

特に脂肪摂取を拒否した前思春期発症の神経性食欲不振症の1例

中津 忠則 吉本 勉 岡田 要 吉田 哲也

小松島赤十字病院 小児科

要 旨

前思春期発症の神経性食欲不振症の1例を報告した。症例は10歳の女兒で、発症要因として学校での状況が考えられた。入院時の肥満度は-23%であり、経過中に-34%まで低下した。カウンセリング、家族面接、描画療法などにて治療を行い、成分栄養食品を利用して徐々に経口摂取量を増やした。しかし脂肪摂取を拒否し、脂肪エネルギー比率は退院時でも5.5~9.1%であった。この傾向は退院後、約1年間続いた。

前思春期発症例は思春期発症例に比べ、やせ願望、活動性亢進、治療拒否の程度などの臨床像に相違がみられた。

学校保健における問題点として、小児成人病予防や学童肥満対策などの健康教育を行う際には、摂食障害を来さないように配慮しなければならない。

キーワード：神経性食欲不振症、前思春期発症、脂肪摂取拒否、学校保健

はじめに

近年、神経性食欲不振症などの摂食障害の発症が増加しており、小児科領域への受診も多くなっている。神経性食欲不振症の発症年齢は10代の後半から20代の前半にピークがあるが、最近、発症年齢は上下に拡がる傾向があり、小児科では前思春期発症例も経験される。これらの症例は、典型例である思春期発症例と比べ臨床像に若干の相違点が認められる^{1)~4)}。

今回我々は、学校における状況が発症の契機となり、特に脂肪摂取を拒否した前思春期発症の神経性食欲不振症を経験したので報告する。

症 例

患児：Y.A. 10歳、女兒

主訴：食欲不振、体重減少

現病歴：小学4年生の11月頃に、担任教師より「油物を食べると太る」との話があった。また12月の給食だよりに記載された「脂肪のとりすぎに注意!」の事項を繰り返し読んでいた。同時期にクラスの男の子から「太い、ブタ」などと言われたり、ふざけて叩かれたりした。この頃より食欲が低下し、特に、肉、魚、油物を食べなくなった。25kgあった体重が20kg（肥満

度-14.5%）まで減少したため、平成7年3月9日に当科を受診した。外来にて経過を見たが、食欲不振は続き、活動性が低下し元気がなくなった。また徐脈や低血圧もみられ、体重が18kg（肥満度-23%）になったため、3月29日に入院した。

入院時現症：体格小、栄養不良、身長125.3cm、体重18kg、肥満度-23%、顔貌は表情に乏しく、皮膚は乾燥、44/分の徐脈、35℃前後の低体温を認め、血圧70/40mmHgと低く、四肢冷感あり、下肢に浮腫はなかった。

入院時検査所見（Table. 1）：白血球数は3850で軽度低下し、赤血球数320万、ヘモグロビン11.2g/dlと軽い貧血を認め、血小板も13.2万とやや少なかった。BUNは37mg/dlと上昇していたが、クレアチニンは正常であった。総コレステロール値は221mg/dlと軽度上昇し総蛋白は6.2g/dlでやや低下していた。検尿ではケトン体が+であった。頭部CTでは正常であったが、断層心エコー図検査で心室の後部に最大径約10mmの心嚢液貯留がみられた。

家族構成：両親と子供3人で、父親は無口でおとなしいが、家族とのかかわりは普通であった。母親は過保護、過干渉ではなく、神経質、依存的性格でもない。上の弟（7歳）は患児の入院後、少し登校を嫌がったり、じんましんが出現した。下の弟（4歳）は陽気で

Table. 1 入院時検査所見

WBC	3850	検尿：	蛋白(±)
RBC	320万		ケトン体(+)
Hb	11.2g/dℓ	頭部CT：	W.N.L.
Ht	29.3%	心エコー図：	心のう液貯留
PLTS	13.2万		
BUN	37mg/dℓ		
Creatinine	0.7mg/dℓ		
T-Cho	221mg/dℓ		
T-Pro	6.2g/dℓ		

元気である。

患児の性格傾向：几帳面、消極的、おとなしい、内気、恥ずかしがるなどである。

学校での状況：担任教師はよく生徒を吐り、厳しいので患児は嫌っており、次の学年も担任にならないかと心配していた。クラスの男の子数人が、ふざけて女の子をからかっていた。

