

慢性膵炎の 生活指導と栄養管理

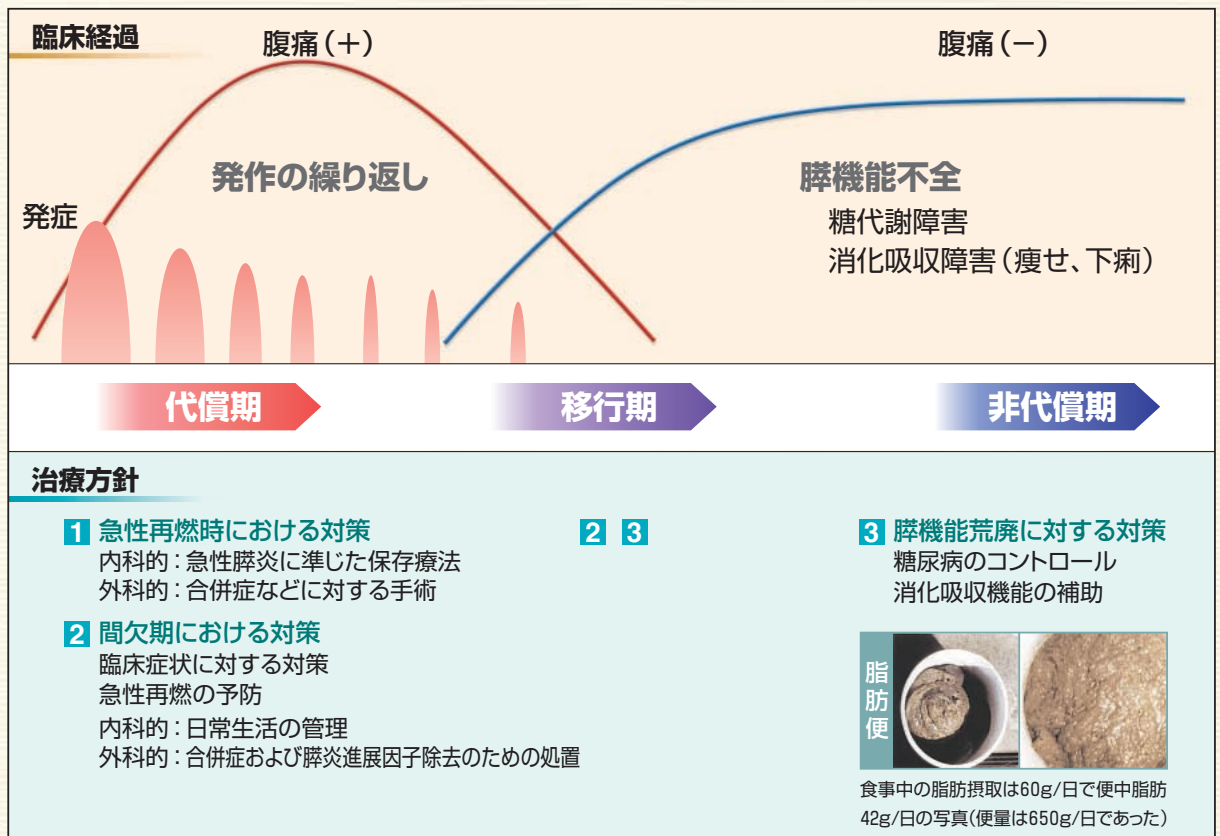
監修 大津市民病院 院長 片岡 慶正



慢性膵炎の生活指導と栄養管理

慢性膵炎は非可逆的かつ進行性の疾患である。持続する腹痛などの特徴的な臨床徴候と膵内分泌(インスリン・グルカゴン分泌)・外分泌(膵消化酵素の分泌)障害が病期により出現し、それぞれの時期に合わせた生活指導と栄養管理が重要となる。また慢性膵炎は膵癌合併のハイリスク群であることが報告されており、生命予後の観点からも慢性膵炎治療の基本である生活指導と栄養管理を十分考慮する必要がある。

