

小児期発症の神経性食欲不振症の実態と対策に関する研究(分担研究者 渡辺久子)

神経性食欲不振症患者における成長曲線による成長過程の解析

分担研究者 渡辺久子 慶應義塾大学医学部小児科 講師

研究要旨

神経性食欲不振症女子患者の乳幼児期からの成長データを解析し、異常やせがすでに幼児期、学童期から発現しながら見過ごされ、本症の発症につながっている患者が、全体の41%存在することが分かった。これら早期発症群は、生活上のストレスに反応して、体重の増加率の減少をある時点から示し、体重の変化を成長曲線によりモニターすることにより、確実な早期発見、早期診断治療が可能であることが示唆されたとともに、成長曲線を用いての縦断的なフォローは思春期発症群の早期発見診断にも有用である。

共同研究者

坪田祐子 慶應義塾大学医学部小児科 医師

見出し語：成長曲線、成長過程の解析、早期発症患者

A. 研究目的

神経性食欲不振症の患者は、自ら症状を訴えることはなく、かなり栄養障害が進行しても病気を否認し続ける<sup>6)</sup>。周囲の誰からみても重篤な異常なやせに陥り、初めて医者を受診するため、その時点ではすでに多臓器栄養障害に陥っている。有効な早期発見早期治療のためには、異常やせのスタートを可能な限り早く検出する方法として、成長曲線を用いた異常やせの診断方法の確立が必要である。この目的のために、神経性食欲不振症患者の、乳幼児期からの成長のデータを解析する。

B. 研究方法

対象：対象者22名の神経性食欲不振症女子症。いずれも慶應義塾大学病院小児科にて1993年8月から1998年12月の間に、平均1年間の包括的入院治療を行ったもの。

方法：家族を介し、患者の母子手帳、幼稚園、小学校、中学校の身体検査時の体重と身長を記録を

収集した。成長データをパーセントイル成長曲線にプロットした。個々の成長曲線上の体重身長の変化を、以下の基準で<正常やせ><異常やせ><境界やせ>に分類し、<異常やせ>の始まりかたと入院までの経過を調べた。

<やせ基準>

1、正常やせ群：正常群とは「体重がその児本来の発育のパーセントイル値に沿って成長しているもの」。つまり、中学3年時にやせであっても、生まれつきの体型がやせているものは、健康であると判断した。

2、異常やせ群：異常群は以下の2つの条件のいずれかに該当するもの。

体重がその児本来のパーセントイル値より1チャンネル以上、下方シフトしているもの。

その児本来の体重のパーセントイル値からの下方シフトは1チャンネル以下。しかし身長が本来のパーセントイル値より上方シフトし、本来の発育のパーセントイル値からのシフトが身長、体重合わせて1.5チャンネル以上のもの。

3、境界やせ群：境界群=成長過程で本来のパーセントイル値からの逸脱が見られるが異常群には分類できない。

### C. 結果

22名の患者について、その入院前の体重変化の特徴を、入院時( )年齢、異常やせに該当する程度の体重増加率減少開始時( )年齢、体重減少開始時( )、を中心に表1のように示した。22名の入院時年齢の平均は13歳6月(9歳5月~17歳0月)。8名が原発性無月経で14名が続発性無月経であった。

22名がいずれも成長曲線上、はっきりと下降シフトを示す急激な体重減少の始まった時期( )の平均は、12歳4月(9歳2月~15歳4月)であった。その時点が成長曲線上確認できる初めての異変であるものは10名(症例: 、 、 、 、 、 、 、 、 )で、その平均年齢は12歳7月(12歳~13歳8月)であった。

