

神経性食欲不振症のプライマリケアのためのガイドライン（2007年）

厚生労働省難治性疾患克服研究事業「中枢性摂食異常症に関する調査研究班」

本ガイドラインについて

我が国の神経性食欲不振症患者は増加しており、本症患者の約7割が最初に一般医を受診します。このため多くの一般医が本症の診療に携わり、疾患の性質上その対応にはしばしば難渋します。そこで、一般医が本症の重症度に応じたプライマリケアを適切かつ迅速に行い、さらに専門医と連携するための留意点と指針を示すことを目的に、本ガイドラインを作成しました。

I. 神経性食欲不振症とは

1 診断基準

本症は、主に10～20代の女性において、多くはその年代に特有の心理的ストレスに対処できないことを契機に、やせ願望や肥満恐怖に基づく食行動の異常のためにやせを来たす疾患であり、その程度に応じて様々な合併症を呈する。表1に厚生労働省研究班で作成された診断基準を示す。標準体重として国際的にはBMIが用いられることが多いが、表1の診断基準では、日本人の体型を考慮して平田の方法などが推奨されている。

病型には制限型（小食）とむちゃ食い/排出型（やせを維持するための過食後の自己誘発性嘔吐や下剤・利尿剤の乱用）がある。

表1 神経性食欲不振症の診断基準（厚生労働省特定疾患・神経性食欲不振症調査研究班 平成元年）

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の歪んだ認識 （体重増加に対する極端な恐怖など）
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。

（備考）1、2、3、5は既往歴を含む。（例えば、-20%以上のやせがかつてあれば、現在はそうでなくても基準を満たすとする。）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。

1 ある時期にはじまり、3ヶ月以上持続。典型例は-25%以上やせている。-20%は一応の目安である。（他の条項をすべて満たしていれば、初期のケースなどでは、-20%に達していなくてもよい。）米国精神医学会の基準（DSM-IV-TR）では-15%以上としている。標準体重は15歳以上では身長により算定（例、平田の方法）するが、15歳以下では実測値（例、平成12年度学校保健統計調査報告書）により求める。

平田法	身長	標準体重
	160cm以上	$(\text{身長 cm} - 100) \times 0.9$
	150～160cm	$(\text{身長 cm} - 150) \times 0.4 + 50$
	150cm以下	$(\text{身長 cm} - 100)$

2 食べないばかりでなく、経過中には過食になることが多い。過食には、しばしば自己誘発性嘔吐や下痢利尿剤乱用を伴う。その他、食物の貯蔵、盗食などがみられる。また、過度に活動する傾向を伴うことが多い。

3 極端なやせ願望、ボディイメージの障害（例えば、ひどくやせていてもこれでよいと考えたり、肥っていると感じたり、下腹や足など体のある部分がひどく肥っていると信じたりすること）などを含む。これらの点では病

的と思っていないことが多い。この項は、自分の希望する体重について問診したり、低体重を維持しようとする患者の言動に着目すると明らかになることがある。

4 まれに 30 歳をこえる。ほとんどは 25 歳以下で思春期に多い。*

5 性器出血がホルモン投与によってのみ起こる場合は無月経とする。その他の身体症状としては、うぶ毛密生、徐脈、便秘、低血圧、低体温、浮腫などを伴うことがある。ときに男性例がある。

