

神経性食欲不振症

東京大学大学院ストレス防御・心身医学 熊野宏昭

(1)概念

神経性食欲不振症とは、主に10～20代の女性に発症する、強いやせ願望や肥満恐怖に基く意図的なダイエットのために、極度のやせを来す病気である。基本的に正常体重で過食と自己嘔吐・下剤乱用などを繰り返す神経性過食症とは、病態上共通する点が多く移行する症例も認められることから、両者を合わせて摂食障害として扱うことも多い。なお、時点有病率は若年女性の1000人に1～5人（神経性過食症では100人に1～5人）、生涯有病率は0.5～3%（神経性過食症では1.1～4.2%）と報告されているが、わが国では欧米に比較すると低位の値を取るとされている1)。

この病態は、やせを始めとした様々な身体の不調を来し、LH-RHの分泌や機能の異常、白色脂肪細胞から分泌されるレプチンや胃から分泌されるグレリンの働きなどと深い関わりがあることから、内分泌系（身体）の病気と言うこともできるが、多くの視床下部神経ペプチドとの関わりが想定されることから、摂食中枢（脳）の病気であるとも言える。一方、精神面でも強迫性、外界依存性、対人スキルの欠如などの問題が認められることから、心の病気と考えられる面もある。しかし、何よりも食行動という「行動面」の障害がその病気の一つの特徴であり、学習性要因（行動の習慣化の問題）が直接的に関与しているという点で、心身症とも神経症性障害とも違う独特な位置づけをもった病気と言える。

(2)臨床症状・診断

診断は、表1に示したアメリカ精神医学会の診断基準（DSM- ）によることが多い2)。第一に、強いやせ願望があり、標準体重の85%以下の体重になる。標準体重の算出法は、「身長160cm以上： $(\text{身長cm} - 100) \times 0.9$ (kg)、身長150cm以下： $(\text{身長cm} - 100)$ (kg)、身長150～160cm：1cmについて0.4kgを50kgに加える」という平田の方法が使いやすいが、BMIで17.5を基準にする場合もある。次の項目は肥満恐怖であるが、これとやせ願望の背景に、自分の体重や体型の感じ方の障害が存在しているということも必要になる。そして、女性の場合は無月経が認められる。さらに、神経性食欲不振症には、摂食量を極端に減らすだけの制限型に加えて、過食と自己誘発性嘔吐・下剤乱用・利尿剤乱用などを繰り返し行うむちゃ食い/排出型があり、治療法や予後も異なるため、病型を特定することが重要である。むちゃ食い・排出行動に関しては、神経性過食症の診断基準に詳しく規定されている（表2）。神経性過食症では通常体重は正常範囲であるが、自己評価が体重や体型の影響を過剰に受けているという点は、食欲不振症と共通している。

この病気の身体的症状の中心は極度のやせであり、それ以外の身体症状や検査値の異常は、飢餓状態によるものか、過食や嘔吐・下剤乱用によるものがほとんどである。よく見られる身体症状としては、徐脈、低血圧、低体温、産毛の密生、脱毛などであるが、むちゃ食い/排出型では、さらに唾液腺の腫脹、手の甲の吐きだこ、齲歯なども認められる。臨床検査では、白血球減少、血小板減少、貧血、血清タンパク質の低値、高コレステロール血症、LH-RHの分泌パターンの異常、 $fT3 \cdot fT4$ の低下、成長ホルモンの高値、コルチゾールの高値、トランスアミナーゼ高値（飢餓と再摂食の両時期で起こる）、低血糖、低Na血症・低K血症・低Cl血症などの電解質異常（特に嘔吐や下剤乱用時）、CTなどによる脳萎縮像、さらに嘔吐によって代謝性アルカローシスや高アミラーゼ血症が引き起こされることも多い。死因として最も多いのは、電解質異常による心停止や致死的不整脈であるが、低血糖や多臓器不全によることもある。

