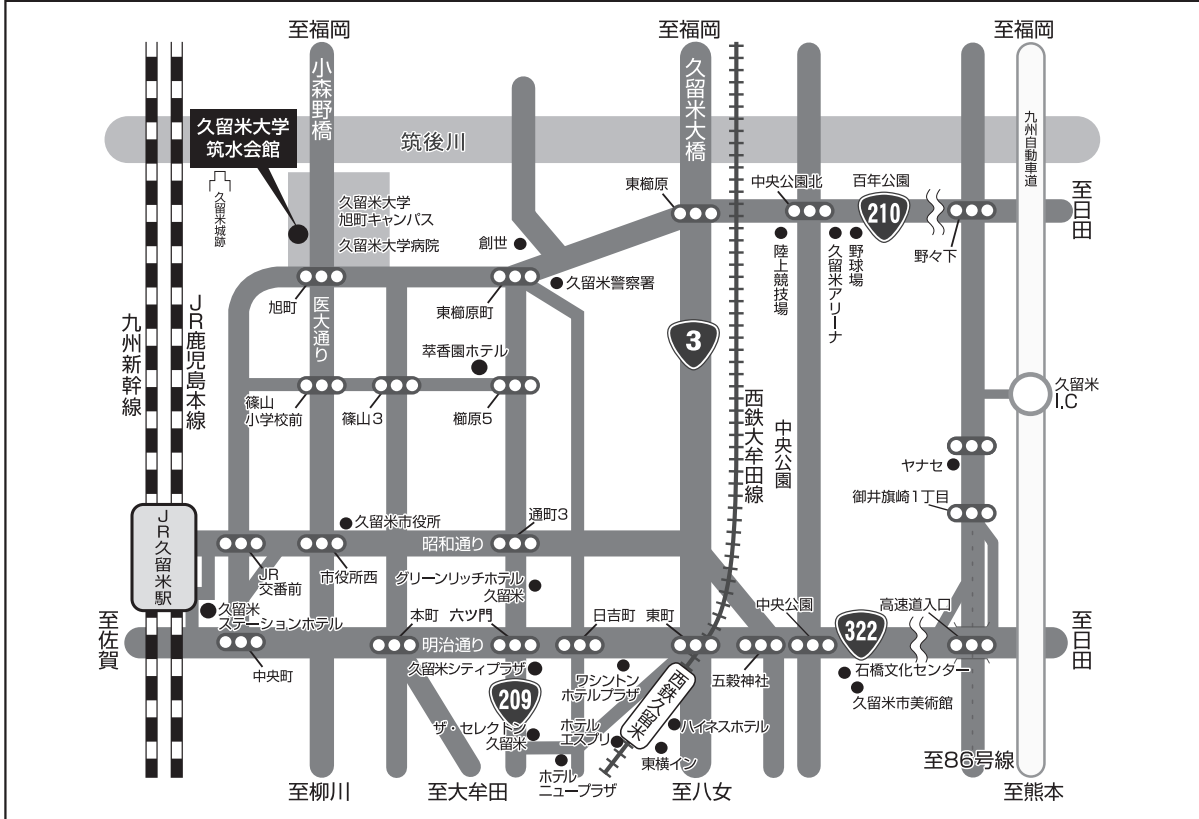
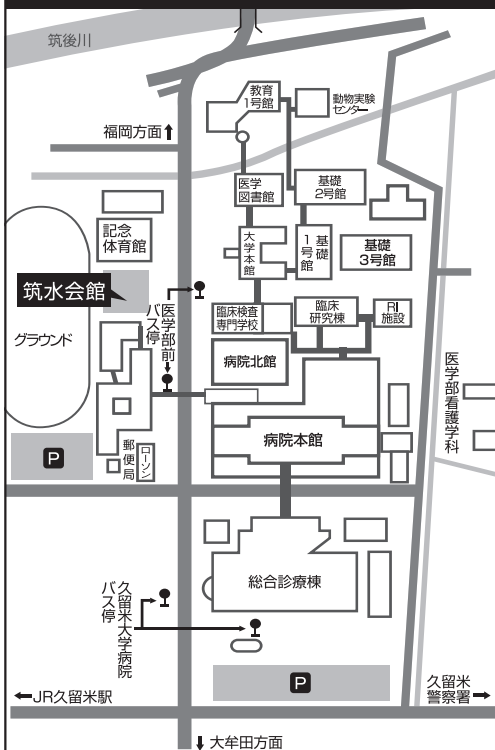


会場へのご案内

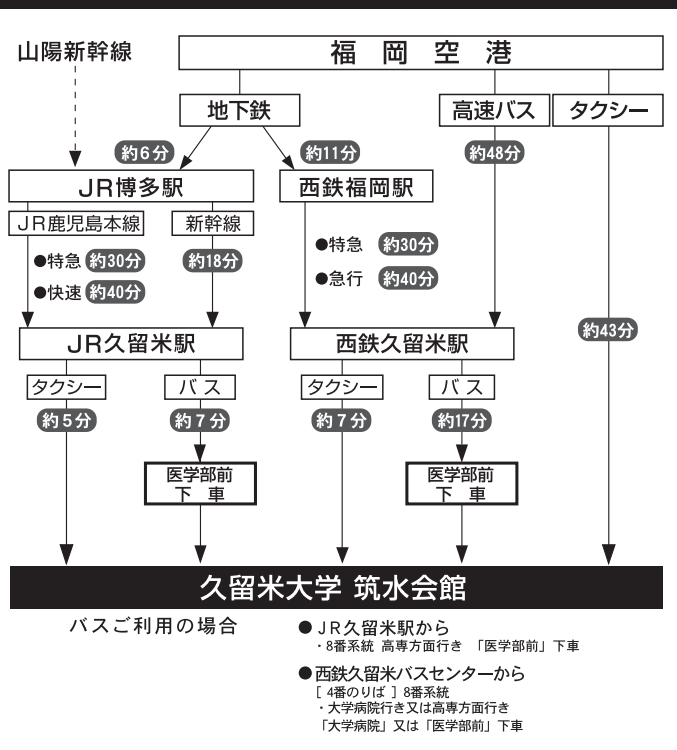
詳細地図



久留米大学旭町キャンパス周辺図



交通のご案内



※公共交通機関を使ってご来場ください。
駐車場をご利用の場合は有料となっております。

参加者へのご案内

1. ご来場について

- ・会場には駐車場がございません。周辺の有料駐車場、もしくは公共交通機関をご利用ください。

2. 参加受付についてのご案内

- ・受付は12時00分より、筑水会館1Fにて行います。
- ・参加費は、医師2,000円、メディカルスタッフ・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。
- ・当日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。
- ・プログラム集は当日1冊1,000円にて販売いたします。

