



## 厭食症淺介

張家禎<sup>1</sup> 鄒孟婷<sup>2</sup> 陳薇光<sup>3</sup> 張倍禎<sup>4</sup>



### 前言

內分泌變化在患有厭食症的病人很常見。這類病人大多會以內分泌問題或其它的身體症狀，而非飲食問題，前來家醫科求診。因此，對基層醫師而言，必須瞭解厭食症所引起的各種內分泌表現，才能及早察覺，並適時的轉介與治療。

### 流行病學

厭食症的終身盛行率在女性為0.9%，而在男性為0.3%。由於患有飲食疾患的病人常不願意就醫，此類疾病之盛行率易被低估。一社區性研究發現厭食症之盛行率高達2.2%；男女性之罹病率比例大約是1：10至1：15，以15 - 19歲的女性發生比例最高。

1 馬偕紀念醫院家庭醫學科 住院醫師

2 馬偕紀念醫院家庭醫學科 主任

3 馬偕紀念醫院家庭醫學科 主治醫師

4 中國醫藥大學附設醫院精神科 主治醫師

關鍵詞：anorexia nervosa, eating disorder, endocrine dysfunction

### 危險因子

厭食症的危險因子包括女性性別、種族、家族史、小時候患有飲食或腸胃道疾病、對體重或身材的過度在意、對自己負面評論與罹患其它精神疾病。可能影響疾病發生的環境因子，包括不健全的家庭關係、來自於周遭眾人對於飲食與體態的嚴厲批評、工作及生活需要維持身材的壓力。

### 定義

根據精神疾病診斷與統計手冊第四修訂版 (DSM-IV-TR)，厭食症的定義如下：

- (1) 拒絕維持體重於其年齡和身高應有的最低正常體重水準或以上(低於預期體重85%以下)；
- (2) 縱使已經體重過輕，仍強烈害怕體重增加或變肥胖；
- (3) 對自己的體重、身材之經營方式有障礙，體重、身材對自我評價有不當的影響，或否認目前體重過低的嚴重性；
- (4) 在初經已開始的女性病人發生無月經



症(至少連續三次月經週期無月經)。

但是，目前對於無月經此條件的重要性仍有疑慮，甚至會考慮將其從診斷要件中移除。

厭食症可分為兩種亞型：禁食型(restricting subtype)及暴食型/清除型(binge-eating/purging subtype)。前者不會有任何暴食或清除食物的行為，而後者會有固定暴食或清除食物的行為。

### 臨床表現

病人求診時的主訴包括倦怠、頭暈、無月經、體重變化、便秘、腹脹、胸口燒灼感、喉嚨痛、心悸、失眠等。但在疾病初期時，身體檢查可能不會有任何異常的發現。在疾病程度較嚴重的病人身上可能會有以下變化：心搏過慢、低血壓、皮膚乾燥、頭髮稀少、手腳冰冷、營養缺乏等特徵。低血壓被認為是因為心臟功能變差而導致，並非因身體缺水引起。血液與生化檢查往往呈現貧血、白血球低下、肝功能輕微異常及電解質不平衡之情形，如低血鉀、低血鈉。

### 併發症

厭食症為慢性疾病，許多併發症會從過程中衍生而來(表一)。併發症常由三個原因引起：吃過少、體重過輕、催吐。腸胃道症狀包含腹脹、噁心和上腹痛，病人可能因其而更不想吃東西，造成惡性循

環。骨質疏鬆症則屬於較嚴重的併發症。骨質流失的情形可能與低甲狀腺素、低雌二醇(estradiol)、低睪固酮(testosterone)、低類胰島素生長因子、高腎上腺皮質素及其它神經傳導物質變化有關。患有此疾患之病人的骨折機率較常人高出 30%。其它併發症尚包含二尖瓣膜脫垂、心包膜積水、肺容量下降、腎絲球過濾速率下降、認知異常等。許多併發症是可以因為體重增加而有所改善。

厭食症病人常會有下視丘-腦下垂體分泌異常(hypothalamic-pituitary dysregulation)的現象，造成下視丘性無月經(hypothalamic amenorrhea)、腎上腺皮質醇分泌過多(hypercortisolemia)與生長激素阻抗(growth hormone resistance)的現象。表二列出常見的荷爾蒙變化。

### 共病症

厭食症的病人亦可能同時患有其它精神疾病，如憂慮症、輕慮症、強迫症或強迫特質、社交焦慮症。憂鬱症很常同時發生於患有厭食症的病人，且常是因為低卡路里飲食及體重過輕而引發的後果。焦慮症也很常見，且可能在厭食症未發生前就出現焦慮的症狀。然而，因為許多心理和精神症狀可能導因於過度飢餓，因此，一般也會建議等病人恢復體重後再重新評估其精神狀態。

