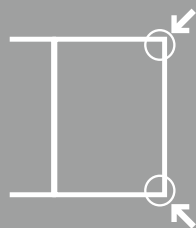
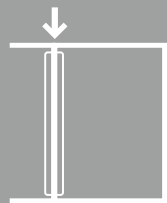


四隅 クリックでページ移動(全8ページ)



中央 クリックで全画面表示(再クリックで標準モードに復帰)



* OS・ブラウザのバージョン等により機能が制限される場合があります。

Primary
care
note

摂食障害

政策研究大学院大学保健管理センター教授
鈴木真理 [著]

3 診断後すぐにとすること—栄養アセスメント

■栄養アセスメント

現在の栄養状態の評価をする。評価項目としては、体重が最も重要である(表3-4)。ただし、体重が減る場合はそのスピードが速い方が、同じ体重なら増加より減少経過にある方が悪い。バイタルサインでは体温や脈拍が有用である。体温や脈拍は低い方が悪い。36℃以下の低い基礎体温や徐脈はエネルギー摂取増加によって、体重増加とは関係なしに迅速に変化する。

一般検査では、末梢血液(WBC, Hb)、総タンパク、アルブミン値は脱水のため見かけ上正常のことも多く、低下している場合を除いて栄養状態のよい指標にはならない。Rapid turnover proteinが低下している場合はより重症である。慢性例では微量元素の低下を伴いやすい。

表3-4 拒食症におけるやせの重症度
(15歳以上)

標準体重	やせの重症度
75%以上	軽症
65%以上75%未満	中等症
65%未満	重症

<例>

身長158cm, 標準体重53.2 kg, BMI 21.3

	体重	BMI
75%	39.9	15.98
70%	37.24	14.92
65%	34.58	13.85
60%	31.92	12.79
55%	29.26	11.72
50%	26.6	10.65

<例>

身長165cm, 標準体重58.5 kg, BMI 21.48

	体重	BMI
75%	43.88	16.12
70%	40.95	15.04
65%	38.03	13.97
60%	35.1	12.89
55%	32.18	11.82
50%	29.25	10.74

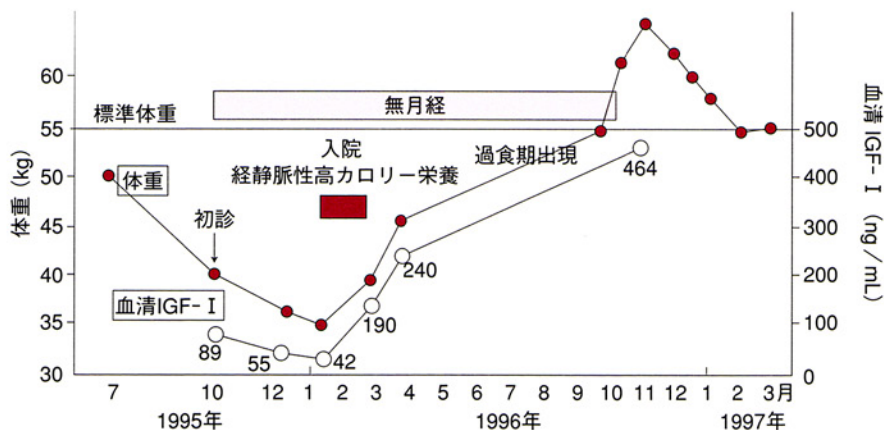


図3-1 拒食症患者における体重と血清IGF-Iの変化

一般的に本症では体重と血清IGF-Iには正の相関がある。しかし本症のように、同じ体重でも減少している時と増加している時とは血清IGF-Iは異なり、その時の栄養状態の変化も把握できる

