

# 増加する子どもの摂食障害 ——プライマリケア医が知って おきたいこと



鈴木雄一（福島県立医科大学小児科学講座学内講師）

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

<b>Introduction</b>	p2
<b>1</b> 子どもの摂食障害の特徴は何か？	p4
<b>2</b> 回避・制限性食物摂取症 (ARFID) という新たな診断分類	p7
<b>3</b> 重症度評価	p8
<b>4</b> 治療初期の身体管理	p11
<b>5</b> 家族関係を基に発達や愛着を視野に入れた治療的アプローチ	p17
<b>6</b> 摂食障害の晩期合併症と次世代への影響	p19

▶ HTML版を読む

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

# Introduction

## 1 子どもの摂食障害の特徴は何か？

- ・神経性やせ症は、摂食障害の中核となる概念で、「やせ願望」「肥満恐怖」「過活動」が三主徴である。
- ・子どもの場合、思春期以降の摂食障害に比して神経性やせ症の三主徴が目立たないことが多い。
- ・窒息のエピソードや、胃腸炎に伴う吐き気などをきっかけに発症することがある。

## 2 回避・制限性食物摂取症という新たな診断分類

- ・子どもに多く、以下の特徴を有する。
  - ① やせ願望がはっきりせず、食べること自体への不安や恐怖が中心である。
  - ② 体重が減って死んでしまうことを恐れ、体重が増えると安堵することさえある。
  - ③ 活動性が低下し、疲れや不安から食事以外の生活にも影響が出る。

## 3 重症度評価

- ・標準体重の計算方法に沿って、年齢別・身長別標準体重を計算する。
- ・標準体重比(%) = {実測体重 ÷ 標準体重} × 100 を求める。

**見守る上でここが大切**

## 4 治療初期の身体管理

- ・カロリー負荷はゆっくり着実にやっていく。
- ・栄養を再開する(再栄養)時に注意が必要なことを念頭に置く。
  - ① 急にたくさん食べさせるのは危険(再栄養症候群のリスク)
  - ② まったく食べずに体重が減り続けるのは危険(多臓器不全のリスク)

③ 外来での急速輸液は危険（急性心不全のリスク）

## 5 家族関係を基に発達や愛着を視野に入れた治療的アプローチ

- ・ 治療内容は施設の医療資源により異なり，様々な工夫がなされている。
- ・ わが国の標準治療は定まっていないが，治療上大切なことはおおむね共通している。
  - ① 子どもの不安や過敏さに気づく
  - ② 子どもの不安や過敏さが軽減する環境を探す
  - ③ 保護者が子どもの治療（主に体重増加）のために一丸となる

## 6 摂食障害の晩期合併症と次世代への影響

- ・ 低栄養の期間が長期化するほど，成長障害と骨粗鬆症が課題となる。
- ・ 女性の場合は，卵巣機能不全，妊孕性，低出生体重児の問題が加わる。
- ・ うつ病や自死を予防するため，成人期は職場での産業医の役割が重要である。

# 1 子どもの摂食障害の特徴は何か？

## (1) 子どものやせが増えている

臨床上的感覚として、小児摂食障害者数の増加と低年齢化を感じている。これらの背景にはやせ願望のない非典型的な摂食障害や、発達障害を併存する摂食障害の増加があると考えられる。具体的な数字はこれから学会などが主導して調査していく必要がある。

学校保健統計調査<sup>1)</sup>によると、11歳における痩身(やせ)傾向児は男子で3.45%、女子で2.87%であり、1977年度以降男児のやせ傾向児の出現率は増加傾向となっている(図1、2006年から算出方法を変更しているため、2005年までの数字と単純な比較はできない)。やせの定義を満たす学童(=小学生)は、男子のほうが多い傾向にあると言える。

