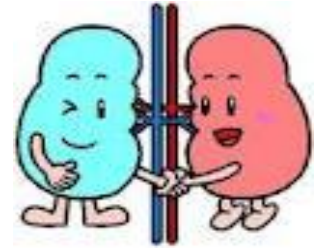


褥瘡対策・栄養サポート委員会では、褥瘡または栄養にまつわる勉強会を行っています。9月の勉強会は、NSTディレクター山口医師より「腎不全の栄養管理」についての講義でした。

腎不全と栄養管理



なぜ、今 慢性腎臓病(CKD)なのか？

- 透析患者の激増
2008年末で日本の血液透析患者は約28万人
毎年1万人前後の血液透析患者が増加
CKDの早期発見が大切
- CKDとCVD
透析患者の多くは糖尿病性腎症で高血圧、心血管疾患、高脂血症合併患者が多い。
心血管系合併症(CVD)が非常に多い。
CKDステージ早期でもCVDで死亡する。
CKDでは全身管理が大切

低栄養からの回避

- 蛋白栄養不良と腎不全死亡率には相関がある。
- アルブミンは死亡予測因子
- 透析患者の25%以上が3.7g/dl以下の低アルブミン血症
- 血清アルブミン濃度が4.0g/dl以下では有意に透析患者の生存率が低下する。

Lowrie EG et.: Death risk predictors among peritoneal dialysis and hemodialysis patients: a preliminary comparison. Am J Kidney Dis. 26:220-228,1995

腎不全用の栄養剤の選択

＝静脈栄養＝

腎不全用高カロリー基本液
(ハイカリックRF)

腎不全用アミノ酸製剤
(ネオアミュー)

＝経腸栄養＝

腎不全用栄養剤

リーナレンLP

100kcalあたり

たんぱく質1g

電解質制限あり

リーナレンMP

100kcalあたり

たんぱく質3.5g

電解質制限あり



保存期から末期への移行(透析療法への移行)は蛋白投与の転換期です。

慢性腎不全(保存期)では実際には0.5g/kg/dayが限界の患者の方が多く、CHDF(維持的血液透析)では膜から蛋白から大量に漏出するので、多めのタンパク質投与が必要になります。

10月勉強会の予告

10月13日(木)18時～医学部第一講堂にて、「褥瘡の診方 創からわかること」(仮)の勉強会を行います。是非ご参加ください。