

ヘルスケア・レストラン

2014

6

June

医療・保健・福祉・介護の栄養と食事サービスを考える

特集

食べるための胃ろうをめざして

私たちの経口移行への挑戦



栄養士応援企画

患者さんとの絆が深まる

思い出の一品を紹介します

●ダイエットセラピー
ヴィラージュ川崎
新・食に焦点
常食と変わらぬ見た目で提供 脂質代謝異常食
シズンメニュー / 人気のメニューを集めたベストオブ洋食!



摂食方法の検討、工夫を重ねたことで

経鼻経管栄養から経口摂食へ移行できた1症例

井口由香梨¹⁾ 藤井辰義²⁾ 渡辺健一³⁾ 野村勝彦³⁾ 山下美紀枝⁴⁾

水戸裕香⁵⁾ 医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院 NST NST専従管理栄養士¹⁾ 外科²⁾ 内科³⁾ 看護部⁴⁾ リハビリテーション部⁵⁾

当院の概要

当院は広島市西部地区における唯一の脳神経外科専門病院であり、脳卒中領域では超急性期から回復期、在宅まで1つの医療機関で完結治療できる医療機能を持ち、NSTをはじめチーム医療に力を注いでいる病院です。病床数は110床、年間2200件を超える救急搬送実績を有します。

入院患者の約40%は脳卒中であるため、摂食・嚥下障害を有する症例も多く、当院NSTは、摂食・嚥下障害患者者に対し脳卒中治療ガイドラインに基づいて、多職種間による栄養投与経路の再評価・再検討などを随時行なっています。

〔症例〕

患者：57歳、男性
主病名：左被殻出血

既往歴：高血圧、糖尿病とともに2年前から内服治療中

入院時JCS：Ⅱ-30Ⅲ-100
身体所見：身長168cm、体重88kg
(BMI 31kg/m²)

必要エネルギー量の算定：Harris-Benedictの式より、活動係数1.0、ストレス係数1.1を乗じた1600kcal程度を目安とした
藤島式嚥下障害グレード(Gr)：Ⅰ-Ⅰ
2で基礎的嚥下訓練のみの適応
高次脳機能障害：失行、失認、失語あり

〔栄養管理と病状の経過〕

〔発症当日〕JCS：Ⅲ-100

2013年2月8日、意識レベルの低下があり救急搬送され左被殻出血の診断で入院。同日、開頭血腫除去術を施行。術後、血圧管理が困難であり、発熱も持続していたため末梢静脈栄養管理の実施となった。

〔第6病日〕JCS：Ⅰ-3Ⅲ-10

経鼻経管栄養開始。糖尿病があり、数日の絶食期間もあったため血糖値の推移を見ながら末梢静脈栄養と併用し経鼻経管栄養へ移行していった。

〔第19病日〕JCS：Ⅰ-3 嚥下障害Gr 4

言語聴覚士による水飲みテストの結果、翌日からゼリーでの直接的嚥下訓練の開始となった。開口に拒否的で失行もあり、開口範囲が狭くスプーンを口腔内に入れることが困難であった。また、歯科衛生士による検査でも、口腔内に多量の痰の付着があるが、開口に協力が得られないため十分な口腔ケアが行えないとのことであった。

嚥下訓練時、ベッドサイドに同席し、多職種で訓練時の環境やポジショニングを検討し実施した。しかし、意欲低下や失行、口頭指示が入りにくく開口できないため、経口摂食を進めていくことは困難であった。経腸栄養での管

理が継続となったが、患者は経鼻胃管を頻繁に触るなど、経鼻胃管を煩わしく思っていることは明らかであった。

〔第25病日〕

発症後約1カ月にて多職種間で今後の栄養投与経路について再検討した。主治医は、本人の意欲の問題が大きいと評価しており、必要栄養量を経口のみで確保するには時間を要すと判断し、胃ろう造設も視野に入れた投与経路の検討となった。患者家族の意向、同意を経て、胃ろうを造設し経口訓練を進めていく方針となった。

〔第27病日〕

〔NST回診〕

言語聴覚士：咽頭期はよいが、取り込みが難しいのではないかと。看護師：取り込み方法の1手段としてカテーテルチップ型シリンジを使用してはどうか。

特集 食べるための胃ろうをめざして
私たちの経口移行への挑戦

管理栄養士：ミキサー食（11200 kcal）であれば、シリンジで提供可能と考える。その際、摂取量を確認し、適宜不足分を補正する必要がある。

必要エネルギー量：16500（1750 kcal程度）（活動：1・2 ストレス：1・0）

作業療法士、理学療法士：食事の時間に覚醒するよう、車いす離床を促し生活リズムをつける。

歯科衛生士：上顎の1歯が欠損しているも常食の摂取は可能。

薬剤師：経口摂取可能であれば、血糖降下剤を経口から内服することを提案。

医師：胃ろう造設を延期し、シリンジでの経口訓練を実施してはどうか。

シリンジでのミキサー食提供の提案となった。

〔第28病日〕JCS：I-3 嚥下障害Gr5

昼のみシリンジでのミキサー食提供を開始した。普段より、拒否の場合は首を横に振るなどの動作で意思表示を示しており、拒否の動作は見受けられなかったためシリンジでの食事提供を継続した。

