

6-1-1997

Weight loss in the adolescent and anorexia nervosa

C. Pruksananonda

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Pruksananonda, C. (1997) "Weight loss in the adolescent and anorexia nervosa," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 41: Iss. 6, Article 3.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol41/iss6/3>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

เมื่อวัยรุ่นน้ำหนักลด และ Anorexia nervosa

จันทร์จิตา พฤษานานนท์*

Pruksananonda C. Weight loss in the adolescent and anorexia nervosa. Chula Med J 1997 Jun; 41(6): 409-20

Increasing number of female adolescents are preoccupied with weight and dieting. All patient presenting with weight loss should be carefully evaluated. Underlying medical and psychological conditions as the possible causes of food restriction and weight loss can be quickly recognized and treatment can begin promptly. Special consideration should be given to true eating disorder. The disorders usually present with a complex mix of psychological disturbances, symptoms of psychoendocrine disturbances and consequences of malnutrition and low body weight. Underdiagnosis delays the opportunity to treat the condition when the chance for success is greatest. The establishment of trust, early restoration of nutritional and metabolic state to normal, family involvement and a team approach are the principle of successful intervention in order to establishing healthy eating habits and maintaining a desirable weight with better individual and family psychological function.

Key words : Anorexia nervosa, Eating disorder.

Reprint request : Pruksananonda C. Department of Pediatrics, Faculty of Medicine.
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. March 14, 1997.

ค่านิยมในสังคมปัจจุบันบุคคลที่มีรูปร่างผอมบาง มักถูกมองว่าสวยงามน่าชื่นชม ดารา นักร้อง นางแบบ นักแสดงมักเน้นที่มีรูปร่างผอมบาง เน้นเรื่องการควบคุมอาหาร และเป็นแบบอย่างให้วัยรุ่นทำตาม

การสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า วัยรุ่นหญิง ประมาณร้อยละ 80-90%⁽¹⁾ พยายามควบคุมอาหาร เพื่อลดน้ำหนัก แต่มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 10 เท่านั้นที่ต้องการลดน้ำหนักอย่างจริงจังและแสดงอาการที่น่าเป็นห่วง

กุมารแพทย์เป็นบุคคลที่พ่อแม่จะมาปรึกษาเมื่อ ลูกวัยรุ่นน้ำหนักลดลง ผู้ป่วยทุกคนที่มาหาด้วยเรื่องน้ำหนัก ลด ควรได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียดเพื่อตรวจพบและรักษาโรคต่างๆ อย่างทันทั่วทั้ง ทั้งโรคทางกาย อื่นและ Eating disorder

การวินิจฉัยแยกโรคควรทำเป็นขั้นตอนดังนี้⁽¹⁾

ขั้นที่ 1 พิจารณาว่าการลดน้ำหนักนั้น ผู้ป่วยตั้งใจและอยากทำอย่างจริงจังหรือไม่ โดยดูปัจจัยต่างๆ คือ

- ความสนใจในการลดน้ำหนัก
- กิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การทำงาน การเล่นกีฬา
- อาการหรืออาการแสดงของโรคต่างๆ เช่น มะเร็ง โรคทางระบบประสาท ท้องเสียเรื้อรัง เป็นต้น
- การร่วมทำกิจกรรมหรือเล่นกีฬาที่ให้ความสำคัญของการคุมน้ำหนักและการมีรูปร่างดี เช่น บัลเล่ย์ ยิมนาสติก เตินแบบ

1.1 ถ้าน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ และทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติหรือน้อยกว่าปกติ ควรต้องตรวจหาโรคต่างๆ (unrecognized illness) ดังตารางที่ 1.

1.2 ถ้าน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ ร่วมกับมีการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะร่างกายเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นจากการออกกำลังกายและอยู่ในช่วงที่

กำลังมีการเจริญเติบโตในวัยรุ่นตามปกติจึงต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับความต้องการสารอาหารของร่างกายที่เพิ่มขึ้นและให้รับประทานให้พอเพียง

Table 1. Differential Diagnosis of Anorexia Nervosa.⁽⁵⁾

Psychiatric
Schizophrenia
Paranoid disorders
Affective disorders
Obsessive-compulsive disorders
Neurologic
CNS tumor or lesion, especially in midline
Kluver-Bucy syndrome
Kleine-Levine syndrome
Seizure disorder
Gastrointestinal
Inflammatory bowel disease
Neoplastic bowel disease
Pancreatitis
Malabsorption syndromes
Achalasia
Endocrinologic
Panhypopituitarism
Hyper- and hypothyroidism
Addison syndrome
Diabetes mellitus
Diabetes insipidus
Gonadal dysfunction
Polycystic ovaries
Pregnancy

