



Nutrition Support Times

消化器外科と栄養療法

10年ぐらい前まで、外科医の間で、中心静脈栄養は「20世紀最大の発明」と言われていました。確かに、静脈から高カロリー輸液を行えるようになって、大きな手術が比較的安んで行えるようになり、術後長期間の絶食、栄養状態不良が直接原因となって命を落とすことも少なくなりました。しかし、静脈栄養には明らかに限界があり、食道癌などの侵襲の大きな手術では手術死亡率もまだまだ高く、満足できる状態ではありませんでした。その後の10年で過大侵襲手術時の栄養管理に対する考え方は随分変化しました。原点回帰して、消化管を利用した経腸栄養の重要性が再認識されてきたのです。

胃癌、大腸癌といった消化管の切除手術では、消化管吻合を行うこと、しばらく腸蠕動がなくなるなどから、以前(私が研修医だった18年前頃から5年ぐらい前までの話)は術後に1週間以上の絶飲食が常識でした。ところが、鏡視下手術の普及などで腸蠕動の回復が良くなり、経口摂取の再開が術後1-2日目に早まっても、問題がないばかりか、むしろ状態の改善を促進するということが分かってきたのです。合併症や感染症の発生率も低下し、

その結果、在院日数も減少しました。開腹手術後でも腸蠕動は予想以上に早く回復していることも分かり、経口摂取の時期が早くなりました。例えば、直腸癌の切除手術後の術後在院日数は、昔14日ぐらいだったものが、現在は7日ぐらいまで短縮してきています。栄養吸収の要である消化管の手術をする外科医にとって、これは非常に大きな変化でした。

食道癌の手術は最も侵襲の大きな手術で、今でも在院死の可能性が2~10%あるといわれていますが、術後の呼吸・循環管理を中心とした全身管理が手術以上に重要です。最近まで、中心静脈栄養による栄養管理が主体でしたが、昨年後半からはほぼ全例で腸瘻を作成し、術後の栄養管理の主体を静脈栄養から経腸栄養に変更しつつあります。はっきりしたデータはまだ取っていませんが、静脈栄養に較べて安定した栄養管理を確保できることで、術後の全身状態の管理が非常にやりやすくなりました。全国的にも、多くの high volume center (食道癌を多数扱っている 軀幹病院)で、食道術後には腸瘻を作成して経腸栄養を行うのが主流になりつつあります。最近では、



膝島十二指腸切除術後や胃全摘術後の患者さんにも経腸栄養を行っている施設もあります。短期間での回復が期待できるケースに腸瘻まで作成するのは過剰かとも思われ

れますが、リスクの高い患者さんには当院でも検討していく予定です。

当院は地域の軀幹病院であり、より難易度の高いと言われている手術を行う機会が多く、全身状態不良、高リスクのケースも増えています。大施設ゆえにNSTの普及が遅れたところもありましたが、麻酔科の東別府先生を中心に熱心なNSTチームができています。消化器外科としても非常に大事な分野と考えていますので、NSTと協力して、また助けをもらいながら、より良い医療が提供できるようにしていきたいと思えます。外科スタッフが少ないうえに回診などに参加できないことが多いです(幽霊部員です)が、今後ともよろしくお願い致します。



外科 小林裕之



1月18日金沢大学の 大村先生に本当にためになるご講演をいただきました。NSTとして非常に高いレベルでの栄養管理を実践されてたいへん刺激に

NCM 講演会予定

月日	内容	担当
2/28	COPD について	原田先生
3/27	検査のいろは	臨床検査技師

NSTカンファレンス・回診

毎週水曜日 pm1:00~8 北(861)NST カンファレンスルーム

2008.1月よりスタッフ勉強会開始予定

なりました。当院の基本理念を考へてもチーム医療は必須であり、医療の基本となる栄養管理の充実は当然なされるべきことだと思います。当院も足元を固めず頭でっかちになってしまぬよう、NST 栄は養療法の普及に努めます！