

## 今回は「食道外科における栄養療法」です

### 食道外科における栄養療法

食道癌の治療は、手術・放射線・化学療法など多岐にわたる集学的治療が一般的であり、長期にわたります。この治療期間中、低栄養が治療成績に大きく影響するため、適切な栄養管理が不可欠です。

#### 1. 栄養評価と低栄養診断

現在、医療現場の低栄養診断にはGLIM基準が広く用いられています（図1）。

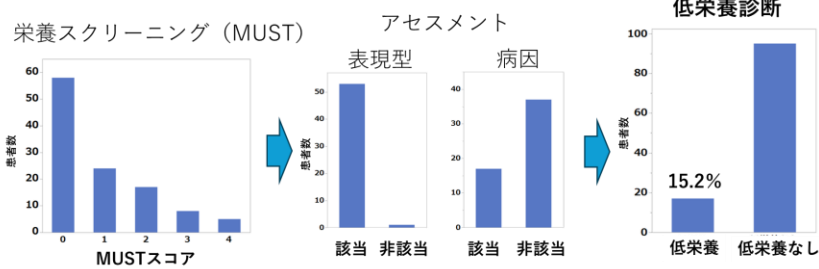
- ①栄養スクリーニングツール（MUST、NRS-2002など）で栄養リスクを評価
- ②表現型基準（体重減少、低BMI、筋肉量減少）と病因基準で低栄養を診断
- ③重症度を判定



文責：石田 裕嵩  
（総合外科）

当院の検討結果、  
食道癌手術患者の  
**約15%が術前にGLIM基準  
で低栄養と診断**されてい  
ます。

図1 GLIM基準による食道癌手術患者の術前低栄養



#### 2. リハビリテーションとサルコペニア

サルコペニア（骨格筋量の低下と筋力低下）は、食道癌治療において重要な予後規定因子および術後合併症のリスク因子として位置づけられています。術前化学療法中の活動量低下や有害事象（倦怠感、食思不振など）により、骨格筋量が減少します。当院の検討では、術前化学療法を受けた患者の**75.6%で骨格筋量の減少**が確認されています。**栄養管理と個別化されたリハビリテーション**を組み合わせることが重要です。

#### 3. 食道外科による栄養療法の実際

食道癌治療は長期にわたるため、継続的な栄養介入が重要です。

##### 術前化学療法:

- ・腫瘍による通過障害が強い場合は、速やかに経管栄養を開始。
- ・食思不振や嘔気が発生しやすく、経管栄養や末梢静脈栄養で必要な栄養量維持。

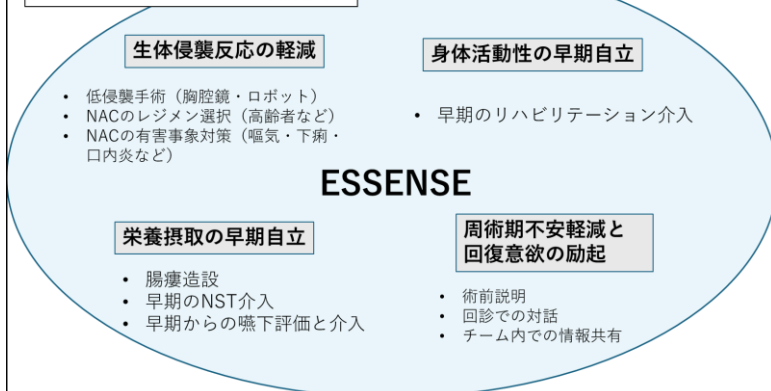
##### 手術周術期:

- ・外科代謝栄養学会が提唱するESSENCEに基づいた周術期管理が有用（図2）。
- ・当科では手術全例に腸瘻を造設し手術翌日から経腸栄養を開始する。

##### 術後:

- ・術後3～4ヶ月の急速な体重減少を防ぐ
- ・術後合併症、吻合部狭窄、ダンピング症候群、社会的要因などで栄養不良→多角的に対応。
- ・長期にわたる術後補助療法でも、栄養状態の悪化に注意が必要。

図2 ESSENCEに基づいた周術期管理



#### まとめ

- 治療の各段階に応じた継続的な介入が成功の鍵！
- GLIM基準による的確な評価、サルコペニア予防、周術期のESSENCEに基づく管理、術後長期的サポート→**チーム医療による包括的な取り組みが重要です！！**