1.3 ถ้าตั้งใจลดน้ำหนักพร้อมกับออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อาจเพราะต้องการให้มีรูปร่างดีขึ้น ซึ่งจะเสี่ยงต่อการมีอัตตมโนทัศน์ (self concept) ที่ต้องขึ้นอยู่กับน้ำหนักและอาจกลายเป็น eating disorder จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการลดน้ำหนักในช่วงที่ร่างกายกำลังมีการเจริญเติบโต และควรเฝ้าระวังและนัดมาตรวจสม่ำเสมอ

1.4 ถ้าตั้งใจลดน้ำหนักร่วมกับการเพิ่มการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างมากโดยมีวัตถุประสงค์แน่ชัดที่จะลดน้ำหนักอย่างจริงจังรวมทั้งควบคุมอาหารอย่างมาก ให้สงสัยว่าเป็น eating disorder ต้องตรวจประเมินขั้นที่ 2 ต่อไป

ขั้นที่ 2 พิจารณาว่าการควบคุมอาหารนั้นมากเกินไปหรือไม่ โดยซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อประเมิน

- อาการและอาการแสดงของการขาดอาหาร (ตารางที่ 2,3)
- บริโภคนิสัย (ตารางที่ 4)
- เป้าหมายของน้ำหนักที่ต้องการ
- การมีภาพลักษณ์ของตนเองผิดปกติ (ตารางที่ 5)

Table 2. Symptoms of Malnutrition.⁽¹⁾

I. Physical

- | | |
|-------------------------|---|
| - Amenorrhea | - Fainting or dizziness |
| - Cold intolerance | - Headaches |
| - Constipation | - Lethargy and weakness (except when exercising to lose weight) |
| - Dry, flaking skin | - Early satiety or bloating |
| - Dry, lack-luster hair | - Anorexia (occurs late in malnutrition) |
| or hair loss | |

II. Mental

- Difficulty concentrating or making decisions
 - Irritability
 - Depression and social withdrawal
 - Obsessive thinking about food and eating
-

Table 3. Signs of malnutrition.⁽¹⁾

<p>I. Negative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal optic discs - No organomegaly - No lymphadenopathy - No breast atrophy <p>II. Positive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypothermia - Bradycardia (with orthostatic changes) - Hypotension (with orthostatic changes) - Lanugo-type hair over face-upper trunk - Weight loss - Loss of muscle mass in addition to fat - Acrocyanosis - Changes in electrolytes, glucose, liver function, white blood cell count, EKG

2.1 ผู้ป่วยอาจจะไม่มี eating disorder ถ้าไม่มีอาการและอาการแสดงของการขาดอาหารมีบริโภคนิสัยที่ปกติ น้ำหนักที่ต้องการยิ่งมากกว่า 85% ของน้ำหนักที่เหมาะสมกับส่วนสูงและเพศ และมีภาพลักษณ์ (body image) ที่ปกติ แต่ถึงแม้ผู้ป่วยดังกล่าวนี้จะไม่ใช่ eating disorder แต่ถ้าควบคุมอาหารมาก เราควรช่วยเหลือโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมในวัยนี้และผลเสียของการลดน้ำหนักมากเกินไป เป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับปัญหาที่อาจเกิดมีขึ้น (anticipatory guidance) และควรติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หากมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ควรต้องตรวจประเมินอย่างละเอียด

2.2 ผู้ป่วยอาจมี eating disorder ถ้ามีอาการและอาการแสดงของการขาดอาหาร มีบริโภคนิสัยที่ผิดปกติไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย น้ำหนักที่ต้องการน้อยกว่า 85% ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น และมีภาพลักษณ์ของตนเองที่ผิดปกติ (distorted body image) ต้องตรวจประเมินขั้นที่ 3 ต่อไป

Table 4. Food-Related Behaviors and Dietary Habits in Eating Disorders.⁽¹⁾

	Food-Related Behaviors
* Extremely calorie-conscious.	* Views dieting as a matter of control, not of vanity.
* Makes postprandial visits to bathroom (to vomit)	* Prepares food for the rest of the family (especially baking cookies, cakes, pies) but eats little herself/himself.
* Expresses feeling of guilt after eating or gaining weight.	* Demonstrates interest in diets, recipes, and "physical fitness"
* Engages in compulsive, ritualistic exercising to lose weight	* Hoards or steals food (seen only in bulimia)
* Feels in control or good about self only when dieting or losing weight.	
* Perceives eating and gaining weight as being weak, lazy, or "giving in".	

