

## 栄養サポートチームによる肥満症患者の減量の1例

JA 三重県厚生連鈴鹿中央総合病院

NST<sup>1)</sup> 看護部<sup>2)</sup> 薬剤部<sup>3)</sup> 栄養管理部<sup>4)</sup>

○武田典子<sup>1)2)</sup> 杉本圭弘<sup>1)2)</sup> 山中祐治<sup>1)3)</sup> 鈴木まどか<sup>1)3)</sup> 中原さおり<sup>1)4)</sup>

### 【はじめに】

肥満とは脂肪組織の過剰な蓄積と定義され日本肥満学会では、肥満度 20%以上を超えると高血圧・耐糖能異常などの発生頻度が高くなり、医学的見地から減量治療が必要なものを肥満症と定義し一般的な肥満と区別している。しかし、無理な減量は体蛋白の崩壊を招き身体生理機能や生活の質を低下させてしまう為、栄養素のバランスを考える必要がある。当院において標準体重比 IBW が 120%以上時は、補正体重を『(現体重 - 標準体重) × 0.25 + 標準体重』として、安静時エネルギー (BEE) の設定を行っている。今回、入院時%IBW が 175%と重度肥満症の栄養管理を行ったので報告する。

### 【症例】

53歳 女性 47歳、右被殻出血にて左片麻痺あり。今回、左頭頂葉出血にて入院、意識レベル E<sub>2-3</sub>V<sub>A</sub>M<sub>5-6</sub>、左心室肥大あり経口摂取が望めず、体重減量を含めた栄養管理目的で NST 依頼となった。

### 【経過】

NST 介入時 身長 154 cm 体重 90 kg 標準体重 52.1 kg %IBW175% BMI 37.9 TP 5.6 Alb 3.4 chE 224 末梢血リンパ球数 (TLC) 1222 と栄養状態は良好であった。補正体重 61.8kg から安静時エネルギー (BEE) 1261kcal 微熱が持続しておりストレスファクターを 1.2 とし、目標投与カロリー (TEE) は 1513kcal に設定、抗炎症作用のある n3 系脂肪酸含有のサンエット N3 3P と HB (+) のため肝機能を考え、BCAA 含有のメディエフアミノプラス 3P、白湯 600ml 1500kcal/1860ml を最終として経鼻投与にて管理を開始。下痢も認めましたが入院 14 日間の体重減少率は 492 g / 日、以後 21 日目までは 157 g / 日で、採血結果に変動がなかったため、補正体重の再設定を行い 59.6kg にて BEE 1249kcal、床上リハビリにてアクティブファクターを 1.1 とし、TEE1382kcal に設定、1300kcal/1860ml に変更。意識レベルの改善もあり、嚥下機能の評価の水飲みテストを行うが本人拒否し、また嚥下後のムセを認め、PEG 造設となる。以後 28 日目までは 71 g / 日の体重増加がみられ、嚥下機能も良くないため体重減少をはかるため低エネルギー療法として脂肪代謝に必要な L カルニチンを 80 g 含有しており、800kcal で 1 日に必要なビタミンやミネラルを摂取できるサンエット SA 800kcal/1840ml に変更し、35 日目までは 186g / 日の体重減少を認めた。入院 46 日後には、TP 5.9 Alb 3.5 chE 320 TLC 1656 体重 81kg %IBW135% AC 34.5cm から 33.5cm へ、TSF は皮下脂肪が厚く測定不可と栄養状態は保たれたまま、体重の 9kg と 10%の減量となり転院となった。転院先には栄養情報提供書を持参し、引き続きの管理を依頼した。

### 【考察および結果】

今回 NST の関与により安全に減量が可能になったが、一般的に%IBW120%以上の明確な管理方法が確立されていないため管理方法が統一されていない状態である。安全に減量することで、合併症の発症は減らせられる。しかし、問題として急性期病院であり減量計画が途中となってしまうため長期管理が必要となる疾患については他施設との連携が必要なことが挙げられる。