

· 临床研究 ·

## 青少年饮食障碍的病因和治疗探讨 —附6例报告

黄晓东<sup>1</sup>, 杨培蓉<sup>1</sup>, 徐亚珍<sup>1</sup>, 殷勇<sup>1</sup>, 汤庆娅<sup>2</sup>, 张永华<sup>3</sup>

(1. 上海交通大学附属上海儿童医学中心内科, 上海 200127; 2. 上海交通大学附属新华医院临床营养中心, 上海 200092; 3. 上海市精神卫生中心, 上海 200030)

**[摘要]** 目的 近年来,我国青少年饮食障碍的发病呈现上升趋势,但是由临床儿科医师进行的有关病因、诊治和转归的研究报告却很少见,该文旨在分析本组青少年饮食障碍患者的病因,探讨临床儿科医生如何进行识别和治疗。**方法** 研究对象来自2003年1月至2005年9月在该院诊断并治疗的6例青少年饮食障碍患者,其中5女1男,发病年龄12.4~15.8岁,来该院就诊时年龄为12.9~16.7岁,病程3~12个月不等,体块指数(BMI)9.07~17.0,4例病情严重,发生低体温、低血压、心率缓慢,脱水 and 多系统受损予住院治疗,另2例在门诊诊治。最终根据病史、体格检查及实验室检查结果,5例诊断为神经性厌食症,1例为神经性暴食症。**结果** 由儿内科学家、营养师、精神科医师和护士组成的医疗小组协同工作,对于生命体征不稳定的患者,首先着重于维持生命安全,给予静脉营养并强制卧床,同时实施认知行为疗法,帮助患者分析与发病相关的自身及环境因素,建立健康体重理念,纠正异常饮食行为。对于存在严重体像扭曲,治疗阻抗大的患者,同时给予精神类药物。经治疗后,其中3例建立了健康的饮食行为,体重逐渐恢复,随访1年未复发,3例仍有一些异常饮食行为,体重始终低于正常。**结论** 青少年饮食障碍患者的发病可受到其成长环境中某些因素的触发,如同伴评价,时尚潮流,学业压力,沟通困难等。他们获诊时往往病程长,病情严重,预后差。儿科医师应提高对该病的认识,使患者得到早期诊断和干预,并通过多专业队伍的协同工作,提高疗效。  
[中国当代儿科杂志,2006,8(4):279-282]

**[关键词]** 饮食障碍;神经性厌食症;神经性暴食症;青少年

**[中图分类号]** R442.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-8830(2006)04-0279-04

### Etiology and treatment of eating disorders in adolescents: a report of 6 cases

HUANG Xiao-Dong, YANG Pei-Rong, XU Ya-Zhen, YIN Yong, TANG Qing-Ya, ZHANG Yong-Hua. Department of Internal Medicine, Shanghai Children's Medical Center Affiliated to Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200127, China (Email: wangsu@public4.sta.net.cn)

**Abstract:** The occurrence of eating disorders in Chinese adolescents is increasing. However the cause, diagnosis, treatment and prognosis of this disorder are rarely reported by pediatricians. This paper investigated the cause and treatment of six cases of eating disorders in adolescent patients. The medical data of six cases of eating disorders in the Shanghai Children's Medical Center from January 2003 to September 2005 were retrospectively reviewed. The patients were 5 girls and 1 boy, whose onset ages ranged from 12.4 to 15.8 years. They were initially referred to the clinic between 12.9 to 16.7 years, with a course of disease varying from three to twelve months. The patients' body mass index (BMI) varied from 9.07 to 17.0. Four out of the six patients were hospitalized because of low temperature, low blood pressure, bradycardia, dehydration and multiple systems damages. The other two were treated in the out-patient clinic. Based on the medical history and physical examination as well as laboratory findings, five of them were diagnosed with anorexia nervosa and the other one were bulimia nervosa. All of the patients were under the care of a team consisting of pediatricians, dietitians, psychiatrists and nurses. When the patients whose vital signs were unstable, medical treatment focused on life sustention and they were kept on beds compulsively and given nutrition transfusion. Meanwhile cognition and behavior therapy was administered to help the patients find out the internal and environmental factors related to the development of this disorder, establish a new conception of healthy weight, and correct their abnormal eating behaviors. The patients who had a severe distortion of body image and a big resistance to the treatment were additionally administered with psychiatry drugs. After treatment, three patients set up a healthy eating behavior, their body weights gradually recovered and they had no relapse during a 1-year follow-up. The other three patients retained some abnormal eating behaviors and their body