Table 5. Body Image Distortion in Eating Disorders.⁽¹⁾

- * Feels "fat" (especially in thighs, buttocks, and abdomen), even when emaciated.
- * Perceives a normal thigh or waist skinfold as evidence of being "fat".
- * Perceives her/his own body proportions inaccurately; perceives body proportions of other people accurately.
- * Distorted body image limited to self---recognizes thinness in other people.
- * Enjoys feeling bony prominences such as ribs or anterior iliac crests.
- * Checks on weight frequently either on scales or in a mirror.
- * Wears loose-fitting clothes to hide "being fat."
- * Makes negative comments about excessive weight or being fat.
- * Feelings of fatness do not diminish with weight loss; no amount of weight loss can eliminate the feeling of being fat or the fear of obesity.

ขั้นที่ 3 พิจารณาว่าความต้องการ "ผอม" มีมากเกินไปเพียงใด ตั้งใจลดน้ำหนักจริงจังแค่ไหน และการลดน้ำหนักช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น ทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียนและปัญหา กับเพื่อนได้อย่างไร โดยประเมิน

- วิธีที่ใช้ในการลดน้ำหนัก
- ความตั้งใจที่จะมีน้ำหนักอย่างน้อย 85% ของน้ำหนักที่เหมาะสมกับความสูง อายุ เพศ
- ปัญหาการปรับตัวที่อาจเกิดขึ้นในวัยรุ่นทั้งการสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง การยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเป็นอิสระจากครอบครัว
- ความสำคัญของการลดน้ำหนักที่มีต่ออัตตมโนทัศน์ของผู้ป่วย

3.1 ผู้ป่วยอาจไม่ใช่ typical eating disorder (แต่อาจเป็น early หรือ atypical eating disorder) ถ้าผู้ป่วยจำกัดแคลอรีไม่น้อยกว่า 1000 cal/day ไม่อาเจียน ไม่ใช้ยาระบาย รวมทั้งตั้งใจที่จะมีน้ำหนักอย่างน้อย 85% ของที่ควรจะเป็น มีอัตตมโนทัศน์ที่ดี และไม่

มีปัญหาในการปรับตัวในช่วงวัยรุ่น แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ต้องติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด และต้องมีการช่วยเหลือ โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม รวมทั้งผลเสียของการลดน้ำหนักมากเกินไป และต้องให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เพียงพอ และจำกัดการออกกำลังกายไม่ให้มากเกินไปเพื่อให้น้ำหนักขึ้นมาเป็นอย่างน้อย 85% ของที่ควรจะเป็น และต้องนัดมาติดตามการรักษาทุก 2-3 อาทิตย์

3.2 ผู้ป่วยอาจเป็น eating disorder ถ้าผู้ป่วยใช้ยาระบาย อาเจียน จำกัดอาหารอย่างมากและออกกำลังกายอย่างหักโหมเพื่อจะให้น้ำหนักลด

- ไม่ยอมให้น้ำหนักขึ้นเพราะกลัวอ้วนเป็นอย่างมาก
- มีปัญหาในการปรับตัวในช่วงวัยรุ่น และจะมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองก็ต่อเมื่อน้ำหนักลดหรือผอม
- มีบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ในครอบครัว เหมือนที่พบในผู้ป่วยที่เป็น eating disorder (ตารางที่ 6)

Table 6. Common Personality Profile and Family Dynamics in Eating Disorders.⁽¹⁾

Personality Profile	
* Adolescent female	* Low self-esteem and sense of effectiveness, despite achievements.
* Achievement-oriented, perfectionistic.	* Poor communication, especially about emotions and feelings.
* Self-disciplined, strong-willed determined.	* Problems with adolescent developmental concerns, such as growing up, attaining independence, or achieving a stable identity
* Eager to please and to meet expectations of others.	
Family Dynamics	
* Enmeshment of family members (interpersonal boundaries fluid and indistinct)	* Poor communication patterns and lack of conflict resolution.
* High degree of protectiveness (especially avoiding negative emotions).	* Eating problems provide a homeostatic balance for family interactions.
* Poorly defined identities of some members of family	* Rigidity in approach to solving problems.