6 統合失調症による奇異な拒食、うつ病による食欲不振、単なる心因反応（身内の死亡など）による一時的な摂食低下などを鑑別する。***

* 最近の傾向では 30 歳以上の発症例も多く見られる。

** やせをきたす器質性疾患には下垂体・視床下部腫瘍、慢性炎症性腸疾患、感染症、慢性膵炎、甲状腺機能亢進症、悪性腫瘍などがある。

2 合併する異常

診断基準に含まれるやせや無月経以外に表 2 に示すような合併症が認められる。

表 2 本症患者の身体的合併症及びその頻度（外来/入院）

1. 60/分以下の徐脈（38%/40%）
2. 36℃以下の低体温（31%/15%）
3. 収縮期血圧 90mmHg 以下の低血圧（36%/23%）
4. 骨量減少*(51%/66%), 骨粗鬆症**（26%/24%）
5. 貧血（28%/42%）、白血球減少（55%/47%）、血小板減少（23%/14%）
6. 低ナトリウム血症（3%/13%）、低カリウム血症（13%/22%）
7. ALT 上昇（38%/35%）、AST 上昇（47%/29%）
8. 低血糖（70 mg/dl 以下）（26%/26%）
9. 歩行困難や起き上がれないなどの運動障害（2%/7%）
10. 意識障害（1%/7%）

*若年健常女性の平均値の 80%以下

**若年健常女性の平均値の 70%以下

(注)外来例の合併症頻度は 2000～2004 年間の東京女子医科大学内分泌疾患総合医療センター内科初診 246 例、入院例のそれは 2003～2006 年間の九州大学病院入院 94 例のデータに基づく。

II. プライマリケア

1 栄養状態の評価

栄養状態の評価をする。体重が最も重要な指標である。体重が減りつつある場合は減少速度の速い方が、同体重ならば増加より減少経過にある方が重症である。基礎体温の低下や徐脈も参考になる。

%標準体重	やせの重症度
75%以上	軽症
65%以上75%未満	中等症
65%未満	重症

2 緊急入院の適応指針

本症の死亡率は 6～20%で、他の精神疾患より高いので、救命のために緊急入院の適応の有無の判断をする。主な死因は内科的合併症、飢餓、自殺である。

次の場合には緊急入院が必要であり、内科病棟での積極的な治療が望ましい。この段階では向精神薬、カウンセリングなどによる治療よりも全身状態の改善が最優先される。

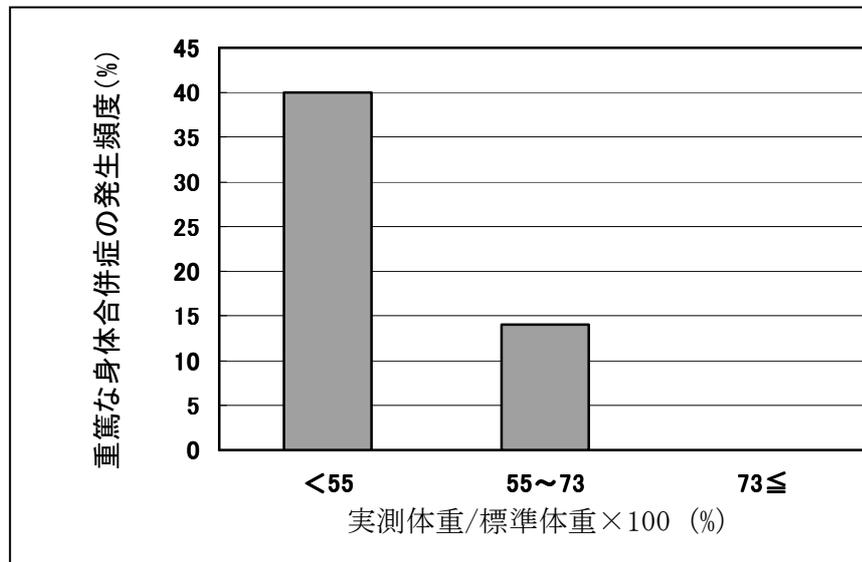
1. 全身衰弱（起立、階段昇降が困難）

2. 重篤な合併症（低血糖昏睡、感染症、腎不全、不整脈、心不全、電解質異常）
3. 標準体重の55%以下のやせ

重篤な身体合併症である意識障害・運動障害の発生頻度は入院時の体重が標準体重の55%以下では40%と増加し（図1）、やせの程度は意識障害・運動障害の合併を予測する主要な因子である。

