

Vol.4 [ESPEN*ガイドライン] 内科の多病患者における栄養サポートガイドライン2017

*ESPEN：ヨーロッパ臨床栄養・代謝学会、the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism



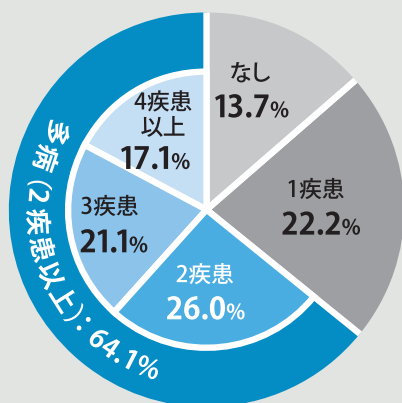
監修：葛谷 雅文 先生(名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教室 教授)

ESPEN*より「内科の多病患者における栄養サポートガイドライン 2017」が発表されました。多病は、高齢者の多くで顕在化している問題であり、近年話題になっている多剤併用と多病は“コインの表と裏”と言え、多剤併用の問題解決には多病のマネジメントが不可欠です。¹⁾ これまでの栄養関連ガイドラインは、一疾患を原因とした低栄養(Disease Related Malnutrition: DRM)への対策であり、多病患者の栄養治療のエビデンスやコンセンサスはありませんでした。多病患者における DRM はより複雑であり、このガイドラインをきっかけに、栄養治療の一助として頂ければと思います。

多病患者の栄養対策は、疾患マネジメントの一環として治療すべき、という意味で「栄養治療」と位置づけております。ガイドライン原著では、“栄養サポート”や“栄養介入”あるいは“栄養療法”の記載があります。日本においては、医師の処方や指示で各専門職が介入し、患者の栄養状態改善を図ることから、ここではこれらを含し“**栄養治療**”という言葉で紹介しています。

多病 [polymorbidity、または multimorbidity]：1人の患者さんで2種類以上の慢性的な健康障害が発現している状態¹⁾

慢性疾患の罹患種類数 (75歳以上高齢者)



明らかとなる多病患者の実際

ESPEN ガイドライン 2017 の策定にあたって著者らは、寿命の延長に伴う慢性疾患や機能障害の合併が、医療関係者および社会サービスが直面する主要課題のひとつと考えられています。成人入院患者では70%以上が多病であり、多病は死亡率、機能低下、QOL 不良や医療費負担との関連が明らかにされています。また、慢性疾患の合併症発現(多病)頻度では、栄養不良のリスクがない患者に比べ3倍といわれ、さらに入院期間も50%長期化することが示されています。²⁾

本邦の75歳以上の高齢者を対象とした調査では、多病(2疾患以上)の高齢者が64.1%に上ることが報告されています。³⁾

多病とフレイル

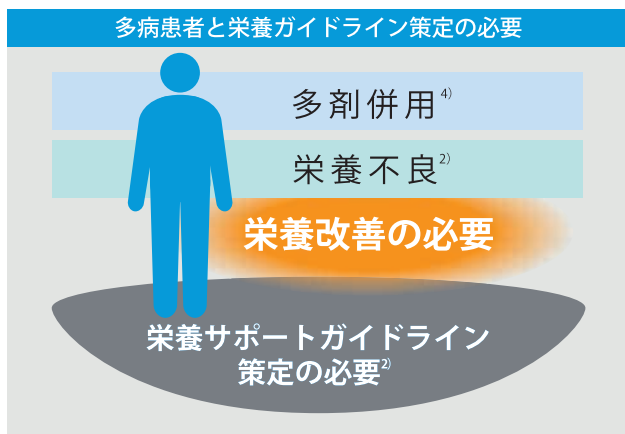
多病は、高齢者に限ったことではありません。しかし、高齢者は生活習慣病等の慢性疾患に加齢性疾患が合併し多病となり、それぞれの治療で多剤併用の可能性が高くなります。高齢者に用いられる薬剤の中には、抑うつ、食欲低下、便秘、下痢等を起こすことが多く、それらは栄養不良を誘発するリスク要因ともなります。⁴⁾