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และดูแลร่วมกันกับนักจิตวิทยา นักโภชนาการ หากรักษาเป็นผู้ป่วยนอก แล้วไม่สามารถรับประทานอาหารให้ได้ สารอาหารพอเพียง และไม่สามารถลดการเผาผลาญพลังงานโดยจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้น้ำหนักขึ้นได้ หรือเมื่ออาการต่างๆ เลวลง ควรต้องพิจารณาการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

EATING DISORDER:-

Anorexia nervosa

โรคนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่นอย่างรุนแรง พบได้บ่อยในเพศหญิง (90-95%) อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง ประมาณ 1:10 ถึง 1:20⁽³⁾ อายุที่เริ่มเป็นจะมีอยู่ 2 ช่วงคือ 13-14 ปี และประมาณ 17-18 ปี⁽⁴⁾

พบในคนที่อยู่ในเศรษฐกิจฐานะดี ในสหรัฐอเมริกาจะพบประมาณ 1 ใน 100-200 ของวัยรุ่นหญิงที่มีเศรษฐกิจฐานะดี และพบเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา^(4,5,6)

เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวกับการอดอาหารจนมีน้ำหนักลดลงอย่างมาก (>15%) จนร่างกายมีอาการแสดงของคนขาดอาหารและประจำเดือนขาดหาย รวมทั้งมีความกลัวอ้วนเป็นอย่างมาก มีความคิดที่ผิดปกติเกี่ยวกับรูปร่างของตน คิดว่าส่วนต่างๆ ของร่างกายอ้วน ทั้งๆ ที่ผอมมากโดยที่ไม่มีสาเหตุอื่น ดัง DSM IV criteria⁽⁷⁾ ตารางที่ 7

ในบางอาชีพ เช่น นักบัลเล่ย์, นางแบบ, นักเต้น, นักวิ่งมาราธอน ต้องมีรูปร่างสวยงาม ทั้งยังได้รับแรงกดดันจากสื่อต่างๆ เพื่อน, ครู, ครูฝึก หรือแม้กระทั่งพ่อแม่และแพทย์เองที่เน้นเรื่องการมีรูปร่างดี จึงตั้งใจลด

Table 7. DSM IV criteria,⁽⁷⁾ Eating Disorders, Anorexia Nervosa.

-
- A. Refusal to maintain body weight at or above minimally normal weight for age and height (e.g., weight loss leading to maintenance of body weight less than 85% of that expected; or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).
 - B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.
 - C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.
 - D. In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e., the absence of at least three consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration)

Specify type:

Restricting Type:

Binge-Eating/Purging Type:

น้ำหนัก จำกัดอาหารและออกกำลังกายมาก แต่ยังไม่เป็น anorexia nervosa อาจเรียกว่า atypical หรือ secondary หรือ pseudoanorexia nervosa⁽²⁾ ซึ่งส่วนใหญ่จะยังคงมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ปกติ แต่บางคนอาจได้รับผลแทรกซ้อนของการขาดสารอาหารคือมีกระดูกผุ (Osteoporosis) เป็นหมัน (infertility) และกล้ามเนื้ออ่อนแรง และบางคนเมื่อน้ำหนักเริ่มลดจะมีคนทักและชมว่ารูปร่างดี เกิดความภูมิใจว่าตนทำได้ จะเป็นแรงเสริมให้อยากลดน้ำหนักต่อไปเรื่อยๆ จนถึงระดับที่อาจเป็นอันตรายได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะรักษาได้ผลดีกว่า โดยเฉพาะถ้ารักษาแต่เนิ่นๆ ก่อนที่จะถึงระยะที่เป็นนานและมากขึ้นจนยากที่จะรักษา

สาเหตุ:-

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด คิดว่าสาเหตุมีหลายปัจจัย ซึ่งเป็นผลรวมของปัจจัยทางชีวภาพ (biological) ทางจิตใจ (psychological) และทางสังคม

(social) คือ biopsychosocial factors^(2,4,5,6)

- เชื่อว่าอาจมีความผิดปกติในระบบ neuro-endocrine ซึ่งยังสรุปไม่ได้แน่ชัดว่า การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นมีอะไรบ้าง เช่น การเพิ่มขึ้นของ cortisol การเพิ่มขึ้นของ endogenous opioid activity

- ทักษะ และค่านิยมของสังคมปัจจุบันที่เน้นเรื่องการควบคุมอาหาร และการมีรูปร่างผอมบาง

- ปัญหาทางจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผิดปกติ เช่น ขาดการแก้ปัญหา ใช้ลูกกลความขัดแย้งในพ่อแม่ ซึมเศร้า ปกป้องลูกมากเกินไป (overprotection) ไม่รู้จักผ่อนปรน (rigidity) ก้าวก้าวเกี่ยวพันกันมากเกินไป (enmeshment) มีการพัฒนาทางจิตใจที่ผิดปกติ เช่น คิดว่าการที่น้ำหนักขึ้นหมายถึงเป็นคนอ่อนแอ ควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นต้น