[收稿日期]2006-01-30;[修回日期]2006-03-29

[作者简介]黄晓东,女,博士,副主任医师。主攻方向:儿科内分泌和青春期医学。

weights were always below normal. It was found that eating disorders in adolescents may be triggered by some environmental factors, such as comments on body shape from their peers, fashion influence, academic pressures, and problems in communication. Since the patients' abnormal eating behaviors were masked or neglected by parents at the early stage of the disease and the clinical presentations were related to multiple systems, it is difficult to make an early diagnosis and treatment. It is important to improve the pediatricians' knowledge of eating disorders of adolescents and perform cooperation between a multidisciplinary team for the early diagnosis and treatment of this disorder.

[Chin J Contemp Pediatr, 2006, 8 (4):279-282]

**Key words:** Eating disorders; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Adolescent

随着我国社会经济和医疗卫生水平的提高,儿童,尤其是青少年的疾病谱正在发生改变,非感染性疾病,心理行为疾病的发生率呈上升趋势。饮食障碍(eating disorders)便是一种因体像认知扭曲引发异常饮食行为而造成多系统、多器官损害的疾病,近年来,亚洲人群的发病率正逐步上升<sup>[1,2]</sup>,从 2003 年 1 月至 2005 年 9 月我院先后诊治了 6 例饮食障碍病人,其中 4 人因危及生命予住院治疗,而在此之前本院从未收治过该类患者。本文对这些病例的临床、病因特点和治疗进行分析,有助于儿科医生对此病的认识,在医疗实践中提高诊断水平,及早干预,以改善患者的预后。

1 对象和方法

5 例女性,1 例男性,起病年龄 12.4 ~ 15.8 岁,来本院初诊时年龄为 12.9 ~ 16.7 岁。例 1,2,3,4 入院治疗(其中例 2、例 3 各两次),均在本院专科门诊随访,患者的临床表现符合精神障碍诊断手册第 4 版(DSM-IV),疾病及有关保健问题的国际分类第 10 版(ICD-10)的饮食障碍诊断标准<sup>[3]</sup>。

入院时,例 1 手足呈紫红色,足踝部皮肤溃疡经久不愈。例 2 全身皮下脂肪几乎消失,精神萎软,烦躁易发脾气,饥饿感明显,不断要求家长变换食品种类,但进食量极少,且严格回避某些食品,并时有餐后诱吐,思维固着于身体的脂肪分布。例 3 购买了许多有关饮食营养的书籍,每次进餐前计算食物的热卡,每天只吃蔬菜、水和少量米饭,入院前 1 周每天摄入食物的总热量不足 500 kcal。例 4 因体重进行性下降,闭经 1 年,曾入住外院诊治 3 周。4 d 前(外院出院第 2 天)因饮食问题与父母发生争吵后离家出走,入院前昏迷在快餐店后被救护车送来,当时体温低于 35℃,心率 40 次/min,血压 70/40 mmHg,严重脱水,极度消瘦和衰竭,面色苍黄,心音低钝,皮肤花纹,急查血糖仅 1.4 mmol/L,电解质紊乱,血清 Na<sup>+</sup> 124 mmol/L, K<sup>+</sup> 2.3 mmol/L, Cl<sup>-</sup> 92 mmol/L,予收入 ICU 抢救。例 5 因闭经就诊,开始家长并未意识到孩子存在饮食问题,经详细询问,发现患儿近 1 年来不仅回避热卡高或脂肪多的食物,而且摄入的食物总量少,特别是常常不吃晚餐,还进行大运动量的形体练习,1 年内体重减少 10 kg,体查乳房发育不良,阴毛、腋毛稀疏。例 6 来自外省,1 年前经

