

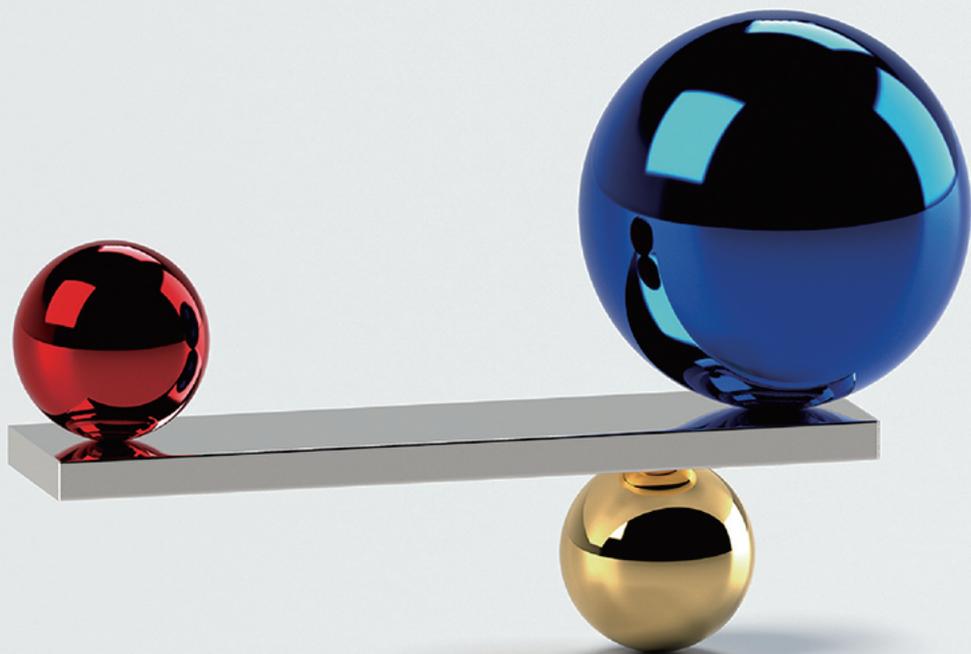
# ER・救急で役立つ **A** 精神科救急 *to* **Z**

編集

**三宅康史** (帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター長/帝京大学医学部救急医学講座教授)

編集協力

**吉内一浩** (東京大学医学部附属病院心療内科病院教授)



## 〈3〉摂食症（摂食障害）

**診断：**どのような状態で搬送されてくることが多いか、診断への道筋

- ① 意識障害・ショック，場合によっては心肺停止状態での搬送。
- ② 若年女性に多く，一見して著しいい痩あり。
- ③ 意識障害・ショックの原因としては，低血糖，低カリウム血症，ケトアシドーシス，徐脈，低体温など。
- ④ うぶ毛の多さ，皮膚の色素沈着（カロチンの代謝遅延により手掌や足裏が黄色みを帯びる），皮膚の乾燥などがみられる。
- ⑤ 低栄養，脱水だけでなく，電解質，ビタミン，微量元素（P, Mg など）などすべてが枯渇した状態。
- ⑥ 脱水のある状況でのHb値・Alb値は，見た目が高く出ていることに注意。
- ⑦ 低栄養による免疫力低下から，結核感染などの可能性を考慮。
- ⑧ 多くは10歳代の発症と，長い小児科・精神科での治療の既往歴。
- ⑨ 救急搬送になるのは，摂食制限型の神経性やせ症（anorexia nervosa）が大半。

**治療：**身体的問題の把握とERでの初療，入院後の治療

- ① 心肺停止では二次救命処置（ACLS）継続，ただし骨粗鬆症あり，丁寧な胸骨圧迫を行う。
- ② 来院時の血液ガス採血で，代謝性アシドーシス，K，乳酸，血糖をすぐに確認。
- ③ ブドウ糖入り細胞外液＋水溶性ビタミン混注を開始。
- ④ 心エコーにて心機能，血管内容量を確認し，点滴速度変更。心電図でQT延長のチェック。
- ⑤ 血液生化学で，微量元素，BNP，腎機能，肝機能，甲状腺ホルモンの基礎値を計測。
- ⑥ ブドウ糖，総合ビタミン剤に加え，K，微量元素を持続的に補充開始。
- ⑦ 微量元素の低下をフォロー。
- ⑧ refeeding 症候群に対し肝機能をフォロー。

