# 第4回日本静脈経腸栄養学会
# 中国支部学術集会

## プログラム・抄録集

日　時：2011年12月17日(土)

場　所：出雲市民会館

会長　足立　経一

（島根大学医学部 臨床看護学）

# 第４回日本静脈経腸栄養学会中国支部会開催にあたって

第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会　大会会長
島根大学医学部　臨床看護学
足立　経一

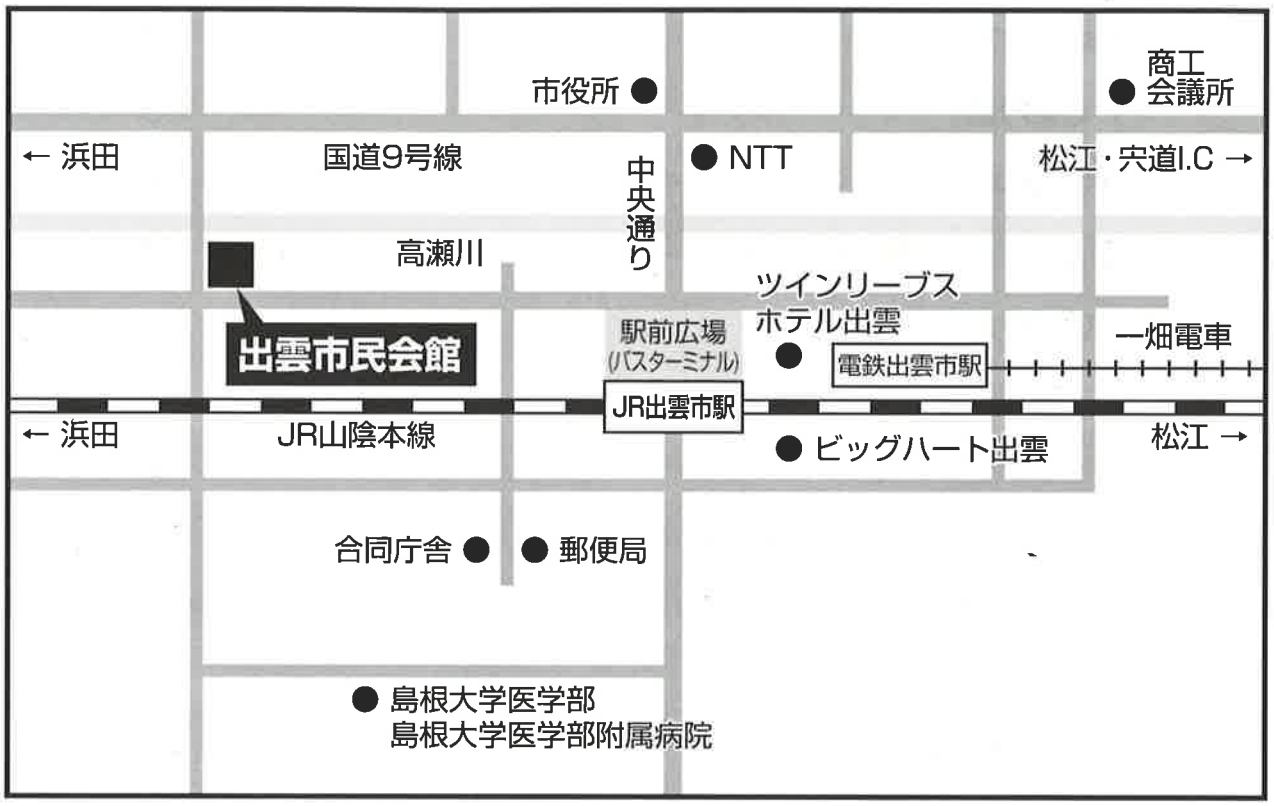
この度、第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会を神話の故郷である出雲の地で開催させていただくことになりました。栄養サポートチームの活動などにより、院内の低栄養患者さんへの対応についてはほぼ一定の成果が得られつつあると思いますが、がん患者さんに対する栄養療法については、診断時、周術期、化学療法施行時、緩和医療時など患者さんの状態、治療内容に応じて様々な対応が求められているのが実状で、大変苦労されておられるのではないかと思います。今回の学会では「がん患者さんに関わる栄養療法」を学会のメインテーマとさせていただきました。特別講演には順天堂大学アトピー疾患研究センター　奥村　康所長に「馬鹿な免疫、利口な免疫」のタイトルで、がん患者さんの“免疫を高める”とはいったいどういうことなのかなどを含めて、免疫をわかりやすく解説していただくことにしております。また、シンポジウムのテーマを「がん患者さんに関わる栄養療法」とさせていただきました。シンポジウム、一般演題を含めまして、56もの演題の応募をいただき大変ありがとうございました。

多くの皆様にご参加いただき、活発な質疑応答を展開していただき、栄養治療の発展に寄与できる実り多い学会にしていただきたいと願っております。よろしくお願いします。

# 目　次

会場のご案内 …… 4
会場案内図 …… 5
参加者へのお願い …… 6
日 程 表 …… 8
プログラム
　特別講演 …… 11
　ランチョンセミナー …… 11
　シンポジウム …… 12
　一般演題 …… 13
抄　録
　特別講演 …… 23
　シンポジウム …… 24
　一般演題 …… 31
協賛企業一覧 …… 55

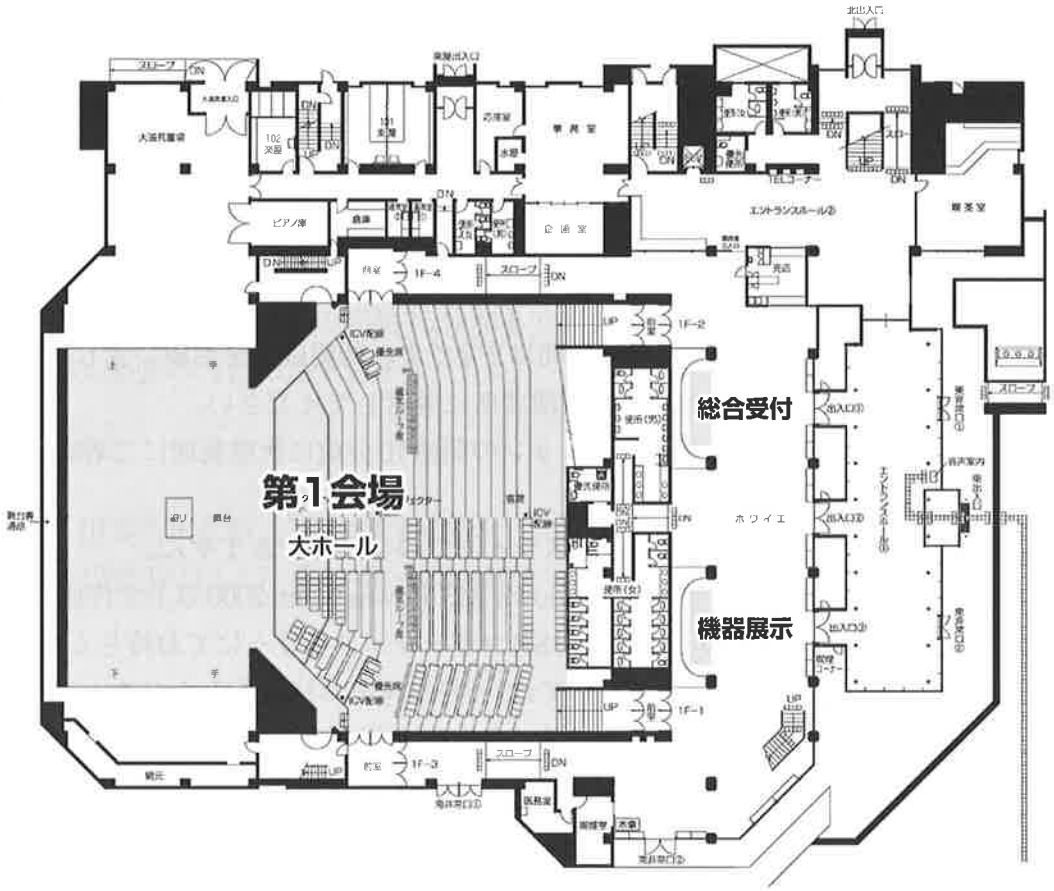
# 会場のご案内



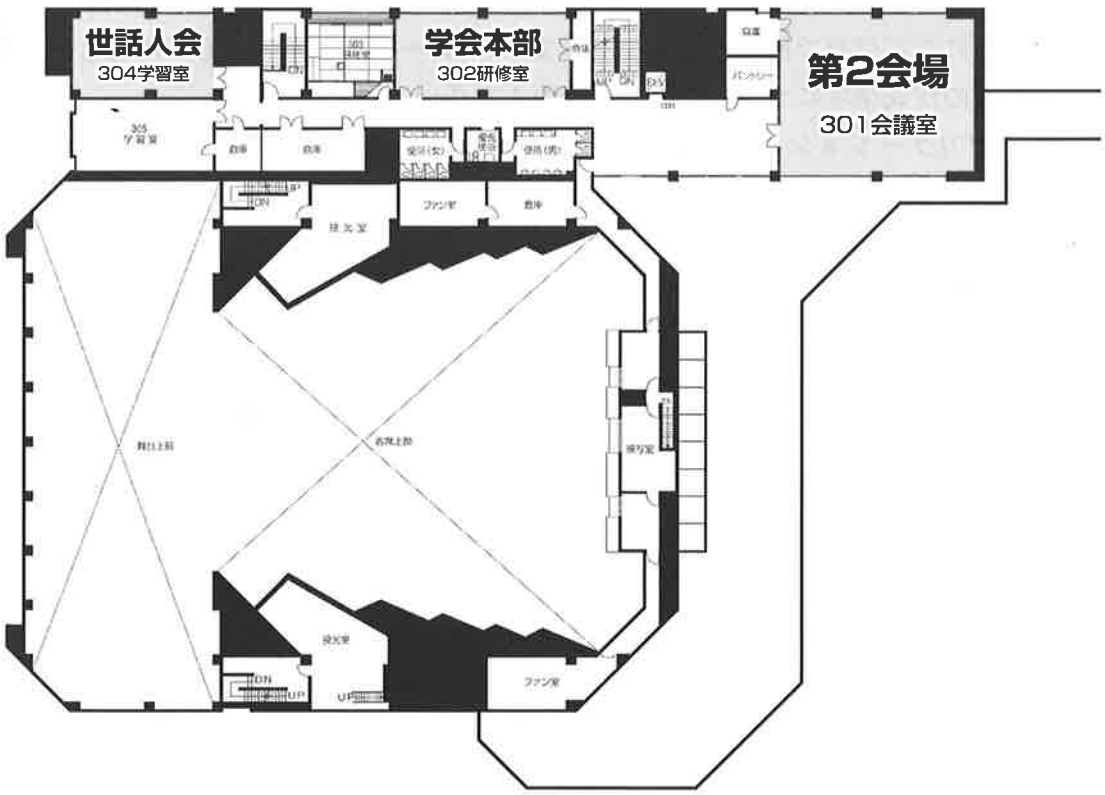

JR出雲市駅から徒歩15分

# 会場案内図

1階


第1会場
大ホール
総合受付
機器展示
ホワイエ
エントランスホール
ピアノ庫
企画室
事務室
1F-1
1F-2
1F-3
1F-4

3階


世話人会
304学習室
学会本部
302研修室
第2会場
301会議室

# 参加者へのお願い

## 1. 学会参加証および参加費

(1) 参加証は学会当日、参加費(会員2,000円・非会員3,000円)と引き換えに総合受付(出雲市民会館 1F ホワイエ)にてお渡しいたします。

(2) 参加証を付けてご入場ください。受付は8時30分より開始いたします。

## 2. 一般演題

(1) 演題要項

・一般演題の発表時間は5分、討論時間は2分です。時間厳守をお願い致します。

・次演者は前演者の発表開始前に、次演者席に着席してください。

・次の座長の先生は担当されるセッションの開始10分前に次座長席にご着席ください。

(2) PCによるご発表

・ご発表はPC発表のみとなります。スライドでの発表はできません。

・ご発表データにつきましては、Windows MS PowerPoint 2000以上で作成したもの(枚数制限はありません)を、CD-RまたはUSBフラッシュメモリーにてお持ちください。動画を含む場合、Macintoshのデータについては、PC本体をお持ち込みください。

・データ、PC本体の受付は、各会場前のPC受付にてご発表60分前(朝一番のセッションは30分前)までに必ずお済ませください。

・受付にて試写は可能ですが、データの修正はできません。

・総合受付にて参加登録をお済ませでない場合、PC受付はできません。

・データ持込、PC本体持込のいずれの場合でも、スライド送りの操作は、演台上のマウス、キーボードにてご自身で操作していただきます。(レーザーポインタもご用意しております。)

・データの作成環境については以下ご参照ください。

＊ アプリケーション(Windows MS PowerPoint 2000以上)

＊ 推奨フォント(MSゴシック・明朝、MSPゴシック・明朝、Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman)

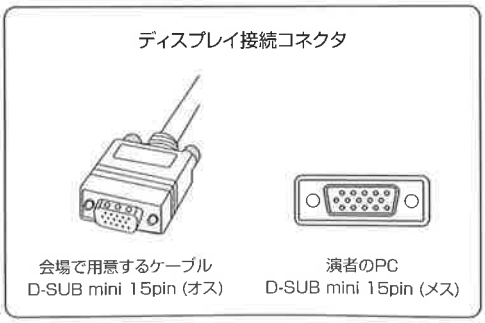
＊ お持ち込みデータは、作成に使用されましたパソコン以外でも必ず動作確認してください。

・PC本体お持込みの場合は、以下お気をつけください。

＊ 各会場フロアーごとのPC受付にて、必ず試写をおこなってください。

＊ 会場でご用意するPCケーブルコネクタの形状は、D-SUB mini 15pin(図参照)です。この出力端子をもつパソコンをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。

＊ 電源ケーブルはお忘れ無くお持ちください。




(図)

## 3. シンポジウム発表

(1) 10分程度の事前打合せを学会当日9時30分より出雲市民会館 3F 304学習室にて行います。

(2) 発表時間は6分です。すべての発表終了後、全体での討論(登壇)がございますので、会場にて待機ください。

(3) 次演者は、前演者が講演開始と同時に次演者席に着席してください。

(4) PC発表(一般演題発表と同様)

## 4. 座長

(1) 座長の方は総合受付にて座長受付を済ませてください。

(2) 次座長の方は担当セッションの開始15分前までに次座長席にお着きください。

(3) 進行はすべて座長の方にお任せします。

## 5. 関連行事

世話人会:出雲市民会館　3F　304学習室
12月17日(土)　11:40～12:10

## 6. 事務局

〒693-8501　島根県出雲市塩冶町89-1
島根大学医学部附属病院 臨床栄養部
担当:藤井 晴美
TEL・FAX:0853-20-2074
E-mail:jspen-ch4@med-gakkai.org