残り12名においては、まず緩やかな体重の変化(体

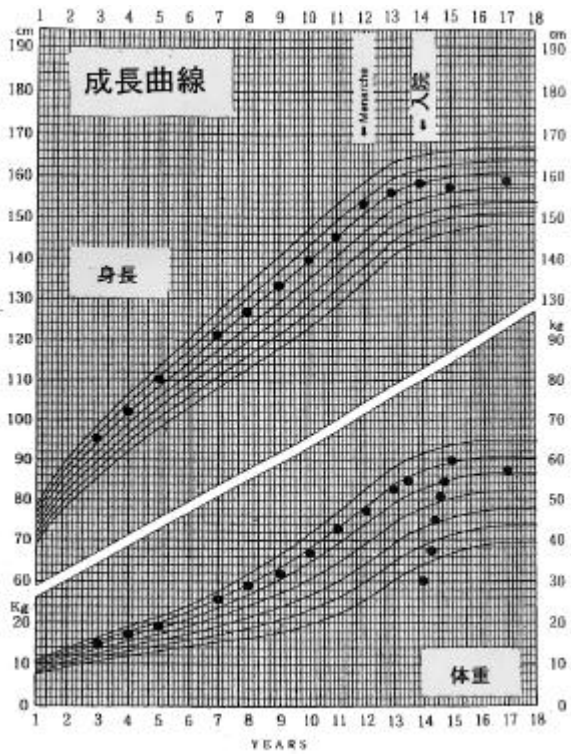
重増加率の減少ないしは体重増加停止)をししばらく続けたのち、急激な体重減少に陥り入院となった。この最初の時期の変化を、家族や周囲はほとんど気付いていないが、成長曲線上では<異常やせ>に該当する体重曲線からの逸脱を呈していた。この12名中、思春期に緩やかな体重の異変が始まり、やがて体重減少に進む者は2名(症例: 、 、(21))。乳幼児期から緩やかな体重の異変が始まるものが3名、児童期から始まるものが6名であった。

発症を発達期別に分類すると、1) 思春期発症型(10歳以降とする)13名、2) 児童期発症型(6歳以降10歳未満とする)6名、3) 乳幼児期発症型(6歳未満とする)3名であった。

表1 神経性食欲不振症児の入院前の体重変化の特徴

入院時 年月	無月経 原発or 続発	体重増加率減少開始点 =								体重減少開始点 =				入院 =				
		乳幼児期				学童期				思春期								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17																		
1 GY	9:05 原																	
2 SM	11:00 原																	
3 UM	11:00 原																	
4 HK	11:10 原																	
5 IS	12:06 原																	
6 KC	12:09 原																	
7 OM	12:09 続																	
8 NR	12:09 続																	
9 MA	13:02 続																	
10 NM	13:05 続																	
11 NY	13:08 続																	
12 WY	13:10 続																	
13 KY	14:01 続																	
14 KA	14:01 原																	
15 HJ	14:03 続																	
16 KM	14:05 原																	
17 NC	14:06 続																	
18 SM	14:10 続																	
19 SH	15:00 続																	
20 MM	15:05 続																	
21 YM	16:05 続																	
22 HN	17:00 続																	