▶ 現場で見抜く! ~こんなときは要注意

入院後は特に refeeding 症候群の悪化を防ぎつつ、投与カロリーを増やしていく。

1 NICE (英国国立医療技術評価機構) のガイドライン<sup>1)</sup>では、refeeding 症候群の発症リスクは体格指数 [body mass index: BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m)<sup>2</sup>] や体重減少、食事を摂取していない日数などから判断するとされる (表1)。

表1 発症リスクの高い refeeding 症候群

リスク因子	以下の1つ以上に該当	以下の2つ以上に該当
BMI	< 16kg/m <sup>2</sup>	< 18.5kg/m <sup>2</sup>
過去3~6カ月以内の意図しない体重減少	> 15%	> 10%
栄養摂取のない、またはほとんどない日数	≥ 10日	≥ 5日
その他	治療開始前の低カリウム血症, 低リン血症, 低マグネシウム血症	大量飲酒 インスリン, 化学療法, 制酸薬, 利尿薬を含む 薬物の使用歴

(文献1をもとに作成)

2 『AEDガイドライン日本語版(2016)』では、可及的速やかに1,600kcalの投与が推奨されているが、肝機能の悪化や心不全などを予防しつつ、初日は600kcal程度から開始する。血糖値、電解質、微量元素、肝機能、腎機能を注意深くフォローしつつ、アミノ酸製剤、脂肪乳剤も合わせて増やしていく。神経性食思不振症の入院患者24人(15~24歳)に対して、標準組成(炭水化物54%, 脂質29%)よりも高脂肪/低糖質栄養製剤の投与のほうが有位差をもって低リン血症の発症が少ないとの報告<sup>2)</sup>がある。

3 胃管からの逆流量、腹部X線、ゲル音などから、経管栄養も中心静脈栄養(TPN)と合わせて早期に開始する。

4 本人は病識が欠如しており、意識が回復して状態が改善してくると、体型の変化などから点滴や食事を嫌がって、医療者の目を盗んで食事を捨てたり、

点滴を漏らしたりする可能性がある。

- 5 心療内科はもちろん、婦人科(無月経)、内分泌内科(低T3症候群などホルモンの乱れ)、循環器内科(たこつぼ心筋症、不整脈)、消化器内科(上腸間膜動脈症候群)など、長期の総合的な対応が必要である。治療は困難を極める。
- 6 鑑別疾患として、悪性腫瘍、甲状腺機能亢進症、1型糖尿病、炎症性腸疾患などが挙げられる。

## 文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence(NICE): Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006. (Last updated: 4 August 2017).
- 2) Parker EK, et al: J Eat Disord. 2021; 9(1): 160.

(ER 身体科part: 三宅康史)

## ここから先は専門医と連携して解決する

### 「こころ」の課題に対応するための基本姿勢

摂食症の患者の中には、病識が乏しいケースも少なくない。特に、救急の場面で遭遇するような重症患者ではその可能性が高く、また、これまで医療者と良好な関係を結べていなかった可能性も高いので、一方的に医療者側の診断・治療方針を押しつけることのないよう留意する。

- 1 身体状況を具体的に説明し、治療が必要であることを伝える。
- 2 「なぜ……？」のような、責めているように受け取られる可能性のある質問は極力避ける。
- 3 患者の将来のために身体状況を改善させる必要があり、そのために何を行う必要があるかを説明する。
- 4 「患者をコントロールしよう」というスタンスではなく、「患者と一緒に、患者の状態を改善させたい」ということを伝え、協力関係を築くよう意識する。

5 低体重の時期は、専門的な心理療法の適応(効果)がないことを知っておく必要がある。

### Step 1 現場でできる「こころ」の課題への対応を考える

#### ERでできること

前述の通り、患者の病識が乏しいケースが多く、「無理やり治療させられる」という認識を持つケースも多く、とすると医療者 vs. 患者の対立関係に陥る危険性があるため、そうならないよう留意する。まずは身体面の治療が必要であることを、患者の生活への支障という点から丁寧に説明し、信頼関係を築くことが重要である。ただし、患者の要求をすべて聞き入れるということではなく、治療上必要な処置等であれば、毅然とした態度で進めることも重要である。

#### 入院適否の評価のポイント

摂食症において、入院の適否は精神症状よりも身体症状で判断することが多く、電解質異常、致死性不整脈につながるリスクのある心電図異常、極端な低体重、急激な体重減少などが存在すれば入院適応となる。