3. 座長の先生へのご案内

- ・受付時に座長であることを教えてください。
- ・担当セッションの開始10分前には、会場内の次座長席にお越し下さい。
- ・進行は座長にお任せしますが、時間厳守をお願い致します。

4. 演者の方へのご案内

発表時間：発表5分、質疑応答2分

発表方法：以下の注意事項をご確認下さい。

- ・発表者は受付の際、演題発表者であることを教えてください。
- ・発表の開始30分前までに「PC受付」にて受付を終え、発表15分前までに次演者席にお越し下さい。
- ・持ち込みされるメディアには、当日発表されるデータのみを入れてください。
- ・データファイル名には、演題番号に続けて氏名を必ず付けて下さい。

例) S I - ① 久留米 太郎

- ・音声の使用はできません。

■お問合せ先

hoopybaron0814@gmail.com

お電話でのご連絡が必要な方は、上記メールアドレスに電話番号を記載してメールをお送りください。

担当よりお電話させていただきます。

5. 二次抄録について

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。

訂正の無い場合には二次抄録は不要です。

データ持ち込みの際の注意事項 (Windowsのみ)

- ①会場にご用意するパソコンはWindows10です。
- ②アプリケーションソフトはMicrosoft PowerPoint 2013・2016・2019です。
- ③フォントは、PowerPointに設定されている標準的なフォントをご使用下さい。
- ④万が一に備えて、必ずバックアップデータをお持ち下さい。
- ⑤PowerPointの発表者ツールはパソコンのセッティングの都合上、進行を円滑に進めるために使用できません。
- ⑥Macintoshで作成の場合ならびに、動画をご使用の場合は、ご自身でノートパソコンをご持参下さい。
- ⑦発表データは、会場のパソコンに一旦コピーさせていただきますが、会終了後に事務局にてデータを消去致します。
- ⑧事前にウイルスチェックを必ず行って下さい。なおウイルス感染についての責任は負いかねます。

ノートパソコンを持ち込みの際の注意事項 (Windows、Macintosh)

- ①バックアップ用データとして、USBフラッシュメモリまたはCD-Rをご持参下さい。
- ②パソコンのACアダプターを必ずご持参下さい。
- ③会場で使用するPCケーブルコネクタの形状はHDMIおよびD-sub15ピン3列タイプです。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下さい。

世話人・幹事会のご案内

2023年3月4日(土) 11:30~12:30

久留米大学筑水会館 1F 小会議室

なお、世話人・幹事会では昼食を準備しております。

特別講演

座長：久留米大学医学部外科学講座消化管部門 石橋 生哉 先生

演題 肝硬変の栄養療法：ガイドライン 2023

演者：久留米大学 医学部 内科学講座 消化器内科部門

川口 巧 先生

教育講演 メディカルスタッフのための教育セミナー

座長：久留米大学医学部外科学講座消化管部門 石橋 生哉 先生

演題 短腸症候群に対する栄養治療の注意点

演者：久留米大学 医学部 外科学講座 小児外科部門

加治 建 先生

研究会プログラム

プログラム

開会の辞 [13:00～13:02]

当番世話人 石橋 生哉 (久留米大学医学部外科学講座消化管部門)

特別講演 (Web 講演) 座長 石橋 生哉 (久留米大学医学部外科学講座消化管部門) [13:05～14:05]

肝硬変の栄養療法：ガイドライン 2023

川口 巧 先生 (久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門)

セッション 1 座長 村上 直孝 (地方独立行政法人大牟田市立病院) [14:05～14:45]

S1-1 PTEG による周術期栄養管理が有用であった閉塞性十二指腸癌の一例

○谷脇慎一¹⁾、谷口寛子¹⁾、佐々木晋¹⁾、四方田隆任¹⁾、村上直孝¹⁾、久下 亨²⁾、赤木由人²⁾

1) 大牟田市立病院 外科 2) 久留米大学 外科学

S1-2 在宅経腸栄養法に難渋し、低血糖症状を呈した患者に NST が介入した 1 症例

○森戸愛美¹⁾、横山富美子¹⁾、武市幸奈¹⁾、中島光香²⁾、西崎晶子²⁾、柿野貴盛²⁾、坂本一郎²⁾、筒井裕之²⁾

1) 九州大学病院栄養管理部 2) 九州大学病院循環器内科

S1-3 NST 介入患者における亜鉛欠乏症に関する検討

○牛島圭太¹⁾、山内 健²⁾、山本美紗子¹⁾、小根森智子¹⁾、吉村 達³⁾、古瀬淳子⁴⁾、仲真美恵⁵⁾、松田知子⁶⁾、牛島浩子⁶⁾、佐藤清治⁷⁾

1) 佐賀県医療センター好生館 栄養管理部 2) 小児外科 3) 糖尿病代謝内科
4) 看護部 5) 薬剤部 6) 検査部 7) 消化器外科

S1-4 重症心身障害者における食道インピーダンス pH 検査による腹腔鏡補助下胃瘻造設術前後の評価

○升井大介¹⁾、牛嶋 聡¹⁾、山下晃平¹⁾、高城翔太郎¹⁾、愛甲崇人¹⁾、倉八朋宏¹⁾、東館成希¹⁾、古賀義法¹⁾、七種伸行¹⁾、田中芳明²⁾、加治 建¹⁾

1) 久留米大学医学部外科学講座小児外科部門 2) 久留米大学認定看護師教育センター

S1-5 当院での腹腔鏡下スリーブ状胃切除の導入と経過

○田中侑哉、石橋生哉、村上直孝、磯邊太郎、田中 優、加来秀彰、青柳慶史朗、赤木由人

久留米大学医学部外科学講座消化管部門

セッション 2 座長 貝原 淳 (一般財団法人医療介護・教育研究財団柳川病院) [14:45 ~ 15:25]

