

# 低血糖ショックを呈した Anorexia Nervosa の 1 例

川崎医科大学 精神科

森下 茂, 笹野 友寿, 馬場 信二

横山 茂生, 渡辺 昌祐

(昭和61年 8月27日受付)

## A Case of Anorexia Nervosa with Hypoglycemic Shock

Shigeru Morishita, Tomohisa Sasano

Shinji Baba, Shigeo Yokoyama

and Shosuke Watanabe

Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School

(Accepted on August 27, 1986)

我々は、著明な低血糖を生じ、昏睡状態にまで陥り回復した成人女性の症例を報告した。Anorexia nervosa の経過中に低血糖ショックに陥った症例の報告は、現在まで我が国では小児に2例あるのみであり、文献の症例を含めて、本症例の低血糖ショックの原因を考察した。

The authors reported a serious hypoglycemic case of adult anorexia nervosa in which the patient fell into a comatose state but recovered. In Japan, there have been many case reports of anorexia nervosa, but there have been only two childhood cases in which the patients fell into hypoglycemic shock during the course of treatment. We need something here to follow course I think.

Key Words ① Anorexia nervosa ② Hypoglycemia

### 緒 言

1689年 Morton が初めてその病態を記述し、1869年 W. Gull によって Anorexia Nervosa (AN) の名称を与えられた神経性食思不振症と呼ばれる一群の病態は、我が国においては最近多発する傾向にあり様々の報告がなされている。ところが現在まで AN で低血糖ショックを起こした報告は少なく、保科ら<sup>1)</sup>による小児の報告、長畑ら<sup>2)</sup>による報告があるのみである。我々は、20歳より体重減少が始まり、5年間を経過し、ANの診断のもとに入院した直

後、低血糖ショックを起こした症例を経験したので報告する。

### 症 例

患 者: 畠○智○美, 25歳, 未婚女性  
主 訴: るいそう, 不食, 無月経  
既往歴: 特記すべきことなし  
家族歴: 特記すべきことなし  
現病歴: 高校卒業後2年間は、仕事は2, 3回替わったが摂食には問題なかった。当時身長145cm, 体重約50kgと多少肥満傾向。20歳頃

よりやせることを意識しはじめ摂食量を減らし、食べ物を口の中に入れて噛んで吐き出すといった独特の摂食態度をとるようになった。この時点より無月経となり体重は約35 kgまで減少し、21歳時、肥満への恐怖から体重が一時23 kgまで減少した。この時点で某内科で検査を受けるが器質的異常は認められず放置され、数カ月で約35 kgまで回復した。しかし、食べ物を口の中に入れて噛んで吐き出す摂食態度で維持していた。仕事はやせているので無理と言われながらも半年ごとに職を替えながら続けていた。金銭に対しては執着心が強く、わがままで、反抗的であった。25歳時、農作業に没頭し、全身衰弱し近医内科へ入院。入院時体重27 kgであったが肥満への恐怖から全く摂食をせず、一日にブドウ糖点滴500 mlだけを受けた。体重が23 kgまで減少したため川崎医大精神科を紹介され入院した。

入院時現症：身長145 cm，体重23 kg，脈拍54/分，体温36°C，血圧90/60，体格小，著明なるいそぎがあり，皮下脂肪はほとんどなく，皮膚は乾燥し老人様であった。頭髮，腋毛，恥毛に異常はなく，腹部は陥凹しているが肝脾は触知せず圧痛もなかった。神経学的異常はないが自力歩行は困難な状態であった。眠そうな表情で不眠を訴えるがその話しぶりは幼い感じがあった。意識は清明であった。

入院後経過：入院当日の食事は，夕食の副食を少量食べたのみであった。翌日早朝6時半頃看護者の訪室時には異常は気づかれなかったが9時，呼吸困難および意識障害が出現し，呼名応答が得られなくなったのが発見された。

入院時検査所見 (Table 1) で血糖8 mg/dlと異常に低いため低血糖によるショック状態と診断しブドウ糖による血糖の補正をおこなった。その間徐々に自発呼吸が消失し，人工呼吸器を使用。血糖値は18時で150 mg/dlまで回復したが，依然として意識レベルは三三九度方式で200の状態であった。同日23時頃，血圧が60前後に低下し昇圧剤を使用。翌日4時頃になると意識レベルは呼びかけに対して開眼し，

Table 1. Laboratory data on admission.

