

摂食障害の栄養療法

2016/10/31 藤田 基

10分でわかる摂食障害の心理！

摂食障害の分類(あえてDSM-IV)

- 神経性無食欲症(Anorexia Nervosa; AN)
 - 制限型(restricting type; AN-R)
 - むちゃ食い-排出型(binge-purge type; AN-BP)
- 神経性大食症(Bulimia Nervosa; BN)
 - 非排出型(non-purging type; BN-NP)
 - 排出型(purging type; BN-P)
- ★症状変遷
 - AN-R ⇒ AN-BP/BN-P
 - AN-R ⇔ BP-NP

ANの発症要因と持続要因

- **発症要因は多様**
 - ダイエット型
 - 非ダイエット型
- **持続要因**はいくつかの利得
 - 実感を弱める作用・・・辛さを感じない**
 - いわゆるダイエットハイ(一次利得)
 - 飢餓の直接効果？βエンドルフィン？
 - 非言語的には究極の依存(外面は自立)**
 - 介入しないと死んでしまうから

ANからBNへの症状変遷

- **外面は食物拒否**
 - 昼間、対人場面では拒食持続
- **食欲中枢は食物希求**
 - BNへの症状変遷
 - 夜間、孤独、睡眠薬影響下で嘔吐
 - 隠れ食い
- **症状変遷は、正常者への飢餓ストレスでも同様に生じる**(ミネソタ実験)

なぜ過食するか？

- 過食
 - カプセル効果**★・・・辛さを意識しない時間
 - ANからの変遷例では飢餓の解消
- 嘔吐
 - orgasm様の**快感**
 - 肥満恐怖の消去**
 - 浄化儀式**
 - ★正式な用語ではないです(笑)

摂食障害の生命予後

- ANの10年死亡率は約10%
- ANの年死亡率0.56%(Sullivan1995)
- AN死亡率、5年8%/33年18%(Theander1985)
- 4-15年転帰7%死亡、AN-BP18%死亡(中井2004)
- アルコール合併4.6年で25%死亡(武田2002)
- AN-BPやBMI<10で死亡リスク高
- 20-50歳女性の一般女性の0.05%と比較してAN病院例は10倍の年死亡率(低栄養関連1/2,他は自殺含む種々の死因,三大生活習慣病増加)

ANの栄養療法

ANの栄養療法

- ANの栄養障害への理解
- 治療導入期
 - 怖い再摂取症候群(refeeding syndrome)
 - Wernicke脳症、低K,時に高K
 - 極力栄養法を選ばせる…心理学的効果
 - 制御不能から制御可能への捉え直し
- 治療継続期
 - ゴールへの見通し
 - 栄養量増量時の注意、二次的欠乏症

ANの栄養障害の理解

ANの身体症状

(1-1. 栄養不足による1次的障害)

- 糖質欠乏…グリコゲン枯渇 ⇒ 低血糖
- 蛋白欠乏…低アルブミン血症、浮腫は治療前には比較的末期まで出現しない(脱水が共存)
 - ChE, PT%, プレアルブミンは低下
 - Ig, 補体低下
 - …出血傾向出現、顆粒球減少(機転不明)と相まって易感染性出現
 - (c.f. 高齢者の低栄養とは違いリンパ球減少は見られないことが多い)

ANの身体症状

(1-2. 続栄養不足による1次的障害)

- 鉱質欠乏
 - K欠乏(QT延長、不整脈), P欠乏(refeeding syn.), Zn欠乏(皮膚障害、成長障害), Cu欠乏(貧血), Se欠乏(易感染性,心筋障害,横紋筋融解), Mg/Ca欠乏(テタニー), Cr欠乏(IGT)
 - Fe欠乏は比較的末期が主
- ビタミン欠乏
 - B1欠乏(Wernicke脳症,脚気)
 - B12,葉酸欠乏(貧血,失調,認知機能障害)
- 消化液喪失
 - K↓, Cl↓, 代謝性アルカローシス, 呼吸性代償…PaCO2 上限程度
 - (BGAで嘔吐あるかどうか検討がつく)

