

はじめに

栄養とは何か

栄養とは食べて生命を維持することです。食物を摂取し、消化して、さらに同化することではじめて生命をながらえることができます。これらを妨げる要因すべてに対処するのが栄養治療です。現代医学では手術治療や薬物治療などは大きく発展しましたが、その基礎となる“体力”や“生命力”を客観的に評価する術がありません。そもそも治療に耐えうる体力があるのか、は治療者にとって常に悩みの種でした。栄養とは、体力とは何か。一般的にはわかつてあたりまえだろう、と思われるようなことでも、医学的には証明されていないことが多いのです。ここではまず急性期医療における栄養治療を追求します。栄養治療は生命を維持するために解決すべき課題のすべてが対象となります。死すらもその対象に含みます。

本書はこれまでに医学的に証明された証拠の集積（それだけで生命のストーリーは作れない）ではなく、生命を理解するために必要なストーリー（信頼性がまちまち）の構築を目指します。証拠は文献で、私見はマーカーで示します。信じられるかどうかは読者諸賢で判断してください。

急性期医療は輸液を使いすぎ？

急性期医療は臓器障害をまず、血流障害と考えます。血圧上昇や、血糖上昇に対してまず輸液で反応をみます。急性期の治療は漫然と行うと輸液の使いすぎになります。一方で慢性期の症状に対して内服薬をただ重ねていくと、内服薬が大量になり“ポリファーマシー”的な問題が起ります。

輸液をするならば反応性をみるために観察を密にします。一つの治療に拘泥せず病態をストーリーとしてとらえます。まず脱水を除外して次の治療を考えるために早期経腸栄養を行い、輸液を制限する治療は有効です。考えたストーリーがズレている可能性を常に考え、様々な観点から観察して柔軟に修正します。

急性期治療の考え方は、まれな有害事象を恐れて立ち止まるのではなく、

最低限必要な治療（≒脱水の補正）をまず施行することです。輸液に頼りすぎないために早期経腸栄養を確立しましょう。

論文の解釈は気をつけましょう

本書ではなるべく根拠を示す論文を引用しています。しかしながら英文の前向きRCTだけでなく、観察研究から果ては臨床経験まで、質が低いととられる情報を多く含んでいます。

前向き検討であるRCTは厳密であるがゆえに、結果を利用するためにはその前提も厳密に踏襲する必要があります。ある治療が有意に有効・無効だったからといって、異なる状況に拡大解釈をしてはいけません。ショック状態に対する検討を一般病棟にいるような症例にそのまま当てはめることはできないのです。

RCTにおいて治療者の介入が想定外の効果をもたらすことがあります。Synbioticsの効果をみるのにfull feedingの影響が重なったり、早期ENの効果をみるのにfull/ trophic ENや、PNによるrefeeding syndromeの影響が重なったりして、結果に違和感をもたれことがあります。これらは解釈する側の問題で、科学的に間違ってはいません。さらなる検討が不足しているだけです。我々はその結果に引きずられすぎないようにしなければなりません。

診療ガイドラインはRCTの集大成で、意思決定を支援する強力なツールになりますがその解釈は注意を要します。ガイドラインはその時代までの知識の集大成であり、“正しさ”を保証するものではありません。特に栄養治療は関与するパラメータが多く、前提が異なり、規模にばらつきのある、ともすると相反する結果となった検討の集積がなされています。実際にはそれらの差を平たん化する処理が行われているのですが、我々はその結果だけを見てしまいがちです。最新のガイドラインで弱い、“逆”推奨になっている方法が、たとえ次のガイドラインではきっとまた逆の結果になるとしても、現時点ではその方法は科学的には正しく、定期的に改訂することで対応しま

す。あとは解釈する側の問題です。

後ろ向き観察研究や症例報告はバイアスの入る余地が多く、そのまま結果を前向き予測に用いることはできません。それゆえこれらの研究は低価値ととられるがちです。でも介入の経験に“意味がない”と断言はできません。問題を解決するヒントが含まれた状態と考えます。臨床的な問題はまず症例を報告し、集積して後ろ向きに比較して、さらに前向きRCTに進むことになるのですが、まれな病態や栄養のような関連パラメータが多い病態では難しいかもしれません。観察結果には様々なノウハウが隠れています。**観察を密にして臨床的な共通点から法則性を見つけ出しましょう。**

