

(様式 3-2)

栄養管理に関する自験例の記録－症例レポート

日本病態栄養学会会員番号(5桁)	9	9	9	9	9	症例番号(1～5)	2
------------------	---	---	---	---	---	-----------	---

症例分野 (主病名が該当する番号に○をして下さい)							
① 消化器疾患、2. 循環器疾患、3. 糖尿病・代謝疾患、4. 腎疾患、5. その他の疾患 (疾患)							
患者イニシャル		年齢	57 歳	性別	男	・	♀
初回指導日	****年 **月 **日						
栄養管理を行った期間	年 月 日		～	年 月 日		(年は西暦で記入)	

上記は手書き、下記はワープロにてご記入ください
(別紙に印字して枠内に貼付しても結構です)

主病名および合併症名

- #1 下咽頭癌(cT3N2bM0)術後
- #2 胸部食道癌(pT1aN1M0)術後
- #3 左尿管腫瘍(cT3N1M0)
- #4 食道狭窄(#2による)

病歴

【主 訴】 腹痛、下痢
【既往歴】 54 歳 下咽頭癌に対して下咽頭・喉頭全摘、食道全摘、両頸部郭清、胃管つり上げ、遊離空腸再建術施行
【家族歴】 父 膵臓癌 母 腎機能障害
【現病歴】 2006 年前頸部腫瘍を自覚し当院消化器外科を受診。下咽頭・喉頭全摘、食道全摘術が施行された。2009 年 CT で左尿管癌が疑われ当院泌尿器科へ入院し、12 月 1 日に左尿管全摘術が施行された。術後の化学療法により食欲低下と、食道癌術後の食道狭窄を認め 12 月 23 日経管栄養を開始したが下痢が続くため NST に依頼があった。
【主な身体所見と検査成績】 身長156.0cm、標準体重53.5kg <入院時11月27日>体重38.8kg、BMI 15.9kg/m ² 、WBC9000/μl、リンパ球数900/μl、ALB3.2g/dl、 T-Cho132mg/dl、TG73mg/dl、Na142mEq/l、Cl106mEq/l、CRP8.7mg/dl <介入時12月25日>体重34.5kg、BMI 14.2kg/m ² 、WBC1900/μl、リンパ球数1000/μl、ALB3.9g/dl、 T-Cho220mg/dl、TG92mg/dl、Na132mEq/l、Cl96mEq/l、CRP0.2mg/dl
【経過の概要】 NST 介入後に栄養評価をおこない中等度栄養不良ありと判定した。腸管粘膜障害や感染性腸炎による下痢を疑い、経鼻経腸栄養を中止し静脈栄養管理を行った。症状が治まったため 1 月 4 日に経鼻経腸栄養を開始した。本人の希望にて化学療法は 1 コースのみで終了することになり、退院を目指し食道狭窄に対して 1 月 12 日に内視鏡的食道拡張術がおこなわれた。その結果、経口食のみで 700kcal 程度は摂取できるようになり体重も 36kg へ改善したため 1 月 29 日に自宅退院となった。

【栄養評価、栄養計画、栄養療法と栄養教育】 栄養評価 (****年 **月 **日) 経管栄養を開始するまでは栄養剤を経口摂取できていたが、食道狭窄の悪化のため摂取量が不足し 1 ヶ月で体重が 4kg 以上も減少し(体重減少率=11%/月)中等度の栄養不良が疑われた。またイリノテカン開始後、腸管粘膜障害による遅発性下痢と感染性腸炎による発熱や腹痛があり、栄養不良のリスクは高いと考えられた。
栄養計画 患者本人の意思を尊重し栄養投与経路や栄養内容の自己調整を許可し、栄養摂取に前向きに取り組めるよう精神的サポートを含め退院までに体重が減少しないようにすることを第一の目標とした。次に、必要栄養摂取量を経口食だけで充足させ体重の増加を図ることを二番目の目標とした。
栄養療法 (食事、経腸栄養、静脈栄養に分けて述べる) 【必要栄養量】 BEE1032kcal×1.3(活動係数)×1.0(ストレス係数)=1342kcal、たんぱく質 42g(38kg×1.1g/kg) 【介入時12月25日】静脈栄養172kcal＋経腸栄養600kcal=合計772kcal、たんぱく質24g、水分1600ml 【介入後】経鼻経腸栄養を中止し抗生剤と整腸剤を開始、静脈栄養管理とした。下痢や腹痛が治まったため 1 月 4 日より経鼻経腸栄養の併用を開始したが、軽度の下痢が出現。栄養剤の濃度を下げ、浸透圧の低い栄養剤に変更した後は、下痢が治まり軟便となった。本人の希望にて化学療法は再開せず、自宅療養を目指すことになったため、1 月 12 日に上部消化管拡張術を行い、経鼻胃管を抜去しペースト食から経口食を開始した。頻回に病室を訪問し嗜好と食べやすさを調整することで経口食のみで 700kcal 摂取できるようになった。
栄養教育 #投与速度 自己管理意識が強く希望をしっかりと主張される方であった。また入院前より経鼻経腸栄養を行ったことがあったため、今回も経腸栄養剤の投与速度などの管理は本人の希望で自己管理されていた。そのため NST 介入時の投与速度は 200ml/h と栄養剤開始時としては速いと思われた。介入後に経鼻経腸栄養は一旦中止となったが、介入時に速度が速いことや目安速度などを本人に直接伝えたことで、1 月 4 日の再開時には 66ml/h と、以前よりも速度を落として開始することができ、自己管理能力を高めることができた。

考察

【栄養管理上の問題点とその対応】 #コミュニケーションエラー(筆談) 下咽頭癌のため咽頭・喉頭全摘出されており、会話は筆談で行っていた。化学療法の副作用で倦怠感があるときや治療が思うようにいかず精神的に不安定になる時は、医療行為に対して拒否反応を示し、立腹すると栄養剤を投げつけるなどの行為も見られた。そのため NST 介入時は心を開いてくれず、意思疎通は極めて困難であった。訪問回数が増えてくると顔を覚えてくれるようになり、また経口摂取が再開できたことで精神的に安定し、医療者側との意思疎通が上手くできるようになったことで、退院時には笑顔が見られるようになった。
【医療チームにおける他職種との連携】 #看護師との連携 上部消化管拡張術後、経口摂取を再開してから本人の希望や摂取量などについて看護師と密に連絡を取り合った。特に本人の気分が日により上下するため、看護師が管理栄養士の訪問のタイミングを調整してくれたことにより、訪問時には本人とのコミュニケーションエラーもなく、希望に合わせて食事内容を微調整することができた。
【今後の課題】 #栄養摂取不足 栄養投与経路や栄養内容の調整を行うことで、下痢や腹痛もなく、本人も前向きに栄養摂取に取り組めるようになったが、経口食のみで必要栄養量を確保できるようになったわけではない。入院中は不足分を静脈栄養の併用で補うことが体重増加につながったが、退院後は摂取量が不足してくる可能性もある。また狭窄の直径は長く堅いため、今後拡張術だけでは対応できなくなる可能性もある。胃瘻などの栄養管理も考慮しながら、必要に応じて外来栄養指導を受診できるよう担当医と連携する。