# 日程表

## 第1会場（1F 大ホール）

8:55 9:00 開会式

9:00 がん治療における栄養療法
01～05
座長：山下　智省／水畑　　忍

9:35 周術期(1)
06～08
座長：豊田　暢彦／久保　幸江

9:56

10:00 シンポジウム
癌患者に対する栄養療法
S1～S8
座長：大谷　　順
山代　　豊

11:30

12:20 ランチョンセミナー1
上部消化器癌の周術期栄養管理
座長：池口　正英
演者：比企　直樹
共催：株式会社大塚製薬工場

13:20

13:30 総会

13:45 特別講演
馬鹿な免疫，利口な免疫
座長：足立　経一
演者：奥村　　康

14:45

14:50 周術期(2)
09～12
座長：板倉　正幸／森山　美香

15:11 NST(1)
13～16
座長：平良　明彦／有冨　早苗

15:46 NST(2)
17～20
座長：佐藤　　斉／成瀬　隆弘

16:14 NST(3)
21～24
座長：梶谷　伸顕／中原真理子

16:42 閉会式

## 第2会場（3F 301会議室）

9:00 栄養評価・管理(1)
25～28
座長：山下　芳典／八塔　累子

9:28 栄養評価・管理(2)
29～32
座長：伊藤　圭子／奥本　真史

9:56

12:20 ランチョンセミナー2
生物学的製剤時代のクローン病の栄養管理
座長：平井　敏弘
演者：福田　能啓
共催：エーザイ株式会社

13:20

14:50 栄養評価・管理(3)
33～36
座長：岡　　保夫／安原みずほ

15:18 栄養評価・管理(4)
37～39
座長：門脇　秀和／川上　祐子

15:39 PEGの管理
40～43
座長：石村　典久／坂本八千代

16:07 経口・静脈・経腸栄養
44～48
座長：佃　　和憲／岡　　壽子

16:42

# プログラム

特別講演

ランチョンセミナー

シンポジウム

一般演題

# 特別講演

## 13:45～14:45　第1会場（1F 大ホール）

座長：島根大学医学部　臨床看護学　教授　足立　経一

**「馬鹿な免疫，利口な免疫」**

順天堂大学医学部　免疫学　特任教授　奥村　康

# ランチョンセミナー1

## 12:20～13:20　第1会場（1F 大ホール）

座長：鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　病態制御外科学分野　教授　池口　正英

**「上部消化器癌の周術期栄養管理」**

公益財団法人がん研究会有明病院　消化器センター　外科医長　比企　直樹

共催：株式会社大塚製薬工場

# ランチョンセミナー2

## 12:20～13:20　第2会場（3F 301会議室）

座長：川崎医科大学　消化器外科　教授　平井　敏弘

**「生物学的製剤時代のクローン病の栄養管理」**

兵庫医科大学　地域総合医療学　教授／兵庫医科大学病院　臨床栄養部　部長　福田　能啓

共催：エーザイ株式会社

# シンポジウム

## 10:00～11:30　第1会場（1F 大ホール）

## 「癌患者に対する栄養療法」

座長：雲南市立病院　外科　**大谷　順**
鳥取赤十字病院　外科　**山代　豊**

### S1　胃癌再発に対し長期在宅経腸栄養を行った一例

[1]鳥取赤十字病院　外科，[2]鳥取赤十字病院　栄養課，[3]鳥取赤十字病院　薬剤部，
[4]鳥取赤十字病院　臨床検査部，[5]鳥取赤十字病院　看護部，[6]鳥取赤十字病院　内科
山代　豊[1]，山根　佳恵[2]，石倉　日南子[2]，田中　裕子[2]，井上　真穂[2]，山根　慶子[3]，
大坪　百合子[3]，青木　良太[4]，野津　陽子[4]，中原　眞理子[5]，山崎　秀子[5]，澤田　慎太郎[6]

### S2　当院における頭頸部癌治療症例に対するPEGの現況

[1]岡山大学病院　消化管外科，[2]岡山大学病院　耳鼻咽喉科，[3]岡山大学病院　放射線科，
[4]岡山大学病院　臨床栄養部
田辺　俊介[1]，白川　靖博[1]，野間　和広[1]，佃　和憲[1]，藤原　俊義[1]，小野田　友男[2]，
勝井　邦彰[3]，片山　敬久[3]，吉尾　浩太郎[3]，坂本　八千代[4]

### S3　甲状腺未分化癌に対する緩和期栄養療法の実際

[1]広島鉄道病院　外科，[2]あかね会土谷総合病院　外科
矢野　将嗣[1]，小野　栄治[1]，杉野　圭三[2]

### S4　終末期がん患者の輸液・栄養 ～当院外科の場合～

社会医療法人緑壮会金田病院　外科
三村　卓司，五味　慎也，金田　道弘

### S5　切除不能進行胃癌患者に対する化学療法施行時のPNI値の影響について

[1]独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院　看護部，
[2]独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院　内科，
[3]独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院　外科
北村　五月[1]，神戸　貴雅[2]，豊田　暢彦[3]

### S6　外科病棟における管理栄養士の関わりについて

[1]松江生協病院　栄養課，[2]松江生協病院　外科，[3]松江生協病院　看護部
安達　ゆかり[1]，橘　球[2]，家塚　明子[3]

### S7　食道癌化学療法患者の栄養サポート

川崎医科大学附属病院　NST
遠藤　陽子，槇枝　亮子，寺本　房子，平松　かおり，勝村　登美子，平井　敏弘

### S8　当院における入院・外来化学療法室がん患者の栄養管理と食事の取り組み

[1]島根大学医学部附属病院　臨床栄養部，[2]日清医療食品（株）　同事業所，
[3]島根大学医学部附属病院　外来化学療法室
川口　美喜子[1]，青山　広美[2]，妹尾　尚美[3]，藤井　晴美[1]，端本　洋子[1]，成相　由紀子[1]，
角　亜沙子[1]，原　明宏[1]，鈴宮　淳司[3]，足立　経一[1]

# 一般演題

## 第１会場（1F 大ホール）

### がん治療における栄養療法　9:00～9:35

座長：社会保険下関厚生病院　消化器内科　**山下　智省**
川崎医科大学附属病院　看護部　**水畑　忍**

01　超高齢の頭頸部がん患者に対する栄養管理の１例

[1]下関市立中央病院　看護部，[2]下関市立中央病院　耳鼻咽喉科，[3]下関市立中央病院　検査部，
[4]下関市立中央病院　薬局，[5]下関市立中央病院　栄養管理部
高橋　理恵[1]，平　俊明[2]，森平　祐美子[1]，福永　馨[1]，西原　靖人[3]，松岡　宏[4]，
佐野　まり子[5]，磯部　由枝[1]

02　噴門部癌の胃瘻造設患者に対して化学療法に向けた栄養管理を行った一例

[1]JA尾道総合病院　栄養科，[2]JA尾道総合病院　看護科，[3]JA尾道総合病院　臨床研究検査科，
[4]JA尾道総合病院　薬剤部，[5]JA尾道総合病院　内科
越智　せりか[1]，岡本　裕美[1]，赤毛　弘子[1]，金子　美樹[1]，村上　美香[2]，貝原　恵子[2]，
久保　幸江[2]，薮木　雅人[3]，吉廣　一寿[3]，松谷　郁美[4]，江崎　隆[5]，小野川　靖二[5]

03　進行肝癌の分子標的薬治療中に合併した下痢に対する成分栄養剤投与の経験

[1]社会保険下関厚生病院　薬剤部，[2]社会保険下関厚生病院　検査部，
[3]社会保険下関厚生病院　栄養治療部，[4]社会保険下関厚生病院　看護局，
[5]社会保険下関厚生病院　消化器外科，[6]社会保険下関厚生病院　消化器内科
山下　千恵[1]，竹村　有美[1]，清木　雅一[2]，福田　裕子[3]，山本　多加世[4]，西村　拓[5]，
山下　智省[6]

04　放射性腸炎を発症した患者の栄養管理に対する薬剤師のアプローチ

[1]松江赤十字病院　薬剤部，[2]松江赤十字病院　検査部，[3]松江赤十字病院　栄養課，
[4]松江赤十字病院　形成外科，[5]松江赤十字病院　消化器内科
大古戸　理紗[1]，南目　祐希[1]，河角　康[1]，森田　明子[2]，磯田　仁美[2]，長谷　教代[3]，
安原　みずほ[3]，池野屋　慎太郎[4]，藤澤　智雄[5]，青山　平一[1]

05　膀胱癌Stage4患者に対して病棟NSTがもたらしたもの

島根県済生会江津総合病院　内科
門脇　秀和

### 周術期（1）　9:35～9:56

座長：山陰労災病院　外科　**豊田　暢彦**
ＪＡ尾道総合病院　看護部　**久保　幸江**

06　胃がん術後における栄養指導について

[1]独立行政法人国立病院機構米子医療センター　栄養管理室，
[2]独立行政法人国立病院機構米子医療センター　外科，
[3]独立行政法人国立病院機構米子医療センター　消化器内科
田淵　潤子[1]，藤原　朝子[1]，山根　成之[2]，山本　哲夫[3]

07　ERAS法を意識した胃切術後管理

社会医療法人緑壮会金田病院　外科
三村　卓司，五味　慎也，金田　道弘

08　早期経口・経腸栄養による膵頭十二指腸切除術後管理の検討

[1]県立広島病院　消化器・乳腺外科，[2]県立広島病院　NST
眞次　康弘[1]，小橋　俊彦[1]，大森　一郎[1]，大石　幸一[1]，池田　聡[1]，中原　英樹[1]，
漆原　貴[1]，板本　敏行[1]，伊藤　圭子[2]，黒田　靖絵[2]，下村　清夏[2]，大原　かおり[2]，
中田　恭子[2]，濱家　満江[2]

## 周術期(2)　14:50～15:11

座長：島根大学医学部附属病院　乳腺内分泌外科　**板倉　正幸**
島根大学医学部　臨床看護学　**森山　美香**

09　悪性腫瘍切除により栄養状態の改善をみた１症例

[1]川崎医科大学附属病院　栄養部，[2]川崎医科大学附属病院　消化器外科
大隅　麻絵[1]，寺本　房子[1]，遠藤　陽子[1]，槇枝　亮子[1]，平井　敏弘[2]

10　脊柱起立筋間膿瘍を伴う巨大褥瘡の一例

[1]厚生連広島JA尾道総合病院　看護科，[2]厚生連広島JA尾道総合病院　栄養科，
[3]厚生連広島JA尾道総合病院　検査科，[4]厚生連広島JA尾道総合病院　薬剤部，
[5]厚生連広島JA尾道総合病院　内科
村上　美香[1]，貝原　恵子[1]，久保　幸江[1]，赤毛　弘子[2]，金子　美樹[2]，越智　せりか[2]，
岡本　裕美[2]，薮木　雅人[3]，吉廣　一寿[3]，松谷　郁美[4]，江崎　隆[5]，小野川　靖二[5]

11　アルギニン添加炭水化物含有飲料水の術前投与に関する有用性の検討

チクバ外科・胃腸科・肛門科病院
西崎　佳子，板谷　響子，稲生　慎平，原野　晴美，西本　博雄，川上　晴美，
松本　由美子，鈴木　健夫

## NST(1)　15:11～15:46

座長：津山中央病院　消化器科内視鏡センター　**平良　明彦**
山口大学医学部附属病院　栄養治療部　**有冨　早苗**

12　慢性呼吸不全患者に対してNST・リハビリ介入後、ADL改善を認めた１症例

社会医療法人仁寿会加藤病院
細木　由希恵，大畑　修三，石根　潤一，井上　由紀子，中村　邦宏，大野　美穂，
加藤　節司

13　NSTにおいて難渋したネフローゼ症候群合併熱傷患者の１症例

[1]広島大学病院　NST，[2]広島大学病院　皮膚科，[3]広島大学病院　栄養管理部
長尾　晶子[1]，大原　直樹[2]，平山　順子[1]，山根　みどり[1]，藤田　啓子[1]，岡　壽子[3]，
岩崎　泰昌[1]，田妻　進[1]

14　精神科入院患者にNST介入を行った2例

[1]岡山大学病院　NST，[2]岡山大学病院　臨床栄養部，[3]岡山大学病院　精神科神経科
庄野　三友紀[1,2]，坂本　八千代[1,2]，内山　慶子[1]，服部　芳枝[1]，村田　尚道[1]，名和　秀起[1]，
川上　英治[1]，出石　道博[1]，千田　真友子[3]，流王　雄太[3]，岡部　伸幸[3]，澤田　芳行[1]

15　経腸栄養剤再開時に反復性の血中肝酵素上昇を認めた患者の1例

島根大学医学部附属病院　臨床栄養部NST
端本　洋子，川口　美喜子，藤井　晴美，成相　由紀子，角　亜沙子，原　明宏，足立　経一

16　NSTによる適切な栄養管理にて著明な改善をみた全身浮腫、胸水貯留伴う呼吸不全の1例

[1]津山中央病院　NST看護部，[2]津山中央病院　NST内科，[3]津山中央病院　NST栄養課，
[4]津山中央病院　NST薬剤部，[5]津山中央病院　NST検査科，[6]津山中央病院　NST外科
坂出　孝子[1]，平良　明彦[2]，橋本　美由紀[3]，江草　太郎[4]，梅田　明和[5]，高森　千絵[1]，
中江　渚[1]，松村　年久[6]

## NST(2)　15:46～16:14

座長：日比野病院　脳神経外科　**佐藤　斉**
鳥取大学医学部附属病院　栄養管理部　**成瀬　隆弘**

17　当院でのNST活動の現状と今後の課題

社会医療法人仁寿会加藤病院
井上　由紀子，大畑　修三，石根　潤一，中村　邦宏，大野　美穂，細木　由希恵，
加藤　節司

18　NST介入による褥瘡治療の効果について

医療法人創和会重井医学研究所附属病院
上村　美香子，景山　典子，黒住　順子，荒木　俊江，真鍋　康二，福島　正樹

19　栄養管理実施加算前後のNSTの変化

[1]医療法人信愛会日比野病院　NST専門作業療法士，
[2]医療法人信愛会日比野病院　NST専門看護師，
[3]医療法人信愛会日比野病院　NST専門管理栄養士，
[4]医療法人信愛会日比野病院　チェアマン(脳外)，
[5]海老名メディカルサポートセンター　脳ドック室長
助金　淳[1]，西　照子[2]，結城　直子[3]，佐藤　斉[4]，三原　千恵[5]

20　身長予測推定式の有用性

[1]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　臨床研究検査科，
[2]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　栄養科，
[3]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　薬剤部，
[4]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　看護科，
[5]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　医師
吉廣　一寿[1]，薮木　雅人[1]，金子　美樹[2]，赤毛　弘子[2]，越智　せりか[2]，岡本　裕美[2]，
松谷　郁美[3]，村上　美香[4]，貝原　恵子[4]，久保　幸江[4]，江崎　隆[5]，小野川　靖二[5]

## NST(3)　16:14～16:42

座長：独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　外科，ＮＳＴ　**梶谷　伸顕**
鳥取赤十字病院　地域医療連携課　**中原真理子**

### 21　食道癌術後における摂食嚥下チーム介入の有効性に関する検討

[1]山口大学医学部附属病院　栄養治療部，[2]山口大学医学部附属病院　耳鼻咽喉科，
[3]山口大学医学部附属病院　歯科口腔外科，[4]山口大学医学部附属病院　看護部，
[5]山口大学医学部附属病院　リハビリテーション部
山本　優子[1]，福田　有子[1]，有冨　早苗[1]，金川　英寿[2]，中本　哲也[2]，原　浩貴[2]，
加藤　芳明[3]，中野　旬之[3]，清水　香織[3]，中村　由子[4]，金井　良恵[5]

### 22　NST・褥瘡対策チーム及び施設間連携により褥瘡が治癒した１症例

[1]津和野共存病院　栄養科，[2]津和野共存病院　看護部，
[3]介護老人保健施設　せせらぎ　栄養科，[4]津和野共存病院　内科
岸田　麻衣[1]，小山　三千枝[2]，能美　律子[2]，河田　さゆり[2]，大庭　一美[2]，藤井　則子[2]，
森田　光城[2]，岩本　恭子[3]，飯島　献一[4]，須山　信夫[4]

