

栄養評価にSGA・ODAを導入したことによる効果の検討

キーワード：SGA、ODA、栄養アセスメント

1 病棟 9 階西

○佐藤春介 村木真由美 松本真理 田副伸 山下順子

I. はじめに

脳神経外科・神経内科病棟では、疾患や治療による摂食・嚥下障害をきたしやすく、栄養障害のハイリスク患者が多く存在する。そのため、栄養障害を早期に発見し、介入する事が重要である。しかし、N 病棟には栄養評価の基準が無く、方法や評価時期は担当看護師により様々であるため、十分な介入が出来ているとは言えない。そこで、SGA（主観的包括的栄養評価）と ODA（客観的栄養評価）を用いた定期的な栄養評価を導入したいと考えた。

II. 目的

栄養障害のハイリスク患者に SGA・ODA を用いた定期的な栄養評価を行うことで、栄養障害の早期発見・早期介入の効果と課題を明らかにする。

III. 研究方法

研究期間 : 2009 年 9 月 1 日～11 月 6 日

研究対象者 : 研究期間内に N 病棟入院中であり、SGA・ODA による栄養評価で栄養障害があると判断された患者 3 名

<対象患者> A 氏 : 80 歳代女性、転移性悪性リンパ腫

B 氏 : 50 歳代男性、胃部の形質細胞腫、放射線治療後

C 氏 : 80 歳代女性、くも膜下出血、コイル塞栓術後

栄養評価の流れ :

N 病棟へ入院または転棟し、栄養状態不良と思われる患者に対し、SGA で初期評価を行う。SGA 判定で B（軽度の栄養不良）、C（中等度の栄養不良）、D（高度の栄養不良）となれば ODA も併用し詳細な栄養評価を行う。SGA・ODA 双方で栄養不良と判断された患者に対し、看護師間でカンファレンスを行い、栄養状態を維持・改善するための看護計画を立案し実施する。1 週間毎に SGA・ODA で再評価を行い、計画継続、又は介入内容の追加・修正を行う。栄養状態が改善する、又は患者が転院・退院するまで継続する（図 1 参照）。研究期間終了後、看護記録より患者の言動や実際の看護介入、客観的情報を振り返り、SGA・ODA 導入による効果や問題点について検討した。

IV. 倫理的配慮

個人が特定できないようにプライバシーを尊重し、山口大学医学部附属病院倫理委員会の承認を得て実施した。

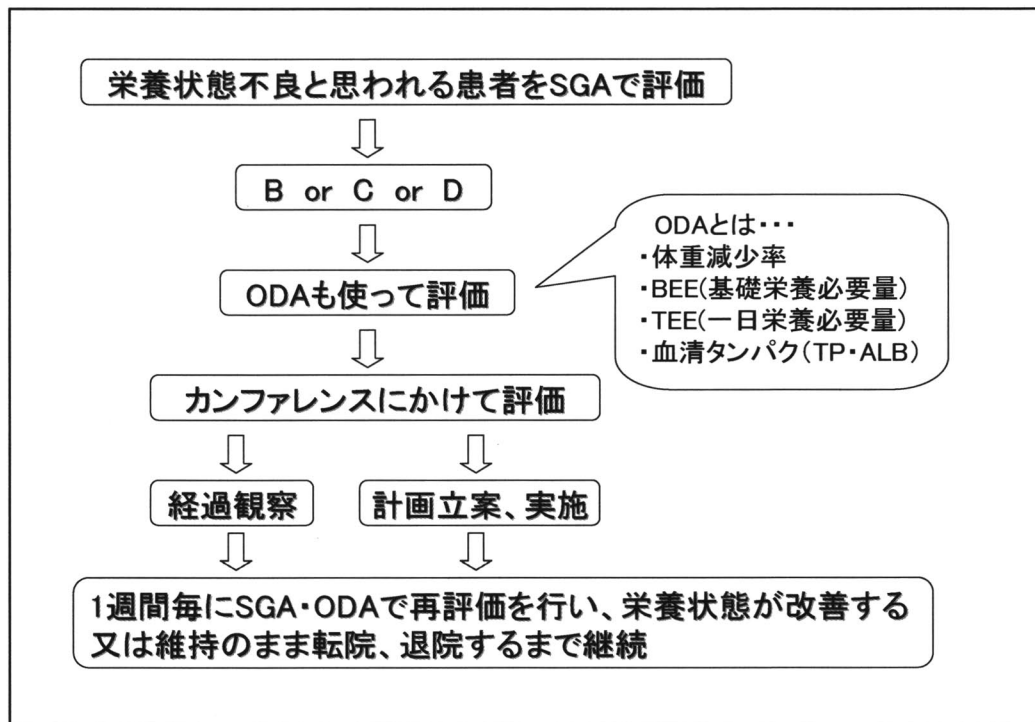


図1 栄養評価の流れ

V. 結果

A氏、左前頭葉の転移性悪性リンパ腫に対し、入院7日目より放射線治療開始。放射線照射12回目が終了した頃より食欲低下がみられ、SGA判定も入院22日目でAからBへ悪化した。今後も食欲低下は継続する事を考慮し、入院23日目に食べやすい食事形態（常食から軟飯）へ変更した。24日目で研究期間終了。介入期間24日。体重減少率2.43%。