担任教師がホームルームで「脂物を食べると太る」との話をした。給食だよりにこだわっていた。12月の給食だよりは、「脂肪の取りすぎに注意!」という内容であるが、身体における脂肪の役割についても説明し

ており、特に問題となる記載ではない。しかし患児はこの給食だよりを繰り返し何度も読んでいた。

入院後経過 (Fig. 1)：安静を指示し、食事摂取については本人任せとした。入院直後の3日間の平均摂取エネルギー量は151Kcal/日であり、かなり低下していた。体重がかなり減少したことは認識するが、体重が増えることは認め難く、足や顔が太らないかという恐れを強く抱いていた。また活動性が減退し、表情に乏しく生気に欠け、うつむき加減で自発的言語は少なく、抑うつ傾向であった。

1週間の経過で体重は更に15.5kg (肥満度-34%)まで減少し、水分も摂取しなくなった。そこで1日1000mlの輸液を1週間施行した。患児は安静にしていることや輸液をしていることで、少しでも食べると太るのではないかという不安感を強く持っていた。低体温や徐脈傾向は一層増強し、胸腹部には多数の出血斑が出現した。このため成分栄養食品 (エンリッチ) の経管栄養を開始した。ところが6日目に本人の希望でエンリッチをシャーベット状に氷らせて200mlを1日4回経口摂取する方法に変更した。これは入院中の他の神経性食欲不振症の患児が本患児にアドバイスした方

