

神経性食欲不振児の診断基準 体重減少の解析と若年発症患者用診断基準 (分担研究：神経性食欲不振症児に関する研究)

坪田祐子*¹、島村泰史*¹、田中徹哉*²、渡辺久子*¹

要約：神経性食欲不振症の診断基準に広く用いられているDSM-IV診断基準や厚生省診断基準とは異なる、若年（15歳未満）発症児の、早期思春期の成長発育を踏まえた、早期発見につながる実践的な診断基準を作成した。若年発症患者12名を、後方視的に、発症から受診の経過を調べ、体重増加停止と体重減少が本症の診断に有効な指標と考えた。思春期に期待しうるその子本来の体重増加が停止した時点で発症を疑う。経時的に体重をフォローし、体重減少が成長曲線上1チャンネルを超える時点で、食事摂取量低下に関する客観的データの確認ができれば確定診断とする。本診断基準は広く学校保健と小児科診療に適用できる。

見出し語：若年神経性食欲不振症用診断基準、成長発育停止、横断的パーセンタイル成長曲線

研究目的：若年（15歳未満）発症神経性食欲不振症の深刻な問題は、生命の危険、心身の成長発育停止、および多臓器障害の遷延と進行により、月経不順、不妊症や骨粗鬆症などの合併症を伴う難治性の心身症に至ることである。従来のDSM-IVや厚生省の診断基準には、十代後半以降の患者には広く有用であるが、十代前半以下の若年発症患者の特殊性を十分考慮にいていない。

本症は、診断と治療の開始が遅れば遅れるほど、過食嘔吐症、その他の摂食行動異常や精神障害へのリスクが高まり、難治性となる。したがって早期発見と治療につながる診断基準の作成が急務である。軽症時の発見、診断、治療開始をはかるために必要な診断基準について研究した。

若年発症患者に関しては、思春期早期の心身の成長発育課題からの逸脱をもって発症とし、本来の健康な心身の成長発育軌道への復帰をもって回復と定義することが実践的と考える。成長発育課題からの逸脱を反映する指標、および発症の時期の定義、の2点を明らかにした診断基準を作成する。

研究方法：平成4年から平成9年までに、慶應病院小児科で入院治療を行った患者のうち、受診までの経過について詳しく調査できた12名（入院時12歳0か月～16歳04か月、平均13歳7カ月）の女子を対象とする。成長学では、遺伝的資質に基づくその子固有の成長発育の基本的特徴は、身長・体重の伸び率に示され、成長曲線で描かれることが知

*¹ 慶應義塾大学小児科学教室

*² 慶應義塾大学保健管理センター

られている。そこで、各児固有の成長発育の基本は、幼児期からの成長のデータを、横断的パーセントイル成長曲線にプロットした成長曲線と考えた。

1) この成長曲線において、体重増加が停止した時期から、入院までの間の体重減少について解析した。

2) 成長曲線からの逸脱のパターンの特徴を解析した。

3) 発症から現在にいたる経過において、体重が成長曲線から逸脱した最初の年齢、食行動の異常、身体症状を本人以外が認めた最初の時期、病院入院時期の関連を調べた。ここで、‘成長曲線からの「逸脱」’を、次のように定義する。‘小学校入学時の身長・体重を、その児の基準体型と考え、この基準体重のある成長曲線から、体重の1チャンネル以上の減少、または、身長が思春期に入り成長曲線上で1チャンネル以上伸びた症例はその伸びを1チャンネルの減少として考え、体重の減少との合計が1チャンネル以上となる事’。

研究結果：1) その子本来の成長曲線からの体重増加停止・減少開始の年齢(A)、入院時の年齢(B)、(A) - (B)の期間を調べ、表1に記した。また12症例の入院時までの成長曲線と、成長曲線上の(A)点(体重増加が停止し減少しはじめる点)、(B)点(入院時点)を図に示した(図●1-図●12)。

2) その結果、成長曲線上の、体重減少のパターンは、以下に分かれた。<a群>：体重増加停止から入院までの期間が1年以下の激減症例群 RAPID TYPE (9例) と、<b群>：体重増加停止から入院までの期間が1年以上長い緩徐減少群

GRADUAL TYPE (3例)。さらに<a群>は、成長曲線上、直線的にquickに体重が減少する RAPID TYPE I (7名) と、最初ゆっくり減少し、途中から急減に転じて、屈折し slow and quickに、2段階で体重が減少するRAPID TYPE II (2名) に分かれた。

(表1、図●1-図●12)

1年以内の激減症例群は、入院時の平均年齢が13歳6カ月、入院までの平均期間が8カ月であった。入院までの肥満度の減少は、平均-35%であり、特に9例中5例の初診時の体重は-3パーセント以下であった。

1年以上の緩徐な減少群は、入院時の平均年齢が14歳5ヶ月、入院までの平均期間は2年3ヶ月。体重は入院前1年以内まで、ほぼ横這いながら緩徐に減少し、その後、急激な減少にslow & quick移行した。この場合の後半の急激な減少曲線は、激減群RAPID TYPEにおける急激な減少(RAPID TYPE I、およびRAPID TYPE IIの後半)に類似した。

3) 12症例の入院までの経過を振り返っての家族や本人からの報告をまとめると、以下ようになる。

<食べなくなった>：a群……入院4.7カ月前

b群……入院11.0カ月前

<家人以外からやせたと言われた>：

a群4.0カ月前

b群9.0カ月前

激減群 RAPID TYPE 9例中1例において、食べなくなったと家族が気づいた時点での肥満度が-30%、9例中2例において家人以外からやせたと言われた時点では、-21%と-28%と、いずれも