表 1 6 例患者一般临床资料

病例	初诊年龄	性别	BMI	主 诉	体重下降 / 时间
1	12.9 岁	女	13.3	进行性消瘦 6 个月	9kg/ 6 个月
2	14.9 岁	男	11.2	食欲差,呕吐,明显消瘦 3 个月	20kg/ 3 个月
3	13.3 岁	女	11.9	体重进行性下降 10 个月	20kg/ 10 个月
4	16.6 岁	女	9.07	昏迷 30 分钟	25kg/ 12 个月
5	15.2 岁	女	14.0	闭经 3 个月	10kg / 12 个月
6	16.7 岁	女	17.0	食量奇大 11 个月	无明显变化

表 2 6 例患者异常饮食行为、心理情绪及体征资料

病例	异常饮食行为	心理和情绪	体 征
1	少食,漏餐	主动交流少	T ↓ HR ↓ BP ↓,无性征
2	严重节食,挑食,漏餐,餐后诱吐	抑郁,烦躁	T ↓ HR ↓ BP ↓,脱水,性征发育差
3	严重节食,挑食	抑郁	T ↓ HR ↓ BP ↓无性征
4	严重节食,挑食,漏餐	抑郁,焦虑	昏迷,T ↓ HR ↓ BP ↓脱水,性征发育差,闭经
5	少食,挑食,漏餐	稳定	乳房发育差,性毛少
6	发作性暴食,频繁餐后使用泻药	抑郁	手足凉、肿,花纹

历了一次未造成后果的小车祸后情绪不稳定,食欲很差,7个月内体重下降20多斤,然而有一天她突然开始不停地进食,一直吃到腹胀难忍,恶心呕吐,之后每天均有暴食发作,两个月后发展到每次暴食后使用泻药,并从此辍学在家。患者曾去过多家医院诊治无改善。6例患者临床资料见表1,2。

## 2 结果

例1,2,3,4均经各项检查排除其他系统性疾病,诊断为神经性厌食症。实验室检查显示其节食和/或反复呕吐已产生了严重的后果,例1,2,3,4颅脑CT均示不同程度的脑萎缩,胸部X光片上心脏形态明显缩小,并有窦性心动过缓、T波变化等心电图改变,例4心脏超声示左心室收缩功能降低(LVFS 14%)。例1,3,4CT示有腹腔、盆腔积液,例1钡餐检查显示胃张力低,十二指肠淤滞,例2胃镜见返流性糜烂性出血性胃炎,例4有肝功能严重损害,谷丙转氨酶 $>1\,000\text{ U/L}$ 。

由于例1,2,3,4均有不同程度的生命危险,因此,最初的治疗着重于维持生命安全,给予静脉营养(TPN)并强制卧床,同时实施认知行为疗法,帮助患者建立健康饮食和健康体重的认知,改变原有的异常饮食行为,建立健康的饮食行为,定时定量,逐渐增加食量,扩大食品种类。当生命体征平稳后,准许适量活动,当体重上升后,逐渐减少TPN输入量直至停止。因例2,3,4存在严重的体像扭曲,治疗过程阻抗很大,故请精神科医师介入,分别给予氯丙咪嗪或奥氮平和舒必利口服。当患者在停止静脉营养,在自行饮食的状况下,能继续保持体重的增长,且体重较入院时恢复10%左右时,则准予出院。4例患者住院短的7 d,长的30 d。

例1出院后能保持住院时业已建立的健康饮食行为,定期回访。在体重逐步上升的同时第二性征发育,1年后BMI达到20.3,1年半后初潮,至今2年半未复发。例2出院后一度病情稳定,体重曾达到40 kg。但出院2个多月后出现依从不良,拒绝服用精神类药物,拒食、诱吐等异常饮食行为再现,再次入院时体重仅30 kg,严重脱水,容量性休克。经过抢救和随后的治疗,患者进食改善,体重增加,但患者的体像扭曲始终未能纠正,病程至今1年9个月,反复发生拒食和呕吐,多次去当地医院输液,目前休学在家。例3出院后仍遗有一些异常的饮食行为未能纠正,如挑食,进餐前要对食物称重,计算热卡,体重不增,因体重下降,1年后再次入院。例4