80歳以上高齢者のフレイルは34.9%との報告もあり⁵⁾、高齢者の多病において、栄養不良が関与するフレイルを見逃すことなく、栄養治療を行うことが必要となります。

多病とフレイル



“多病”に対する栄養サポートガイドライン



多剤併用の背景には多病があるといわれ、さまざまな要因が絡み合い栄養不良が発現します。多病の入院患者の40～50%が栄養不良であり、入院中の栄養不良の悪化は、更なる機能低下や罹患率上昇のリスクとなるため、早期の適切な介入の必要性が指摘されています。²⁾

ESPENガイドラインの策定の目的は、多病に対する栄養療法のエビデンスを検討し、栄養療法の効果を期待できる患者像を明らかにし、また栄養療法を提供すべき時期、期間、方法についてコンセンサスを示すことでした。²⁾

ESPENガイドライン 内科の多病患者における栄養サポートガイドライン2017²⁾

Clinical Question

- 適応 ■ 投与方法 ■ エネルギー必要量
- たんぱく質必要量 ■ 微量栄養素 ■ 目的別栄養素
- 介入時期および期間 ■ モニタリング ■ 介入の手続き

《参考(抜粋)》

経口的栄養補助(ONS)に関するクリニカルクエスションと推奨度

投与方法

Q2 経口摂取に問題がない多病患者では、栄養指導の有無に関わらず、ONSで転帰は改善するか？

推奨 2.1 低栄養の多病患者、または低栄養ハイリスクではあるが経口摂取に問題がない患者は、栄養状態やQOLの改善のために、高エネルギー・高たんぱく質のONSを検討する。

■ 推奨グレード：A 強い合意(95%)

推奨 2.2 低栄養の多病患者、または低栄養ハイリスクの患者には、筋肉量維持、死亡率低減、QOL改善のために、特定の栄養素を強化したONSを考慮する。

■ 推奨グレード：B 合意(89%)

推奨 2.3 十分な経口摂取が可能ではあるが、低栄養、または低栄養ハイリスク多病患者には、ONSは費用対効果の高い栄養治療として考慮すべきである。

■ 推奨グレード：B 強い合意(95%)

推奨グレード

A 信頼性の高いメタ解析、システマティックレビュー、RCTで、目的集団での適応があり、それらの結果が一貫している。

B 信頼性の高い対照研究やコホート研究で、目的集団での適応があり、それらの結果が一貫している。

合意度 ガイドラインの草稿作成後、ガイドライン開発関係者による投票の結果。

ガイドラインの概説

- 著者らは、対象が多病と確認できた38研究を解析した。
- 投与方法のひとつである経口的栄養補助(ONS)は、10研究(RCT 9報、介入研究1報、1995～2015年発表)が解析され、ONSによる転帰改善(栄養状態、QOL、筋肉量維持、死亡率)、入院期間や再入院の低減が示された。
- エネルギー必要量は、間接熱量測定が推奨されるものの、従来の推定式や体重あたりの推定式使用も示唆。高齢多病患者には、以下が提示された。
 - ・総エネルギー消費量(TEE)：27 kcal/kg/日
 - ・安静時エネルギー消費量(REE)：
18～20 kcal/kg/日 + 活動量ならびに
ストレス要因によるエネルギーを加算
- たんぱく質必要量は、少なくとも1.0 g/kg/日としている。腎疾患においては多病におけるエビデンスはなく、提示されていない。
- 入院後48時間以内の栄養治療で、サルコペニアの軽減や自立性の改善が示された。
- また、入院中から退院後に及ぶ継続した栄養治療(解析10研究；RCT 9報、介入試験1報、2003～2015年発表)は、体重、栄養状態、身体機能、QOLの維持、死亡率低下に関与することが示された。考察においては、今後、退院後の至適継続期間の検討が提言された。

<文献>

1) Sinnott C. et al. J Multimorbidity.2015;5:3. 2) Filomena Gomes F. et al. Clin Nutr Published online. 2017. DOI : 10.1016/j.clnu.2017.06.025 3) 東京都後期高齢者医療広域連合. 東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書(分析結果のポイント). 平成27年3月;4 4) 日本老年医学会編. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015 5) Shimada H. et al. JAMDA 2013 ; 14 : 518-24

アボットジャパン合同会社

東京都港区三田 3-5-27

[お問い合わせ・資料請求先] お客様相談室：フリーダイヤル 0120-964-930

2021年3月作成

JP202113057ENH1



資料請求はこちら

