

脳卒中患者の急性期栄養管理に関する検討

～脳卒中専門病院と非専門病院の食形態について～

渡邊美鈴¹⁾ 工藤裕子¹⁾ 宮嶋ちひろ¹⁾ 伊藤夕記¹⁾ 風晴俊之²⁾ 谷崎義生³⁾ 美原盤⁴⁾

1) 脳血管研究所美原記念病院 栄養科

2) 脳血管研究所美原記念病院 リハビリテーション科

3) 脳血管研究所美原記念病院 脳神経外科

4) 脳血管研究所美原記念病院 神経内科

【はじめに】日本では、脳卒中急性期の治療後、リハビリテーションが必要な患者はリハビリテーション専門の病棟に移動して治療を継続するシステムが構築されている。脳卒中急性期に見られる摂食嚥下障害に対応する栄養管理は極めて重要であるもが、食事内容の調整などについての報告は少ない。今回、急性期病棟退院時の患者の食形態に注目し、栄養管理のあり方について検討した。

【対象および方法】対象は、平成24年4月から平成25年3月までの間に、脳卒中専門病院からリハビリテーション専門病棟に入院した患者351名を専門病院群、非専門病院からリハビリテーション専門病棟入院した348名を非専門病院群として、それぞれの食形態を調査した。

【結果】急性期病棟退院時のFIMスコア、嚥下グレードに差は認められなかったものの、急性期在院日数は、専門病院群 15.3 ± 4.2 日、非専門群 35.9 ± 19.1 日であった ($p < 0.01$)。栄養補給方法は、全量経口摂取者は専門病院群233名、非専門群289名、補助食品併用者は同じく57名、9名、経管経口併用者は15名、1名、経管栄養者は46名、49名であり、それぞれ有意差が認められた ($p < 0.01$)。食形態に関して、米飯は専門病院群193名、非専門病院群125名、軟飯は同じく50名、14名、粥は50名、150名、常菜は228名、153名、咀嚼対応食は50名、113名、嚥下対応食は27名、33名であり、いずれにも有意差が認められた ($p < 0.01$)。

【考察】専門病院群は、急性期治療の過程において、食形態の調整がなされていたのに対し、非専門病院群では食形態の調整が充分ではなく、必要栄養量が充足されていなかった可能性が示唆された。食形態調整の目的は、摂食嚥下障害の程度に応じた食形態に調整し、

経口から必要栄養量を確保することである。またその内容は、自宅療養でも容易に継続できるように配慮すべきである。

【結語】脳卒中患者の食形態調整を急性期から適切に行い必要栄養量を確保することは、入院日数を短縮させ、効率的な医療の提供に有用と考えられる。

Food form coordination according to dysphasia for the stroke patient in the acute stage improved the hospital stay and dysphasia

Misuzu Watanabe ¹⁾ Yuko Kudou ^{1)} Chihiro Miyajima ^{1)} Yuki Ito ¹⁾ Noki Ohsawa ¹⁾ tosiyuki
Kazehare ^{2)} Tanizaki Yoshio³⁾ Mihara Ban ⁴⁾

- 1) Mihara Memorial Hospital, Institute of Brain and Blood Vessels, Nutrition
- 2) Mihara Memorial Hospital, Institute of Brain and Blood Vessels, Rehabilitation
- 3) Mihara Memorial Hospital, Institute of Brain and Blood Vessels, Neurosurgery
- 4) Mihara Memorial Hospital, Institute of Brain and Blood Vessels, Neurology,

[Introduction] In Japan, patients with cerebral stroke are initially treated in the acute stroke units and transferred to recovery rehabilitation units. Nutritional management is crucial in rehabilitation of dysphasia. However, the roles of nutritional management of patients in acute stroke care units are unclear.

[Methods] From April 2011 to March 2013, we have 351 patients transferred from the hospitals specialized for stroke to rehabilitation units (Group A) and 348 patients transferred from general hospitals to rehabilitation units (Group B). To show the roles of nutritional management in acute phase, we surveyed and compared two groups.

[Result] With no significant difference observed between two groups in FIM grade and dysphasia grade on admission of rehabilitation units, there was a significant difference between two groups in the following; average length of stay: 15.3±4.2 for Group A v.s. 35.9±19.1 for Group B ($p<0.01$), the number of patients with independent feeding : 233 in Group A v.s.289 in Group B, patients use supplemental food : 57 in Group A v.s. 9 in Group B, patients use tube feeding:46 in Group A v.s.49 in Group B. As for food patterns, patients taking rice:193 in Group A v.s.125 in Group B, patient taking soft rice:50 in Group A v.s.14 in Group B, Patient taking porridge: 50 in Group A v.s.150 in Group B, patient taking regular food : 228 in Group A v.s.153 in Group B, Patient taking mashed food : 50 in Group A v.s.113 in Group B, patient taking pureed food : 27 in Group A v.s.33 in Group B. These contents of food showed significant difference ($p<0.01$) between two groups.

[Conclusion] In Group A, food form is well coordinated according to dysphasia in the acute stage, compared to Group B. Food form coordination considering dysphasia for the patient with a stroke in the acute stage could shorten the length of stay and contribute to the efficient medical care. The food form coordination is to evaluate the level of dysphasia and secure required nutrition orally. Coordination should be applied to the patient's home life.