อาการที่มาพบแพทย์เป็นผลจาก psychologic disturbance, neuroendocrine dysfunction และ systemic specific abnormalities

การวินิจฉัย :

จะทำให้ง่ายถ้าพบวัยรุ่นที่มีน้ำหนักลดลงโดยหาสาเหตุไม่ได้ ร่วมกับมีการออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมาก มีร่างกายซูบผอม ประจำเดือนไม่มา และผู้ป่วยยังคิดว่าตนเองอ้วน ไม่กังวลเกี่ยวกับน้ำหนักที่ลด ไม่ยอมรับประทาน ไม่สนใจที่จะรักษา

ควรพิจารณาแยกจากโรคอื่นที่ทำให้มีน้ำหนักลด (ตารางที่ 1) โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกายอย่างละเอียด

การซักประวัติ :

อาจทำได้ยากถ้าผู้ป่วยปฏิเสธปัญหาต้องพยายามถามจากผู้ป่วย และพ่อแม่ ต้องซักประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับน้ำหนัก อาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมต่างๆ ที่ทำ ประจำเดือน อาการทางกาย เช่น ท้องผูก ปวดท้อง ชี้นาว และทางจิต เช่น ซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเป็น “perfect child” เป็นคนมีระเบียบเรียบร้อยทั้งการแต่งกาย และการเรียน สอบได้คะแนนดี แต่ในระยะหลังของโรคจะกลายเป็นไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ตนเอง ไม่มีเพื่อน แยกตัว การเรียนแย่งลง

อาจมีความเชื่อหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติในการรับประทานอาหาร เช่น ตักอาหารในปริมาณที่น้อยมาก หันอาหารให้เป็นชิ้นเล็กที่สุดเท่าที่จะทำได้ นับชิ้นอาหารที่รับประทาน กินแต่ผัก เป็นต้น และถึงแม้จะรับประทานน้อย แต่ผู้ป่วยมักสนใจทำอาหาร สะสมตำราอาหาร ชอบทำอาหารให้ผู้อื่นรับประทาน ฯลฯ

กิจกรรมต่างๆ ที่ทำควรถามให้ละเอียด เพราะมักจะทำเพิ่มขึ้นเพื่อเผาผลาญพลังงาน เช่น วิ่งขึ้นลงบันไดบ่อยๆ เดิน aerobic วันละหลายชั่วโมง เป็นต้น

ประจำเดือนจะขาดหายไปอย่างน้อย 3 รอบเดือน ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อดอาหารคือประมาณ 20% ประจำเดือนจะขาดหายก่อนที่น้ำหนักจะลด^(4,6)

50% ประจำเดือนขาดหายพร้อม ๆ กับน้ำหนักลด
25% ประจำเดือนขาดหายหลังน้ำหนักลดแล้ว

คิดว่าเป็นจาก stress-related hypothalamic dysfunction มากกว่าที่จะเป็นจากการจำกัดไขมันและการขาดอาหาร⁽⁴⁾ และพบร่วมกับการหลัง gonadotropin ที่ลดลงจนเหมือนก่อนเข้าวัยรุ่นหรือวัยรุ่นตอนต้น

ภาวะทางจิตใจนั้นพบว่าถ้าขาดอาหารรุนแรงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจเกิดความกังวล ซึมเศร้า ย้ำคิดย้ำทำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย จึงควรต้องถามถึงอาการดังกล่าวด้วย

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะปกปิดรูปร่างโดยใช้เสื้อผ้าหนา หลายชั้น หรือเสื้อตัวใหญ่หลวม จึงควรให้ผู้ป่วยใส่เสื้อขาวของโรงพยาบาล เพื่อจะได้เห็นชัดว่าผอมมากเพียงใด

- น้ำหนัก ดูว่าลดจากเดิมมากน้อยเท่าใด
- vital sign ถ้าขาดอาหารมากและรุนแรงจะมี hypothermia, bradycardia, hypotension
- ผิวหนัง
 - พบ lanugo hair โดยเฉพาะที่หน้า ไหล่ และหลัง ขนที่หน้าท้องและหน้าอกอาจสีเข้มขึ้น
 - ผิวหนังจะแห้ง สีดูซีดเหลือง เป็นลายๆ (sallow, mottle) ขนหลุดง่าย ไม่มีไขมันใต้ผิวหนังมีและเท่าเย็น การที่ไม่สามารถรักษาอุณหภูมิร่างกายให้เหมาะสมได้อาจเป็นจาก hypothalamic defect หรือจากการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง และมีการเปลี่ยนแปลงของ vasomotor regulation