### 23　地域包括ケアシステムを基盤とした老人保健施設NST稼動後７年目の課題

[1]尾道市公立みつぎ総合病院　NST，[2]尾道市公立みつぎ総合病院　栄養管理室，
[3]尾道市公立みつぎ総合病院　外科，[4]尾道市公立みつぎ総合病院　歯科，
[5]尾道市公立みつぎ総合病院　地域医療部
筒井　梨紗[1,2]，福本　壽美[1]，大河　智恵美[1]，八田　理絵[1]，橋高　千明[1,2]，岡　美由樹[1,2]，
杉原　節恵[1,2]，増田　修三[1,5]，占部　秀徳[1,4]，菅原　由至[1,3]，沖田　光昭[1,5]

### 24　【たべること】を中心にした特別養護老人ホームでの言語聴覚士の活動報告

[1]尾道市公立みつぎ総合病院　保健福祉総合施設，[2]尾道市公立みつぎ総合病院　栄養管理室，
[3]尾道市公立みつぎ総合病院　地域医療部，[4]尾道市公立みつぎ総合病院　歯科，
[5]尾道市公立みつぎ総合病院　外科
八田　理絵[1]，吉村　淳[1]，木村　貴則[1]，穴井　香代子[1]，岸　英美[1]，岡　美由樹[2]，
杉原　節恵[2]，増田　修三[3]，菅原　由至[5]，占部　秀徳[4]，沖田　光昭[3]

# 第2会場（3F 301会議室）

## 栄養評価・管理（1）　9:00～9:28

座長：国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター　呼吸器外科　**山下　芳典**
島根大学医学部附属病院　看護部　**八塔　累子**

25　心房細動、心不全合併S状結腸癌性イレウス術後にNST介入で栄養状態を改善した1例

[1]済生会広島病院　NST医療部，[2]済生会広島病院　NST医療技術部，
[3]済生会広島病院　NST看護部
桑原　正樹[1]，中野　優子[2]，田中　陽子[2]，森田　友恵[3]，池本　雅章[2]，井原　しのぶ[2]，
横尾　円[2]，島津　哲也[2]，武田　芳恵[2]，由元　環恵[3]，中間　弘行[3]，沼田　裕美[3]，
松木　幸子[3]，菅　久美子[3]，谷本　達郎[1]，渡辺　光章[1]

26　人工呼吸器管理患者の経口摂取を経て在宅への支援

[1]島根大学医学部附属病院　看護部，[2]島根大学医学部附属病院　臨床栄養部
陰山　美保子[1]，原　美知江[1]，川口　美喜子[2]，藤井　晴美[2]，橋本　洋子[2]，成相　由紀子[2]，
角　亜沙子[2]，原　明宏[2]，足立　経一[2]

27　嚥下むせ外来の現状について

医療法人生山会斎木病院
林　美佳，西本　佳津枝，藤山　明三，中村　昌義，尾尻　一洋，山本　清春，
末富　まゆき，森清　尚子，宇野　厚子，増野　恵美子，齋木　泰彦

28　当院における嚥下性肺炎患者の実態と対応

独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター　リハビリテーション科
松川　陽平，高橋　雄介，吉川　幸織

## 栄養評価・管理（2）　9:28～9:56

座長：県立広島病院　栄養管理科　**伊藤　圭子**
ＪＡ広島厚生連府中総合病院　薬剤部　**奥本　真史**

29　アバンドを含む経腸栄養治療により閉鎖しえた術後膵液瘻の1例

[1]県立広島病院　NST，[2]県立広島病院　消化器・乳腺外科
伊藤　圭子[1]，眞次　康弘[1]，黒田　靖絵[1]，下村　清夏[1]，大原　かおり[1]，中田　恭子[1]，
濱家　満江[1]，宮本　真樹[1]，大森　一郎[2]，大石　幸一[2]，板本　敏行[2]

30　TIBCの変動に影響を及ぼす臨床的指標の検討

社会保険下関厚生病院
清木　雅一，山下　智省，竹村　有美，長谷川　朋子，福田　裕子，山本　多加世，
原田　克則，西村　拓

31　MNA-SFを用いたスクリーニング導入の試み

[1]JA広島総合病院　看護科，[2]JA広島総合病院　外科，[3]JA広島総合病院　栄養科，
[4]JA広島総合病院　薬剤科，[5]JA広島総合病院　臨床研究検査科
山口　瑞穂[1]，香山　茂平[2]，八幡　謙吾[3]，藤本　七津美[1]，石崎　淳子[1]，藤田　寿賀[1]，
中島　恵子[4]，横山　富子[5]，山下　美香[5]

32　入院時栄養アセスメントとしての各種栄養予後指数の比較検討

[1]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　外科、NST,
[2]備前市立吉永病院　検査部, [3]備前市立吉永病院　栄養部, [4]備前市立吉永病院　看護部,
[5]備前市立吉永病院　NST
梶谷　伸顕[1,5], 安井　恵[2,5], 木下　真貴[3,5], 池田　訓子[4,5]

## 栄養評価・管理(3)　14:50～15:18

座長：川崎医科大学　消化器外科　**岡　保夫**
松江赤十字病院　栄養課　**安原みずほ**

33　エネルギー代謝に影響を及ぼす因子の検討

[1]川崎医科大学附属病院　栄養部, [2]川崎医科大学附属病院　消化器外科
槇枝　亮子[1], 遠藤　陽子[1], 寺本　房子[1], 平井　敏弘[2]

34　高齢者の低栄養重症肺炎患者においてrefeedingにかかる日数と相関する因子を探る

島根県済生会江津総合病院　内科
門脇　秀和

35　退院時「栄養情報提供書」作成への取り組み －介護施設とのより良い連携に向けて－

[1]医療法人敬和会近藤病院　栄養管理部, [2]医療法人敬和会近藤病院　看護部,
[3]医療法人敬和会近藤病院　外科
松尾　一美[1], 小椋　佳代子[2], 白石　美知子[2], 芦田　明美[2], 中山　洋子[2], 近藤　秀則[3]

36　入院から在宅栄養療法移行における薬剤師の役割

[1]尾道市立市民病院　薬局, [2]尾道市立市民病院　栄養管理室,
[3]尾道市立市民病院　リハビリテーション科, [4]尾道市立市民病院　看護科,
[5]尾道市立市民病院　内科, [6]尾道市立市民病院　脳神経外科
向井　弘恵[1], 岡田　昌浩[1], 岡崎　和子[1], 小川　博子[2], 中司　佳代[2], 前川　かおり[2],
木曽　貴紀[3], 島本　周平[3], 東山　寛隆[3], 古賀　純子[4], 水戸　幸美[4], 城戸　雄一[5],
合田　雄二[6], 土本　正治[6]

## 栄養評価・管理(4)　15:18～15:39

座長：島根県済生会江津総合病院　内科医長　**門脇　秀和**
中国学園大学現代生活学部　人間栄養学科　**川上　祐子**

37　Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) 中の酸化ストレスの検討

[1]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　外科、NST,
[2]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　脳外科,
[3]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　看護部,
[4]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　薬剤部,
[5]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　栄養部
梶谷　伸顕[1], 本田　千穂[2], 西郷　典子[3], 渡邉　幸恵[3], 水元　志奈子[3], 山村　博子[4],
石井　佑美[5]

38　脂肪酸交換表作成経緯について

[1]中国学園大学現代生活学部　人間栄養学科，[2]森谷外科医院，[3]河田病院，[4]石川病院，
[5]チクバ胃腸科外科病院，[6]岡山済生会総合病院
川上　祐子[1,2]，川島　愛子[1]，佐柄　和子[1]，真鍋　芳江[1]，北島　葉子[1]，森谷　行利[2]，
武田　知恵子[2]，松永　壮平[3]，小野　晋平[4]，竹馬　彰[5]，川上　晴美[5]，藤原　明子[6]，
森　美和子[6]，小野　真由子[6]

39　肝脂質代謝に対するHMB（β-Hydroxy-β-methylbutylate）の効果

福山大学薬学部　生化学
森永　綾香，渡辺　則夫，中村　健志，中村　徹也，森田　哲生

## PEGの管理　15:39～16:07

座長：島根大学医学部　第二内科　**石村　典久**
岡山大学病院　臨床栄養部　**坂本八千代**

40　胃切除後胃瘻造設困難症例に対して行った特殊な経腸栄養法の一例

[1]鳥取赤十字病院　内科，[2]鳥取赤十字病院　栄養課，[3]鳥取赤十字病院　薬剤部，
[4]鳥取赤十字病院　臨床検査部，[5]鳥取赤十字病院　看護部，[6]鳥取赤十字病院　外科
澤田　慎太郎[1]，山根　佳恵[2]，石倉　日南子[2]，田中　裕子[2]，井上　真穂[2]，山根　慶子[3]，
大坪　百合子[3]，青木　良太[4]，野津　陽子[4]，中原　眞理子[5]，山代　豊[6]

41　大腸内視鏡によるS状結腸ガスの吸引にて、経皮内視鏡的胃瘻造設術が可能となった3症例

[1]松江生協病院　内科，[2]島根大学医学部　第2内科，[3]島根大学医学部　臨床看護学
川島　耕作[1,2]，大西　浩二[1]，福田　浩介[1]，数森　秀章[1]，大野　康彦[1]，黒谷　明嗣[1]，
加藤　隆夫[2]，足立　経一[3]

42　当院における経皮内視鏡下胃瘻造設術（PEG）の検討

川崎医科大学　消化器外科
岡　保夫，平井　敏弘

43　胃食道逆流を有する症例への胃瘻造設について

[1]鳥取赤十字病院　栄養課，[2]鳥取赤十字病院　薬剤部，[3]鳥取赤十字病院　臨床検査部，
[4]鳥取赤十字病院　看護部，[5]鳥取赤十字病院　外科
井上　真穂[1]，山根　佳恵[1]，石倉　日南子[1]，田中　裕子[1]，山根　慶子[2]，大坪　百合子[2]，
青木　良太[3]，野津　陽子[3]，中原　眞理子[4]，山代　豊[5]

## 経口・静脈・経腸栄養　16:07～16:42

座長：岡山大学病院　消化管外科　**佃　和憲**
広島大学病院　栄養管理部　**岡　壽子**

44　発症早期からENを行い栄養改善をみたSMA症候群の一例

[1]雲南市立病院　栄養管理科，[2]雲南市立病院　外科
大島　千晶[1]，新田　多智子[1]，大谷　順[2]

45　難治性下痢に対しミキサー食注入への変更が有効であった胃瘻栄養の一例

出雲市立総合医療センター
梶谷　努，駒澤　慶憲，浪花　宏幸，西尾　真一

## 46　胃食道逆流を生じた重症心身障害児の粘度調整ミルク投与による栄養管理を試みた１例

島根大学医学部附属病院　臨床栄養部NST
成相　由紀子，川口　美喜子，藤井　晴美，端本　洋子，角　亜沙子，原　明宏，足立　経一

## 47　脳卒中患者の急性期栄養管理について

尾道市立市民病院　NST
合田　雄二，土本　正治，前川　香，中司　佳代，向井　弘恵，木曽　貴紀，東山　寛隆，
水戸　幸美，古賀　純子，田中　由子

## 48　島根県東部地区中核病院におけるクローン病に対する栄養療法の施行状況の調査

[1]島根大学医学部　第2内科，[2]松江生協病院　内科，[3]島根県立中央病院　消化器内科，
[4]松江赤十字病院　消化器内科，[5]松江市立病院　消化器内科，
[6]島根大学医学部　光学医療診療部，[7]島根大学医学部　臨床看護学
川島　耕作[1,2]，石原　俊治[1]，岡　明彦[1]，楠　龍策[1]，多田　育賢[1]，三代　剛[1]，福庭　暢彦[1]，
大西　浩二[2]，宮岡　洋一[3]，藤代　浩史[3]，今岡　友紀[3]，串山　義則[4]，吉村　禎二[5]，
結城　崇史[6]，天野　祐二[6]，足立　経一[7]，木下　芳一[1]

# 抄　　録

## 特別講演
## シンポジウム

# 馬鹿な免疫，利口な免疫

順天堂大学医学部　免疫学　特任教授
奥村　康

私達の体のしくみの中で、臓器の形からではその働きをうまく説明出来ませんが、体を防る大切な役割をしているもののひとつに免疫をあげることが出来ます。心臓や肺、眼や耳は形からその働き方や役目を大体説明することが出来ます。又、筋力や視力、聴力は一応計測したり比べたりすることが出来ますが、免疫力は、簡単に計ることは出来ません。この目には見えない体のしくみですが、人は免疫がないと生きていけません。

毎年12月頃になると、渡り鳥がインフルエンザウィルスを運んできます。鳥にとっては全く無害のウィルスですが、人にとっては時に死をも引き起こす恐いウィルスです。このウィルスも年が明けて2月になるとほとんど日本列島からいなくなります。日本人全体に、ウィルスに対する免疫すなわち抗体が出来てしまうからです。ウィルスを不活化してつくったワクチンを12月前に注射しておけばまずはインフルエンザの恐怖はありません。すなわち体の中にウィルスに対する免疫が出来るからです。

抗生物質も効かない最も小さな生物であるウィルス感染に対しては、免疫力程その威力を発揮するものはありません。口蹄疫のウィルスに対しても同じことが言えます。口蹄疫をおこすピコナウィルスのワクチンを投与してウィルスに対して抗体が出来てしまえば、いつしか口蹄疫のウィルスも居所がなくなってしまうのです。免疫の利口な一面です。インフルエンザのワクチンはインフルエンザにしか効きません。普通の風邪には効きません。よく皆様混同するのは、風邪とインフルエンザです。

その昔、スペインやロシアから来たインフルエンザを、先人が何故かスペインかぜ、ロシアかぜと呼んでしまったのです。英語ではインフルエンザはFlu、風邪はColdです。病気も症状も違います。風邪のウィルスは何十種類もありますが、インフルエンザと違って致死的になるような事はまずありません。熱や神経症状もインフルエンザと違いうんと軽いのです。

昨今騒がれている鳥インフルエンザも、鳥にワクチンを注射しておけば全く心配ありません。最近になってやっとワクチンの話しがでておりますが畜産行攻の科学的な対応の遅れに少々不満も感じます。

人類は、御存知のようにウィルス感染症との戦いをくぐり抜けて、生き残って来たのです。その主役は目に見えない免疫のしくみです。一方ワクチンがあまり期待出来ない感染症もあります。たとえば結核です。BCGというワクチンが知られていますが、ほとんど無力です。BCGによってツベルクリンが陽性になり一応結核菌に免疫が出来ていても、排菌している人のコホンという咳を介して菌が体に入れば一発で感染してしまいます。免疫の頼りにならない一面です。幸いこのような菌の感染には、抗生物質が有力な武器になり得るのです。敵に強く、味方に弱い利口な免疫系の成り立ちの秘密と、馬鹿な免疫系によって見方を誤爆するために引き起きされる多くの免疫病も知られております。免疫の主役のリンパ球が体に有益な仕事をしているのを一般に免疫と言っております。また時にリンパ球が体に不利に働くのを、ひっくるめてアレルギーと言っております。馬鹿な一面ですが、それをうまく制御する治療法の開発も盛んに行われております。

ここでは、ジキルとハイドのような二面性を持ったリンパ球の働きを知っていただき病気の予防、治療に関しても話題を提供させていただきます。

## S1

### 胃癌再発に対し長期在宅経腸栄養を行った一例

[1]鳥取赤十字病院　外科，[2]鳥取赤十字病院　栄養課，[3]鳥取赤十字病院　薬剤部，
[4]鳥取赤十字病院　臨床検査部，[5]鳥取赤十字病院　看護部，[6]鳥取赤十字病院　内科
山代　豊[1]，山根　佳恵[2]，石倉　日南子[2]，田中　裕子[2]，井上　真穂[2]，山根　慶子[3]，大坪　百合子[3]，
青木　良太[4]，野津　陽子[4]，中原　眞理子[5]，山崎　秀子[5]，澤田　慎太郎[6]

