

厚生労働科学研究研究費補助金
こころの健康科学分野研究事業

摂食障害の標準的治療法の開発とそのガイドライン
作成と治療体制のあり方についてに関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 切池信夫
平成15年（2003）年 3月

総括研究報告書(平成14年度)

目 次

I. 総括研究報告

- 摂食障害の標準的治療法の開発とそのガイドライン作成と治療体制のあり方に関する研究——1
切池 信夫
(資料) 摂食障害に関するアンケート調査用紙と結果——63

II. 分担研究報告

1. 10代の若者における摂食障害発症の危険性、その早期発見とその対策等
に関する調査研究——94
小牧 元
 2. 児童の摂食障害患者への対策に関する研究——102
生野 照子
 3. 摂食障害の早期診断と治療法の開発——104
中井 義勝
 4. 神経性食欲不振症の入院適応基準と治療法・治療体制に関する研究——112
成尾 鉄郎
 5. 欧米における摂食障害の治療システムについての研究——117
永田 利彦
 6. 摂食障害の診療コンプライアンス改善に向けた臨床研究——121
石川 俊男
 7. 摂食障害（過食症候群）の簡易外来治療に関する研究——123
大野 裕
- III. 研究成果の刊行に関する一覧表——135

總括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学分野研究事）

総括研究報告書

摂食障害の標準的治療法の開発とそのガイドライン作成と治療体制のあり方について

主任研究者 切池 信夫 大阪市立大学大学院医学研究科教授

研究要旨：摂食障害の標準的治療法とそのガイドラインの作成は、摂食障害の治療に豊富な経験と事実を有する米国において精神科臨床医のために作られた「摂食障害患者の治療の実践的ガイドライン」（2000年）を翻訳して、その内容を検討し、日本の実情に合わせて改変した。摂食障害の治療体制のあり方については、摂食障害の医療現場の実情を知る目的で、全国の大学精神科と心療内科、近畿圏の救急病院、近畿の心身医学会員と小児心身医学会員、産婦人学会員、総合病院の内科、大阪府下の精神病院、精神科クリニック、内科、産婦人科、小児科などを標榜して開業医している各科の医師を対象に、郵送法によるアンケート調査を2002年9月から12月までの間に実施した。回答は3816人中1070（27.5%）人からあり、その内容を検討した結果、各科の医師が最低行わなければならない治療目標と推奨されることなどのガイドラインの作成とこれに基づく治療ネットワークの構築が必要であると考えられた。

分担研究者

石川俊男

国立精神・神経センター国府台病院
心療内科 部長

小牧元

国立精神・神経センター精神保健研究
心身医学研究部 部長

大野 裕

慶應義塾大学保健管理センター 教授
成尾鉄郎

鹿児島大学医学部心身医療科 助教授

中井 義勝

京都大学医療技術短期大学 教授
生野照子

神戸女学院大学人間科学部 教授

永田 利彦

大阪市立大学大学院医学研究科 助教授

A. 研究目的

近年、神経性食思不振症 (anorexia nervosa、AN) や神経性過食症 (bulimia nervosa、BN)

などの摂食障害が思春期から青年期の若い女性に急増しているだけでなく、前思春期や結婚後に発症する患者も増加して、一部の専門家だけでは対応しきれなくなっている。これらの患者は低体重や栄養障害を主訴として小児科や内科、あるいは心療内科、無月経を主訴として産婦人科、精神症状や問題行動を主訴として精神科を受診する。また身体的に生命の危険のある場合は救急病院での入院治療を要する。そしてそれぞれの専門的立場から治療が行われ、摂食障害の治療として一貫性を欠く場合が多い。さらに摂食障害の治療法として唯一特効的治療法はなく、精神療法、家族療法、対人関係療法、集団療法、オペラント条件づけや認知行動療法、薬物療法、経鼻腔栄養、高カロリー輸液、およびその他の種々の療法が医師の専門性に応じて適宜選択され、行われているのが現況で標準的な治療法が確立されていない。このような状況で

我が国の現状に即した標準的な治療法や、摂食障害の病態に応じて各科が連携して行える治療体制の確立が急務のこととなる。このような状況を鑑みて、本研究は、1) 摂食障害の標準的治療法とそのガイドラインの作成、2) 摂食障害患者の治療にたずさわる各診療科の医師が連携して行える統合的で実際的な治療体制のあり方について検討した。

B. 研究方法

I. 摂食障害の標準的治療法とそのガイドラインは、摂食障害の治療に豊富な経験と事実を有する米国におい精神科臨床医のために作られた「摂食障害患者の治療の実践的ガイドライン」(2000年)を翻訳して、その内容を検討し、日本の実情に合わせて改変した。特に治療の部分に関しては、米国版に負っている部分が多い。

II. 治疗体制のあり方については、摂食障害の医療現場の実情を知る目的で、全国の大学精神科と心療内科、近畿圏の救急病院、近畿の心身医学会員と小児心身医学会員、産婦人学会員、総合病院の内科、大阪府下の精神病院、精神科クリニック、内科、産婦人科、小児科などを標榜して開業医している各科の医師を対象に、郵送法によるアンケート調査を2002年9月から12月までの間に実施した。アンケートの主な内容は、この一年間で受診した摂食障害患者数、その時の対応策、紹介時に困ったこと、治療する場合の治療法と目標、入院および外来治療で困ったこと、今後の摂食障害の医療をどうすればよいのかなどからなり、これらの結果について検討した。

(倫理面への配慮) 本研究に参加する各科医師に本研究の意義、目的、方法らを文書で

説明のうえ、同意を得て行った。

C. 研究結果

I. 摂食障害の標準的治療法とそのガイドライン

目次

趣旨	3
I.要旨	3
1. 治療選択	3
2. 精神面の治療	4
3. ANの治療	4
4. BNの治療	5
II摂食障害について	6
1. 摂食障害の概念と歴史	6
2. 痘学	7
3. 臨床症状	9
A.精神症状	9
B.行動異常	11
C.身体症状	13
4. 診断	14
A. AN	14
B. BN	15
5.合併症	17
A.身体合併症	17
B.精神合併症と comorbidity	20
6.経過と予後	21
A.経過	21
B.予後	22
III.治療	24
1.AN	24
A.栄養状態の改善	24
1) 目標	24
2) 有効性	24
3) 実施上の注意点	25
4) 問題点	26
B.心理社会的治療	26
1) 目標	26
2) 有効性	26
3) 実施上の注意点	28
C.薬物療法	28
1) 目標	28
2) 有効性	29
3) 副作用	29
4) 実施上の注意点	29
2.BN	29
A.栄養状態の改善	29
B.心理社会的治療	30
1) 目標	30
2) 有効性	30
3) 実施上の注意点	31
4) 問題点	31
C.薬物治療	31
1) 目標	31