### 評估



表一 厭食症的內科併發症

心血管方面	心律不整 心搏過慢 傳導異常(例如QT間期延長) 心電圖異常(例如低電位、T波倒置、ST段下降) 低血壓 二尖瓣膜脫垂 周邊水腫 猝死
皮膚方面	胡蘿蔔素黃皮症(carotenosis) 皮膚乾燥、指甲脆弱 胎毛(lanugo) 飢餓所引起的搔癢
內分泌方面	無月經 高膽固醇血症 腎上腺皮質醇分泌過多 低血糖 溫度調節異常 不孕症 神經性尿崩症 骨質缺乏、骨質疏鬆症 甲狀腺異常
胃腸道方面	肝指數異常 再灌食症候群(refeeding syndrome)引起的急性胃擴張、胰臟炎 腹脹 便秘 延遲性胃排空 腸胃道蠕動變慢
血液方面	正血球性貧血 紅血球沉降速率增加 輕微白血球減少及相對性淋巴球增生 血小板減少
代謝方面	缺水狀態 電解質異常 血液中胡蘿蔔素增加 再灌食症候群
神經方面	認知異常 假性腦萎縮(pseudoatrophy)(例如腦室擴大等原因) 癲癇
肺臟/肋膜方面	肺容量下降
腎臟方面	血清尿素氮濃度增加 腎結石

資料來源：參考資料6



表二 厭食症常見荷爾蒙變化

性腺軸 (gonadal axis)	黃體激素波動性釋放 (LH pulsatility) ↓ 雌激素 (estrogen) ↓ 雄激素 (androgens) ↓
腎上腺軸 (adrenal axis)	腎上腺皮質醇 (cortisol) ↑ 脫氫異雄酮硫酸鹽 (DHEAS) ↔
生長激素 (GH)	生長激素阻抗 (GH resistance)
調控飲食荷爾蒙 (appetite-regulating hormones)	瘦體素 (leptin) ↓ 促進食慾生長素 (ghrelin) ↑ 勝肽YY (PYY) ↑

LH: Lutenizing hormone, DHEAS: Dihydroepiandrosterone-sulfate, GH: Growth hormone, PYY: Peptide tyrosine-tyrosine

資料來源：參考資料7

由於大部分病人不會是因為飲食問題來求診，尤其當患者是年輕女性，基層醫師需要對此疾病有所警覺。當懷疑病人有厭食症時，應該進一步問病人有關過去體重和減重情形、月經史、運動習慣等。飲食習慣需要問病人一天所吃進的食物、是否有暴食或使用瀉藥減肥藥等行為。另外，相關臨床症狀及精神狀態亦需一併詢問。很多時候，需要安排多次會談才能完全瞭解病人的整體狀況。抽血檢查及心電圖可以協助評估病人是否有立即的危險。

## 治療

厭食症的病人最重要是營養給予和體重的改善。厭食症患者須逐步增加熱量攝入，甚至可能需要鼻胃管餵食和靜脈輸液，才能恢復體重。體重增加速度以每週0.5至1公斤為理想值。認知行為治療目的是希望修正病人錯誤的觀念，且

慢慢建立規則的飲食習慣。但認知行為治療的長期效果尚需更多研究來證實。家庭治療則對青春個案較有幫助。給予營養過程要注意再灌食症候群(refeeding syndrome)，是指營養不良的人在進食過程發生體液和電解質改變引起的併發症。臨床表現包括水腫、脹氣、心臟衰竭、心律不整，嚴重甚至到昏迷、死亡。藥物目前在厭食症只作為輔助治療。最近有研究發現Olanzapine用於厭食症病患能有效改善病人體重。抗憂鬱藥物未被證實對此病患者有幫助。低劑量的抗焦慮藥物可用來降低病患在面對食物時的焦慮。

有些情形則需住院治療，包括急速體重下降、體重小於理想體重的70%、心律不整或心博過慢、低血壓或腦部灌流量不足、對門診治療無效者。住院過程中的進食皆需其他人（家人或護士）在場陪同個案並觀察到一小時，主要為避免個案在吃東西後做食物清除或掏空的行為。



## 預後

厭食症是個需要漫長治療，且容易反覆發作的疾病。根據研究，粗死亡率高達15-16%。然而，由於近年醫學上的進步，死亡率有逐漸下降的趨勢。最近研究發現粗死亡率大約少於8%。一份1995年有關厭食症的總合分析發現54%的死亡跟其併發症有關，27%的死亡來自自殺，而剩下的19%則來自其它原因或原因不明。

厭食症病患在青春時期就已經開始養成嚴格，甚至極端的飲食習慣。有些青少年的病程相對較短，並且只需經過簡短會談或甚至不需治療就會自行恢復，但有些人的病情會一直持續下去，且需要長期特殊治療。預後較佳的因子包括發病年齡較輕和病程較短，預後差的因子則是有生理和其它精神疾病之共病現象。存活下來的病人中，少於一半會好轉，有三分之一會有改善，但仍有20%患者的症狀會持續。會恢復的病人通常在五年內會恢復，且較不會再復發。青少年的預後往往較成人為佳，恢復率大約是69%至76%。

## 結語

厭食症雖然不常在家庭醫學科初次門診被診斷，但其合併的生理症狀，往往是病患求診於家庭醫學科的主訴，如何能

區別出內分泌的症狀和厭食症的表現，有賴基層醫師的高度警覺。此疾病死亡率高，其所衍生出的併發症也會對病人造成長期和嚴重的傷害。藉由多瞭解此類病人之特徵，基層醫師能在門診適時將疑似厭食症的病患轉介至精神科作進一步的評估及處理。

## 參考資料

1. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC: The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 61: 348.
2. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES et al: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 1259.
3. Miller CA, Golden NH: An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutr Clin Pract*. 2010; 25: 110-5.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
5. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM: Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85: 746-51.
6. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD: Treating Eating Disorders in Primary Care. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 187-95.
7. Miller KK: Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96: 2939-49.