

外来で肥満！？ を見つけたら、、、

筑波大学総合診療グループ

作成者：大澤さやか

監修：山本由布、五十野博基

2018年8月2日

症例

51歳女性

「主訴」血圧高値

「現病歴」もともと統合失調症にて精神科通院し、入院歴があるが、その後症状は安定し、精神科でのフォローは1年前に終了となっていた。数ヶ月前に全身倦怠感を自覚し、婦人科を受診した。更年期のホルモン異常はなく経過観察を指示された。しかし受診時に血圧高値を指摘され、当院診療所を受診した。その後は、全身倦怠感は改善していた。

【既往歴】 統合失調症、耐糖能異常

【家族歴】 特記事項なし

【アレルギー歴】 そば

【社会・生活歴】 夫と息子の3人暮らし、主婦、
近所に父母在住、喫煙歴なし、飲酒歴なし

【体重歴】 20歳時80kg、出産を契機に徐々に増加し最大135kg、約1年前は100kg(精神科退院直後)、その後1年で約30kg増加した。

【内服】以前はエビリファイ内服していたが現在は内服なし、漢方やサプリメント内服はなし

【月経歴】3年前に閉経

【身体所見】身長155cm, 体重133kg, BMI 55.3

BP 155/90mmHg, PR 100/min, RR 16/min, BT 36.5度,

SpO2 98%

頭頸部、胸部: 特記すべき異常所見なし

腹部: 全体に膨隆している 蠕動音亢進なし、軟、
血管雑音なし、肝脾腫なし、腫瘤等は触れず

四肢: 浮腫なし 皮疹なし

血圧も確かに高いのかもしれないから評価や介入は必要。

しかし、

この高度の肥満は単なる「肥満」で良いのか??

減量指導だけでいいのか??

何か基礎疾患を探るべきか??

Clinical question

- Q1 成人の肥満とは？(基準、診断意義、疫学、
成因)
- Q2 肥満を見つけたらどうするか？
- Step① 二次性肥満を除外(疑う病歴と身体
所見)
- Step② 一次性肥満のマネージメント(合併症
評価)と二次性肥満除外の検査
- Q3 薬剤性肥満を疑うべき薬は？

「基準」肥満と肥満症の診断基準

「肥満の定義」

脂肪組織に脂肪が過剰に蓄積した状態で、体格指数{BMI=体重kg/(身長m)²} ≥ 25 のもの

「肥満の判定」

身長あたりのBMIをもとに右表のごとく判定する

BMI(kg/m ²)	判定	WHO基準
<18.5	低体重	Underweight
18.5 \leq ~ <25	普通体重	Normal range
25 \leq ~ <30	肥満(1度)	Pre-obese
30 \leq ~ <35	肥満(2度)	Obese class I
35 \leq ~ <40	肥満(3度)	Obese class II
40 \leq	肥満(4度)	Obese Class III

肥満症診療ガイドライン 2016

※ただし、肥満(BMI ≥ 25)は、医学的に減量を要する状態とは限らない。
※BMI ≥ 35 を高度肥満と定義する。

「基準」肥満と肥満症の診断基準

「肥満症の定義」

肥満症とは肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予測される場合で、医学的に減量を必要とする病態を言い、疾患単位として取り扱う

「肥満症の診断」

肥満と判定されたもの(BMI \geq 25)のうち、以下のいずれかの条件を満たすもの

1)肥満に起因ないし関連し、減量を要する(減量により改善する、または進展が防止される)健康障害を有するもの

※健康障害は次スライドに記載

2)健康障害を伴いやすい高リスク肥満

ウエスト周囲長のスクリーニングにより内臓脂肪蓄積を疑われ、腹部CT検査によって確定診断された内臓脂肪型肥満

1. 肥満症の診断基準に必須な健康障害

- 1)耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)
- 2)脂質異常症
- 3)高血圧
- 4)高尿酸結晶・痛風
- 5)冠動脈疾患:心筋梗塞・狭心症
- 6)脳梗塞:脳血栓症・一過性脳虚血発作(TIA)
- 7)非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)
- 8)月経異常・不妊
- 9)閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)・肥満低換気症候群
- 10)運動器疾患:変形性関節症(膝・股関節)・変形性脊椎症、手指の変形性関節症
- 11)肥満関連腎臓病