進行消化器癌患者の栄養管理では消化管を使えない症例も多く中心静脈栄養法（TPN）を施行することも多い．しかし腸管を使用しない事で免疫力が低下し病勢の悪化を招くことも多い．今回胃癌術後再発で経口摂取困難となった症例に対し長期間在宅経腸栄養管理が可能であった症例を経験したので報告する．症例は初診時56歳の男性，進行胃癌にて胃全摘術後2年7ヶ月後に腹膜再発をきたした．食道空腸吻合部の再発巣は横行結腸を巻き込んだため，腸瘻造設と上行結腸人工肛門造設を行った．その後疼痛管理をしながら訪問看護と外来通院で在宅経腸栄養を約7ヶ月行う事が出来た．その間感染性合併症は経験しなかった．最終的には小腸閉塞により入院，TPN管理となったが腸瘻は減圧tubeとして使用可能であった．当院NSTでは「使える腸管は使う」ことを念頭に栄養管理を心がけている．終末期癌患者であっても選択できるのであれば腸管栄養を選択すべきであると考える．

## S2

### 当院における頭頸部癌治療症例に対するPEGの現況

[1]岡山大学病院　消化管外科，[2]岡山大学病院　耳鼻咽喉科，[3]岡山大学病院　放射線科，
[4]岡山大学病院　臨床栄養部
田辺　俊介[1]，白川　靖博[1]，野間　和広[1]，佃　和憲[1]，藤原　俊義[1]，小野田　友男[2]，勝井　邦彰[3]，
片山　敬久[3]，吉尾　浩太郎[3]，坂本　八千代[4]

当院においては、近年PEG症例数が増加傾向にあり、中でも頭頸部癌治療症例のPEG造設例が多い。当院におけるPEGの現況を報告する。頭頸部癌症例においては、放射線化学療法に対する補助あるいは完全栄養経路の確保のための積極的PEG造設症例、あるいは術後機能障害、再発例などにおけるPEG造設症例が主である。とくに放射線化学療法症例においては、PEGを造設することで、照射による口腔内有害事象に伴う苦痛が原因となる栄養障害が回避でき、ひいては治療の完遂率の上昇に貢献できていると思われる。放射線化学療法症例においては、かつてPEGを造設していなかった頃は、30%余の症例において癌治療の休止をしていた。しかしPEGを利用して補助栄養を行っている現在では、2009～2010年の48症例においては、放射線療法完遂率は97.9%と高い完遂率を保っている。このように、補助栄養としてのPEGを有効利用することで、癌治療の完遂率の向上を目指している。

## S3

### 甲状腺未分化癌に対する緩和期栄養療法の実際

[1]広島鉄道病院　外科，[2]あかね会土谷総合病院　外科
矢野　将嗣[1]，小野　栄治[1]，杉野　圭三[2]

甲状腺未分化癌は、殆どの症例が1年前後の生命予後という極めて悪性度の高い癌腫である。甲状腺未分化癌には、反回神経麻痺、食道狭窄という摂食・嚥下障害をきたす固有の問題がある。それゆえ、栄養療法をいかに行うかは、短い生存期間のQOLを良好に保つための大きな問題である。摂食・嚥下障害の早期に経腸栄養のルートを確保することは、栄養障害に対してだけではなく、QOLを保つためにも有効である。また、摂食・嚥下訓練を行うことにより、可能な限りの経口摂取を行うことは、人としての尊厳を保つことにつながる。甲状腺未分化癌は、現在のところ治癒させうることは望めないが、積極的な栄養療法を行うことにより、QOLの向上と人としての尊厳に寄与することが出来る。

## S4

### 終末期がん患者の輸液・栄養 ～当院外科の場合～

社会医療法人緑壮会金田病院　外科
三村　卓司，五味　慎也，金田　道弘

今回過去18ヶ月の当院外科の終末期がん患者の栄養・輸液について考察した。
【対象】平成22年1月～平成23年6月末で、当外科で死亡の患者37名中、癌死の19名について検討した。
【検討項目】死亡前1週間の輸液・栄養の状況とADL、身体状況についてカルテ検索を行った。
【結果】胃癌4名、大腸癌・直腸癌・胆道癌各3名、肺癌2名、甲状腺癌・咽頭癌・子宮癌・悪性リンパ腫各1名で、死亡前7日、何らかの経口摂取していた方（O群）9名で、併用含めたPPN（P群）14名、平均輸液量（T）589mlであった。5日前ではO群6名、P群13名、T=515mlで、死亡当日O群2名、P群16名、T=500mlで、無処置1名であった。数名に下腿浮腫を認めた。
【考察】終末期輸液ガイドラインに沿った輸液と患者QOLを考えた経口摂取にも配慮出来ていたが、死亡までTPNが施行された例もみられ、議論の必要があると思われた。

## S5

### 切除不能進行胃癌患者に対する化学療法施行時のPNI値の影響について

[1]独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院　看護部,
[2]独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院　内科,
[3]独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院　外科
北村　五月[1], 神戸　貴雅[2], 豊田　暢彦[3]

切除不能進行胃癌患者の化学療法施行中の栄養状態と、化学療法の成否と患者の生存期間の相関を調査した。
【方法】20例の初回化学療法時のPNI値と、化学療法継続可能日数、全生存日数との相関を調べ、化学療法期間中、どの時点で継続治療が不可能になるか、また、どの程度のPNI値を有すれば長期生存が可能かを調べた。
【結果】化学療法開始時の平均PNI値は32.21、死亡時の平均PNI値は24.08だった。平均生存日数は431.5日で、全生存日数と化学療法開始時のPNI値との相関はP=0.53であった。平均化学療法遂行日数は375.9日で、化学療法遂行日数とPNI値との相関はP=0.55で、いずれも相関を認めた。2年以上生存し得た3例の化学療法開始時のPNI値の平均は34.71であった。化学療法が継続できなくなった時点のPNI値の平均は30.14であった。
【結論】治療前のPNI値が30未満では化学療法の施行は推奨できず、34以上では、長期生存が見込める可能性がある。

## S6

### 外科病棟における管理栄養士の関わりについて

[1]松江生協病院　栄養課, [2]松江生協病院　外科, [3]松江生協病院　看護部
安達　ゆかり[1], 橘　球[2], 家塚　明子[3]

当院で行った栄養指導の内容を疾患別にみてみると、胃腸疾患での割合が全体の10%程度を占めている。
外科病棟では、癌に対する手術・化学療法・終末期医療などが行われており、病棟における主な栄養指導は、消化器癌術後や腸閉塞などでの家族を交えての退院前指導である。
また化学療法等の副作用で食欲低下を中心とした有害事象が生じた時には、病棟スタッフから連絡を受けてベッドサイドに聞き取り調査に伺い、食事内容の細かい要望に対して病院食で対応可能なことを確認し、食事量UPにつなげていた。しかし副作用症状が軽快し退院へ向かうと、管理栄養士の関わりは終了する。
近年、癌化学療法は、入院から外来治療へと体制が移行していきていることを受け、入院から外来への連携が重要となってきている。今後は、入院治療から外来治療へ移行する際に他のスタッフと食事・栄養面での情報共有ができるようなしくみを考えていきたい。

## S7

### 食道癌化学療法患者の栄養サポート

川崎医科大学附属病院　NST
遠藤　陽子，槇枝　亮子，寺本　房子，平松　かおり，勝村　登美子，平井　敏弘

【目的】食道がん患者の放射線化学療法時における栄養サポートについて検討したので報告する。
【対象および方法】2004年3月から2011年3月までの放射線化学療法を行った食道がん患者のうちNSTサポートを行った男性57名、女性6名、計63名、サポートを行っていない男性52名、女性6名、計58名を対象に放射線化学療法時の食欲不振に対して嗜好を考慮した栄養補給を行い、臨床検査データ、給与栄養量について比較検討した。
【結果および考察】1) Alb、Hb、TLC、TPはサポート時より改善した。2)給与栄養量は、NST群では、エネルギー34.9kcal/kg、たんぱく質1.3g/kg、脂質0.8g/kgで、非NST群では、エネルギー24.7kcal/kg、たんぱく質0.9g/kg、脂質0.7g/kgであった。NST群では、完全ではないまでも経口摂取により必要栄養量の確保が可能であった。
【結語】放射線化学療法時の患者には副作用の軽減やQOLの向上につなげるため栄養サポートは有用であった。

## S8

### 当院における入院・外来化学療法室がん患者の栄養管理と食事の取り組み

[1]島根大学医学部附属病院　臨床栄養部，[2]日清医療食品（株）　同事業所，
[3]島根大学医学部附属病院　外来化学療法室
川口　美喜子[1]，青山　広美[2]，妹尾　尚美[3]，藤井　晴美[1]，端本　洋子[1]，成相　由紀子[1]，角　亜沙子[1]，
原　明宏[1]，鈴宮　淳司[3]，足立　経一[1]

入院がん患者の栄養と食事は治療による有害事象の対応や摂食嚥下と代謝機能に応じた個別化の食事提供、患者と家族の「食べる」ことへの思いを繋ぐ病院給食では特別な食事提供が増加した。がん患者の「食べれない」原因を明らかにし、個別の状況に的確で迅速な食事が求められる。2006年4月からがん患者に専任栄養士を配置し病棟訪問と個別の調理を実施した。その経験から症状別の食事例をまとめ個別対応食に活用している。外来がん患者は有害事象に加え、家庭環境下では自身が家族の食事を準備する、あるいは家族が症状の理解と受け入れが困難な状況にあるなど入院時と異なる問題を抱く。2011年3月から担当栄養士が毎日、外来化学療法室の看護師、患者と情報交換を行い、個別指導を開始した。また季節ごとの調理実習も開始し患者と共に過ごす時間を多くした。この取り組みから外来患者の食の悩みと栄養治療の問題をまとめ、その解決法の検討を行っている。

# 抄　　録

## 一般演題

## 01

### 超高齢の頭頸部がん患者に対する栄養管理の１例

[1]下関市立中央病院　看護部，[2]下関市立中央病院　耳鼻咽喉科，[3]下関市立中央病院　検査部，
[4]下関市立中央病院　薬局，[5]下関市立中央病院　栄養管理部
高橋　理恵[1]，平　俊明[2]，森平　祐美子[1]，福永　馨[1]，西原　靖人[3]，松岡　宏[4]，佐野　まり子[5]，
磯部　由枝[1]

目的：喉頭がんで放射線療法を行った超高齢の患者に対し栄養管理を実施した症例について報告する。
症例；94歳、女性。身長138cm。体重36.2kg。喉頭がん（T3N0M0）。嗄声を自覚し受診、放射線療法目的で入院された。入院直後に誤嚥性肺炎を発症した為、入院1週間後からの治療となりその後NST介入した。
経過；治療開始3日後より口腔粘膜炎、その後味覚異常や嚥下痛が出現した。食形態の変更や濃厚流動食を付加し栄養管理を行っていたが、濃厚流動食は口に合わないと残す事が多かった。PPNを併用し、1000～1200kcal/日を確保する事ができた。また入院時より含漱を4回/日施行していたが、更に口腔内を観察し状況に応じた粘膜ケアや口腔内の保湿に努めた。治療中に誤嚥性肺炎を2度発症し、セルフケアができない状態に迄なったが合計7日間の休止で完遂することができた。
考察；超高齢者においても早期から栄養管理を行うことが重要である。

## 02

### 噴門部癌の胃瘻造設患者に対して化学療法に向けた栄養管理を行った一例

[1]JA尾道総合病院　栄養科，[2]JA尾道総合病院　看護科，[3]JA尾道総合病院　臨床研究検査科，
[4]JA尾道総合病院　薬剤部，[5]JA尾道総合病院　内科
越智　せりか[1]，岡本゛裕美[1]，赤毛　弘子[1]，金子　美樹[1]，村上　美香[2]，貝原　恵子[2]，久保　幸江[2]，
薮木　雅人[3]，吉廣　一寿[3]，松谷　郁美[4]，江崎　隆[5]，小野川　靖二[5]

【はじめに】噴門部癌の胃瘻造設患者に対して化学療法に向けた栄養管理を行った一例を報告する。
【症例】75歳、女性。食事の際のつかえ感、1ヵ月で6kgの体重減少があり近医を受診した。噴門部癌（stageIV）、多発肝転移、傍大動脈リンパ節の腫大を指摘され当院紹介入院となった。経口摂取困難があり、食道ステント留置や手術の適応はなかった。
【経過】内視鏡所見にて下部食道の閉塞の危険があり、直ちに胃瘻作製となった。長期絶食が続いたためGFOより開始した。下痢、腹満などで経腸栄養剤に難渋したが、最終的にTPNを離脱し胃瘻からの投与のみで必要栄養量の確保が可能となった。近医での化学療法及び入院療養を希望され転院となった。
【考察】進行癌患者であっても胃瘻などの栄養管理により全身状態の改善を図れ、在宅療養や化学療法など新しい治療段階へ進めることが可能である。

## 03

### 進行肝癌の分子標的薬治療中に合併した下痢に対する成分栄養剤投与の経験

[1]社会保険下関厚生病院　薬剤部，[2]社会保険下関厚生病院　検査部，[3]社会保険下関厚生病院　栄養治療部，
[4]社会保険下関厚生病院　看護局，[5]社会保険下関厚生病院　消化器外科，
[6]社会保険下関厚生病院　消化器内科
山下　千恵[1]，竹村　有美[1]，清木　雅一[2]，福田　裕子[3]，山本　多加世[4]，西村　拓[5]，山下　智省[6]

癌化学療法施行中に起こる下痢はしばしばその対策に難渋し、抗癌剤減量や中止の原因となり、治療継続のためにはそのコントロールが重要である。今回、進行肝細胞癌に対して分子標的治療薬を投与中に生じた下痢が成分栄養剤エレンタール600kcal/日を投与後に改善した症例を経験したので報告する。
症例1：72歳男性。ソラフェニブ開始後、下痢と肝機能悪化が生じたため投与を中止した。その後も下痢が持続したが、エレンタール投与後Grade2から0に改善した。症例2：75歳男性。分子標的薬治験薬を開始後下痢、倦怠感、体重減少が起こった。薬剤減量後も下痢が持続したが、エレンタール投与後、下痢はGrade3から0に改善した。症例3：58歳男性。ソラフェニブ開始後下痢と体重減少を合併。エレンタール開始後、下痢はGrade3から0に改善し体重が回復した。
癌化学療法中に生じる下痢対策として成分栄養剤は有用であり、その併用が治療効果向上に貢献することが期待される。

## 04

### 放射性腸炎を発症した患者の栄養管理に対する薬剤師のアプローチ

[1]松江赤十字病院　薬剤部，[2]松江赤十字病院　検査部，[3]松江赤十字病院　栄養課，
[4]松江赤十字病院　形成外科，[5]松江赤十字病院　消化器内科
大古戸　理紗[1]，南目　祐希[1]，河角　康[1]，森田　明子[2]，磯田　仁美[2]，長谷　教代[3]，安原　みずほ[3]，
池野屋　慎太郎[4]，藤澤　智雄[5]，青山　平一[1]

【はじめに】放射性腸炎患者に行ったNST介入を薬剤師の視点から報告する。
【症例】53歳女性。身長162cm、体重44kg。4月下旬、子宮頚癌・結腸癌治療目的に当院入院。根治術及び放射線照射実施後、腹痛、嘔気強く放射性腸炎と診断。低栄養となりNSTに紹介。
【経過】NST初回回診時、絶食の上PPN、MSコンチンが投与されていたが、症状の改善は認められていなかった。栄養状態改善のためには嘔気と疼痛のコントロールが必要と考え、力価が強く嘔気の少ないオキシコンチンへの変更と、経口摂取しやすいエレンタールゼリーの処方を提案した。
疼痛管理を病棟薬剤師と連携して介入したところ、徐々に疼痛の改善が認められ嘔気も軽減していった。症状の改善に応じて疼痛はNSAIDのみでコントロール可能となり、常食摂取が可能となったため、介入から約3週間で退院した。
【結語】薬剤師が積極的に介入することにより栄養管理に貢献できた。

