

第39回 九州代謝・栄養研究会

会 期 ◆ 平成26年3月15日(土)

会 場 ◆ ラマツィーニ小ホール(産業医科大学構内)
〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

当番世話人 ◆ 山口 幸二 (産業医科大学第一外科)

第39回 九州代謝・栄養研究会事務局

産業医科大学第一外科

〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1
TEL:093-691-7441 FAX:093-603-2361

ご 挨拶

このたび第39回九州代謝・栄養研究会を平成26年3月15日（土）に産業医科大学ラマツィーニホールで開催させて頂くこととなりました。歴史と伝統のある本研究会を北九州で開催させていただくことをたいへん光栄に存じております。産業医科大学第一外科としては平成3年に第12回九州外科代謝栄養研究会を初代の大里敬一教授が開催させて頂いて以来、2回目の開催になります。第一外科の教室にとりまして、非常に光栄であることと存じます。

近年、医療現場においては代謝・栄養管理は重要な話題となっており、また、医療においては医師のみならず、多職種の者がチーム医療として一人の患者さんに関わる事が非常に重要となっており、本研究会は医師のみならず、看護師、薬剤師、理学療法士など多職種のものが一同に会し、代謝・栄養に関する話題を話し合う有意義な研究会になっております。研究会では熱心な議論がなされ、明日の臨床に役立つ会になることを祈念しております。

北九州市は平成25年に市政50年を迎え、新たな歩みを始めています。博多同様、新鮮な魚が豊富であり、市内には帆柱山のロープウェイ、再開発されました門司港レトロ、小倉城を中心とする北九州リバーサイド等もあります。北九州のいろいろな面を楽しんで頂くと幸いです。

多くの皆様の研究会へのご参加を心よりお待ちしております。

第39回九州代謝・栄養研究会

当番世話人 **山口 幸二**

会場へのご案内



交通アクセス

■最寄りのJR駅

- ★JR鹿児島本線折尾駅下車
 - ・徒歩約20分
 - ・タクシーで約5分(産業医科大学ラムツィーニホールまで)
 - ・北九州市営バスで約10分

■主な交通手段

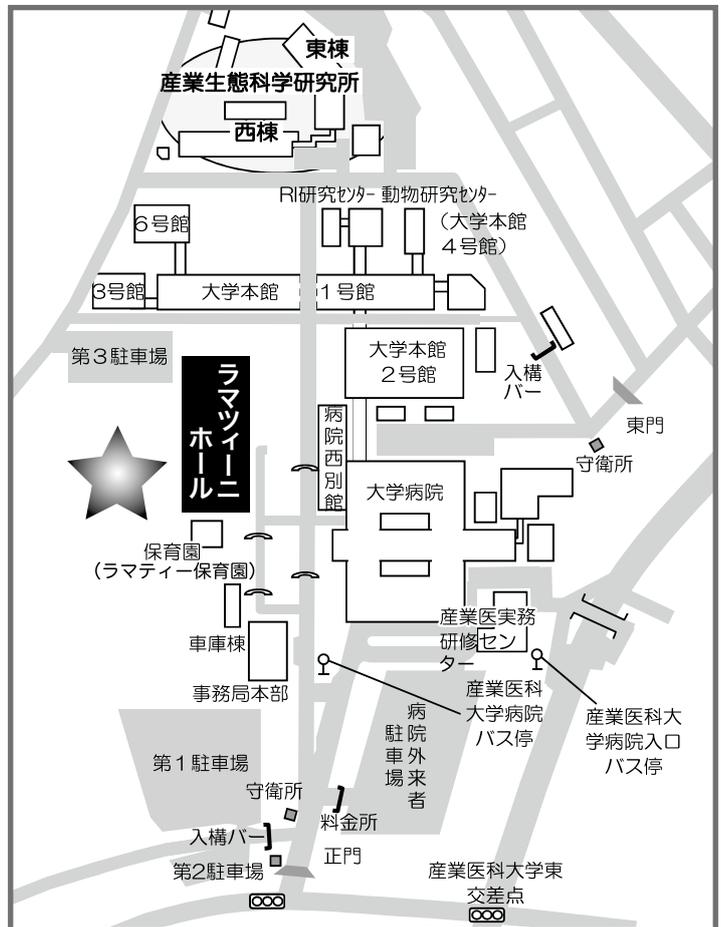
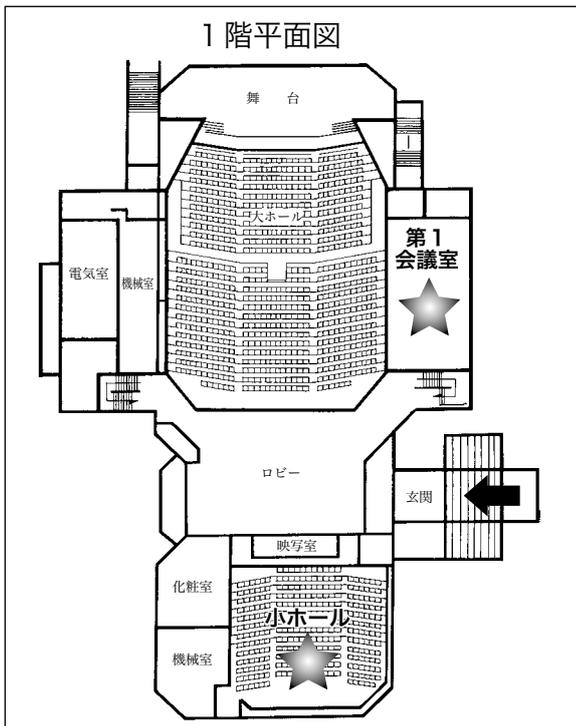
- ★北九州空港～産業医科大学
 - ・エアポートバスで約1時間
- ★福岡空港～JR博多駅～JR折尾駅
 - ・地下鉄で約10分
- ★JR博多駅～JR折尾駅
 - ・JRで約40分(特急で約30分)
- ★JR小倉駅～JR折尾駅
 - ・JRで約15分

北九州学術研究都市
九州工業大学大学院生命体工学研究科
早稲田大学大学院・理工学総合研究センター
北九州市立大学国際環境工学部
英国クランフィールド大学北九州研究所
GMDドイツ国立情報処理研究所



会場案内図

産業医科大学
ラムツィーニホール
〒807-8555
福岡県北九州市八幡西区
医生ヶ丘1番1号
TEL (代) 093-603-1611



参加者へのご案内

1. 来場について

- ・会場及び会場周辺には駐車場がほとんどございません。公共交通機関をご利用下さい。

2. 参加受付についてのご案内

- ・受付は12：10より開始致します。
- ・参加費（プログラム集代等を含む）は、医師2,000円、コメディカルその他は1,000円となっております。当日会場受付にてお納め下さい。
- ・参加証を発行いたしますので、会場では参加証をお付け下さい。
- ・プログラム集は当日必ずご持参下さい。

3. 座長の先生へのご案内

- ・会場でのアナウンスはございません。
- ・座長の先生はご自身で時間を確認の上、進行をお願い致します。

4. 演者の方へのご案内

- ・演題数の関係で、口演5分、討論2分となっております。
- ・ご発表は時間厳守にてお願い致します。
- ・PCプレゼンテーションのみでの発表となります。
- ・各自、PCとコネクター（D-sub15ピン）、ACアダプターをご準備下さい。
- ・画像の解像度は1024 x 768推奨です。
- ・スクリーンセーバー並びに省電力設定は事前に解除しておいて下さい。
- ・無線LANはoffにしておいて下さい。
- ・音声の使用はできません。
- ・不測の事態に備えて、必ずバックアップデータをお持ち下さい。
- ・発表の30分前には受付を済ませ、10分前までに次演者席にお着き下さい。

5. 二次抄録について

- ・本研究会の演題抄録は「外科と代謝・栄養」に掲載致しますので、抄録内容に訂正がある場合は、当日演者受付にて二次抄録をご提出下さい。訂正のない場合には二次抄録は不要です。

世話人・幹事会のご案内

世話人・幹事会 平成26年3月15日(土) 11:30~12:30
ラマツィーニホール第1会議室にて
なお、世話人・幹事会では昼食を準備致しております。

研究会プログラム

プログラム

開会の辞(12:55～)