確定診断が難しい病態があります

論文の解釈は難しく、適応する側のバイアスがかかるなどを考慮しなくてはなりません（そもそも観察がズレていたら元も子もないでしょう？）。結果はYesかNoかではなく、**グラデーション**があり確定診断が難しい病態があります。

確定診断を待つ間に状況が変わったり、介入なしには診断ができないことがあります。発熱の原因が一つに絞り込めず、感染60%，中枢神経性30%，代謝性10%などと表現されるかもしれません。熱源を一つに絞ることが難しいことがあります。Refeeding syndromeの診断は多くの周辺疾患と鑑別（というか同時に対処）が必要になります。下痢の原因は一つに特定ができません。栄養障害はそれらの上に成り立ち、いよいよ診断は難しくなります。

治療はそれらの可能性に対して網羅的に構築します。それが内科的治療であればまだよいですが、ときとして外科治療を要します。無石胆囊炎や壊死性膵炎など、経過とともに重篤化し、術前に診断を確定することが困難な病態は、早期に外科的介入をすれば（的外れである可能性があるが）低侵襲で済むかもしれないが、診断確定を待つ間に重篤化し、治療が複雑化し、とき

に致命的になることがあります。このような病態は、診断的治療を行うことで改善が期待できるかもしれません。ではどうしたらそれができるようになるのでしょうか。

ストーリー：etiologyで考えましょう

重症病態は進行が早く、診断に猶予がなく、しかも確定診断が難しいです。見落としのリスクにおびえると足がすくみます。そんなときに有効なのは、**病態のストーリー：etiology**を考えて治療にあたることです。そうすることで、現実とのズレが観察にあるのか、治療方針にあるのか、それを実行する能力不足にあるのか、がわかりやすくなります。ストーリーに疑念をもったならば、RCTやメタアナリシスの結果であろうとも、精査と吟味を重ねましょう。そして疑問をもった臨床経験は記録し、集積し、次に役立てましょう。失敗を恐れる必要はないと思います。確定診断や正確な治療を断定することが困難であるように、失敗を失敗と証明することもまた、難しいのです。

確定診断を待つことができるのならば治療の確度は上がります。動かなければミスは減りますが、はやく動かないと救えない生命があります。ガイドラインが策定されるまで待つことはできません。また策定されたからといって解決するとも限りません。このような不確実な状況では、ストーリーをもって治療にあたりましょう。真摯に学び続けましょう。

栄養治療はいまだ黎明期にあります。それぞれの経験はとても貴重で重要な示唆が隠れています。観察研究だからといって卑下する必要はないです。

私に何かできることはありますか？はやめましょう

治療は底の見えない大穴に飛び込むのに似て、帰路が予想できません。手術中には、この創をちゃんと閉じて手術を終了することができるのだろうか、という大きなプレッシャーにさらされます。やがて年を重ねるとどうし

ても、足はすくみ、導火線は発火せず、安全策をとり、結果の見える挑戦しかできなくなってしまいます。

“わたしにできることはありますか”という言葉は麗しいですが、ともすると“私の領分ではなく適応外です”となりかねません。それは複数科がそろう大病院や、重症患者が多く集まる急性期病棟であればなおさらです。それは面倒とか複雑ではなく“おそれ”があるからだと思います。我々は治療のプロフェッショナルであるのならば、自分に何ができるか、ではなく眼前の患者に何が必要かを考えましょう。途方に暮れるような病態に見えても、どこかに手掛かりはあるものです。治癒が困難であるならば緩和医療を考えましょう。とりあえず治療に困ったならば、栄養治療を行いましょう。栄養の理解はきっと、“おそれ”を減らす手助けができると思います。

栄養状態が改善し全身状態が回復してくると、不明であった病態の輪郭が浮かび上がります。多少の軽微な病態は肉体が自力で乗り越えてくれます。

治療は単純化され、残された課題に対しては、あらためて専門家を募ってパーティーを組み、再び“大穴”に挑む可能性が増すでしょう。

手も足も出ないと思えるような絶望的な状況に遭遇したならば…
まず太らせろ、話はそれからだ。

2025年12月

佐藤武揚