2. 診断基準には含めないが、肥満に関連する健康障害

- 1)悪性疾患:大腸がん、食道がん(腺がん)、子宮体がん、膵臓がん、腎臓がん、乳がん、肝臓がん
- 2)良性疾患:胆石症、静脈血栓症・肺塞栓症、気管支喘息、皮膚疾患、男性不妊、胃食道逆流症、精神疾患

日本と欧米の肥満判定基準

- WHOではBMI \geq 25をPre obese
 \geq 30をObese class I と定義。
- 日本は欧米に比べれば高度肥満が少なく、かつ軽度の肥満でも健康障害につながりやすいためWHOと基準が異なる。

(例えば、BMI26-27.9で高血糖、高血圧、高TG、高Chol、低HDLのリスクが普通体重の2倍超とされる)

BMI(kg/m ²)	判定	WHO基準
<18.5	低体重	Underweight
18.5 \leq ~<22.5	普通体重	Normal range
25 \leq ~<30	肥満(1度)	Pre-obese
30 \leq ~<35	肥満(2度)	Obese class I
35 \leq ~<40	肥満(3度)	Obese class II
40 \leq	肥満(4度)	Obese Class III

BMIについての補足:

- BMIは除脂肪体重との相関より、体脂肪との相関が高い¹⁾、ウエスト周囲長との相関が高い²⁾とされている。
 - BMIは判定基準として簡便である一方、脂肪以外の水分や骨、筋肉量も反映するため、正確な体脂肪は反映しないことがあるとされる。
 - より正確に体脂肪を測定するためには、水中体重測定法や生体電気インピーダンス法などがある。
-
- 1)Gallagher D, et al. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic group? Am J Epidemiol. 1996;143:228-39
 - 2)Pischon T, et al. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. N Engl J Med. 2008; 359:2105-20.

「肥満症の診断意義」

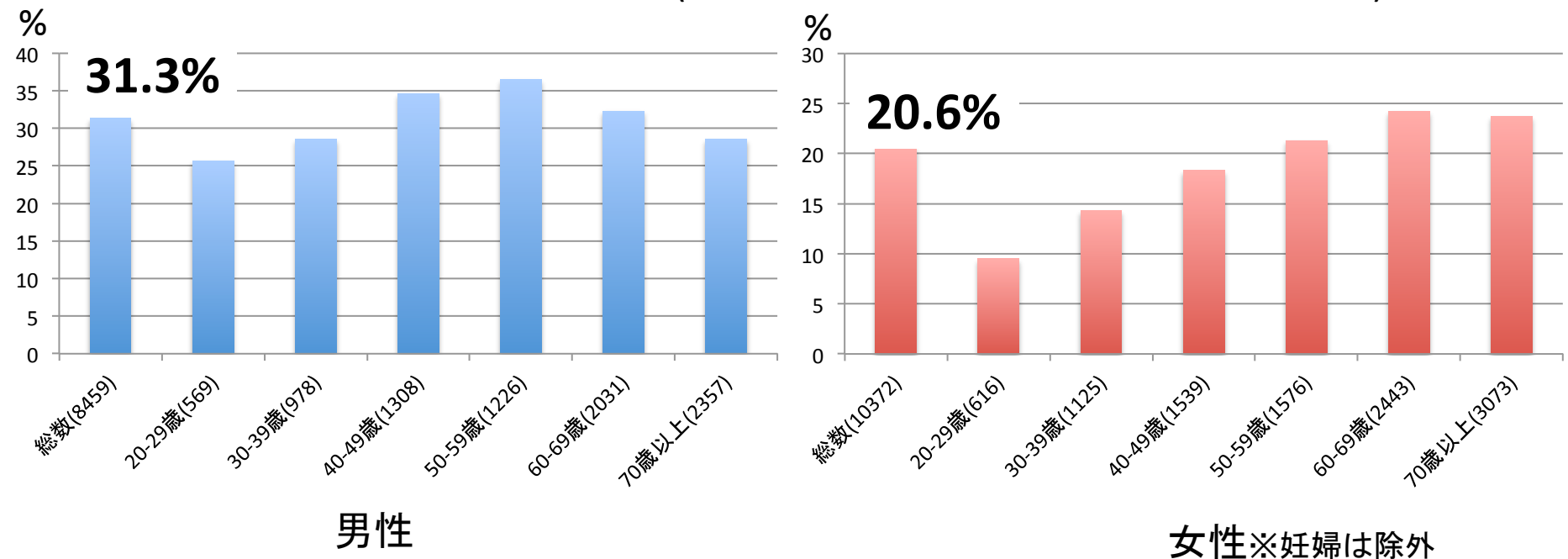
- 「肥満症」をスクリーニングし、診断する意味は、体重を減らすことにより医学的メリットのある人を選び出すことである。
- 肥満はBMI 25以上と、判定はとても簡易である。
- 「肥満症」を診断するには治療すべき病態であるかどうかを医師が判断する必要がある。
- 合併症予防のために適切なスクリーニングが必要であり、また、USPSTFでも18歳以上の全員に肥満をスクリーニングすること(GradeB)が推奨されている。

