

NSTが考える「栄養を考える」ということ

栄養サポートチーム(NST)が東北大学病院で稼働を開始して約6年が経過しました。栄養を改善することが病気と闘うための大前提であり、栄養不良では病気とも戦えない、もっともっと栄養をつけましょう!というのがNSTの掛け声でした。実際に入院患者さんの中には、いわゆる低栄養と診断される割合が4割以上と非常に多いため、これをなんとかかすべく活動を開始したことを思い出します。その後、NSTという単語も随分と定着し、スタッフも栄養スクリーニングや詳細なアセスメントの言葉にも慣れてきたように思います。経腸栄養も普及し、集中治療領域での早期からの経腸栄養も開始されるようになってきました。

そんな経緯の中で、NST内でも(私自身の中でも)栄養に関する考え方は徐々に変化してきています。とにかく入れないよりは入れた方が良い、良いといわれるものはどんどん入れよう、という勢いも以前はあったかもしれませんが、それよりも今は「何がこの人の栄養上の問題(栄養の穴)なのだろう?」ということをもまず考えるようになりました。問題さえ明らかになれば対策にはあまり迷いはありません。

象徴的な症例がありましたので概略をご紹介します。



ミニミニ症例報告 (60代後半男性)

上部消化管術後で10年来当院外来通院中、約半年前から徐々にアルブミンの低下(1.9g/dL)、下腿浮腫などが出現し、入院。原因精査も兼ねてNST依頼。アルコール歴もあることから、診療科としては当初、肝障害による肝での蛋白合成障害であろうと考えていたが、NST症例検討において、肝臓内科医から種々のデータ推移からは肝臓が原因ではない旨指摘。精査としての必要事項を各専門医から意見として尿中蛋白漏出、消化吸収能低下の精査としての糞便中脂肪検査、肝機能としてのICG、アシアロシンチ、PIVKA-II、各種ホルモン測定などが提案された。また内服薬も多かったことから、薬剤師による副作用の精査、食生活も乱れていたためこれに対する原因検索も管理栄養士により実行。さらに肝が原因でなければ静脈栄養にて状態は改善するはずだということで、上腕静脈からのCVによるTPN開始しました。これらの精査によりやはり肝硬変は否定され、さらに静脈栄養によって栄養状態の改善を来し、経口摂取も他の生活リズムも正常化して、最終的にはTPNを離脱してもアルブミンは自力で2.9g/dLまで回復した。

診療科(実は自分の科)だけの判断では、「肝硬変だから仕方がない」という判断で終わってしまっていたかもしれない症例だったが、各職種各方面からの専門的な意見が聞けたおかげで状態改善に導くことができた。

「そのひとの栄養上の問題点(栄養の穴)はなんなのか?」を考える集団になり、これに対する院内の体制としての対策を立てることにエネルギーを注いで行きたいと考えています。

リービッチの最小律 という言葉をご存知ですか?

ひとくちmemo

よく樽の絵を用いて説明される原則で、ひとつの要素だけが突出して多くても総合能力は向上せず、その構成される要素のなかで一番小さなものに総合能力は規定される、という概念です。もともとはリービッチ博士が植物の肥料として窒素、リン酸、カリが重要でその足りないものに成長は規定されるということを言い始めたのが始まりのようですが、現在では、必須アミノ酸やビタミン、微量元素のことを説明するときなどにも使われています。(右図)

これこそNSTの考える「栄養の穴」に当てはまる言葉かもしれません。



NST医師メンバー募集中!



文責: 宮田 剛