

症例

- 40代男性、身長：176cm。家族構成：独身・独居、職業：システムエンジニア。
- 糖尿病の既往があり、呼吸不全・心不全症状が出現し入院。入院時の体重は180kg、BMI 58.1kg/m²、血圧145/98mmHg、HbA_{1c} 6.5%、HOMA-IR 5.4、non-HDL-C 156mg/dL、HDL-C 27mg/dL、TG 225mg/dL、UA 7.9mg/dL。
- 退院時の体重は161kg、BMI 52.0kg/m²、以後3年間毎月外来受診している。この間、食欲抑制剤による治療介入時には減量がみられたが、その後、デスクワークの仕事が多忙になる。昼夜逆転による生活リズムの崩れから体重増加を繰り返した。
- 最近では治療もマンネリ化。
1日約1400kcalの食事量にもかかわらず、それに見合った減量はみられない。現体重は169kg。治療に難渋している。

考え方

この症例のように3年にわたり治療を継続しても目標に達しない場合、主治医は大変ですし、患者さんも辛いと思われるます。

こちらの症例は高度肥満症の方と思われるますが、このような場合、難治症と決めてかからずに、治療効果が患者さんにも具体的にわかる手立てを治療に取り込んでみるのが大切です。例えば、外来で“**グラフ化体重日記***”をつけていただき、毎日の生活リズムや食習慣を評価する方法も導入してみても如何でしょうか。何時に起き、いつ3度の食事を摂り、何時に寝ているか、この生活リズムを“**グラフ化生活日記法**”で視覚化すると、相当乱れていることがわかります。食べ方の問題もあります。食事が早食いになったり、荒噛みになったり、また間食が多くなるなども問題です。そのような調査には、“**食行動質問紙法**”が役に立ちます。ダイアグラムのどの指標がずれているかを見れば、治療ターゲットをどこに絞るべきなのかが具体的に把握できます。

*1日4回測るグラフ化体重日記法(本法)、無理なら起床時だけ体重を測るグラフ化体重日記法(1回法)。後者だとほとんどの患者で実施可能。

肥満症患者さんの場合、多くは自分の身に付いた食習慣を異常とは思っていないため、会話の中に出てこず、見落とすことがしばしばです。まずは客観的なデータを取って、減量に失敗した原因をわかってもらうことです。なかでも間食は、本人が意識せずに食べていることが多いので記憶に残り難いのです。この特質を治療者はよくわきまえる必要があります。このため、「間食をしないように」と禁止するのではなく、間食を積極的に思い出せるようにする手立てが大切です。いつ、どんな間食を、どのような状況でしているのか、この間食の背景

因子を把握できないと治療は軌道に乗りません。

ここで役に立つのが“**間食メモ法**”です。手軽に携帯できるメモ用紙で、間食1回につき1枚の用紙に間食した時間帯、品名、動機を書き留めるように作られています。食前や食直後に間食をしている場合は咀嚼法や食事そのものを見直し、深夜や午前中の間食では生活の深夜化を修復し、

代謝動態の正常化を試みるわけです。衝動的な間食の場合には、患者さんに合った効果的な‘間食からの逃げ方’を工夫します。このように、まず間食の起こる状況を的確に把握し、そして、間食を禁止するのではなく、効率のよい回避方法を取り込むことが大切です。甘いものを好んで食べるのは本能(視床下部で反応)で、間食を止めるというのは意志(高次脳機能で制御)なので、意志で本能を抑え込もうとすること自体が無理な話なのです。

食習慣を変えるという意味では、例えばコレステロールの高い食品を好んで食べるという問題もあります。しかしこの介入も言うほど簡単ではありませんが、その対応には“**一品療法**”が役に立ちます。この種の患者さんは味覚がコレステロールを好むので、まず、患者さんの好きな食材や料理、食べる頻度の多い食材や料理を列記させ、その中からコレステロールの高含有食材を探し出し、そのうちの一品をターゲットにします。患者さんと一緒に食品交換表の数値を調べ、該当する食材のコレステロール量がいかに高いかを刷り込むのです。その時、患者さんの驚きが強いほど嫌悪刺激は増すので、次回に食べる際には腰が引けるようになります。でも、外食や宴会、旅行などではつい食べてしまいますが、その際、「食べるな」とは言わずに、「食べるなら確信犯で食べるように」と説得するのです。そして食べた後には必ず検査を受けるようにします。大切なのは、一般論を避け、つい食べてしまった自分の食材が検査値の上昇と結びつくことです。高い検査値というのは恐怖感を引き起こすので、失敗するたびに腰の引け方が強くなります。

まとめると、まずは病態の改善に必要な客観的な資料を収集し、次いで治療ターゲットを絞り込み、見合った手立てを継続すること、これが決め手になります。この症例のように、生活リズムの乱れがあれば、特に夜間の生活様態、とりわけ夕食のあり方や睡眠時間(質)は内臓脂肪の蓄積に大きく影響するので、病態改善にとって重要な課題から介入していきます。例えば、「外食で思いのほか、食べ過ぎた、飲みすぎた」と気付けば、「タクシーを途中で降りて、歩いて帰る」など、次に備えるための方策をアドバイスし、少しずつ積み重ねていくことです。このような対応が軌道に乗り、検査値(体重ではない)が改善してくれば、患者さんの治療意欲も向上するので、治療の展望が開けてきます。

