

## 体重減少

### Weight Loss

[要旨] 体重減少とは6～12ヵ月間に5%以上の体重減少があった場合、などと定義される。このような体重減少は死亡率の増加と関連がある。広範な疾患で体重減少をきたすが、臨床的な分類として、1)食べているのに体重減少がある、2)食欲はあるが食べられない、3)食欲不振、4)社会経済的問題、などの場合がある。実際には、悪性腫瘍、うつ状態、消化器疾患、内分泌疾患などが基礎疾患として多いが、原因を検索しても不明な場合が25%前後存在する。体重減少の原因を検索するためには、詳細な医療面接、身体診察、尿、便潜血、赤沈、CBC、生化学スクリーニング検査が有用である。これらの血液検査でどれか一つでも異常がある時を陽性とする、悪性腫瘍の存在に関する感度は高いが特異度は高くない。これらの結果に基づいてさらに消化管などの検索を追加していく。

[キーワード] 体重減少、悪性腫瘍、うつ状態、原因不明、検査

-----

#### 体重減少とは

体重減少の定義としていろいろなものが唱えられる。例えば、6～12ヵ月の期間に体重の5%以上の減少があれば「体重減少がある」とされる。このような体重減少は死亡率の増加と関連があり、例えば高齢者で5%以上の体重減少があるとその後の死亡率の相対危険が2.2と増加したことが報告されている<sup>1)</sup>。このため、そのような体重減少ではその原因の検索が必要である。

体重減少は非特異的な臨床症状であり、広範な疾患群が体重減少をひきおこす。しかし病態生理学的には三つに分類できる。即ちエネルギーの摂取不足、エネルギーの過剰使用、エネルギーの尿や便への喪失である。また臨床的には4つに分類されることもある。これは、1)食べているのに体重減少がある、2)食欲はあるが食べられない(咀嚼・嚥下の障害)、3)食欲不振、4)社会経済的問題、である<sup>2)</sup>。

体重減少をきたす疾患として実際に多いのは、悪性腫瘍、精神神経疾患、消化器疾患、内分泌疾患などである。その他、心肺疾患、飲酒や薬剤の影響、HIV感染症なども原因となりうる。悪性腫瘍の中で多いのは、消化器癌のほかに、肺癌、泌

尿生殖器癌、血液系悪性腫瘍などである。高齢の男性で体重減少の程度が大きいものでは、そうでない場合に比べて悪性腫瘍の可能性が高くなる<sup>3)</sup>。精神神経疾患として、うつ状態、神経性食思不振症、認知症(痴呆)がある。内分泌疾患としては甲状腺機能亢進症、糖尿病、副腎皮質機能低下症などがある。これらの内分泌疾患は容易に治療できる疾患であり見落としたくない。

いろいろな検査を行って原因を検索しても診断未定となる場合が約25%ある<sup>4)</sup>。このような場合の説明として、小さな影響を及ぼす複数の要因の複合、隠れた心理的原因、隠れたボディイメージの変化などの仮説が考えられている<sup>4)</sup>。しかし、後に悪性腫瘍が発見されることも20%前後あったと報告されている<sup>3)</sup>。

#### 外来で疑ったとき

##### A. 医療面接のポイント

まず体重減少が本当にあるのか確認する。患者自身が体重を測定していない場合、実際に体重減少が生じているのかは不確定である。しかしながら、「ズボンのベルトがゆるくなった」り、「着衣がゆるくなる」のは体重減少の表れである。また、

今までにこのような体重減少をきたしたことがあるのか確認する。同様の体重の変動が今まで経験されたのなら、その意味は小さいかもしれない。

原因を鑑別するために最初に重要な病歴は、食事が摂れているのか、嚥下や咀嚼に問題はないか、食欲はあるのか、ほかの消化器症状の有無、患者背景などである。

食欲があり食事もしているのに体重が減少するときは、甲状腺機能亢進症や糖尿病などの内分泌疾患に留意する。高齢者の甲状腺機能亢進症では、体重減少のほかに症状が目立たないことがある。

食欲があるが食べられない場合は、歯や口腔内の状態、嚥下に障害がないか確認する。食道癌では流動物よりむしろ固形物が胸部で引っかかる感じを訴えるが、アカラジアでは固形物・流動物ともに嚥下しにくい。

