tiêu chảy, táo bón, sâu răng, và mất cân bằng điện giải dẫn đến nhịp tim bất thường và mất nước.
- **Sử dụng sai thuốc nhuận trường** có thể dẫn đến mất nước, hạ đường huyết và suy yếu cơ ruột.
- **Tập thể dục quá mức** có thể dẫn đến bị thương, gãy xương do căng thẳng, xương yếu và dễ gãy (ví dụ, loãng xương hoặc mất xương), và mất cân bằng hóc-môn.

### Về tâm lý

Có nhiều tác động tâm lý liên quan đến chứng rối loạn ăn uống, bao gồm nhưng không giới hạn đến:

- Bất mãn về ngoại hình
- Những suy nghĩ ám ảnh về việc ăn uống, thực phẩm, hình dáng và/hoặc trọng lượng cơ thể.
- Cảm giác xấu hổ, ghê tởm bản thân, kém tự trọng, tội lỗi hoặc thất bại.
- Các triệu chứng trầm cảm hoặc lo âu
- Có ý nghĩ, lên kế hoạch tự tử hoặc tự tử hụt.
- Tự làm hại bản thân
- Lạm dụng chất gây nghiện
- Xa lánh xã hội



## Các bệnh đi kèm

Người bị mắc chứng rối loạn ăn uống tăng nguy cơ gặp phải tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc bệnh khác cùng lúc (được gọi là bệnh đi kèm). Những tình trạng bệnh đi kèm mà những người sống chung với các chứng rối loạn ăn uống mắc phải có thể liên quan đến các triệu chứng và hành vi rối loạn ăn uống của họ. Đối với các bệnh đi kèm khác, xu hướng và các cơ chế tiềm ẩn bất kỳ sự liên quan nào là không được rõ ràng và là trọng tâm cho nghiên cứu trong tương lai.

### Các bệnh đi kèm về sức khỏe tâm thần

Nghiên cứu cho thấy rằng hơn 80% người lớn được chẩn đoán mắc chứng rối loạn ăn uống bị ít nhất một chứng rối loạn tâm thần khác (13).

Những bệnh đi kèm về sức khỏe tâm thần phổ biến có liên quan đến các chứng rối loạn ăn uống gồm có:

- Rối loạn tâm trạng (ví dụ, rối loạn trầm cảm nặng)
- Rối loạn lo âu (ví dụ, rối loạn lo âu lan tỏa, lo sợ xã hội)
- Rối loạn căng thẳng hậu sang chấn (PTSD) và sang chấn.
- Lạm dụng chất gây nghiện
- Rối loạn nhân cách (né tránh, ranh giới, ám ảnh cưỡng chế)
- Rối loạn chức năng tình dục
- Tự hại bản thân

### Các bệnh đi kèm

Các bệnh sau đây đã cho thấy rằng có sự gia tăng tỷ lệ hiện có ở những người mắc chứng rối loạn ăn uống so với dân số chung:

- Tiểu đường loại 1 và 2
- Chứng đa nang buồng trứng (PCOS)
- Xương yếu hoặc dễ gãy (ví dụ như mất xương, loãng xương)
- Huyết áp thấp (hạ huyết áp)
- Các vấn đề về tiêu hóa (ví dụ như hội chứng ruột kích thích)
- Đau khớp
- Nhức đầu và đau nửa đầu
- Các vấn đề về kinh nguyệt (ví dụ: mất kinh)
- Khó ngủ

## Điều trị

### Các hình thức điều trị

Việc tiếp cận với các phương pháp điều trị dựa trên bằng chứng đã cho thấy là làm giảm mức độ nghiêm trọng và thời gian của chứng rối loạn ăn uống. Trong số những người được chẩn đoán là mắc chứng rối loạn ăn uống, chỉ có 23% là được tiếp cận với cách điều trị phù hợp (4). Điều trị sớm khi bị bệnh sẽ đem lại cơ hội phục hồi tốt nhất cho chứng rối loạn ăn uống.

