

## 順 応 内 科

### 高度の肥満患者における食事指導について

発表者 荒井 策子

順応内科一同

#### 始めに

かつて肥満は健康のしるしと考えられ、社会的地位のシンボルとさえ言われてきましたが、生活の合理化、食糧事情の改善が進むにつれて過度の肥満の傾向が目立ってきて、むしろ現在では表のように肥満が糖尿病を始めとする種々の疾患の誘因として問題になっています。統計では、体重が2.5%増加することによって死亡率は1.7倍、40%の体重増加では2.2倍以上になるとの報告があります。私達は異常な肥満を持った患者の看護にあたり、肥満及びその食事と指導について検討しましたのでここに発表いたします。

#### 肥満の判定

表Ⅱのように、身長より標準体重を求め、肥満度を判定します。

表Ⅱ

肥満者の死因別死亡率

(正常体重者を1とした場合)

死 因	男	女
糖 尿 病	3.83	3.72
肝 硬 変	2.49	1.47
中 垂 炎	2.23	1.95
胆 石	2.06	2.85
慢 性 腎 炎	1.91	2.12
脳 出 血	1.59	1.62
冠 状 血 管 障 害	1.42	1.75
自 動 車 事 故	1.31	1.20
自 殺	0.78	0.73
結 核	0.21	0.35

表 II

肥満の判定	
標準体重 = (身長-100) × 0.9	
肥満度 = $\frac{\text{実測体重} - \text{標準体重}}{\text{標準体重}} \times 100$	
肥 満	20%以上の超過
体重増加	10~20%の増加
正 常	± 10%
体重減少	10~20%の減少
や せ	20%以上の減少

低カロリー食について

肥満の治療の根本はカロリー制限ですが、基礎代謝量として成人では1日1200 calが必要とされることは周知のことですが、肥満症の治療として基礎代謝量を下まわる1日400 calといった極度なカロリー制限が、行なわれます。表は80 cal を1単位とする食品交換表に基づいて、比較したものです。このようにごはん1単位、魚肉類は2単位となり、牛乳、油脂類は全く用いられず、また蛋白質25g、脂質11g、糖質51gで各種栄養素が不足しています。このような食事を長期間持続させた場合、糖質の減少により低血糖、ケトosis、蛋白質の減少により貧血、抵抗力の低下、その他ビタミン類の不足、電解質異常が出現します。

表 III

		1200 cal (15単位)				400 cal (5単位)			
	食 品	単位	蛋白質	脂質	糖質	単位	蛋白質	脂質	糖質
表 1	め し	6	12		108	1	2		18
表 2	果 物	1			20	1			20
表 3	魚介類	1	9	5	}	2	}	18	10
	肉 類	1	9	5					
	卵	1	9	5					
	とうふ	1	9	5					
表 4	牛 乳	1.3	5	6	8				
表 5	油脂類	1		9					
表 6	野菜・きのこ・海藻類	1	5	1	13	1	5	1	13
付録 1	みそ汁用みそ	0.3	3	2					
	調味用さとう	0.4			8				
合計		15	61	38	157	5	25	11	51

<患者紹介>

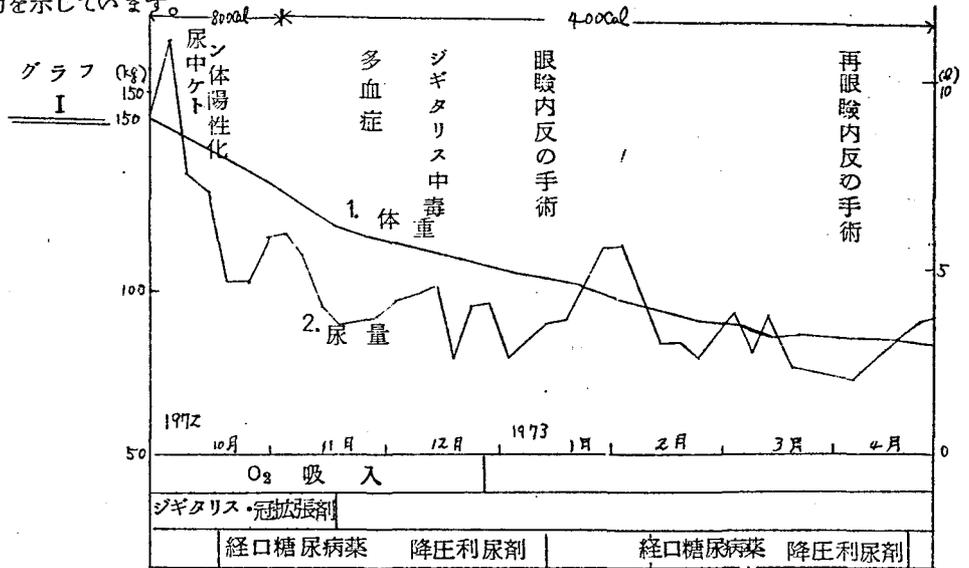
患者は23才の男性で高度の肥満症及び尿崩症があり、S47年9月25日からS48年6月14日まで当科に入院いたしました。5才頃より肥満が目立ち始め同時に多飲多尿に気づき、7才の時某大学病院に入院し、先天性疾患であると言われましたが、以後放置していました。