2) 有効性	31
3) 副作用	32
4) 実施上の注意点	32
D.精神療法と薬物療法の併用	32
IV 治療計画の立て方	33
1. 治療法の選択	33
2. 精神科的治療	34
A.良好な治療者－患者関係の確立と維持	34
B.パラメディカルや他科との協調	34
C.摂食障害症状の評価と経過観察	34
D.身体症状の評価と経過観察	35
E.精神状態の評価	35
F.家族への対応	35
3. ANに対する治療法の選択	36
A.栄養状態の改善	36
B.心理社会的治療	36
C.薬物療法	37
4. BNに対する治療法の選択	37
A.栄養指導	37
B.心理社会的治療	37
C.薬物療法	37
V 治療に影響を及ぼす臨床的・環境的要因	38
1. 非定型例と慢性例	38
A.非定型例	38
B.慢性例	38
2. 他の精神障害や人格障害の併存	38
A.物質依存や乱用の合併	38
B.気分障害	39
C.人格障害	39
D.PTSD	39
3. 身体疾患の合併	39
A. I型糖尿病	39
B.妊娠	39
5. その他	39
A. 男性	39
B. 若年発症	39
C. 遅発症	39
D. スポーツ選手	40
VI 参考文献	41

趣旨

治療ガイドラインは、摂食障害の治療に豊富な経験と事実を有する米国において精神科臨床医のために作られた「摂食障害患者の治療の実践的ガイドライン」(1993年、2000年改定)を参考にしているが、日本における摂食障害の医療をこれに合わせることを目的にしたものでない。標準的な医療は、

あらゆる臨床的事実、医療システム、文化や科学の進歩、社会のあり方とともに変化していく。これは日本における諸般の実情に根ざした医療のガイドラインを作るための出発点であり、今後世界および日本における摂食障害に関する知見の集積と治療に関する経験と事実が増すにつれて変化していくものである。したがってこの治療ガイドラインは、すべての症例に当てはまるわけではないし、また同じ治療効果を生み出す他の合理的な治療法を排除するものでもない。治療に際して、患者のデータに基づき、的確に診断して適切な治療法を選択した上で行う必要がある。

I. 要旨

摂食障害(eating disorders, ED)患者は、主に神経性食思不振症(anorexia nervosa, AN)と神経性過食症(bulimia nervosa, BN)に分かれるが、非定型なものまで含めると多種多様な臨床症状を示す。したがって治療にはそれぞれの病態に応じた包括的なアプローチが必要である。このガイドラインは、ANやBNを診断して治療する際に考慮しなければならない臨床諸特徴についても言及している。

米国のガイドラインに出てくる指針は、いずれも臨床的研究に裏付けされた根拠のあるものである。そして、その信頼性には臨床的研究により確証された事実により、[I]高度の信頼性、[II]中等度の信頼性、[III]患者の状況によっては信頼性が異なる、の三種類に分けられている。

1. 治療選択

まず患者の状態(体重・循環動態・栄養状態)を評価することが、適切な治療を選択する上で最も重要である[I]。身体的に不安

定な状態になる前に(バイタルサインが異常を示す等)入院させるべきである[I]。入院の決定は、精神面・行動面・全身状態などから総合的に判断する[I]。入院適応について、AN 患者の場合には、経口摂取量が急激または持続的に減少するとき、外来治療にもかかわらず体重が減少するとき、一過性の感染症などで経口摂取が出来ないとき、体重の増減が著しいとき、または精神面の治療に入院が適しているとき、などである。BN 患者の場合には、複雑な病態でなければ、多くの場合は入院を必要としない。しかし、外来治療で効果がなく全身状態が悪いとき(電解質異常、吐血、バイタルサインの変化、嘔吐をコントロール出来ない等)、自殺念慮や問題行動、あるいは精神症状が強く、これらに対して入院治療が必要なとき、または重症のアルコール依存や薬物依存を有するとき、などである。入院する場合、精神科病棟か、一般内科病棟か、救急病院か、小児病棟かは、患者の病態と医療者側の専門性や許容能力により決めるべきである。

2. 精神面の治療

精神面の治療は、摂食障害患者の治療の基本であり、他の療法と併行して行うべきである。この際重要なもののとして、まず治療者-患者間に良好な信頼関係を形成し維持する、他科医と協力体制をうちたてる、摂食障害の症状と行動を評価する、精神状態と自殺の危険性を評価する、家族関係の評価などが挙げられる[I]。

3. AN の治療

AN 患者の治療目的は、1) 体重を正常に回復させること(女性なら月経と排卵の再来、男性なら正常な性機能と血清ホルモン値、小児・思春期患者なら身体と性機能の健康な

発育など)、2) 身体合併症の治療、3) 治療に対する動機づけの強化と維持、4) 栄養面を考慮した健康的な食事の摂り方の教育、5) 摂食障害の中心にある不適応的思考・行動・情動の正常化、6) 摂食障害によりもたらされる情動や行動面におけるさまざま問題の解決、7) 家族の支援、8) 再発予防。

a. 栄養状態の回復

著しい低体重の患者は、栄養状態の回復が不可欠である。目標体重を決め、徐々に体重を増加させる。経口摂取量は、1 日に 30 ~40kcal/kg(約 800~1200kcal 程度)から始めるべきである。そして体重減少が止まり増加していくと体重当たりの経口摂取量を徐々に増やしていく、米国では一日に 70 ~100kcal/kg とされ、さらに目標体重に達して、これを維持する場合や小児・思春期の場合には 40~60kcal/kg/日 とされているが、日本ではこれより少ない量に設定する。体重維持に必要なカロリーがこれよりも多い患者は、食べ物を捨てたり、嘔吐したり、過活動などでエネルギーを消費している可能性がある。しかし基礎代謝量が高い患者もいるのも忘れてはならない。ビタミンやミネラルの補充も必要である(特に、血清リンを補充して低リン血症を予防することが重要)。栄養状態回復(Refeeding) 期には、身体面の注意深い観察が必要である[I]。これにはバイタルサイン、摂食量と飲水量やこれらの排泄量に加えて、電解質(リンも含む)、浮腫、水分貯留による急速な体重増加、心不全徵候、胃腸症状などが含まれる。小児や思春期患者で栄養状態が極端に悪い場合には、夜間心電図モニターが有用である。安静度は、その患者の経口摂取量やエネルギー消費量によって適宜決める。栄養状態

の治療と併行して、体重へのこだわりや身体像の歪みを直したり、摂食障害とその危険性の学習、本人と家族に対する支援を行う[I]。

b. 心理社会的治療

最初は患者との精神療法的な関係の確立と維持が有効である[II]。体重が増加し始めれば、精神療法が役に立つ。すべての患者に対して特に有効である精神療法についての研究結果はない。心理社会的治療は、精神力動的葛藤、精神発達、心的防衛、家族関係の問題、他の精神障害の合併などを理解した上で行う必要がある。ただし、極度の低栄養状態の AN 患者に精神療法のみを施行しても、効果は不十分である。AN の精神病理性は長期に持続するため、回復してからもサポートする必要がある。そのため個人精神療法は少なくとも 1 年、多くは 5 ~ 6 年かかる。家族療法などを併用することで、症状の緩和だけでなくその背景にある家族病理の治療が可能になる[I]。また集団精神療法を併用する場合、患者間の密かな痩せ競争や、対人関係の混乱を生じないように配慮する。

c. 薬物療法

単純精神薬だけで AN の治療をしてはならない[I]。薬物療法は、体重が回復した患者の再発予防や、抑うつ気分、強迫症状などの精神症状に対して用いる[III]。

4. BN の治療

a. 栄養指導

栄養指導は他の療法と併用して、摂食行動異常の軽減化や摂食制限と偏食の緩和、適度な運動の促進などに有効である。

b. 心理社会的治療

患者の認知および心理面の発達、精神力動、

併存する精神障害、家族関係などを包括的に評価した上で行う[I]。今のところ無作為対照比較試験で認知行動療法(CBT)が、最も治療効果が高いと言われている。しかし対人関係療法(interpersonal psychotherapy)も有効であると報告されている。行動療法(食事計画、行動記録など)もまた有効である。症例報告によれば、過食や排出行動が無い場合に、個人精神療法や集団療法を施行しながら精神力動的技法や精神分析的技法を用いるのも有効とされている。人格障害を有する場合には、精神療法は長期におよぶ。家族療法は、可能な限り導入すべきで、思春期症例で家族と同居している場合や、成人症例で親子の葛藤が遷延している場合には、特に有効である[II]。

c. 薬物療法

抗うつ薬は、初期治療の 1 つとして有効である[I]。SSR1 は現在のところ最も安全性の高い抗うつ薬である。特に、抑うつ、不安、強迫症状、衝動行為などを有し、心理社会的治療がうまくいかない場合に有用なことがある。精神療法と薬物療法の併用で、高い寛解率が得られると報告されている。したがって初期治療の一つとして考慮すべきである[II]。

エビデンスレベル

A: 無作為割付対照比較試験 (RCT)

B: 前向きの対照比較試験、RCT の基準を満たさない

C: コホートまたは縦断的、前向きに特別な治療なしに経過観察

D: ケース・コントロール研究、対照群との比較、レトロスペクティブ

E: 総説、データの解析を伴う

F: 総説、データの解析を伴わない
G: 教科書、専門家の意見、症例報告

II. 摂食障害について

1. 摂食障害の概念と歴史

A) 摂食障害とは

摂食障害とは主に *anorexia nervosa* (神経性食思不振症、以下 AN と略す) と *bulimia nervosa* (神経性過食症、以下 BN と略す) を指す。表 1 に我が国でよく用いられている訳語を挙げた。

表 1 Anorexia nervosa(AN) と
bulimia nervosa(BN) の訳語

AN	BN
1. 神経性食思不振症	1. 神経性過食症
2. 神経性食欲不振症	2. 神経性大食症
3. 神経性無食欲症	3. 神経性多食症
4. 拒食症	4. 過食症
5. 思春期やせ症	5. 大食症

摂食障害の概念は、1980 年に米国精神医学会が作成した *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd, ed (DSM-III)*^① の診断基準で初めて登場した。それには、異食症や幼児期の反芻障害などとともに、「通常幼児期、児童期および思春期に生じる障害」の項に含まれていた。そして 1987 年に改訂された *DSM-III-R*^② の診断基準において、AN と BN は摂食障害 (eating disorders) として異食症や反芻障害とは別項で独立して扱われ、1994 年の *DSM-IV*^③ に至っている。一方、World Health Organization (WHO) は、1992 年に *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10)*^④ を刊行し、摂食障害を「生理的障害および身

体的要因に関連した行動症候群」の中で独立して分類した。

B) AN

ANについて最初に医学的に記載したのは Morton R である。彼は 1689 年に 「*Phthisiologia (消耗病), seu Exercitationes de Phthisi* (消耗についての一論文)」を、その 5 年後には、この英語版である 「*Phthisiologia: or, a Treatise of Consumptions*」^⑤ を出版している。この中で彼は、今日の *anorexia nervosa* に相当する 18 歳で発病した少女の症例を 「*a nervous consumption*」 と題して紹介している。

我が国でも、大塚^⑥、によると江戸時代の香川修徳が、一本堂行余医言の中で「不食病」または「神仙勞」として、今日の AN に相当する症例を記載している。そして、この約 200 年後の 1873 年に Lasegue^⑦ が本症を 「*Del' anorexie hysterique*」 と題して、翌年に、Gull^{WW} が、*Anorexia nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)*^⑧ と題して、それぞれ独自に症例報告し、本症の臨床像を詳細に記述している、そして Gull が命名した *anorexia nervosa* の用語が、今日世界的に汎用されている。

Gull は、1868 年の秋オックスフォードで行った講演で、本性は稀に男性にもみられるが、主に 16 歳～23 歳の女性が罹患するとし、まずその典型的 2 症例を記述している。そして、この時代にすでに過食を思わせるエピソードや男性例も存在することを記録している。その後、AN の症例は散発的に報告されるようになった。しかし、1914 年に Simmonds がシモンズ病を発表して以

来、1930年代の中頃まで、ANは下垂体の病気とされシモンズ病と混同されていた。そして1940年代に入り、両者は明確に区別されるようになり、今日に至っている。

C) BN

ANにおいて、過食生じることは、1874年に本症を命名した Gull の症例報告の中にも「... Occasionally for a day or two the appetite was voracious, ... (時に、1日か2日間食欲は飽くことを知らなかつた)」と記載されている。その後この症状はあまり注目されていなかったが、1960年代の半ば頃からその心理的発症機序について検討されるようになった。そして、1976年に Beumont⁹⁾ らは、AN患者で嘔吐や下剤乱用する患者（過食の有無については記載していない）は、これらを認めない患者と比べて臨症像や予後が異なることを報告した。1980年には Garfinkel¹⁰⁾ らや Casper¹¹⁾ らが、それぞれ独自にAN患者を過食の有無により2分し、その臨床像を対比検討し、過食型の患者は抑うつや不安などの精神症状が強い、自傷行為や自殺企図などの衝動行為を多く示す、経過が長く予後が悪いなどの諸特徴を示し、摂食制限型の患者と異なる一群を形成していることを報告した。その後AN患者を過食症状の有無により分けて検討されるようになった。

一方では、1950年代頃から過食は肥満症との関連で研究されていた。そして1970年代頃より体重が正常範囲内で肥満していず、過食しては嘔吐や下剤を乱用する患者に気づかれるようになった。そして1977年に、この様な患者のなかで「気晴らし食い(binge eating)」をしては、嘔吐や下剤を乱用するANの一表現型と考えられる患者

群が存在することを Nogami¹²⁾ らは指摘した。1979年には英国の Russell¹³⁾ がこのような患者の一群を bulimia nervosa と命名し、その特徴として1)自己抑制できない過食の衝動、2)過食後の自己誘発性嘔吐または下剤の使用、3)肥満に対して病的恐怖を挙げた。そしてこれらの患者の大部分がANの既往を有していたことから、ANの予後不良の亜型と考えた。

一方米国では、1980年に DSM-III の診断基準で自制困難な摂食の要求を生じて、短時間に大量の食物を強迫的に摂取しては、その後嘔吐や下剤の乱用、翌日の摂食制限、不食などにより体重増加を防ぎ、体重はANほど減少せず正常範囲内で変動し、過食後に無気力感、抑うつ気分、自己卑下とともに一つの症候群を bulimia (過食症) と命名して、ANと区別した。その後 DSM-III の改訂版ではBNと改められ、ANの過食型がBNとANの両方診断されるようになり混乱したが、1994年のDSM-IVの診断基準では、「過食症状がANのエピソード中に生じていない」という項目が加えられ、ANとBNが明確に区別された。またWHOは、1992年に改訂した ICD-10 でBNの診断基準を設け現在に至っている。

2. 痘学

摂食障害の頻度や有病率は、調査対象や摂食障害の評価法により異なる。しかし全体の傾向として、摂食障害は欧米の白人女性だけでなく、日本をはじめ、アジア、中東、アフリカなどの非西洋諸国や、米国や英國の少数民族と、世界的に増加しているようである。

摂食障害が最も高率である英國と米国にお

ける摂食障害の有病率についてみる。ANについて、英國では若い女性の1%というデータもあるが、最近の結果では若い女性の0.1~0.2%¹⁴⁻¹⁵⁾となっている。一方米国では0.1~0.5%となっている¹⁶⁻¹⁷⁾。生涯有病率についてみると0.5~3.7%¹⁸⁻¹⁹⁾と報告されている。一方BNについて、英國では若い女性の1.5~3.8%¹⁴⁻²⁰⁾、米国では2.2~3.5%¹⁷⁾となっている。そして生涯有病率は1.1%~4.2%²¹⁻²²⁾と報告されている。摂食障害は女性に多いが男性にも増加してきているようである²³⁻²⁴⁾。そして競技能力を高めたり、容姿が採点に影響をあたえたりするスポーツに従事している人々に摂食障害が一般人口におけるより高率にみられている²⁵⁾。

我が国の主な疫学的研究結果を表2にまとめた。1985年に末松ら²⁶⁾が、全国1030カ所の病院に郵送法によりANについてのアンケート調査を実施した。その結果、回収率は315(30.6%)病院と低かったが、厚生省のANの診断基準をすべて満たしたのは940人で、広義の診断基準を満たしたのは372人あり、これは1976年の約2倍であったと報告している。1992年に稻葉²⁷⁾らは全国の5057人の医師に郵送法によるアンケート調査を実施した。その結果1892(37.4%)人の医師から回答があり、ANが1289人、非定形ANが397人、BNが667人であったと報告し、これは10-29歳の女性10万人に対してANでは14.8人、BNでは6.7人に相当するとした。

表2 日本における摂食障害の有病率

患者

Suematsu, et al(1985)

病院315(30.6%)への受診者

Anorexia nervosa 940人(外来)
372人(入院)

稻葉、他(1993)

医師1892(37.4%)への受診者

Anorexia nervosa: 1289人(定型),
397人(非定型)

Bulimia nervosa : 667人

中井、他(2000)

「疫学・臨床像調査」対象病院

86施設中23施設(27%)

Anorexia nervosa : 490人

Bulimia nervosa : 395人

その他 : 121人

一般人

野上、他(1987)

女子高校、大学生 1250人質問法、過食
高校生: 1.3%

大学生: 4.0%

体育学部学生: 14.2%

切池、他(1988)

女子短大生、看護学生 456人 質問法
Bulimia(DSM-III) : 2.9%

稻葉、他(1989)

中・高校・短大・大学生、質問法
(約20の研究結果)

Anorexia nervosa: 4-240/100,000

武田、他(1993)

高校生 2500人

Bulimia nervosa(DSM-III-R) : 1.9%(女)
: 0.7%(男)

久松、他(2000)

女子大学生 357人 直接面接

Anorexia nervosa : 1.4%

Bulimia nervosa : 1.4%

特定不能 : 8.7%

1999年に中井ら²⁸⁾は、1998年に実施された「疫学・臨床像調査」研究に関わった施設を中心に全国86施設を選び、1999年の一年間に受診した摂食障害患者について質問紙法による調査を実施した。その結果26(27%)施設から回答があり、AN490人(制限型: 286人、過食/排出型204人)、BN395人(排出型: 331人、非排出型: 64人)、特

定不能の摂食障害 106 人、その他 15 人であったと報告している。そしてこれらの数値は、1992 年の稻葉らの結果と比較して、AN で 2~3 倍、BN で 5~6 倍増加していると推定している。この様に日本では病院に受診する AN や BN の患者数は欧米ほど多くないが増加しているようである。

次に一般人口における疫学的研究結果についてみる。1980 年頃から自記式質問紙法により、女子学生における摂食行動異常の調査がなされるようになった。稻葉ら²⁹⁾は、1981 年から 1985 年の間に日本各地で実施された AN の有病率に関する約 20 の調査結果をまとめたところ、AN は 10 万人中 4 人から 240 人（平均 20-25）であったと報告している。その平均値は欧米の結果と比べるとやや低いが、他のアジア諸国の結果と比べるとかなりの高値である。

一方過食症について、1987 年に野上ら³⁰⁾は、14~36 歳の女子学生 1250 人について「気晴らし食い」について自記式質問法により調査したところ、高校生の 1.3%、短大生の 4%、看護学生の 2.6%、栄養学部学生の 1.8%、体育学部学生の 14.2% に気晴らし食いを認め、体育学部学生において、体重コントロールの強さと気晴らし食いが密接に関連していること報告した。1988 年に切池ら³¹⁾は、女子短大生と看護学生 456 人にアンケートにより過食の実体調査を実施した。そして 1 週間に 1 回過食しては、嘔吐や下剤により体重増加を防いでいるいわゆる bulimia の症状を呈している学生が 2.9% いることを報告した。1993 年に武田ら³²⁾は、男女高校生 2500 名を対象に過食や下剤乱用、嘔吐、体重や体型におけるセルフイメージなどをアンケート調査した。