挨拶 当番世話人 山口幸二(産業医科大学第一外科)

セッション1

座長：高橋由紀子(福岡市立こども病院小児外科)

(13:00～13:35)

S1-1 胃瘻栄養児におけるミキサー食の導入

福岡市立こども病院・感染症センター 栄養科¹⁾、小児外科²⁾

○伴 尚子¹⁾、高橋由紀子²⁾、三浦紫津²⁾、三島泰彦²⁾、枝川愛²⁾、財前善雄²⁾、下村瑞代¹⁾

S1-2 ミキサー食による栄養管理の効果と工夫

久留米大学病院 看護部¹⁾、小児外科²⁾

○仲 美由紀¹⁾、上川貴子¹⁾、永田香代¹⁾、吉田 索²⁾、坂本早季²⁾、東館成希²⁾、橋詰直樹²⁾、古賀義法²⁾、七種伸行²⁾、石井信二²⁾、深堀 優²⁾、浅桐公男²⁾、田中芳明²⁾、八木 実²⁾

S1-3 小児がん患者に対する栄養回診でのテーラーメイド的栄養管理の試み

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、小児科²⁾、小児医療センター³⁾

○山口貞子¹⁾、横山富美子¹⁾、古賀友紀²⁾、小杉有富子³⁾、牧 美江³⁾

S1-4 テーラーメイド型栄養管理で栄養改善を認めた白血病男児例

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、小児科²⁾、小児医療センター³⁾

○横山富美子¹⁾、山口貞子¹⁾、古賀友紀²⁾、小杉有富子³⁾、牧 美江³⁾

S1-5 無菌調製業務における腎機能別処方鑑査の必要性と今後の課題

九州厚生年金病院 薬剤部¹⁾、内科²⁾

○矢川結香¹⁾、釘原瑠子¹⁾、小倉秀美¹⁾、赤松 孝¹⁾、折口秀樹²⁾

S2-1 食道閉鎖症術後の乳糜胸に対する無脂肪消化態栄養剤の投与経験

大分県立病院 小児外科

○飯田則利、竜田恭介、岡村かおり

S2-2 ケトン食療法により難治性てんかん発作が著明な改善を認めた1症例

産業医科大学病院 栄養部¹⁾、小児科²⁾

○鈴木達郎¹⁾、落合淳子¹⁾、加留部淑美¹⁾、大友範子¹⁾、佐藤幸子¹⁾、下野昌幸²⁾

S2-3 無脂肪濃厚流動食『すいすい』を用いた乳糜胸患者の栄養療法

産業医科大学病院 集中治療部

○伊佐泰樹、遠藤武尊、金澤綾子、荒井秀明、長田圭司、原山信也、二瓶俊一、相原啓二、蒲地正幸

S2-4 Catheter related blood stream infectionに対するエタノールロック療法の経験

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 小児外科学

○加治 建、向井 基、林田良啓、武藤 充、山田和歌、山田和歌、後藤倫子、松藤 凡

S2-5 膵術後膵外分泌機能障害およびNAFLDに対するパンクレリパーゼの有用性について

産業医科大学 第一外科

○谷口竜太、佐藤典宏、森泰寿、田村利尚、皆川紀剛、山口幸二

S3-1 当院のNST活動の現状と問題点

宮崎江南病院 NST委員会

○本吉佳世、武田朋子、白尾一定

S3-2 当院におけるNST対象患者の栄養管理状況と管理栄養士の関わり

国家公務員共済組合連合会 新別府病院 栄養管理室¹⁾、外科²⁾、NST専従³⁾

○釘宮彩季¹⁾、菊池暢之²⁾、田崎亮子¹⁾、藤本晶子³⁾、上田早紀¹⁾、小林美美¹⁾、田村真言子¹⁾

S3-3 急性期病院外科におけるNST活動の現況と問題点

済生会熊本病院 外科¹⁾、薬剤部²⁾、栄養部³⁾

○岩槻政晃¹⁾、庄野文字²⁾、中村 唯³⁾、今村治男³⁾、高森啓史¹⁾

S3-4 NST活動の充実を目指して

国立病院機構 小倉医療センター 栄養管理室¹⁾、外科²⁾

○柴田亜季¹⁾、中山美帆¹⁾、清水三千代¹⁾、品川祐治²⁾

S3-5 医療安全確保のための食事性アレルギーに対する栄養管理室の取り組み

鹿児島大学病院 栄養管理室¹⁾、小児外科²⁾、医療環境安全部³⁾

○竹元明子¹⁾、田中睦美¹⁾、蔵元理恵¹⁾、福田歩美¹⁾、倉元景子¹⁾、山内莉恵子¹⁾、
小森園まりえ¹⁾、上拾石智子¹⁾、黒田詩歩¹⁾、加治 健²⁾³⁾

休憩(14:45～14:50)

S4-1

高血圧予防・管理のための食習慣質問票(DHQ-HT)の 栄養アセスメントツールとしての意義と妥当性

福岡女子大学 栄養健康科学¹⁾、福岡女子大学大学院 栄養健康科学²⁾、
国立病院機構九州医療センター高血圧内科³⁾

○江頭和佳子¹⁾、早瀬仁美¹⁾²⁾、中村夏希¹⁾、船元智子²⁾、古賀みのり²⁾、松永泰子¹⁾、
土橋卓也³⁾

S4-2

妊婦の減塩指導に用いた食習慣質問票(DHQ-HT)の 栄養アセスメントツールとしての妥当性と意義

福岡女子大学大学院 栄養健康科学¹⁾、福岡女子大学 栄養健康科学²⁾、
国立病院機構九州医療センター 高血圧内科³⁾

○船元智子¹⁾、早瀬仁美¹⁾、古賀みのり¹⁾、中村夏希²⁾、榎美奈子³⁾、土橋卓也³⁾

S4-3

食育減塩コーナー来場者における塩分チェック結果と血圧との関係

福岡女子大学大学院 栄養健康科学¹⁾、福岡女子大学 栄養健康科学²⁾、
国立病院機構九州医療センター 高血圧内科³⁾

○古賀みのり¹⁾、早瀬仁美¹⁾²⁾、船元智子¹⁾、都地麻里子²⁾、土橋卓也³⁾

S4-4

減量達成度と各種環境因子の関連について

国立病院機構 小倉医療センター 栄養管理室¹⁾、内科²⁾

○安藤翔治¹⁾、柴田亜季¹⁾、中山美帆¹⁾、清水三千代¹⁾、岡嶋泰一郎²⁾

S4-5

当院における褥瘡ハイリスク群の調査検討

福岡大学筑紫病院NST 看護部¹⁾、薬剤部²⁾、栄養部³⁾、検査部⁴⁾、医師⁵⁾

○園田みずき¹⁾、河野潤子¹⁾、原 珠美¹⁾、溝上 麗¹⁾、金子朋博²⁾、井上竜一²⁾、
田中麻衣子²⁾、田島菜々³⁾、花田輝代³⁾、石橋美由紀³⁾、埜田直美⁴⁾、藤原信一郎⁴⁾、
東 大二郎⁵⁾