「疫学」

- 「肥満」 ≥ 25 と判定される日本人は
20歳以上の男性31.3%、女性20.6%

(平成28年国民健康・栄養調査報告)

図 肥満者BMI ≥ 25 の割合(20歳以上、性、年齢階級別、全国補正值)



- BMI \geq 30の人は、**男性4.4%女性3.1%**。
- 男性は肥満者の割合は、50-59歳でピークがあり、あとは年齢とともに減っていく。
- 女性での肥満者の減少率が低い理由に身長低下が関与していると言われている。
- 1980年以降10年ごとの変化を見ると男性では全ての年齢階級において肥満者の割合は増加しており、15%から約2倍(31.3%)になった。
- 女性は、20.30歳代は横ばい、40.50.60.70歳代は減少傾向である。

「肥満・肥満症の成因」

Level1:

- エネルギー摂取過多、糖質摂取割合が高いこと、タンパク質摂取割合が低いこと、は体重増加や肥満をきたす。
- 身体活動の増加、定期的な運動と食事介入は肥満を抑制する。

Level2:

- 早食いはエネルギー摂取量と独立して肥満と関連する。
- 不活発な座位時間の長さ、短時間睡眠は体重増加と関連し労働時間の長さ、交代勤務の有無、職階などは食習慣や身体活動量の違いを介して体重に影響する。
- 重度喫煙者は肥満度、ウェスト周囲長が大きく、喫煙暴露量（本数と期間）が大きいと禁煙後の体重増加量が大きい。

※Level1:RCTや大規模疫学調査、メタアナリシスに基づくデータがある

Level2:小規模のRCTや非ランダム化研究がある

Clinical question

- Q1 成人の肥満とは？(基準、診断意義、疫学、成因)
- Q2 肥満を見つけたらどうするか？
- Step① 二次性肥満を除外(疑う病歴と身体所見)
- Step② 一次性肥満のマネージメント(合併症評価)と二次性肥満除外の検査
- Q3 薬剤性肥満を疑うべき薬は？

スクリーニングで肥満BMI ≥ 25 の時は、まずは、二次性の除外が必要。

肥満 BMI ≥ 25

二次性肥満
・内分泌性肥満
・遺伝性肥満
・視床下部性肥満

Step1

①

原発性肥満

25 \leq BMI < 35

BMI ≥ 35

健康障害*、
内臓脂肪蓄積
ともになし

健康障害*あり、
または
内臓脂肪蓄積あり

Step2

②

健康障害*あり、
または
内臓脂肪蓄積あり

健康障害*、
内臓脂肪蓄積
ともになし

肥満

肥満症

高度肥満症

高度肥満

※スライド9の1に相当

①

- 肥満における二次性肥満の割合は5-10%.
[Medical Practice 肥満症 vol.35 no.2 2018 p219]
- BMI26以上の肥満者の約95%は原発性肥満.
[日内会誌 87:1028~1033,1998]
- 二次性肥満は原疾患の治療が治療方針になるため、その割合は少ないが、問診や身体所見でしっかりと鑑別が必要であり、二次性肥満を除外した後に単純性肥満と診断可能。

