

特 集

「急性呼吸不全による人工呼吸患者の栄養管理ガイドライン」をふまえて

《巻頭言》

呼吸不全患者に対する栄養管理

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 救急医学分野 氏家良人

この特集の筆者ほとんどが、日本呼吸療法医学会「急性呼吸不全による人工呼吸患者の栄養管理ガイドライン」¹⁾作成のメンバーであり、また、全員がわが国における重症患者の栄養管理における専門家達である。それぞれの担当分野に関して、ガイドラインには書ききれなかったことが本特集で書かれており、より解説的なものとなっている。

私はこのガイドラインの作成委員長であったが、私だけが栄養管理の専門家ではない。しかし、私が今から23年ほど前に共同演者として日本呼吸療法医学会の前身である日本人工呼吸研究会で初めて発表した演題名は、「人工呼吸中の栄養管理」であった。

その当時、重症患者では呼吸管理や循環管理が優先され、その成否が重要と思われていた。しかし、生きていけないほどの低酸素血症で死を迎える患者は極めてまれであり、その一方で、長い人工呼吸管理中に感染症から敗血症を来し、多臓器不全に陥る患者が多かった。このころ、栄養管理は静脈栄養全盛時代であり、投与カロリーも重症患者では持続的血液濾過透析 (continuous hemodiafiltration : CHDF) で水を引きながら高カロリーを投与すべきであるというような主張がなされている時代であった。

当時、私は札幌医大病院のICUにいたが、若いスタッフとともに重症度が同程度であっても経腸栄養群では静脈栄養群より敗血症が少なく予後が良いことを報告した。経腸栄養のために胃の蠕動運動が低下している患者では、ベッドサイドで内視鏡下に空腸までカテーテルを挿入して経腸栄養を追求した。私は、その頃から、栄養学的優位性よりも腸管を動かし fecal turn over がなされることが重要であろうと思っている。静脈栄養ではカテーテル感染の危険性が高く、さらに overfeeding になりがちで、そのことによる高血糖、脂肪肝などの肝障害をきたす患者が多いこと、そして、腸管内容の停滞に無頓着になることが問題である。

近年、重症患者の栄養管理に関しては、早期経腸栄養が主張され、免疫栄養の試み、血糖コントロールの重要性、魚油を用いた経腸栄養剤の有効性など、多岐にわたる多くの論文が出されている。しかし、臨床医にとって、忙しい臨床の合間にそれらのおもむく情報から正確で質の高い情報を選び出すことは難しいことである。ガイドラインはそのような状況において、多くの呼吸療法医、救急集中治療医のかわりに作成委員が約1年間かけて文献を集め、読み、まとめたものである。

しかし、これは栄養管理における現在の標準的な指標を述べたもので、個々の患者において本ガイドラインに従って栄養管理を実施しなければならないというものではない。患者は、それぞれ、基礎疾患、既往歴、発症機転などに異なるバックグラウンドを持っている。本ガイドラインは医療者が個々の患者に栄養管理を実施するための一助となることを目的に作成したものであることを強調したい。

参考文献 1) 日本呼吸療法医学会・栄養管理ガイドライン作成委員会：急性呼吸不全による人工呼吸患者の栄養管理ガイドライン。人工呼吸。2010；27：75-118。