末梢血液所見		$\gamma$ -GTP	94 IU/l
RBC	$511 \times 10^4$	LDH	431 IU/l
Hb	14.7 g/dl	Alb	4.7 g/dl
Ht	41.5%	Glb	2.1 g/dl
Plt	$10.3 \times 10^4$	ChE	260 IU/dl
WBC	9400	GPT	1030 IU/dl
N Band	4%	GOT	1295 IU/dl
N Seg	51%	Crn	0.7 mg/dl
Mono	2%	BUN	41 mg/dl
Lympho	43%	UrA	5.5 mg/dl
血液生化学的所見		Amy	989 IU/l
SP	6.8 g/dl	血液ミネラル	
BS	11(8) mg/dl	Na	135 mEq/l
Bil	1.5 mg/dl	K	5.1 mEq/l
ALP	389 IU/l	Cl	96 mEq/l
Cho	157 mg/dl		

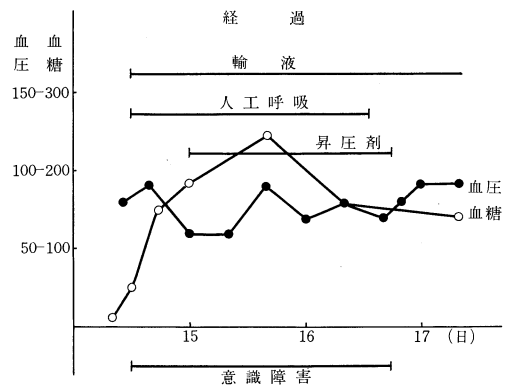


Fig. 1. Clinical course of hypoglycemic state.

簡単な命令に応ずる状態まで回復し，13時頃には自発呼吸が確認された。3日目には意識レベルは刺激すると覚醒し刺激をやめると眠り込む状態であったが自発呼吸も安定し，同日中に意識は清明となり会話も可能になった (Fig. 1)。

器質的疾患の検索のため頭部CT撮影を施行したが，若干のcortical atrophyを認める他には異常所見は見あたらなかった。脳波 (Fig. 2) においては意識障害時では基礎波は5~8Hzの $\theta$ 波およびslow  $\alpha$ で3Hzの $\delta$ 波の混入をみた。また内分泌検査 (Table 2) では，尿中17-OHCS，尿中17-OSが上昇している他は異常所見はなかった。