S2-1 心臓大血管手術における入院時 Geriatric Nutritional Risk Index 評価の有用性

○庄嶋賢弘、財満康之、有永康一、高瀬谷徹、大塚裕之、高木数実、古野哲慎、朔 浩介、福田倫史、田山栄基

久留米大学医学部 外科学講座 心臓血管外科部門

S2-2 当科における末梢留置型中心静脈カテーテルの有用性の検討

○高城翔太郎¹⁾、牛嶋 聡¹⁾、山下晃平¹⁾、愛甲崇人¹⁾、倉八朋宏¹⁾、升井大介¹⁾、東館成希¹⁾、古賀義法¹⁾、七種伸行¹⁾、田中芳明²⁾、加治 建¹⁾

1) 久留米大学外科学講座小児外科部門 2) 久留米大学病院認定看護師教育センター

S2-3 大腸癌における術前栄養スコアと腫瘍浸潤リンパ球との検討

○野口堯志、吉田武史、主藤朝也、藤吉健司、川本祐輔、福田純也、菊池麻亜子、仕垣隆浩、吉田直裕、合志健一、藤田文彦、赤木由人

久留米大学病院外科学講座

S2-4 食道癌術後における栄養状態の変動と低栄養のリスク因子の検討

○最所公平¹⁾、森 直樹¹⁾、中川将視¹⁾、藤崎正寛²⁾、日野東洋³⁾、的野 吾⁴⁾、石橋生哉¹⁾、赤木由人¹⁾

1) 久留米大学医学部外科学講座 2) 佐世保共済病院 外科
3) 佐賀中部病院 外科 4) 柳川病院 外科

S2-5 食道癌術後の糖質調整経腸栄養剤による血糖管理における有用性の検討

○鶴田祐介¹⁾、佐々木健¹⁾、下之菌将貴¹⁾、松下大輔¹⁾、有上貴明¹⁾、内門泰斗²⁾、盛真一郎¹⁾、蔵原 弘¹⁾、大脇哲洋³⁾、大塚隆生¹⁾

1) 鹿児島大学大学院 消化器・乳腺甲状腺外科 2) 鹿児島大学病院 医療安全部
3) 鹿児島大学大学院 地域医療学分野

休憩 [15:25 ~ 15:35]

S3-1 高たんぱく・低エネルギー食 (スマート食) を用いたダイエットプラン

○坂口美紀¹⁾、喜多華絵¹⁾、松本尚宜¹⁾、岩丸絢子¹⁾、窪田祐子¹⁾、
中村由育²⁾、足達彩香²⁾、田仲洋平²⁾、田尻祐司²⁾、名護 健³⁾、
荒川善文⁴⁾、白濱清香⁵⁾、佐々木由恵⁵⁾、平島ゆかり⁵⁾

- 1) 久留米大学医療センター 栄養室 2) 糖尿病センター
3) リハビリテーション部 4) 薬剤部 5) 看護部

S3-2 胸部外科手術患者を想定した早期経腸栄養プロトコルの安全性評価

○高柳理沙¹⁾、七種伸行²⁾³⁾、永松あゆ¹⁾、杉島 寛⁴⁾、古田和博⁴⁾、
平栗満里子⁴⁾、有永康一⁵⁾、佐藤 晃⁵⁾、石橋生哉²⁾⁶⁾、深水 圭¹⁾⁷⁾

- 1) 久留米大学 外科学講座久留米大学病院 栄養部 2) 久留米大学病院 栄養治療部
3) 久留米大学医学部 外科学講座 小児外科部門 4) 久留米大学病院 看護部
5) 久留米大学 医学部附属病院 集中治療部
6) 久留米大学医学部 外科学講座 消化器外科部門
7) 久留米大学医学部 内科学講座 腎臓内科部門

S3-3 レンバチニブによる副作用で食欲不振を訴える外来患者への、病薬連携による栄養指導体制の検討

○土井瑠奈¹⁾、西村めぐみ¹⁾、井手陽子²⁾、久保田愛菜²⁾、小川 愛¹⁾

- 1) (株)トータル・メディカルサービス 事業部
2) さくら薬局 久留米大学病院前店

S3-4 当院 ICU における早期栄養介入管理加算の現状と課題

○田栗教子¹⁾⁵⁾、瀬ノ口奈緒¹⁾⁵⁾、針山睦美¹⁾、政所祐太郎²⁾、山田優子³⁾、
上田英昭⁴⁾、山崎洋一⁵⁾、武藤 充⁵⁾、有村愛子⁵⁾、出口尚寿⁵⁾、中村雅之¹⁾、
大脇哲洋⁵⁾

- 1) 鹿児島大学病院 栄養管理部 2) 集中治療部
3) 看護部 4) 心臓血管外科 5) N S T

セッション 4 座長 加治 建 (久留米大学医学部外科学講座小児外科部門) [16:05 ~ 16:35]

S4-1 HPN 管理下に妊娠・出産を行った短腸症候群を伴う慢性特発性偽性腸閉塞症の1例

○福原雅弘、皆尺寺悠史、佐藤智江、伊崎智子

大分県立病院 小児外科

S4-2 腸管機能不全による乳幼児期の経口摂取困難に対して NST 介入が奏功した一例

○福田知夏¹⁾、山下さきの¹⁾、武市幸奈¹⁾、永田公二²⁾、福田篤久²⁾、近藤琢也²⁾、田尻達郎²⁾

1) 九州大学病院栄養管理部 2) 九州大学大学院医学研究院小児外科学分野

S4-3 当科で6年以上経過観察している超短腸症候群の長期予後について

○永田公二、近藤琢也、福田篤久、河野 淳、鳥井ケ原幸博、松浦俊治、田尻達郎

九州大学大学院医学研究院 小児外科学分野

S4-4 残存小腸 0 cm の超短腸症生存症例から切り拓く小児短腸症の治療戦略

○杉田光士郎¹⁾、武藤 充¹⁾、西田ななこ¹⁾、祁答院千寛¹⁾、長野綾香¹⁾、村上雅一¹⁾、生駒真一郎²⁾、矢野圭輔³⁾、大西 峻¹⁾、春松敏夫¹⁾、松久保眞²⁾、川野孝文¹⁾、鳥飼源史²⁾、加治 建⁴⁾、家入里志¹⁾

1) 鹿児島大学学術研究院医歯学域医学系小児外科学分野

2) 鹿児島市立病院小児外科

3) 鹿児島市立病院 新生児内科

4) 久留米大学医学部外科学講座小児外科部門

休憩 [16:35 ~ 16:40]

教育講演 メディカルスタッフのための教育セミナー

座長 石橋 生哉 (久留米大学医学部外科学講座消化管部門) [16:40 ~ 17:10]

短腸症候群に対する栄養治療の注意点

久留米大学医学部外科学講座小児外科部門

加治 建 先生

閉会の辞 [17:10 ~ 17:15]

当番世話人 石橋 生哉 (久留米大学医学部外科学講座消化管部門)

次期開催施設挨拶 山内 健 (佐賀県医療センター好生館 小児外科)