S5-1 生体肝移植周術期における栄養療法の実際とその評価

長崎大学大学院 移植・消化器外科

- 曾山明彦、高槻光寿、日高匡章、北里 周、足立智彦、夏田孔史、木下綾華、
ジャスラン バイマカノフ、藤田文彦、金高賢悟、南 恵樹、黒木 保、江口 晋

S5-2 食道癌術前化学療法時の体組成の変化は術後合併症発生に影響する

熊本大学大学院 消化器外科学

- 井田 智、吉田直矢、辛島龍一、今村 裕、馬場祥史、岩上志朗、坂本快郎、
宮本裕士、馬場秀夫

S5-3 肝臓手術症例における患者栄養状態とQOL改善を目指したグレリン投与の第Ⅰ・Ⅱ相臨床試験

長崎大学大学院 腫瘍外科

- 高木克典、七島篤志、阿保貴章、村上豪志、荒井淳一、国崎真己、黨 和夫、
竹下浩明、日高重和、永安 武

S5-4 術後膵関連合併症に対する栄養管理法 -JSPENガイドラインをどう使うか-

長崎県島原病院 外科

- 眞田雄市、岡田怜美、川下雄丈、東 尚、松尾繁年

S5-5 尾側膵切除における膵液瘻発生と術後早期の予後栄養指数(PNI)低下率との相関

産業医科大学 第一外科

- 沢津橋佑典、佐藤典宏、森 泰寿、皆川紀剛、田村利尚、柴尾和徳、日暮愛一郎、
山口幸二

S6-1 神経・筋難病患者における経管栄養の半固形化栄養法の導入を試みて

NHO 南九州病院

○廣田裕二、大木場莉江子、松元孝行、鹿田恵子、久徳博子、中村 薫、的場浩二

S6-2 抗癌剤治療の口内副作用に対する治療福岡大学筑紫病院NST 薬剤部¹⁾、栄養部²⁾、看護部³⁾、検査部⁴⁾、医師⁵⁾○金子朋博¹⁾、井上竜一¹⁾、田中麻衣子¹⁾、田島菜々²⁾、花田輝代²⁾、石橋美由紀²⁾、河野潤子³⁾、原 珠美³⁾、園田みずぎ³⁾、溝上 麗³⁾、埜田直美⁴⁾、藤原信一郎⁴⁾、東 大二郎⁵⁾**S6-3 胃瘻造設術後も経口訓練にて経口摂取へ移行できた症例**地方独立行政法人 くらて病院NST 医師¹⁾、看護部²⁾、薬剤科³⁾、検査科⁴⁾、言語聴覚士⁵⁾、栄養科⁶⁾、NST専従⁷⁾○高松一彦⁷⁾、伊藤陽一¹⁾、仲野 秀¹⁾、中川洋子²⁾、田原孝美²⁾、竹山康介³⁾、町田 茂³⁾、豊福直美⁴⁾、桃田里美⁵⁾、原 裕子⁶⁾**S6-4 当院における栄養療法（経腸栄養）の現況**

戸畑共立病院 内科

○岸 昌廣

休憩（16:28～16:35）

特別講演

座長：山口幸二（産業医科大学第一外科）

（16:35～17:35）

当院におけるNST活動の実際と今後の展望について

産業医科大学第三内科

山本 光勝

開会の辞（17:35）

挨拶 当番世話人

山口幸二（産業医科大学第一外科）

研究会抄録

S1-1 胃瘻栄養児におけるミキサー食の導入

福岡市立こども病院・感染症センター 栄養科¹⁾、小児外科²⁾

○伴 尚子¹⁾、高橋由紀子²⁾、三浦紫津²⁾、三島泰彦²⁾、枝川 愛²⁾、財前善雄²⁾、下村瑞代¹⁾

当院では胃瘻造設術後の患児らに、ミキサー食を用いた半固形化栄養法を導入している。当院小児外科で胃瘻造設術を施行し、ミキサー食を導入した2012年以降の症例を対象とし、年齢、性別、基礎疾患、胃瘻造設前後の栄養等について検討した。症例はすべて重症心身障害児であり、経口摂取不能または困難な在宅管理症例であった。胃瘻造設前は、経口栄養の1例以外は全て経鼻経管栄養を行っていた。そのため栄養は液体のものが選択され、ほとんどが半消化態栄養剤（薬品）であった。ミキサー食の導入により、食事時間の短縮や便の性状の改善がみられた。

どの家族もひと手間必要なミキサー食でも受け入れは良好であり、退院後も継続できている。これら対象の親子への介入を通して、ミキサー食による胃瘻栄養は、栄養剤では得られない手作りの食事を通じた親子の関わりを築くことができる優れた栄養法だと思われた。

S1-2 ミキサー食による栄養管理の効果と工夫

久留米大学病院 看護部¹⁾、小児外科²⁾

○仲 美由紀¹⁾、上川貴子¹⁾、永田香代¹⁾、吉田 索²⁾、坂本早季²⁾、東館成希²⁾、橋詰直樹²⁾、古賀義法²⁾、七種伸行²⁾、石井信二²⁾、深堀 優²⁾、浅桐公男²⁾、田中芳明²⁾、八木 実²⁾

近年、胃瘻造設患者の経腸栄養において胃食道逆流（GER）や下痢、ダンピング症候群などの対策として半固形化栄養剤の使用が普及している。その中で、ミキサー食はより生理的な栄養療法としてGERや便性、栄養状態の改善に期待されている。

当院でも、胃瘻（または腸瘻）注入している患児（者）に対してミキサー食を導入し、導入後に便性の改善や注入時間の短縮が可能であった。また市販の栄養剤にはアレルギー対応のものは少なく、食物アレルギーに対応できる利点も認めた。しかしながら、食物残渣によるチューブ閉塞のリスクやミキサー粉砕、裏ごしなどによる栄養素の喪失を認め、在宅児では、家族と同じ食事が摂取できるが、煩雑な注入方法と調理法に手間がかかることから離脱した症例も認めた。そこで、閉塞し難い食材の使用や裏ごしの制限、栄養剤の併用、栄養素の添加、注入ポンプなどを使用することで安全で効果的に栄養管理をすることが可能であった。

S1-3 小児がん患者に対する栄養回診でのテーラーメイド的栄養管理の試み

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、小児科²⁾、小児医療センター³⁾

○山口貞子¹⁾、横山富美子¹⁾、古賀友紀²⁾、小杉有富子³⁾、牧 美江³⁾

小児がん患者は治療中においても成長発達のためにバランスよく必要な栄養分を摂取することが望ましいが、根治目的の強力な集学的治療を受けるため摂取量の確保が困難なのが現状である。

【目的】 小児がん患者に対するテーラーメイド的栄養管理による栄養改善。

【対象】 平成25年8-11月に小児医療センターに入院した39名（白血病20名、骨軟部腫瘍6名、神経芽腫5名、脳腫瘍4名、他4名）、述べ316名、年齢0～19歳。

【方法】 週1回、主治医、看護師とともに回診を施行。患児、保護者個別に聞き取り調査を行い現状や希望食品を把握。希望を取り入れた食事へ変更し、体重、TP、Alb、TLC、CRPを回診介入時と3週間後で比較検討した。

【結果】 回診介入3週間後に患者体重は軽度増加、摂取カロリーは平均725kcalから804kcalへ増加。ヤクルト、納豆が最も希望の多い食品であった。

【まとめ】 テーラーメイド的栄養管理は小児がん患者栄養改善に有効であることが示唆された。

S1-4 テーラーメイド型栄養管理で栄養改善を認めた白血病男児例

九州大学病院 栄養管理室¹⁾、小児科²⁾、小児医療センター³⁾

○横山富美子¹⁾、山口貞子¹⁾、古賀友紀²⁾、小杉有富子³⁾、牧 美江³⁾

九州大学病院では、平成25年8月より小児がん患者に対する栄養改善を目的に、医師、看護師、管理栄養士による栄養回診を開始した。今回、患児と保護者から情報収集～テーラーメイド型栄養管理～を施行し、栄養改善効果を認めた小児例を報告する。

【症例】 急性骨髄性白血病、12歳男児。X月より多剤併用化学療法を開始。開始当初は7割程度の食事を摂取できていたが、化学療法に伴う消化器症状に骨髄抑制期の重症感染症が重なり全身状態が悪化。食事は1割程度まで減少。栄養改善目的に患児の食事内容の見直しを施行。患児、保護者とコミュニケーションをとり、患児の嗜好に合わせた栄養補助食品を組み合わせたメニューで対応。追加食品がきっかけとなり「食」への意欲を取り戻し、食事は7割へ回復した。

【まとめ】 患児の治療経過、全身状態および嗜好を考慮したテーラーメイド型栄養管理は、小児がん治療後における栄養改善に有用であると考えられた。

S1-5 無菌調製業務における腎機能別処方鑑査の必要性と今後の課題

九州厚生年金病院 薬剤部¹⁾、内科²⁾

○矢川結香¹⁾、釘原瑤子¹⁾、小倉秀美¹⁾、赤松 孝¹⁾、折口秀樹²⁾

【目的】九州厚生年金病院薬剤部では、TPN製剤の無菌調製業務を行っている。今回、無菌調製を行ったTPN処方のうち、カリウムを含まない輸液を中心とした処方について、腎機能に着目し処方内容の分析・評価を行ったので報告する。