## 05

### 膀胱癌Stage4患者に対して病棟NSTがもたらしたもの

島根県済生会江津総合病院　内科
門脇　秀和

【目的】終末期医療へもNSTは積極的に関与すべきである．膀胱癌で腔水症を有したStage4患者へのNSTの関与を振り返り「病棟NSTがもたらしたもの」を見つけ出す．
【方法】症例は30年来の糖尿病を有する86歳女性．乏尿，全身浮腫，2か月で9kgの体重増加を主訴に当院へ紹介．胸腹部単純CT上，膀胱壁不整，両側水腎症および胸腹水を認め，膀胱癌Stage4と診断した．利尿剤の持続投与，胸腔ドレナージ，積極的血糖コントロール，栄養管理，そして左腎瘻造設を実施し，退院を見据えて栄養管理と腎瘻の管理について家人に指導を繰り返した．栄養状態の改善傾向・維持，胸腹水の著しい減少と平常時体重へ復帰を認め，入院41日目に在宅への退院が実現した．
【結果】病棟NSTの関与により，終末期患者を，一時退院・在宅管理にいざなうことができた。
【考察および結論】一時期とはいえ在宅管理へいざなえたことは，病棟NSTがかなえた，家人の夢であった．

## 06

### 胃がん術後における栄養指導について

[1]独立行政法人国立病院機構米子医療センター　栄養管理室，
[2]独立行政法人国立病院機構米子医療センター　外科，
[3]独立行政法人国立病院機構米子医療センター　消化器内科
田淵　潤子[1]，藤原　朝子[1]，山根　成之[2]，山本　哲夫[3]

胃切除後の食事管理に対する患者・家族の不安を解消するために、栄養評価や栄養指導は重要と考える。
入院時栄養食事指導料は入院中に2回しか算定できず、一律的な指導で終わってしまいやすい。患者・家族の不安を解消するために栄養士は何を把握し、どんな情報を提供すればよいかを明らかにすることを目的とした。
対象は22年6月1日～平成23年5月31日までに胃切除後の入院栄養食事指導を実施した患者16名。
初回は3分菜食開始時に年齢、BMI、切除部分、再建方法、早食いの有無、咀嚼機能、食後の症状、投与エネルギー量と経口摂取・輸液の割合、患者の不安項目を調査した。初回から1週間後に2回目の指導を実施し体重減少率、早食いの有無、食後の症状、投与エネルギー量と経口摂取・輸液の割合と患者の理解度について調査した。
患者が不安に感じている事と患者の理解度、投与または摂取エネルギー量の関連性について検討したので報告する。

## 07

### ERAS法を意識した胃切術後管理

社会医療法人緑壮会金田病院　外科
三村　卓司，五味　慎也，金田　道弘

近年ERAS法による術後管理は我が国でも急速に普及してきた。当院でも導入し、早期経口摂取を積極的に行い良好な結果をあげてきた。今回その有効性について検討を行った。
【対象】当院で行った郭清術を伴う腹腔鏡下、および開腹下の胃癌幽門側胃切除で、導入前、移行期、導入期に分けて、術後の経口摂取開始日、在院日数、退院前栄養状態、合併症を比較した。
【結果】経口摂取開始日、在院日数等は短くなったが、退院前の栄養状態、PSは差を認めず、重篤な術後合併症の発生も認めなかった。腹腔鏡下と開腹下の術式の比較では、術後経過、在院日数、合併症等に有意な差は認めず、むしろ開腹下の方が安定である印象を受けた。
【考察】ERAS法を意識した胃切後管理は、術後経過・合併症において従来の術後管理と遜色は無く、術後短期経過においてはむしろ積極的に導入すべきと思われた。

## 08

### 早期経口・経腸栄養による膵頭十二指腸切除術後管理の検討

[1]県立広島病院　消化器・乳腺外科，[2]県立広島病院　NST
眞次　康弘[1]，小橋　俊彦[1]，大森　一郎[1]，大石　幸一[1]，池田　聡[1]，中原　英樹[1]，漆原　貴[1]，
板本　敏行[1]，伊藤　圭子[2]，黒田　靖絵[2]，下村　清夏[2]，大原　かおり[2]，中田　恭子[2]，濱家　満江[2]

膵頭十二指腸切除術52例（2007.6～2011.9）を対象とし術後早期経口・経腸栄養の有用性について検討した。対象と方法：術後早期経口・経腸栄養施行群（早期群2010～2011）：16例と経腸栄養施行群（従来群2007～2010）：36例について経口摂取開始日、経腸栄養開始日、CVカテーテル留置期間、術後合併症、術後在院日数等について比較した。結果：背景因子では早期群にsoft pancreas症例が多かった。経口摂取開始日（早期群：1.5POD，従来群：8.5POD）、経腸栄養開始日（早期群：1.0POD，従来群：2.8POD）、CVカテーテル留置期間（早期群：3.4POD，従来群：16.1POD）、術後在院日数（早期群：36POD，従来群：53POD）は早期群で有意に短縮した。術後合併症発生率に有意差はなかった。結語：膵頭十二指腸切除術に対する早期経口・経腸栄養は術後合併症を増加させることなく施行可能であった。

## 09

### 悪性腫瘍切除により栄養状態の改善をみた１症例

[1]川崎医科大学附属病院　栄養部，[2]川崎医科大学附属病院　消化器外科
大隅　麻絵[1]，寺本　房子[1]，遠藤　陽子[1]，槇枝　亮子[1]，平井　敏弘[2]

[目的]悪性腫瘍切除により栄養状態が改善した症例を経験したので報告する。
[症例]89歳、女性。下腿浮腫、食事摂取量低下により受診し、進行胃癌、大腸癌を認め入院。6病日 Alb 1.9g/dl、ChE 81mg/dlで、栄養状態改善目的にてNSTサポートとなった。
[経過]身長143.4cm、体重40.0kg。必要栄養量はエネルギー1300kcal、たんぱく質50gと設定して、食事とTPNの併用で2000kcalを確保したが、27病日目Alb 1.8g/dl、ChE 89U/L、CRP 0.47mg/dl。さらに、EPA強化栄養剤を付加し2500kcalにて経過をみたが、41病日Alb 1.8g/dl、ChE 89U/L、CRP 0.52mg/dlと改善は見られなかった。44病日目に幽門側胃切除＋回盲部切除＋人工肛門造設術を施行、術後は食事＋栄養剤＋輸液にて1600kcal確保し、62病日目にはAlb 2.8g/dl、ChE 105U/L、CRP 4.23mg/dlと改善した。
[結語]術前に必要栄養量を確保したがAlb等の栄養指標の改善は見られなかったが、悪性腫瘍切除後改善した。

## 10

### 脊柱起立筋間膿瘍を伴う巨大褥瘡の一例

[1]厚生連広島JA尾道総合病院　看護科，[2]厚生連広島JA尾道総合病院　栄養科，
[3]厚生連広島JA尾道総合病院　検査科，[4]厚生連広島JA尾道総合病院　薬剤部，
[5]厚生連広島JA尾道総合病院　内科
村上　美香[1]，貝原　恵子[1]，久保　幸江[1]，赤毛　弘子[2]，金子　美樹[2]，越智　せりか[2]，岡本　裕美[2]，
薮木　雅人[3]，吉廣　一寿[3]，松谷　郁美[4]，江崎　隆[5]，小野川　靖二[5]

【はじめに】褥瘡治療には栄養管理が重要であり、NSTの介入による栄養管理は有用である。今回、感染症を伴う巨大褥瘡のある患者に栄養管理を行い、褥瘡の改善を認めた症例を経験したので報告する。
【症例】58歳女性。進行性筋ジストロフィーにより寝たきりの状態で摂食障害もあり栄養状態が不良だった。褥瘡を形成し感染症を併発したため入院となった。
【治療経過】アルコール性認知症のため経口摂取にムラがあり、確実な栄養確保にはTPNが必須であった。難渋する広範囲の感染があり、脊柱起立筋間膿瘍に対し30cmに亘る切開排膿術を行なった。術後はエネルギー量を見直し、タンパクを強化した。経過中Refeeding Syndromeを生じたが、メニュー調整にてコントロールでき栄養状態は改善し、創部の肉芽形成も良好となった。
【結語】広範の感染を伴うきわめて重症な褥瘡があっても、適切な栄養管理と処置により回復可能である。

## 11

### アルギニン添加炭水化物含有飲料水の術前投与に関する有用性の検討

チクバ外科・胃腸科・肛門科病院
西崎　佳子，板谷　響子，稲生　慎平，原野　晴美，西本　博雄，川上　晴美，松本　由美子，鈴木　健夫

【目的】近年、癌周術期における栄養管理の有用性が報告されている。今回我々はアルギニン添加炭水化物含有飲料水（以下AGW）の術前投与が周術期に及ぼす効果を検討した。
【方法】大腸癌手術待機症例においてAGWを術前3日間飲用した群（AGW群）と飲用しなかった群（非AGW群）に分け、術後の血液生化学検査値（Alb、リンパ球数、CRPなど）や、SSIの発生率、術後在院日数などを比較した。またAGW症例には満足度に関するアンケート調査も実施した。
【結果】AGW群13例、非AGW群20例を経験したが、術後の血液検査値には有意差はなかった。術後在院日数でも有意差は認めなかったものの、AGW群で短い傾向にあった。SSIに関してはAGW群では発生を認めなかった。アンケートでは術前の空腹感の軽減を認めた。
【結論】AGW群はSSI発生率、入院期間短縮に改善傾向を認めるとともに、術前の空腹感などの軽減にもつながり、有用な栄養補助飲料と考えられた。

## 12

### 慢性呼吸不全患者に対してNST・リハビリ介入後、ADL改善を認めた1症例

社会医療法人仁寿会加藤病院
細木　由希恵，大畑　修三，石根　潤一，井上　由紀子，中村　邦宏，大野　美穂，加藤　節司

【はじめに】慢性呼吸不全増悪、食欲不振で入院され、NST、リハビリ介入により改善・維持できた症例を報告する。【症例】70代男性。食事量低下、呼吸苦ありほとんど動けない状態であった。入院後、呼吸苦軽減、ADL向上目的でリハビリを6ヶ月間実施。その期間、栄養管理についてNSTメンバーと相談していた。【結果】リハビリ開始当初はベッド上で過ごされることがほとんどであった。リハビリを行なった結果、身体面では歩行可能となり病棟トイレまで行くことができるようになる。FIM入院前102点から6ヶ月後111点となる。精神面では活動意欲向上が見られるようになり、栄養面では食欲改善し全量摂取を維持。またAlb値も低下を認めなかった。【考察】ADL向上や活動性を高めていくにはリハビリするだけでなく、栄養面や精神面に関してもサポートしていく必要がある。そのためには多職種交えてのカンファレンスが重要である。

## 13

### NSTにおいて難渋したネフローゼ症候群合併熱傷患者の１症例

[1]広島大学病院　NST，[2]広島大学病院　皮膚科，[3]広島大学病院　栄養管理部
長尾　晶子[1]，大原　直樹[2]，平山　順子[1]，山根　みどり[1]，藤田　啓子[1]，岡　壽子[3]，岩崎　泰昌[1]，
田妻　進[1]

【目的】救命救急センターのある大学病院NSTでは栄養管理に難渋する熱傷患者が多い。その1症例を報告する。
【結果】21歳男性の症例。熱傷面積60%であるが気道浮腫は認められなかった為、食事摂取は可能であった。高たんぱく高エネルギー食を摂取できていたが、治療段階においてネフローゼ症候群と診断され、低たんぱく質高エネルギー塩分6g食に変更したところ、食欲不振になりエネルギー確保が困難となった。熱傷により手の拘縮強く食事摂取も時間がかかっていたが、食形態の変更などで、血清アルブミン値は手術後1.1g/dlであったものが転院時は1.8g/dlとわずかであるが回復した。
【考察及び結論】熱傷患者の栄養管理は困難で、合併症発症の症例においては適宜栄養処方の変更が必要となる。当院の熱傷患者は若年者多く、様々な面からのフォローが必要となり、今後もNSTの役割は重要であると思われる。

## 14

### 精神科入院患者にNST介入を行った２例

[1]岡山大学病院　NST，[2]岡山大学病院　臨床栄養部，[3]岡山大学病院　精神科神経科
庄野　三友紀[1,2]，坂本　八千代[1,2]，内山　慶子[1]，服部　芳枝[1]，村田　尚道[1]，名和　秀起[1]，川上　英治[1]，
出石　道博[1]，千田　真友子[3]，流王　雄太[3]，岡部　伸幸[3]，澤田　芳行[1]

【目的】今回神経性食思不振症患者（以下AN）およびうつ病患者にNSTが介入し、栄養状態の改善をみたので報告する。
【症例】症例1：21歳女性。身長153cm、体重22kg。BMI 9.4kg/m$^2$。AN。症例2：69歳男性。身長166cm、体重53.8kg。BMI 15.9kg/m$^2$。うつ病。
【経過】症例1：ANによる長期低栄養状態下、高エネルギーを投与され、高度肝機能障害をきたした。NST介入により徐々に栄養状態は改善し、精神療法を続けることができた。症例2：うつ病増悪時には経口摂取困難に陥るため、PEG造設。NST介入により適切な栄養管理を行うことができた。
【考察】NST活動が盛んになり、栄養教育も普及しつつある。当院でもNSTの稼働と伴い、勉強会を行うなど、院内教育にも力を入れてきたが、内科、外科以外の診療科では時として、十分な栄養管理が行われていないことがある。ハイリスク患者の早期抽出、検討に加え、栄養に関する院内教育をさらに普及させる必要があると考えられた。

## 15

### 経腸栄養剤再開時に反復性の血中肝酵素上昇を認めた患者の１例

島根大学医学部附属病院　臨床栄養部NST
端本　洋子，川口　美喜子，藤井　晴美，成相　由紀子，角　亜沙子，原　明宏，足立　経一

症例75歳男性、歯肉がん再発、放射線治療目的で入院。口内炎のため摂食困難で栄養状態維持目的にNST介入となった。介入時はBMI 16.9m$^2$/kg、Alb 3.5g/dl、ALT 10IU/L、CRP 5.44mg/dl、Na 139mEq/l、K 4.9mEq/l。経口摂取不良となり経鼻経腸を開始後AST、ALTが上昇し絶食とした。同様な状況で栄養剤投与と絶食を3回繰り返し栄養状態不良となった。経腸栄養剤をミキサー食の注入に変更、併用した輸液を中断後、値は正常化し栄養状態改善傾向となった。症例は胆石手術の既往と血中肝酵素上昇に並行して胆道系酵素と正常範囲であるがγ-GTPの変動を認めた。反復した肝機能検査値の上昇は食事（食品）で経過をみたところ輸液併用時には、肝機能検査値の上昇を認めたが輸液中止後は特に肝機能検査値の上昇はなかった。

## 16

### NSTによる適切な栄養管理にて著明な改善をみた全身浮腫、胸水貯留伴う呼吸不全の１例

[1]津山中央病院　NST看護部，[2]津山中央病院　NST内科，[3]津山中央病院　NST栄養課，
[4]津山中央病院　NST薬剤部，[5]津山中央病院　NST検査科，[6]津山中央病院　NST外科
坂出　孝子[1]，平良　明彦[2]，橋本　美由紀[3]，江草　太郎[4]，梅田　明和[5]，高森　千絵[1]，中江　渚[1]，
松村　年久[6]