การตรวจทางระบบประสาท

ควรตรวจละเอียดเพื่อแยกโรคที่ทำให้มีอาการเกิดจากการมีความดันเพิ่มสูงในโลกศีรษะ เนื่องจาก

ที่ optic chiasm, hypothalamus, pituitary

- ช่องปากอาจพบแผลถลอกที่เพดานปาก หรือ เยื่อช่องปาก และเคลือบฟันด้านในสึก (enamel erosion) จากการอาเจียนบ่อยๆ โดยพบที่ฟันบนหน้า (upper incisors)^(6,8)

- ต่อม้ำลาย parotid และ submandibular โต

- ขนาดของต่อม Thyroid ต้องตรวจอย่างละเอียด เพราะอาการผู้ป่วยบางอย่างจะคล้ายกับ hypothyroidism หรือ hyperthyroidism ต่อมอาจดูเหมือนขนาดใหญ่เพราะกล้ามเนื้อและไขมันใต้ผิวหนังบริเวณนี้จะลดลง การทำงานของต่อมไทรอยด์จะเหมือนในคนไข้ที่ป่วยหนัก (euthyroid sick syndrome)^(4,6,9) อาการคล้าย hypothyroid มี ชีพจรช้า, หนาวง่าย, ผิวหนังแห้ง ขนแห้งเพราะ reflexes ลดลง แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะปกติ คือ thyroxine(T₄) และ Thyroid stimulating hormone(TSH) ปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ควรตรวจว่ามี arrhythmias ร่วมด้วยหรือไม่ เชื่อว่าเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อย mitral valve prolapse พบได้บ่อยในคนไข้ที่เป็น anorexia nervosa อาจเกี่ยวโยงกับ hypovolemia หรือ cardiomyopathy peripheral edema บางครั้งอาจพบร่วมได้ ทั้งๆ ที่ไม่มี congestive heart failure หรือ hypoproteinemia อาจเป็นจากการที่มี bradycardia และ hypotension เป็นอย่างมากจึงมี low cardiac output

การตรวจหน้าท้อง:

พบ hypoactive bowel sounds อาจคลำก้อน อุจจาระได้ ส่วน pelvic exam ควรทำเมื่อผู้ป่วยมีประจำเดือนขาดหายเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้ตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ขาดอาหารมานาน มดลูกมักจะเล็ก เพราะ estrogen ลดลง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : จะพบความผิดปกติหลายอย่างซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับโรค แต่ก็มียุทธศาสตร์ในการแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกไป

- Complete blood count (CBC) พบมี leukopenia, anemia, thrombocytopenia

- Erythrocyte sedimentation rate (ESR) จะต่ำมาก

- Electrolyte มักปกติ แต่อาจพบ hypochloremia, alkalosis และ severe hypokalemia ร่วมด้วย ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก อดอาหารรุนแรง ไข้ ระบายหรือยาขับปัสสาวะร่วมด้วย

- Glomerular filtration rate (GFR) ลดลง hematocrit และ blood urea nitrogen (BUN) จะเพิ่มขึ้น จาก dehydration

- hypocalcemia เกิดจาก calcium malabsorption ในพวกที่ไข้ระบายมาก

- hypercalcemia อาจพบได้จากการกระตุ้นของ parathyroid hormone

- phosphorus, magnesium จะต่ำในระยะท้ายของโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ดี

- cholesterol อาจเพิ่ม ไขมันมักไม่ขาด การที่มีน้ำหนักลดอย่างมากจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เพื่อเก็บรักษาพลังงานไว้ estrogen ในปัสสาวะ และ gonadotropin ในเลือดจะลดลง โดย Luteinizing hormone (LH) จะลดลงมากกว่า follicular-stimulating hormone (FSH) ซึ่งจะมีระดับต่ำเหมือนช่วงก่อนเข้าวัยรุ่น และมักกลับมาปกติหรืออาจคงต่ำอยู่นานหลายเดือนหลังจากที่น้ำหนักขึ้น ระดับ cortisol จะปกติหรือเพิ่มขึ้น

TSH และ T₄ ปกติ แต่ triiodothyronine (T₃) ลดลงและ reverse T₃ (rT₃) เพิ่มขึ้น การลดลงของ T₃ เป็นเพราะ peripheral conversion ของ T₄