【方法】2012年4月から2013年3月までの処方を対象に、腎機能別に4群に分類し、それぞれの患者検査データ、体重あたりの蛋白量及び熱量について調査を行った。

【結果・考察】対象全体の体重あたりの熱量の平均は22kcal/kgであった。また各群の体重あたりの蛋白量の平均は0.18～0.82g/kgとばらつきがあったが、腎機能障害やBUNと関連がみられた。今回の調査により、薬学的・栄養学的観点から処方鑑査、処方提案を行う必要性を再認識した。また、NST専門療法士や腎臓病薬物療法認定薬剤師と連携する体制を確立することが不可欠である。

S2-1 食道閉鎖症術後の乳糜胸に対する無脂肪消化態栄養剤の投与経験

大分県立病院 小児外科

○飯田則利、竜田恭介、岡村かおり

乳糜胸に対する治療には胸腔ドレナージ、絶食・TPN、脂肪制限食・MCTミルクの投与や薬剤による癒着療法、ソマトスタチン誘導体の全身投与のほか手術療法がある。今回、われわれはTPNと無脂肪消化態栄養剤の経腸投与の併用により改善した食道閉鎖症術後の乳糜胸の1例を経験したので報告する。患児は1歳の男児。A型食道閉鎖症に対し後縦隔経路で胃食道吻合術を行った。術後11日目より空腸瘻から半消化態栄養剤の注入を開始したところ、術後14日目に左胸水が出現した。胸腔ドレナージを行うと胸水は乳濁しており、またカイロミクロンが検出され乳糜胸と診断した。TPNに加え空腸瘻からの注入を無脂肪消化態栄養剤に変更したところ、術後26日目には乳糜胸は消失した。少量ながら脂肪を含有する従来の成分栄養剤に比べ今回の消化態栄養剤は無脂肪であるためリンパ流を減少でき、また経腸栄養を継続することで腸管機能の維持に有用であった。

S2-2 ケトン食療法により難治性てんかん発作が著明な改善を認めた1症例

産業医科大学病院 栄養部¹⁾、小児科²⁾

○鈴木達郎¹⁾、落合淳子¹⁾、加留部淑美¹⁾、大友範子¹⁾、佐藤幸子¹⁾、下野昌幸²⁾

ミオクロニー脱力てんかん発作/Lennox-Gastaut症候群の中間的な難治性てんかんに対するケトン食療法により、発作が消失し、脳波もほぼ正常化した症例を経験したので報告する。症例は、5歳6か月、男児。抗てんかん薬調整目的にて入院。てんかんに対し、バルプロ酸、クロバサム、ラモトリギン、トピラマート、レベチラセタムを単剤又は併用で内服治療を行った。しかし、十分な発作抑制が得られず、TRH療法やACTH療法も施行したが、効果は一時的であった。食事は、固形食（E：1300kcal P：45g F：35g C：200g）を6割程度摂取していたが、上記療法による効果が乏しいため、ケトン食療法〔1（脂質）：1（糖質+たんぱく質）〕を開始。その後、2：1、2.5：1へと移行し、尿ケトン（+2～3）が出現後、発作は消失し、脳波の突発波の頻度は劇的に減少し、退院できた。ケトン食は高脂肪食であるため、嗜好の不一致により、食事摂取に難渋するケースが多いため、対応策も含め報告する。

S2-3 無脂肪濃厚流動食『すいすい』を用いた乳糜胸患者の栄養療法

産業医科大学病院 集中治療部

- 伊佐泰樹、遠藤武尊、金澤綾子、荒井秀明、長田圭司、原山信也、二瓶俊一、相原啓二、蒲地正幸

乳糜胸患者の栄養療法に脂肪含有の製剤を用いると、脂肪の吸収過程でリンパ管圧が上昇し、乳糜の増加が認められる。そのため絶食とし完全静脈栄養を行ったり、無または低脂肪食を用いた栄養療法が選択される。脂肪の中でも長鎖脂肪酸（LCT）は吸収の過程でリンパ管を介するが、中鎖脂肪酸（MCT）はリンパ管を介さず吸収されることから脂肪にはMCTを用いるとよいとの報告もある。本邦ではMCTのみを含有する脂肪製剤がなく、完全静脈栄養や無または低脂肪食を用いた栄養療法を余儀なくされる。

当院では低脂肪の成分栄養剤としてエレンタールが採用され、脂肪制限が必要な症例に対して使用されてきたが、今回、無脂肪の消化態栄養剤である『すいすい』が新規採用となった。すいすいを乳糜胸患者に用いて栄養療法を行った症例を経験したので報告する。

S2-4 Catheter related blood stream infectionに対するエタノールロック療法の経験

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 小児外科学

- 加治 建、向井 基、林田良啓、武藤 充、山田和歌、山田和歌、後藤倫子、松藤 凡

静脈栄養管理中のCatheter Related Blood Stream Infection (CRBSI) に対する ethanol lock therapy (ELT) について報告する。対象は、短腸症候群1例、Hypogenesis of ganglia 1例、慢性偽性腸閉塞症1例で、全例プロピアックカテーテルが挿入されていた。血液から細菌が検出されたCRBSI に対してELTを10回施行した。ELT完遂は9回であったが、カテーテル使用を再開した後に30日以内にCRBSIの再燃を6回認めた。起炎菌が真菌のCRBSIは、発熱が持続するためELT完遂前にカテーテルを抜去した。今回ELTを施行した3例とも腸管拡張が著明であり、腸管拡張がある症例ではCRBSI発症後の治療的ELTの効果には限界があると考えられた。

○谷口竜太、佐藤典宏、森泰寿、田村利尚、皆川紀剛、山口幸二

膵術後の膵外分泌機能低下による消化吸収障害は重要な合併症であり、最近、nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) が報告されている。膵術後患者においてパンクレアチン (1.5or3.0g) からパンクレリパーゼ (1800mg) へ変更し、NAFLD及び栄養状態の変化について検討。対象は膵切除術、膵嚢胞空腸吻合術後の14例。変更前後の体重、生化学、小野寺の式によるPNIについて比較。NAFLDの診断は、造影CT (平衡相) で肝/脾CT値 (肝5点平均CT値/脾1点CT値) が0.9以下と定義、術前及びパンクレリパーゼ変更前と変更後 (平均10ヶ月後) のCT値を比較。男性8例、女性6例。平均年齢は67±10.6歳。幽門輪温存膵頭十二指腸切除術が8例、膵中央切除術が5例、膵嚢胞空腸吻合術が1例であった。体重は54.5±10.9kgから56.8±13.9kg (P=0.02)、アルブミンは4.1±0.5g/dlから4.4±0.3g/dl (P=0.01)、PNIは49.9±5.8から53.0±4.5 (p=0.01) と上昇。NAFLDの発生は14例中3例 (21.4%)、3例中1例 (33.3%) でNAFLDの改善を認めた。パンクレリパーゼは膵切除後の栄養状態を改善させ、NAFLDを改善させる可能性が示唆された。

S3-1 当院のNST活動の現状と問題点

宮崎江南病院 NST委員会

○本吉佳世、武田朋子、白尾一定

当院は2002年にNST施設認定を受け、2010年よりNST加算を算定している。NST加算算定のためのNST活動でなく、よりよい栄養管理を目指し、当院のNST活動も変化してきた。そこで、当院のNST活動の現状と問題点について報告する。

2013年5月より理学療法士、当院に併設している介護老人保健施設管理栄養士を、8月より透析室看護師をNST委員として増員した。7月には創傷・褥瘡・失禁看護師が専従となりNST回診にも参加している。第38回本研究会にて当院職員へのアンケート調査の結果を発表した。その結果、新人のうちから栄養に関する知識を育成していくことが必要である事が判明しNST勉強会に反映している。

NSTの必要性は十分に認識されているものの、NST加算を取得するためには、専従の確保、週に1度のカンファレンス及び回診が必要であり、職員の負担は増加している。よって、多職種力を最大限に引き出した栄養療法を行うことが職員負担軽減になると思われる。

