

非代償性肝硬変における糖代謝異常の栄養管理

大阪青山大学健康科学部 管理栄養士 CDEJ 藤原 政嘉

非代償期の肝硬変は種々の栄養障害がみられ、蛋白エネルギー栄養不良は高頻度にみられます。また、糖質、蛋白、脂質の代謝異常もみられ、早朝のエネルギー低栄養状態があることや分岐鎖アミノ酸や微量元素および脂溶性ビタミン類の異常をきたしてきます。肝硬変ではインスリン抵抗性をしめす耐糖能異常いわゆる“肝性糖尿”があり、特に食後の高血糖がみとめられます。そのためエネルギー量をコントロールした栄養管理をすることになります。しかし、蛋白エネルギー栄養不良、蛋白・脂質の代謝異常、アミノ酸インバランス、水・電解質異常、ビタミン不足などの栄養代謝異常がみられることもあります。これらを考慮したトータルの栄養管理、すなわち栄養素の質的・量的にバランスの取れた食事を摂り、病状の進展を抑制することが必要で、過剰や偏重した栄養摂取は肝臓への負担を増大させ、病状を進展させることとなります。ASPENによる肝硬変患者の栄養治療のエビデンスを(表1)に示します。なお、過栄養や異常栄養状態を把握するために定期的な栄養アセスメント(表2)の実施と継続した栄養管理が必要となります。栄養基準の例としてエネルギーは糖代謝異常のある場合は25～30kcal/kg/day、たん白質は蛋白不耐症がある場合、低蛋白食(0.5～0.7g/kg/day + 肝不全用経腸栄養剤)とし、炭水化物はエネルギー比50～60%を目安に糖質補給量を2型糖尿病の摂取基準に合わせてやや制限を行います。また質的にはGIを考慮した食品の選択をします。その他脂質、食物繊維、ビタミン、ミネラルの過不足に注意します。また食塩は腹水・浮腫のある場合は3～5gとし、アルコールは基本的には禁酒とします。また早朝・起床時の低栄養を防ぐため分割食(夜食:LES:早めの夕食を摂取した後、消化の良い非刺激的なもの200kcal程度を就寝前の夜食として摂取)を実施します。

表1 肝硬変患者の栄養治療のエビデンス

1. 肝疾患患者は栄養学的なリスクを有している。正規の栄養アセスメントと栄養管理計画の作成が必要な患者を特定するための栄養スクリーニングを実施する。(B)
2. 肝疾患患者の栄養アセスメントには、ビタミンA, D, E, K, および亜鉛を含む微量栄養素欠乏のスクリーニングを含める。(B)
3. 肝硬変の患者は、夜遅くの軽食の摂取を含め、1日4～6回に分けてカロリーを摂取する(B)
4. 明らかな肝性脳症の急性期では蛋白質を制限する。(A)
5. 肝疾患患者には蛋白質制限は漫然と行わない。(B)
6. 分岐鎖アミノ酸を増量した治療食および栄養療法製剤は、薬物療法に反応しない慢性脳症のみに適応する(B)
7. 肝硬変を合併する肝細胞癌の切除を受ける患者には周術期の栄養管理を施行する。(A)

JPEN26 (Suppl 1) : 73～76, 2002

表2 栄養アセスメント

1. 病歴
2. 身体兆候(黄疸, 貧血, 出血, 浮腫など)
3. 身体計測(体重, 上腕三頭筋部皮下脂肪厚, 上腕筋肉囲など)
4. 血液生化学検査(血清たん白, 血清アルブミン, 血漿アミノ酸など)
5. 免疫学的検査(総リンパ球数など)

参考文献

- 1) JPEN26 巻1号別冊: 73-76, 2002.
- 2) 飯田四郎他: Nursing Selection ②消化器疾患, 肝硬変. 学研, 210-213, 2003.
- 3) 細谷憲政他: 臨床栄養管理. 第一出版, 221-220, 1997.
- 4) 中村丁次他: 臨床栄養学. 南江堂, 176-180, 2008.
- 5) 病態栄養ガイドブック. メディカルレビュー社, 119-123, 2005.
- 6) 森脇久隆: 肝疾患クリニカルパス実例集. メディカルレビュー社, 23-36, 2005.