返家后虽饮食行为有所改善,但拒绝遵从营养师的饮食方案进食,一个月后随访时体重未增加。例5经体检和实验室检查排除其他引起继发性闭经的原因,根据病史诊断为神经性厌食症,通过在门诊施行认知行为治疗,患者重建健康的饮食观念,经逐步纠正异常饮食行为后,体重渐恢复,半年后体重增加5 kg,月经重返,随访1年未复发。

例6经检查电解质、肝肾、甲状腺功能均正常,头部MRI也排除脑部器质性病变,根据其典型的病史诊断为暴食症,给予百忧解每天20 mg,同时进行认知行为治疗,帮助患者找出容易导致发生暴食的时间、场所、情绪状况等,指导如何回避这些诱发因素。2个星期后,患者暴食发作频率明显减少,且发作时进食的量也减少。一个半月后暴食行为消失,心情变得愉快,治疗开始转入提高患者应激能力,鼓励回归同龄人的生活轨道,重建人生目标。继续治疗至2个半月后,患者自觉已无暴食的内心冲动,有了积极的生活态度,之后患者找到一份工作,在充分讨论可能遇到的困难和解决的方法后,试停药物,至1年后随访未复发。

## 3 讨论

饮食障碍多发生于青春期女性,是一种慢性的、可能造成长期严重的生理和心理健康损害,甚至死亡的疾病,大量证据表明早期识别、诊断,及时正确的干预治疗可以改善患者的预后<sup>[2]</sup>。由于是精神性疾患,且发病率低等原因,儿科医生对该病普遍认知有限,而且由于该病可同时出现消化道、心血管、内分泌、泌尿生殖等多个系统的异常,如果不注意相关病史的采集,很容易造成漏诊或误诊;另外,公众对该病的特殊表现不了解,如本组患者早期出现体重下降时,其家长(老师)未能发现其异常的饮食行为,而是从学业负担重,食欲不佳,环境改变等考虑,从而错过了早期干预的机会,以致就诊时,大都病程长,病况严重,造成治疗困难,疗效不佳。

饮食障碍的病因仍不明,目前认为与体像相关的环境、社会状态,个体生理、心理的易感性,遗传等多种因素参与了该病的发生<sup>[4~10]</sup>。本研究患者中,均无饮食障碍或其他精神疾病的家族史,患者的外貌和智力在人群中均处中上水平,他们的发病除了其个性中有追求完美,敏感,内向,自尊强的易感特质外,环境因素起着重要的促发作用。例2发病前被同学嘲笑腹部有脂肪,腹肌不健美,例3因为亲友几次无意中说其胖,例1,4,5也曾偶然被同学议

论体形。心理上的易感,加之同伴、亲友的评论,媒体宣扬的美体标准,以及整个社会的选美热、美容热,触发他们开始通过节食、漏餐等异常的饮食行为来达到其扭曲的体像标准。另外,学习压力和环境适应也是一个重要的原因。例1、例5的发病均始于从外省市转学来沪的第一年,学习上的困难,地域文化差异造成的沟通障碍,使得她们承受了很大的心理压力;例2在进入重点班后,一直无法适应激烈的学习竞争,也不能建立良好的伙伴关系;例6因车祸脱课后,一直担心初中毕业考试不能通过,这些患者未能以积极的方法化解压力,与此同时未能及时得到家长、老师和同伴的疏导和支持,发生饮食行为偏差后也未被早期发现和识别,以致产生了严重的后果。