乳幼児期発症型 3名  
 児童期発症型 6名  
 思春期発症型 13名 急減型 = 7名



急減型 = 4名  
 緩徐型 = 2名

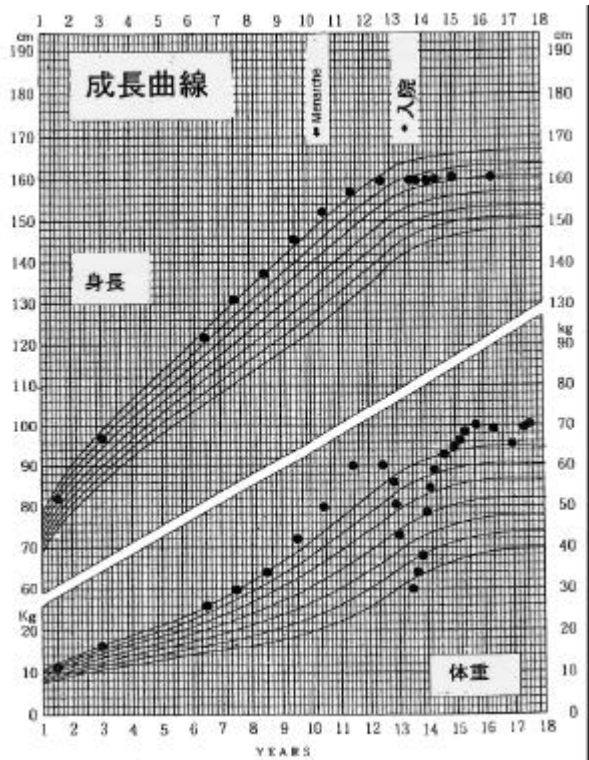


図1b。思春期発症-急減型

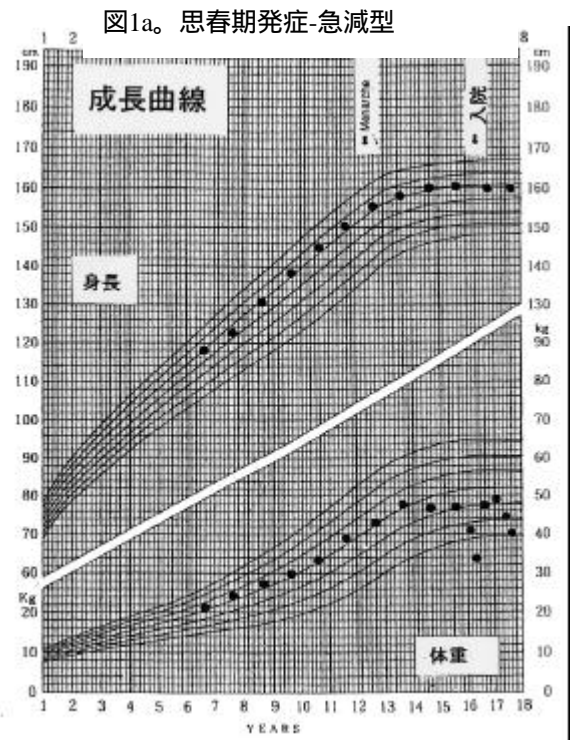


図1c。思春期発症-緩徐型

**思春期発症型** : 13名 (59.0%) (症例、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 (21) )  
 発症平均年齢は 13 歳10月 (12歳0月~15歳8月)。思春期発症型には、順調に成長発達し、思春期のある時点で、さまざまな心理的ストレスその他の引き金によ

り、急激な体重減少を生じ、受診、入院にいたった<思春期 急減型>が7名(症例： 、 、 、 、 、 、 )認められた。その典型的な成長曲線上のカーブは 図1a のようである。また思春期の成長スパート期に、一過性の肥満を呈し、その後ストレスにより、急激な体重減少に陥る者が4名認められた。これは 図1b のような成長曲線上の変化を示し、<思春期 急減型>と呼ぶものが4名(症例： 、 、 、 )いた。さらに、まず体重増加率の減少が始まり、やがて減少していく<思春期 緩徐型>と呼べる例が2名(症例： 、 (21))あった(図1c)。

**児童期発症型** : 6名 (27.2%)(症例 、 、 、 、 、 )  
 発症平均年齢は7歳3月(6~9歳)成長曲線上では図2のように示される。いずれも乳幼児期には、育てやすすぐ手のかからぬ健康で利発、周囲への気遣いのできる、前向きな我慢強い子どもと、親には認識されていた。元来の敏感で感受性の強い性質、嫁姑関係などの家族葛藤、家族の病気や死亡、緊張感の強い忙しすぎる家庭におけるネグレクトなどのストレスが加わった時点で、体重増加率の減少が始まり、回復することなく続き、あるさらにストレスの加わった時点で、体重減少に転じている。