表1 神経性食欲不振症の診断基準（アメリカ精神医学会）

- 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（例：期待される体重の85%以下の体重が続くような体重減少；または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の85%以下になる）。
- 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。
- C. 自分の体の重さまたは体型を感じる感じ方の障害；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. 初潮後の女性の場合は無月経。つまり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、その女性は無月経とみなされる）。

▶病型を特定せよ

制限型：現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は定期的に無茶食いまたは排出行動（つまり、自己誘発性嘔吐または下剤、利尿薬、または浣腸の誤った使用）を行ったことがない。

無茶食い／排出型：現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は定期的に無茶食いまたは排出行動（つまり、自己誘発性嘔吐または下剤、利尿薬、または浣腸の誤った使用）を行ったことがある。

表2 神経性過食症の診断基準（アメリカ精神医学会）

A. 無茶食いのエピソードの繰り返し。無茶食いのエピソードは以下の2つによって特徴づけられる。

- (1) 他とははっきり区別される時間の中に（例：1日の何時でも2時間以内の間）、ほとんどの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べること。
- (2) そのエピソードの間は、食べることを制御できないという感覚（例：食べるのをやめることができない、または、何を、またはどれほど多く食べているかを制御できないという感じ）。

- B. 体重の増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す。例えば、自己誘発性嘔吐；下剤、利尿薬、浣腸、またはそのほかの薬剤の誤った使用；絶食；または過剰な運動。
- C. 無茶食いおよび不適切な代償行動はともに、平均して、少なくとも3か月間にわたって週2回起こっている。
- D. 自己評価は、体型および体重の影響を過剰に受けている。
- E. 障害は、神経性無食欲症のエピソード期間中にのみ起こるものではない。

▶病型を特定せよ

排出型：現在の神経性大食症のエピソードの期間中、その人は定期的に自己誘発性嘔吐をする、または下剤、利尿薬、または浣腸の誤った使用をする。

非排出型：現在の神経性大食症のエピソードの期間中、その人は、絶食または過剰な運動などの他の不適切な代償行為を行ったことがあるが、定期的に自己誘発性嘔吐、または下剤、利尿薬、または浣腸の誤った使用はしたことがない。

(3) 病因・病態生理

身体的な病因に関しては、未だに十分には解明されていないが、視床下部の摂食関連ペプチドで摂食亢進（NPY）と抑制（CRF）をもたらす両方の系列の賦活化が関与しているという仮説がある。また、LH-RHは前思春期の分泌パターンを示すが、この変化と無月経が体重低下に先立つという報告もあり、病因的に関与している可能性もある。

心理的な病因の中核にあると考えられるのが、自己評価と体重や体型の密接な関連である。この特徴は、なぜここまで体重を減らそうとするのかという心理的メカニズムを説明するものとして注目されているが、そこにはスリムであることを理想化する社会状況や、行きすぎた健康志向なども関連していると考えられている。

(4) 治療・予後

治療としては、薬物療法が有効というエビデンスは乏しい。体重回復後の維持に、選択的セロトニン再取込阻害薬が有効という報告がある程度である。ただし、過食衝動には、選択的セロトニン再取込阻害薬が著効を示すことがあり、海外では、神経性過食症に適応を持っている薬剤（フルオキセチン）もある。体重低下が著しい時には入院治療が必要になり、体重増加をターゲットにしたオペラント技法による行動療法の有効性が示されている。生命の危険がある場合には、経管栄養や中心静脈栄養が用いられるが、その際、一旦低血糖を来した場合には正常化に時間がかかることや、急激なカロリーアップによる低リン血症に留意する必要がある。

発症から4年以上にわたる大規模調査による予後は、44%が良好（体重と月経の回復）、24%が不良（体重と月経の正常化がない）、28%は良好と不良の間、5%が死亡と報告されている。予後不良の因子は、高年齢の発症、初期の低体重、嘔吐、以前の治療の失敗、発症前の家族の問題、既婚などと報告されている。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000（高橋三郎ほか訳，DSM-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，2002）．
- 2) 心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究会（西間三馨監修）：心身症診断・治療ガイドライン2002．協和企画，東京，2002．