すでにやせがかなり進行し、現行のDSM-IV、厚生省診断基準に該当する以上の値となっていた。

初経は12例中7例に認められ、7例の初経の平均年齢は、11歳10カ月、残り4例の初診時平均年齢は13歳0カ月であった。

考察：若年発症患者12名を、後方視的に、発症から受診の経過を調べ、思春期早期の心身の成長発育課題からの逸脱を反映する指標とした。15歳未満の児童が思春期に期待しうるその子本来の体重増加が停止した時点で発症を疑う。経時的に体重をフォローし、体重減少が、成長曲線上1チャンネルを超える時点で診断する。同時に食事摂取量低下が、客観的に確認できた場合に確定診断する。

体重減少について、DSM-IVは診断基準を肥満度-15%としているが、この時期は、体重減少が急激な1年間に含まれる。1年後には、診断基準を大きく下回る激減群では、体重の推移が成長曲線から逸脱した時点で診断するとしても、学校健診で1年に2回以上の計測が必要である。また、緩徐群の体重の減少を早期に発見するためには、成長曲線からの逸脱群を神経性食欲不振症ハイリスク群として、経過観察する必要がある。

DSM-IVの診断基準の肥満や体重増加への恐怖・認知感覚障害についての診断は、専門医以外は、本人または家族の申告により判断している。しかし、思春期患者の診断の難しさは、児童自身の否認の強さにある。本人家族への問診による実態把握の妥当性は低く、患者は偽り通すことが続く。往々にして家族はこの患者の否認に同調し、疾患を疑うこともしない。あるいは疑う母親や家族は、家庭内で患者に敵視され、家族は分裂させられ、受診はまず

まず遠のき、蟻地獄的病状の進行がおきる。着衣の状態で家族が“やせた”と感じるのは、1例の正確なデータでも-30%であったこと、受診までには、その後、平均4カ月の経過があることなどより、信頼性が低いと考えられる。早期発見には、主観的な申告に頼らず、体重測定による正確なデータと客観的な食事摂取量の低下の確認を、複数回継続採取する必要がある。

Lask,B(文献3)らは、初経のない若年発症患者にDSM-IVは実際的ではないとして、以下のような若年発症者用の診断基準を提案している。〈初経発現前の、若年患者のための診断基準〉：1) 頑固な拒食。2) 思春期の入り口の発育スパート期の15歳未満の児童が、はっきりした身体疾患や精神疾患がないのに、体重が減少したり、本来の健康な体重増加が見られない。3) 以下の症状のうち2つ以上が認められる。①体重へのこだわり、②エネルギー摂取へのこだわり、③歪んだ身体像、④肥満恐怖、⑤自己誘発嘔吐、⑥過度の運動、⑦下剤の乱用。このLaskの診断基準は、思春期の成長発育からの逸脱を中心項目にした点で、我々の診断アプローチと類似している。しかし体重を、個々の子ども固有の発達からの逸脱と定義し、成長曲線を用いる我々の方法は、より厳密な成長学的基盤にたち、今後若年発症神経性食欲不振症を、医学的疾患として位置づけていく上でも、医学的診療体制にのせる上でも有効と考えられる。

現代社会のスリム志向、ダイエットの流行が、成長発育期女子の心身の深刻な異常を招く事態にストップをかける上で、本来の成長からの逸脱を指標にすることは有効と考えられる。

成長曲線による診断について、さらに提案するな

らば、小学校高学年と中学の時期には、毎学期ごとに身長体重測定を行い、前回との比較をその場で行い、増加の欠如と低下をもって、神経性食欲不振症を疑診することを提案する。このことにより、1年以上の状態の見逃しをほぼ全例予防することが可能であると考えられる。本診断基準は広く学校保健と小児科診療に適用できるものとする。

文献：

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed.1994
- 2) Garfinkel PE, Lin E, Goering P et al. : Should Amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Brit J Psychia 168 : 500-

506, 1996

3) Lask,B and Bryant-Waught,R. : Early-Onset Anorexia Nervosa and Related eating Disorders. J.Child.Psychol. Psychiatry, 33: 281-300, 1992

