

## 症例報告

自閉スペクトラム症に合併した哺育障害の  
1歳11か月女児例

石橋孝勇

## 〔論文要旨〕

乳幼児の哺育障害とは、適切な養育者や十分な食物があるにもかかわらず、十分に食べられない状態が続き、体重が1か月以上増加しないものと定義される。症例は1歳11か月女児。直接授乳しか摂取せず、体重減少を認めたため当院を紹介受診した。対人興味の乏しさや強い感覚の過敏さを認め、自閉スペクトラム症に合併した哺育障害と診断した。母子関係を中心に療育相談を行い、低栄養に対して経管栄養を開始した。療育による育ちの促しと栄養状態の改善により、手を口に入れるようになり、言語・精神の発達を認めた。哺育障害に併存した発達障害の評価を適切に行い、療育面と栄養面の両方からアプローチを行うことが重要であった。

Key words：哺育障害，自閉スペクトラム症，療育，経管栄養

## I. はじめに

乳幼児の哺育障害とは、十分な食物が与えられ、適切な養育者があり、器質的疾患がないにもかかわらず<sup>1)</sup>、少なくとも1か月以上にわたって十分に食べられないことが持続し、体重増加が全くないか、著しい体重減少を伴うものである。栄養不良の状態では情緒不安定が認められたり精神運動発達に影響を及ぼすことがあり、それによって哺育の困難さがさらに悪化することになる<sup>2)</sup>ため、早期に発見し、適切な介入を行うことが必要になる。また、自閉スペクトラム症などの併存症に対する評価や治療のアプローチが求められる場合もある<sup>3)</sup>。

今回、自閉スペクトラム症に伴う哺育障害と診断した症例を経験したので報告する。なお、本症例の提示については、保護者の同意を得ているが、個人情報保護の観点から、文意を損ねない範囲で症例の一部に変更を加えた。

## II. 症 例

患 者：初診時1歳11か月、女児。

主 訴：体重減少，言語発達遅滞疑い。

出生歴・成育歴：在胎40週5日，体重3,542g (+0.96SD)，身長46.6cm (-1.74SD)で出生。周産期に問題なかった。タンデムマスキリーニングすべて正常。定頸4か月，座位6か月，つかまり立ち9か月，独歩1歳1か月。始語1歳頃，1歳11か月時点で単語が3つ程度。

家族環境：両親（会社員），長男（10歳），次男（8歳），三男（5歳），本児（1歳）の6人暮らし。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：特記事項なし。

現病歴：元来母乳栄養であり，人工乳は初回の哺乳時に嘔吐し，以降全く飲まなかった。生後5か月で離乳食を開始し摂取できていたが，生後7か月に中期離乳食の形態に変えたところ嘔吐があり，それ以降，離乳食を食べなくなった。家族が食材や形態を工夫して

も、少量口に含むが嫌がる素振りをみせ、本児の食事場面は家族が注視して緊張感のあるものとなっていた。哺乳瓶やコップでの搾乳の摂取も拒否し、直接授乳でしか栄養を摂取しなかった。1歳6か月児健診で、独歩が上手でなく、有意語が少なく、8.5kg (−1.7SD)、73.4cm (−2.8SD) と低身長、体重増加不良を認めたが、体重増加は得られていたため経過観察となった。保健師による介入は電話連絡のみであった。X年11月(1歳11か月)、母の職場復帰のため、保育園入所への診断書作成目的で近医を受診した。1歳6か月児健診以降、体重減少があり、言語発達遅滞も疑われたため、精査目的に当院紹介受診となった。

