

厭食症與暴食症 現代婦女的飲食症候群

減肥節食在年輕人當中非常普遍
若因節食過度而導致身心不正常時
就有必要做進一步評估了

美國約有1%的15~40歲的婦女患有厭食症，2~3%患有暴食症。在加拿大有6萬個人患有暴食或厭食症。厭食症男性只有女性患者的1/20，暴食症男性只有女性的1/10。作者個人調查台北地區厭食症在12~25歲的年輕婦女有0.1%，疑似病例有0.4%，而暴食症則有0.5%，疑似暴食病例4.4%。

流行病學

何以有這種差異至今未知，一般都認為是因男性比較不注重體態及減肥。在本中心減肥病例中，85%是女性病人也是佐証。所以除了完全的厭食症及暴食症之外，仍有5%的婦女有“次臨床”症候。所謂次臨床指的是有行為上及心理上的暴食及厭食問題，但其程度與比一個符合正式診斷的要求要輕些。

再說有一半的暴食症病人曾患有過厭食症的病史，而有一半的厭食症病人同時有暴食症。雖然這些症候典型地發生於18~25歲的病患，但開始發病的年齡通常在10幾歲左右，有一部份的病人一直持續到成年期。

雖然過去認為中上階層的家庭容易發生，在台灣則厭食症偏中上家庭，暴食症偏中下家庭仍然存在。但過去15年這種現象，在美國已漸漸不明顯。

由於這些病人得病後感到羞恥，以及慢性療程使許多病人不主動求醫診治，常導致嚴重症狀出現，所以這些疾病有相當的罹病率及死亡率，追蹤研究顯示死亡率在30年間達15%。

在厭食症患者中，死亡原因常是因飢餓併發身體功能減弱，而暴食症則由於嘔吐而引起新陳代謝失調，尤其血鉀降低；自殺也是可能死因，尤其合併抑鬱、社會疏離以及全身各種病痛的到來時。未接受治療者的罹病率是可觀的，包括社會、職業、以及人際間的種種問題，以及醫療龐大的支出。

惡性循環

要分析飲食症候群可能要用到多層面的致病因子模式。開始決定要節食或禁食，可能是一個心理障礙的反應，最典型的是牽涉到自尊心低落、無助，或因為疾病而感到無效，而節食開始時令人重拾操控的感覺，以及自我控制，因此能夠暫時舒緩未解決的問題的壓力。

然而問題仍然存在，再加上飢餓所引發的問題又出現，使人繼續節食下去，這個惡性循環漸漸產生，直到病人陷入飢餓症狀，或進入一個繼續不斷的節食—狂吃—清瀉的惡性循環。

大部份的厭食症患者身體及行為的表徵都是飢餓的副作用，會因為營養上的復健而康復，但是厭食症因身體形象扭曲而過度追求消瘦，却不是可以復原的。

在暴食症的病人裡，大家必需注意的是，有許多病人原來的體重標準之上，所以當病人體重仍在正常範圍，並不能排除他們已經是處於飢餓狀況了。在這些病人中，開始狂吃只是熱量不足的一個反應，輕瀉又是一種排除不必要熱量的企圖而已，反而因此更加重飢餓狀況，於是惡性循環一而再的