患者は51才男性。統合失調症にて精神科病院で加療中、外傷性クモ膜下出血を発症し加療目的で当院入院となった。入院時より経口摂食は不安定で、低蛋白血症が見られたが、誤嚥性肺炎により呼吸不全を合併し気管内挿管され人工呼吸器管理となった。NST介入時、Alb-1.2と著明な低栄養、低蛋白血症にて胸水貯留を認め、全身浮腫、褥瘡も認めた。経鼻胃管にて経腸栄養剤（1440kcal）投与中であったが、身長190cm、体重64Kgと体型が非常に大きいため、経腸栄養剤と同時に高カロリー輸液追加し総栄養2440Kcalを提言した。以後高カロリー輸液を中止し経腸栄養剤をプルモケアR7缶/日（2300Kcal）へ栄養増量したが、栄養改善に伴い、全身浮腫は改善し人工呼吸器離脱、胸水も消失した。当初からの褥瘡も改善し、NST介入3.5ヶ月には、Alb-3.0と著明に改善し他院転院となった。
NSTによる適切な栄養療法にて、全身浮腫、胸水伴う呼吸不全が改善された1例を経験した。

## 17

### 当院でのNST活動の現状と今後の課題

社会医療法人仁寿会加藤病院
井上　由紀子，大畑　修三，石根　潤一，中村　邦宏，大野　美穂，細木　由希恵，加藤　節司

【はじめに】当院では平成19年6月にNST活動を開始し、週1回カンファレンスを実施している。電子カルテが未導入の中、各職種が患者情報を持ち寄り円滑なNSTを実施するために独自のシステムを作成した。【方法】カンファレンスはアクセスを利用したソフトを作成し運用している。今回はそのソフトの有用性について検討した。【結果】このシステムの利点は、多職種がカンファレンスを行う前にそれぞれ意見を入力し、それを基に協議するためスムーズに進行できる。全入院患者を対象とし、入院1週間以内に評価できる。また、バランススケール・口腔アセスメントシートなども同時に入力し評価を見る事ができる。【考察】このソフトを活用することで入院時に多職種でリスク評価を行い、個々の患者に最良だと思えるサポートの提案ができるようになった。ただ今後、より円滑なNST活動を行っていくために定期的な見直しが必要であると考えられる。

## 18

### NST介入による褥瘡治療の効果について

医療法人創和会重井医学研究所附属病院
上村　美香子，景山　典子，黒住　順子，荒木　俊江，真鍋　康二，福島　正樹

【目的】在宅にて褥瘡発生し入院治療したNST介入症例のうち、経過良好な症例を報告する。
【症例】1. 85歳男性。脳梗塞にて寝たきり、在宅療養中に褥瘡が多発、発熱にて入院。24時間持続し栄養を投与、アルギニン製剤を使用開始。褥瘡の局所治療も行い、約1年でほぼ治癒した。2. 92歳女性。脳梗塞、CKDにて入退院を繰り返していた。胃瘻造設後に退院し在宅療養となるが、2週間で褥瘡発生し入院。急激に低栄養状態に陥っていた。栄養の内容を検討、褥瘡の局所治療も行い、約10カ月で褥瘡治癒した。3. 85歳女性。頚髄損傷にて寝たきりで、長時間の座位保持にて褥瘡発生し入院。低アルブミンだが過体重の為、褥瘡の局所治療に加え、家族の希望をふまえて栄養内容を検討し、体重減少・褥瘡改善中である。
【考察】在宅からの褥瘡発生による入院の場合、蛋白質、カロリー、微量元素、補助食品等NSTで詳細に検討する事で、確実に治癒できる可能性が高くなると考えられる。

## 19

### 栄養管理実施加算前後のNSTの変化

[1]医療法人信愛会日比野病院　NST専門作業療法士，[2]医療法人信愛会日比野病院　NST専門看護師，
[3]医療法人信愛会日比野病院　NST専門管理栄養士，[4]医療法人信愛会日比野病院　チェアマン（脳外），
[5]海老名メディカルサポートセンター　脳ドック室長
助金　淳[1]，西　照子[2]，結城　直子[3]，佐藤　斉[4]，三原　千恵[5]

【はじめに】当院は、「NST加算」非算定施設である。栄養管理実施加算算定施設のNSTとして、この5年間に起こった変化を検討した。【方法】アンケートを用い、院内各部署から栄養管理実施加算新設の前後での変化を聴取し、KJ法を用いて分析、検討した。【結果】1. 職員の栄養への関心が高まった、2. 院内LAN活用の栄養管理システムで情報共有された、3. 経腸栄養剤の進化、4. PEGが普及した、5. NSTが活躍した、6. 摂食機能療法実施件数が上がったなどが挙げられ、患者に対しては1. 職員の来室頻度が増えた、2. 食事に対する質問が増えた、3. 食事がおいしくなったなどの回答を得た。【考察・まとめ】栄養管理加算新設前後で病院全体規模での変化を、患者に対しては、来室頻度、食事に関する言葉掛け、おいしくなったなど医療・看護の原点とも受け取れる回答を得た。これを真摯に受け止めたい。

## 20

### 身長予測推定式の有用性

[1]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　臨床研究検査科，
[2]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　栄養科，
[3]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　薬剤部，
[4]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　看護科，
[5]広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院　医師
吉廣　一寿[1]，薮木　雅人[1]，金子　美樹[2]，赤毛　弘子[2]，越智　せりか[2]，岡本　裕美[2]，松谷　郁美[3]，
村上　美香[4]，貝原　恵子[4]，久保　幸江[4]，江崎　隆[5]，小野川　靖二[5]

【目的】当院は広島県東部にある急性期病院で、2004年より栄養改善を目的としたNST活動を開始している。NSTにおいて必要なエネルギーの計算は、身長・体重・年齢からHarris-Benedictの式を用いて行っている。しかし、寝たきりなどで身長計測の困難な患者も多くエネルギー設定に苦慮していた。今回、簡便に測定可能な複数ある膝下高からの身長予測推定式の中から、最も誤差の少ないものを選定しエネルギー設定に用いることとした。
【方法】入院時身長測定可能な患者に対して膝下高も測定した。身長予測推定式として、Chumleaの式・杉山らの式・宮澤式・簡易式の4式で計算することとし、その推定式と実測値を比較した。
【結果】男女を通してみると宮澤式が最も実測値との誤差が少なかった。
【考察及び結語】今回の結果を受けて、寝たきりや身体の変形などがある患者に対して推定が適正かどうかを今後検討してみたい。

## 21

### 食道癌術後における摂食嚥下チーム介入の有効性に関する検討

[1]山口大学医学部附属病院　栄養治療部，[2]山口大学医学部附属病院　耳鼻咽喉科，
[3]山口大学医学部附属病院　歯科口腔外科，[4]山口大学医学部附属病院　看護部，
[5]山口大学医学部附属病院　リハビリテーション部
山本　優子[1]，福田　有子[1]，有冨　早苗[1]，金川　英寿[2]，中本　哲也[2]，原　浩貴[2]，加藤　芳明[3]，
中野　旬之[3]，清水　香織[3]，中村　由子[4]，金井　良恵[5]

【目的】食道癌術前術後にクリニカルパスが適応外であった症例に対し摂食嚥下チームが介入する有効性について検討した。【対象】食道癌術後の食事開始時期に関するクリニカルパスが適応外となった患者10例（未介入群6例、介入群4例）とし、退院時の食事形態、経口摂取開始から退院時食事形態に到達するまでの日数、及びその時点の食事摂取量を検討項目とした。【結果】退院時食事形態は、未介入群は消化管術後食（以下Mとする）ご飯1名、M軟1名、M全2名、M七分1名、M五分1名、介入群はM軟1名、M全3名であった。退院時食事形態に達するまでの日数は未介入群12.0日、介入群8.3日であった。【結語】経口摂取から退院時食事形態に到達するまでの日数より、介入群は未介入群に比べ経口摂取開始後クリニカルパスに沿った食事変更が可能であった。これはチームで様々な角度から介入し積極的にVEを用いて摂食嚥下機能の評価を行ったためと考えられる。

## 22

### NST・褥瘡対策チーム及び施設間連携により褥瘡が治癒した１症例

[1]津和野共存病院　栄養科，[2]津和野共存病院　看護部，[3]介護老人保健施設　せせらぎ　栄養科，
[4]津和野共存病院　内科
岸田　麻衣[1]，小山　三千枝[2]，能美　律子[2]，河田　さゆり[2]，大庭　一美[2]，藤井　則子[2]，森田　光城[2]，
岩本　恭子[3]，飯島　献一[4]，須山　信夫[4]

【はじめに】当院ではNST・褥瘡対策チーム（チーム）として、週1回NSTカンファレンス、褥瘡回診を行っている。今回、施設から入退院を繰り返しながら、褥瘡が治癒した症例を経験したので報告する。【症例】84歳女性。糖尿病にてインスリン治療中、平成14年胸髄損傷により寝たきり状態となり老健入所中、平成21年9月仙骨部褥瘡出現、他院外科にてデブリドマン施行され11月12日当院転院。転院時DESIGN-R（D-R）37点、穴あきパットによるラップ療法施行。11月25日D-R 21点。肉芽形成促進目的で、22年1月7日よりアルギニン・グルタミン含有粉末飲料（ペムノン）を投与。1月26日D-R 13点まで改善し老健に退院。8月17日尿路感染症にて再入院。褥瘡一時悪化したが、治療後D-R 13点で9月14日老健に退院。処置継続し12月に治癒。【結語】褥瘡治療には、チームによる定期的な観察による処置の継続と栄養管理、施設も含めたチーム間の連携が重要であることが示唆された。

## 23

### 地域包括ケアシステムを基盤とした老人保健施設NST稼動後７年目の課題

[1]尾道市公立みつぎ総合病院　NST，[2]尾道市公立みつぎ総合病院　栄養管理室，
[3]尾道市公立みつぎ総合病院　外科，[4]尾道市公立みつぎ総合病院　歯科，
[5]尾道市公立みつぎ総合病院　地域医療部
筒井　梨紗[1,2]，福本　壽美[1]，大河　智恵美[1]，八田　理絵[1]，橘高　千明[1,2]，岡　美由樹[1,2]，杉原　節恵[1,2]，
増田　修三[1,5]，占部　秀徳[1,4]，菅原　由至[1,3]，沖田　光昭[1,5]

【はじめに】病院のみならず、附属の保健福祉総合施設まで、栄養サポートの対象を拡充し、地域単位の望まれる栄養サポートを検討する。
【方法】医師と専門療法士加え、入所者全員に栄養評価を実施し、1、アルブミン2.5g/dl以下　2、体重減少5%以上　3、喫食率75%以下　4、病院継続症例や難渋例の退所後の支援体勢に関して原因と対策を検討した。
【結果】介入例は7年間で156例、関連病院からの継続例は56件。介入理由　1、低アルブミン血症　2、低体重　3、食欲不振　4、褥瘡　5、病院継続症例。終了理由　1、栄養状態の改善　2、入院　3、在宅・施設への退所。また入所者家族への栄養関連の相談件数は746件/年（62件/月）であった。
【考察】地域の栄養支援は在宅や老健施設で対応可能な内容で実践することが求められる。地域には潜在的栄養リスク症例がと多く存在するため、その把握や抽出、支援方法は、老健施設での活動が重要な役割を担う。

## 24

### 【たべること】を中心にした特別養護老人ホームでの言語聴覚士の活動報告

[1]尾道市公立みつぎ総合病院　保健福祉総合施設，[2]尾道市公立みつぎ総合病院　栄養管理室，
[3]尾道市公立みつぎ総合病院　地域医療部，[4]尾道市公立みつぎ総合病院　歯科，
[5]尾道市公立みつぎ総合病院　外科
八田　理絵[1]，吉村　淳[1]，木村　貴則[1]，穴井　香代子[1]，岸　英美[1]，岡　美由樹[2]，杉原　節恵[2]，
増田　修三[3]，菅原　由至[5]，占部　秀徳[4]，沖田　光昭[3]

【目的】公立みつぎ総合病院に併設する特別養護老人ホームふれあい（特養）で、言語聴覚士（ST）が多職種と連携することにより、胃瘻造設後に経口摂取が可能となった事例を報告する。
【方法】特養で平成22年4月～平成23年9月の間で、胃瘻造設後に経口摂取に至った5症例について、STの役割の検討を行った。
【結果】栄養カンファレンスで多職種の検討後に嚥下訓練、嚥下機能検査を実施し、その評価に基づき1品食を試行する。さらに、1品食から食事へ移行すべく食事介助に関与する介護福祉士に嚥下機能の説明や介助方法を根気強く説明し、専門的にSTも関与し経口摂取が可能となった。
【考察】特養でのSTの役割は、本人・家族・スタッフに嚥下評価や訓練経過の情報を伝え、嚥下に関する共通の理解と目標を設定し、連携体制を構築することが重要な役割である。一貫性と継続性を保ち関与することで、“一旦断念した食事の経口摂取”が希ではないことを確信した。

## 25

### 心房細動、心不全合併S状結腸癌性イレウス術後にNST介入で栄養状態を改善した1例

[1]済生会広島病院　NST医療部，[2]済生会広島病院　NST医療技術部，[3]済生会広島病院　NST看護部
桑原　正樹[1]，中野　優子[2]，田中　陽子[2]，森田　友恵[3]，池本　雅章[2]，井原　しのぶ[2]，横尾　円[2]，
島津　哲也[2]，武田　芳恵[2]，由元　環恵[3]，中間　弘行[3]，沼田　裕美[3]，松木　幸子[3]，菅　久美子[3]，
谷本　達郎[1]，渡辺　光章[1]

当院は、褥瘡委員会から派生して、平成15年から栄養アセスメントチームとして、平成17年から栄養サポートチームとして活動開始してきた。今回、外科術後状態において、NST介入により栄養状態が改善した1例を経験したので報告する。
症例は81歳女性。イレウスで当院に入院された。精査により、S状結腸癌によるイレウスと診断され、S状結腸切除術、人工肛門造設術を施行された。術後、経口摂取低下による栄養不良となり、NST介入となった。消化管内視鏡検査で、食道カンジダ症、多発性胃潰瘍、十二指腸潰瘍あり、投薬加療した。さらに、食欲増進目的で六君子湯を投薬追加した。その後食欲増進し、全身状態の改善が得られ、退院となった。NST介入によりTPNから経口摂取へと徐々に移行し、栄養改善できた症例を経験したので報告する。

## 26

### 人工呼吸器管理患者の経口摂取を経て在宅への支援

[1]島根大学医学部附属病院　看護部，[2]島根大学医学部附属病院　臨床栄養部
陰山　美保子[1]，原　美知江[1]，川口　美喜子[2]，藤井　晴美[2]，橋本　洋子[2]，成相　由紀子[2]，角　亜沙子[2]，
原　明宏[2]，足立　経一[2]

【はじめに】レックリングハウゼン病による胸郭変形で人工呼吸器の離脱が困難となった患者が、経鼻栄養から経口摂取に移行し、一時退院できるまでになった経過を報告する。
【症例】20歳代女性。右大腿部に血腫あり。呼吸不全を伴い人工呼吸器管理中。両下肢は麻痺がある。
【経過】NST介入時、経鼻胃管で675kcalの投与量と輸液での栄養管理にてAlb 2.8g/dlと低栄養を認めた。注入量の増加は胸郭変形による嘔気、腹満感を誘発し負担感が強く、楽しみのもてる経口摂取を希望された。1回1.5mlの飲料摂取から段階を踏み、軟菜食で1200kcalの摂取が可能となり経腸栄養を離脱。栄養状態はAlb 3.7g/dlと改善を認めた。在宅での食事の提案や患者の嗜好面について考慮しながら指導を繰り返し、一時退院となった。
【結語】NSTの介入により、経口摂取が可能となり栄養状態及びQOL向上に貢献したと考えられた。