### Step 2 どうつなぐ? ~専門・公的機関その他への引き継ぎ

これまでの受療行動を丁寧に聴取することが重要で、多くの場合、かかりつけの医療機関がある。その場合、入院適応がなく、帰宅させる場合でも、かかりつけ医への診療情報提供書を作成し、可及的速やかに受診するよう伝える。

入院適応がある場合には、入院後、早期にかかりつけ医に連絡し、退院後の相談を行う。早期の退院・外来移行が困難な場合、転院先に関する情報をおかかりつけ医が持っている場合もあるため、その点も確認することが重要である。かかりつけの医療機関がない場合、転院先の入院施設に関しては、地方厚生局の摂食障害入院医療管理加算の届出受理医療機関名簿から情報を得ることができる。退院後の通院先に関しては、自治体の精神保健福祉センターに問い合わせると情報を得られる可能性がある。

---

# 専門医からのアドバイス

## ① 知識として知っておいてほしいこと

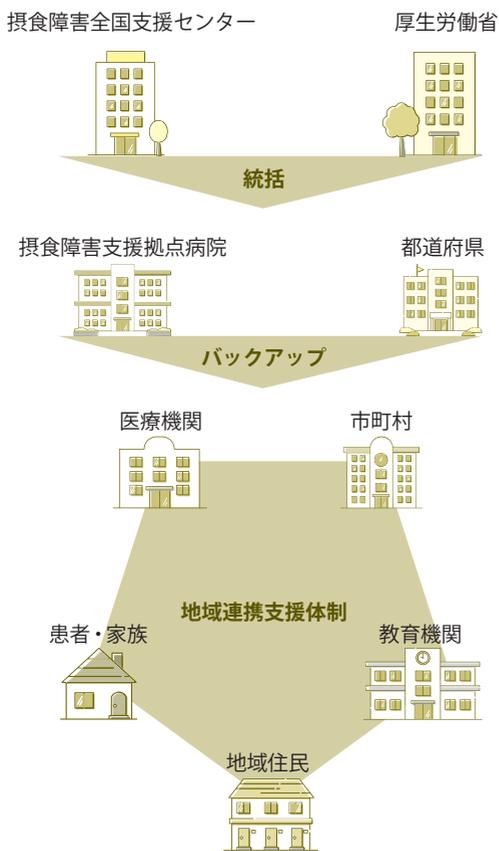
成人の場合、代表的な摂食症としては神経性やせ症、神経性過食症、むちゃ食い症(過食性障害)があるが、救急の場面で遭遇する可能性が高いのは神経性やせ症である。神経性やせ症は低体重であることが診断の必要条件のひとつとなっているが、下位分類としては摂食制限型(過食も嘔吐もないグループ)とむちゃ食い・排出型〔過食・排出型(定期的な過食と、自己誘発性嘔吐や下剤・利尿剤の乱用などの不適切な代償行動)〕が存在する。神経性過食症と神経性やせ症は、ともに「体型や体重に関する認知の歪み」がコアな病態となっていると考えられており、いずれも「食欲の多寡が問題ではない」点に留意する必要がある。

したがって、食欲増進剤などの薬物療法は無効であり、ある程度以上の体重回復後には専門的な心理療法が勧められる。英国のNICEガイドラインでは、摂食症のための認知行動療法(enhanced cognitive behavior therapy:CBT-E)やモーズレイ神経性やせ症治療(the Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults:MANTRA)などが推奨されているが、日本においては神経性過食症に対するCBT-Eのみ保険収載されている点に留意する必要がある、いずれも実施可能な施設に限られている点が問題となっている。

また、2014年より厚生労働省による「摂食障害治療支援センター設置運営事業」(図1)<sup>1)</sup>が開始され、2024年1月の時点で宮城県、千葉県、静岡県、石川県、福岡県、福井県の6県に「摂食障害支援拠点病院」が設置され、相談事業を行っている。また、その他の都道府県に関しては、摂食障害全国支援センターによる「相談ほっとライン」も開設されているが、地域の情報に関しては前述の通り、各自治体の精神保健福祉センターへの相談も推奨される。

## ② 態度として身につけておいてほしいこと

前述のように、摂食症の患者の中には病識が乏しいケースも少なくなく、また、これまで医療者と良好な関係を結べていなかった可能性も高いので、一方的に医療者側の診断・治療方針を押しつけることのないよう留意する必要がある。



**図1** 摂食障害治療支援センター設置運営事業のイメージ

統括，バックアップ体制（都道府県には摂食障害支援拠点病院担当部署\*と精神保健福祉センターが含まれる）までは始動しているが，地域連携支援体制（市町村＝障害福祉課や保健福祉課）の構築は現在進行中である