①

二次性肥満

- 1)内分泌性肥満

Cushing症候群、インスリノーマ、甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)、性腺機能低下症 など

- 2)遺伝性肥満

Bardet-Biedl症候群、Prader-Willi症候群など

- 3)視床下部性肥満

間脳腫瘍、Frolich 症候群、Empty sella症候群など

- 4)薬物による肥満

向精神薬、副腎皮質ホルモン など

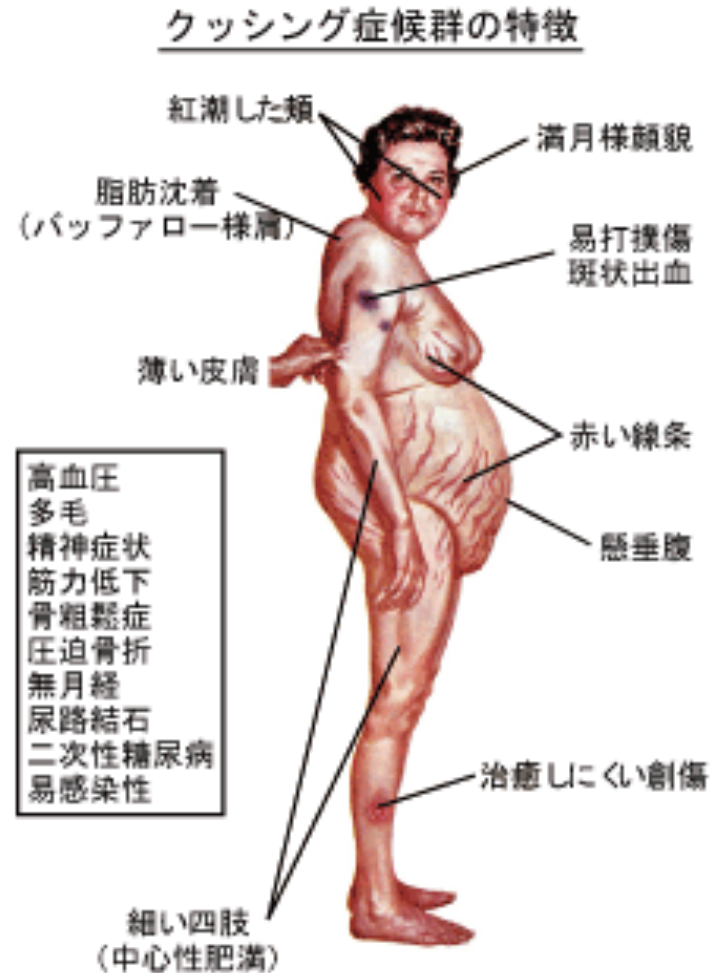
①

- これらの鑑別を考えながら、病歴と身体所見を取る。
- 病歴、身体所見、疫学などを考慮し、まず疑うことができるかが大切。
今回は、詳細な検査は省略。

二次性肥満:Cushing 症候群

「疫学」標準体重の20%
以上の肥満となるのは20-30%。
「身体所見」肥満よりも特徴的
な体脂肪分布
(満月様顔貌/Moon face、
Buffalo hump)の異常により
診断される。
満月様顔貌、Buffalo hump、
赤紫色の皮膚進展線条、
多毛、痤瘡などが頻度が高い
症候。