Các liệu pháp tâm lý dựa trên bằng chứng cần xem xét để điều trị chứng rối loạn ăn uống theo chẩn đoán gồm có (14):

#### Chứng biếng ăn tâm thần

Dành cho *trẻ em và thanh thiếu niên*, các mô hình điều trị bao gồm:

- Điều trị dựa vào-gia đình (Family-based treatment - FBT) hoặc liệu pháp gia đình đối với chứng biếng ăn tâm thần (tập trung vào cha mẹ và nhóm nhiều-gia đình cũng được chấp nhận)
- Liệu pháp Hành vi Nhận thức dành cho chứng Rối loạn ăn uống (Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders, CBT-ED) với sự tham gia của gia đình.
- Liệu pháp tâm lý tập trung vào vị thành niên

Đối với *người lớn*, các mô hình điều trị bao gồm:

- Điều trị chứng biếng ăn tâm thần cho người lớn theo mô hình Maudsley (Maudsley anorexia nervosa treatment for adults - MANTRA)
- Chuyên gia hỗ trợ quản lý lâm sàng (Specialist supportive clinical management -SSCM)
- CBT-ED; liệu pháp tâm động học tập trung vào rối loạn ăn uống

#### OSFED

Mô hình điều trị cụ thể được chọn nên do chứng rối loạn ăn uống mà vấn đề ăn uống gần giống nhất xác định.

#### ARFID

ARFID là một chẩn đoán tương đối mới và nghiên cứu vẫn đang phát triển xung quanh việc điều trị nào là hiệu quả.

Bằng chứng hiện tại cho thấy Liệu pháp Hành vi Nhận thức (CBT) là một phương pháp điều trị hiệu quả cho những người mắc phải ARFID (15). Điều trị có thể bao gồm việc dần dần cho người bệnh tiếp xúc với thức ăn gây sợ hãi, luyện tập thư giãn và hỗ trợ để thay đổi hành vi ăn uống.

Liệu pháp cho ăn đáp ứng (Responsive feeding therapy - RFT) cũng đã được sử dụng để điều trị ARFID ở trẻ em, tuy nhiên, các nguyên tắc hướng dẫn của RFT cũng có thể được áp dụng cho thanh thiếu niên và người lớn (16). Đáp ứng bao gồm việc cha mẹ hoặc người chăm sóc thiết lập các thói quen trong giờ ăn với những tương tác dễ chịu và ít mất tập trung, làm mẫu hành vi trong giờ ăn và cho trẻ phản hồi với các dấu hiệu đói (16).

#### Chứng ăn-ói

Đối với *trẻ em và thanh thiếu niên*, các mô hình điều trị bao gồm:

- Liệu pháp Hành vi Nhận thức tập trung vào Rối loạn ăn uống (CBT-ED) với sự tham gia của gia đình
- Liệu pháp gia đình tập trung vào Chứng ăn-ói

Đối với *người lớn*, các mô hình điều trị bao gồm:

- Liệu pháp Nhận thức Hành vi tự lực có hướng dẫn (Guided self-help CBT-ED)
- CBT-ED
- IPT

#### BED

Đối với *thanh thiếu niên và người lớn*, các mô hình điều trị bao gồm:

- Liệu pháp Tăng cường Hành vi Nhận thức (CBT-E)
- Liệu pháp Nhận thức Hành vi tự lực có hướng dẫn (CBT-GSH)
- Liệu pháp Tương tác Cá nhân (IPT)



## Các hỗ trợ phi lâm sàng

Một số dịch vụ phi lâm sàng có thể cung cấp hỗ trợ có giá trị cho những người đang điều trị chứng rối loạn ăn uống, cũng như gia đình và hỗ trợ của họ, chẳng hạn như các buổi hỗ trợ cá nhân đồng cảnh hoặc nhóm hỗ trợ.

## Các mức độ điều trị

Việc điều trị rối loạn ăn uống có thể được thực hiện ở các cơ sở khác nhau với ba mức cường độ khác nhau, tùy thuộc vào nhu cầu cá nhân mỗi người. Một số người có thể bắt đầu điều trị ở mức cường độ thấp nhất, trong khi những người khác có thể bắt đầu ở mức cường độ cao hơn. Họ có thể cần di chuyển qua lại giữa các cấp độ khác nhau này khi họ cố gắng hồi phục.

Các mức độ dịch vụ điều trị có sẵn cho người mắc chứng rối loạn ăn uống bao gồm:

### **Điều trị dựa vào Cộng đồng**

Điều trị dựa vào cộng đồng đề cập đến việc điều trị dựa trên bằng chứng thực hiện trong cộng đồng hoặc cơ sở ngoại trú, với sự phối hợp tiếp cận nhiều loại dịch vụ khi cần thiết.

Việc điều trị có thể được cung cấp bởi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe ban đầu, chuyên gia sức khỏe tâm thần và chuyên gia dinh dưỡng trong cộng đồng (tư nhân và công cộng), và trực tuyến để tự trợ giúp có hướng dẫn.