S3-2 当院におけるNST対象患者の栄養管理状況と管理栄養士の関わり

国家公務員共済組合連合会 新別府病院 栄養管理室¹⁾、外科²⁾、NST専従³⁾

○釘宮彩季¹⁾、菊池暢之²⁾、田崎亮子¹⁾、藤本晶子³⁾、上田早紀¹⁾、小林美美¹⁾、田村真言子¹⁾

【緒言】 当院のNST介入患者の栄養管理状況、管理栄養士の関わりについて調査したので報告する。

【方法】 2013年8～11月にNST介入した221名を介入時の栄養管理状況から経口、静脈、経腸栄養に分類し、経口患者は介入前後の摂取量、Alb等のデータを比較検討し、静脈患者は脂肪乳剤の併用状況、経口・経腸栄養開始日数、経腸患者は介入理由を調査した。

【結果】 NST介入時、経口104名(47%)、静脈77名(35%)、経腸40名(18%)。介入前後で経口摂取量は665から1163kcalに増加し、Albは2.6から2.8g/dlへ有意に上昇。脂肪乳剤併用有は25名(32%)、併用無は平均3.5日以内に経口・経腸が開始。経腸の介入理由は、投与量不足19名(48%)、嚥下訓練必要が8名(20%)、下痢の問題6名(15%)であった。

【考察】 静脈・経腸管理と並行して管理栄養士による食事の個別対応を行なうことで摂取量を改善させ、栄養状態の改善が疾患の改善に繋がる栄養管理を実践できていると考える。

【結論】 NST活動の充実には病棟担当栄養士の連携が重要である。

S3-3 急性期病院外科におけるNST活動の現況と問題点

済生会熊本病院 外科¹⁾、薬剤部²⁾、栄養部³⁾

○岩槻政晃¹⁾、庄野文字²⁾、中村 唯³⁾、今村治男³⁾、高森啓史¹⁾

当院は400床、救急車搬入数は9117台/年（2012年度）の急性期病院である。当科では年間1052件の消化器外科を中心とした手術を行っている。そのうち緊急手術が349件（33.2%）を占め、疾患別では、35%は悪性腫瘍疾患を扱っており、周術期の栄養管理にNSTの介入は必要不可欠である。当院のNSTは2001年に発足し、病院全体で年間約3000件（月平均275件）のNST回診を実施している。医師、看護師、薬剤師、栄養士を中心に週1回の病棟NST回診を行い、栄養状態の評価と管理を行っている。多くの疾患はパスを用いた術後管理を行っているが、緊急手術症例や合併症併発症例ではNST介入の意義は大きい。しかし、平均在院日数が約10日と短い期間に適切な介入やアウトカムの評価が行われているかなどの問題点もある。そこで急性期疾患や悪性疾患を扱う当科におけるNST活動の現況を解析し、その問題点を明らかにする。

S3-4 NST活動の充実を目指して

国立病院機構 小倉医療センター 栄養管理室¹⁾、外科²⁾

○柴田亜季¹⁾、中山美帆¹⁾、清水三千代¹⁾、品川祐治²⁾

【目的】 NST活動の更なる充実を目指した取り組みについて報告を行う。

【方法】 ①NSTチェアマンが要注意患者リストの作成②食事摂取低下症例ピックアップ（4週ごと）③褥瘡チームとの連携強化④緩和ケア回診にNST栄養士が同行⑤リンクナース業務（低栄養症例のピックアップ）を会議にて再確認⑥NST活動認知の為、勉強会にて症例報告、といった取り組みを24年度より開始し23年度と比較した。

【結果】 新規介入患者数66名→149名、介入した診療科9科→12科、褥瘡患者への介入件数17件→31件に増加、診療科別の介入依頼割合に変化が見られた。

【考察】 低栄養リスクが高い患者のスクリーニング感度が上昇した結果、介入件数の増加、幅広い年齢層、診療科への介入に繋がったと考える。褥瘡チームとの連携強化により栄養管理が必要な症例へ早期介入が可能となったと考える。

【結論】 前年度に比べNST活動の充実を図ることができた。今後も更なる充実を目指し活動を行う。

S3-5 医療安全確保のための食事性アレルギーに対する栄養管理室の取り組み

鹿児島大学病院 栄養管理室¹⁾、小児外科²⁾、医療環境安全部³⁾

○竹元明子¹⁾、田中睦美¹⁾、蔵元理恵¹⁾、福田歩美¹⁾、倉元景子¹⁾、山内莉恵子¹⁾、
小森園まりえ¹⁾、上拾石智子¹⁾、黒田詩歩¹⁾、加治 健²⁾³⁾

【目的】 食事性アレルギーの指示漏れや、献立、検品のミスがインシデントに繋がる事例がある。そこで医療安全確保のための業務改善の一環として、食事性アレルギーへの対応に取り組んだ。

【方法】 2013年6月から11月において、1.栄養管理計画書作成時の情報抽出。2.管理栄養士の早期の病棟訪問。3.問い合わせへの適切な食事の提案。4.栄養士および調理師のダブルチェック。以上に取り組み内容を分析した。

【結果】 栄養管理体制の見直しで病棟訪問は1561件から4834件に増加した。対応した64件中、指示漏れに対する食事締切時間以降の依頼は17件であった。管理栄養士がアレルギー情報を抽出し入力を依頼したのは35件であった。訪問で得られた情報は栄養管理病棟訪問記録表に記録し、医師・看護師との情報共有、連携に用いた。献立や検品のダブルチェックの実施と共に業務改善につながった。

【まとめ】 病棟訪問の数を増やしたことで未然に防ぐのに有用な症例があった。

S4-1

高血圧予防・管理のための食習慣質問票(DHQ-HT)の栄養アセスメントツールとしての意義と妥当性

福岡女子大学 栄養健康科学¹⁾、福岡女子大学大学院 栄養健康科学²⁾、
国立病院機構九州医療センター 高血圧内科³⁾

○江頭和佳子¹⁾、早瀬仁美¹⁾²⁾、中村夏希¹⁾、船元智子²⁾、古賀みのり²⁾、松永泰子¹⁾、
土橋卓也³⁾

【目的】 高血圧予防・管理のために開発したDHQ-HTの意義と妥当性について検討した。

【方法】 2013年4-5月、女子大生69名の同意を得て、食事調査(DHQ-HTと、妥当性が検証されている簡易型自記式食事歴法質問票 (BDHQ)、食事秤量記録法)及び24時間蓄尿 (蓄尿) を実施し、各調査から得られた食塩・カリウム量の相関関係を明らかにした。

【結果・考察】 DHQ-HTとBDHQによる食塩・カリウム量には、有意な正の相関関係が認められた ($p < 0.001$)。なお、平均値は各調査法間で若干異なり、食塩では有意差 ($p < 0.05$) がみられたが、カリウムにはみられず、24時間蓄尿結果は蓄尿日の食事内容を反映していることが示唆された。DHQ-HTは簡便に個人の習慣的な食塩・カリウム摂取状況を把握でき、タブレット端末から直接入力も可能なため、簡易栄養アセスメントツールとして有意義であることがわかった。

S4-2

妊婦の減塩指導に用いた食習慣質問票(DHQ-HT)の栄養アセスメントツールとしての妥当性と意義

福岡女子大学大学院 栄養健康科学¹⁾、福岡女子大学 栄養健康科学²⁾、
国立病院機構九州医療センター 高血圧内科³⁾

○船元智子¹⁾、早瀬仁美¹⁾、古賀みのり¹⁾、中村夏希²⁾、榊美奈子³⁾、土橋卓也³⁾

【目的】 妊婦の高血圧予防・管理のための減塩指導における、DHQ-HTの栄養アセスメントツールとしての妥当性と意義について検討した。

【方法】 対象者は同意が得られた妊婦72名 (年齢34.6歳) で、妊娠16週前後の健診時にDHQ-HTと7日間食事記録 (以下、7日食事)、24時間蓄尿 (以下、蓄尿) を依頼、各調査から得られた食塩・カリウム (K) 値の関係を分析した。