日内会誌 87:1028~1033,1998
Medical Practice 肥満症 vol.35 no.2 2018



https://www.med.nagoya-u.ac.jp/nyusen/sick/adrenal/a_sick_kind1.html

- 「病歴聴取の例」

- 皮膚が薄くなったり、腹部などに赤紫の筋がありますか？

- あざができやすいですか？

- 月経周期が不規則ですか？

- 顔の毛や痤疮が増えましたか？

身体所見の 診断特性

所見	感度(%)	特異度(%)	陽性尤度比	陰性尤度比
バイタルサイン 高血圧	25-38	83-94	2.3	0.8
体型				
満月様顔貌	98	41	1.6	0.1
中心性肥満	72-90	62-97	3	0.2
全般性肥満	4	38	0.1	0.5
BMI>30	31	26	0.4	2.6
皮膚所見				
皮下組織の菲薄化	78	99	115.6	0.2
赤ら顔	83	69	2.7	0.3
女性での多毛	5-76	56-71	1.7	0.7
斑状出血	54-71	69-94	4.5	0.5
赤色・青色皮膚線条	46-52	63-78	1.9	0.7
痤瘡	52	76	2.2	0.6
四肢の所見				
近位筋の筋力低下	62-63	69-93	NS	0.4
浮腫	38-57	56-83	1.8	0.7

[Evidence-Based Physical Diagnosis 4th ed] McGee S, Elsevier, 2012 より改訂

※中心性肥満定義

1)四肢以外の肥満(主観によるものが一般的)

2)中心性肥満index: 頸、胸囲、腹囲の合計/両側の上腕、大腿、下腿径の合計。1以上が異常。

3)腹囲/臀部の比が男性で1,女性で0.85以上(偽陽性も多いの3つ)がある。

二次性肥満:インスリノーマ

「疫学」

膵内分泌腫瘍全体で発症率は人口10万人当たり約1.0人¹⁾

「病歴」

頻回の低血糖発作があり、頻回の低血糖発作を予防するために過食傾向となり体重が増加する²⁾。

「疾患の特徴」

低血糖下での高インスリン血症や膵腫瘍の指摘により疑う。

1) 日本における膵内分泌腫瘍の疫学 膵臓 23:654-659.2008

2) I 症候・検査値から見た内分泌疾患 7.肥満・るいそう 日本内科学会雑誌 Vol.87 no.6 1998

- 「病歴聴取の例」

- 食事を抜いた時に一過性の錯乱、頭痛、発作、視覚変化を経験したことがありますか？

- 絶食すると動悸、発汗、震えがありますか？

二次性肥満:甲状腺機能低下症

「疫学」罹患率は、潜在性甲状腺機能低下症は4.3%、顕性甲状腺機能低下症は0.6%¹⁾とされている。

「病歴」浮腫様顔貌、寒がり、嚔声、便秘、動作緩慢、抑うつ状態

「身体所見」徐脈、アキレス腱反射弛緩相の遅延、浮腫など。(体重増加は主に水やナトリウムの蓄積、代謝低下のために起こる。)

※重度甲状腺機能低下では食欲低下などにより逆に体重減少をきたすこともある。重度甲状腺機能低下症が健常人より肥満のグループで多いということはない²⁾。

※肥満自体が視床下部-下垂体-甲状腺系に影響を及ぼしていることも指摘されており、肥満者におけるsubclinical hypothyroidismの診断には注意を要する^{3,4)}。

1) https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/99/4/99_683/_pdf

2) Glass AR, Kushner J. Obesity, nutrition , and the thyroid. Endocrinologist.1996;6:392-404

3) Michalaki Ma etal. Thyroid function in humans with morbid obesity, Thyroid 2006; 16 (1):73-8

4) Rotondi M,et al. Thyroid and obesity: not a one-way interaction. J clin Endocrinol Metab. 2011;9(2):344-6²⁷

身体所見の 診断特性

所見	感度(%)	特異度(%)	陽性 尤度比	陰性 尤度比
皮膚				
皮膚乾燥、冷感	16	97	4.7	0.9
皮膚粗造	20-61	74-95	3.4	0.7
手掌冷感	37	77	NS	NS
手掌乾燥	42	73	NS	NS
眼窩周囲浮腫	53-91	21-81	NS	0.6
手首周囲浮腫	39	86	2.9	0.7
眉毛脱毛	29	85	1.9	NS
前脛骨浮腫	78	31	NS	NS
会話:				
Hypothyroid speech	37	93	5.4	0.7
徐脈	29-43	89-98	4.2	0.7
甲状腺腫大	46	84	2.8	0.6
神経				
アキレス腱反射遅延	48	86	3.4	0.6
動作緩慢	87	13	NS	NS