**身体所見：**体重8.2kg (−2.3SD)、身長73.5cm (−3.5SD)、カウプ指数15.18 (標準15~19)。母にしがみついて離れるのを嫌がった。顔色はやや蒼白で表情は乏しく、視線が合いづらい様子であった。

**血液・尿検査(表1)：**低血糖とASTの上昇がみられた。TSH、FT4は正常値であった。尿比重が高く、尿ケトン2+と脱水の所見が認められた。IGF-1は6 ng/mLと低下しており栄養状態不良が示唆された。

**頭部MRI検査：**萎縮を含めて異常所見はみられなかった。

**経過：**栄養状態が不良であり、人工乳を積極的に使用するよう指導したが、飲めない状態が続いた。家族が食事をしている場面には興味を示すが、食物自体には興味がなく、見ても口にはしなかった。おしゃぶりやおもちゃを口に入れることもなかった。日中は哺乳乳をしている時間が長く、家事が進まないため一緒に遊ぶような時間を持てなかった。夜間も空腹のため睡眠時間が短く、日中傾眠であることが多かった。また、母が仕事の日父が世話をしていたが、1日がかりで

表2 新版K式検査の結果

新版K式発達検査2001 (生活年齢：2歳3か月)		
姿勢・運動	1歳5か月	(64)
認知・適応	0歳9か月	(31)
言語・社会	0歳10か月	(37)
全領域	0歳11か月	DQ = 39

水分を数匙摂取させることに苦心するような過ごし方で、さらに空腹により不機嫌な時間が多かった。

栄養摂取状況の評価目的でX+1年1月入院となった。歯科口腔外科での診察場面や嚥下リハビリでは、口腔内に物を入れるのを嫌がり、入れても口腔内にため込む様子があった。食物を嚥下することは数回でき、咽込みなどはなかったため、嚥下機能には問題ないと判断された。各種検査から食事そのものが不快刺激となり拒食に至っていると判断された。ガーゼ清拭や味付き歯磨剤など口腔ケアには抵抗はみられなかった。入院中、家族と児の関わり方について観察を行ったが、明らかな問題はないものと判断された。

精神運動発達遅滞を認めており、発達評価が必要と考えられたため、同月に小児神経科医の診察を受けた。社会的参照が乏しく、視線回避と強い感覚の過敏さが認められ、家族以外への対人興味が乏しく、自閉スペクトラム症と診断された。発達検査では新版K式検査でDQ = 39の結果(表2)であり、中等度の発達の遅れを認めた。直接授乳しかできない状況については、味覚・嚥下の過敏さと食事場面への強い不快な記憶によるものであり、中等度精神運動発達遅滞と自閉スペクトラム症に伴う哺育障害と診断した。栄養摂取について試行錯誤することをやめ、焦らず本人の育ちを待つことを基本方針として、母子関係の改善を目標とした療育的アプローチを開始した。今回の受診をきっかけに母が仕事を辞めて本児と過ごす時間を多く持つようになった。児への声掛けや一緒に遊んだりする場面で、母の関わり方がやや不器用なところがみられたため、専門医の面談と臨床心理士による療育相談を継続的に受けた。一人遊びを見守るのではなく親子で一緒に遊ぶことや、声掛けをするときは対面して表情を見せながら話すことなどの助言があった。併行して別の療育機関で言語聴覚士による定期的な摂食・口腔機能のリハビリを受けた。自閉スペクトラム症による環境変化に対する不安の強さや感覚の過敏さを緩和するため、抗精神病薬の少量内服を開始した。

表1 受診時の血液検査所見

生化学		血算		尿	
TP	7.1g/dL	WBC	6610 <sup>^</sup> 2/μL	pH	6.5
Glu	66mg/dL	Hb	12.2g/dL	蛋白	(+)
BUN	4.4mg/dL	Ht	36%	糖	(-)
Cre	0.15mg/dL	PLT	42.810 <sup>^</sup> 4/μL	ケトン体	(2+)
AST	62IU/L	Seg	19%	潜血	(-)
ALT	7IU/L	Ly	76%	比重	1.014
LDH	288IU/L	Mo	3%	白血球	(3+)
CK	140IU/L	Eo	2%	色調	黄色
Na	138mEq/L	CRP	0.09mg/dL	混濁	1+
K	4.1mEq/L	静脈血ガス分析		亜硝酸塩	(2+)
Cl	99mEq/L	pH	7.417	IGF-1	6ng/mL
Ca	10.5mg/dL	pCO2	36.8mmHg		
IP	4.5mg/dL	pO2	28.4mmHg		
TSH	2.224μIU/mL	HCO3	23.2mmol/L		
FT4	0.99ng/dL	AG	21.1mmol/L		
		Lactate	1.57mmol/L		