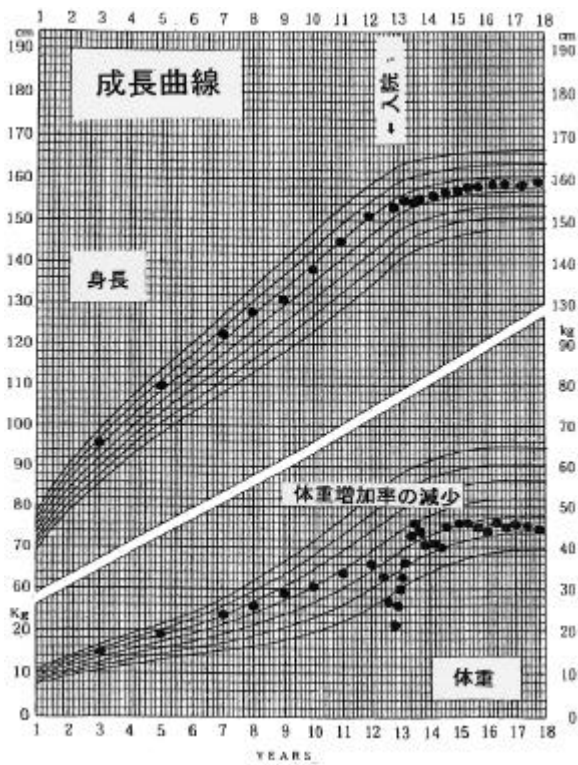


図2. 児童期発症 緩徐型

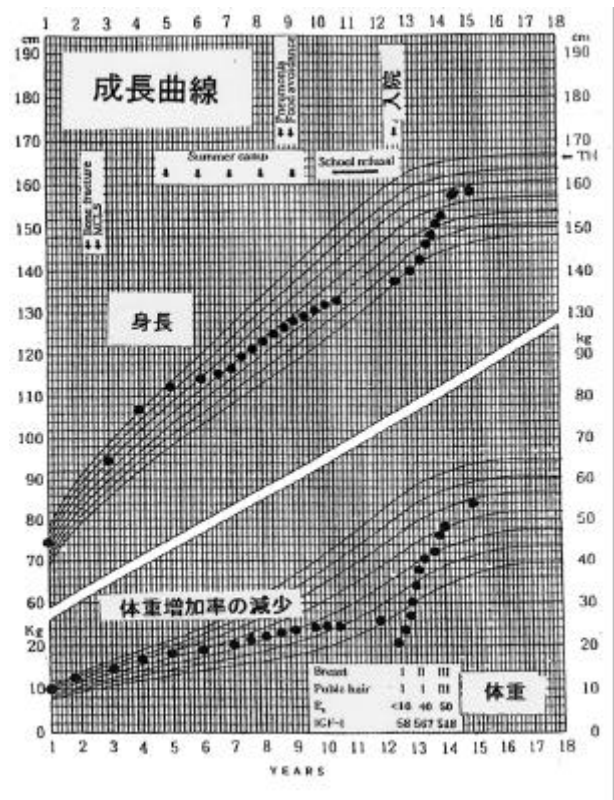


図3. 乳幼児期発症 緩徐型

**乳幼児期発症型** :3名 (13.6%)( 症例: 、 、 (22) )  
 この3名は、上記の<異常やせ基準>を用いれば、発症平均年齢が3歳6月(2~5歳)である。成長曲線上では、図3のように示される。症例、(22)は、いずれも正常範囲の出生体重で成長のスタートをきりながら、乳幼児期から成長が低いパーセンタイルに移行していき、親は虚弱で育てにくい、分離不安の強い、神経質な子と思いこんでいた。親子関係、対人関係における緊張が早期から強く、幼児期以降の集団参加で、慢性的適応障害を示し、思春期になり、本症にいたっている。