[Evidence-Based Physical Diagnosis 4th ed] McGee S, Elsevier, 2012 より改訂

※動作緩慢: 2mのベッドシートをたたむのに1分以上かかる

- 「病歴聴取の例」

- 疲れやすいですか？

- 皮膚乾燥または抜け毛がありますか？

- 冷え性ですか？

- 食欲はないのに体重が増えていますか？

- 便秘はありますか？

二次性肥満： 偽性副甲状腺機能低下症

「疫学」

患者数 約400人¹⁾

「身体所見」

円形顔貌、低身長、中手骨短縮、テタニー、
白内障、

「疾患の特徴」

皮下と大脳基底核に石灰沈着が見られる。

二次性肥満： 多嚢胞性卵巣症候群 PCOS

PCOSは卵巣の多嚢胞性腫大、月経異常、高アンドロゲン状態などをきたす症候群。「疫学」成人生殖年齢女性の6-8%が多嚢胞性卵巣を有する。そのうち、排卵障害や高LHもしくはアンドロゲン血症であることがPCOSの診断基準になっている。

小児慢性特定疾病情報センター,PCOSの新しい診断基準 日産婦誌 60巻9号

「病歴、身体所見」正常に近い症例から両側卵巣の多嚢胞性腫大と肥満、男性化などを伴う月経異常が伴う例など多岐にわたる。無月経、不妊、多毛などの男性化徴候を伴い、肥満は半数程度に見られるとされるが、日本では欧米よりも典型的症状とされる多毛や肥満は少ない。

- 「病歴聴取の例」

- 月経が不規則だったり、飛び飛びになったりしますか？

- 妊娠しにくいですか？

- 顔の毛や痤瘡が増えましたか？

二次性肥満:性腺機能低下症(男性)

- 男性:視床下部-下垂体系の異常(続発性)や精巣の障害(原発性)によってテストステロン産生が障害された場合に起こる。どちらも先天性(クラインフェルター症候群など)、後天性(加齢、疾患、薬剤、他)の原因がある。
- 前立腺癌治療に伴うテストステロン欠乏によるものも増加している。
(日内会誌104:690-696,2015)
- 「病歴聴取の例」
 - リポドーが低下していますか？
 - 勃起しにくいですか？
 - 体毛や陰毛が薄くなっていますか？

二次性肥満:性腺機能低下症(女性)

- 女性:女性において内因性エストロゲンは脂肪蓄積に抑制的に作用している。閉経はエストラジールが激減する一因である。視床下部-卵巣系の器質的・機能的障害、腫瘍などにより病的にエストロゲン低下が起こることもある。
- 「病歴聴取の例」
 - 月経周期に変化がありましたか？
 - のぼせなどの更年期の症状を経験したことはありますか？

二次性肥満:遺伝性の疾患は稀

- Prader willi症候群

1-1.5万人に1人で、国内には2000人程度。

- Bardet Biedl症候群

欧米では1.4-1.6万人に1人、日本ではもっと少ないと推定されている。

二次性肥満:視床下部性肥満

- 視床下部性肥満は、視床下部関連症候を伴うのが特徴であり、性器発育不全、無月経、多尿、尿崩症、頭痛、嗜眠、体温調節異常などを呈する。視床下部性肥満の最も多い原因は頭蓋咽頭腫である。
- 視床下部の腹内側核が満腹中枢、外側野が摂食中枢であると考えられている。
- 臨床的には視床下部疾患において摂食行動の異常を呈し、肥満またはるいそうを生ずることが知られている。
- 視床下部の器質的破壊を来たすような脳血管障害、腫瘍摘出に伴う手術侵襲、放射線治療などによっても起こるため、これらの病歴が大切。