<入院時一般状態>

身長145cm体重143kgで肥満度25.5%で高度肥満同時に多飲多尿があります。指尖・口唇にチアノーゼがあり、心肥大は著しくまた眼瞼内反があり、知能はわずかに低いと考えられました。生活習慣は運動不能のため、家で指先の仕事をしており、満腹感を持つまで食事を摂取していました。性格は無口で内向的ですが、根気がよくまたすなおです。

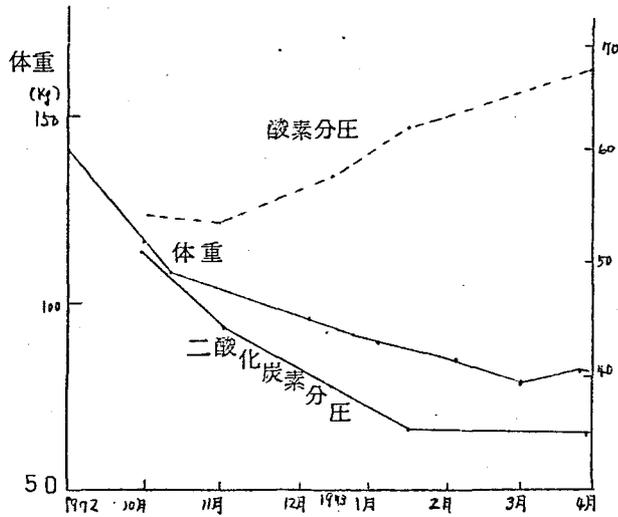
<入院中の経過>

グラフ I は入院から退院までの経過を示したもので、折線1は体重の変動、折線2は尿量の変動を示しています。

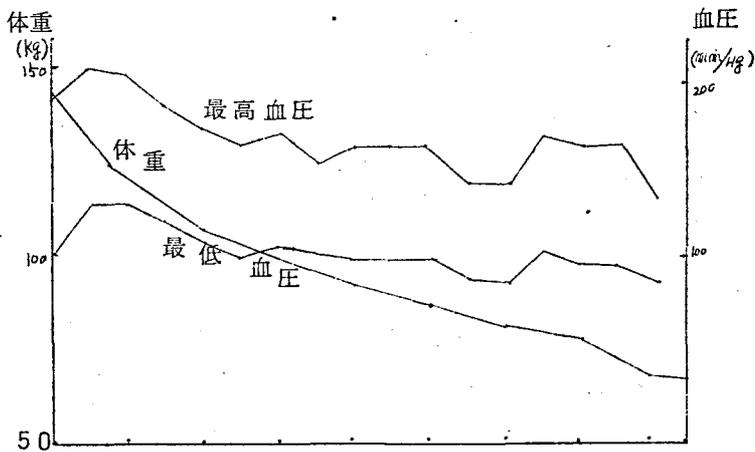


入院と同時に800 cal となり、約1ヶ月後に400 cal に変更、心不全がありチアノーゼ強度のためジギタリス剤、冠拡張剤の内服、酸素吸入が行なわれ、治療中尿中ケトン体の陽性化、ジギタリス中毒、二次性多血症が見られましたが、その都度適切な処置により軽減しています。尿崩症に対して、降圧利尿剤、経口糖尿病薬の内服が行なわれ、著明な効果が見られました。グラフ II は体重減少と共に、血液の酸素分圧、二酸化炭素分圧の変動を示したもので、肥満の改善と共に酸素分圧の上昇、二酸化炭素分圧の下降が見られます。またグラフ III は血圧の変動を示したものです。肥満の軽減を待ち、1月眼瞼内反の手術が行なわれ、6月には体重68.7kgとなり、尿崩症もコントロールされ退院しました。

グラフⅡ



グラフⅢ



<看護計画>

目標 苦痛を緩和し、それと同時に治療に対し積極的に協力できるよう援助し、社会復帰を共に考える。

問題点

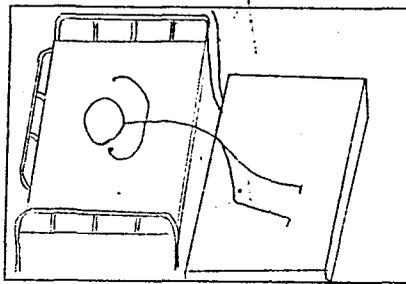
- A 高度肥満があるため
  - 1 動作が緩慢である。
  - 2 発汗・皮脂分泌物が多く、不潔になりがちである。
  - 3 高血圧症がある。
  - 4 心肺機能障害がある。
  - 5 眼瞼内反がある。