7日目より流動食を開始したが摂食量は少な

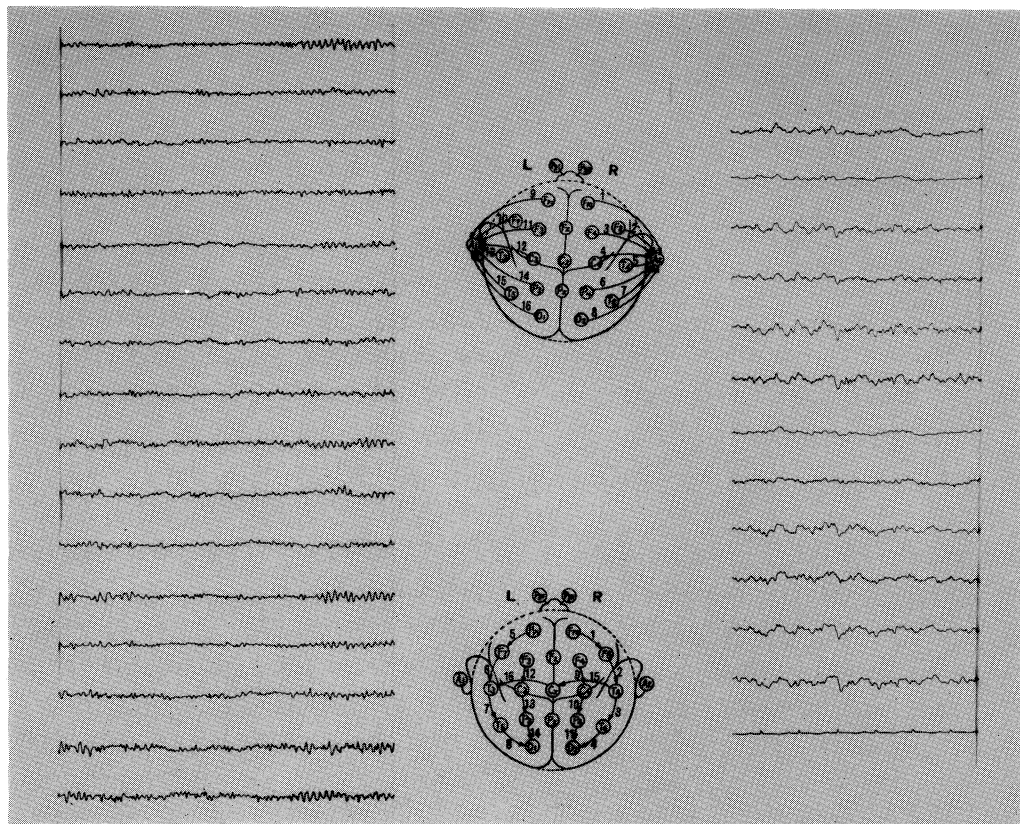


Fig. 2. E. E. G. Showing 5-8 Hz background activity mixed with 3 Hz fast activity waves.

Table 2. Laboratory data.

T <sub>3</sub> レジン摂取率	27.8%	尿検査	
T <sub>4</sub> RIA	5.4 μg/dl	蛋白	(-)
T <sub>3</sub> RIA	93 ng/dl	糖	(-)
TSH	2.5 ↓ μU/ml	アセトン	(-)
血中 11-OHCS	10.8 μg/dl	ビリルビン	(-)
尿中 17-OS	49 ng/day	潜血	(-)
尿中 17-OHCS	24.1 mg/day	ウロビリノーゲン	(±)
血中コルチゾール	11.9 mmg/dl	沈 渣	
血中 HGH	0.3 ng/ml	扁平上皮	0~1/HPF
血中 LH	5.3 IU/ml	赤血球	0~1/HPF
血中 FSH	2.0 IU/ml	白血球	0~1/HPF
血中 ACTH	33 pg/ml	WAIS	
血中プロラクチン	14.6 ng/ml	言語性 IQ	64
		動作性 IQ	69
		全検査 IQ	65

を噛んでは吐き出し、嚥下しないという摂食様式となった。配膳台の牛乳を盗むという形で盗食も出現、病棟内では孤立し、強情で反抗的であったが活動性は目立たず、また意識が回復してからは助かったことをしきりに「死にたかった。」と嘆いていた。

体重は一時の危険な状態を脱し、27 kg まで増加したがそれ以後約1 か月間にわたり変動はなかった。

その後、過食期を経過し体重が増加しはじめ治療スタッフとの人間関係がよくなってきた。盗食、孤立化、強情で反抗的といった問題点は体重が増加するに伴い徐々に目立たなくなってき

く拒食傾向であった。18日目より普通食に変更した。しかし、やはり拒食傾向は強く、食べ物

たが無月経は続いていた (Fig. 3)。

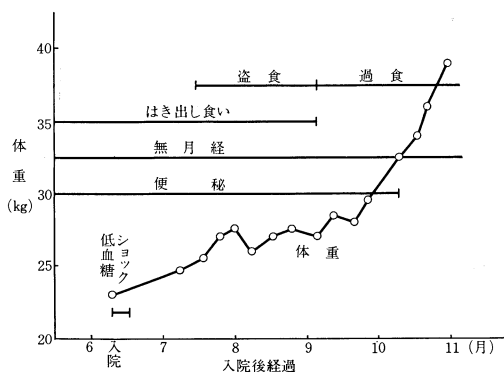


Fig. 3. Clinical course of posthypoglycemic shock.