二次性肥満:薬剤性

- 後述

Clinical question

- Q1 成人の肥満とは？(基準、診断意義、疫学、成因)
- Q2 肥満を見つけたらどうするか？
- Step① 二次性肥満を除外(疑う病歴と身体所見)
- Step② 一次性肥満のマネージメント(合併症評価)と二次性肥満除外の検査
- Q3 薬剤性肥満を疑うべき薬は？

②

- 原発性肥満の可能性が高い時の追加問診
 - 肥満症の診断に必要な健康障害について
 - カロリー摂取量の増加(間食、飲酒含めて)
 - 身体活動レベルの低下、生活変化など
 - 閉経(患者の20%が3年で4.5kg以上増加)
 - 禁煙(禁煙継続患者の16-21%が10年で15kg以上増加) など

参考文献: 聞く技術 答えは患者の中にある 第2版

「合併症」評価のための検査： 健康障害を踏まえて検査計画を立てる。 追加問診も行う。

1. 肥満症の診断基準に必須な健康障害

- 1)耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)
- 2)脂質異常症
- 3)高血圧
- 4)高尿酸結晶・痛風
- 5)冠動脈疾患:心筋梗塞・狭心症
- 6)脳梗塞:脳血栓症・一過性脳虚血発作(TIA)
- 7)非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)
- 8)月経異常・不妊
- 9)閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)・肥満低換気症候群
- 10)運動器疾患:変形性関節症(膝・股関節)・変形性脊椎症、手指の変形性関節症
- 11)肥満関連腎臓病

3. 高度肥満症の注意すべき健康障害

- 1)心不全
- 2)呼吸不全
- 3)静脈血栓
- 4)閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)
- 5)肥満低換気症候群
- 6)運動器疾患

行うべき検査

合併症スクリーニングのルーチン検査：
空腹血糖、HbA1c、肝胆道系逸脱酵素、脂質、
尿検査、尿酸、心電図、レントゲン

病歴から、もしくは、2次性を疑う時：
甲状腺機能検査、心エコー、
睡眠時無呼吸症候群精査、
腹部エコー、経腔エコー、ホルモン検査など

Clinical question

- Q1 成人の肥満とは？(基準、診断意義、疫学、成因)
- Q2 肥満を見つけたらどうするか？
- Step① 二次性肥満を除外(疑う病歴と身体所見)
- Step② 一次性肥満のマネジメント(合併症評価)と二次性肥満除外の検査
- Q3 薬剤性肥満を疑うべき薬は？

メタボリック症候群/体重増加 と関連のある薬剤

メタボリック症候群を引き起こす可能性のある薬剤¹⁾

- ・降圧薬
β遮断薬、利尿薬
- ・内分泌関連
ステロイド、ダナゾール
成長ホルモン、経口避妊薬
チアゾリジン系
- ・神経作動/向精神病薬
抗精神病薬、抗うつ薬
- ・その他
免疫抑制剤、ナイアシン
プロテアーゼ阻害薬、
レチノイド

体重増加と関連のある薬剤²⁾

- ・ステロイド
- ・糖尿病薬
(インスリン、SU薬、
チアゾリジン系、グリニド系)
- ・第一世代抗精神病薬 (チオリダジン)
- ・第二世代抗精神病薬
(リスペリドン、オランザピン)
- ・神経作動/気分安定薬 (カルバマゼピン、
ガバペンチン、炭酸リチウム、バルプロ酸)
- ・抗ヒスタミン薬
{特にシプロヘプタジン(ペリアクチン)}
- ・抗うつ薬
(パロキセチン、シタロプラム、
アミトリプチリン、ミルタザピン)
- ・ホルモン薬
(特に黄体ホルモン:メドロキシプロゲステロン等)
- ・β遮断薬 (特にプロプラノロール)
- ・α遮断薬 (特にテラゾシン)

1) Marion R et al. "Drug-induced metabolic syndrome" The journal of clinical hypertension 2006, Vol8(2) 114-119 より改定