4) 渡辺久子：神経性食欲不振症 小児科診療 Vol 59 1249-1256 1996

5) 渡辺久子：摂食障害の治療、青年の精神病理Ⅱ、弘文堂、1980、139-170

6) 渡辺久子：拒食症と小児科医の役割。小児科診療、1995、58 (6):1029-1034

7) 渡辺久子：神経性食欲不振症。小児科診療、1996、59、(8):1249-1256

8) 渡辺久子：摂食障害の要因と早期発見・治療。小児看護、1997、20(1):46-53

Abstract

A Proposal for a Diagnostic Criteria for Early-onset Anorexia Nervosa

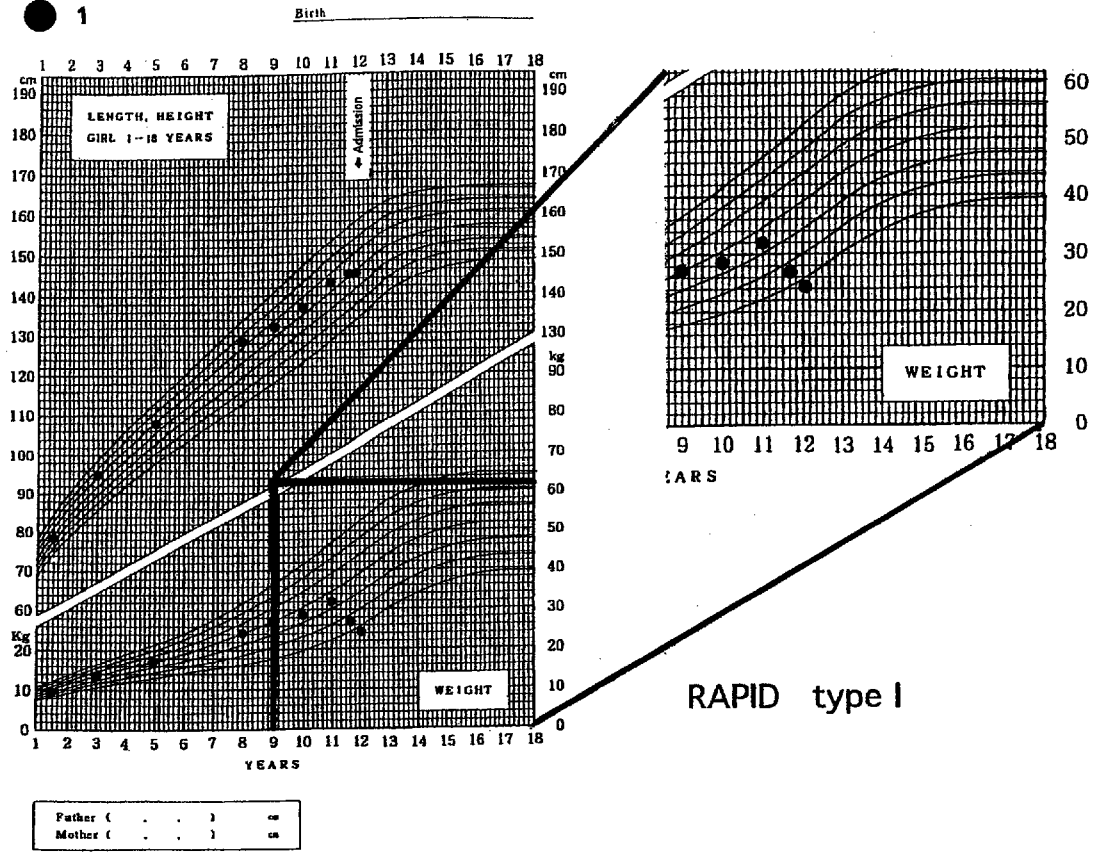
Yuko Tsubota, Yasushi Shimamura, Tetsuya Tanaka, Hisako Watanabe.

In view of the rapid increase of anorexia nervosa in Japan among children under 15 years old, a new working criteria is proposed for earlier detection and intervention to minimize devastating physiological and psychological damage brought about by the disease. Deviation from the expected weight gain of adolescence proves to be a useful indicator of the onset of the disease, clarified by plotting actual weight loss on the standardized Growth Curve. The study showed three types of weight loss plotted on the curve, RAPID TYPE I, RAPID TYPE II and GRADUAL TYPE. This weight loss curve plotted on the Growth Curve provides an objective, accessible tool which can be shared between the child, parents, teachers and primary pediatricians for effective early intervention and radical treatment.