【結果・考察】 7日食事平均食塩・K摂取量とDHQ-HTには、有意な正の相関 ($p < 0.0001$) が認められたが、蓄尿の食塩値とは相関がみられずK値のみに有意な相関が認められた。また、平均値の差については、7日食事平均食塩とDHQ-HTで同等、蓄尿値で有意差 ($p < 0.05$) が認められ、Kについてはいずれも有意差が認められた。DHQ-HTは1週間の食事記録より負担が小さく、個人の習慣的な食塩・K摂取状況を把握する簡易栄養アセスメントツールとして有意義であり、蓄尿日の食事内容を反映する蓄尿結果と併用すれば、よりの確な摂取量評価と適切な減塩指導が可能になることがわかった。

S4-3 食育減塩コーナー来場者における塩分チェック結果と血圧との関係

福岡女子大学大学院 栄養健康科学¹⁾、福岡女子大学 栄養健康科学²⁾、
国立病院機構九州医療センター 高血圧内科³⁾

○古賀みのり¹⁾、早瀬仁美¹⁾²⁾、船元智子¹⁾、都地麻里子²⁾、土橋卓也³⁾

【目的】 一般来場者の塩分チェックと血圧測定を行い、食塩摂取状況と血圧との関係を調べた。
【方法】 2013年11月1-3日、Sガス展示会の食育減塩コーナーにおいて、希望者に塩分摂取習慣13項目の自記式質問紙調査と血圧測定を実施した。20歳以上の248名（有効回答率93%、男性31%）を解析対象者とし、塩分スコア（13項目合計点）から食塩摂取状況を把握し、血圧との関係を調べ、質問紙調査の意義について検討した。
【結果・考察】 男女比較では男性は女性より塩分摂取習慣7項目と塩分スコアが不良（ $p<.05$ ）で、SBP・DBPとも高値（ $p<.01$ ）であった。男女別に高血圧（SBP \geq 130mmHg and DBP \geq 85mmHg）の有無で2分し比較した結果、高血圧群の男性でハム・ソーセージ、女性で外食やコンビニ弁当の摂取頻度がそれぞれ多く（ $p<.01$ ）、塩分スコアは男女ともに高血圧群で不良（ $p<.05$ ）であった。塩分摂取に寄与する習慣は、男女とも汁系、麺、しょうゆ、男性のみ家庭の味付け、女性のみ食べる量であった。以上より、簡便な質問表による高血圧のスクリーニングの意義、および対象者の性別とライフスタイルを考慮した減塩指導が必要であることがわかった。

S4-4 減量達成度と各種環境因子の関連について

国立病院機構 小倉医療センター 栄養管理室¹⁾、内科²⁾

○安藤翔治¹⁾、柴田亜季¹⁾、中山美帆¹⁾、清水三千代¹⁾、岡嶋泰一郎²⁾

【目的】 同様に栄養指導を実施した肥満患者において減量の効果には個人差が生じる。過去のデータを収集し減量の達成度と各種環境因子について分析を行い、今後の栄養指導方法を模索する。
【方法】 平成22、23年度に外来栄養指導を実施した肥満症患者（BMI \geq 30）52名のうち複数回の栄養食事指導を実施した患者30名を対象としデータを収集し分析する。
【結果】 継続した栄養指導を実施している患者は57%、うち減量を達成した者は全体の70.0%、男性62.5%、女性77.2%。体重変化率（初回と最終の体重変化率）は全体 $-3.6\pm 9.0\%$ 、男性 $-2.1\pm 5.7\%$ 、女性 $-4.2\pm 9.9\%$ であった。セルフモニタリング実施者の方が減量できていた。
【結論】 継続的な栄養食事指導の有用性や体重記録、運動療法の継続の有用性が示唆された。この調査を基に、個々人に合わせた指導を計画し減量効果を向上させたい。

S4-5 当院における褥瘡ハイリスク群の調査検討

福岡大学筑紫病院NST 看護部¹⁾、薬剤部²⁾、栄養部³⁾、検査部⁴⁾、医師⁵⁾

○園田みずき¹⁾、河野潤子¹⁾、原 珠美¹⁾、溝上 麗¹⁾、金子朋博²⁾、井上竜一²⁾、
田中麻衣子²⁾、田島菜々³⁾、花田輝代³⁾、石橋美由紀³⁾、埜田直美⁴⁾、藤原信一郎⁴⁾、
東 大二郎⁵⁾

【目的】平成24年3月厚生労働省から発表された「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」のハイリスク該当基準をもとに、当院入院の褥瘡ハイリスク患者について調査を行った。

【対象・方法】2012年4月から2013年3月まで当院入院患者で褥瘡ハイリスク群の基準を満たす559例を対象とした。

【結果・結語】ハイリスク患者が多い診療科は外科286例、整形外科88例、泌尿器科68例と手術を行う外科系が並んだ。ハイリスク患者の褥瘡発生頻度をみると、呼吸器科57.1%、消化器科42.4%、循環器科41.2%と内科系が上位を占めた。外科系患者は手術施行により一旦ハイリスク群に入るものの、術後経過でADL拡大が可能であるのに対し、呼吸器科、消化器科、循環器科でハイリスク群になる症例はADL拡大が不能な症例が多いためと考えられた。褥瘡症例の平均Hb、AlbをみるとHb9.0、Alb2.3と低値であり栄養管理の課題も浮き彫りとなった。

S5-1 生体肝移植周術期における栄養療法の実際とその評価

長崎大学大学院 移植・消化器外科

○曾山明彦、高槻光寿、日高匡章、北里 周、足立智彦、夏田孔史、木下綾華、
ジャスラン バイマカノフ、藤田文彦、金高賢悟、南 恵樹、黒木 保、江口 晋

生体肝移植レシピエントは術前より低栄養状態にある事や術後に摂食が思うように進まない患者も多く、周術期栄養管理の役割は非常に大きい。当科では早期経腸栄養、外瘻胆汁還元等を用いた術後栄養管理を行っている。従来の栄養評価に加えて、小腸絨毛活性、胆汁組成を評価した。生体肝移植後、腸管上皮細胞の健全性の指標であるGLP-2は経時的に低下していたが、小腸上皮細胞のintegrityの指標として末梢血中 diamine oxidase (DAO) を測定すると、術後28日目のDAO変化率 (POD28 DAO値/ POD7 DAO値) は、中央値0.95 vs. 0.60 (P=0.07) と経腸栄養群 (n=7) では、経腸栄養非施行群 (n=6) に比し、DAOが保たれる傾向があった。胆汁還元の評価として、胆汁中リン脂質、総胆汁酸を測定 (n=10)。リン脂質は胆汁還元前 239mg/dl (57-620) から還元後 361mg/dl (75-805) と有意な上昇を認めた (P<0.01)。胆汁酸も7.5 μ mol/l (2.6-17) から14.9 μ mol/l (8.1-35.5) と還元後に増加していた。小腸絨毛活性、胆汁組成からも、当科の栄養管理の有用性が示された。

S5-2 食道癌術前化学療法時の体組成の変化は術後合併症発生に影響する

熊本大学大学院 消化器外科学

○井田 智、吉田直矢、辛島龍一、今村 裕、馬場祥史、岩上志朗、坂本快郎、
宮本裕士、馬場秀夫

【目的】 食道癌の術前化学療法(NAC)としてドセタキセル・シスプラチン・5-FUの3剤併用 (DCF療法) を施行している。術前DCF療法による体組成の変化と術後合併症の発生との関連を検討した。
【対象・方法】 術前DCF療法後に食道切除再建術を施行した食道癌30例を対象とした。In body 720にてNAC前後での体組成を評価した。術後合併症はGrade I以上すべてを合併症ありとした。
【結果】 肺合併症4例、SSI 3例など、26例中11例に何らかの合併症を認めた。NAC前後での体タンパク量、骨格筋量、体細胞量および除脂肪量の低下が有意に術後合併症の発生と関係した (p<0.05)。BMIや血清Alb値の変化は合併症の発生と有意差を認めなかった。
【まとめ】 NACに伴う体タンパク量などの低下が術後合併症の発生に関与する可能性がある。NAC時の詳細な栄養状態の評価および栄養補助について今後の検討が必要である。

S5-3

肝膵手術症例における患者栄養状態とQOL改善を目指したグレリン投与の第Ⅰ・Ⅱ相臨床試験

長崎大学大学院 腫瘍外科

○高木克典、七島篤志、阿保貴章、村上豪志、荒井淳一、国崎真己、黨 和夫、竹下浩明、日高重和、永安 武

【目的】 肝・膵切除症例の術後の栄養状態改善やQOL低下改善目的に消化管栄養ペプチドのグレリンを投与し、治療効果を検討した。またラット膵液瘻モデルで安全性を検討した。