## 27

### 嚥下むせ外来の現状について

医療法人生山会斎木病院
林　美佳，西本　佳津枝，藤山　明三，中村　昌義，尾尻　一洋，山本　清春，末富　まゆき，
森清　尚子，宇野　厚子，増野　恵美子，齋木　泰彦

【はじめに】当院では、NST活動の一環として、平成20年2月に嚥下むせ外来を開設。平成22年10月より新しいVF評価法を採用後、追跡調査を行う。【目的】新しい評価法に基づいた経口摂取困難・絶食患者への栄養ルート決定、及び追跡調査。【結果】平成22年10月より平成23年8月までに新しいVF評価法に基づき、67例について判定。そのうち、平成23年1月よりの23例については判定後の追跡調査を行った。VF評価後の栄養ルート、食物形態の変更状況、摂取状況、発熱の有無の4項目を追跡した結果、栄養ルートの決定のみならず、その後の管理への介入に対し示唆を得たので、ここに報告する。

## 28

### 当院における嚥下性肺炎患者の実態と対応

独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター　リハビリテーション科
松川　陽平，高橋　雄介，吉川　幸織

【目的】昨年度DPCコード嚥下性肺炎患者（成人61名）を、ST処方患者と未処方患者に分類し、分析項目ごとに比較することにより、ST介入患者の実態を概観し、チーム医療による対応を検討した。
【方法】分析項目をa）平均年齢、b）性別、c）入院前ADL、d）入院前嚥下障害の有無、e）認知症の有無、f）入院時平均BMI、g）経口移行・非経口移行の割合として調査を行った。
【結果】ST介入患者の傾向としてa）平均年齢の高さ-82.3歳：78.6歳（＝ST処方患者：未処方患者、以下同様）、c）入院前ADLの低さ-自立25%・介助75%：自立40%・介助60%、e）認知症あり-あり72%・なし28%：あり52%・なし48%、f）入院時平均BMIの低さ-17.6：19.2などが挙げられた。
【考察】多様な実態に対するチーム医療として1）ADL・認知症：PT，OTと協力して低下を防止する、2）栄養状態：医師、病棟、NSTとの連携により悪化を防ぐなどが考えられた。

## 29

### アバンドを含む経腸栄養治療により閉鎖しえた術後膵液瘻の１例

[1]県立広島病院　NST，[2]県立広島病院　消化器・乳腺外科
伊藤　圭子[1]，眞次　康弘[1]，黒田　靖絵[1]，下村　清夏[1]，大原　かおり[1]，中田　恭子[1]，濱家　満江[1]，
宮本　真樹[1]，大森　一郎[2]，大石　幸一[2]，板本　敏行[2]

症例は81歳、男性。肝門部胆管癌と十二指腸乳頭部腫瘍の重複癌の術前診断にて肝膵頭十二指腸切除術を施行した。術後の栄養管理は手術時に造設した空腸瘻より経腸栄養を主体に行ったが、膵液瘻(ISGPF：グレードB)を合併した。術後、約30病日で炎症所見は軽快したが膵液瘻からの排液は約400ml/日程度で固定した。画像検査上では仮性膵嚢胞や膿瘍形成の合併はなかったため瘻孔閉鎖を期待して術後43病日より経腸栄養剤に加えてアバンド(アボットジャパン)：1包/日を空腸瘻より投与した。膵液瘻からの排液は投与開始後21日目より減少し27日目に自然閉鎖した。また治療経過と共に栄養指標も改善した。瘻孔閉鎖後の画像検査にて腹腔内に仮性嚢胞等の形成は認めなかった。術後膵液瘻の閉鎖にアバンドを含む経腸栄養治療が奏効したと考えられたので若干の文献的考察を加え報告する。

## 30

### TIBCの変動に影響を及ぼす臨床的指標の検討

社会保険下関厚生病院
清木　雅一，山下　智省，竹村　有美，長谷川　朋子，福田　裕子，山本　多加世，原田　克則，西村　拓

【目的】我々は、総鉄結合能(TIBC)が鋭敏な栄養評価指標として有用であり、トランスフェリンの代用となることを報告した。一方、機能性蛋白は様々な病態の影響を受けることから、本研究ではTIBCに影響を与える臨床的な要因を明らかにすることを目的とした。【方法】NST対象患者16名のAlb、トランスサイレチン(TTR)及びTIBCを測定し、エネルギー充足率・炎症反応・周術期・鉄欠乏の4指標について2群に大別して測定値の変動の傾向を検討した。【結果】Alb、TTR、TIBCのいずれも同様の変動を示した症例は62.5%であったが、TTRとTIBCでは81.3%とより良好な相関を示した。また指標別では、充足率上昇、炎症反応高度の場合は同様の変動をしやすく、周術期や鉄欠乏の症例では変動に一定の傾向を示さなかった。【考察】血漿蛋白の変動は様々な因子の影響を受ける。TIBCにおいては、周術期や鉄欠乏症例の場合にはその評価を慎重に行うべきである。

## 31

### MNA-SFを用いたスクリーニング導入の試み

[1]JA広島総合病院　看護科，[2]JA広島総合病院　外科，[3]JA広島総合病院　栄養科，
[4]JA広島総合病院　薬剤科，[5]JA広島総合病院　臨床研究検査科
山口　瑞穂[1]，香山　茂平[2]，八幡　謙吾[3]，藤本　七津美[1]，石崎　淳子[1]，藤田　寿賀[1]，中島　恵子[4]，
横山　富子[5]，山下　美香[5]

【目的】2011年5月より新たな栄養スクリーニングとしてMNA-SFを導入した。MNA-SFを用い、病棟カンファレンスを含めたスクリーニングシステムの確立に向けた当院での取り組みを報告する。
【方法】2011年2月1日～28日までに入院した全患者のMNA-SFの結果と在院日数及び転帰との関連を検討し、MNA-SFスコアと入院時ALB値3.0以下を栄養不良患者抽出の基準とし、さらに各病棟の医師・NST担当看護師・栄養士がNST介入の対象とするか否かのカンファレンスを行うスクリーニングシステム構築を試みた。
【結果及び考察】MNA-SFスコアが低いほど在院日数が延長し、死亡退院となる患者が多い傾向が見られた。スクリーニングシステムの確立で、NST介入患者数と依頼診療科が増加し、病棟スタッフの栄養管理への意識が高まった。
【結語】MNA-SFを導入し、病棟カンファレンスを踏まえたスクリーニングシステムが確立したことで、院内全体を巻き込んだNST活動が可能となった。

## 32

### 入院時栄養アセスメントとしての各種栄養予後指数の比較検討

[1]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　外科、NST，[2]備前市立吉永病院　検査部，
[3]備前市立吉永病院　栄養部，[4]備前市立吉永病院　看護部，[5]備前市立吉永病院　NST
梶谷　伸顕[1,5]，安井　恵[2,5]，木下　真貴[3,5]，池田　訓子[4,5]

【目的】50床の吉永病院における入院時栄養アセスメントとして栄養予後指数（Prognostic nutritional index；PNI）が活用できないか検討した。
【対象と方法】期間は平成21年2月から平成23年1月までの新規入院患者1867名である。PNIは小野寺（O-PNI）、CONUT法（C法）、Buzby（1988）を選んだ。入院時に記録されている検査、体重記録を元に平均在院日数と死亡率を比較した。
【結果】入院時アルブミンとリンパ球数が測定できたのが79.0%、コレステロール（T-cho）は14.0%である。体重記録は86.1%であるが、平常時体重の記録は皆無である。O-PNIと平均在院日数は30未満が33.67日で、30-40が24.0日、40以上が18.6日である。死亡率は25.2%、6.7%、2.1%である。30未満と他群で有意差を認めた。C法の平均在院日数は重度24.2日、中等度18.5日、軽度18.7日、正常18.5日である。死亡率は重度16.7%、中等度14.0%、軽度3%、正常2.3%である。
【考察】O-PNIが他指数より有用である。

## 33

### エネルギー代謝に影響を及ぼす因子の検討

[1]川崎医科大学附属病院　栄養部，[2]川崎医科大学附属病院　消化器外科
槇枝　亮子[1]，遠藤　陽子[1]，寺本　房子[1]，平井　敏弘[2]

【目的】間接熱量計を用いて安静時エネルギー消費量（以下REE）を測定し、基礎エネルギー消費量（以下BEE）と比較し（以下%BEE）、エネルギー代謝に影響を及ぼす因子について臨床的検討を行った。【対象および方法】当院に入院した患者148名（75歳未満の成人：107名、75歳以上の高齢者：41名）を対象とし、早朝空腹時に間接熱量計を用いてREEを測定し、Harris-Benedict（以下H-B）式で算出したBEEから%BEE［(REE-BEE) × 100/BEE］を算出した。年齢、BMI、Alb、CRPが%BEEに及ぼす影響について検討を行った。【結果】75歳未満の成人ではBMI 18kg/$m^2$以下群、Alb 3.5g/dl以下群でCRP上昇に伴い代謝の亢進が見られた。さらに、両条件を満たす群では有意な相関がみられたが、75歳以上の高齢者ではみられなかった。【考察】75歳未満で低栄養の成人では、CRPが高いほどエネルギー代謝は亢進し、ストレス係数設定時に考慮すべき指標の1つとなることが推測された。

## 34

### 高齢者の低栄養重症肺炎患者においてrefeedingにかかる日数と相関する因子を探る

島根県済生会江津総合病院　内科
門脇　秀和

【目的】低栄養患者は慎重にrefeedingすべきである。前向観察の症例で「Refeeding日数（以下、日数）」に相関する因子を抽出した。
【方法】Refeeding syndromeのリスクを有し重症肺炎を発症した高齢患者17例（平均89.2歳）が対象。目標栄養量まで経管栄養を実施。臨床情報と採血データを観察，日数と相関する因子を抽出。Refeeding法は以下：目標量25kcal/kg/day、1/3量から開始、1日おきに1/3ずつ増量。下痢等で増量不適と判断したら間延びさせ理由を記録。目標量投与2日目を到達日と定義。開始日から1日おきに採血を実施，リン値が2.5mg/dl以下の時20mEq/dayずつ補充。
【結果】平均日数は7.2日。日数と相関した項目はCURB-65，血清リン値およびChE値（r=+0.69，r=-0.51，およびr=-0.49）で，日数7日を境に2群に分けた場合，各々の値に有意差を認めた（P=0.0034，P=0.026およびP=0.032）。
【考察および結論】安全にrefeedingするため，上記項目の観察は重要である。

## 35

### 退院時「栄養情報提供書」作成への取り組み －介護施設とのより良い連携に向けて－

[1]医療法人敬和会近藤病院　栄養管理部，[2]医療法人敬和会近藤病院　看護部，
[3]医療法人敬和会近藤病院　外科
松尾　一美[1]，小椋　佳代子[2]，白石　美知子[2]，芦田　明美[2]，中山　洋子[2]，近藤　秀則[3]

【目的】最近、当院では病院と介護施設間のより良い連携を目指し、退院時に介護施設へ向けての栄養情報提供書を作成しているので、今回報告する。
【方法】入院中の食事・栄養をより詳しく伝えるために、身体状況・採血データの推移・食事の量や形態・経管栄養の詳細や入院中の流れ等の情報提供をしている。作成する基準は、NST症例、食事内容や形態が食種名だけでは伝えにくい患者、経管栄養剤の種類や注入方法に特記事項が多い患者等を対象とした。
【結果及び考察】平成21年9月から平成23年8月まで2年間の作成件数は合計66件であった。入院中の栄養管理の詳細を伝えることは、退院先でのスムーズな栄養療法の継続に有用であった。今後は、実際の活用状況を実態把握し、さらに内容の評価や改良を重ねていくことが必要と思われる。
【結語】退院後も切れ目のない栄養管理を行っていくために、栄養情報提供書は有用と考えられた。

## 36

### 入院から在宅栄養療法移行における薬剤師の役割

[1]尾道市立市民病院　薬局，[2]尾道市立市民病院　栄養管理室，[3]尾道市立市民病院　リハビリテーション科，
[4]尾道市立市民病院　看護科，[5]尾道市立市民病院　内科，[6]尾道市立市民病院　脳神経外科
向井　弘恵[1]，岡田　昌浩[1]，岡崎　和子[1]，小川　博子[2]，中司　佳代[2]，前川　かおり[2]，木曽　貴紀[3]，
島本　周平[3]，東山　寛隆[3]，古賀　純子[4]，水戸　幸美[4]，城戸　雄一[5]，合田　雄二[6]，土本　正治[6]

【目的】入院から在宅栄養療法へ移行する場合は、患者及び家族に十分な指導を行い患者に関わる全スタッフが情報を共有する必要がある。在宅栄養療法に向けた薬剤師の役割及びその取り組みについて報告する。【方法】在宅経腸栄養（以下HPN）移行患者はオリジナルの栄養管理ファイルを作成し、患者及び家族にその内容を指導している。ファイル内容は胃瘻・薬・栄養剤に関する情報、栄養剤及び薬の調製方法と注入手順、簡易懸濁法、使用器具の洗浄・消毒方法等である。一方在宅中心静脈栄養（以下HPN）移行患者は輸液製剤の内容や調製時の注意点等を指導している。また退院前ケアカンファレンスにて指導内容を情報提供をしている。【結果及び考察】2010年5月～2011年8月までの症例数はHENが30症例、HPNが1例であり、殆どの症例が退院後も問題なく継続されていた。今後も患者及び家族が理解しやすい指導及び情報提供内容の充実を図っていきたい。

## 37

### Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) 中の酸化ストレスの検討

[1]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　外科、NST,
[2]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　脳外科,
[3]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　看護部,
[4]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　薬剤部,
[5]独立行政法人自動車事故対策機構岡山療護センター　栄養部
梶谷　伸顕[1], 本田　千穂[2], 西郷　典子[3], 渡邉　幸恵[3], 水元　志奈子[3], 山村　博子[4], 石井　佑美[5]

【目的】高気圧酸素療法(Hyperbaric Oxygen Therapy：HBOT)中の酸化ストレスの変化について検討した。
【対象と方法】平成22年10月から23年7月までにHBOTを行った13症例(男性6人、女性2人)である。HBOTは2気圧1時間を10回/2週間(週5回×2週)を1クールとした。酸化ストレス・抗酸化力のマーカーはReactive Oxygen metabolites (ROM)・Biological Antioxidant Potential (BAP)を測定した。採血はHBOT前(前)、HBOT 1日目終了後(後)および1クール終了後(終了後)に行い統計学的検討を行った。
【結果】ROMは前が325.4 ± 76.9 CARR.U.(以下単位略)、後が330 ± 81.5、終了後が311.8 ± 70.7であった(基準値200～300)。BAPは同様に2184.2 ± 156.7μmol/l、2179.5 ± 141.5、2231.1 ± 140.6であった(最適値2200以上)。いずれも前／後、前／終了後の値に統計学的有意差は認められなかった。
【考察】今回の検討ではHBOTによる酸化ストレスの増加を認めなかった。

## 38

### 脂肪酸交換表作成経緯について

[1]中国学園大学現代生活学部　人間栄養学科, [2]森谷外科医院, [3]河田病院, [4]石川病院,
[5]チクバ胃腸科外科病院, [6]岡山済生会総合病院
川上　祐子[1,2], 川島　愛子[1], 佐柄　和子[1], 真鍋　芳江[1], 北島　葉子[1], 森谷　行利[2], 武田　知恵子[2],
松永　壮平[3], 小野　晋平[4], 竹馬　彰[5], 川上　晴美[5], 藤原　明子[6], 森　美和子[6], 小野　真由子[6]