研究会抄録

S1-1 PTEGによる周術期栄養管理が有用であった閉塞性十二指腸癌の一例

○谷脇慎一¹⁾、谷口寛子¹⁾、佐々木晋¹⁾、四方田隆任¹⁾、村上直孝¹⁾、久下 亨²⁾、赤木由人²⁾

1) 大牟田市立病院 外科 2) 久留米大学 外科学

【はじめに】 経皮経食道胃管挿入術 Percutaneous Trans-Esophageal Gastro-tubing (PTEG) は、経皮内視鏡的胃瘻造設術 Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) が造設不能もしくは困難な患者にも、簡便かつ安全で低侵襲に造設が可能な頸部食道瘻造設術である。今回、閉塞性十二指腸癌の患者に対して PTEG を造設し周術期の栄養管理に有用であった一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】 患者は 81 歳女性。2 ヶ月前からの食欲不振や嘔吐等の症状のため前医を受診した。精査の結果、十二指腸水平部～上行部に存在する全周性の進行癌と診断され、加療目的に当院へ紹介となった。精査中より経口摂取不良なため経腸栄養目的に PTEG を造設し、空腸までチューブを誘導して術前栄養を行った。精査の結果、手術適応と判断した。PTEG 造設後 18 日目にリンパ節郭清を伴う腹腔鏡下十二指腸部分切除術を施行した。SMA 左側～背側を郭清し、再建は十二指腸下降部～水平部と空腸を側々吻合した。術後 3 日目から PTEG を介した経腸栄養を開始し、一時的に生じた乳糜漏が消失した術後 7 日目より食事を開始した。術後 11 日目に嘔吐があり、胃内容排出遅 delayed gastric emptying (DGE) と診断したため再度絶食・経腸栄養を行った。術後 22 日目に透視下内視鏡検査を行い吻合部狭窄などが無いことを確認し、術後 23 日目より食事を再開した。その後は問題なく経過し、術後 30 日目に PTEG を抜去し、術後 34 日目に自宅退院となった。

【考察】 上部消化管狭窄の患者に対して、術前に減圧チューブや経腸栄養チューブがしばしば必要となる。また、本術式のような術後膵液瘻や乳糜漏、DGE の発生頻度が高い手術は、術後に絶食管理が必要となることがある。本症例に造設した PTEG は、本疾患・本術式においてリーズナブルで非常に有用であったと考えられた。

S1-2 在宅経腸栄養法に難渋し、低血糖症状を呈した患者にNSTが介入した1症例

○森戸愛美¹⁾、横山富美子¹⁾、武市幸奈¹⁾、中島光香²⁾、西崎晶子²⁾、柿野貴盛²⁾、坂本一郎²⁾、筒井裕之²⁾

1) 九州大学病院栄養管理部 2) 九州大学病院循環器内科

【はじめに】

リフィーディング症候群高リスクの場合は、投与エネルギー量は少量より開始し、段階的に増量することが推奨される。一方で飢餓による肝障害は肝臓でのオートファジーが原因であり、その治療には十分な栄養療法が必要である。

先天性心疾患術後遠隔期に、飢餓による急性肝障害と低血糖を発症した症例の栄養管理を経験したので報告する。

【症例】

21 歳女性。心臓手術後脳症のため胃瘻造設し、在宅経腸栄養法を行っていた。下痢が持続し、経腸栄養が困難となり、低血糖、肝機能障害を認めたため精査目的に入院となった。

【経過】

半年間で 29.9kg から 21.7kg (BMI9.75kg/m²) (-27.4%) と体重は減少し、リフィーディング症候群の高リスクに該当した。高度脱水、低血糖に対して静脈栄養を開始し、入院当日から NST が介入した。低血糖回避のため経腸栄養を 25kcal/h から持続投与で開始し、15 日間で 1200kcal まで増量した。また、カルニチン欠乏症に対してカルニチンを補充した。肝機能障害は改善し血糖値も安定したため、体重は 24.8kg となり、30 病日転院となった。

【まとめ】

飢餓状態患者に急性肝障害と低血糖を認めた場合は、慎重かつ十分な栄養療法を行う必要がある。

S1-3 NST介入患者における亜鉛欠乏症に関する検討

○牛島圭太¹⁾、山内 健²⁾、山本美紗子¹⁾、小根森智子¹⁾、吉村 達³⁾、古瀬淳子⁴⁾、
仲真美恵⁵⁾、松田知子⁶⁾、牛島浩子⁶⁾、佐藤清治⁷⁾

1) 佐賀県医療センター好生館 栄養管理部 2) 小児外科 3) 糖尿病代謝内科
4) 看護部 5) 薬剤部 6) 検査部 7) 消化器外科

【目的】 亜鉛欠乏症は高齢者に多いため、当院 NST では積極的な血清亜鉛値の測定と補充療法を推奨している。今回、NST 介入患者の亜鉛欠乏症について検討した。

【方法】 2020年4月～2022年11月にNSTが介入した入院患者57名のうち、血清亜鉛値を測定した患者48名を解析対象とし、亜鉛欠乏症状の有無、欠乏に対する治療効果と治療後の血清銅値について調査した。なお、血清亜鉛値は80 μ g/dL未滿、血清銅値は68 μ g/dL未滿を低値とした。

【結果】 全患者の血清亜鉛値は平均57.4 \pm 21.5 μ g/dLで41名(85%)が低値であった。うち29名に欠乏症と思われる症状(食欲低下22名、褥瘡7名、粘膜障害4名、味覚異常1名)を認めた。低値を示した35名には補充療法(ノベルジン、プロマックD、ブイクレス)がなされ、治療後の血清亜鉛値(20名で測定)は有意に上昇した。有症状者では補充療法後に81%で症状改善を認めた。亜鉛補充療法を行った35名中18名で測定された治療後の血清銅値は6名で低値であったが、投与前値より低下したのは2例のみであった。銅欠乏による症状や貧血、好中球減少は認めなかったが、亜鉛補充の中止(1名)や銅補充(2名)の対応を行った。

【結語】 NST介入患者の多くは低血清亜鉛値を呈し、補充療法により多くの患者で症状の改善を認めた。食欲低下は亜鉛欠乏症を疑う重要な症状であり、食欲不振患者では亜鉛のアセスメントは重要である。

S1-4 重症心身障害者における食道インピーダンスpH検査による腹腔鏡補助下胃瘻造設術前後の評価

○升井大介¹⁾、牛嶋 聡¹⁾、山下晃平¹⁾、高城翔太郎¹⁾、愛甲崇人¹⁾、倉八朋宏¹⁾、東館成希¹⁾、
古賀義法¹⁾、七種伸行¹⁾、田中芳明²⁾、加治 建¹⁾

1) 久留米大学医学部外科学講座小児外科部門
2) 久留米大学認定看護師教育センター

【背景】 胃瘻造設術後に胃食道逆流(以下、GER)が増悪するかについては議論がある。今回、重症心身障害者(以下、重心者)に対して、腹腔鏡補助下胃瘻造設術(以下LAG)がGERに影響を与えるかについて検討を行ったので報告する。

【対象と方法】 対象は重心者35例(median 11.0 years; interquartile range 5.0-23.5years)で24時間食道インピーダンスpH検査(MII-pH)を術前、LAG術後で行い、各種パラメータ[the number of reflux episodes and proximal episodes (total, acid and non-acid)], pH index, bolus exposure index (BEI) (total, acid and non-acid)に関して比較検討した。

【結果】 術前後でMII-pHのパラメータに有意差は認めなかった。術前に64回の逆流エピソードを認めた3歳患児のみ、術後に逆流回数が徐々に増加し、術後3年後に噴門形成術を要した。

