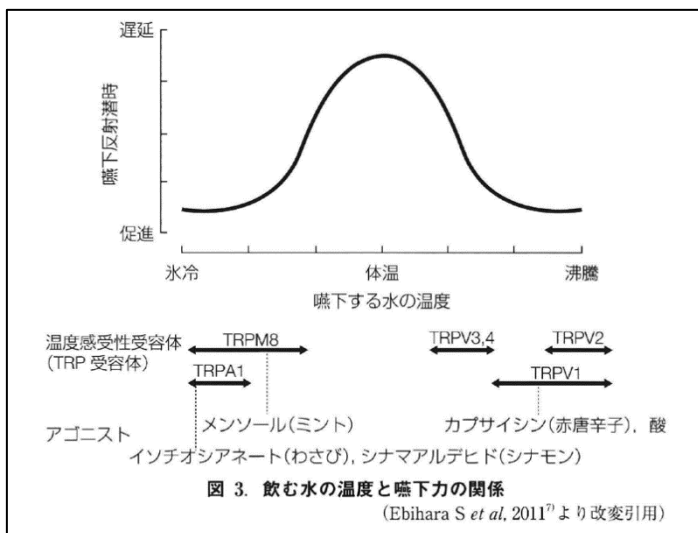


質問「講演Ⅰ 回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチと疾患管理」

講師：岡本 隆嗣（西広島リハビリテーション病院 医師）

質問：脳出血の方だったと思いますが、食事で冷たいもの熱いものが食べにくいので、常温で出してほしいという要望がありましたが、感覚障害と関連しますか？またこれは、しばらく残存するものでしょうか？



《参考資料》

海老原寛「咽頭部化学受容と嚥下障害治療」消化管栄養学センサー研究の新展開 P36-40 G.I.Research vol.21 no.2 2013

(回答)

- ・一般的に冷たいもの、熱いものの方が嚥下反射が速く出る＝食べやすい、と言われてます（上記の図、詳細は文献参照）。
- ・味や温度は、ハッキリしている方が嚥下反射が出やすくなると考えて良いと思います。
- ・ご質問のケースは、あくまで患者の主観的で、「熱いもの冷たいものは刺激が強く、食べにくいと自分では感じる」、と理解出来ます。まずは温度により嚥下反射惹起までの時間がどうなのか、看護師やSTと相談し、実際にやってみてはどうでしょうか。本人の思い込みである可能性もあります。また刺激が強いから食べにくい、という場合は、嗜好品と同じで、可能な範囲で対応してあげるしかないでしょう。
- ・講義でも一部触れましたが、口の中に入った食べ物の硬さや粘度などの性質、温度などの情報は体性感覚として感知され、脳神経によって脳に伝えられます。口腔内や咽頭の触覚や温痛覚などの感覚は、三叉神経（Ⅴ）、舌咽神経（Ⅸ）、迷走神経（Ⅹ）が支配し、口腔や鼻腔は三叉神経（Ⅴ）、咽頭の大部分を舌咽神経（Ⅸ）が支配しています。ちなみに味覚については舌の前 2/3 を顔面神経（Ⅶ）、舌の後ろ 1/3 と軟口蓋は舌咽神経（Ⅸ）、喉頭が迷走神経（Ⅹ）によって伝達され、延髄の孤束核に入り視床を経由して大脳皮質へと伝達されます。

質問「講演Ⅱ 回復期リハビリテーション病棟で知っておきたい薬の知識」

講師：中道 真理子（原土井病院 薬剤師）

①抗コリン薬や利尿剤で唾液分泌減少しやすく経口摂取に影響してしまう場合は薬の減量もしくは中止という検討が必要になりますか？他に対処療法などありますか？

（回答）

経口摂取に影響している場合には、将来的にも栄養障害の低下が懸念されるため薬の減量もしくは中止の検討は必要になります。

どうしても薬を服用しなければならない状況の時には、多職種との協働やご本人への情報提供で注意していただく必要があります。

口腔ケアや乾燥に気をつけるなど、歯科や歯科衛生士に専門的に介入していただくことより回避できると思います。

②講義にもありましたが高齢患者への SGLT 2 処方と体重減少が疑わしい場合に医師へどのように相談すればよいのでしょうか？

（回答）

断定的にこの薬です。という照会の仕方は思わしくないと思います。

SGLT-2 とその他体重減少を疑われる薬や要因と合わせて、先生に被疑薬として照会することが必要かと思えます。

医師に病態など考慮して総合的に判断していただくために、多職種と一緒にカンファなどで話し合うとよりいいと思います。

質問「レクチャー 専任管理栄養士業務の実際」

講師：西岡 心大（栄養委員）

①栄養スクリーニングについて

現在、当院では CONUT に BMI、体重減少率、必要栄養量の充足率を組み合わせ、

低栄養の方を抽出しているのですが、CONUT は Alb 値の比重が大きく、

Alb 値によって栄養評価が左右されると感じております。

グループワークで先生からご指摘があったように、炎症の有無で Alb 値に影響していることも見受けられます。今回のセミナーのように MUST と GLIM を組み合わせる方法も検討していきたいと思っております。今回のセミナーのように MUST と GLIM を組み合わせる方法も検討していきたいと思っております。ですが、回復期病棟での CONUT の有用性について、お考えをお聞かせいただくと幸いです。

(回答)

一般論として、血液検査を組み合わせた栄養指標は栄養状態ではなく栄養リスクを表すものとされ、生命予後や合併症を予測するには良い指標です。しかし、低栄養かどうかを判断することに関しては不向きです。

CONUT は優れた指標ですが、低栄養の判断を判断する際には MUST などの血液検査を用いないツールを使ってスクリーニングをしたのち、

GLIM 基準で低栄養の診断を行うか、MNA や SGA などのアセスメントツールを用いて詳細な栄養評価を行うのが望ましいと思います。

②経管栄養について

経鼻経管のチューブの先端を腸に留置し、投与速度を遅くせざるを得ず、

リハビリの時間の確保が困難になることがあるのですが、

このような症例の場合にどのように対応するべきか、栄養科でできることはあるのか、

教えていただきたいです。

(回答)

腸管内での栄養剤の移送を緩徐にすることが空腸投与時の下痢に対する基本的対策です。開始当初は 100ml~200ml/時の速度に収まるように 1 回の投与量を減らし①投与回数を増やす②輸液を併用する、などによって必要栄養量を充足するプランを立案しましょう。その後、消化器症状を確認しながら投与時間を変えずに投与量を徐々に (20ml~50ml/回程度) 増やし、投与回数を 3 回に戻したり輸液を漸減しましょう。どの程度の速度まで耐性があるかは個人差があります。下痢にならない投与速度を見極め、多職種と共有することも管理栄養士の役割です。なお増粘剤を用いて粘度をつけた栄養剤を短時間で投与する方法は胃内投与ではよく用いられていますが、空腸投与の下痢対策としてはあまり有効でない印象です。