炎症性腸疾患等、脂質の量を制限し、脂肪酸の種類の摂取バランスを指示される食事療法がある。しかし、エネルギーコントロールを目的とした糖尿病治療のための食品交換表やたんぱく質コントロールを目的とした腎臓病食品交換表などわかりやすいものはあるが、脂肪の量と脂肪酸の種類を考慮して食事療法の実践に役立つ脂肪酸交換表はない。脂肪の量と質に関する栄養指導を実施すると、料理や使用する食品が決まってきて献立が単調になりやすい、脂肪の摂取量の目安がわかりにくいなど目標値を維持することが困難である。そこで、活用しやすい脂肪酸交換表を作成し、実際に患者さんに使用していただいた。その時に、使いやすさ等に関するアンケート調査を実施してその評価を行うと共に、使いにくい点について改善した。その経緯ならびに脂肪酸交換表の内容について報告する。

## 39

### 肝脂質代謝に対するHMB（β-Hydroxy-β-methylbutylate）の効果

福山大学薬学部　生化学
森永　綾香，渡辺　則夫，中村　健志，中村　徹也，森田　哲生

【目的】HMBは分岐鎖アミノ酸であるロイシンの代謝産物であり、タンパク質の合成促進、分解抑制及び過剰な炎症反応の調節作用があることが知られている。一方、肝脂質代謝に対する効果は不詳であり、そこで今回、特に肝性リパーゼの挙動に着目して検討した。
【方法】Wistar系雄性ラットを用い、門脈を介するコラゲナーゼ灌流法を施行し、遊離肝実質細胞を得た。これを培養し、HTGLの分泌を検討した。
【結果】HMBの添加により肝細胞からのHTGLの分泌は促進された。このHMBの効果は細胞内外の$Ca^{2+}$キレート剤によって抑制され、$Ca^{2+}$イオノフォアでも抑制された。一方、HMBによるHTGL分泌はホスホリパーゼ$A_2$や5-リポキシゲナーゼの阻害剤によって、強く抑制された。さらにHMBによって細胞内ロイコトリエン（LT）量は増加した。
【考察・結論】HMBは肝性リパーゼの分泌を促進し肝脂質代謝を活性化し、これにはLTの関与が示唆された。

## 40

### 胃切除後胃瘻造設困難症例に対して行った特殊な経腸栄養法の一例

[1]鳥取赤十字病院　内科，[2]鳥取赤十字病院　栄養課，[3]鳥取赤十字病院　薬剤部，
[4]鳥取赤十字病院　臨床検査部，[5]鳥取赤十字病院　看護部，[6]鳥取赤十字病院　外科
澤田　慎太郎[1]，山根　佳恵[2]，石倉　日南子[2]，田中　裕子[2]，井上　真穂[2]，山根　慶子[3]，大坪　百合子[3]，
青木　良太[4]，野津　陽子[4]，中原　眞理子[5]，山代　豊[6]

当院では年間100例前後の内視鏡的胃瘻造設術（PEG）を行っている．幽門側胃切除術後の症例にも可能であればPEGを行う症例もあるが，造設困難な症例も多い．また造設後に胆汁による瘻孔周囲炎などで管理に難渋する症例もある．幽門側胃切除後でPEGが困難な場合，当院では外科的に腸瘻を造設し経腸栄養管理を行っている．しかし施設入所を依頼する場合，腸瘻であると入所が困難な症例がある．今回幽門側胃切除後で摂食不良のある症例に対し，胃瘻と同様の管理が可能な腸瘻を造設した一例を経験した．症例を紹介しその実際を供覧する．症例は81歳男性，Parkinson症候群で経口摂取困難ためNST紹介となった．PEG予定となったが幽門側胃切除後でありPEG困難と判断されて外科紹介となった．手術では空腸に貯留能をもつpouchを造設しRoux-en-Yにて腹壁に固定しballoon型胃瘻tubeを留置した．術後管理期間が長くなったが介護老人保健施設へ転院可能となった．

## 41

### 大腸内視鏡によるS状結腸ガスの吸引にて、経皮内視鏡的胃瘻造設術が可能となった3症例

[1]松江生協病院　内科，[2]島根大学医学部　第2内科，[3]島根大学医学部　臨床看護学
川島　耕作[1,2]，大西　浩二[1]，福田　浩介[1]，数森　秀章[1]，大野　康彦[1]，黒谷　明嗣[1]，加藤　隆夫[2]，
足立　経一[3]

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）には著明な結腸ガスのため造設困難となる例が存在する．今回我々は，著明なS状結腸ガスにより横行結腸や胃が頭側に移動しPEG困難と判断した症例において，大腸内視鏡によるS状結腸ガスの吸引にて，横行結腸や胃が足側に移動しPEG造設が可能となった3症例を経験したので報告する．
3症例共に神経変性疾患を有し，著しい自律神経障害を合併しており，結腸ガス，特にS状結腸ガスが著明であった．このような症例では拡張したS状結腸が横行結腸や胃を頭側に押し上げていることが多く，PEG造設を行うためには横行結腸の足側への移動が必要となる．症例によっては大腸内視鏡を横行結腸まで挿入し，内視鏡による横行結腸の足側への移動が必要と思われるが，本症例の如く著明なS状結腸ガスによるPEG困難例では，S状結腸ガスの吸引がPEG造設に有効となる症例も多く存在するものと思われた．

## 42

### 当院における経皮内視鏡下胃瘻造設術（PEG）の検討

川崎医科大学　消化器外科
岡　保夫，平井　敏弘

（目的）近年、経皮内視鏡下胃瘻造設術（PEG）が広く普及してきている。PEGには様々な合併症も報告されている。（目的）過去5年間に当院で施行したPEG症例について検討した。（結果）症例背景としては、年齢18-95歳、男性182例、女性132例であった。造設理由としては、脳血管障害または神経疾患によるものが197例、咽頭・食道腫瘍によるものが45例、認知症によるものが38例、呼吸器疾患によるものが25例、腸管減圧目的が15例であった。合併症としては挿入部皮膚からの出血4例、ガストロボタンの自己抜去1例、バンパー埋没1例、挿入部感染6例を認めた。挿入部感染を6例に認めた。施行後早期死亡は3例であった。（考察）PEGでは様々な合併症が認められるが、当院においては致死的な合併症は認めなかった。挿入部感染の減少にはセルジンガー法が有用と考えられた。PEGは高齢者、全身状態不良な症例に施行することも多く、術前の十分な説明が必要である。

## 43

### 胃食道逆流を有する症例への胃瘻造設について

[1]鳥取赤十字病院　栄養課，[2]鳥取赤十字病院　薬剤部，[3]鳥取赤十字病院　臨床検査部，
[4]鳥取赤十字病院　看護部，[5]鳥取赤十字病院　外科
井上　真穂[1]，山根　佳恵[1]，石倉　日南子[1]，田中　裕子[1]，山根　慶子[2]，大坪　百合子[2]，青木　良太[3]，
野津　陽子[3]，中原　眞理子[4]，山代　豊[5]

当院では年間100例前後の内視鏡的胃瘻造設術（PEG）を行っている．しかしながら胃食道逆流を有する症例にPEGを行った場合，逆流による誤嚥性肺炎を併発する症例も時々経験する．半固型化やPEG-Jなどで対応可能な場合もあるが，管理に難渋する症例もある．PEGが困難な場合，当院では外科的に噴門形成術と胃瘻造設術を腹腔鏡下あるいは開腹下に行っている．またPEG後に胃食道逆流が強い場合には噴門形成術を追加する症例もある．症例を紹介しその実際を供覧する．症例は74歳女性，Alzheimer型認知症で経口摂取困難のためNST紹介となった．PEG予定であったが腹壁より穿刺困難であり胃食道逆流も強いため，噴門形成術及び胃瘻造設術が施行された．術後早期に胃瘻使用可能となり逆流なく経過．施設転院を待って術後3週間で転院となった．PEGの管理～その問題点と対策～として外科的アプローチも選択枝の一つとして挙げるべきと考える．

## 44

### 発症早期からENを行い栄養改善をみたSMA症候群の一例

[1]雲南市立病院　栄養管理科，[2]雲南市立病院　外科
大島　千晶[1]，新田　多智子[1]，大谷　順[2]

【症例】88歳女性。嘔吐・腹痛で救急搬送、腸閉塞疑いで外科転科。
【現症】身長141.7cm、体重34kg、BMI 17kg/m$^2$、羸痩著明
【血液生化学検査】Hb 7.0g/dl、ChE 167IU/l、Alb 2.5g/dl、TTR 11.4mg/dl
【画像診断】CTで胃十二指腸の著明な拡張あり、SMA症候群と診断。
【経過】NGtubeで胃をドレナージ。翌日TPN開始。造影で消化管の部分的通過を確認、第13病日PEG造設、瘻孔から二重管を挿入、近位は胃内で減圧、遠位は近位空腸でEN用とした。減圧と同時にTENを施行。栄養状態改善とともに通過障害も改善し、TPN離脱、経口摂取とEN併用で入院約5か月後に退院した。
【考察】SMA症候群は一般的にTPNで管理されることが多い。自験例はTPNのみならず早期からENを併用したことで、腸管萎縮を防ぎ、栄養状態の改善もよりスムーズであったと思われる。

## 45

### 難治性下痢に対しミキサー食注入への変更が有効であった胃瘻栄養の一例

出雲市立総合医療センター
梶谷　努，駒澤　慶憲，浪花　宏幸，西尾　真一

症例は86歳女性。脳梗塞後遺症の為寝たきりで胃瘻による経腸栄養を施行されていた。H22/12/22発熱により紹介。肺炎の診断にて入院となった。肺炎に対し抗生剤治療を開始。また入院時から経腸栄養は継続していたが、一日3～4回の水様下痢が持続する状態が持続。便培養では有意菌は認められず、CDトキシンも陰性であった。止痢剤、乳酸菌製剤投与や栄養剤注入速度の変更、半固形化製剤への変更を試みるも便性状の改善はみられず、持続する下痢の為に高度脱水、電解質異常をきたし、一時末梢輸液の併用を必要とした。最終的に市販の経管栄養剤からミキサー食の注入に変更した所、便性状は著明に改善あり。変更3日後には有形便となり徐々に電解質も正常化した。輸液を中止し、経腸栄養のみとしたが患者の状態に悪化は見られず状態は改善、退院となった。難治性の下痢に対してミキサー食の注入が便性状及び患者状態改善に有効であった1例を経験したので報告する。

## 46

### 胃食道逆流を生じた重症心身障害児の粘度調整ミルク投与による栄養管理を試みた１例

島根大学医学部附属病院　臨床栄養部NST
成相　由紀子，川口　美喜子，藤井　晴美，端本　洋子，角　亜沙子，原　明宏，足立　経一

小児の胃食道逆流改善目的にNSTが介入した、先天性横隔膜ヘルニア発症重症心身障害児に対する粘度調整ミルク投与による栄養管理を行ったのでその経過を報告する。
症例は1歳1ヶ月早産低出生体重児（在胎29週0日、1147g）、原疾患による肺低形成、気管支肺異形成、肺性心を合併し、介入時栄養管理はミルクを胃瘻から注入していた。NST介入後はミルクの半固形化を目的に粘度材としてとろみ剤を試みたが、素材の含有食物繊維量の影響によるためか、難渋する下痢を認めた。その後、粘度調整目的にREF-P1を使用し、ミルクの用量を減量し、かつ摂取エネルギーを高めるため、濃度を14%から20%に高めて栄養管理を継続したところ目標栄養量の摂取は可能となった。しかし、感染性の発熱のため頻回のミルクの投与の中断があり、体重増加は困難であった。重症心身障害児の栄養管理方法について課題が残る症例であった。

## 47

### 脳卒中患者の急性期栄養管理について

尾道市立市民病院　NST
合田　雄二，土本　正治，前川　香，中司　佳代，向井　弘恵，木曽　貴紀，東山　寛隆，水戸　幸美，
古賀　純子，田中　由子

脳卒中患者では消化管機能は温存されており、早期より腸が使用可能である。当院は急性期脳卒中患者に対し可及的早期より経腸栄養開始をこころがけてはいるが、食事オーダー、嚥下リハ等のオーダーは担当医にまかされており統一されたアルゴリズムがあるわけではない。栄養ルート選択上の問題点を明らかにする目的で過去の症例について検討した。本年4月1日から5ヶ月間に入院加療した脳卒中患者について、入院後の栄養管理についてカルテ記載等より振り返った。入院時に経口摂取可能と判断されたのが67名60.9%を占め、内17名は嚥下訓練食がオーダーされていた。経口摂取が開始されたのは入院当日が35%で83%の例で3日以内には何らかの経腸栄養が開始されていた。急性期は経管栄養であったのが経口摂取可能になったのは26名中6名に過ぎず、8名ではPEGが造設されていた。今回の検討よりいかに摂食嚥下患者を適切に選択できるかが課題であると思われた。

## 48

### 島根県東部地区中核病院におけるクローン病に対する栄養療法の施行状況の調査

[1]島根大学医学部　第2内科，[2]松江生協病院　内科，[3]島根県立中央病院　消化器内科，
[4]松江赤十字病院　消化器内科，[5]松江市立病院　消化器内科，[6]島根大学医学部　光学医療診療部，
[7]島根大学医学部　臨床看護学
川島　耕作[1,2]，石原　俊治[1]，岡　明彦[1]，楠　龍策[1]，多田　育賢[1]，三代　剛[1]，福庭　暢彦[1]，大西　浩二[2]，
宮岡　洋一[3]，藤代　浩史[3]，今岡　友紀[3]，串山　義則[4]，吉村　禎二[5]，結城　崇史[6]，天野　祐二[6]，
足立　経一[7]，木下　芳一[1]

【目的】抗TNF-α抗体製剤の登場以降、クローン病治療における栄養療法の位置づけは変化してきたものと思われる。今回クローン病の栄養療法の施行状況を明らかにする目的で調査を行った。【方法】島根県東部地区の中核病院である5病院を対象とし、2009年6月に消化器内科医師にアンケートを依頼し、栄養療法について調査した。【結果】クローン病126症例のアンケートが回収され、56/126例（44.4%）で栄養療法が行われていた。51/56例（91.1%）では成分栄養剤が使用され、5/126例（8.9%）で半消化態栄養剤が使用されていた。成分栄養剤が投与された51例の平均投与カロリーは873.4Kcal/日であり、900Kcal/日以上投与されたhalf ED症例は28/51例（54.9%）であった。小腸型、狭窄合併例で高頻度に栄養療法が行われていた。【考察】栄養療法の施行状況はクローン病治療における栄養療法の位置づけを反映していると思われ、今後も推移を見守る必要があると思われた。

# 協賛企業一覧

味の素製薬株式会社

アステラス製薬株式会社

アボット ジャパン株式会社

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

株式会社大塚製薬工場

キユーピー株式会社

株式会社クリニコ

医療法人仁寿会

ゼリア新薬工業株式会社

第一三共株式会社

大日本住友製薬株式会社

武田薬品工業株式会社

株式会社ツムラ

テルモ株式会社

ニュートリー株式会社

株式会社明治

（50 音順）

平成 23 年 11 月 2 日現在

**第4回日本静脈経腸栄養学会中国支部学術集会**
**プログラム・抄録集**

発 行　平成23年11月

編 集　島根大学医学部附属病院　臨床栄養部
〒693-8501　島根県出雲市塩冶町89-1
TEL・FAX：0853-20-2074

印 刷　株式会社メッド
〒701-0114　岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344　FAX：086-463-5345