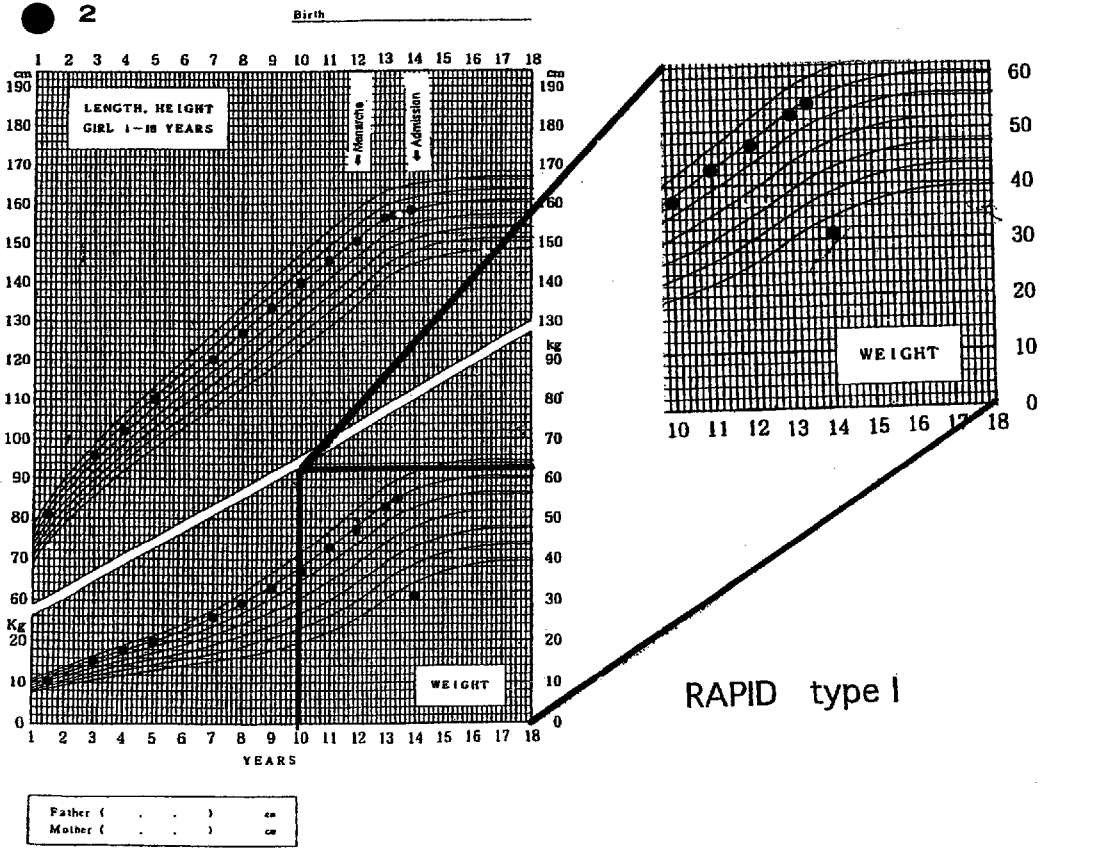
表1.成長曲線上の体重増加停止時期と入院時期の間隔

症例		月経	成長曲線上の 体重増加停止 時期(A)	入院時期(B)	(B)-(A)
1	quick	未発来	11:00	12:00	1:00
2		12:00	13:06	14:01	0:07
3		12:06	14:00	14:02	0:02
4		未発来	12:00	12:09	0:09
5		未発来	12:00	12:10	0:10
6		11:05	12:04	12:11	0:07
7		11:08	13:01	14:01	1:00
8	slow&quick	12:00	12:06	13:05	0:11
9		13:00	14:08	15:05	0:09
	RAPID群の平均	12:04	12:08	13:06	0:08
10		12:04	13:08	16:06	2:10
11		未発来	13:00	14:05	1:05
12		未発来	10:00	12:06	2:06
	GRADUAL群の平均		12:02	14:05	2:03