重ねて説得しても入院治療に応じない場合は、家族に精神科への相談と入院の必要性を説明し、入院させる。

図1 神経性食欲不振症患者の意識障害・運動障害発生頻度



（注）2003～2006年間の九州大学病院での入院94例の結果

3 やせの程度による活動制限の指針

本症患者ではやせにもかかわらず過活動で、就学・就労や競技スポーツへの参加を強く希望し、制止を守らないことが多い。病状の悪化や事故を回避するためにやせの程度に応じた活動制限を指示する必要がある。ただし、内科的合併症がある場合には単に体重だけでなく異常検査値の程度も考慮して判断すべきである。

やせの程度による身体状況と活動制限の目安（15歳以上の症例の臨床経過の解析結果に基づく）を表3に示す。

表3 やせの程度による身体状況と活動制限の目安

%標準体重	身体状況	活動制限
55未満	内科的合併症の頻度が高い	入院による栄養療法の絶対適応
55～65	最低限の日常生活にも支障がある	入院による栄養療法が適切
65～70	軽労作の日常生活にも支障がある	自宅療養が望ましい
70～75	軽労作の日常生活は可能	制限つき就学 就労の許可
75以上	通常の日常生活は可能	就学 就労の許可

（備考）

- ・標準体重の50%未満の患者の60%に低血糖による意識障害が認められる。
- ・標準体重の55～65%では思考力の低下や消化機能障害のため、一般に摂食のみによる体重増加は困難なことが多く、入院による栄養療法が勧められる。また、走れない、機敏な動作ができないなど日常生活に支障が多く、転倒等の危険がある。

- ・標準体重の65～70%では重篤な合併症の併発率は低下するが、身体能力の低下があり、通常の就学・就労は避けるべきである。ただし敢えて就学・就労を希望する場合は、通学時の付き添いや送迎、出席時間の短縮、隔日通学、保健室での補食、体育の禁止、短縮勤務などの対応が必要である。
- ・標準体重の70～75%では就学・就労が許可できるが、水泳、長距離走、遠足、登山、体育系クラブ活動等の運動や重労働の労働は禁止する。75%以下では成長障害が生じ、骨粗鬆症が悪化する。
- ・標準体重の75%以上で重労働の身体活動を状況に応じて許可する。

4 栄養指導および栄養療法の指針

1) 治療上の留意点

- ① 救命や合併症・後遺症の治療・予防、精神的治療への導入のために栄養状態の改善、体重の増加が必要である。
- ② 体重増加を容易には受け入れず恐怖心を抱くが、体重増加による利点を自覚させるような動機づけが最も重要である。
- ③ 強引な栄養療法の導入や急激な体重増加は治療関係を悪化させる。

2) 外来での栄養指導

- ① 小食や偏食で低カロリー食品へのこだわりが多い食事を批判しないで、本人が食べやすい食品を追加して摂取エネルギーを増やす。栄養分析を行い、不足するカロリーや栄養素は高カロリー流動食、栄養食品、薬剤で補う。
- ② 自覚症状や検査所見の改善をフィードバックして良い食行動を強化する。
- ③ むちゃ食いは身体的飢餓の反動であり、体重をある程度増加させない限り改善しない。
- ④ 自己嘔吐や下剤の乱用等の排出行為はさらにむちゃ食いを増長するので、排出行為を減らすよう指導する。

3) 入院による栄養療法

外来診療で体重増加が不良の場合は入院治療を勧める。

- ① 食事は500～1000キロカロリー程度から開始して漸増し、退院時にはその時の体重を維持できるエネルギーを摂取できるように指導する。
- ② 体重増加の速度は個々の例によるが、0.5～1 kg/週 以内が妥当である。
- ③ 脱水の改善とエネルギー補充のために輸液をすることが多い。1日の液量は1000ml程度、糖質は100gが適切で、ビタミンB₁も併用する。
- ④ 体重増加が不良の場合には経管栄養法や経静脈栄養法を併用する。両者の比較を表4に示す。本症患者では低体重・低栄養により消化機能やインスリン分泌能が低下しているので、いずれの方法でも水分やエネルギー量は少量から開始して、症状、検査値に注意しながら漸増する。