そして、DSM-III-R で BN に相当した者は男子で 0.7%、女子で 1.9% であったと報告している。

1997 年に久松ら³³⁾は、女子大学生 357 人アンケート調査と直接面接により、摂食障害の有病率について調査した。その結果 AN が 5 (1.4%) 人、BN が 5 (1.4%) 人、特定不能の摂食障害が 31 (8.7%) という結果を得ている。以上の結果から日本の高校生や大学生における BN の有病率は、欧米の結果とほぼ同程度に高率のようである。

3. 臨床症状

思春期から青年期女性に好発する典型的な AN や BN の精神症状、行動異常、身体症状について説明する。

A. 精神症状

主な精神症状を表 3 に示した。痩せ願望、肥満恐怖、身体像の障害、病識の欠如、活動性の亢進など認め、その他抑うつ気分や不安、強迫症状、失感情症などをしばしば伴う。

表 3 精神症状

	AN	BN
痩せ願望	必発（強い）	必発（強くない）
肥満恐怖	必発	必発
身体像の		
障害伴う	伴う	伴う
病識	乏しい	病感を有する
その他の		
精神症状	抑うつ、不安、抑うつ、不安、 強迫症状、	強迫症状、 失感情症など

1) 痘せ願望と肥満恐怖

AN 患者において痩せ願望が強く、体重が標準体重以下であってもより低体重を望み、

体重が少し増加すると肥満するのではないかと恐れる肥満恐怖を示す。一方BN患者では、やせ願望はそれ程強くないが、強い肥満恐怖を認める。したがってAN患者に希望または願望体重を尋ねれば、低体重であってもさらなる低体重を望み、治療目標体重を標準体重以下に設定することを希望する。その点BN患者は、標準範囲内の体重を望む。

2) 身体像の障害

AN患者の場合、低体重で痩せていても、他者が認めている程自分では痩せていると思っていない。さらに身体の一部、例えば大腿部、腹部、頬などが異常に太っていると思ったり、膨れていると感じている。BN患者においては、ANから体重のみ正常に回復してBNに移行した場合、AN患者と同じような身体像の障害を認める。しかしANの既往を有さないBN患者の場合、正常対照群と異なるという報告もある³⁴⁾。

3) 病識の欠如

AN患者の病初期において、自ら痩せを希望しているため、痩せている状態を病気と認識していない。そして種々の身体合併症を生じて体力の低下が意識されると病感を有するようになる。しかし、真の病識は形成されていないことが多い。

一方BN患者においては、自ら症状に苦しみ、病感を有しているが、恥ずかしいこと、自分がだらしない、自分の気持ちをしっかりと止められるなどと考え、真の病識は形成されていない場合が多い。しかし、病気について説明すると、容易に病識は形成される。

4) その他の精神症状

摂食障害患者において、2次的に抑うつ気分、不安、強迫などの精神症状を生じることはよく知られている。さらに感情障害や不安障害の comorbidity を高率に認める。

抑うつ症状

AN患者において低栄養や体重減少により、BN患者においては過食や嘔吐後に自己嫌悪、無気力、抑うつ気分を2次的に生じることはよく知られている。そしてBN患者では、抑うつ症状を生じてこれを解消するために過食に陥り、その後再び抑うつ気分を生じるといった悪循環に陥る。

不安症状

ANやBNにおいて、体重増加や肥満に対する不安や恐怖が精神病理の中核にあり、不安症状をよく生じる。AN患者では食事時になると不安や緊張が高まり、BN患者では過食後に体重増加に対する不安が高まる。この不安や緊張を緩和するために嘔吐や下剤の使用が行われる。

強迫症状

ANやBN患者において、食物やカロリーなどへの強いとらわれ、徹底した摂食制限や痩せへの追求、やせるために徹底的に運動に励むなどの過活動性がみられることから、強迫症状との関連について古くから注目してきた。さらにこれらの中核症状を除外しても、強迫症状を高率に生じることが知られている。そしてAN患者では痩せれば痩せるほど強迫症状が強くなる。

失感情症

失感情症 (Alexithymia) とは、知性と情動の交流が遮断され、情動に対する気づきとその表現が失われた状態をと云う。ANやBN患者において、葛藤を言語化出来ない、感情の気づきと表現が抑制されている。こ

これらの患者は、「良い子」で育ち、八方美人的に振る舞い何の問題も有していないように見えるが、内面的には葛藤に満ちておりそれを言語化出来ない。これは症状と言うよりも、性格的な一面を反映しているとも考えられるが、病気が重篤になれば、さらに失感情症が強くなるようである。

B. 行動異常

主な行動異常について表4に示した。

表4 行動異常

	AN	BN
摂食行動	食思不振、拒食、過食、だらだら食い 摂食制限、隠れ食い、盜み食い、過食	絶食、摂食制限 隠れ食い、盜み食い
排出行動	嘔吐、下剤乱用 利尿剤の乱用	嘔吐、下剤乱用 利尿剤の乱用
活動性	過活動	低下
問題行動	自傷行為、 自殺企図、 万引き、 薬物乱用など	自傷行為、 自殺企図、 万引き、 薬物乱用など

1) 摂食行動異常

不食や摂食制限：AN患者は食思不振、拒食、摂食制限、隠れ食い、盜み食い、過食や嘔吐などの摂食行動異常を示す。食思不振は家庭、学校、職場などにおけるストレスや対人関係の悩みなどにより生じる。拒食は母親に対する反抗や家族の注目や関心を引くためや、優しさや愛情を一身に受けるために行う。摂食制限は美容上、健康上または運動選手が競技能力の向上を目指して行われる。摂食制限の対象として、カロリーが高いと思い込んでいる米飯、脂肪量が多い食物や肉類などが選ばれ、野菜やコンニャクまたはカロリーの低い食物が好んで摂取される。この時期に、食事の時になるとぐずぐずしてすぐに食卓につこうとなかったり、緊張したり、反抗的になったりする。また食事の量が多いと文句を云つ

たり、食べる時に食物を小さくきざみ始めたり、もしAを食べなくてよいのならBを食べるなどと駆け引きをしたりする。

過食 (binge eating)：これはBNの中核症状あるが、AN患者においても生じる。bingeは「どんちゃん騒ぎ、酒宴、大騒ぎ、パーティ」などを意味し、binge eatingとはこの様な際の大量の食物の無茶食いを指す。