内分泌検査では、T3は炭水化物の摂取と相関し、IGF-Iは炭水化物とタンパク質の摂取に関係し、よい栄養マーカーである(図3-1)。月1回の測定が保険適用である。

4

診断後すぐにするこ—緊急入院による内科的治療・栄養療法の適応の判断

内科的緊急入院の適応の判断をする。本症の死亡率は5～10%で、この年代では非常に高い。次の場合には緊急入院が必要である。

- ①重篤な検査異常や合併症(低血糖昏睡、低カリウム血症、不整脈、腎不全、横紋筋融解症、感染症など)
- ②全身衰弱(起立、階段昇降が困難)
- ③標準体重の55%以下(BMIは 12 kg/m^2 以下)のやせ
- ④著しいやせはないものの、1カ月に5kg以上の体重減少があり、消耗が激しく、絶食に近い摂食量の減少が続いている場合

以下に上記①～④に該当する症例をあげる。

①重篤な検査異常や合併症を有する症例

◆17歳、女性

13歳発症の制限型。摂取エネルギー量は800kcal以下が続いており、158cm、31kgからここ2週間で28kg(53%標準体重)に減少した。前夜、ほとんど経口摂取しないで寝たらしい。朝、決まった時間に起きて来ないので、母親が起こしにいったが、反応がない。救急車で来院し、血糖は測定感度以下(25>)であった。20%ブドウ糖液を注射するも、意識はすぐに回復しない。

◆25歳、女性

17歳発症のむちゃ食い/排出型。過食と嘔吐を繰り返しており、155cm、34kg(65%標準体重)。血清カリウムが通常は3.1～3.4で、経口K剤を嘔吐後に摂取させていた。ノロウイルス感染症を併発し、大量の水様性下痢と嘔吐があった。血圧は77/50、脈拍78、血清BUN49、Cr2.8、CK568、血清Kは2.2まで低下し、ECGでU波を認め、尿中にミオグロビンを検出した。

② 全身衰弱を呈する症例

◆ 21歳，女性

18歳発症の制限型。160 cm，48 kgであったが，初診時28 kg (52%標準体重)で，椅子に座ると自力で立てない。階段は登れず，1回転倒した。

③ 標準体重の55%以下のやせを呈する症例

◆ 16歳，女性

15歳発症の制限型。159 cm，50 kgであったが，初診時25 kg (47%標準体重)であった。白血球減少や軽度の肝機能障害がある。

④ 著しいやせはないものの，1カ月に5 kg以上の体重減少があり，消耗が激しく，絶食に近い摂食量の減少が続いている症例

◆ 21歳，女性

161 cmで，4カ月前に49 kg，1カ月前に46 kgであった。急激に摂食量が減少し，ここ1週間はスープなど水分のみで，初診時，39 kg (71%標準体重)で，歩行時にふらつきがあった。すぐに経口摂取量が改善する可能性は低いと判断される。

いずれも緊急入院がすすめられる。

②～④で入院を拒む場合

◆ 「入院しない」を治療の動機にして，患者さん本人が食べやすい食品や高カロリー栄養食でエネルギー摂取量を増加させる。外来や近医で毎日，バイタルチェックと末梢からの点滴を行いながら経過を観察し，数日以内に判断する。具体的に何カロリーが摂取できれば，体重が何kgになったら入院をしなくてもよいと明確に指示すると，本人が摂食量を増加させて入院を回避できる場合もある。

◆ この対応をとると，検査結果が改善しない場合は，患者さん本人が途中から必要性を納得して入院することが多い。

◆ 学校からのすすめや登校停止の勧告，職場の上司や産業医の病欠欠勤扱いや勧告によって，入院を決断する場合も多い。

◆ 入院期間を生命危機を脱するまでとか，検査値が改善するまで，と限定すると，入院を了解することが多い。

<死亡例の考察>

死亡率は5～10%，英国の20年間の長期追跡では20%と報告されている。

当施設で診療継続期間に11名の死亡があり，事故・転落による脊髄障害と大腸癌を除いた9名について検討した。

4名(3名ANBP，1名ANR)は，年齢は病恚期間が7～33年と長く，複数回入院歴があり，家族と折り合いが悪く一人暮らしをしており，自宅で亡くなっている。身体的にはBMIは9.9～12.0で，本人たちは次の入院をしぶしぶ了解しており，家族は必要に応じて訪問している状態での飢餓による衰弱，心不全であった。