〔第29病日〕

3食すべてミキサー食を提供し、摂取量を確認しながら不足分は経腸栄養

にて補った。徐々に開口範囲が広がりスプーンでの摂取が可能となり、その頃から開口の協力が得られ、歯磨きなどの口腔ケアも自身で行なえるようになったため、口腔内環境は良好となっていた。

〔第31病日〕

食事は全粥・きざみ食へ形態を変更。摂取量を確認し経腸栄養、ゼリーなどの補助食品で不足分を補い、活動量・血糖値の推移を見ながら提供量を増減し、栄養サポートを行なった。

〔第36病日〕JCS：I-3 嚥下障害Gr7

糖尿病食1440 kcalから開始し、軟飯・荒さざみ食へ形態を変更。ベッドサイドを訪問し、摂取量、飲水量の評価を行ない経口から必要量の摂取が可能と判断し、経鼻胃管抜去となった。

〔第55病日〕JCS：O-1 嚥下障害Gr9

形態制限なしの食事を自力で全量摂取可能となった。A1b値は上昇傾向であり、体重は減量しつつもFIMは改善しているため、筋量の維持もできていると判断し、NST介入を終了した（図）。

まとめ

近年、胃ろう造設の普及に伴いその適応などについての議論が活発となっています。今回は、食事の投与経路に

ついて多職種間で繰り返し検討を重ねた結果、胃ろうを造設せずに経鼻経管栄養から経口摂取へ移行できた症例を報告しました。実際には、胃ろう造設後に3食経口摂取へ移行された人、胃ろうからの栄養を主とし、そのほかに食べたいときに食べたい物をお楽しみ程度に摂取される人など、さまざまな患者さんがいます。本症例は各職種による多角的評価と連携により、糖尿病は改善につながり、栄養状態を維持し、短期間で経口摂取への移行が可能となりました。しかし、経口栄養が安定するまでには長期間を要す場合もあり、その際の必要栄養量、水分量を確保する栄養投与経路の検討が非常に重要であると考

況を踏まえ、患者家族も含め多職種で検討を重ね評価していくことが重要であり、今後もチームで連携し、日々変わる患者さんの病態に応じた最善の栄養療法を提供できるNST活動を行なっていきたいと思えます。

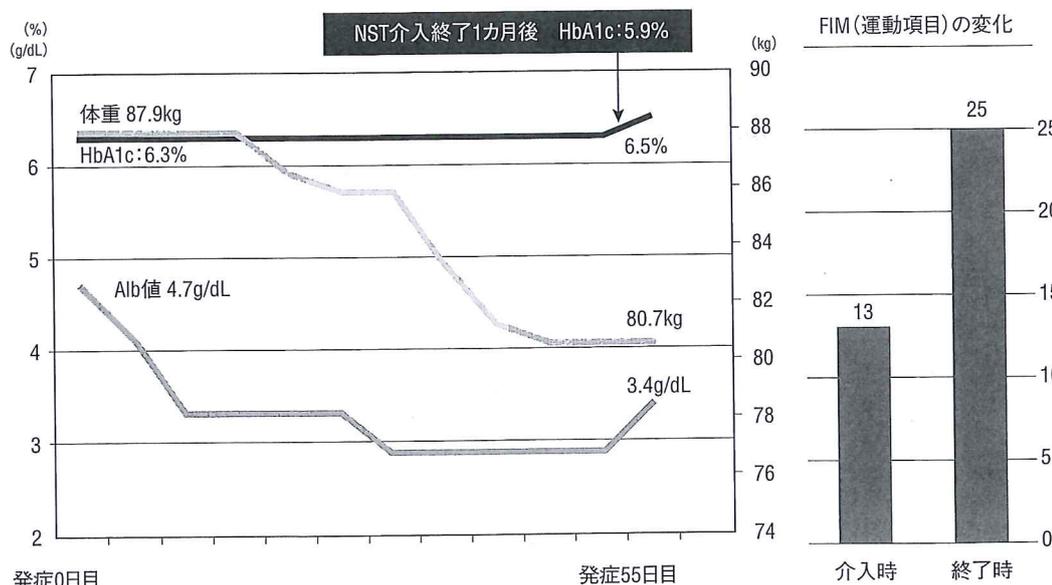


図 症例の臨床経過とNST介入時、終了時でのFIMの変化