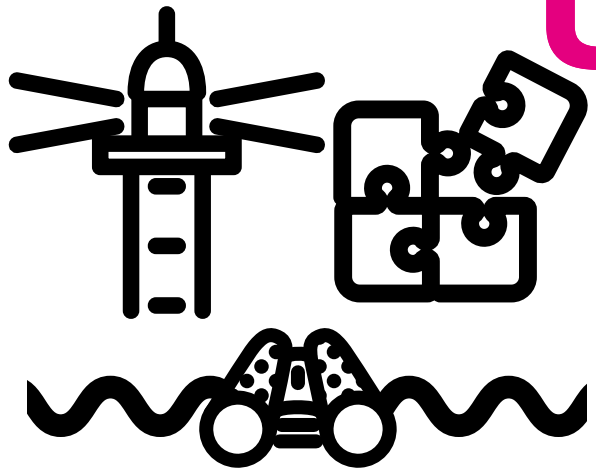


R

U



内科外来診療の掙

診断力を上げる総合診療のアプローチ

■ 編集 ■

JUGLER(日本大学総合診療リーダーシップ・教育円卓会議)

■ 代表編者 ■

多胡雅毅

佐賀大学医学部附属病院総合診療部

鋪野紀好

千葉大学大学院医学研究院地域医療教育学/千葉大学医学部附属病院総合診療科

■ 編者 ■

志水太郎

獨協医科大学総合診療医学

佐々木陽典

東邦大学医療センター大森病院総合診療・急病センター

高橋宏瑞

順天堂大学医学部総合診療科

和足孝之

京都大学附属病院総合臨床教育・研修センター

中外医学社

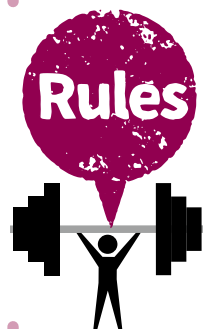
L

E

4 ▶ 体重減少・食思不振

体重減少・食思不振を「スマート」に精査しよう！

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 案浦 峻, 平川優香, 多胡雅毅



- 1▶ 食思不振と体重減少の「関連性」を確認する
- 2▶ 年齢から「頻度の高い」疾患を考える
- 3▶ 患者背景と随伴症状を含めて病歴を聴取する
- 4▶ 病歴と随伴症状から特に確認が必要な身体所見を考える
- 5▶ 病歴と身体所見から必要かつ適切な検査を選択する

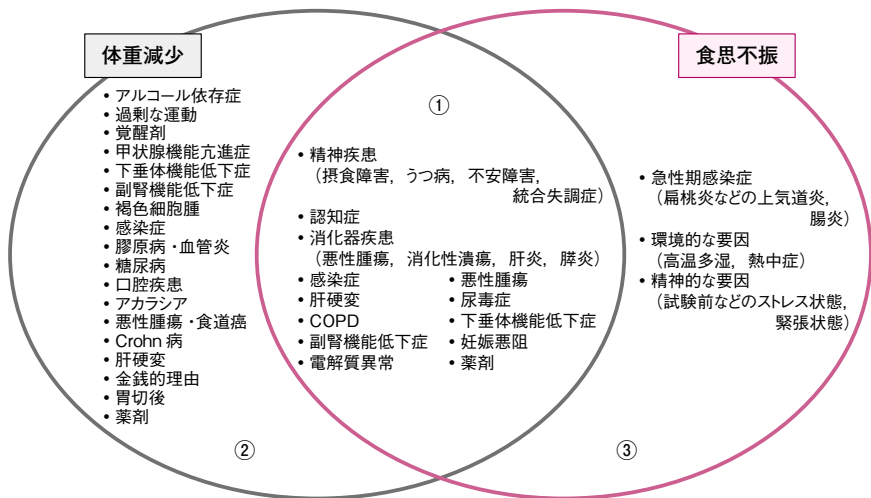
体重減少・食思不振を主訴に受診した場合、悪性腫瘍、消化器疾患、精神疾患が三大疾患であるが、その他にも多岐にわたる疾患の鑑別が必要である。精査をすべき病的な体重減少は6~12カ月で体重の4.5 kg以上の減少または5%以上の減少と定義され¹⁾、多数ある鑑別疾患から臨床経過（病歴聴取）と身体所見（診察）をもとに、必要な検査を選択し、正しく診断する必要がある。そのために、本稿では体重減少・食思不振の診断戦略を具体的に言語化し、漏れなくスピーディーな診断を可能とするための5 rulesを提示し、詳しく解説する。