表4 経管栄養法と経静脈栄養法の比較

栄養方法	経管栄養	経静脈栄養
利点	生理的 安全	体重増加が効率的
併発症	胃腸症状の悪化 下痢	カテーテル感染症
注意点	胃腸症状を強く訴える場合は投与量を一時減量する	ビタミンB ₁ や必須脂肪酸(脂肪製剤)を必ず投与する

- ⑤ 栄養療法の方法にかかわらず、再栄養時には、全身浮腫*、脂肪肝による肝機能障害**、Refeeding症候群***、微量元素の不足****が起り得る。

*全身浮腫に対しては経過観察することが多いが、胸腹心嚢水の増加、下肢の疼痛、皮膚の亀裂が生じる場合は、少量のループ利尿薬とカリウム保持性利尿薬を併用する。

**過剰栄養による肝機能障害に対しては投与エネルギーを一時減量する。

***低栄養状態時に摂取カロリーが急激に増加すると、体内のリン酸が急速に消費されて低リン血症(血清リン値<1.0mg/dlは危険域)による心不全をおこしたり、細胞内にカリウムが流入して低カ

リウム血症になったりする病態である。再栄養後 2 週間目に多いので定期的な血清電解質の測定と必要に応じた補充が必要である。

***亜鉛、鉄、銅、セレン等の微量元素は年単位の低栄養では低下していることが多く、再栄養時に需要が高まってさらに低下するので必要に応じた補充が必要である。

5 無月経と骨粗鬆症の治療指針

1) 無月経

- ① 標準体重の 85%以上の体重になると、一般にその 6 ヶ月以降に月経は再来する。
- ② 貧血や低栄養状態の悪化を防ぐために、低体重時には原則として女性ホルモン療法は行わない。しかし、標準体重の 70%以上では子宮の萎縮を予防するために、必要に応じて婦人科と連携をしながら数ヶ月に 1 回程度月経を誘発してもよい。

2) 骨粗鬆症

- ① 骨密度低下の回復は体重や月経の回復よりも遅れ、正常域まで回復しない場合があり、将来の骨粗鬆症の予備軍となる危険性がある。
- ② 骨密度の低下は低体重の程度と期間に依存するので、低栄養状態からの回復そのものが予防や治療となる。
- ③ 薬物療法（カルシウムと活性型ビタミン D₃、あるいはビタミン K₂）により低体重時の骨密度のさらなる低下を防ぐことができる。

6 精神科医への紹介指針

以下のような特徴が認められる場合には、患者の中心的な病態が神経性食欲不振症というよりも他の精神科疾患由来であることが示唆されるため、精神科医への紹介が必要である。

1. 強うつや不安が認められる。
2. 自傷行為を繰り返す。
3. 自殺願望を有する。
4. 情緒不安定の程度がはなはだしい。
5. 万引きや性的逸脱などを繰り返す。

III. プライマリケア後の治療指針

1 引き続き一般医が治療を継続できる場合

著しい低体重でも患者との治療関係を作ることができ、患者が教育的アプローチによって体重増加の動機を維持できる場合には一般医が治療を継続することができる。

体重が標準体重の 70~75%程度に回復した後も対人関係の問題などが持続する場合、臨床心理士の協力が得られれば、対人スキルトレーニングや認知の偏りの是正などを進めながら経過を見ることができる。

2 専門医への紹介が勧められる場合

以下の場合、摂食障害を専門にしている心療内科、内科、精神科の中で適切な科に早めに相談し、紹介することが勧められる。

1. 身体状況悪化のための緊急入院後、内科的治療により危機的な状況を脱した場合。
2. 体重が標準体重の 65%以下で 6 ヶ月以上改善しない。
3. 内科的治療では是正できない嘔吐や、薬物乱用による検査異常が持続する。
4. 食行動異常の誘因となる対人関係の問題などに対応できない。
5. 異常行動への対応に家族が苦慮している。