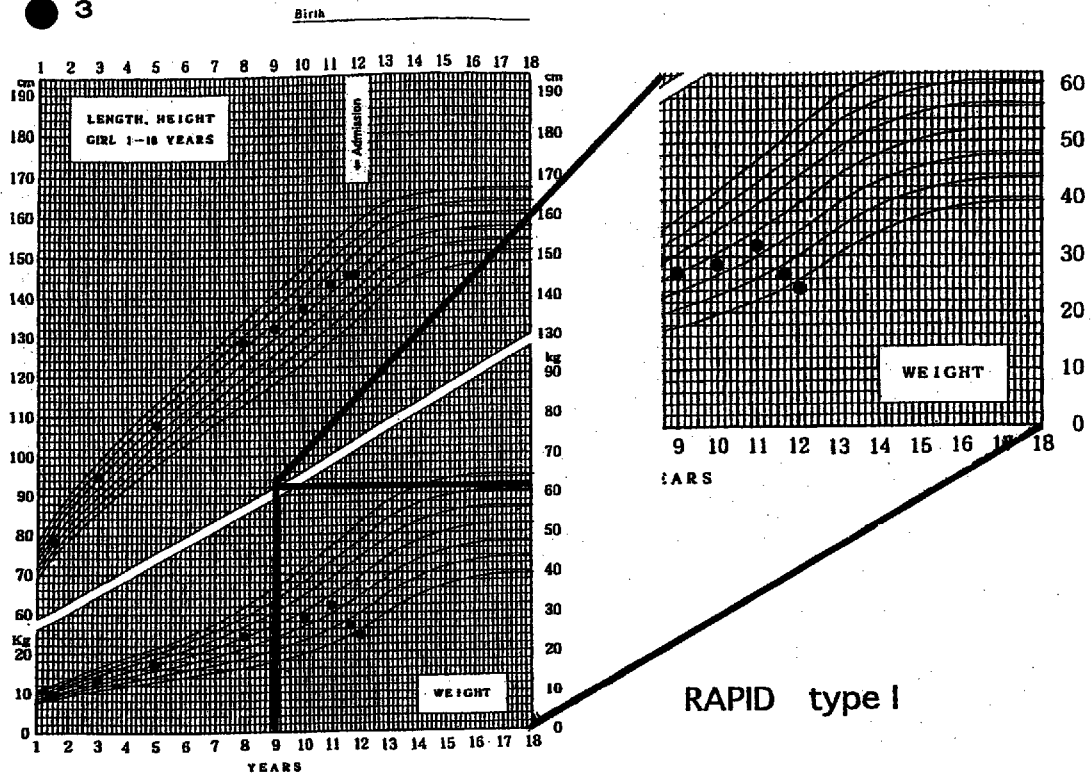
● 1



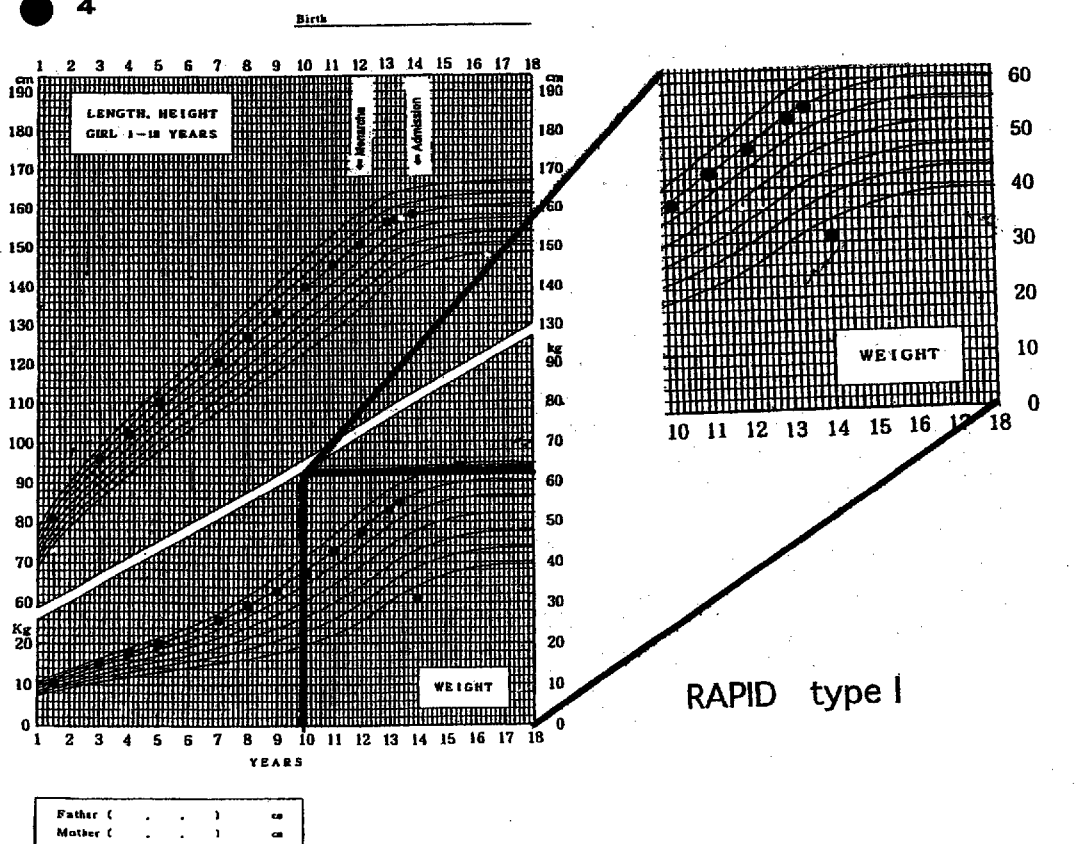
● 2



3

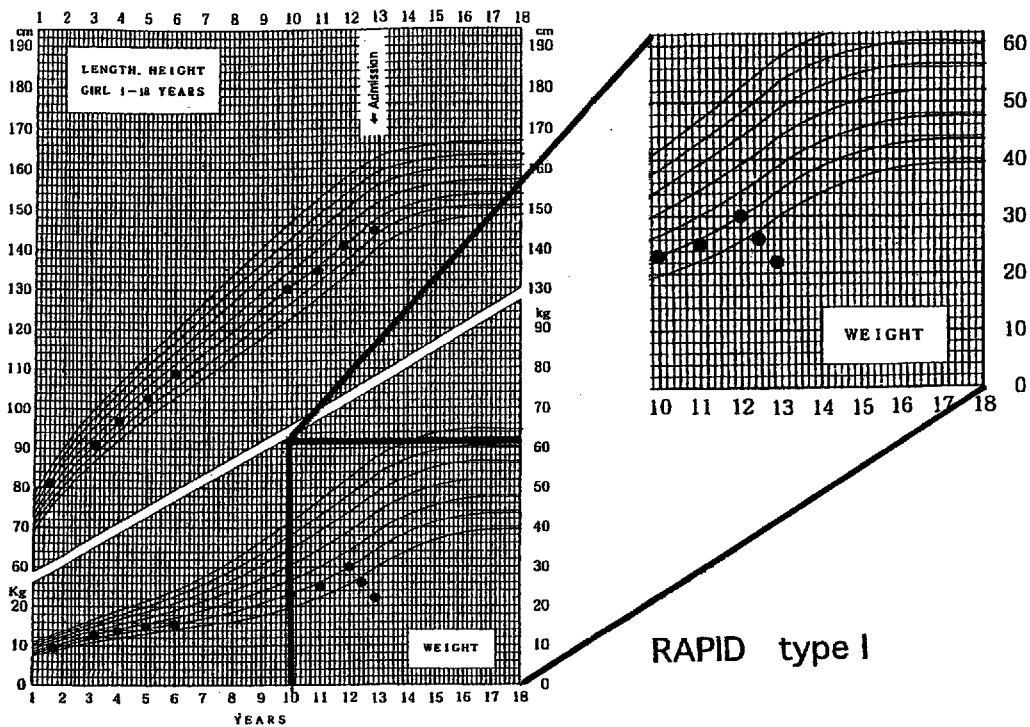


4



5

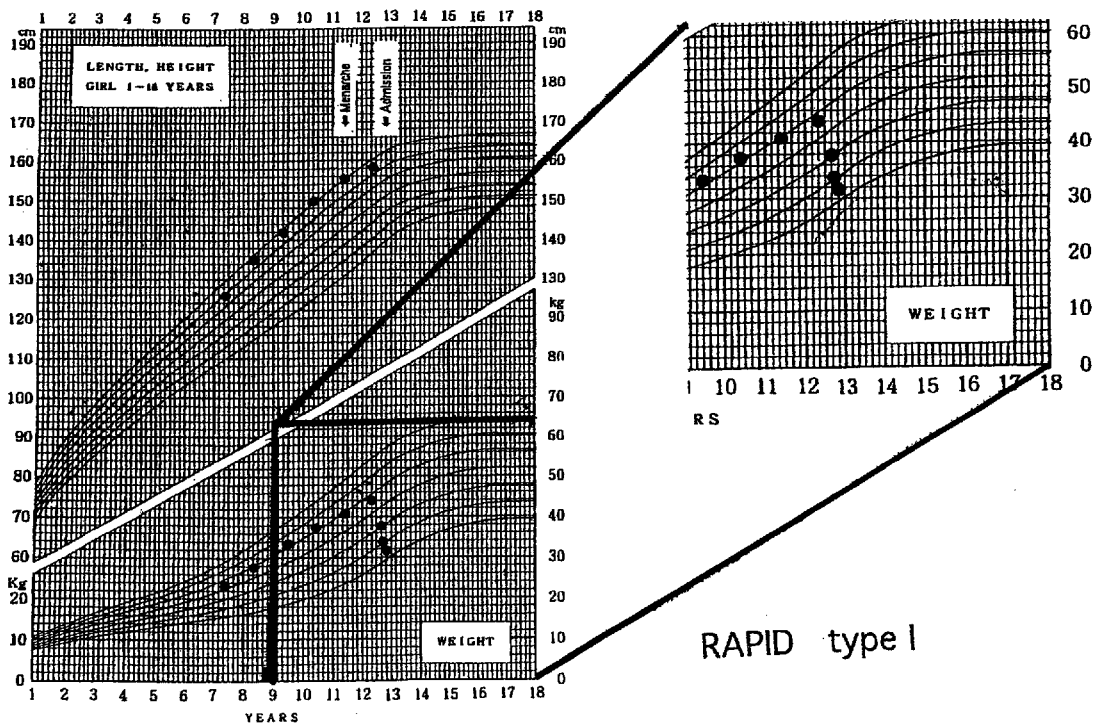
Birth



Father (. . .) cm
Mother (. . .) cm

6

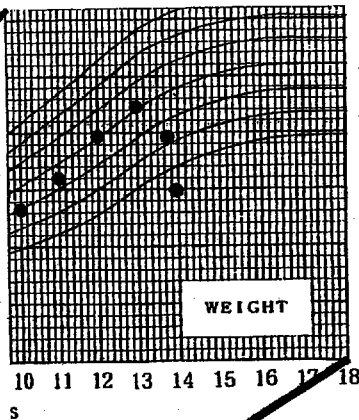
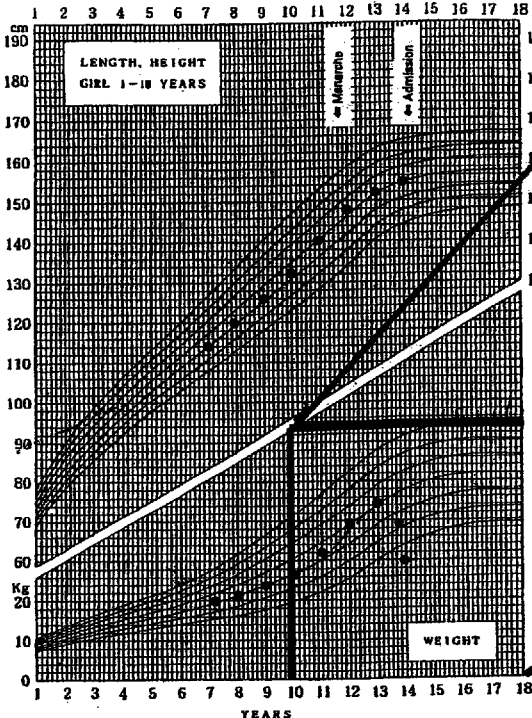
Birth