慢性膵炎の臨床病期と治療方針



厚生労働省特定疾患難治性膵疾患調査研究班：慢性膵炎の治療指針より片岡が一部改変

生活指導



1. 禁酒

慢性膵炎の成因としてはアルコール性が最も多く、エタノール換算で1日80g以上の持続する飲酒歴は明らかな危険因子である。アルコール性慢性膵炎においては断酒が原則、その他の成因であってもアルコールは増悪因子であり、禁酒が強く望まれる。

2. 禁煙

喫煙は慢性膵炎の発症および石灰化を促進し、かつ膵癌の危険因子であるため禁煙を行う。

栄養管理

- 脂肪はコレシストキニン(CCK)分泌を強く促進し膵外分泌を刺激することで腹痛・膵炎発作を誘発するため、慢性膵炎の痛みがある時期は脂肪摂取の制限を検討する。
- 体重減少や栄養低下状態では過度な脂肪制限をせず、むしろ脂肪摂取とともに膵消化酵素補充療法を行う。
- 糖尿病(膵性糖尿病)を合併している患者で栄養状態が低下している場合はエネルギーの摂取制限を行わず、十分量の食事とともに膵消化酵素補充療法を行ったうえでインスリン治療による血糖コントロールを行う。その際は低血糖発作の出現に十分注意する。



慢性膵炎における栄養管理

	評価・治療	ポイント
栄養評価	通常、一般診療で測定が可能なBMI、Hb、血清総コレステロール、血清アルブミン、脂肪便の有無などで評価する	BMIは20(kg/m ²)以上、Hbは12.0(g/dL)以上を目標とする 総コレステロールおよびアルブミンは正常域を目標とする
食事療法	<p>【腹痛を有する時期】 禁酒と脂肪制限(できれば断酒が望ましい) 食事中脂肪は1回摂取量10g以下、1日摂取量30g(0.5g/kg/日)を目安</p> <p>【非代償期】 1日摂取カロリー:標準体重(kg)×30kcal以上と摂取カロリーは高めに設定する 1回摂取量を少なめに頻回の食事 脂肪量:40~60g/日</p>	<p>胃酸分泌を刺激するカフェイン、香辛料、炭酸や喫煙を控える 過剰な食事摂取の制限と頻回少量摂取 調理困難例では低脂肪成分の経腸栄養剤の併用 食事摂取時の膵消化酵素薬や胃酸分泌抑制薬を併用する</p> <p>バランスのとれた栄養改善を図る 糖尿病合併時には炭水化物は制限せずにインスリン量で調節する 蛋白質は多めに摂取する 脂肪摂取は過度に制限せずに、膵消化酵素薬で脂肪便をコントロールする</p>
薬物療法	<p>【膵消化酵素薬】 膵消化酵素補充剤:パンクレリパーゼ製剤</p> <p>【胃酸分泌抑制薬】 H₂受容体拮抗薬 プロトンポンプ阻害薬(PPI)</p> <p>【インスリン】 超即効型3回/日+持効型1回/日など</p> <p>【その他】 ビタミン(特に脂溶性ビタミン)、亜鉛、セレンなどの微量元素</p>	<p>パンクレリパーゼ製剤はパンクレアチンと比較してリパーゼの力価が大変高く、食直後の経口投与で便の異常(脂肪便・下痢・軟便等)を改善し、栄養指標(体重・BMI・総コレステロール・アルブミン等)も改善する</p> <p>消化酵素活性は十二指腸のpHに依存する。胃酸分泌抑制薬による胃・十二指腸のpH上昇は膵消化酵素薬の失活を防止し効率を高める</p> <p>少量頻回投与が効果的である。インスリン量の変更は1~2単位の少量ずつ行う。グルカゴン分泌の低下もあり、インスリン治療では低血糖に注意</p> <p>十分に食事が摂れ、膵消化酵素薬補充療法後も低下傾向がみられる場合は適宜補充する</p>