- B 尿崩症がある。
- C 精神発育遅延がある。
- D 食事制限の必要がある。

が上げられますが、ここではDを中心に述べ、ABCについては簡単に述べさせていただきます。

#### 具体策及び看護の実際

・ABCに対して ベッドは図のように狭く危険なため、ベッドの高さを膝よりやや高め程度に低くしてベッドの横にマットレスをもう1つ並べ反対側に柵を設け、チアノーゼは体位により増強するため、体位の工夫を行なうと共に、安静を保つように努めました。



また、頸部股関節部腋下は皮膚の密着が広いため不潔で体臭が強く、肘膝足底部は荷重のため皮膚の角化が進んでいました。定期的に清拭・洗髪を行ない、室内の換気にも留意しました。血圧の測定は毎日行ない、また水分摂取量、尿量のチェック、脱水症に対する注意をしました。

・D食事制限の必要があるので具体策としては

1. 低カロリー食の必要性を説明し、治療への協力を求める。
2. 献立の工夫を考えながら、空腹感の緩和に努める。
3. 低血糖・ケトosis各種栄養素の欠乏症に注意する。
4. 退院にむけて、生活食事指導の必要がある。

の4つに分けて考えました。

#### 1に対して

入院前は食べたいだけ食べるという習慣があり開始時は強い空腹感を持ち、せんべい等の間食の摂取があったため、制限の必要性を今までの食習慣の反省を含め納得のゆくまで話し合い、また同室者にも協力を求めました。その後食事に出されたもの以外の摂取はなくなり、また酸素吸入の必要から1ヶ月後個室に転室しましたが、この時期が食事制限に最も困難な時でもあり、これを守るためにも良かったのではないかと思われました。

#### 2に対して

食事は必ず1日3回とし、決められた時刻に少ない食事でも正しい姿勢でゆっくりよくかんで食べるよう指導し、又栄養室との連絡を密にし、なるべく患者の希望をとり入れてもらうようにしました。主食は量の多い分粥とし、一時的にでも満腹感は得られ、表Ⅳのような低カロリー食品をなるべく多くしましたが、患者の満足を得られるまでには至らなく、水分の飲用により空腹感をまぎらわしました。しかし肥満の苦しみを誰よりもよく知っていたため、空腹感のよほど強い時にも苦痛の訴えは少なく、強い意志を持っていました。

表 Ⅳ

ノーカーロリーの食品
こんにゃく類 海藻類 きのこと類
量が多く低カロリーの野菜
レタス・サラダ菜 しゅんぎく 根みつば ビーマン ほうれん草
きゅうり セロリー 白菜 なす うど
量が多く低カロリーの果物
いちご すいか もも 夏みかん レモン まくわうり りんご
患者の満腹感の得られた食品
めん類 パン
みそ汁 牛乳等水分の多いもの
低カロリー野菜(レタス・きゅうり・もやし)
牛乳かん
茶わん蒸し

### 3 に対して

10月中旬突然嘔気嘔吐食欲不振の訴えがあり、尿中ケトン体を認めましたが、2日後症状は軽減しました。10月中旬口内炎の発生を繰り返し、口腔内の清潔を保つよう指導すると共に、硝酸銀で処置しました。低抗力の低下のため、顔面に湿疹が生じやすく、清潔を保つよう指導しました。尿崩症の治療上、経口糖尿病薬・降圧利尿剤の投与が行なわれたため、低血糖・電解質の異常については特に注意を要しました。

### 4 に対して

各種栄養素の働きと食品の研究・食品交換表を利用し、具体例を上げて1単位の実物を見る等、患者を混えた学習会を持ち、また毎食事献立をノートに記載し、はかりを患者に持たせその重さを測るようにしました。退院時再度摂取カロリーと消費カロリーの差により

肥満は生じ食事制限の重要なこと、長期にわたる患者の努力の最も大切なことを確認し合いました。さらに仕事について話し合い、家が農家で時間が自由になるため、スケジュールを立てて規則正しい生活をするように指導しました。退院後1ヶ月、この患者の家庭を訪問し、体重は70Kg前後1日1000calの食事を摂取し、農作業に忙しく従事している姿を見ることができ、これは本人の大変な努力と家人の協力とをみのがせませんでした。

#### 終りに

幸いこの患者の場合非常に良い結果を得ましたが、退院後うまくいかなかった例も何例か経験しております。食事制限実施患者の多くの患者が制限開始時特に空腹感を持ち後しだいに軽減し、空腹感の強弱は摂取カロリーには並行しておらず、また実施患者の最も大きな苦痛として甘い物等の自由な摂取の困難なこと、次に空腹感、身体の不調を上げています。また退院後カロリー制限は継続していますが、必要性は充分承知していても毎日のカロリー計算はなかなか困難な点も多いようでした。これらのことを通じ、食事指導の重要性を痛感し、指導内容を単に押しつけるだけではなく制限の必要性を理解してもらい、看護側からも共に考えてゆく態度の必要なことを感じました。また、制限開始と同時に指導を開始し、退院時には必ず完全に知っていること、看護婦が一環した指導を行ない、退院時には家族を混じえた話し合いを持つことを原則とし、今後の食事指導に役立ててゆきたいと思います。