2) イン・ザ・クリニック -診療現場ですぐに役立つエビデンス- メディカルサイエンスインターナショナル

本症例は抗精神病薬が被疑薬に上がるが、一般に他の薬剤と比較するとアリピプラゾール(エビリファイ)は体重増加をきたしにくい。

表 非定型抗精神病薬と代謝異常

	体重増加	糖尿病の危険性	脂質代謝異常
クロザピン	+++	+	+
オランザピン	+++	+	+
リスペリドン	++	D	D
クエチアピン	++	D	D
アリピプラゾール ※	+/-	-	-
ジプラシドン※	+/-	-	-

+:増加 -:影響ない D:結果が分かれる ※長期使用データなし

Diabetes care, Vol.27. 2004 掲載を一部改変

- 個人因子も大事な要素(同胞や双子対象の研究で示されている)¹⁾のため、薬剤の種類だけで一概には言えない。
- 1)Gavin P Ryenolds."Pharmacogenetic aspects of antipsychotc drug-induced weight gain- a critical review"
2012;10(2):71-77

經過

- 「追加問診」

あざの出来やすさや傷の治癒遅延、低血糖発作、便秘や抑うつ症状、動悸や冷汗などの自覚症状は認めなかった。また、頭痛や多尿はなかった。

既往歴：頭頸部の手術歴なし

月経歴：3年前に閉経、婦人科での経膈USで異常指摘歴なし、閉経前までは月経は定期的に来ていた。現在は更年期障害の症状なし。

「体重歴」幼少期は少しぽっちゃりしているとは思われていたが、小児健診で異常指摘はなく、学校健診においても特に指導を受けることはなかった。高校卒業後から徐々に体重は増加し、20歳時点では80kgであった。20歳台での妊娠を契機にさらに体重増加し100kg程度になった。出産後にも体重は戻らなかった。その後、統合失調症と診断され、精神科通院開始し、内服と症状コントロールまた体重コントロールの意味合いも含めて複数回入院治療を行った。100から130kg程度の上下を繰り返していた。1年前に統合失調症での通院は不要となり、内服も不要となった。通院中止後徐々に体重が増え、現在の133kgになった。

- 「生活・食事歴」(食事記録や母からの情報)

食事を作るのは自分自身だが、夫が作ることもある。夫が作る食事は、カップラーメンや焼きそばなどである。(正確な体重は不明だが、夫も肥満。)

お米は2膳、おかわりは必ずする。麺類や揚げ物はほぼ毎日食べる。惣菜はスーパーで購入し、自炊はしない。

間食は、1日スナック菓子1袋

家の外へ出かけるのは、スーパーへの買い物、病院受診、休日に家族と外出するときくらい。

- 「身体所見」(追加)

General appearance: 中心性肥満なし、嘔声なし

頭頸部: 満月様顔貌なし、顔面に瘡癩なし、
赤ら顔なし、眉毛脱毛なし、甲状腺腫大無し

胸部・腹部: 皮膚線条なし、皮下出血斑なし

四肢: 浮腫なし、冷感、乾燥なし、多毛なし、
皮下組織菲薄化なし

神経学的評価: 感覚異常なし、
アキレス腱反射弛緩相遅延なし

まとめ1

- 肥満(BMI55.3)に関しては、2次性肥満の否定が必要と考えた。病歴や身体所見(後述)、採血からはクッシング症候群、インスリノーマや甲状腺機能低下症などの2次性肥満は、否定的と考えられた。薬剤としては以前に精神科からエビリファイが処方されていたが内服中止から1年以上経過しており、関連は低いと考えた。
- 肥満の合併症としては高血圧と診断でき高度肥満症が疑われた。採血では、耐糖能異常なし、脂質異常なし、甲状腺ホルモン異常なし、腎機能異常なしであった。

まとめ2

- 食事内容をノートなどに記載していただいたが、麺類などの炭水化物を摂取すること多く、量自体も過量と考えられた。
- 食事、運動療法で介入、自宅血圧を測定してもらい1度高血圧、中等度リスク群(高血圧治療ガイドライン2014)と判断し、アムロジピン5mgから開始とした。
- 家族とともに栄養指導を受けてもらいながら、現体重の5-10%の減量目標を設定し、減量に励んでいる。専門機関への紹介や手術希望はなかった。

おわり