

「リハが変わる、医療が変わる～医原性栄養障害の制御と攻めの栄養管理でADL向上を目指すリハ栄養～」

熊本リハビリテーション病院リハビリテーション科副部長 吉村 芳弘

高齢者は予備能力が低く数日間の安静臥床で廃用症候群を発症し得る。入院患者で廃用症候群を発症すると治療期間の延長や合併症の増加、退院時のADL低下につながる。廃用症候群では、骨格筋萎縮、骨粗鬆症、関節拘縮などの筋骨格系の障害の他に、心機能低下、起立性低血圧、深部静脈血栓症、摂食嚥下障害、褥瘡、便秘、抑うつ、認知機能低下、など多彩な障害を併発する。

重症疾患の治療後に、単なる廃用性筋萎縮とは考えにくい四肢筋力低下を認めることがある。このような状態をICU無力症(ICU-Acquired Weakness: 以下ICUAW)とよぶ。ICUAWの原因には、栄養不良、多臓器不全、高血糖、炎症、鎮静剤、薬剤、などが複雑に関連している。ICUAWの患者の一部は、ICUAWと診断されずに廃用症候群としてリハが行われていると思われる。

安静臥床のみで廃用症候群が生じることはほぼなく、低栄養やサルコペニアを多く合併している。安静臥床による1日で0.9%の骨格筋が萎縮し減少する。さらに、安静臥床状態で不適切な栄養管理を行うと、筋量減少の速度が3倍に加速する。実際に、廃用症候群と診断された高齢者の9割に低栄養を認め、低栄養や低アルブミン血症、悪液質を認める廃用症候群の高齢者の機能的予後は悪い。そのため、リハと同時に適切な栄養管理を行うことが(≒リハ栄養)、廃用症候群の機能改善に有効である。

入院時の低栄養は低ADLと関連し、低栄養が是正されなければ退院時のADLに影響を与える。低栄養を改善した上で積極的なリハを実施することが、リハの効果を高め、退院時ADLの向上に貢献する。不適切な栄養管理下でリハを行った場合、生体はエネルギー不足に対応するため、自らの筋肉を分解してエネルギーを得ようとする。基礎代謝量にも満たないエネルギー量でリハビリをいくら頑張っても、筋肉を付けるどころか逆に筋肉は減ってしまい、患者のADL改善も期待できない。よかれと思ってリハを積極的に行うことで、「低栄養+リハ=医原性栄養障害」を併発してしまう恐れもある。低栄養を改善し、積極的な栄養管理を行ったうえでリハを実施することが(≒リハ栄養)、リハの効果を高め、退院時ADLの向上に貢献する。

医療現場における不適切な高齢者ケアによる医原性低栄養も深刻な問題である。周術期患者や肺炎患者では「安静かつ禁食」と指示されることがあるが、医学的にみて本当に安静や禁食が必要かどうか検証することが必要であり、不要な安静や禁食の結果、寝たきりや嚥下障害、医原性栄養障害、医原性サルコペニアになることは避けるべきである。

従来のリハを変え、医療を変えるために、医原性栄養障害の制御と攻めの栄養管理でADL向上を目指す「リハ栄養」を、回復期だけでなく急性期や維持期～地域で行っていくべきである。

講師略歴

2001年	熊本大学医学部卒業
2001年	東京女子医大心臓血管外科 レジデント
2003年	熊本大学医学部外科医員
2013年	熊本リハビリテーション病院 医員
2014年	熊本リハビリテーション病院 栄養管理部部長
2015年	熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション科副部長

日本静脈経腸栄養学会 認定医, 学術評議員, TNT 講師

日本静脈経腸栄養学会九州支部会 世話人

日本リハビリテーション医学会 認定臨床医, 専門医

ESPEN(欧州臨床栄養代謝学会) 会員

European ESPEN Diploma

日本サルコペニア・フレイル学会 理事

日本リハビリテーション栄養研究会 世話人

日本老年医学会 会員

PEG ケアカンファレンス熊本 世話人

熊本NST研究会 世話人

熊本看護専門学校 非常勤講師

熊本市介護認定審査会 委員(座長)