【結語】 LAGは術後のGERに影響を与えないが、術前に逆流回数が多い小児例ではLAG後の注意深いfollow upを要する。

S1-5 当院での腹腔鏡下スリーブ状胃切除の導入と経過

○田中侑哉、石橋生哉、村上直孝、磯邊太郎、田中 優、加来秀彰、青柳慶史朗、赤木由人

久留米大学医学部外科学講座消化管部門

【背景】

本邦における腹腔鏡下スリーブ状胃切除（LSG）の導入施設数、手術件数は年々増加傾向である。当院では2020年に導入し、これまでに経験した6症例について報告する。

【対象】

2020年～現在までの当院施行LSGの6例を対象とした。術前と術後一年目の体組成変化の検討を行った。

【結果】

2018年よりチームビルディングを開始し、2020年1月に初症例を行った。5例の臨床学的特徴は、男女比1:5、平均年齢44.5歳であった。術前の内科的治療による総体重減少率（%TWL）は10.0%、超過体重減少率（%EWL）は20.1%であった。全例にLSGを行い、手術時間255分、出血13.6mlであり、術後合併症は認めていない。術後一年目の%TWL、%EWLの平均値は29.6%と64.9%であった。体組成評価では、%脂肪量の平均値は-15.0%、%骨格筋量は+7.6%であった。コントロール不良な糖尿病併発症例は2症例であったが、1症例で著明なHbA1cの改善を認めDrug freeを維持している。

【考察】

手術を行った6症例は、良好な体重減少と体組成の改善を認めた。しかし術後半年頃からの体重変化は症例によって差異があり、継続した栄養評価や介入が必要であると考えられた。

S2-1

心臓大血管手術における入院時Geriatric Nutritional Risk Index 評価の有用性

○庄嶋賢弘、財満康之、有永康一、高瀬谷徹、大塚裕之、高木数実、古野哲慎、朔 浩介、
福田倫史、田山栄基

久留米大学医学部 外科学講座 心臓血管外科部門

【背景】

Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) は高齢者を対象とした栄養アセスメントツールであり、透析患者や心不全患者の重症化を判断する指標として有用性が示されている。今回、心臓大血管手術におけるGNRIの術後予後予測因子としての有用性を評価した。

【方法】

2018年9月から2022年8月に久留米大学病院で待機的に心臓大血管手術が施行された65歳以上の522例を対象とした。入院時GNRIは $14.89 \times \text{血清アルブミン (g/dl)} + 41.7 \times (\text{入院時体重 (kg)} / \text{標準体重 (kg)})$ で算出した。GNRIのカットオフ値に従い、低GNRI群 (<92) 75例と高GNRI群 (≥ 92) 447例に分け、その特徴と急性期死亡率を比較した。

【結果】

高GNRI群と比較して低GNRI群は高齢で、腎機能障害を有する割合が高かった。術後人工呼吸管理時間、集中治療室滞在日数は低GNRI群で有意に延長していた。術後新たに透析を必要とする割合、術後肺炎発生率も低GNRI群で高値であった。縦隔洞炎を含むSSIに関しては両群に有意差を認めなかった。術後30日死亡率に有意差はなかったが、在院死亡率は低GNRI群で有意に高値であった。

【結語】

GNRIは術前の栄養評価として有用かつ信頼できるアセスメントツールであり、心臓大血管手術の適応やストラテジー選択において指標となる可能性が示唆された。

S2-2

当科における末梢留置型中心静脈カテーテルの有用性の検討

○高城翔太郎¹⁾、牛嶋 聡¹⁾、山下晃平¹⁾、愛甲崇人¹⁾、倉八朋宏¹⁾、升井大介¹⁾、東館成希¹⁾、
古賀義法¹⁾、七種伸行¹⁾、田中芳明²⁾、加治 建¹⁾

1) 久留米大学外科学講座小児外科部門 2) 久留米大学病院認定看護師教育センター

【背景】近年、末梢留置型中心静脈カテーテル (peripherally inserted central catheter: 以下、PICC) は小児領域において、抗がん剤など長期的な薬剤投与や中心静脈栄養、頻回の採血が必要な患児、末梢静脈路確保が困難な患児において使用されるようになってきた。しかし、小児外科領域におけるPICCの報告は少ない。

【目的】当科でPICCによる管理を要した症例について、PICCの有用性について検討した。

【方法】2013年4月から2022年12月までに、当科でPICCを留置した93症例のうち、PICC留置中の転院および死亡退院を除外した89症例 (PICC留置98例) を対象とした。臨床像、留置期間、合併症について後方視的に検討した。

【結果】性別は男児58例、女児40例、挿入時年齢は中央値6歳 (生後1ヶ月～55歳:乳児17例、幼児31例、学童21例、15歳以上29例) であった。留置理由は周術期薬剤投与70例 (71.4%)、化学療法7例 (14%)、その他21例 (21.4%) であった。留置期間は中央値13日 (1～211日) であった。カテーテル関連血液感染 (catheter related blood stream infection: 以下、CRBSI) は6例 (6.1%; 微生物学的CRBSI 5例、臨床学的CRBSI 1例) に認め、CRBSI発生率は2.7回/1000catheter daysであった。

【考察】欧米ではPICC挿入患者におけるCRBSI発生率は1.3～11.7本/1000catheter daysと報告され、本研究でのCRBSI発生率は同等であると考えられた。他文献でも見られた静脈炎等の合併症は当院では認めず、良好な管理が行えたと考えた。

【結語】当院におけるPICCの使用は合併症の発生を抑えつつ、有用に使用されていると考えられた。

S2-3

大腸癌における術前栄養スコアと腫瘍浸潤リンパ球との検討

○野口堯志、吉田武史、主藤朝也、藤吉健司、川本祐輔、福田純也、菊池麻亜子、仕垣隆浩、吉田直裕、合志健一、藤田文彦、赤木由人

久留米大学病院外科学講座

背景・目的：大腸癌を含む担癌患者の栄養状態と免疫能は予後に関連している。近年、栄養状態と免疫能双方を評価する指標として Prognostic Nutrition Index (PNI) や Controlling Nutritional Status (CONUT) が提唱されている。また大腸癌の腫瘍免疫微小環境にて、腫瘍浸潤リンパ球 (TIL) とその特定のサブセットが予後に影響を与えると報告されており、その環境には細胞傷害性・制御性・メモリーT細胞、M1・M2マクロファージ等が存在している。今回大腸癌切除症例での CONUT・PNI と切除標本の免疫組織染色の腫瘍免疫微小環境を調査することにより両者の関係を解析した。

方法：2009年から2011年に当科で大腸癌原発切除術を施行した113例を対象とした。術前の血液検査より CONUT・PNI を算出し低/高 CONUT 群・PNI 群に分けた。原発切除標本に対しT細胞サブセットを免疫組織染色した。腫瘍中心部と先進部2カ所の陽性細胞数を Image J にて測定し中央値で低/高値群に分けた。低/高 CONUT・PNI 群と臨床病理学特徴・TIL との相関関係について解析した。