Rule 1 食思不振と体重減少の「関連性」を確認する

まず、総論的に病的な体重減少と食思不振が主訴となりうる疾患をまとめる。両者は必ずしも併存するわけではなく、体重減少の患者に食思不振があると思いついでではなく、逆もまた然りである。以下に、①体重減少あり+食思不振あり、②体重減少あり+食思不振なし、③体重減少なし+食思不振ありの3パターンに分けて鑑別疾患¹⁾を示す [図1]。

1. 体重減少あり+食思不振あり

- 精神疾患に関連する食思不振: 精神疾患〔摂食障害（神経性食思不振症）、うつ



【図 1】 体重減少と食思不振の鑑別疾患

病, 不安障害, 統合失調症), 認知症

- 消化器疾患に関連する食思不振: 消化器疾患 (悪性腫瘍, 消化性潰瘍, 肝炎, 膵炎)
- 不良な全身状態 (発熱, 臓器障害) に関連する食思不振: 感染症, 悪性腫瘍, 肝硬変, 尿毒症, COPD (慢性閉塞性肺疾患)
- 内分泌異常に関連する食思不振: 下垂体機能低下症, 副腎機能低下症
- その他: 妊娠悪阻, 電解質異常 (低 Na, 低 K, 高 Ca, 低 Mg 血症), 薬剤 (抗菌薬, 抗精神病薬, ジゴキシン, レボドパ, メトホルミン, オピオイド)²⁾

2. 体重減少あり+食思不振なし

- 食事摂取を重要視していない: アルコール依存症, 薬物中毒, 下剤の乱用 (神経性食思不振症)
- 代謝/異化亢進/消費エネルギーの亢進: 過剰な運動, 覚醒剤, 甲状腺機能亢進症, 下垂体機能低下症, 副腎機能低下症, 褐色細胞腫, 血管炎, 感染症 (結核, HIV 感染症, 糸虫症, 回虫症など含む), 膠原病, 悪性腫瘍, 糖尿病, 薬剤 (甲状腺ホルモン剤, テオフィリン, カフェイン)²⁾
- 口腔から食道の異常: 食道癌 (通過障害), 口腔疾患 (潰瘍), アカシア
- 吸収不良, 合成障害: Crohn 病, 吸収不良症候群, 蛋白漏出性胃腸症, 肝硬変,

薬剤（下剤，メトトレキサート，コルヒチン）²⁾

- 食欲はあるものの食事を十分に摂取できない: 金銭的理由で食事がとれない，胃切後

3. 体重減少なし+食思不振あり

- 急性期感染症（扁桃炎などの上気道炎，腸炎）
- 環境的な要因（高温多湿，熱中症）
- 精神的な要因（試験前などのストレス状態，緊張状態）

ただし，この3. のパターンには，短期間であれば1. で示したいずれの鑑別疾患もあてはまりうる。

Rule 2 年齢から「頻度の高い」疾患を考える

体重減少と食思不振には多数の鑑別疾患があるため，年齢によって頻度の高い疾患を絞り込むことが重要である。10代女性での食思不振で胃癌は稀であり，80代男性での神経性食思不振症も然りである。当然と思えるかもしれないが，原因が全身に及ぶ疾患でありその検索が必要となる症候であるからこそ，初期診療では頻度が高い疾患を念頭において精査を開始し，徐々に頻度の低いものまで網羅的に絞り込んでいく必要がある。

一般的には，65歳未満の若年者では非悪性疾患である，内分泌疾患，結核などの感染症，精神疾患（うつ病，不安障害，身体表現性障害，強迫性障害）が多く，特に精神疾患は若年女性に多い³⁾。ただし，若年者であっても血液腫瘍は高齢者よりも頻度が高いため注意が必要である³⁾。逆に65歳以上の高齢者では，血液腫瘍以外の悪性腫瘍や，認知機能低下，膠原病，薬剤が原因となることが多い。高齢者の体重減少の原因として，「MEALS ON WHEELS」^{4,5)} [表1] が有名であるが，若年者の診療においても参考になる。

Rule 3 患者背景と随伴症状を含めて病歴を聴取する

Rule 1 で示した3つのパターンを意識して病歴を聴取する。特に食思不振は疾患特異性の低い症状であり，全身のあらゆる疾患が鑑別疾患となりうる。鑑別を進めていく上では，その他の随伴症状を聴取することで鑑別の糸口をつかむことができる。また患者の社会的背景を理解することも鑑別の糸口となるため，これも聴取す