饮食障碍的治疗依赖于一个专业化医疗团队的合作<sup>[11-13]</sup>,在本组患者的治疗中,依靠了儿科(青春期)、营养、精神、护理等专业的医护人员的共同参与。儿科医生承担着维护患者生命安全,处理各种并发症,疏导患者情绪和家庭教育的任务;护士监督和记录患者的进食和情绪变化;营养师除了根据患者的营养状况、病程、尤其是青春期特殊的营养需要提供平衡的营养方案外,还对患者进行营养教育;精神科医师通过对患者进行精神心理评估,决定是否使用精神类药物及选择药物的种类。因为饮食障碍治愈的目标不仅是体重增加,而且是纠正异常的体像认知及饮食行为,建立健康的饮食行为,后者不可能在住院期间完成,所以我们在治疗中强调让家长,亲友甚至老师充分认识该疾病的性质,了解治疗的艰巨性和长期性,参与治疗过程,如掌握一定的营养知识,监管患儿的饮食,识别异常的行为,对预防复发非常重要。在纠正饮食行为时,我们采用强制与灵活相结合,惩罚与奖励并行的原则,兼顾患者的食物喜好,阶梯式完成计划。除了生命维护措施外,心理疏导和支持也非常重要,我们认为首先需得到患者的信任,消除沟通障碍,帮助患者找出潜在的原因,如学习、交友、家庭关系等方面的问题,指导其积极面对。当患者存在严重的体像扭曲或疑伴有抑郁、强迫症等其他精神疾患时,则请精神科医生协助治疗,有利于认知行为疗法的开展。鉴于我国公众易对精神疾病患者产生歧视的国情,建议暂时向患者隐瞒服用药物的性质,以提高治疗的依从性。例2在疾病一度控制,体重上升的情况下,坚决拒绝服用已呈现治疗效果的精神类药物,导致疾病治疗困难,病情反复,此为一个教训。

处于青春期的孩子由于要经历生理、心理、情感上的重大转变,面临学业的巨大压力,容易发生情绪和行为的偏差,产生特殊健康问题。我国正处于社会、经济的转型期,快速的经济增长和巨大的社会变革,使得这一代青少年所面临的学业、就业的竞争压力比以往都大,心理、行为异常不可避免地将成为新的健康热点问题,因此,当代儿科医生只有不断学习和更新相关的知识才能更好地为这一代提供健康服务。

#### [参 考 文 献]

- [1] Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries [J]. *Med Gen Med*, 2004, 6(3):49-51.
- [2] Lee HY, Lee EL, Pathy P, Chan YH. Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study [J]. *Singapore Med J*, 2005, 46(6):275-281.
- [3] 陶国泰. 儿童少年精神病学 [M]. 南京:江苏科学技术出版社,1999:264-266.
- [4] Collier DA, Treasure JL. The etiology of eating disorders [J]. *Br J Psychiatry*, 2004, 185(11):363-365.
- [5] Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of eating disorders: population based cohort over 3 years [J]. *BMJ*, 1999, 318(7186):765-768.
- [6] Mantzoros C, Flier JS, Lesem MD, Brewerton TD, Jimerson DC. Cerebrospinal fluid leptin in anorexia nervosa: correlation with nutritional status and potential role in resistance to weight gain [J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 1997, 82(6):1845-1851.
- [7] Jimerson DC, Mantzoros C, Wolfe BE, Metzger ED. Decreased serum leptin in bulimia nervosa [J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2000, 85(12):4511-4514.
- [8] Devlin B, Becanu SA, Klump KL, Bulik CM, Fichter MM, Halmi KA, et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates [J]. *Hum Mol Genet*, 2002, 11(6):689-696.
- [9] Katzman DK, Lambe EK, Mikulis DJ, Ridgley JN, Goldbloom DS, Zipursky RB, et al. Cerebral gray matter and white matter volume deficits in adolescent females with anorexia nervosa [J]. *J Pediatr*, 1996, 129(6):794-803.
- [10] Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes [J]. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(3):393-401.
- [11] American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision) [J]. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(1 Suppl):1-39.
- [12] Tan JO, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick R. Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the review of patients and parents [J]. *Int J Law Psychiatry*, 2003, 26(6):627-645.
- [13] Spence D. Management of anorexia nervosa revisited; drug treatment suggestions are questionable [J]. *BMJ*, 2004, 328(7447):1075-1076.

(本文编辑:吉耕中)