Hầu hết mọi người có thể phục hồi sau rối loạn ăn uống bằng phương pháp điều trị tại cộng đồng. Trong cộng đồng, nhóm điều trị tối thiểu gồm có một người hành nghề y tế như bác sĩ đa khoa/ bác sĩ gia đình (GP) và một chuyên gia sức khỏe tâm thần.

### **Điều trị Chuyên sâu dựa vào Cộng đồng**

Điều này đề cập đến việc điều trị dựa trên bằng chứng được thực hiện trong cộng đồng hoặc điều trị ngoại trú với tần suất và cường độ cao hơn, dành cho những người cần liệu pháp điều trị chuyên sâu hơn.

Các dịch vụ điều trị có thể được cung cấp thông qua các chương trình ngoại trú chuyên sâu và các chương trình ban ngày.

### **Điều trị tại bệnh viện**

Điều trị tại bệnh viện được yêu cầu dành cho những người cần can thiệp y tế và /hoặc tâm thần, hoặc nhập viện vào chương trình rối loạn ăn uống nội trú dành cho những người ổn định về mặt y tế nhưng đòi hỏi mức độ điều trị và hỗ trợ cao.

Điều này có thể xảy ra trong các cơ sở như chương trình nội trú hoặc các đơn vị nội trú về y tế và tâm thần.

## Hồi phục

Việc phục hồi khỏi chứng rối loạn ăn uống là có thể, mặc dù người đó đã sống với căn bệnh trong nhiều năm. Con đường hồi phục có thể dài và đầy thách thức. Nhận biết sớm và được hỗ trợ và điều trị thích hợp củng cố con đường phục hồi. Một số người có thể thấy rằng phục hồi đem lại sự hiểu biết, hiểu thấu và các kỹ năng mới.

## Tìm kiếm sự giúp đỡ

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị hoặc ai đó mà quý vị biết có thể đang bị rối loạn ăn uống, điều quan trọng là phải tìm kiếm sự trợ giúp ngay lập tức. Càng tìm kiếm sự trợ giúp sớm thì quý vị càng nhanh hồi phục. Bác sĩ gia đình (GP) là "cơ sở đầu tiên" tốt để tìm kiếm hỗ trợ và được điều trị chứng rối loạn ăn uống.

Để tìm sự giúp đỡ ở địa phương quý vị, hãy đến [Trung tâm Hỗ trợ và các Dịch vụ của NEDC](#).



## Tài liệu tham khảo

1. Deloitte Access Economics. Paying the price: The economic and social impact of eating disorders in Australia. Australia: Deloitte Access Economics; 2012.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
3. Sparti C, Santomauro D, Cruwys T, Burgess P, Harris M. Disordered eating among Australian adolescents: prevalence, functioning, and help received. *Int J Eat Disord*. 2019;52(3):246-54.
4. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(5):727-35.
5. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res*. 2016;238:225-7.
6. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13.
7. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord*. 2015;3(1):1-7.
8. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord*. 2012;20(5):346-55.
9. Gordon, A. R., Moore, L. B., & Guss, C. (2021). Eating disorders among transgender and gender non-binary people. In *Eating Disorders in Boys and Men* (pp. 265-281). Springer, Cham.
10. Diemer EW, Hughto JMW, Gordon AR, Guss CS, Austin B, Reisner SL. Beyond the Binary: Differences in Eating Disorder Prevalence by Gender Identity in a Transgender Sample. *Transgender Health*. 2018;3:1, 17-23
11. Giordano S. Eating yourself away: Reflections on the 'comorbidity' of eating disorders and gender dysphoria. *Clinical Ethics*. 2017;12(1):45-53. doi:10.1177/1477750916661977
12. Feder S, Isserlin L, Seale E, Hammond N, Norris ML. Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth. *Eat Disord*. 2017; Jul-Sep;25(4):310-317. doi: 10.1080/10640266.2017.1297112
13. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *Int J Eat Disord*. 2019;52(1):42-50.
14. Heruc G, Hurst K, Casey A, Fleming K, Freeman J, Fursland A, et al. ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards. *J Eat Disord*. 2020;8(1):63.
15. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current psychiatry reports*. 2017;19(8):1-9.
16. Wong G, Rowel K. Understanding ARFID Part II: Responsive Feeding and Treatment Approaches National Eating Disorder Information Centre - Bulletin. 2018;33(4).



# Xây dựng một hệ thống chăm sóc an toàn, nhất quán và dễ tiếp cận dành cho những người bị rối loạn ăn uống

✉ [info@nedc.com.au](mailto:info@nedc.com.au)

🌐 [www.nedc.com.au](http://www.nedc.com.au)

**e** National  
Eating Disorders  
Collaboration

Evidence

Experience

Expertise