しかし、これがBNとの関連で用いられる場合において、DSM-IVでは、1) 一定の時間内（例えば2時間以内）に大部分の人が食べるより明らかに大量の食物を摂取し、2) その間、摂食を自制できないという感じをともなう（例えば、食べるのを途中で止められない感じや、何をどれだけ食べるかをコントロールできない感じ）と定義されている。過食は、下校または退社してから、帰宅後や夕食後から就寝するまでの時間帯に行われるのが最も多い。しかし、朝食または昼食後に行われる場合もある。また休日や欠勤日には、一日中断統的にだらだらと過食する患者もいる。また稀には夜間に覚醒してから過食する者もいる。過食の持続時間と頻度について、自記式による調査では、平均1.2時間（15分から8時間）で、頻度について平均約12回／週と報告されている³⁵⁾。過食の仕方は、むさぼり食いや食物を口の中に流し込むような速い食べ方で、その間のことをよく覚えていないことが多い。過食時の食物の内容と量について、AN患者において炭水化物や脂肪多く含む食物の摂取量が減少し、総カロリーが減少することはよく知られている。一方BN患者においては、総摂取カロリーの多い患者は過食時に炭水化物及び脂肪含量の多い甘いデザートやスナックを多量に摂取

し、栄養素の比において正常人と異ならないが³⁶⁾、総摂取カロリーが少ない患者では相対的に脂肪よりも炭水化物をより多く摂取すると報告されている³⁷⁾。BN患者の一回の過食における総摂取カロリーは平均1400-4800キロカロリーと報告されている³⁸⁻⁴⁰⁾。

過食の代替行動：食物を噛んではそのエキスを吸い嚥下せずその残さを吐き出し、それをナイロン袋などに詰めて捨てる行為で、Chewing and spitting out food(噛んで吐き出す)と云われ、過食と嘔吐の代替行動と考えられる⁴¹⁻⁴²⁾。食物の量はそれ程多くない場合もあれば、大量で冷蔵庫を空っぽにする場合などもある。その他、幼児や子供によくみられる反芻もBN患者にごく稀にみられる。

2) 排出行動 (Purging behaviors)

ANの過食型やBN患者は過食による体重増加防止や体重減少のために自己誘発性嘔吐や下剤乱用、稀には利尿剤乱用などを示す。

自己誘発性嘔吐：過食後に気分が悪く嘔吐したのがきっかけで、その後常習化する場合や、最初から過食による体重増加を防ぐために行われる。大部分の患者は人差し指や中指を喉の奥に挿入して嚥下反射を生じさせて嘔吐するが、なかには歯ブラシやスプーンの柄、割り箸などを使うものもいる。慣れてくるとこれらの機械的刺激によらなくとも、嘔吐できるようになる患者も少なくない。長期にわたり人差し指や中指を使って嘔吐していると、これらの指の背部のつけ根部にいわゆる「吐きダコ」ができる。また吐きやすくするために大量の水やお茶、清涼飲料水を飲んだり、吐きやすい食物を

大量に摂取して嘔吐する患者も多い。

下剤乱用：食べた物を早く体内から排出して体重増加を防ぐために行われる。下剤で一日数錠から最高200錠を超える場合や、漢方薬では常用量をはるかに超えた量を用いる。なかには毎日浣腸剤を使用する患者もいる。これらにより急激な水様性下痢を経験し、水分を多く排出し、体重減少や、やせた感じを経験することや、または過食した余分なカロリーを取り除いたと思い安心する。しかし、実際には、体内の水分が減少するだけで脂肪量は減少しない。そして、これらを止めると浮腫や便秘をきたすため、徐々にこれらの量が増加するという悪循環に陥る。

利尿剤乱用：利尿剤を服用して、排尿促進をはかり水分を排出して、下剤乱用と同様の効果を得る。これも一度使いだすと、止めると浮腫を生じ体重増加をきたすため、さらに利尿剤を用いるといった悪循環に陥る。米国では34-41%の患者にみられると報告されている⁴²⁻⁴³⁾。しかし、わが国では薬局で利尿剤を入手するのが困難のため極めて少ない。しかし、なかには医師から処方された利尿剤を密かに乱用する患者もいる。したがって過食を有する患者に利尿剤を投与する場合、乱用されないように十分注意する必要がある。

やせ薬：米国では市販のやせ薬を乱用する患者も比較的多いことが報告されている⁴⁴⁾。わが国では市販されていないが、サプリメントを痩せ薬として誤用している患者もいる。

その他、欧米ではサウナ、わが国では毎日風呂に長時間入り、発汗を促進して体重増加を防ぐ患者もいる⁴⁵⁾。

3) 活動性

AN患者の場合に活動性が亢進し、30kg以下の低体重でも、じつとしていられずたえず何かしたり、過度の運動により体重増加を防いでいる患者もいる。BN患者ではこういったことは少ない。むしろ無気力、抑うつ状態で活動性は低下する。

4) 問題行動

ANの過食型やBN患者において、自傷行為や自殺企図、アルコールや薬物乱用などの自己破壊的行為や万引きなどの社会的逸脱行為をしばしば認める。自傷行為として、手首自傷症候群が多く、その前後のことを見えていない場合が多い。なかには前腕や大腿部に無数の切傷痕を有し、鋭利なもので切りつけた時に、いらいらや緊張感が一時的に消失すると云う。自殺企図として、薬物によるものが最も多く、抗うつ剤の投与は注意を要する。欧米の研究ではBN患者の約3割弱にアルコール依存を合併すると云われている⁴⁶⁾が、我が国では正確なデータはない。しかし、外国で云われている程多くないようである。万引きについて、約1/3の患者にみられ⁴⁷⁻⁴⁸⁾、スーパーなどで食品を盗んではその前後のことを見えていない場合や、自室の押入に山のように盗品をため込み、それを発見した家族が困惑すると言った場合もある。最近BN患者で、自傷行為や自殺企図、アルコールや薬物乱用、万引きなどの衝動行為を多く示す患者の一群を多衝動性過食症(multi-impulsive bulimia)と呼び、これらを示さない患者と区別することが提唱され、これらの患者は境界性人格障害などを合併して予後が悪いと云われている⁴⁹⁾。

C. 身体症状

主な身体症状について表5に示した。これらは摂食行動異常、低体重や栄養障害による続発症状である。

表5 身体症状

	AN	BN
体重減少	低体重	標準体重～肥満
月経異常	無月経	一部は無月経
その他の 身体症状	徐脈、 低体温、 低血圧 浮腫、 産毛の密生など	浮腫、 過食後の微熱など

1) 体重減少について

ANの診断基準で、厚生省では標準体重の20%以上、DSM-IVでは、標準体重の15%以上の減少となっている。標準体重は国によって異なり、我が国では表6に示すように平田の方式が一般的に用いられている。一方、ICD-10では国際比較出来るようにBody Mass Index(体重kg/身長m²、BMI)で17.5以下も低体重とされている。一方BNでは体重は正常範囲内か肥満に傾く。