食欲がない場合は様々な疾患がありうる。悪性腫瘍のほか、精神神経疾患、消化器疾患、内分泌疾患(副腎皮質機能低下症)、心肺疾患などである。うつ状態が疑われれば、ゆううつ気分や楽しみの喪失の有無を確認する。これらのいずれもない場合、うつ状態である可能性は小さい。消化器疾患では他の消化器症状(早期満腹感、嘔吐、腹痛など)を伴う。副腎皮質機能低下症は、嘔気・食欲不振という消化器症状を80~100%と高率に伴う。

患者背景の確認は有益な情報をもたらす。飲酒や漢方薬や健康食品を含めた常用薬も確認する。内服薬は味覚の変化や様々な消化器症状をおこし、特に服用している薬剤の種類が増えると体重減少の原因となる。社会経済的背景も重要であり、経済的困窮や社会的孤立は体重減少の原因となる。HIV感染の危険行為の確認が必要な場合もある。神経性食思不振症では、患者が自分の症状や感情を隠す傾向があり、正確な病歴が得られないことがある。特に信頼関係が不十分な時期ではそうである。摂食障害のスクリーニング的な質問として、SCOFF(表1)<sup>5)6)</sup>が知られている。

**B. 身体診察のポイント**

医療面接の結果に基づいてポイントを絞った診察をすることができる。しかし、様々な疾患で体重減少をきたすので、スクリーニング的な身体診

察も有用であろう。頸部では甲状腺腫やリンパ節腫大に注意するが、高齢者の甲状腺は下方に位置し、触診で分かりにくい。胸部では心不全、慢性閉塞性肺疾患、肺癌の所見がないか確認する。腹部では悪性腫瘍や消化器疾患の可能性に留意する。

表1 SCOFF(摂食障害スクリーニング質問)

1. おなかが張って不快になることがありますか?
2. どのくらい食べたらいかが分からなくなり、食べるのを止められなくなりそうで、心配になることがありますか?
3. 最近3ヶ月間で6.35kg(14ポンド)以上の体重の減少がありましたか?
4. 人からやせているといわれても、太りすぎているような気がしますか?
5. 食事や食べ物によって、生活全般が支配されているように感じますか?

これらの質問が2つ以上該当するときに摂食障害を示唆する感度100%、特異度87.5%と報告されている。診断確定のためにさらに精神科医の評価が必要である。

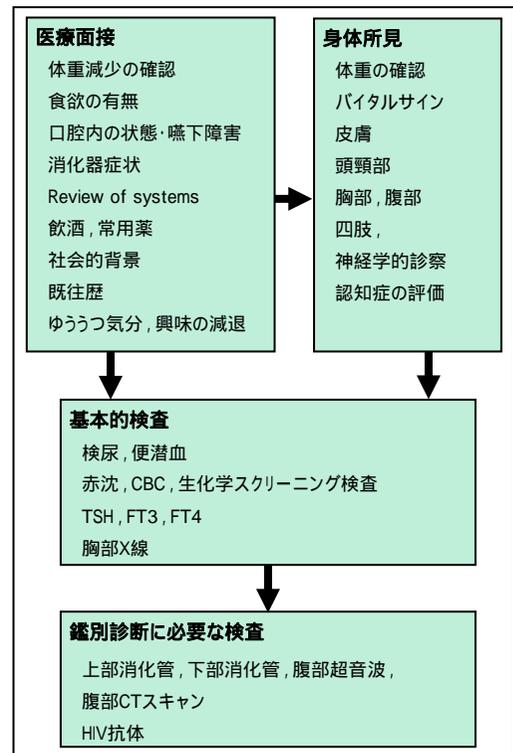


図1 体重減少患者の場合の検査のフローチャート

神経学的な診察や評価も有用である。認知症の評価が必要な場合がある(図1)。

診断の進め方(図2)

A. 基本的検査

基本的な検査は悪性腫瘍による体重減少を発見するために有用である<sup>3)7)</sup>。尿、便潜血、赤沈、CBC、生化学スクリーニング検査、甲状腺ホルモン、胸部X線撮影などを実施する。このような検査で異常がある場合は精力的に検索を進める。

特に体重減少の患者で悪性腫瘍の発見に有用であることが確認されている検査は、赤沈、CBC、アルブミン、総蛋白、AST、ALT、ALP、 $\gamma$ GT、

LDHである。これらの血液検査のどれか一つでも異常があるときを陽性とする、悪性腫瘍の存在に対する感度は95%、特異度は35%である<sup>3)</sup>。このため、これらの基本的な検査ですべて異常がない場合には悪性腫瘍の可能性は低くなる。なお体重減少の原因検索としての腫瘍マーカー測定の意義は検討されていない。