結果：臨床的因子は年齢中央値 :69 歳 (28-86)、男性/女性 :60/53、CONUT 低/高 :92/21、PNI 低/高 :15/98、病理学的因子は pT1/T2/T3/T4 :1/8/59/45、pStage II/III :49/64、pN0/N1-3 :52/61、リンパ管侵襲有/無 :71/42、静脈侵襲有/無 :88/25 であった。術前 CONUT・PNI と臨床病理学因子の間に相関関係は認めなかったが、TIL との関係では術前栄養が高いと FOXP3 は高く、CD163 は低い傾向にあった。

結論：全身の栄養状態と腫瘍の微小環境には関連があり、特に制御性T細胞とM2マクロファージがその影響を受けている可能性がある。

S2-4

食道癌術後における栄養状態の変動と低栄養のリスク因子の検討

○最所公平¹⁾、森 直樹¹⁾、中川将視¹⁾、藤崎正寛²⁾、日野東洋³⁾、的野 吾⁴⁾、石橋生哉¹⁾、赤木由人¹⁾

1) 久留米大学医学部外科学講座 2) 佐世保共済病院 外科 3) 佐賀中部病院 外科 4) 柳川病院 外科

【はじめに】

食道癌術後は低栄養がしばしば問題となり QOL や予後に影響を及ぼすことがある。

【目的】

食道癌術後の経時的な栄養状態を把握し、低栄養のリスク因子を調査すること。

【対象/方法】

2014年1月から2017年12月までに当院で食道癌に対し食道亜全摘、胃管再建術を施行した63例を対象とし、術前、術後1、3、6、12ヶ月目の体重および Prognostic nutritional index (PNI) の経時的変動を調査した。さらに PNI を 40 以上と 40 未満 (低 PNI) に分け、各観察時点における臨床病理学的因子 (年齢、性別、術前 PNI、占居部位、手術時間、術中出血量、再建経路、pT 因子、pN 因子、pStage) から低 PNI のリスク因子を検討した。

【結果】

男性 55 例、女性 8 例、年齢中央値は 67 歳であった。体重中央値は術後 6 ヶ月までは減少傾向でその後横ばいとなった。PNI 中央値は術後 1 ヶ月で一旦低下するが術後 3 ヶ月目に改善し、その後横ばいとなった。低 PNI の独立リスク因子は、術後 3 ヶ月目において、75 歳以上、術中出血量 $\geq 370\text{ml}$ 、pT3,4 症例であった (それぞれ $p = 0.003$, $p = 0.001$, $p = 0.011$)。その他の時点では有意なリスク因子はなかった。

【考察】

PNI が術後 1 ヶ月目で最も低いのは手術侵襲の影響で栄養状態が戻っていないためと考えられた。体重の変動は経管栄養の有無の影響が強いと考えられた。高齢、高深達度例、術中出血量が多かった症例は術後低栄養に注意が必要である。

【結語】

食道癌術後の栄養状態の変動および低栄養へのリスク因子について検討した。

○鶴田祐介¹⁾、佐々木健¹⁾、下之菌将貴¹⁾、松下大輔¹⁾、有上貴明¹⁾、内門泰斗²⁾、盛真一郎¹⁾、蔵原 弘¹⁾、大脇哲洋³⁾、大塚隆生¹⁾

1) 鹿児島大学大学院 消化器・乳腺甲状腺外科学 2) 鹿児島大学病院 医療安全部

3) 鹿児島大学大学院 地域医療学分野

【背景・目的】術後の厳格な血糖管理は SSI の予防効果があるとされている。当科では食道切除後早期の経腸栄養管理に糖質調整経腸栄養剤を使用しており、血糖コントロールに与える影響について検討した。

【対象・方法】2019 年から 2021 年までに食道切除術を施行された 70 症例を対象とした。手術翌日より経腸栄養剤の持続投与を開始した。45 例は糖質調整栄養剤、25 例は他栄養剤を使用した。6 時間毎に血糖測定を行い、スライディングスケールを使用した。平均血糖、日別平均インスリン使用量、低血糖や下痢の発生、周術期合併症の頻度などを比較した。

【結果】両群間で性別、年齢、BMI、術前空腹時血糖、HbA1c などに差はなかった。平均血糖値は糖質調整栄養剤使用群で 146mg/dl、他栄養剤使用群で 159mg/dl であり有意差を認めた ($p=0.01$)。日別平均インスリン使用量は糖質調整栄養剤使用群で 3.2 単位、他栄養剤使用群で 5.1 単位であり有意差を認めた ($p=0.04$)。両群において低血糖は認められなかった。他栄養剤使用群で下痢を 5 例 (20%) に認めたのに対して、糖質調整栄養剤使用群では認めなかった。術後合併症の SSI、縫合不全の発生率に両群間に有意差はなかった。

【まとめ】食道切除術後における糖質調整経腸栄養剤使用は平均血糖、日別平均インスリン使用量を低く抑え、術後の血糖管理に有用である可能性がある。

S3-1 高たんぱく・低エネルギー食（スマート食）を用いたダイエットプラン

○坂口美紀¹⁾、喜多華絵¹⁾、松本尚宜¹⁾、岩丸絢子¹⁾、窪田祐子¹⁾、中村由育²⁾、足達彩香²⁾、田仲洋平²⁾、田尻祐司²⁾、名護 健³⁾、荒川善文⁴⁾、白濱清香⁵⁾、佐々木由恵⁵⁾、平島ゆかり⁵⁾

1) 久留米大学医療センター 栄養室 2) 糖尿病センター
3) リハビリテーション部 4) 薬剤部 5) 看護部

【背景・目的】

当院整形外科術前患者においては肥満を合併する症例が多い。術前術後の栄養管理において栄養状態を維持しつつ筋肉量を落とさず体脂肪を効率よく減量することを目的として、たんぱく質含有量に着目し治療食献立を作成したので報告する。

【方法】対象者は入院患者7名（男2名）、年齢 55 ± 6 歳、観察期間は2～4週。スマート食（エネルギー1000kcal、たんぱく質70g、糖質110g、脂質30g、食物繊維16g）で栄養管理を行い、開始前後の時点でインボディーS10（インボディージャパン）を用いて体組成を測定した。

【結果】体重は $84.3 \pm 19.3 \rightarrow 80.3 \pm 18.0$ kg ($P < 0.01$)、体脂肪量は $36.3 \pm 9.6 \rightarrow 33.1 \pm 8.9$ kg ($P < 0.05$)と有意の減少を認め、体重に対する骨格筋率は $31.2 \pm 3.6 \rightarrow 31.8 \pm 4.6\%$ 、骨塩量は $2.75 \pm 0.63 \rightarrow 2.75 \pm 0.73$ kgと維持することができた。