【方法】 1) ラット膵液瘻モデルにグレリンを投与し、腹水の増減を測定した。2) 肝胆膵胆癌患者の術前の血中グレリン濃度と臨床パラメータを解析した。3) 術後症例におけるグレリン投与の影響を、非投与群と比較検討した。

【結果】 1) ラット膵液瘻モデルにグレリン投与による影響はなかった。2) 膵切除に比べ肝切除群でグレリン前値が高い傾向にあった。アシル、デスアシルグレリンは呼吸商、IL6値と相関し、HbやAlb値とは負の相関を認めた。3) グレリン投与群では非投与群に比べ摂取カロリーが増加し、アシル、デスアシルグレリンが増加した。

【結論】 肝膵切除後のグレリン投与は安全に投与でき、術後栄養状態や患者QOLを改善する可能性が示唆された。

S5-4

術後膵関連合併症に対する栄養管理法 -JSPENガイドラインをどう使うか-

長崎県島原病院 外科

○眞田雄市、岡田怜美、川下雄丈、東 尚、松尾繁年

腹部外科手術において、膵切除のみならず、膵の授動、背側の剥離操作を伴う場合、術後膵液瘻をはじめとした合併症に悩まされる症例は少なからず存在する。最近2年間に経験した術後膵関連合併症4例を提示し、その栄養管理法に焦点を当てて検証する。症例の内訳は①膵頭十二指腸切除術後膵空腸吻合部の縫合不全②後腹膜悪性リンパ摘出術後膵液漏③十二指腸間膜原発血腫に対するsegmentectomy後吻合部狭窄と急性膵炎④膵体部仮性嚢胞に対する膵体尾部・脾臓摘出術後断端膵漏、であった。合併症に対する栄養管理として術中に空腸の経管栄養チューブを挿入していた症例は2例(症例①、④)であり、他は合併症発症後、透視下で経鼻的に挿入したものが1例(症例②)、狭窄に対する再手術(バイパス術)の際、挿入したものが1例(症例③)であった。術中の経管栄養チューブ留置を施行しなかった2症例では合併症の治癒遷延が認められた。JSPENガイドライン3版では重症急性膵炎の場合幽門後ルートによる経管栄養を推奨しており、術後膵関連合併症においても併存する胃排泄遅延などを考慮すると同様に有効であると示唆される。各症例の経過を提示するとともに、膵関連合併症における栄養管理の特殊性に関してJSPENガイドライン3版を参照しながら考察する。

産業医科大学 第一外科

○沢津橋佑典、佐藤典宏、森 泰寿、皆川紀剛、田村利尚、柴尾和徳、日暮愛一郎、山口幸二

【背景】今回、当科における尾側腓切除例における腓液瘻の危険因子を解析した。

【対象と方法】当科で施行した自動縫合器による尾側腓切除術44例。年齢、性別、ASAスコア、BMI、術前の予後栄養指数（PNI：小野寺らのprognostic nutritional index）、適応疾患、腹腔鏡の使用、腓切離部位、腓管拡張、切離ラインでの腓の厚さ、手術時間、術中出血量、術後7日目のWBC、CRPおよびPNI減少率について、腓液瘻発症との関連を検討した。

【結果】国際研究グループ基準に従った腓液瘻（全グレード）は23例（52%）にみられ、うちグレードB/Cは13例であった。腓液瘻あり・なしの2群間での比較（単変量解析）、および多変量解析では腓の厚さ（ $P=0.0121$ ）とPNI減少率（ $P=0.0165$ ）が共に腓液瘻発症の独立した危険因子であった。さらにPNI減少率は腓液瘻を認めない/グレードA腓液瘻の患者群よりグレードB/C腓液瘻を認めた群で有意に高かった（ $P=0.0257$ ）。

【結語】術直後のPNI減少と腓液瘻発生との関連が示唆された。

S6-1 神経・筋難病患者における経管栄養の半固形化栄養法の導入を試みて

NHO 南九州病院

○廣田裕二、大木場莉江子、松元孝行、鹿田恵子、久徳博子、中村 薫、的場浩二

【目的】 神経・筋難病患者は疾患の進行に伴い経管栄養法が必要となることが多いが低アルブミン血症となる一方で、脂肪と糖の吸収は良い為か肥満傾向にある。栄養材を液体栄養材から半固形栄養材へ変更し、患者の消化・吸収機能に与える有効性を検証した。

【方法】 PEG造設患者8名を対象に2か月間、1日3回半固形栄養を実施。半固形導入前後のデータ（血液・腹部X-P・体重・腹囲・排便状態・胃食道逆流など）を比較した。

【結果・考察】 血液データは総蛋白・プレアルブミンは8名中7名が上昇、総コレステロールは全員減少した。体重の著しい増減はなく腹囲は増加傾向にあり、排便は6名が便性状の有形化を示した。これらの結果より、栄養材の半固形化で正常な胃の整理的運動がおり、消化酵素が正常に分泌され蛋白質吸収に影響したと考える。本研究は排泄機能の著明な低下のない場合、栄養指標の上昇がみられ経管栄養法として有効であると言える。

S6-2 抗癌剤治療の口内副作用に対する治療

福岡大学筑紫病院NST 薬剤部¹⁾、栄養部²⁾、看護部³⁾、検査部⁴⁾、医師⁵⁾

○金子朋博¹⁾、井上竜一¹⁾、田中麻衣子¹⁾、田島菜々²⁾、花田輝代²⁾、石橋美由紀²⁾、河野潤子³⁾、原 珠美³⁾、園田みずき³⁾、溝上 麗³⁾、埴田直美⁴⁾、藤原信一郎⁴⁾、東 大二郎⁵⁾

【目的】 抗癌剤治療では口内副作用が多く出現する。当院ではキシロカインを第一選択とし、第二選択としてロペラミドを使用している。これらの治療に抵抗性であった1例に半夏瀉心湯を使用した。

【対象・方法】 2012年12月までにNST依頼があった化学療法中の症例を対象とした。11例キシロカイン群、11例ロペラミド群で毎食前30分にうがいしてもらい食事摂取量を調査した。これらの方法で効果がなかった1症例に半夏瀉心湯を使用した。

【結果】 ロペラミドではキシロカインと比べて開始2日目から食事摂取量が有意に増加した。これらの方法で効果がなかった症例に半夏瀉心湯を直接塗布しその2日後より食欲増加（著効）を認めた。

【考察】 抗癌剤治療の口内副作用に対してロペラミド含嗽は有効な対処法である。また、半夏瀉心湯は一症例の経験ではあるが効果があり、今後抗癌治療の口内副作用の治療薬の一つとして考慮してよいと思われる。

S6-3 胃瘻造設術後も経口訓練にて経口摂取へ移行できた症例

地方独立行政法人 くらて病院 N S T 医師¹⁾、看護部²⁾、薬剤科³⁾、検査科⁴⁾、言語聴覚士⁵⁾、栄養科⁶⁾、N S T 専従⁷⁾

○高松一彦⁷⁾、伊藤陽一¹⁾、仲野 秀¹⁾、中川洋子²⁾、田原孝美²⁾、竹山康介³⁾、町田 茂³⁾、豊福直美⁴⁾、桃田里美⁵⁾、原裕子⁶⁾

当院では脳梗塞後遺症や肺炎後廃用による胃瘻造設患者が年間20人程いる。誤嚥性肺炎を繰り返し、経口摂取を断念し胃瘻による栄養管理へ変更されることは、生命に危機を及ぼすとはいえ食思のある患者にとっては苦渋の選択となる。胃瘻造設後は経腸栄養により栄養状態の改善を図り、経口摂取へ移行の可能性の高い患者へは、積極的に長期の嚥下訓練を行っている。嚥下訓練は、口腔内乾燥の改善や、誤嚥性肺炎の発生頻度を低下させる。訓練の結果、嚥下機能を保持できる患者がいる一方、誤嚥を繰り返し、経口摂取のみでは必要な栄養が摂取できず胃瘻併用の患者は多い。今回、胃瘻導入に至り背景の異なる複数の症例で、導入前後の患者と御家族の気持ちとその変化やQOLやADLの変化、そして完全に胃瘻から離脱できた貴重な体験をしたので報告する。