#### D. 考察と結論

本研究では、入院治療を行った神経性食欲不振症児22名の、発症前の成長データを調査した。全員、急激な体重減少を示し、目にみえてやせて消耗状態に陥り、周囲が病気を疑い、ようやく本人の強い抵抗や疾病否認を乗り越えて受診につなげている。この時点では、島村らの報告のように、全例、思春期発達に有害な多臓器障害が進行して、発達学的見地からは治療開始は手遅れにちかい状態であった。有効な早期発見早期治療のためには、異常やせのスタートをできる限り早く検出する方法の確立必要必要である。この目的で、異

常やせのスタート時期を、各症例で、成長曲線上で、検出した。その結果、急激な体重減少の時点が、いわば異常やせのスタートにあたる症例は、22名中、45.5%の10名であった。成長曲線としては<思春期期発症急減型>と<思春期発症急減型>がそれにあたる。この群は、それまで順調に育ってきた子が、ある時から突然やせはじめる、という劇的な変化ゆえ、傍目に見えやすく、比較的発見もしやすいと思われる。

問題は、人知れず、長期にわたり、ゆっくりと体重増加が鈍り、長期に栄養障害がきずかれぬまま放置されるタイプである。成長曲線上の体重の減少を調べ、急激なやせがないことをもって異常なしとみなしている研究<sup>4)</sup>には慢性化する成長障害のリスクを見落とす危険がある。49.0%に名は、あたる9名は、何らかの心的ストレスによる体重増加率の低下が、すでに乳幼児期および児童期にスタートしていたことが、成長曲線の解析より明らかになった。

ブルック<sup>1)</sup>は神経性食欲不振症の精神病理を、乳幼児期から親子関係において、自分の内部から湧いてくる生理的・心理的要求をネグレクトされた子が、人知れずに苦しみ抱いてきた自己不全感が、思春期の心身の発達課題に直面し、拒食という形で露呈したものである、と述べている。いわば長期に潜行し続けた心因性

の成長障害の、最後の砦が神経性食欲不振症である、という。伊藤ら<sup>2)</sup>、玉井<sup>3)</sup>らは乳幼児期からのネグレクトや情緒的剥奪体験による成長障害を研究しているが、神経性食欲不振症の乳幼児期発症型、児童期発症型は、広く心因性の成長障害とみなすことができると思われる。

現時点で、これら早期発症型が、思春期発症型に比し、より複雑なストレスを受けて成長してきたという証拠は明らかではない。思春期発症型の中に、重い精神病理を示す者が4名(症例： 、 、 、 )含まれている事実がそれを示唆している。現時点では、日常生活のストレスに対し、体重への抑制という身体化を示す子どもがいること。その子らが、乳幼児期発症型および児童期発症型の体重増加率減少を示しても、傍目には気づかれにくく、緩徐に続くことが明らかにされた。ストレスを身体化するこのタイプの子どもは、学校現場や小児科診療において、今後成長曲線をつける方法を普及することにより、確実な早期発見が可能と考える。今後、さらに思春期発症型とそれ以前の症例との間に、どのような異同や特徴があるかについて検討を行う予定である。本研究は、発達学的に有害な異常なやせを、可及的に早期に的確に捉える方法として、パーセントイル成長曲線の有用さを検証するものといえる。

#### E. 参考文献：

- 1) Bruch, H: Eating Disorders、Basic Books、London 1973
- 2) 伊藤善也、奥野晃正。ネグレクトによる成長障害 小児内科 :27、p 1637-1640、1995
- 3) Tamai,S. : Linear Growth in an Adolescent Girl with Family Dysfunction : Emotional Deprivation and Anorexia Nervosa. Clinical Pediatric Endocrinology 7 (Suppl 11), 121-123, 1998. 5) 数間雅子ほか. 成長曲線のパターンからみたやせの検討 小児保健研究 46, p173, 1987
- 4) Garner,D,M.& Garfinkel,P.E. :Handbook of treatment for eating disorders. Guildford Press. 1997