表6 16歳以上の標準体重算出法(平田による)

身長(cm)	標準体重(kg)
160以上	(身長-100)×0.9
160~15	050+(身長-150) ×0.4
150以下	身長-100

2) 月経異常

ANの必須症状として無月経がある。一部の患者は痩せる以前か同時期に無月経になるが、大部分の患者は体重減少後に生じる。しかし患者のなかには、かなりの低体重でも無月経を認めない場合がある。BN患者において、体重が正常範囲内にもかかわらず、無月経や稀発月経などの月経異常をしばしば認める。また患者のなかには、一ヶ月に2回などの過剰月経を示す場合もある

⁵⁰⁾。

3) その他の身体症状

ANにおいて、痩せによる二次的身体症状として、徐脈、低血圧、低体温、産毛の密生、浮腫などを生じる。BNにおいて浮腫や過食後に微熱を生じたりする。

4. 診断

ANやBNの診断の仕方について説明する。低体重なのに活動的で、治療に抵抗を示す場合はANが、正常体重で過食や嘔吐を示す場合BNが疑われる。この場合ANやBNの診断基準にしたがって診断する。ANに対して、日本の厚生省研究班が作成した診断基準⁵¹⁾、米国のDSM-IV⁵²⁾とWHOのICD-10⁵³⁾の診断基準が現在最もよく用いられている。BNに対しては、日本の診断基準ではなく、DSM-IVとICD-10の診断基準が用いられている。そして、一般的に研究目的ではDSM-IV、疫学調査ではICD-10が用いられている。

A. AN

日本の厚生省研究班が作成した診断基準を表7に示した。

表7 神経性食思不振症の診断基準

1. 標準体重の-20%以上のやせ
2. 食行動の異常（不食、多食、隠れ食いなど）
3. 体重や体型についてのゆがんだ認識（体重増加に対する極端な恐怖など）
4. 発症年齢：30歳以下
5. （女性ならば）無月経
6. やせの原因と考えられる器質性疾患がない

DSM-IVとICD-10の診断基準は表8に示した。

表8 ANの診断基準

DSM-IVの診断基準

- A. 年齢と身長による正常体重の最低限を維

持することの拒否。

（例えば、標準体重の85%以下になるような体重減少、成長期の場合、期待される体重増加が得られず、標準体重の85%以下になる）

- B) 標準体重以下であっても体重増加や太ることへの強い恐怖。
 C. 体重や体型についての認識の障害。自己評価が体重や体型に過度に影響をうけている。
 D. 初潮後の女性では、無月経。少なくとも3カ月以上の無月経。

（エストロゲンなどホルモン投与後の月経がみられる場合も無月経とする）

分類 制限型：規則的な過食や浄化行動（自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸剤の誤用）を認めない。

過食／排出型：規則的な過食や浄化行動（自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸剤の誤用）を認める。

ICD-10の診断基準

- (a) 体重減少が標準体重の85%以下か Quetelet's body mass index* が17.5以下。前思春期の患者では、この期間に期待される体重増加が得られない
 (b) 体重減少は自己誘発性で、太りやすい食物を避けること、自己誘発性嘔吐、緩下剤の使用、過度の運動、食欲抑制剤あるいは利尿剤の使用する。
 (c) 肥満への恐怖。身体像のゆがみが強い支配観念として存在し、自ら低い体重の限度を設定している。
 (d) 視床下部一下垂体一性腺系の広範な内分泌障害。女性では無月経（例外として、避妊薬などホルモン補充療法を受けていて、性器出血が持続している場合）、男性では性的関心や能力の低下。その他成長ホルモンの高値、甲状腺ホルモン代謝の変化、インスリン分泌の異常などがみられることがある。
 (e) 前思春期に発症した場合思春期発現の遅延や停止（成長の停止：少女では乳房が発達せず、原発性無月経。少年では性器は子供のままである。回復にともない思春期は正常化するが、初潮は遅延する。）

*） 体重(kg) / 身長(m)²

以下重要な項目について説明する。

1) 体重減少について

厚生省の診断基準では標準体重より20%

以上の体重減少となっているが、DSM-IVとICD-10は15%以上となっている。日本人は欧米人と比べて細いことから、15%以上にすると多くの若い女性がこれに合致するため、20%以上とされたとのことである。

一方ICD-10では、標準体重は国や人種より異なるために、body mass index(BMI)で17.5以下も採用している。

2) 摂食行動異常と排出行動

食思不振、不食、節食、絶食、太りやすい食物を避けること、隠れ食い、過食などがみられる。体重減少をもたらしたり、増加を防ぐ方法として、自己誘発性嘔吐、緩剤や利尿剤などの乱用による排出行動や、過剰な運動などにより余分なカロリーを消費する。

3) 痩せ願望

体重が正常範囲内でも、痩せ願望や肥満恐怖がみられる。体重が正常下限であってもダイエットにはげみ、まだ痩せようとしたり、肥満していないのに肥満することを恐れてダイエットに精をだす。

4) 身体像の障害

現実には痩せているのに、痩せを認めなかったり、自分の身体の一部、例えばほほ、お腹、お尻、大腿部などが出ている、太っていると主張する。

5) 自己評価

自己評価が体重により過度に影響受ける。例えば体重が増えれば失敗したと思い、逆に減れば成功したと思い自信を得る。

6) 無月経

3ヶ月以上持続することが必要で、ホルモン療法を受けて月経を生じている場合は無月経とみなされる。

7) 発症年齢

厚生省の診断基準のみ30歳以下となっているが、他の診断基準では年齢制限がない。30歳以後の発症も稀ではないので、いずれこの項目は削除されるものと考える。

8) 除外規定

厚生省の診断基準で「痩せをきたす器質性疾患がない」という除外規定が設けられている。さらに精神分裂病による奇異な拒食、うつ病による食欲不振、心因反応による一次的な食欲低下などを除外することになっている。しかし、DSM-IVやICD-10の診断基準では、この項目がなく、最近comorbidityの概念が注目されており、これらの精神疾患が合併してもANと診断出来る。

9) 下位分類

DSM-IVでは、不食や摂食制限のみで、自己誘発性嘔吐や緩下剤の乱用を認めない摂食制限型と、過食してはその後自己誘発性嘔吐や緩下剤の乱用を認める過食／排出型に分類されている。