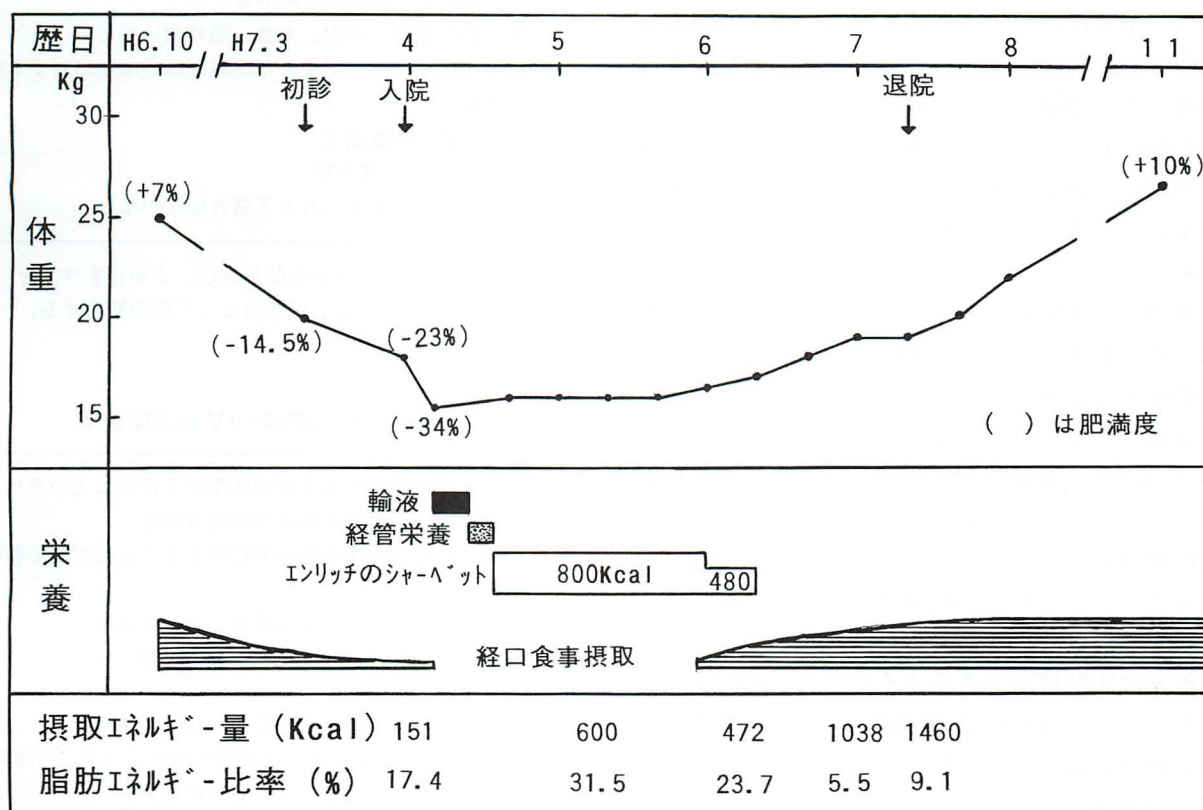


Fig. 1 臨床経過

法であり、興味あることにその後入院した別の2人の本症患児もエンリッチのシャーベットを使用した。その後、患児はこのエンリッチのシャーベットの経口摂取を約50日間にわたり続けた。そして、その摂取状況を毎日、きわめて詳細に（例えば何時に、どれくらいの固さのエンリッチのシャーベットをどんな容器で、どのスプーンを用いて食べどんな味がしたかなどを）ノートに記録した。最後の約2週間はエンリッチ以外の経口摂取も120～300Kcal程度できていた。

しかし、この頃より気になっていることをノートに書いて質問し始めた。すなわち「以前のように多く食べても太らないか」「顔や足が太くならないか」「カロリーを取りすぎなければ脂肪の取りすぎにはならないか」「好きなものを好きなだけ食べても脂肪の取りすぎにならないか」などの質問を同じ内容で毎日、何十回となく強迫的に繰り返した。この強迫的な質問の繰り返しは退院するまで約40日間、毎日続けられた。そして主治医は毎日、同じ答えを丁寧に繰り返し続けた。

6月8日にエンリッチのシャーベットを中止し、すべての経口が母親の作ってくる弁当になった。

入院中の治療側の対応は、患児に対しては支持的、受容的に接し、食事摂取量や摂取方法が変化するのを見守った。家族に対しては母親、父親に定期的に面接し本症の理解をはかり、対応の仕方を相談した。また臨床心理士が1週間に1回のペースで面接し、主に描画療法を施行した。5年生の新しい担任教師にも1週間に1回程度、面会に来ていただき主に学習指導をするなかで、担任とのつながりを持ち、退院後の学校復帰に備えた。

次に経過中の脂肪エネルギー比率を示す。脂肪の所要量は決められていないが、脂肪エネルギー比率では、乳児期を除くと25～30%が適当であるとされている。本例ではエンリッチ摂取時を除くと、1週間の平均が入院時で17.4%、退院時が5.5～9.1%でありかなり低い比率であった。退院後もこの傾向は続いた。

体重増加は順調であり、退院4ヵ月後に肥満度+10%となった。しかし糖質の摂取はオーバー気味であったが、脂肪摂取についてはまだ抵抗を示していた。その後は徐々に脂肪摂取できるようになり、退院1年後には、その割合はほぼ通常の状態になった。肥満度は+22%と軽度肥満となったが、本人は全く気にしていない様子である。

考 察

神経性食欲不振症の診断基準としては、本邦では末松ら（厚生省特定疾患神経性食欲不振症調査研究班）の診断基準（Table. 2）⁵⁾ や、欧米ではDSM-IVの診断基準（Table. 3）⁶⁾ がよく用いられている。しかし前思春期発症症例は、末松らの診断基準では、体重や体型についての歪んだ認識などの診断項目を満たさず、疑診例に分類される症例が多い。またDSM-IVにおける基準では肥満恐怖や月経に関する項目を満たさない症例が多い。

神経性食欲不振症における思春期発症例と前思春期発症例との比較をTable. 4に示す⁴⁾。前思春期発症例においても、すでに思春期発症の典型例と同様の病態を示す例もある。しかし、ほとんどの症例では心理的発達の未熟性や心身の未分化性に相応した臨床的特徴を示す。

環境要因として、社会的要因の関与は少なく、発症要因としては、家族病理や強迫的性格傾向が重視され

Table. 2 厚生省特定疾患調査研究班の診断基準

1. 標準体重の-20%以上のやせ
2. 食行動の異常（不食、大食、隠れ食いなど）
3. 体重や体型について歪んだ認識（体重増加に対する極端な恐怖）
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

1、2、3、5は既往歴を含む。6項目すべてを満たさないものは、疑診例として経過観察する。

Table. 3 DSM-IVの診断基準

- A. 年齢と身長に対する本来の体重から15%以上のやせ、または健康な必要最低体重の維持を拒否
- B. やせていながら体重増加や肥満することに対する強い恐怖を抱く
- C. 自分の身体への認知感覚障害と病識の欠如
- D. 初潮後の女性では3ヵ月以上の無月経