治療開始後も直接授乳のみの状況は変わらず、体重 7.0kg まで減少し、さらなる活気不良や睡眠時間の延長がみられた。栄養状態の悪化が進行し、同年 6 月に再入院して経管栄養を導入した。栄養は人工乳で開始した。胃管が留置されたままの状態を本児が気にする様子はなく、授乳の際の吸啜・嚥下にも影響がなく、母の胃管挿入などの手技が良好であったため、4 日間で退院となった。同年 7 月には、体重 7.6kg、身長 75.9cm と増加し、栄養を経管栄養剤に変更した。同年 12 月には、体重 11.4kg (−1.1SD)、身長 79.8cm (−3.6SD) と体重増加は良好で指しゃぶりをしたり、床に落ちている食物残渣を拾って口にしたりする様子がみられた。精神発達面の成長もみられ、有意語が増加して 2 語文が出現した。音に合わせて手を叩いたり、顔を見ながらバイバイしたりするようになった。運動面では、上手に歩いたり、走ったり階段を昇降することができるようになった。

### Ⅲ. 考 察

哺育障害の児にみられる特徴としては、①食事中イライラして、それをなだめてうまく食べさせるのが困難なことが多い、②無感情で退行（赤ちゃん返り）しているように見えることもある、③精神身体発達全般の遅れがみられることもある、などが挙げられる。また、睡眠障害、咀嚼・嚥下の困難、吐きやすさ、感覚過敏、精神運動発達の遅延などの問題があれば、さらに哺育障害が起きやすくなる<sup>2)</sup>。併存症として、情緒・行動の問題が多く、次いで知的障害、自閉スペクトラム症がある<sup>1)</sup>。

本症例は、対人興味の乏しさや感覚過敏を認め、経過から自閉スペクトラム症と診断された。味覚・嚥下の過敏さがあり、直接授乳以外で経口摂取させることが困難で、摂食行動を不快体験として学習したと考える。家族が経口摂取にこだわるほど、不快体験が積み重なり、哺育障害が悪化したと推察した。そのため、介入は自閉スペクトラム症の特性を踏まえて行った。

1943年に自閉症について初めて報告した Kanner の論文において、すでに自閉症児の食習慣形成の困難さ是指摘されている<sup>4)</sup>。海外では、Wentz ら<sup>5)</sup>や Gillberg ら<sup>6)</sup>の報告、日本では井口<sup>7)</sup>の報告で、摂食障害と広汎性発達障害との合併率は 20% 前後と報告されている。全人口当たりの自閉スペクトラム症の有病率は 2% 強とされている<sup>8)</sup>ので、単純に計算すると摂食障

害母集団における自閉スペクトラム症の有病率は 10 倍程度と推計され、ハイリスクと考える。哺育障害を含め、小児の摂食障害を診療するうえでは、自閉スペクトラム症の評価を検討する必要がある<sup>3)</sup>。また、哺育障害は児自身の哺育困難だけでなく、心理的背景として親子の相互関係の問題が影響することが多い。親の側としては、食べさせ方が乱暴であったり、機械的に食べさせたりするなど、食物の与え方が不適切であったり、子どもの食物拒否に対して感情的に反応してしまったりすることがある。ひどい場合は、不適切養育（虐待）と受け取れる場合もある<sup>2)</sup>。

本症例では当初、医療機関を受診した理由が「保育園入所の診断書作成のため」で、1 歳 11 か月で「母乳しか飲まない」状況の訴えはなかった。不適切養育を鑑別するため、入院させて母子関係や家族関係の観察を行った。母親の話では、離乳を開始した頃はなんとか食べさせようと努力していたとのことで、受診した頃は半ば諦めている状況であったと考える。1 歳 6 か月児健診で発達遅滞や体重増加不良が指摘されていたが、病院受診に至らなかった背景に家族側の疲弊は大きかったと推察する。自閉スペクトラム症の診断とともに、母子関係について療育的アプローチを行うことで、家族の食行動に対する焦りが緩和され、児との関わりも良好になって愛着形成が進んだ。児の成長もあり、徐々に口腔内感覚の発達変化や経口摂取への興味も出てきており、また精神面・言語面も発達を認めた。