S6-4 当院における栄養療法(経腸栄養)の現況

戸畑共立病院、内科

○岸 昌廣

【背景と目的】 当院におけるクローン病（以下CD）の栄養療法（以下ED）の現況を調査した。

【対象】 対象は2013年9月時点で、当院にてCDの特定疾患臨床調査票を提出した50例。内訳は男女比39:11、平均年齢39.7（15～72）歳、平均罹病期間13.2（0～36）年、小腸大腸型26例、大腸型3例、小腸型21例。

【検討項目】 1、ED施行24例とED非施行26例。2、ED施行24例のうち、900kcal以上摂取群17例、900kcal未満7例。上記2群で、平均罹病期間、平均CDAI、病勢、腸管切除既往の有無、生物学的製剤投与の有無、腸管合併症の有無に関して検討した。

【結果】 1、ED施行群は24例（48%）、ED非施行例は26例（52%）。検討項目において比較したが統計学的有意差はなく、生物学的製剤は32例（64%）で投与され16（62%）:16（67%）であった。2、ED施行群24例において、平均摂取カロリーは約400kcal（300～1200kcal）であった。ED900kcal以上群17例（71%）と、900kcal以下群7例（29%）を検討項目において比較したが統計学的有意差はなく、生物学的製剤は16例（62%）で投与され12（71%）:4（57%）であった。

【考察】 当院では、基本的に全症例にEDを勧めるが、ED施行例は約半数であった。そのうち、有用とされる900kcal以上を摂取している割合は約3割程度であった。各群間で統計学的有意差はなかった。軽症の症例が多く、ED非施行でも、生物学的製剤を含めたその他の治療で、寛解維持できている症例が多いと考えられた。

AJINOMOTO.



成分栄養剤

エンタール® 配合内用剤

ELENENTAL® ●薬価基準収載

★「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

AJIMed.

消化器関連情報の配信サイト <http://www.ajinomoto-seiyaku.co.jp/ajimed/>
先生方のお役に立てるような情報を配信する医療関係者専用の会員サイトです。



製造販売
味の素製薬株式会社
〒104-0042 東京都中央区入船二丁目1番1号

〔資料請求先〕

味の素製薬株式会社 くすり相談
☎0120-917-719

2010年4月作成
ED-JB5-0410-DNP



処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
 膵消化酵素補充剤

薬価基準収載

リパクレオン[®] 顆粒300mg分包 カプセル150mg

〈パンクレリパーゼ製剤〉 **Lipacreon[®]**

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

Abbott

製造販売元 **アボット ジャパン株式会社**
東京都港区三田3-5-27

販売元



エーザイ株式会社
東京都文京区小石川4-6-10

製品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 お客様ホットライン
 フリーダイヤル 0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)

LPC1209M02

H₂受容体拮抗剤

日本薬局方 ラフチジン錠

薬価基準収載

プロテカジン[®] 錠5・10

ラフチジン口腔内崩壊錠

プロテカジン[®] OD錠5・10

PROTECADIN[®] tablet 5・10 ・ OD tablet 5・10

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意等につきましては添付文書をご参照ください。

■資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

製造販売元
 資料請求先
 (医薬品情報課)



大鵬薬品工業株式会社

〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
 TEL.0120-20-4527 <http://www.taiho.co.jp/>

夏目漱石 (1867～1916)

作家。胃潰瘍が持病で、43歳の時、療養先の宿舎で大吐血し、生死の境をさまよった。その後再発を繰り返し、1916年、長編小説『明暗』の執筆半ばで、胃潰瘍のために49歳の生涯を閉じた。



2013年5月作成



選択的DPP-4阻害剤 [2型糖尿病治療剤]
処方せん医薬品[※] 薬価基準収載

ネシーナ錠

25mg
12.5mg
6.25mg

(アログリプチン安息香酸塩) 注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

2012年6月作成


(資料請求先)
武田薬品工業株式会社 医薬営業本部
〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号




経皮吸収型鎮痛・抗炎症剤 薬価基準収載

ロキソニン[®]

テープ[®]

50mg
100mg

ロキソプロフェンナトリウム水和物貼付剤

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
 **リードケミカル株式会社**
富山県富山市日俣77-3

販売元(資料請求先)
 **第一三共株式会社**
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2012年1月作成

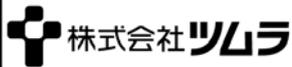


腹痛、腹部膨満感に

腹が冷えて痛み、
腹部膨満感のあるもの

ダイケンチュウトウ
ツムラ大建中湯
 エキス顆粒(医療用) 100 薬価基準収載

■効能又は効果、用法及び用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照下さい。



株式会社 **ツムラ**

<http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。Tel.0120-329-970

(2011年9月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 JW-1001

甘くない濃厚流動食。

食事に合う「スープ」3種類。 EPA・DHA
167mg

TERUMO

人にやさしい医療へ

**テルミールミニ
Soup**
スープ

200kcal/125mL

トマトスープ味



クリームシチュー味



和風鰹だし味



■標準組成(1パックあたり)

容量	(mL)	125
エネルギー	(kcal)	200
たんぱく質	(g)	7.3
脂質	(g)	7.5
EPA	(mg)	100
DHA	(mg)	67
炭水化物	(g)	26.0
ビタミンB1	(mg)	0.60
水分	(g)	94

栄養機能食品(ビタミンB1) 食生活は、主食、主菜、副菜を基本に、食事のバランスを。

もっと知りたい!
そんな時は



直接話せて安心! テルモ・コールセンター

☎ **0120-12-8195**

9:00~17:45
土・日・祝日を除く

販売者 テルモ株式会社

〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1

☎、TERUMO、テルモ、テルミールはテルモ株式会社の登録商標です。

©テルモ株式会社 2013年12月

FOR VASCULAR ACCESS

SITE RITE
ULTRASOUND SYSTEM

サイトライト5

血管アクセス用超音波診断装置

ブラインドによる穿刺から
リアルタイム超音波ガイド下穿刺へ



販売名：サイトライト5
認証番号：219ADBZX00188000
クラス分類：[2] 管理医療機器
一般的名称：汎用超音波画像診断装置

1 MONITOR

大画面のリアルタイム画像
画面サイズ12.1インチは当社従来品*の約10倍。
血管がより視認しやすくなりました。

*サイトライトIV

2 PROBE

ハンドコントロールできる超音波プローブ
画面の操作が手元で可能です。

3 MARKER

鮮明な深度マーカ
深度は1.5cm～6.0cmまで選択できるのでさまざまな症例に対応できます。

4 MEMORY

USBポート
ボタン1つで診断結果をデジタルデータとして保存できます。

5 NEEDLE GUIDE

専用のニードルガイド
ニードルガイドを用いることにより、目的部位への
血管穿刺が可能となります。



※事前に必ず添付文書を読み、本製品の使用目的、禁忌・禁止、警告、使用上の注意等を守り、使用方法に従って正しくご使用ください。本製品の添付文書は、弊社WEBサイト及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の医薬品医療機器情報提供ホームページでも閲覧できます。
※製品の仕様・形状等は、改良等の理由により予告なく変更する場合がございますので、あらかじめご了承ください。
※Bard、バード、SITE-RITEは、C. R. Bard社の登録商標です。

製造販売業者

BARD



株式会社 メディコン

本社 大阪市中央区平野町2丁目5-8
☎06(6203)6541(代)

メディ助 medisuke.jp
にご登録ください。



協賛企業一覧(五十音順)

プログラム広告協賛

味の素製薬株式会社

エーザイ株式会社

大鵬薬品工業株式会社

武田薬品工業

第一三共株式会社

株式会社ツムラ

テルモ株式会社

株式会社メディコン

展 示 協 賛

テルモ株式会社

第39回 九州代謝・栄養研究会

当番世話人：山口 幸二 産業医科大学第一外科

発行日：2014年2月28日

事務局：産業医科大学第一外科

〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

TEL: 093-691-7441 FAX: 093-603-2361

印刷：(有)秀文社印刷