1名(ANR，病恚期間5年，BMI 10.7)は，家族が経済的理由で入院治療を拒み，近医で点滴治療を受けている状況で亡くなった。

2名(いずれもANR，病恚期間7年，BMIは10.1と13.8)は，非結核性抗酸菌による肺感染症の治療中に衰弱や肺炎桿菌性肺炎の併発で，1名(ANBP，病恚期間20年，BMI 11.1，人格障害とアルコール症)も下肢感染症の悪化で亡くなった。1名は薬物中毒(ANR，病恚期間4年，BMI 11.8)であった。

BMI 12以下，一人暮らし，複数回の入院歴(初回ほど家族も本人も緊張感がなく，家族も強制して入院させない)，入院待機期間中あるいは入院拒否，日和見感染するような免疫低下状態を背景に，衰弱(低血糖や心不全と考えられる)や感染症が死因になっている。

5 診断後すぐにとすること—精神科との協力体制を必要とする場合

摂食障害には人格障害などの他の精神疾患が合併していることがある。飢餓による精神症状が影響して、プライマリ・ケアの現場で正しく診断できないことが多いが、下記の場合は当初から精神科と一緒に診療し、入院は精神科病棟が望ましい。家族が精神科への入院を拒む場合は、家族に患者さんへの付き添いを依頼して内科へ入院させる。

- ① 著明な抑うつや不安などの精神症状
- ② 希死念慮や自傷行為
- ③ 人格障害(境界性など)
- ④ 内科病棟で対応できない問題行動(他患の食事を盗食、万引き、騒音)がある。

本症だけでも抑うつや不安などの精神症状を伴うことがある。外来診療に支障をきたすほどの場合は、薬物療法も含めた精神科への受診をすすめる。境界性人格障害との合併も多い。

患者さんは「死にたい」と口にすることがあるが、「死にたいくらいつらい」という意味であることが多い。しかし、頻回、常習的、外科的処置を必要とする重症のリストカットや、飛び降りや路上への飛び出しなどの既往がある場合は、家族の同意を得て、精神科病棟での入院が適切である。

一旦、内科・小児科病棟に入院しても、大声、乱暴、盗みなどの行為で、他の患者さんへ迷惑がかかるなど入院治療が困難な場合は、家族の了解を得て、精神科病棟で治療を行う。

6 診断後すぐにとすること—やせの程度による活動制限の判断とその目安

■ 1. 運動制限の必要性

本症の患者さんは、やせや低栄養によって思考力や体力が明らかに低下している。患者さんは授業や読書に集中できず、暗記力も低下している。その時はしっかり勉強していても、後で覚えていないことがある。また、筋力や運動能力も低下しており、体育の授業や運動をこなせないだけでなく、転倒など事故を起こすこともある。実際に転倒や交通事故も少なくない。また、自分ではこなせるつもりでも遂行できず、それがさらに挫折体験になり、回復を遅くする。このような状況で、無理に勉強やスポーツをさせることは避けたい。なるべく早く、飢餓による精神症状が改善される体重まで回復させ、回避した現実の問題を解決できるスキルをつけるよう精神療法を行いたい。しかし、ほとんどの患者さんはこれを聞き入れない。

飢餓による認知の障害によって疲れを感じにくくなっており、やせていても元気に振る舞う。低体重になればなるほど、過活動

表3-5 摂食障害における体重と体力および行動制限(15歳以上)

%標準体重	BMI	身体状況	日常生活の制限
50以下	11以下	低血糖昏睡の危険性	入院による栄養療法の適応
55以下	12以下	内科的合併症の頻度が高い	入院による栄養療法の適応
65以下	14以下	最低限の日常生活に支障あり	入院による栄養療法を考慮
65~70	14~15以下	軽労作の日常生活にも支障あり	自宅療養が望ましい
70~75	15~16	軽労作の日常生活は可能	制限つきで就学・就労を許可
75以上	16以上	一般に日常生活には制限なし	制限なしの就学・就労の許可の最低限度
80以上		80%以下が本症の診断基準	
85以上		月経再来の可能性あり	