### 考 察

本症例は不食、るいそう、無月経を主徴とした20歳発症、5年経過のAnorexia Nervosaの症例であるが、入院翌早朝に意識障害、呼吸困難をきたし低血糖によるショック状態を呈した症例である。ANの死亡報告は稀ではなく、我が国においても九鬼ら<sup>3)</sup>、宮崎ら<sup>4)</sup>、青木ら<sup>5)</sup>によって報告されているがその死因に低血糖ショックである症例はない。我が国における低血糖ショックの合併例の報告は、保科ら<sup>1)</sup>が12歳の小児で血糖値30 mg/dlとなったものを1例報告しているのと、長畑ら<sup>2)</sup>の報告のみである。

本症例において急激な低血糖をきたした原因については薬物を乱用した事実はなく、また従来より急激な低血糖をおこす原因として、インスリノーマ、下垂体前葉病変、肝疾患をはじめとする種々の身体的病変の合併が知られているが、頭部CT、脳波、腹部超音波検査等でそれらの器質的病変は発見されなかった。また末松<sup>6)</sup>によるAnorexia Nervosaの臨床像に関する集計的研究では、内分泌学的所見が報告されているが、本症例では尿中17-OHCS、尿中17-OSのみが上昇しているだけでその他の内分泌学的所見はすべて正常であった。

したがって本症例の低血糖によるショックは、長期間の食物を嚙んでは吐き出し嚥下しないという特有の摂食異常と、それに伴う極度の

るいそうがあり、さらに内科病院入院中、いっさいの摂食を拒んだことによる低栄養状態が最も考えられる。

当科へ紹介され入院するまでは、低血糖状態が現れると患者自身からブドウ糖入りの点滴を要求し、毎日1回は必ず500 mlの点滴をしていたために低血糖ショックが発症しなかったと思われるが、当科へ入院後は環境が変わり、治療者、看護スタッフへ要求を出すのが遅れたために低血糖をまねいたと思われる。その他、入院時検査で、GOT、GPT等の異常はショック状態による虚血等が原因と考えられる。

ANの予後は必ずしも良好とは言えず、渡辺<sup>7)</sup>によれば6%前後の死亡率があると言う。本症の管理に際しては十分身体的管理に注意を払うことが必要である。

また、重篤な低血糖ショックとそれに続く濃厚な身体的治療が本症例の治療経過全体に好影響をおよぼしたかを判断するのはむずかしいと考える。それは本症例において、下坂<sup>8)</sup>の言う「生きていたくない」という厭世的観念のみが強く、ANの中核群とは考えにくい症例であること、さらにIQの低いことも関与していると考えられるからである。しかし、ショック時とその後の濃厚な治療時期を後になって、「あんなつらいことは二度と経験したくない。」と言っていることより、体重の増加をスムーズにおこなわせるのに有利であった可能性はあると考える。

### 要 約

1. 20歳頃に発症し、5年間を経過し経過中に低血糖ショックをおこしたAnorexia Nervosaの女性例を報告した。
2. 低血糖ショックは、入院翌早朝に発症し血糖値8 mg/dlを呈し、3日後に回復した。
3. 本症例は、内分泌学的にも、その他にも器質的疾患は証明されず、低血糖はAnorexia Nervosaによる低栄養状態の持続によるものと考えられた。

文 献

- 1) 保科弘毅, 井口ちよ: 低血糖ショックに引き続いて著明な浮腫と貧血を呈した神経性食思不振症の1例. 小児科 18: 951—958, 1977
- 2) 長畑正道, 原中瑠璃子, 玉川公子: 母子同室制による思春期 Anorexia Nervosa の治療の試み. 第30回小児精神神経学研究会口演, 東京, 1975
- 3) 九鬼信正, 稲田武彦, 山崎順弘, 宮地 毅: Anorexia Nervosa の一症例. 小診療 18: 102—106, 1966
- 4) 宮崎澄雄, 山口昌之, 山村泰一, 白土紘子, 森松 稔: Anorexia Nervosa と造血障害. 小診療 31: 69—72, 1968
- 5) 青木宏之: 神経性食思不振症. 臨と研 46: 67—77, 1969
- 6) 末松弘行, 久保木富房, 和田迪子, 山本葉子: 神経性食思不振症の臨床像に関する集計的研究. 心身医 20: 235—242, 1980
- 7) 渡辺信彦, 東海林黎吉: 神経性食思不振症の1例. 小児科 15: 893—899, 1974
- 8) 下坂幸三: 青春期やせ症の精神医学的研究. 精神誌 20: 235—242, 1980