Father (. . .) cm
Mother (. . .) cm

7

Birth _____

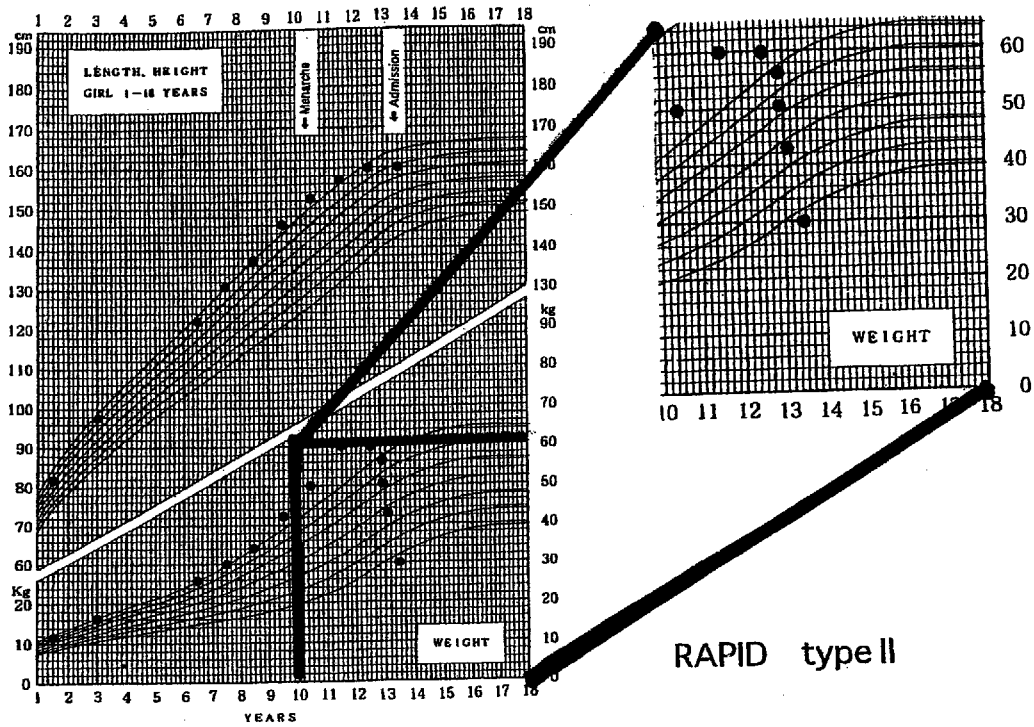


RAPID type I

Father (. . .)	cm
Mother (. . .)	cm

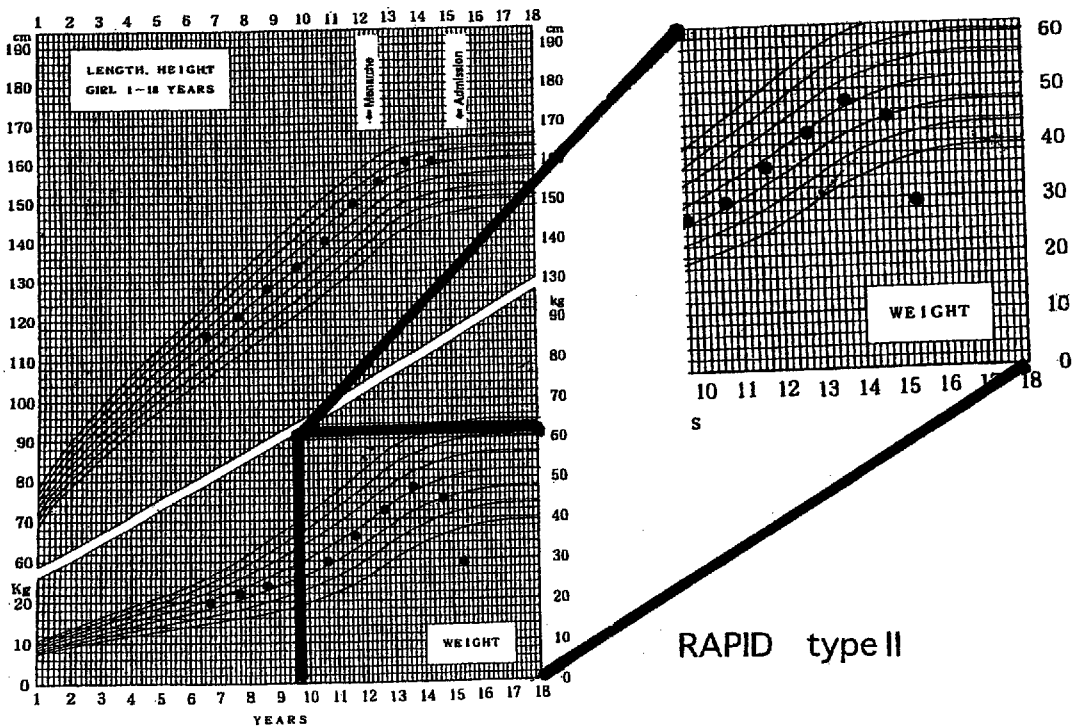
● 8

Birth



Father (. . .) cm
 Mother (. . .) cm

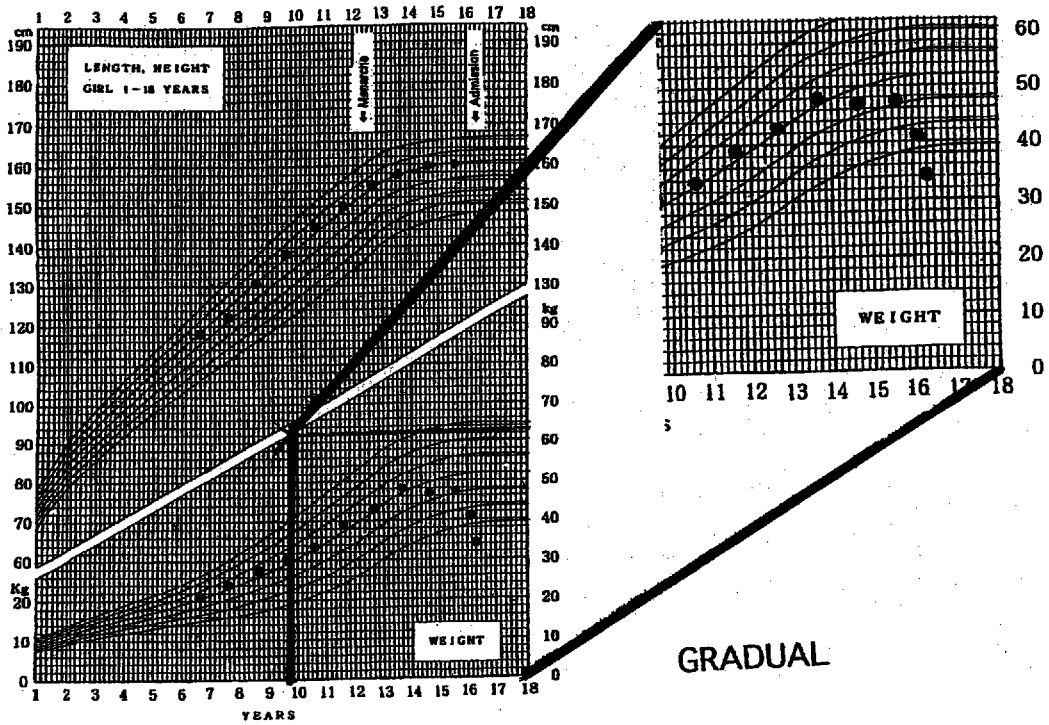
● 9



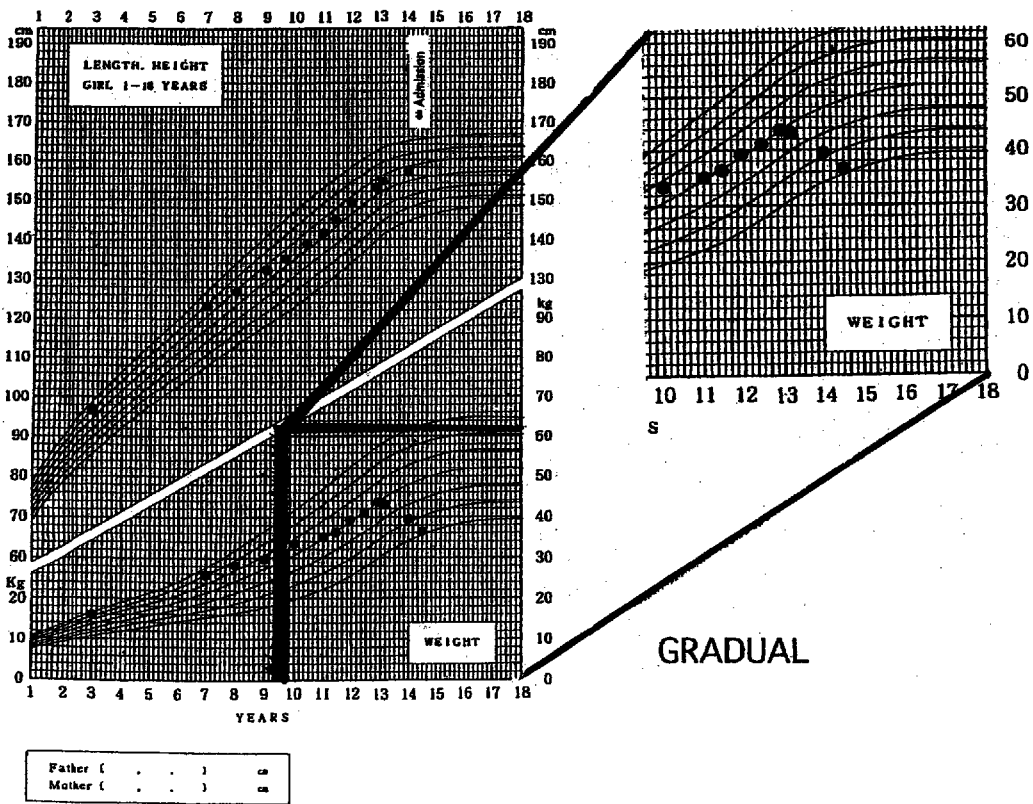
Father (. . .) cm
 Mother (. . .) cm

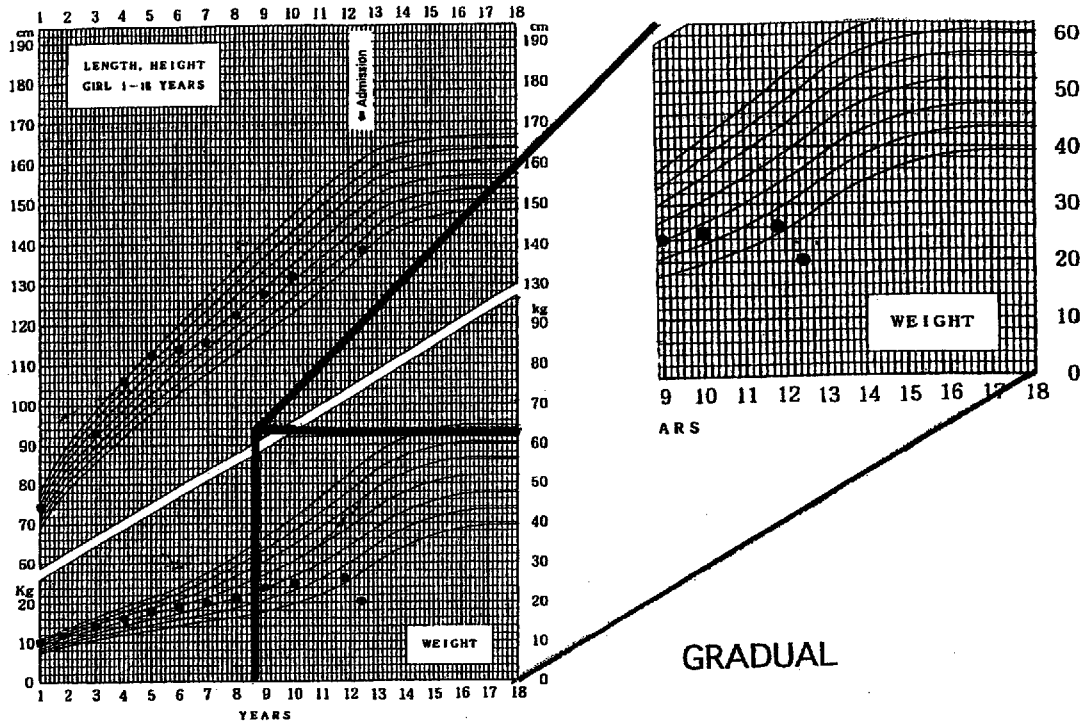
10

Birth _____



11





Father (. . .)	—
Mother (. . .)	—



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:神経性食欲不振症の診断基準に広く用いられている DSM- 診断基準や厚生省診断基準とは異なる、若年(15 歳未満)発症児の、早期思春期の成長発育を踏まえた、早期発見につながる実践的な診断基準を作成した。若年発症患者 12 名を、後方視的に、発症から受診の経過を調べ、体重増加停止と体重減少が本症の診断に有効な指標と考えた。思春期に期待しうるその子本来の体重増加が停止した時点で発症を疑う。経時的に体重をフォローし、体重減少が成長曲線上 1 チャンネルを超える時点で、食事摂取量低下に関する客観的データの確認ができれば確定診断とする。本診断基準は広く学校保健と小児科診療に適用できる。