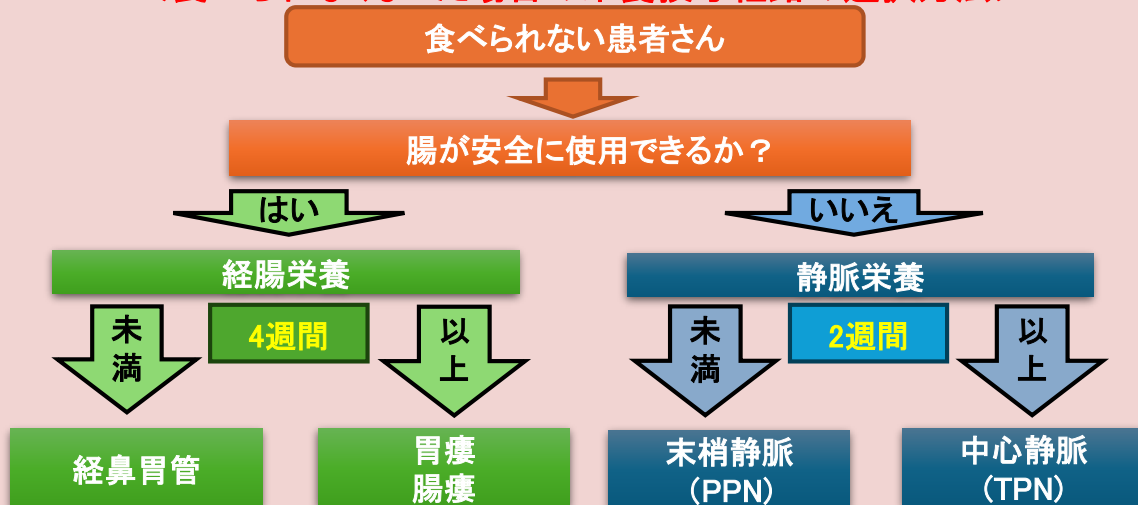


食べられなくなった時の栄養管理



人生100年！の時代ですが、脳梗塞、誤嚥性肺炎、認知症などで食べられなくなってしまうことがあります。その時、いかにして栄養投与を行うかは、アドバンスケアプランニングにおいても重要な課題です。今回は、食べられなくなった時の栄養管理について解説します。

＜食べられなくなった場合の栄養投与経路の選択方法＞



* 静脈経腸栄養ガイドライン第3版

食べられなくなった場合、まずは経腸栄養ができないかを考えます。簡便早急に開始できる経鼻胃管栄養から開始し、4週以上継続が必要な場合は胃瘻を考えます。経腸栄養が不可な場合はPPNを開始し、2週間以上継続が必要な場合はTPNを考えます。

＜長期間栄養管理が必要な場合の栄養投与経路の比較＞

	経鼻胃管	胃瘻	CVポート
利点	簡便に開始できる。 手術の必要がない。	経鼻胃管より苦痛が少ない。 食べるリハビリがしやすい。 介護者の管理が容易。	確実に栄養が投与できる。 消化管機能に関係なく使用できる。
欠点	チューブの違和感が強い。 誤嚥の原因となりうる。 チューブ交換が必要。	内視鏡を用いた手術が必要。 カテーテルの交換が必要。 合併症(術後出血、腹膜炎、漏れ、バンパー埋没症候群)。	手術が必要。 合併症(カテーテル血流感染、閉塞、血栓)。

3つの投与経路の中で、長期栄養管理に最も適しているのは胃瘻です。経腸栄養は生理的で、腸管免疫を賦活させます。胃瘻は、認知症患者さんの生命予後、生活自立度、肺炎を改善すると報告¹⁾されています。一方で、胃瘻がはずれるのは3～6.5%、誤嚥を起こすことがある、自然な寿命が延びる、介護者の負担は続くといった問題もあります。

1) 認知症患者の胃ろうガイドラインの作成 ―原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究― 調査研究事業報告書 平成23年3月

【編集後記】食べられなくなった時、自分もしくは家族にどのような選択をしますか？

もしもの時に備えて、普段から考えておくことが大切です。是非、一度あなたの大切な人と話しあってみてください。

NST委員会 三松(外科)