【考察】

従来のダイエットプログラムはエネルギーその他の栄養素を半量にしたハーフ食（エネルギー850kcal、たんぱく質35g、糖質110g、脂質30g、食物繊維9g）にビタミン、ミネラル、たんぱく質を含む栄養剤を付加し食物繊維のサプリメントを用いて調整を行っていた。今回の検討では、患者さんの食事に対する満足感だけではなく、体重、体脂肪量が有意に減少し骨格筋や骨塩量は維持できたが、症例数が少なくハーフ食に対する優越性を証明することはできなかった。今後症例を重ねて検討していきたい。今後増加するであろうフレイル肥満に対して筋力低下を最小限にとどめ体重や体脂肪減少を可能とするダイエットプログラムを確立していきたいと考える。

S3-2 胸部外科手術患者を想定した早期経腸栄養プロトコルの安全性評価

○高柳理沙¹⁾、七種伸行^{2) 3)}、永松あゆ¹⁾、杉島 寛⁴⁾、古田和博⁴⁾、平栗満里子⁴⁾、有永康一⁵⁾、佐藤 晃⁵⁾、石橋生哉^{2) 6)}、深水 圭^{1) 7)}

1) 久留米大学病院 栄養部 2) 久留米大学病院 栄養治療部
3) 久留米大学医学部 外科学講座 小児外科部門 4) 久留米大学病院 看護部
5) 久留米大学 医学部附属病院 集中治療部 6) 久留米大学医学部 外科学講座 消化器外科部門
7) 久留米大学医学部 内科学講座 腎臓内科部門

【背景】当院では、2022年4月より特定集中治療室（ICU）にて早期栄養介入管理加算の算定を開始するにあたり、胸部外科手術患者を想定した早期経腸栄養プロトコルを作成した。本プロトコルは濃度可変型濃厚流動食（マーメッドワン[®]）を採用した7日間のクリニカルパス形式とし、経腸栄養の開始基準を平均血圧 >65 mmHgおよび血清乳酸値 <3.0 mEq/Lとし、時間単位の投与量を10ml/Hから1日ごとに増量する設定とした。

【目的】早期経腸栄養プロトコルの安全性を評価する。

【対象と方法】2022年4月～12月までにICUに入室した患者のうち、本プロトコルを適用した9名を対象に以下の項目について後方視的に検討した。

(1) 患者背景

性別、年齢、対象疾患、併存疾患

(2) 臨床経過

経腸栄養開始時期、経腸栄養投与量増量の可否

【結果】症例の内訳は男性4名、女性5名。年齢中央値は68歳（45-82歳）。対象疾患は急性大動脈解離3例、大動脈瘤2例、心室中隔穿孔を伴う心筋梗塞2例、連合弁膜症1例、緊張性気胸1例。経腸栄養開始時期は術後2日目1例、3日目3例、4日目1例、5日目3例、7日目以上1例。経腸栄養開始後7日目までに投与量を増量できた症例は8例で、術後2日目に広範囲脳梗塞、鉤ヘルニアを合併した1例は経腸栄養開始後に血圧低下、イレウス症状を呈し術後5日目（経腸栄養開始2日後）で死亡していた。

【考察】本プロトコルを適用した患者では胸部外科手術後でも概ね安全に運用できたが、更なる安全性の向上には開始/除外基準の検討、最適化が必要と考えられた。

S3-3

レンバチニブによる副作用で食欲不振を訴える外来患者への、病薬連携による栄養指導体制の検討

○土井瑠奈¹⁾、西村めぐみ¹⁾、井手陽子²⁾、久保田愛菜²⁾、小川 愛¹⁾

1) (株)トータル・メディカルサービス 事業部 2) さくら薬局 久留米大学病院前店

【背景・目的】 レンバチニブは切除不能肝細胞癌に対する内服の分子標的治療薬であり、外来診療が主となる。副作用の食欲不振が続くと栄養状態悪化のリスクが高くなり治療継続が困難となる。これまでに、外来化学療法中の患者への病院内での栄養指導実践に関する報告はあるが、病薬連携にて栄養管理を行った報告はない。

そこで、適正なレンバチニブ服用継続のため、患者の栄養状態維持・悪化防止を目的に、病薬連携で定めたプロトコルに基づく薬局栄養指導体制の構築に至ったので報告する。

【方法】 従来、当薬局では、門前医療機関と共同で、レンバチニブ服用の外来患者を対象に適正な服薬管理を図るため、薬剤師による電話フォローを実施していた。今回、電話フォロー時に食欲不振を訴えた患者において、服薬前と比較し食分量 1/2 以下は病院栄養指導、1/2 以上は薬局栄養指導で介入を図る事とした。初回薬局栄養指導は、身体所見・検査値、食欲や食品群の偏りの有無を確認し、個々に合わせた栄養指導を実施する。次回投薬時に、食行動の変化や検査値等を確認、栄養状態は CONUT スコアで評価し今後の指導方針を決定する。指導内容は、薬剤師を通して病院へ報告する。

【結果】 病薬連携で定めたプロトコルに基づく薬局栄養指導体制が構築された。

【結語】 薬局栄養士と病院栄養士が連携することで、食欲不振を訴える患者への介入が可能となり、患者の QOL、予後の向上に寄与できるのではと考える。

S3-4

院ICUにおける早期栄養介入管理加算の現状と課題

○田栗教子^{1) 5)}、瀬ノ口奈緒^{1) 5)}、針山睦美¹⁾、政所祐太郎²⁾、山田優子³⁾、上田英昭⁴⁾、山崎洋一⁵⁾、武藤 充⁵⁾、有村愛子⁵⁾、出口尚寿⁵⁾、中村雅之¹⁾、大脇哲洋⁵⁾

1) 鹿児島大学病院 栄養管理部 2) 集中治療部 3) 看護部 4) 心臓血管外科 5) NST

【背景】 令和2年4月の診療報酬改定で「早期栄養介入管理加算」が新設され、当院でも令和3年6月より管理栄養士の増員は行わずにICUでの算定を開始した。

【目的】 ICU算定開始前と開始後の比較を行い、有効な早期栄養介入にむけた今後の取り組みについて検討する。

【対象と方法】 算定開始1年前の令和2年6月と開始1年後の令和4年6月にICUに7日以上入室し、経口摂取不可の心臓血管外科の患者を対象に、在室日数、経腸栄養開始時間、栄養補給の充足率を比較した。

【結果】 経腸栄養開始時間は、開始前、開始後に変化はなく48時間には満たなかった。在室日数は開始前21日と比較して開始後18日へ短縮された。栄養補給の充足率はエネルギー、たんぱく質ともに、入室7日目がエネルギー65%→68%、たんぱく質51%→64%、退室日がエネルギー67%→80%、たんぱく質57%→64%と増加した。