เป็น T3 ลดลง เป็นการปรับตัวในภาวะที่ขาดอาหาร เพื่อที่จะลดอัตราการเผาผลาญของร่างกายเพราะแหล่งพลังงานลดลง และจะกลับเป็นปกติเมื่อน้ำหนักขึ้น

Growth hormone (GH) ปกติ หรือเพิ่มขึ้น ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย อาจเป็นจากการสร้าง somatomedin C ลดลงจากการอดอาหาร

การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ที่พบได้บ่อย คือมี sinus bradycardia, low voltage, inverted T waves, atrioventricular block, arrhythmia

X-ray - narrow cardiac silhouette(คล้ายที่พบใน Addison disease)

- gastic distention and impaired gastrointestinal motility

- osteoporosis ในรายที่เป็นมานาน ซึ่งเป็นผลจาก estrogen ที่ลดลงและขาดอาหาร ขาดแคลเซียม และโปรตีน รวมทั้งภาวะ glucocorticoid ที่เพิ่มขึ้น จาก chronic stress และในผู้ป่วยที่เริ่มอดอาหารตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีผลทำให้ความสูงเมื่อเป็นผู้ใหญ่ลดลง⁽¹⁰⁾

ตรวจคอมพิวเตอร์ของสมองพบ cerebral atrophy ในบางราย

Prognosis and Outcome^(3-5,11-13) แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่ยังสรุปได้ไม่แน่นอน ว่าการรักษาจะได้ผลดีในระยะยาวหรือไม่ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื้อรังมีช่วงที่ดีขึ้นและเลวลง การหายได้เองเกิดขึ้นได้น้อยมาก ภายหลังการรักษาพบว่า 40% หายจากโรค 30% อาการดีขึ้น 20% ไม่ดีขึ้นและเป็นเรื้อรังอัตราตาย 0-22% (เฉลี่ย 9%) มักตายจาก cardiac arrhythmia และ severe electrolyte disturbance และการฆ่าตัวตาย (1-5%) 50-75% มีการทำงานของรังไข่กลับมาปกติภายใน 1 ปีหลังจากน้ำหนักขึ้น และสามารถมีบุตรได้ตามปกติ 20% มี

sexual dysfunction ซึ่งมักพบในรายที่เป็นเรื้อรัง ผลทางด้านจิตใจ:

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าในระยะยาวยังเป็นปัญหาอยู่ 40-50% ยังคงมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีการปรับตัวไม่ดี ชอบแยกตัวจากสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี หรือมี major depressive disorder

กลุ่มที่รักษาไม่ได้ผลดีคือเพศชาย, เป็นมานาน, น้ำหนักลดอย่างมาก มี bulimia ร่วมด้วย หรือเคยอ้วนมาก่อน

การรักษา :

เนื่องจากยังไม่รู้สาเหตุ การรักษาจึงแบ่งเป็นการรักษาระยะสั้น เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจกลับมาสู่ภาวะปกติ และการรักษาในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวเข้ากันได้ดีขึ้นและสามารถมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม ได้มีการพยายามรักษาด้วยวิธีต่างๆ ทั้ง psychotherapy, behavioral therapy, family therapy, drug therapy, hyperalimantation, cognitive behavioral therapy ที่สำคัญคือ การแก้ไขภาวะขาดอาหารและ psychological dysfunction ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การรักษาส่วนใหญ่ได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจนัก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มาพบแพทย์เอง พ่อแม่จะเป็นคนพามา และผู้ป่วยมักไม่ยอมรับการรักษา แพทย์ควรมีความเข้าใจ เห็นใจ ต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมในการรักษา หลักในการให้การรักษาคือ^(3,8,12)

1. ต้องให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ (trust) ซึ่งมักจะทำได้ยาก การเสนอความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการทางกายต่างๆ ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่เช่น ผอมร่วง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ฯลฯ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเชื่อใจ

และร่วมมือดีขึ้น

2. ต้องรีบแก้ภาวะขาดสารอาหารโดยเร็ว ร่วมไปกับการรักษาทางจิตเวช ถ้าผู้ป่วยยังขาดอาหารมาก การรักษาทางจิตเวชจะได้ผลน้อย เพราะถ้าขาดอาหารมากๆ ผู้ป่วยจะซึมเศร้า ย้ำคิดย้ำทำเกี่ยวกับอาหารและน้ำหนัก กังวล นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ถ้าน้ำหนักเริ่มขึ้น ความคิดจะดีขึ้น

3. ต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และร่วมมือกันในการดูแลรักษา รวมทั้งเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วย ถ้าพ่อแม่ร่วมมือและมีความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่ต้น จะทำให้ได้ผลดีขึ้น