B. BN

DSM-IVとICD-10の診断基準を表9に示した。

1) 過食

DSM-IVでは、一度食べ出ると途中で止められず、ある一定時間内で通常食べるより明らかに多い食物を摂取するのを過食と定義している。しかし、「通常食べるより明らかに多い食物」には、患者の主観が入り、AN患者の場合に少ない量でも自分で過食と呼んでいる場合がある。しかしこの場合、途中で止められるかどうかが決めてとなり、途中で止められれば過食としない。また量が多くても、途中で止められる場合も過食としない。またある一定時間内となっているが、なかには一日中だらだらと食べる患

者もいる。この場合も途中で止められるかどうかが決め手となる。DSM-IVの場合、過食が最低週2回3ヶ月続くことが要求されており、これを満たさない場合、特定不能の摂食障害と診断される。この点、ICD-10はなにも要求していない。従ってICD-10ではBNと診断されても、DSM-IVでは診断されない場合も生じる。

表9 BNの診断基準

DSM-IVの診断基準

- A. 過食のエピソードを繰り返す。過食のエピソードは以下の2項目で特徴づけられる。
- (1) 一定の時間内(例えば2時間以内)に、大部分の人があべるより明らかに大量の食物を摂取する。
 - (2) その間、摂食を自制できないという感じを伴う。(例えば、あべるのを途中で止められない感じや、何をどれだけあべるかをコントロールできない感じ)
- B. 体重増加を防ぐために自己誘発性嘔吐、下剤や浣腸剤、利尿剤の誤用あるいは激しい運動などを繰り返し行う。
- C. 過食と体重増加を防ぐ行為が最低週2回以上、3カ月間続くこと。
- D. 自己評価は、体重や体型に過度に影響をうけている。
- E. ANのエピソード中に生じていない。

分類 排出型：規則的に自己誘発性嘔吐、下剤や浣腸剤、利尿剤の誤用をしている。

非排出型：自己誘発性嘔吐、下剤や浣腸剤、利尿剤の誤用によらず、絶食や過度の運動により体重増加を防いでいる。

ICD-10の診断基準

- (a) あべることにたえず心が奪われており、食物に対する抗しがたい渴望、短時間に大量の食物を摂取する過食のエピソードに陥る。
- (b) 食べた物で太らないように、自己誘発性嘔吐、緩下剤の乱用、過食後の絶食、食欲抑制剤、甲状腺末や利尿剤の使用。糖尿病、患者の場合、インスリン治療を怠る。
- (c) 肥満に対する病的恐怖。医師が健康的と考える病前体重よりもかなり低い体重に、自らの目標体重として設定する。しばしば神経性食思不振症

のエピソードが先行し、これとの間隔は数ヶ月から数年にわたる。このエピソードは、明瞭である場合もあるし、中程度の体重減少や一過性の無月経をともなった不明瞭な形をとる場合もある。

以下各項目について説明する。

2) 排出行動

自己誘発性嘔吐、緩下剤や利尿剤などの乱用による排出行動や、過食後の絶食や過剰な運動などにより、過食による体重増加を防ぐ。

3) 自己評価

痩せ願望はANほど強くないが、肥満恐怖は強く、ANと同様に自己評価が体重により過度に影響受ける。

4) ANとの関係

BNと診断される場合、診断する時点で、ANの診断基準を満たしていないことが必要である。しかし、過去においてはANと診断できる時期を有していても問題はない。

5) 下位分類

DSM-IVでは、排出行動を認める排出型と、これを認めない非排出型に分類されている。後者は通常肥満に傾く。

C. 診断基準にあてはまらない摂食障害

DSM-IVでは、ANやBNの診断基準を満たさない場合、特定不能の摂食障害と診断される。しかし、このように診断されても内容がより不明確になる。その点、ICD-10ではANの非定型、BNの非定型と診断される。

D. 鑑別診断

痩せをきたす身体疾患や精神疾患が鑑別の対象となる。身体疾患の鑑別には、一般的臨床検査として、末梢血、血清蛋白、電解質、肝・腎機能、脂質、消化器系、循環器

系の検査や頭部CTスキャンなどがある。これらの諸検査は、症状や徴候、緊急度に応じて適宜選択して行うもので、闇雲に行うものではない。そして、これらの諸検査を行って異常所見が発見されても、これが一次的なものなのか、やせによる2次的なものかを判断する必要がある。

痩せをきたす内分泌疾患との鑑別については、必ずしも内分泌学的検査によらなくても症状や徴候によって鑑別できる。しかし、痩せや栄養障害により二次的に生じる内分泌学的異常を明らかにするためには必要となる。痩せをきたす精神疾患との鑑別において、ANほど痩せる疾患は、精神分裂病の拒食状態ぐらいで、容易に鑑別できる。他の精神疾患については、comorbidityの概念が広まり他の精神障害が併存してもANやBNと診断できる。

5. 合併症

ANやBNにおいて種々の身体や精神合併症を生じる。身体合併症は直接生命を脅かすだけでなく、精神合併症とともに治療上の種々の困難な問題をもたらし、病気の持続や慢性化に関係する。

A. 身体合併症

身体合併症には痩せや低栄養状態により生じるものと、過食や嘔吐、下剤や利尿剤の乱用によってもたらされるものに分けられる。

痩せや低栄養状態により生ずる主な身体合併症の症状や徴候、主な検査データを表10に示した。

1) 尿の異常：急激な体重減少によりケトン体をみる。

2) 皮膚系の異常：皮膚のたるみと皺の増

加、副腎系ホルモンの異常によるうぶ毛の密生、その他低栄養状態による頭髪の脱毛などがある。

3) 血液の異常：さまざまな程度の貧血をみると、正球性正色素性を呈することが多い。血清鉄の低下、葉酸、ビタミンB₁₂が軽度低下することもある。この貧血はやせや低栄養による2次的なもので赤血球の生成低下、赤血球寿命の短縮、血漿量の増加が関係していると云われている。白血球減少もしばしば認め、好中球、リンパ球、単球などが減少する。

また時には、赤血球、白血球、血小板などが減少する汎血球減少症を呈することもある。日常臨床でしばしばあることであるが、かなりひどい痩せにもかかわらず、血液検査では貧血や白血球減少を認めず、正常範囲内を示す場合、これを説明するのに注意を要する。というのは、入院後点滴により補液すると直ちに異常所見を呈することが多いからである。

これにはやせて循環血液量も減少しており、見かけ上の正常値を示すものと考えられる。これを正常といってしまえば患者はますますダイエットに励み、痩せをさらに促進することになる。したがって、血液も減少しており、見かけ上の正常値である可能性を分かり易く説明し、摂食制限や不食に対する警告を与えることが必要である。

4) 電解質の異常：極端な摂食制限により低K血症を生じる。低K血症は心電図上QT時間を延長させ、致死性頻拍性心室性不整脈を生じさせ、突然死の原因になると考えられている。また稀ではあるが、極端な塩分制限による低Na血症のため、けいれんを生じた症例も報告されている。