

# 摂食障害

摂食障害は、食行動の破綻をきたしたもので、神経性無食欲症（拒食症 anorexia nervosa ; AN）と神経性大食症（過食症 bulimia nervosa ; BN）に大別されます（Fig.1）が、神経性無食欲症がほとんどです。過食と拒食を繰り返すことも多々あります。

Fig.1 代表的な摂食障害の特徴

	神経性やせ症		神経性過食症
	(摂食制限型)	(過食排出型)	
特徴	体重や体型の感じ方の障害があります		
	やせていても太っていると感じます		過食に苦痛を感じ、罪悪感を伴います
食事	食事量を制限します	過食する方もいます	食事量のコントロールができず、頻繁に過食します
痩せるための行動	過度に運動したりします	食べ物を吐いたり下剤を使ったりします	
体型	明らかな低体重		正常または過体重
BMI	軽度：17～18.4 中等度：16～16.9 重度：15～15.9 再重度：15未満		正常：18.5～25 過体重：25以上

両者とも、長期的に生命を脅かす点や、小児・思春期において成長障害などの後遺症が見られる等の点から、その診断・治療は極めて重要です。

ANは30歳以下（特に思春期）の女性に好発し、何らかの心理的因子がきっかけとなつて、著しいやせと続発性無月経に陥る状態で、代謝・内分泌系の種々の身体的異常所見を来たします。

ANは、ある面では世相を反映した時代病とも言われます。心理的背景には、若い女性の特有の“やせ願望”があります。BNの場合は、対人関係や社会的ストレスが影響しているとも云われます。

体重を減らすためにとる異常な食行動には、2つの型が見られます (Fig.2)。

## Fig.2 体重を減らすためにとる異常な食行動

過激なダイエットには2つの型がある

### 1 制限型



過激な運動、高カロリー食品の排除、  
極端な食事制限、絶食など



### 2 無茶食い排出型



食べたものを自分で吐いたり、  
下剤などで排泄するなど



過激なダイエットは、さまざまな悪い症状をもたらす

### ■原因

素因、個々のストレス、社会的背景、思春期の心身の変化などがあります。  
肥満恐怖、やせ願望、過活動、精神症状など様々な要因があります。

### ■症状

拒食が継続すると、著しい栄養失調に陥り、身体的症状だけでなく、心理的症状も出てきます (Fig.3)。やせて体重が減っても、極端に衰弱状態に陥るまでは、普段よりも活動的になる傾向にあります。

Fig.3 低栄養による身体・心理的症状

### 身体症状（全身）

#### 全身

- ・ 疲れやすい
  - ・ 身長が伸びない
  - ・ 寒がり・冷え性
  - ・ 月経（生理）がない  
⇒不妊の要因
  - ・ 眠りづらい
- ★ 筋力低下
  - ★ 低血圧
  - ★ 心拍数低下
  - ★ 低体温
- ※「★」は危険信号

### 身体症状（部位別）

#### 胃腸

- ・ 食欲がない
- ・ 満腹感がない
- ・ 便秘

#### その他

- ・ 下肢のむくみ
- ・ 背中濃いうぶ毛
- ・ 皮膚の乾燥
- ・ 手や足の黄色化
- ・ 髪の毛が抜ける
- ・ 骨が弱くなる

### 心理的症状

#### 頭のはたらき

- ・ 集中力の低下
- ・ 仕事の能率低下
- ・ こだわりが強くなる

#### 行動

- ・ 人との交流を避ける
- ・ 性的興味なくなる

#### 感情

- ・ イライラする
- ・ 抑うつ、不安が強い

## ■診断

米国精神医学会（American Psychiatric Association；APA）の診断基準（Fig.4）が有用です。A～Dの中核症状が複数存在する場合、ANが疑われますが、やせをきたしうる器質性疾患（Fig.5）を十分鑑別することが大切です（Fig.6）。

本人からの問診にて、症状・状況を確認することは、非常に困難なことが多く、家族に問診することで、多くの情報が得られ、診断に役立ちます。

Fig.4 神経性無食欲症の診断基準

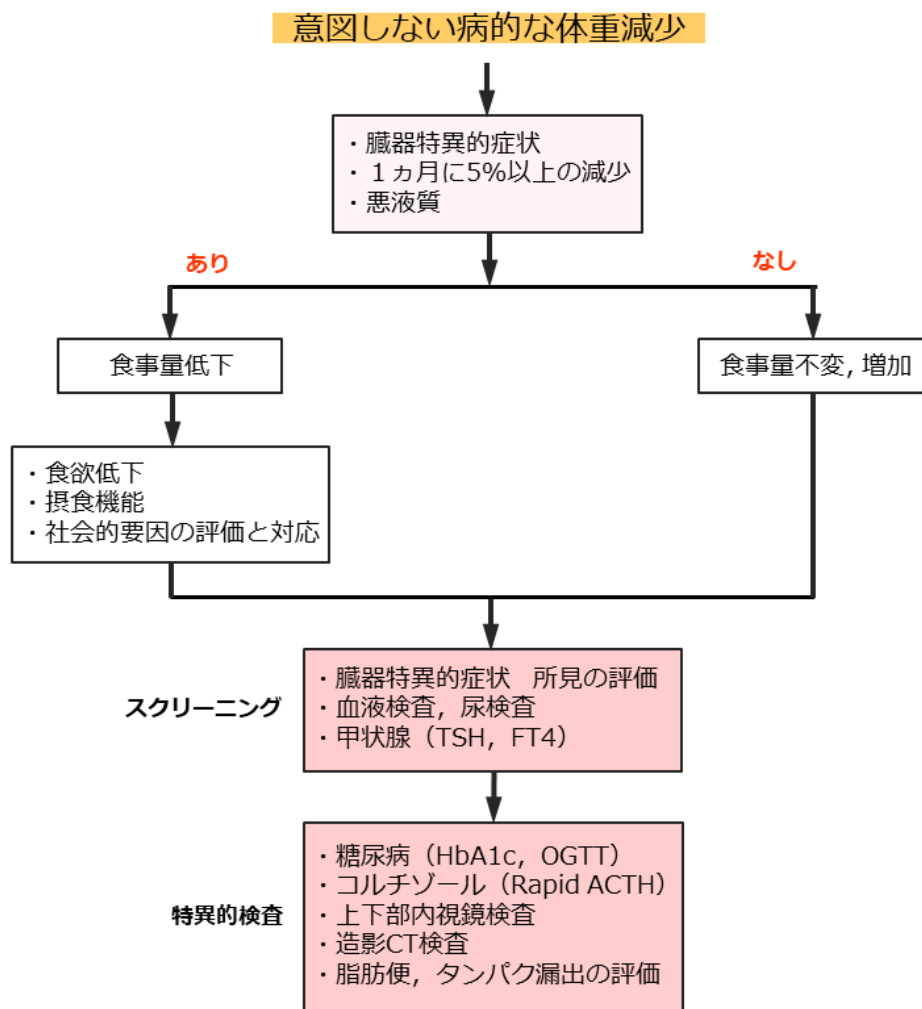
A.	年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否
B.	体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖感
C.	自分の体重、または体型の感じ方の障害、自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認
D.	初経後の女性の場合は、無月経すなわち月経周期が連続して少なくとも3回欠如する（エストロゲンなどのホルモン投与後にのみ月経が起きている場合には、無月経とみなされる）

