

残存小腸 0cm の短腸症候群患者に対する NST の介入

藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム NST¹⁾、医学部外科・緩和医療学講座²⁾

柴田賢三¹⁾、定本哲郎¹⁾²⁾、井谷功典¹⁾、堀内薫¹⁾、菊川栄子¹⁾、二村昭彦¹⁾、児玉佳之¹⁾²⁾、
伊藤彰博¹⁾²⁾、東口高志¹⁾²⁾

【はじめに】短腸症候群は、腸管大量切除後の消化吸収面積の減少により各種栄養素の消化吸収能が障害され、容易に栄養障害に陥る病態と位置づけられている。特に、残存小腸 0cm 症例における、TPN 離脱例の報告は皆無である。今回われわれは、残存小腸が 0cm となった短腸症候群患者において、その栄養管理に難渋した一例を経験したので報告する。

【症例】62 歳、男性。上腸間膜動脈血栓症による小腸全摘・右半結腸切除（十二指腸 - 横行結腸吻合）術後、総合的な栄養管理目的のため、当院に転院。入院前の栄養管理は TPN を中心とし、経口摂取を極度に制限していた。身体計測：身長 170cm、体重 67.6kg、BMI 23.4、%AMC 235%、%TSF 89%。血液検査成績：Alb 2.9g/dL、TLC 890/mm³、Hb 10.7g/dL、AST 136IU/L、ALT 130IU/L、 γ -GTP 523IU/L、ALP 2387IU/L。入院時初期評価では、サポートレベル 3（高度栄養障害）の栄養不良と判定され、直ちに NST が介入し、栄養二次評価から栄養管理プランニングを行った（BEE：1426kcal、AF：1.2、SF：1.0、TEE：1711kcal）。当初より頻回の下痢を認めていたが、経口摂取に対する強い希望があり、常食ハーフ {脂質 16.5g/日 (14.7%)} と、腸管の adaptation ならびに肝機能の正常化を目標に GFO、ウルソデオキシコール酸や消化管機能調節薬を投与しつつ、不足分のエネルギーと栄養素は経静脈栄養にて投与することとした（但し、入院時エレンタールの投与を試みるも、本人が拒絶、その後も病識の欠如もあり、計画内容を拒絶）。入院時より喫食は良好であったが、脂肪便を頻回に認めるため、クォーター食 {脂質 10.2g/日 (9.4%)} とし、ロペラミドに加え、麻薬性止痢剤などを追加投与するとともに、脂溶性ビタミンの欠乏を考慮して主要エネルギーや栄養素の投与経路を TPN へシフトした。肝機能は、入院後 30 日目の採血では改善が認められたが、消化器症状の変動と精神的な安定性が得られず経口摂取が徐々に低下し、内服も困難となった。さらに入院後 60 日目には免疫能の低下に伴う持続性の発熱をきたし、やむを得ず中心静脈栄養カテーテルポートを抜去する事態となった。その後、ポートを再挿入し、間接熱量計による REE をもとに 1 日必要量の再設定を行い、TPN を中心とした栄養管理を再開した。また、GFO を増量することで腸管の adaptation および translocation の予防を図ることとした。入院後 80 日目の栄養評価では、Alb 3.0g/dL、TLC 2860/mm³、Hb 9.8g/dL と栄養状態はある程度保たれており、現在在宅での栄養管理に向けて NST によりフォローされている。【考察】短腸症候群は、残存小腸の長さや回盲弁の有無などが経口摂取の可否に大きく影響する。さらに、今回の症例のように、小腸が全く欠落している病態下で全くの絶食状態が長期におよぶと、肝の代謝異常や胆汁のうっ滞が惹起され、高度の肝機能障害が引き起こされる。また、TPN に伴うカテーテルトラブルも時に致命的となるため、発生を最小限に抑えつつ消化管の機能を活性化することが大切と考えられる。