4. ต้องการการทำงานเป็นทีมทั้งแพทย์ จิตแพทย์ นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล ซึ่งแต่ละคนจะมีบทบาทต่างกันในการร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย

5. การใช้ยา เช่น antidepressant อาจจำเป็นในบางกรณี แต่ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง

ควรให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้ (4,12,14)

- น้ำหนักลดและขาดอาหารอย่างมาก : คือ น้ำหนักลดมากกว่า 30% ในเวลา 3 เดือน มี hypotension (systolic BP<70 mmHg), hypothermia (BT<36°C), bradycardia (PR<40/นาที) lethargy และ weakness

- มีโรคแทรกซ้อน เช่น severe dehydration, hypokalemia (K<2.5 mmole/L), BUN>30 mg/dl, cardiac arrhythmia

- เพื่อหยุดหรือเปลี่ยนนิสัยในการกินอาหารที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้เองที่บ้าน เช่น ล้วงคอให้อาเจียนหลังจากที่ผู้ป่วยยอมกินอาหารเพราะพ่อแม่บังคับต่อมารู้สึกโกรธที่ตนเองยอมทำตามที่พ่อแม่ต้องการ

จึงอดอาหารในมือต่อมา แต่ต้องกลับไปกินอาหารใหม่ เพื่อให้พ่อแม่สบายใจในวันรุ่งขึ้น เป็นต้น

- เพื่อการตรวจวินิจฉัยและสังเกตพฤติกรรมและอาการในกรณีที่มีการวินิจฉัยยังไม่แน่นอน

- เพื่อการรักษาทางจิตเวช ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างมาก หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมี psychosis รวมทั้งมี family crisis

สรุป

วัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักลดลงอย่างมาก ควรได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียดทั้งโรคทางกายและโรคทางจิต และให้การรักษาที่เหมาะสม ควรให้ความสนใจกับ Anorexia nervosa เพราะเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ส่วนใหญ่พบได้ในวัยรุ่นหญิงมีอาการและอาการแสดงที่ซับซ้อน ทั้งอาการทางกายและทางจิตใจ เป็นเรื้อรัง เป็นๆหายๆ รักษายาก ต้องใช้ความร่วมมือของบุคคลากรหลายฝ่าย จึงควรให้การวินิจฉัยแต่เนิ่นๆและให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันที่ เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคเรื้อรังซึ่งยากต่อการรักษา

References

1. Kreipe RE., Comerici GD. Assessment of weight loss in the adolescent. Columbus, Ohio An Educational Service of Ross Laboratories, 1988.
2. Comerici GD. Eating disorders in adolescents. *Pediatr Rev* 1988 Aug;10(2):37-47.
3. Comerici GD., Kilbourne KA., Harrison GG. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and bulimia. In:Hoffman A., GreydanusD, eds. *Adolescent Medicine* 2nd ed. California: Apple & Lange, 1989:441-61.

4. Herzog DB., Copeland PM. Eating disorder. N Engl J of Med. 1985 Aug 1;313(5):295-303.
5. Steiner H. Anorexia Nervosa. *Pediatr Rev* 1982;4(4):123-29.
6. Anorexia nervosa and bulimia. In:Neinstein LS. *Adolescent Health Care, Practical Guide* 2nd ed. Baltimore; Urban & Schwarzenberg, 1991:485-501
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic Criteria from DSM-IV.TM.* Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
8. Ohlrich ES, Stephenson JN. Pitfalls in the care of patients with anorexia nervosa and bulimia. *Semin Adolesc Med.* 1986 Mar; 2(1);81-8
9. Long TJ. Anorexia nervosa. *Prim Care* 1987 Mar;14(1);177-201
10. Kreipe RE, Forbes GB. Osteoporosis: a "new morbidity" for dieting female adolescent. *Pediatrics* 1990 Sep;86(3);478-80
11. Hsu LKG, Crisp AH, Harding B. Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1979 Jan 13;1 (8107):61-5
12. Nussbaum MP. Anorexia nervosa. In: McAnarney, Kreipe RE, Comerici GD, Orr DP, eds. *Textbook of Adolescent Medicine.* Philadelphia:WB. Saunders, 1992:536-41
13. Kreipe RE, Churchill BH, Strauss J. Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *Am J Dis Child* 1989 Nov;143 (11):1322-27
14. Kreipe RE. Inpatient management of anorexia nervosa and bulimia. *Semin Adolesc Med* 1986 Mar;2(1);27-36