\*：2024年1月現在，宮城県，千葉県，静岡県，石川県，福岡県，福井県の6県のみである

（文献1より引用）

したがって，まずは身体管理を通じて医療者・患者間の信頼関係の構築を意図することが重要である。また，患者の多くは病識が乏しいながらも「このままではいけない」という気持ちを持っていて，「体重が増えることへの恐怖」との間の葛藤状況にあることを理解し，患者の苦悩に共感する態度も信頼関係の構築に重要である。

### 3 どこまで関与すべきかの見きわめ

疾患そのものの治療は，ある程度の体重回復後でないと難しいため，心理面へのアプローチではなく，まずは身体面の管理を優先することが望まれる。た

だし、身体面の管理を優先しながらも、前述のような疾患の理解、患者への態度を前提とした対応により信頼関係を構築することが望まれる。そして身体状況が安定したら、原則はかかりつけ医の外来への受診を促す。患者がかかりつけ医への受診を希望しない場合でも、かかりつけ医からの診療情報提供書が今後の治療に有用であることを説明して、かかりつけ医を受診の上、他院を紹介してもらうよう誘導する。

かかりつけ医がない場合は、前述の機関から情報を得た上で、患者と相談し、診療情報提供書を作成して速やかに受診するよう勧める。短期間で外来治療への移行が難しいことが予想される場合は、入院後早期からかかりつけ医に転院先の相談を行い、かかりつけ医がない場合は前述の機関で情報を得た上で転院調整を開始することが望ましい。

---

## リアル解説！～専門医によるその後の対応

### 良い方向に向いたCASE 意識障害で搬送された摂食症患者

20歳代女性。高校在学中は身長161cm、48kg(18.5kg/m<sup>2</sup>)程度で経過していた。大学受験期にダイエットで41kgに減量し、大学入学後に過食が認められるようになり、2年間は62kg程度で推移していたが、その後、自己誘発性嘔吐が出現。大学卒業時には38kg台となり、無月経も認められた。その2年後には27kgとなり、転倒受傷後に入院した。他院にて神経性やせ症の診断で治療を開始されたが、1カ月後に32kgで自己退院した。その後は月1回の通院を継続していたが、4カ月後には体重が24kg未満となった。その2カ月後に意識障害で他院へ救急搬送され、2日後に当科に転院し、治療を開始した。入院時は25.3kg(9.8kg/m<sup>2</sup>)であり、29.3kgまで回復した後に入院治療を勧めたが、本人の強い希望もあり、体重が減少したら入院するという約束のもと、外来治療へと移行した。復職や大学院進学という本人の目標を共有し、それが体重回復へのモチベーションとなり、外来治療にて体重回復を達成することができた。

残念ながら、すべての患者と良好な医療者・患者関係を結ぶことができるわけではないことに留意する。

---

## 専門医に聞きたい！～救急の現場で活かせるQ & A

**Q1** 経口での食事摂取を期待できず、経鼻胃管での治療が必要な状態であるにもかかわらず、「食事を経口摂取するから胃管を抜いてほしい」という患者の希望が強い場合、どうすればよいのでしょうか？

**A:** 強制的に治療を行うことは良好な医療者・患者関係を壊すリスクがあるため、患者と対話をしながら方針を決定することが必要である。治療上、経鼻胃管のほうが望ましいことを丁寧に説明しても同意が得られない場合には、「食事が摂取できない場合」や「栄養の指標（血清プレアルブミンなど）が改善しない場合」の枠組みとして、経鼻胃管による栄養投与を行うことに関して、文書によって必要性を説明した上で、同意を得ることが重要である。そのことにより、患者が自ら判断して選択した方法であることを強調し、患者が治療の主体として、積極的に関与する方向性を形成することが可能となる。

**Q2** refeeding症候群の発症を防止するため、栄養投与は低カロリーから開始する必要がありますか？

**A:** 2006年の英国NICEガイドライン等では、栄養投与に関して、低カロリーから開始することを勧めている。しかし近年、より高いカロリーから開始しても問題なく、むしろunderfeedingによる身体面への悪影響を危惧し、より高カロリーから開始することが推奨されている。筆者らのグループでも、NICEガイドラインの記載よりも低いBMIでないと、refeeding症候群による低リン血症が生じるリスクが高くなり、また、食事中の炭水化物の割合が低いほうがrefeeding症候群による低リン血症が生じるリスクが低いということを報告している。