ANの身体症状

(2. 適応機転による2次障害)

- 無月経・・・適応的にレプチン低下で惹起？
回復には脂肪量の回復が必要
- 骨粗鬆症
- 筋萎縮・・・筋肉のアラニンがALTによりpyruvateに転化・・・**糖質欠乏で筋萎縮進行**
- ケトーシス・・・脳や心筋でも脂肪酸を利用しだす
- **Low T3症候群**, TSH低下・・・低血圧, 徐脈, 低体温・・・2次的な危険もあるが**適応反応**であるのでできれば補充しない
- **肝障害**・・・適応的なTNF- α 上昇などによる
ウイルス抵抗性と引き換え？
脂肪を肝外に運ぶアポ蛋白の欠乏

治療導入期

ANの栄養療法—導入期

- 投与法の選択/実行(経口, 経管, TPN, 組み合わせ)に本人や家族をできるだけ関与させたい(病気の認識を制御不能から可能へ)
- **ビタミンB1, 初日は他に先立ち100mg 静脈内**
- (潜在性)低P血症・・・**重症例ではPの補充を最初から**・・・腎結石の予防のためできるだけ20mEq当たり12時間以上, 配合変化注意・・・補液開始12-24時間後に再検(カロリー投与で急降下あり⇒心不全, 呼吸不全, けいれん・・・**再摂取症候群; refeeding syndrome**)

ANの栄養療法—続導入期

- **低K, 特にAN-BPの場合に注意**
K欠乏量の見積もり(標準: K 4.0, pH 7.40)
体重50kgだと、K 0.5mEq/L 低下で100mEq不足, pH 0.1 低下で100mEq不足と計算
(pH低いとKはNa, K(H)-ATPaseを競合して細胞外に多くなるはず)⇒実際の体重に変換
(例)体重30kg, 動脈血pH7.35, 血清K 2.5なら
 $(3+1) \times 100 \times 30/50 = 240\text{mEq}$ 不足
余裕があれば、1/4補正して再検
投与速度10-20mEq/H以上はECGモニター

ANの栄養療法—続々導入期

- カロリーの初期投与量
600-1200kcalから慎重に
食形態は常識範囲で受入れやすいもの
食事時間は常識範囲に
(退院後困らないように!)
- 検査で安全を確認しながら増量
Pの低下、Kの変動、肝細胞障害を
モニターしながら増量
- 何よりも方針決定に患者/家族の関与を強める
症状は意識/無意識半々
⇒意識化を強める(制御不能から可能へ)

治療継続期

ANの栄養療法－治療継続期

- **目標体重への道筋を患者とともに考えていく**
- **体重1g増量に約7.2kcal必要**
- 脂肪製剤の静脈投与速度は従来よりも緩徐に (0.1g TG/kg/H)
- 後遺症(不妊、低身長、骨粗鬆症、抑うつ傾向)の**心配がまったくないのは標準体重の80-85%**
- 目標が遠すぎる時は**暫定的な退院の目標**を設定
- **改善後やりたいことを最大限支える(最も大切)**

ANの栄養療法－継続期の落とし穴

- 治療開始後に血清Zn, Seは一時的に低下することがあり、**2次的な欠乏症**を呈することがある…栄養改善でこれらを構成因子とする蛋白の合成が増加し、供給が間に合わない
- **一時的に浮腫が強くなることが多い**…拒食治療前には脱水でADHが上昇するが再摂取で直ぐには低下しない
- **便秘は栄養状態が改善するまで持続**するため、下剤を増量しすぎない方がよい
- BZや抗精神病薬、抗うつ薬への感受性は低下しているため、**薬効を期待しすぎない**
- **補液からの離脱は緩徐に**(5%糖液程度まで漸減して低血糖にならないか確認)

なによりも大切なこと

- ANの患者は治療者や援助者をがっかりさせる名人！
- **もともと外面は自立を装って、実質的には究極の依存**
- だから、自立はある程度尊重しながら、身体的には大いに助ける必要がある
- **もういやになったとき**
⇒ **明日、もう一度会ってみる**