發生。有時候不同的環境及情緒的提示，可能變成狂吃的一個刺激因素。

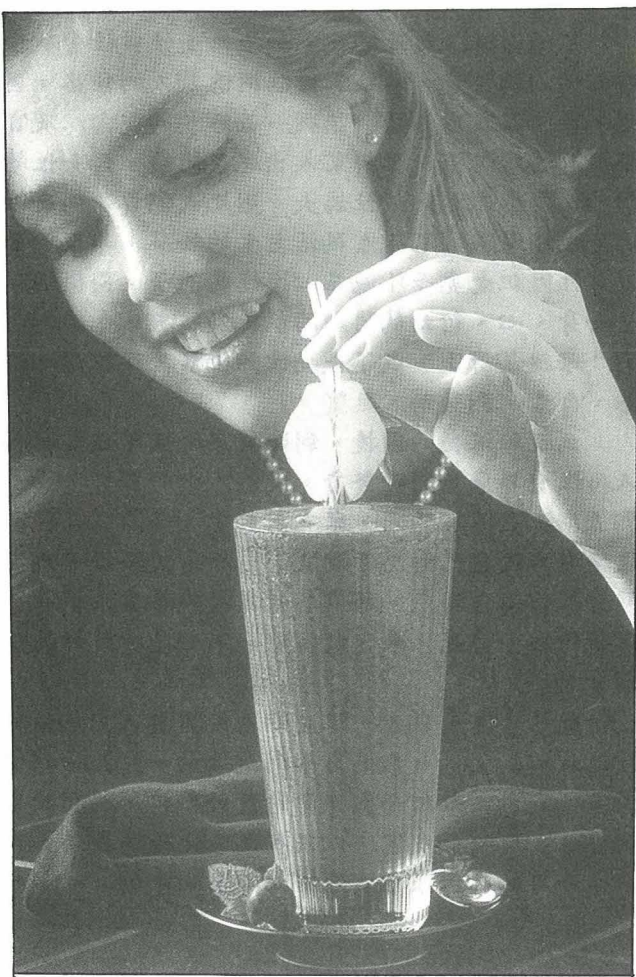
漸進治療

飲食症候群不止發病，連治療都是多層面的。第一步是回復正常的進食型態。對於暴食症病人而言，就是停止節食、狂吃、清瀉的行為。

對於厭食症的病人，則在慢慢回復體重下，漸漸減少病人對正常體重的恐懼。治療方針包括鼓勵及支持，使用心理教育及教材，以及減少焦慮的藥物；一些加強營養的治療，如鼻胃管灌食或靜脈營養都可改善非常低體重的狀況。

心理層面的治療，必須與回復身體健康的治療併行。個人的心理障礙，可由診查支持這些病態行為的扭曲認知；幫助病人認知基本情緒狀況，然後讓他發展另外的壓力處理技巧；減少藉外來提示來監測自尊的需要。

動員家庭成員的治療，對年紀較小的病患尤其有用。剛開始這種包含家庭成員的治療，要先增加家庭成員對這些疾病的知識，以及減少無助的感覺，而不是所有成員的家庭治療。



在治療暴食症病患時，漸進的方法常有效。一小部份的暴食症病患對於簡單的治療也有改善，比如團隊的心理教育，提供一些基本上本疾病的資訊，會診營養師，以及減輕體重的支持。

没有效果的病人還可以門診團體治療，或門診個別多層面性的心理治療。若還有病人没有因此改善的情形，可以轉介接受進一步的密集治療，比如到白天醫院或住院治療，甚至有部份病人可能還需要後送到專門的治療中心。

體認健康

最近15年來的研究，有下列的進展：

1. 厭食及暴食症已明顯增加，且合併顯著的罹病率及死亡率。在特定的人群中，有比較高的致病因子，他們是運動員、舞者、模特兒，以及其它特別重視體重及體態的行業。

2. 雖然有效的治療已經發展出來，不只營養上照顧飢餓，及心理上的問題。有許多問題仍未了解，如：

(1) 治療藥物的作用機轉仍然不清楚。

(2) 許多生理異常現象仍然未解答。

(3) 目前正要開始探查的是，基因上及家族環境上對這兩個症候群發生的相對促成程度。

(4) 雖然已有許多關於病史及最後結果的資訊，但仍然需要更多的研究。這些研究目前多正在進行中，將來可能有助於預知個體致病的可能性以及治療的結果。同時醫療人員面對厭食及暴食的兩要件是，發現病例及將之轉介到相關單位接受進一步照顧。

健康教育人員、老師、傳播媒體負有大眾教育最重要的責任。除了提醒大眾認識這兩個症候群之外，民眾教育必須針對減肥的危險，揚棄“獨一”的“理想”體重，而代以健康的體重範圍。

因為人體的體位，受到種族、遺傳、營養、運動、身高、骨架、疾病而影響，以一元一次方程式來“標準化”理想體重，會造成一部份有內在傾向的人，更加對自身的體重、形象不滿，造成減肥中心林立，安非他命流行，直銷“健康食品”流竄。

從我們減肥門診的分析，大部份的病人都在院外減肥過，有許多人具有暴食症次臨床現象及一部份完全的暴食症，這些問題有待衛生主管機關、家醫科、內科醫學會繼續教育領導者的注意，以及更多精神科醫師的投入。更重要的是，國內臨床營養學是一門專科醫學，這條路需要更多人同行。 ◆