経管栄養の導入は受診から半年間遅れた。田角<sup>9)</sup>の 6 か月以上の経管栄養・胃瘻を必要とした 22 例報告や、須見ら<sup>10)</sup>の乳幼児摂食障害の 3 例の報告では、将来的に全例経口摂取に移行することができたと述べている。われわれは経管栄養への家族の心情や、侵襲性、依存の危険性などを考慮し、躊躇したが、経管栄養導入後に栄養状態が改善することで情緒面が安定したこともあり、本症例でも経管栄養の導入を早期に考慮すべきであったと考える。

乳幼児の哺育障害については、適切な介入がなければ、慢性的な低栄養状態に陥る可能性があり、集団健診や個別外来などで早期に発見することが求められる。症状の強い場合は、早期に経管栄養を考慮すべきと考える。また、自閉スペクトラム症や知的障害などを合併する場合があります、発達障害の評価をきちんと行う必要性と家族を支える心理士や療育機関との協力が重要と考えた。

学会発表・研究助成などはありません。  
利益相反に関する開示事項はありません。

## 文 献

- 1) 日本小児心身医学会摂食障害 WG. 一般小児科医のための摂食障害診療ガイドライン (改訂版). 子の心とからだ 2015 ; 23 (4) : 445-476.
- 2) 氏家 武. 小児期における摂食障害. 心身医 2009 ; 49 : 201-206.
- 3) 井口敏行. 小児科医のための摂食障害診療ガイドライン. 小児心身医学会. 小児心身医学会ガイドライン集. 第2版. 東京 : 南江堂, 2015 : 117-214.
- 4) 和田良久. 発達障害を合併する摂食障害. 精神誌 2010 ; 112 (8) : 750-757.
- 5) Wentz E, Lacey JH, Waler G, et al. Childhood onset neuropsychiatric disorders on adult eating disorder patients. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006 ; 14 : 431-437.
- 6) Gillberg IC, Gillberg C, Rastam M, et al. The cognitive profile of anorexia nervosa : a comparative study including a community-based sample. Compr Psychiatry 1996 ; 37 : 23-30.
- 7) 井口敏之. 摂食障害と発達障害. 小児の精と神 2009 ; 49 : 99-104.
- 8) 鷺見 聡. 名古屋市における自閉症スペクトラム, 精神遅滞脳性麻痺の頻度について. 小児の精と神 2011 ; 51 : 351-358.
- 9) 田角 勝. 乳幼児の摂食行動と障害. ベビーサイエンス 2015 ; 14 : 8-13.

- 10) 須貝よし乃, 國重美紀, 手代木理子, 他. 乳幼児摂食障害 3 例の臨床経過. 子の心とからだ 2015 ; 24 (3) : 293-297.

## 〔Summary〕

Feeding disorder of infancy or early childhood is defined as a persistent failure to eat adequately, despite the availability of a proper caregiver or sufficient food. We examined a 1-year-11-month-old female infant who was referred to this hospital due to decreased body weight resulting from direct breastfeeding as the sole source of nutrition. She was noted to have extreme hypersensitivity and a lack of interest in social relationships and was, therefore, diagnosed with a feeding disorder associated with autism spectrum disorder. We suggested habilitation focused on mother-child relationship, and started her on tubal feeding to treat the undernutrition. As a result of growth stimulated from the habilitation as well as improvement of nutritional status from the tubal feeding, the infant was able to start putting her hands in her mouth, and language/mental development was noted. It is important to adequately evaluate developmental disorders associated with feeding disorders, and to include both habilitation and nutrition in the treatment.

---

## 〔Key words〕

feeding disorder, autism spectrum disorder, habilitation, tubal feeding