（American Psychiatric Association：DSM-IV-TR，2000/高橋三郎他訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き．新訂版，医学書院，東京，2002；213より引用）

Fig.5 体重減少をきたす疾患

1 摂取エネルギー減少	食物摂取量の不足	摂食中枢障害〔視床下部の器質性障害（胚細胞腫）〕 神経・筋疾患による咀嚼嚥下などの障害 神経性食欲不振症や精神疾患に伴う拒食 口腔疾患 消化器疾患，副腎不全，種々の全身疾患による食欲低下
	消化吸収障害	消化酵素の機能低下（慢性膵炎） 慢性下痢〔潰瘍性大腸炎，クローン（Crohn）病など〕 蛋白漏出性胃腸症，消化管切除後
2 エネルギー代謝・利用障害	糖尿病	
3 エネルギー消費亢進	代謝亢進	甲状腺機能亢進症〔バセドウ（Basedow）病〕，褐色細胞腫 運動の過剰 発熱
	蛋白異化	悪性腫瘍，消耗性全身疾患

Fig.6 体重減少のアプローチ



TSH : thyroid stimulating hormone (甲状腺刺激ホルモン), FT4 : free thyroxine (遊離チロキシン), HbA1c : hemoglobin A1c, OGTT : oral glucose tolerance test (経口ブドウ糖負荷試験), ACTH : adrenocorticotropic hormone (副腎皮質刺激ホルモン)

### ■経過と予後

世界的な統計では、ANの全症例の内、約5%が死亡するとされていますが、最も多い死因は“心停止”とされています。

なにをもって、摂食障害が治ったとするかは難しいですが、“経口摂取ができ”、“標準体重の85%以上を保持し”、“自覚症状や検査所見で異常が見られない”などをもって判断します。AN 寛解率は40~60%程度です。

BNの場合、寛解率は60%前後と云われています。

## ■治療

治療を考える上で、AN患者の特性を理解しておく必要があります。患者自体に病識の欠如があり、患者との治療関係の構築の困難さを認識しておかねばなりません。

心理療法を中心に、家族療法、対人関係療法を行います。

要点としては、

- a) “なぜ食べないか”を追求しない、
- b) 原因の究明よりも、“結果”（ANの場合、低栄養・低体重・低代謝など）への厳然とした対応を勧めることが大事
- c) 精神科、心療内科への紹介が必要な場合が多い  
特に重症の場合は、入院加療も必要となってきます（Fig.7）。

### Fig.7 APAによるANでの入院適応（小児, 思春期）

1. 心拍数：40bpm以下  
起立性低血圧：起立時の20bpmの心拍数の上昇  
もしくは10～20mmHgの血圧低下  
血圧：80/50mmHg以下
2. 血糖：60mg/dl以下
3. 血清K：3mEq/l以下
4. 電解質バランス異常（高・低Na血症，低P血症，  
低Mg血症）
5. 体温：35.5℃以下
6. 脱水
7. 肝不全，緊急介入が必要な心血管合併症
8. コントロール不良の糖尿病
9. 浮腫，低蛋白血症，重症の貧血

この基準はあくまでも医療環境の違う，米国での一つの指標であることに注意を要する。また人種の違いなどにも配慮して入院の体重の基準は省略している。

[American Psychiatric Association : AM J Psychiatry 2006 ;  
163 (Suppl 1) : 1より引用]

## ■日常生活の注意点

- ①家庭環境や母子関係が改善されないと、再発することがあります。
- ②食事管理・本人との接し方など、周囲の協力が必要で、専門医の指導を受けながら、生活環境を整えることが大切です。

<参考資料>①摂食障害はどんな病気；摂食障害情報ポータルサイト、②ビジュアルノート 第3版、③ぐんぐん健康になる食事・運動・医学の事典；法研、④小児・思春期診療；日本医師会雑誌 141(1)、⑤精神障害の臨床；日本医師会雑誌 131(12)、⑥神経・精神疾患診療マニュアル；日本医師会雑誌 142(2)、⑦症状からアプローチするプライマリーケア；日本医師会雑誌 140(2)