[表 1] MEALS ON WHEELS

M	Medication (薬剤性)
E	Emotional problems (気分障害, 特にうつ病)
A	Alcoholism (アルコール依存症) Abuse (虐待) Anorexia (拒食症)
L	Late life paranoia (老年期精神障害)
S	Swallowing disorders (嚥下障害)
O	Oral factors (口腔内の問題)
N	Nosocomial infections (院内感染) No money (貧困)
W	Wandering and other dementia-related behaviors (徘徊と認知症関連行動)
H	Hypo/Hyperthyroidism (甲状腺機能低下/亢進症) Hyperparathyroidism (副甲状腺機能亢進症) Hypoadrenalism (副腎皮質機能低下症)
E	Enteric problems (腸管異常: 吸収障害など)
E	Eating problems (食事の問題: 自分で食べられない)
L	Low salt (減塩) Low cholesterol diet (低コレステロールの食事: カロリー不足)
S	Stones (胆石, 結石) Social problems (社会的問題: 孤独, 自分で食べ物を手に入れることができない)

るようにする。

高齢者は自覚症状に乏しく、自分の状況を正確に把握できていないことがあるため、評価が困難であることが多い。具体例として、「80歳男性の体重減少・食思不振」について以下に2つのパターンを提示する。

事例 1) ADLは自立しているものの、認知症があり、施設に入所している 80歳男性に食思不振がみられ、半年で徐々に体重が減少してきている。

<推論>

「施設に入所しているため食事の摂取状況はある程度把握できているだろう」、「認知機能の推移はどうか、認知症が進行しているのではないか」と推察する。

事例 2) 半年前に妻と死別し、基礎疾患のない、独居の 80歳男性が、食思不振があり半年で徐々に体重が減少してきている。

<推論>

「妻と死別後はどのように生活していたのか、家族やケアマネジャーなどのサポーターが情報を持っているのではないか」、「独居なのでそもそも食事はきちんと

高血圧であれば褐色細胞腫，というように鑑別疾患が変化する．そして，患者の外見，表情，体格から始まり，甲状腺，リンパ節，眼瞼結膜，眼球結膜，胸腹部，浮腫などの一般的な身体診察に加えて，患者の症状に応じて，下記に示す鑑別疾患に応じて口腔内，皮膚，恥毛・腋毛の脱落，色素沈着・皮疹，筋，関節，神経所見（腱反射，運動障害，感覚障害）を確認する．

- 口腔内 → 潰瘍，びらん，舌炎，扁桃腫大，咽頭発赤，齲歯
- 皮膚 → （乾燥）甲状腺機能低下，低栄養・脱水，（湿潤）甲状腺機能亢進
- 恥毛・腋毛の脱落 → 下垂体機能低下症
- 産毛の増生 → 摂食障害
- 色素沈着 → 副腎機能低下症
- 皮疹・関節所見 → 膠原病，腫瘍随伴症候群
- 筋萎縮・神経所見 → （萎縮）神経変性疾患，廃用症候群，（胸鎖乳突筋の肥大），COPD

症例①

18歳女性

半年前から徐々に体重が減少し，経過中に 10 kg 減少した．食欲はあり，よく食べているが，毎日のように下痢をしている．同時期より動悸が出現し，全身の多汗を自覚するようになった．受診時の身長は 155 cm，体重 40 kg，BMI 16 kg/m²．体温 37.0℃．血圧 140/80 mmHg．脈拍 120/分，整．呼吸数 12/分．SpO₂ 99%（室内気）．頸部にびまん性の甲状腺腫大を認めるが，圧痛は伴わない．頸部血管雑音を聴取する．頸静脈怒張や下腿浮腫は認めず，胸部，腹部に異常所見を認めなかった．若年女性の食思不振を伴わない体重減少で，発汗，下痢，動悸を認め，甲状腺疾患を念頭において検査を提出した．血液検査では，炎症反応は陰性で，AST 18 U/L，ALT 15 U/L，γ-GTP 20 U/L，ALP 380 U/L，T-cho 88 mg/dL，TSH 0.001 μU/mL（0.61～4.23 μU/mL），FT3 8.4 pg/mL（2.52～4.06 pg/mL），FT4 3.8 ng/dL（0.75～1.45 ng/dL），抗 TSH 受容体抗体（TRAb）が陽性であり，甲状腺の超音波検査でびまん性の甲状腺腫大と血流の増加を認めたため，Basedow 病としてチアマゾール（抗甲状腺薬）とビソプロロール fumarate（β遮断薬）を投与したところ，改善した．