B. 確定診断の進めかた

医療面接、身体診察、一般検査の結果に基づいてその後の確定診断のための検査を進める。消化器疾患や悪性腫瘍が疑われれば、上部消化管内視鏡、下部消化管内視鏡、腹部超音波検査、CT scanを行う。

体重減少(非自発的の場合)

食欲あり

食べている

- 血糖 , HbA1C → 糖尿病
- TSH , FT3 , FT4 → 甲状腺機能亢進症
- 吸収不良 → 蛋白漏出性腸疾患

食べられない

- 噛めない → 歯科・口腔内疾患
- 嚥下障害 → 神経疾患(パーキンソン病、脳血管障害)
- 上部消化管内視鏡 → 食道疾患

食欲なし

他の消化器症状

- 赤沈、CBC、生化学スクリーニング検査 → 消化器疾患(胃腸、肝胆膵疾患)
- 上部消化管内視鏡(腹部超音波検査、腹部CT)
- Rapid ACTH試験 → 内分泌疾患 副腎皮質機能低下
- 血清Ca → 高カルシウム血症

その他の症状

- 胸部X線、呼吸機能検査 → 悪性腫瘍(消化器癌、肺癌、泌尿生殖器癌、血液悪性腫瘍など)
- 胸部X線、呼吸機能検査 → 呼吸器(COPD)
- 心臓超音波 → 循環器(心不全)
- 心臓超音波 → 神経疾患(認知症、ALS)
- 赤沈、CBC、生化学スクリーニング検査、自己抗体 → 炎症(膠原病)
- 赤沈、CBC、生化学スクリーニング検査、自己抗体、細菌検査、抗HIV抗体 → 感染症(結核、感染性心内膜炎、HIV)

患者背景

- 飲酒歴 → アルコール症
- 薬剤の服用歴 → 薬剤性(抗生物質、NSAID、SSRI)
- 社会的背景 → 経済的困窮、社会的孤立
- ゆううつ気分、興味の減退、不眠、不安 → 精神疾患(うつ状態、不安、悲嘆反応)
- ボディイメージの変化 → 摂食障害

図2 体重減少患者の確定診断の進め方

## 入院か外来かの判断

患者の一般状態，検査の進行状況により入院か外来かを判断する。

## 専門医にコンサルテーションするポイント

通常の内科系専門診療科へのコンサルテーションだけでなく，疑われる疾患に応じていろいろな職種へのコンサルテーションが有用である。精神心理的な問題が疑われれば精神神経科，咀嚼に問題があるようなら歯科，摂取栄養量を正確に評価するためには栄養士，社会的背景に問題があるようなら地域医療連携室などにコンサルテーションする。

## 経過観察に必要な検査

発見された疾患に応じてその後の診療計画を立てる。検索を進めても体重減少の原因が不明の場合，安易に検査を追加するのではなく，慎重な経過の観察を続ける。基礎となる疾患が発見される場合は1年以内が多いといわれる。

## 参考文献

- 1) Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA : Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance. *J Am Geriatr Soc* 43 : 329 ~ 337, 1995
- 2) Gazewood JD, Mehr DR : Diagnosis and management of weight loss in the elderly. *J Fam Pract* 47 : 19 ~ 25, 1998
- 3) Hernandez JL, Riancho JA, Matorras P, Gonzalez-Macias J : Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms. *Am J Med* 114 : 631 ~ 637, 2003
- 4) Wallace JI, Schwartz RS : Involuntary weight loss in elderly outpatients: recognition, etiologies, and treatment. *Clin Geriatr Med* 13 : 717 ~ 735, 1997
- 5) Morgan JF, Reid F, Lacey JH : The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 319 : 1467 ~ 1468, 1999
- 6) 坪井康次 : 思春期の摂食障害とその影響. *日医雑誌* 129 : 1586 ~ 1590, 2003
- 7) Rabinovitz M, Pitlik SD, Leifer M, Garty M, Rosenfeld JB : Unintentional weight loss. A retrospective analysis of 154 cases. *Arch Intern Med* 146 : 186 ~ 187, 1986

1) Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, Uhlmann RF,