

ヤバレジ

だれもが最初はヤバレジだった
聖路加チーフレジデントが
あなたをできるレジデントにします!

聖路加国際病院 血液内科部長 監修 ● 岡田 定
聖路加国際病院 内科チーフレジデント 執筆 ● 水野 篤 浅野 拓
山口典宏 小林大輝



ヤバレジ：研修1年目レジデント。まだまだ勉強不足。そのとぼけぶりに周囲はやや呆れ気味。



チーフレジ：内科チーフレジデント。2人をフォローし、わかりやすく指導する、頼れる存在。



デケレジ：研修1年目レジデント。基本的な知識はあるが、ピットフォールにははまりがち。



アテンディング：指導医。レジデントのみんなを、やさしく、ときに厳しく見守る。

連載 第2回

栄養療法入門 ～ご飯が食べられません～

山口典宏



First Step : TPN (total parenteral nutrition : 完全静脈栄養) を行える



Second Step : EN (enteral nutrition : 経腸栄養) を行える



Third Step : TPN から EN に移行できる

First Step : TPN を行える

TPN が必要か判断できる

食べていない患者、即 TPN ではない。この先2週間消化管が使えない患者が TPN の適応患者である。

TPN は基本的に 24 時間持続点滴である

ごはんを少しずつずっと食べているようなものである。当然 CV ラインが必要。インスリンは食前投与から切り替えが必要。

栄養よければすべてよしではない

実際、TPN の投与量は必要栄養量で決まるのでは

なく、投与できる最大水分量で決まる。十分な栄養を十分すぎる水分量で投与してはいけない。

蛋白→脂肪→糖の順で考える

総投与熱量－(蛋白による熱量＋脂肪による熱量)＝糖による熱量。脂肪は9 kcal/g、蛋白・糖は4 kcal/g。

せっかちにならない

計算したのはあくまで目標。最初の3日は目標熱量の50%、次の3日は目標熱量の75%が目安。7日目ぐらいで目標熱量に。

うまくいったら、すぐやめる

TPN は栄養療法としてある意味最悪。可能なら EN、できれば経口摂取に可及的速やかに移行する。

Second Step : EN を行える

EN が必要か判断できる

EN が可能な患者は、実際経口摂取ができることも多い。あくまで目標はご飯を食べること。

EN は塩分フリー！

EN 製剤には塩がほとんど入っていない。EN を長期

に続けていると医原性低ナトリウム血症が頻発する。

ENこそ水分が大切

ENは2つのことを考えるだけ。①成分栄養か半消化態か？、②それを水でどれぐらい割るか。

速度も大事

いきなりたくさん投与すると、おなかもびっくり。胃への投与なら、100 ml/時→200 ml/時→300 ml/時へと3日ごとに速度を上げる。腸への投与なら、25 ml/時→50 ml/時→100 ml/時が目安。

やりっぱなしは禁物！

ENは誤嚥や下痢、嘔吐など合併症がいろいろ起こりうる。予想して早めに対応する。

Third Step : TPN から EN に移行できる

もうちょっとを待たない

一度うまくいったTPNで安心しない。うまくいったらすぐENへの移行を試みる。

まずは、GFO などから

ENに移行する際は、最初の3日程度はGFO（グルタミン、ファイバー、オリゴ糖）などの投与を行い、その後総投与熱量の25%から50%の成分栄養を3日、50%の半消化態を3日投与し、7日目で総量をENに移行する。

やっぱり水分量が大事

移行期には水分量がかさみ気味。あくまで過剰水分量にならないように心がける。栄養よりも水分出納がより大事。

経管栄養投与ラインの作り方

- ① バッグを用意する。^{※1}
- ② バッグに付属するラインのクレンメを閉める。
- ③ 経管栄養剤をバッグに入れる。
- ④ バッグを閉める。
- ⑤ 患者に接続する。

※1：最近まで当院でも「イルリガートル」「イリゲーター」と呼ばれる再使用できる容器が用いられていたが、不衛生であるため廃止になり、1回かぎり使用の同バッグを用いている。