病型：1) 制限型 2) むちゃ食い／排出型

（むちゃ食い、または自己誘発性嘔吐、下剤、利尿剤、浣腸の誤った使用を行ったことの有無）

Table. 4 思春期発症例と前思春期発症例との比較

	思春期発症例	前思春期発症例	本症例
環境要因	家庭内と社会的要因	家庭内要因	家庭内と社会的要因
性格	強迫性格、ヒステリー性格	強迫的、ヒステリーの	強迫的性格傾向
発症要因	思春期葛藤（成熟拒否）	家族病理	学校での要因
やせに対する考え	やせ願望や身体イメージの障害は著明	軽度またはない	軽度
随伴症状	活動性亢進、時に過食	自律神経症状、不登校	活動性減退 脂肪拒否
経過	治療を拒否することがある	積極的な拒否はない	積極的な拒否はない
予後	難治例が多い	比較的良好	現在のところ良好

(文献4を一部変更)

る。この家族病理としては、充足されない母親への依存的欲求や、母親との分離不安、強い兄弟間葛藤などがある。また成熟拒否や性的同一性をめぐる葛藤の関与は比較的目立たない。やせ願望や身体イメージの障害も軽度である。心身の未分化性により心身相関が強く、腹痛などの自律神経症状を伴いやすい。これらの身体症状をともなって活動性は低下する。不登校などの不適応行動も出現しやすい。不活発で消極的で無気力的であり治療関係はなかなか深まらない、しかし治療に対する積極的な拒否はなく、病識は得られ易い。患児への精神療法や行動療法、家族療法などに反応しやすく、予後は比較的良好である。

本症例は学校での要因があったこと、脂肪摂取を特に拒否したことを除くと前思春期発症例の特徴がすべて認められた。

最後に、学校保健における問題点としては、小児成人病予防や学童肥満対策を進める場合は、個々の子どもの心理状態や自我形成状態を考慮した指導が大切であると考えられた。また家庭や学校医との連携をとり、そのマイナス面の影響としての摂食障害を来さないように注意する必要があると思われる。

おわりに

- 1) 前思春期発症の神経性食欲不振症の10歳女兒例を報告した。
- 2) 発症要因として学校での状況が考えられた。
- 3) 特に脂肪摂取を拒否し、体重回復後も続いた。
- 4) 前思春期発症例は思春期発症例と比べて、臨床像

に相違点がみられた。

- 5) 小児成人病予防のための健康教育は積極的になされるべきであるが、摂食障害を来さないように配慮しなければならない。

文 献

- 1) 生野照子：摂食障害にみる小児期の発達問題，精神療法 20：400-408，1994
- 2) Russell G: Premenarchal anorexia nervosa and its sequelae. J Psychi Research 19：363-369, 1985
- 3) Steinhausen H: Anorexia and Bulimia Nervosa in Rutter M (ed.). Child Psychiatry, Modern Approaches Blackwell, Oxford, 1994
- 4) 星野仁彦、熊代 永編：医師のための摂食障害 119番，ヒューマンティワイ，1990
- 5) 末松弘行、他：神経性食欲不振症の診断基準，厚生省特定疾患・神経性食欲不振症調査研究班 平成元年度研究報告書，20，1990
- 6) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994

A case of preadolescent anorexia nervosa, especially refused fat diet

Tadanori NAKATSU, Tsutomu YOSHIMOTO, Kaname OKADA, Tetsuya YOSHIDA

Division of Pediatrics, Komatushima Red Cross Hospital

We reported a case of preadolescent anorexia nervosa. She was ten years old. The onset of anorexia brought on by the event in a school. Her obesity index was -23% of average body weight at admission, and was down until -34% in the course of time. We treated with counselling, family consultation and art therapy. She was improvement of appetite gradually by elemental diet. In spite of body weight gain, she refused fat diet. Fat-energy ratio was $5.5\sim 9.1\%$ when she was discharged from our hospital. Her refusal fat diet continued for about one year.

Preadolescent anorexia nervosa in comparison with adolescent case, was different in the extent of desire for weight loss, hyperactivity and refusal to be treated.

We must consider that the children do not have eating disorders when they are educated for school health.

Keywords : Anorexia Nervosa, Preadolescent Case, Refusal of Fat Diet, School Health

Komatushima Red Cross Hospital Medical Journal 2 : 40-44, 1997