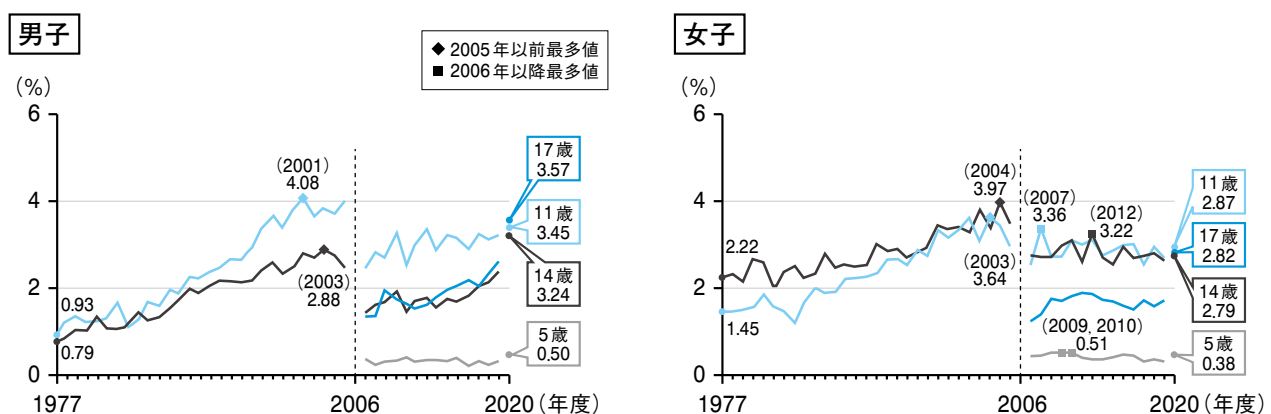


図1 子どものやせ傾向

(文献1より作成)

日本小児心身医学会摂食障害ワーキンググループの多施設共同研究<sup>2)</sup>によると、15歳未満発症の小児摂食障害131例の男女比は10:121で、女子が92.4%と圧倒的に多い結果だったが、平均年齢は男子が11.5 ± 2.7歳、女子が13.1 ± 1.7歳と、男子が有意に低い結果だった。

## (2) 子どもの摂食障害の特徴

神経性やせ症(anorexia nervosa: AN、以前は、神経性食思不振症、

神経性無食欲症，思春期やせ症，などと表現されてきたが，いずれも同義)は摂食障害の中核となる概念である(表1)。思春期以降から成人期に発症する典型的なANの三主徴は，「やせ願望」「肥満恐怖」「過活動」である。しかし，子どもの摂食障害は，体重・体型に対する歪んだ認知や食物・食事への病的な没頭は認めないことが多い。子どもの訴えも成人期と異なり，情緒面が不安定である，窒息のエピソード後から恐怖で飲み込めない，胃腸炎に伴った嘔吐の恐怖体験をきっかけに食べられない，など多様である(表2)。

**表1 主な摂食障害の病型(DSM-5)**

- 神経性やせ症(いわゆる拒食症)
- 神経性過食症(いわゆる過食嘔吐)
- 過食性障害(いわゆる過食症)
- 回避・制限性食物摂取症
- 分類不能の摂食障害

DSM-4の異食症，反芻症，小児期早期の哺育障害なども取り込まれている

**表2 認知と病状の側面からみた診断分類**

認知	病状の概要	DSM-5
やせ願望あり	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 頑固な体重減少，体型や食事への激しい没頭</li> <li>• 繰り返されるむちゃ食いと排泄，制御できないという感覚</li> </ul>	⇔ 神経性やせ症 神経性過食症
やせ願望なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 不安，強迫などが背景にあり，身体化の一症状としての食物回避</li> <li>• 少なくとも2年間にわたる狭い範囲の食物嗜好</li> <li>• 嚥下・窒息・嘔吐の恐怖体験をきっかけに食物回避</li> <li>• 年齢相応の食事量よりも少なく正常範囲下限の状態</li> <li>• 断続的，場面依存的な食行動</li> <li>• 食べる，歩く，話すことへの回避</li> <li>• 抑うつ状態による食物回避のない食欲低下</li> </ul>	⇔ 回避・制限性食物摂取症

### (3) 摂食障害の診断基準

診断は，米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第5版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed :