## 要点：进食障碍

<https://www.huacan.net.cn/qsnxl/zyz/42.html>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 需求(考虑中) | 使用对象 | 可行性/参考 | 数据来源 | 实施方案与技术难度 |
| 1 | 疾病关联：厌食症和贪食症等**疾病**的相关性与差异**比较**: 整体性，基因遗传相似度打分，并提供相关信息 | 检验科医生及研究人员 |  |  |  |
| 2 | 风险评估与预测：厌食症倾向等患病**风险评估** | 患者及家人，及部分医师 |  |  |  |
| 3 | 证据收集：遗传位点(SNP,CNV,DNM等)，转录组和表观组（整合工具预测与mapping）、影像相关信息（用于可视化脑区，加比例），肠道微生物相关性等  作用于疾病发生、具体表型等   1. 人的数据 2. 小鼠模型的数据 | 研究人员 |  |  |  |
| 4 | 知识性：输入基因或者位点，显示在哪类function或者人群中起作用，后续可视化或者给出综合风险评分 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

决定：研究性的数据库（优先等级）

## 下一步计划：查看AN及相关进食障碍的各类型数据文章，整理概览表，并先下载大文章的数据（先基于疾病整理数据，后续用其他数据库来源数据做融合）

1. AN数据量查查，不够的话扩展到所有进食障碍或者与其报道过的共病
2. 疾病。
3. 按照http://www.szdb.org/GeneeQTL2.php中收集的数据查类似的数据文章。
4. 先统计整体数据的情况，和种类的数据。
5. 表达值或者位点，人和小鼠都可用。
6. 整理一个研究搜集表，注明研究类型，来源链接，物种，总研究数目。

问题：

基因是否是疾病的主要因素。

数据比较零散。

不同文章同一个基因的结果不同。

数据形式，基因或者表格。

GEO

## 参考资料

一、进食障碍相关知识

<https://www.xinli001.com/info/100440367>

1. 密歇根大学饮食失调专家大卫 S.罗森（David S. Rosen）博士说，遗传起着重要作用。他说：“科学家们已经发现，饮食失调的基因与抑郁症、精神分裂症和其他心理疾病的基因非常相似”。而缺乏灵活性和焦虑等性格特征往往伴随着厌食症。

具体因素，包括遗传、文化因素、节食和生理共病。 “通常情况下，进食障碍会与其他疾病同时出现，比如抑郁、焦虑、孤独和高压力。

心理和行为障碍

BN的行为特征主要为暴食-清除循环，表现为冲动性暴食行为，缺乏饱食感，伴有失控感。这些行为常与空虚、孤独、挫折感或有诱惑的食物有关。BN患者通常在出现罪恶感、极度痛苦或躯体不适如恶心、腹胀、腹痛时终止暴食行为，继之是补偿性排泄行为，以防止体重增加。常用的清除行为有用手指抠吐或自发呕吐、过度运动、禁食，滥用利尿剂、泻药、食欲抑制剂和加速机体代谢的药物如甲状腺激素等。暴食-清除行为可以反复循环。暴食和补偿性清除行为的秘密性是BN的另一特征，其行为常不被家人和朋友注意。此外，BN患者中还常见偷窃食物及酒精滥用、性紊乱、自伤、自杀企图等冲动行为。BN和其他精神障碍关系密切，可合并心境障碍、焦虑障碍、物质滥用特别是酒精和兴奋剂滥用，BN患者人格障碍的共病率较高，主要表现为边缘性、反社会性、表演性和自恋性人格障碍。

神经性厌食

如果暴食和清除行为单单发生在神经性厌食发作阶段，就不能下神经性贪食的诊断。在该情况下诊断为神经性厌食，暴食-清除型。

神经性厌食症西医治疗方法

（1）多数病人需住院治疗，严重者需强制入院。

（2）全身支持疗法。

（3）药物治疗：

1）抗精神病药物。主要用舒必利和氯丙嗪，有助于减轻进食焦虑，降低代谢和增加体重。

2）抗抑郁剂：对于伴抑郁症状者，可用氯米帕明之类的抗抑郁药，既可使抑郁症状改善，又可增加食欲和体重。

<https://bestpractice.bmj.com/topics/zh-cn/440/management-approach>

预防复发

处理急性 AN 之后应进行以预防复发为目的的长期治疗。体重恢复后，复发预防治疗通常应包括与 1 名或更多临床医师进行定期门诊会面，时间持续 1 年或以上。治疗应包括体重监测和营养计划的一般监测。与医师讨论的内容可能侧重于维持健康饮食和体重的策略，以及避免再次出现易引起体重减轻的情况。有少量证据表明 CBT 可能有助于预防复发。[45] 成功的治疗通常包括从食物、饮食和体重问题的讨论过渡到讨论随着进食障碍稳定而可能出现且与患者相关的其他生活问题。对于某些患者来说，这种门诊治疗会持续几年。

药物治疗

虽然 AN 的一些严重症状与某些通过药物可成功治疗疾病的症状相重叠，但药物治疗对AN患者明显无效。有研究将几种抗抑郁药物与安慰剂进行了比较，结果显示没有一种抗抑郁药能够改善进食、体重、情绪或焦虑症状。[55][56][57][58] 尽管有这些数据，临床医师经常为 AN 患者开具选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRI)，可能是因为缺乏对证据基础的认识、对此临床人群治疗选择有限而感到沮丧以及这些药物的风险相对较低。

在针对 AN 患者小型试验中，已经对其他类别的药物（包括能刺激其他临床人群食欲的药物）进行了评估，但没有发现任何显著的益处。

推测 AN 患者的营养不良状态导致其对能使其他疾病症状缓解的药物反应不佳。对于低体重的 AN 患者，除了使用精神病治疗药物无效外，口服外源性激素药物也无法改善骨骼健康。[59]

共病

心境障碍、焦虑症和强迫症是 AN 患者最常见的共病。由于 AN 与这些疾病之间的有症状重叠，可能难以诊断这些疾病。因此，当存在 AN 时，最好在证实心境障碍和/或焦虑症诊断之前帮助患者恢复正常体重。虽然选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRI) 和其他抗抑郁药物对治疗体重正常人群的心境障碍和焦虑症是有效的，但是当体重低时，这些药物可能不那么有效。物质使用障碍也可能与 AN 共存。与限制性亚型的患者相比，物质使用在具有暴食/催吐亚型的患者中更为普遍。

<http://meeting.dxy.cn/specials/csp2016/article/503144>

流行病学是进食障碍最大的研究障碍，由于病人不坦诚相告等偏倚，**进食障碍的发病率和患病率等流行病学数据依据样本和统计方法不同而不同，神经性厌食和神经性贪食尚有严格符合 ICD 或 DSM 中定义的样本数据**，而非典型进食障碍和暴食障碍的流行病学资料非常有限。

<http://meeting.dxy.cn/specials/csp2016/article/503144>

二、神经性厌食症实用网页：

<https://bestpractice.bmj.com/topics/zh-cn/440/management-approach>

<http://eddb.cbi.pku.edu.cn.>

1. 相似的以疾病为出发点的数据库：