B氏、放射線治療の副作用で転棟前より食欲低下がみられていた。食事量も3割程度しか摂取できず、本人の情報より健常時だった1ヶ月前から-6kgと大幅な体重減少あり、初回のSGA判定をBとした。しかし転棟前の採血結果は総タンパク、アルブミン値共に正常値だったため、次回のSGA判定まで経過観察とした。1週間後、食事摂取量に変化はなかったため、本人から食事に関して情報収集を行った。そこで得た情報を基に、テルミール®2.0αやメイバランス Mini®といった経口摂取しやすい高カロリー食品の情報提供、嗜好品の持ち込みと間食を提案した。その後、本人から「こんなのがあるとは教えてもらった事がないね、ありがとう。」「外泊前に栄養剤買って帰りますね。」と前向きな発言あり、高カロリー食品や嗜好品を間食に取り入れるようになった。介入期間15日、体重減少率0.21%。

C氏、高度救命救急センターより転棟後、胸水貯留による無気肺や腹水貯留による倦怠感でリハビリや離床が進まず、食事摂取量も1~3割だったため初回のSGA判定をCとした。転棟後、全身状態が安定しておらず、次回のSGA判定まで経過観察していたが、易疲労性、食欲不振は継続。同時に低アルブミン血症と胸水、腹水の悪化が見られたため、アルブミンとラシックスの投与開始となる。転棟8日目のSGA判定もCと変わらなかったため、転棟9日目に少量で高カロリー・高タンパクな食事形態へ食事内容を変更した。転棟12日目頃から口渇がみられ、エンシュア・リキッド®やテルミール®2.0αといった液状の高カロリー

一栄養剤を好まれたため、これらを捕食として摂取を勧めた。その後、胸水、腹水改善に伴い離床も進み、その結果食事摂取量も改善された。介入期間 22 日。体重減少率 9.71%。

表 1 採血結果と SGA の介入前後の推移

	TP (g/dl)		ALB (g/dl)		SGA	
	前	後	前	後	前	後
A 氏	7.2	7.1	3.7	3.4	A	B
B 氏	7.5	8.1	3.7	4.1	B	B
C 氏	4.9	6.3	2.6	3.6	C	B

VI. 考察

SGA 判定では、A 氏を除く 2 名は悪化せず経過した。A 氏は治療過程に伴う副作用の出現で判定が悪化し、その時点から食事形態の変更といったアプローチが出来たため、今回の定期的な栄養評価で早期発見・早期介入を図る事が可能だったと思われる。

また、採血結果を見てみると、低タンパク血症と言われる 6.0g/dl 以下、低アルブミン血症と言われる 3.0g/dl 以下を栄養不良と位置づけると、3 名とも介入期間内で著明な低下は見られなかった。アルブミンの半減期である約 20 日を考慮しても、介入期間の短い B 氏を除き、著明な低下は無かった（表 1 参照）。

体重減少率に関して言えば、高度な体重減少は 1 ヶ月で 5%以上と言われている。C 氏を除く 2 名は、期間内で高度な体重減少を起こさなかった。C 氏は胸水、腹水貯留が改善された事による体重減少と考えられ、その結果、離床が進み食事摂取量も増加、採血結果も改善された事を考慮すれば高度な体重減少には該当しないと思われる。

以上の 3 点を踏まえても、今回 SGA・ODA を導入した事が 3 名の栄養状態の維持、改善に直結したとは言い難い面もある。しかし、SGA・ODA を用いて 1 週間毎に定期的な栄養評価を行った事、そして「患者の状態に適した栄養状態の改善策とは何か」とカンファレンスを行い、行動を起こした事が、患者の発言や客観的データから見ても、栄養状態の維持・改善に繋がったのではないかと推測できる。

問題点としては、今回の介入内容において 3 名とも「食事形態の変更」「高カロリーで経口摂取しやすい食品の提供」の 2 点で栄養状態の維持、改善が可能だった。今後この 2 点でも栄養状態の改善が見られない患者に対し、N 病棟で介入できる他の手段を検討し、介入の統一を図れる指標の作成が必要と思われる。

VII. 結論

1. SGA・ODA 導入後、ハイリスク患者を早期発見し介入できた事で栄養状態が維持、改善した。
2. 今後の課題として、今回の介入以外で、栄養状態の維持・改善が見込める手段を検討し、介入の統一を図れる指標の作成が必要である。

参考文献

- 1) 井上善文：栄養管理のエキスパートになろう！，照林社，Expert Nurse, 24(3), 76-81, 2008.
- 2) 東口高志 編：NST 完全ガイド ～栄養療法の基礎と実践～，照林社，2006.
- 3) 福島秀樹，森脇久隆：Subjective global assessment (SGA) の実際とその意義，医学のあゆみ, 218(5), 496-500, 2006.
- 4) 井上善文：ODA の必須項目とは，臨床栄養, 110(6), 657-661, 2007.
- 5) 雨海照洋：栄養スクリーニング・ツールとしての SGA，臨床栄養, 105(4), 427-431, 2004.