食欲があり食事もとれている活発な若年女性の体重減少であり，体重減少あり+食思不振なしで検討する必要がある．甲状腺機能亢進症状を伴っていたこと

から、当然甲状腺疾患を疑うが、甲状腺だけではなく心不全徴候がないかを含めて評価を行う必要がある。

Rule 5

病歴と身体所見から必要かつ適切な検査を選択する

全身状態のスクリーニング評価を行うため、血液検査での血算、肝腎機能などの生化学検査、CRP、赤沈、尿検査、胸部単純X線検査、心電図が有用である。悪性腫瘍の検索には、血算、赤沈、Alb、AST、ALT、ALP、 γ -GTP、LDHが有用である⁶⁾。さらに追加する項目は、動悸と発汗を伴う若年女性の体重減少で、甲状腺疾患を疑うのであれば甲状腺ホルモンの評価、というように年齢や病歴、身体所見から必要なものを選別する必要がある。他の項目には、脂質、血糖、電解質（Na、K、Ca、Mg）、自己抗体（抗核抗体、MPO-ANCA、PR3-ANCAなど）、血液培養、インターフェロン γ 遊離試験（IGRA）、HIV抗体などがある。鑑別疾患によってさらに追加すべき代表的な検査項目を列挙する。代謝性疾患を疑う場合には、ホルモン（ACTH、コルチゾールなど）の基礎値、日内変動の評価に加え、負荷試験の検討が必要になる。悪性腫瘍検索の場合には、血液検査、尿検査に加えて、胸腹部造影CT、上下部内視鏡検査、女性では婦人科診察を実施する必要がある。消化器症状や嚥下困難では、消化管内視鏡での評価を行う。精神疾患を疑う場合は、MMSEなどの認知機能検査、抑うつスクリーニングの2質問法（ここ1カ月に気分の沈みや憂鬱な気分になることがあったか、物事に興味がわかず楽しめない感じがよくあったか）や、頭蓋内の画像評価を検討する。体重減少と食思不振の患者は、慢性の経過で受診をすることが多いが、悪性腫瘍を疑う場合は病理の最終診断までに時間がかかることが多いため、少しでもスピード感をもって検査計画を作成する必要がある。また、消耗が強い場合などには入院での精査を念頭におく必要がある。

症例②

65歳男性

身長165 cm、体重45 kg、BMI 16 kg/m²。大酒家で喫煙歴はあるが、これまでに特に既往歴はない。もともと20代の孫と同じものを食べていたが、半年前から飲み込みづらさを自覚し、その後徐々に増悪したため、現在は水分摂取しかできない状態になっ

ている。体重は半年間で7 kg 減少した。体温 36.8℃，血圧 126/82 mmHg。脈拍 70/分，整。呼吸数 15/分。SpO₂ 98%（室内気）。身体診察では呼吸筋の発達と呼吸音の異常は認めず，脱水所見と嚥下機能の低下（固形物を複数回の嚥下で飲み込む）を認めた。全身状態が悪く脱水を認めたため，輸液を行いながら入院で精査を行う方針とした。嚥下障害があり飲み込みにくさを感じていたため，上部消化管内視鏡検査を実施したところ，頸部食道に全周性に広がる腫瘍を認め，最終的に頸部食道癌と診断した。

喫煙歴のある高齢男性で，体重減少，飲み込みにくさ，脱水を認めていることから，悪性腫瘍を念頭において評価すべきである。本疾患は頸部食道に病変があり，上部内視鏡検査であっても嚥下動作により病変を見逃す可能性が高く，特に慎重に評価する必要があるため，病歴聴取や身体所見から鑑別をあげて検査を実施する必要がある。

1 STEP UP

若年女性の痩せ

若年女性で極端な痩せ，または体重減少で受診をした場合，神経性食思不振症が鑑別にあがる。この疾患は栄養不良と臓器障害によって重篤化する可能性があり，死亡率は6～20%と高く⁷⁾，内科的な診療と同時に精神科との連携が重要である。患者のボディイメージの歪みを確認するため，今の体格を患者自身がどう考えているかを質問したり，月経の有無，下剤などの乱用，嘔吐をしていないか，などを確認したりする必要がある。本疾患の患者は，あいまいな返事をしたり，薬を隠したり，医療者を味方にしてコントロールしようとすることがあるため，本人の訴えを傾聴しつつも，本人の様子や表情を慎重に観察し，家族や友人などの周囲からの情報を参考にして正確な情報を収集する必要がある。

■文献

- 1) 倉橋清衛，松本俊夫。 るいそう。 In: 福井次男，奈良信雄。 内科診断学。 第3版。 東京: 医学書院。 2016。 p.237-44。
- 2) Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr. 1997; 66: 760-73.
- 3) Bosch X, Monclús E, Escoda O, et al. Unintentional weight loss: Clinical characteristics