

# サルコペニアについて

NSTimes 7月号

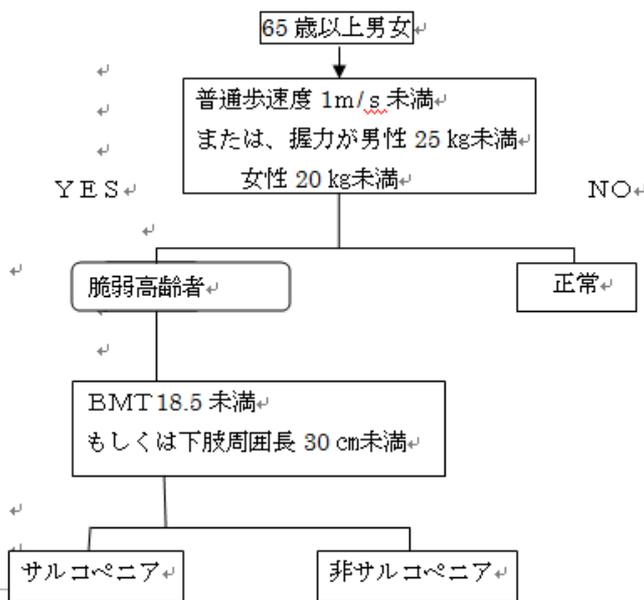
入院して治療のために安易に安静や絶食にすると、若い患者さんでも「少しフラットとしますね。」と言われる。高齢の患者さんでは「家ではちゃんと散歩もしていたんですよ。」と家族が話されても、離床を凶ろうとすると、予想以上に車椅子移乗に介助を要し「このまま家に帰っていただいても大丈夫かしら」と看護師が不安になることが多いと思います。

最近では以前より早期からのリハビリ介入の重要性が認識され、入院時からリハビリ依頼が多くなっていると思います。今回は栄養とリハビリの関連について考えてみたいと思います。

サルコペニアとは、狭義では、“加齢に伴う筋肉量の低下のこと”を言います。広義では、“すべての原因による筋肉量と筋力の低下、身体機能の低下のこと”を言います。

サルコペニアの診断基準としては、

①筋肉量の低下、②筋力低下、③身体機能の低下のうち、①+ (② or ③) で、65歳以上の年齢になると以下のようなアルゴリズムに沿ってサルコペニアの診断をしていくそうです。



サルコペニアの原因としては、

★原発性→加齢

★二次性→活動・栄養・疾患があげられます。

・活動としては、活動範囲が家の中やベッドサイド中心になり、下肢の筋肉量が徐々に落ちている患者をよく見ると思います。

・栄養面では「家ではちゃんと食べていた」と話されるが、少しのご飯と少しのおかずだけで、エネルギーとタンパク質がしっかり摂取できていない患者が多いのが現状です。「歳をとってきたからそんなに食べなくても大丈夫」とか「そんなに動かないし」という理由で必要な栄養が十分取れていない患者さんが多いかもしれません。

・疾患としては、侵襲により異化が進んでいる時期は筋肉量が減少します。また、悪液質に陥りやすい原因疾患（慢性感染症、がん、膠原病、慢性心不全、慢性腎

不全、慢性呼吸不全、慢性肝不全）の患者が多いです。

これらの患者は、慢性的に栄養不足の状態ですので、発熱や治療による少しの負荷でも、容易に筋肉量が低下します。また、栄養が入らない状態のまま、機能回復を目的としたリハビリは更に筋肉量を低下させることがあります。

そこで、このようなリスクがある患者が入院して来られたら、まず疾患の治療と栄養管理を行うことと同時にリハビリも介入が重要です。

リハビリは、それぞれの患者の状況に合わせた負荷により早期離床を凶り、嚥下筋も含めた全身の筋肉量の減少を予防することが重要です。最近では、高齢者の嚥下障害の一部はサルコペニアが原因であると考えられています。全身の筋肉量の減少をモニタリングする指標として、上腕（下肢）周囲長と握力や体重、皮下脂肪厚、分時歩行距離などが、サルコペニア嚥下機能低下に関連していると考えられています。看護師や栄養士やリハビリスタッフなどが協力し、採血結果だけでなく客観的データを収集し、栄養療法とリハビリを合わせて考えていく必要があると考えます。

病院内にはサルコペニア予備軍がいっぱい。そんな目で患者さんに栄養を考えていきたいと思ひます。NSTコンサルト患者さんの体重測定・BMI計算・上腕（下肢）周囲長測定・皮下脂肪厚の測定をお願いします。