【結語】 経腸栄養開始時間に変化はなく、早期介入に対する評価は不十分ではあったが、エネルギー、蛋白質の充足率の増加は、栄養回診で連日の評価を行い、適宜経腸栄養を漸増した影響もあると考える。今後はプロトコルを用いた介入を行い、早期開始を目標としたい。今回は診療科を絞った比較であったが、今後は対象患者の範囲を広げ、人工呼吸器管理期間、死亡率、抗菌薬、補液製剤等の医療費の比較を取り入れ、早期栄養介入の効果を評価し、患者に有効な介入を行いたい。

S4-1

HPN管理下に妊娠・出産を行った短腸症候群を伴う慢性特発性偽性腸閉塞症の1例

○福原雅弘、皆尺寺悠史、佐藤智江、伊崎智子

大分県立病院 小児外科

【はじめに】慢性特発性偽性腸閉塞症（CIIP）は慢性的な腸閉塞様症状を呈する難治性疾患である。生命予後は比較的良好だが、病変部位が広範囲となると高位腸瘻管理（短腸症候群）と在宅中心静脈栄養（HPN）管理が必要となる。また小児期の発症で成人女性患者の妊娠の報告は極めて稀である。

【症例】28歳女性。胎児期に巨大膀胱を指摘され、1歳時に便秘のため精査を行いCIIPと診断された。15歳時にHPNを導入したが、その後、複数回の腸管切除を要し、現在では空腸瘻（残存小腸56cm）、プロビアクカテーテルにてHPNを行っている。通常の栄養管理は経口摂取の他、連日TPN製剤（投与熱量は1080kcal/日）と、月1-2回の脂肪乳剤の投与を行っている。妊娠後は経口摂取量、ストーマ排液量に合わせてTPN製剤の熱量、水分量調整を行い妊娠後期にはTPN製剤で2520kcal/日、週1回の脂肪乳剤投与とした。妊娠中の母体合併症としては、4回のカテーテル関連血流感染症を発症し、うち3回はカテーテル抜去・挿入を行った。妊娠後期には経口摂取量が減少とともにストーマ排液量は減少したが、水分管理に難渋し、母体の体重増加量が18kgとなったため管理入院とした。妊娠37週2日に全身麻酔下に予定帝王切開で出産した。産後は通常の栄養管理に戻っている。児は2941gで健常児と判断し外来で経過観察中である。

【結語】HPN管理下での妊娠・分娩管理は可能であったが問題点を多く認めた。短腸症候群合併妊娠はハイリスクであり、多職種とも連携しながら集学的な管理が必要と考える。

S4-2

腸管機能不全による乳幼児期の経口摂取困難に対してNST介入が奏功した一例

○福田知夏¹⁾、山下さきの¹⁾、武市幸奈¹⁾、永田公二²⁾、福田篤久²⁾、近藤琢也²⁾、田尻達郎²⁾

1)九州大学病院栄養管理部 2)九州大学大学院医学研究院小児外科学分野

【背景】

離乳食開始の最適期に経口摂取経験が乏しい場合、摂食嚥下機能の獲得が困難となり、普通食への移行に難渋することが知られている。

【症例】

症例は残存小腸40cmの小腸型ヒルシュスプルング病の男児。生後9か月時、身長57cm (-6.5SD)、体重2.7kg (-6.8SD)、カウプ指数8.3と高度のるい瘦を認めた。生後10か月時に離乳食1日1回を開始するも継続的な経口摂取に難渋した。1歳2か月時にNST介入を開始し、1歳3か月時に離乳食を再開するも感染症や肝逸脱酵素上昇、嘔吐による絶飲食を繰り返した。2歳時にヒルシュスプルング病根治術を施行し、2歳6か月時に離乳食1日2回で退院となった。術後経口摂取回数を増やすことはできたが偏食があったため、退院前に母へ離乳食の進め方や調理方法、不足に必要な栄養素について栄養指導を実施した。退院後も外来栄養指導に加え、外来NSTでも定期的に検討を行うこととした。3歳5か月現在、主食形態は全粥やうどん長さ1cm程度へ移行し、副食はベビーフードを用いながら野菜類中心に2mm刻み程度の形態を試み偏食の改善に取り組んだ。身長79cm (-4.4SD)、体重8.0kg (-3.7SD)、カウプ指数12.8と退院後も栄養状態は改善に向かっている。

【結語】

乳幼児期の経口摂取困難を経験した小児の偏食改善には継続的な栄養指導とともにNSTによる多職種介入も効果的である。

S4-3 当科で6年以上経過観察している超短腸症候群の長期予後について

○永田公二、近藤琢也、福田篤久、河野 淳、鳥井ケ原幸博、松浦俊治、田尻達郎

九州大学大学院医学研究院 小児外科学分野

【はじめに】 小児の短腸症患者（SBS）に対する長期予後は改善しているものの、治療実態や長期予後に関する報告は少ない。今回、当科で。

【方法】 2004年3月から2022年3月までに当科で栄養管理をおこなった腸管機能不全患者は27例で、6年以上当科で経過観察しているSBSは5例であった。症例の概要と長期的問題点について検討した。

【結果】 症例の内訳は、中腸軸捻転3例、上腸間膜動脈血栓症1例、絞扼性イレウス1例、であった。残存小腸は中央値5cm、初回入院期間は中央値347日であった。腸管手術を中央値で3回行い、中心静脈カテーテルを中央値で10回入れ替えた。直近のシトルリン値は中央値22.2 μ mol/L、T/T比は中央値0.05であった。4例（80%）が小学校入学時に支援級または特別支援級への通級が必要であった。在宅中心静脈栄養（HPN）は2例で離脱、1例で継続中、2例で一時離脱するも再導入が必要であった。HPNを再導入された症例には離脱後の成長障害やイライラや感情不安定などの精神症状が出現している。

【考察と結語】 SBS患者では短腸に伴う成長障害とともに、吸収障害や長期入院により発達遅滞が生じる可能性があり、早期の評価と介入が必要である。また、HPN離脱後も症状に応じて再導入が必要となる可能性があり注意が必要である。

S4-4 残存小腸0cmの超短腸症生存症例から切り拓く小児短腸症の治療戦略

○杉田光士郎¹⁾ 武藤 充¹⁾、西田ななこ¹⁾、祁答院千寛¹⁾、長野綾香¹⁾、村上雅一¹⁾、生駒真一郎²⁾、矢野圭輔³⁾、大西 峻¹⁾、春松敏夫¹⁾、松久保真²⁾、川野孝文¹⁾、鳥飼源史²⁾、加治 建⁴⁾、家入里志¹⁾

1) 鹿児島大学学術研究院医学学域医学系小児外科学分野 2) 鹿児島市立病院小児外科
3) 鹿児島市立病院 新生児内科 4) 久留米大学医学部外科学講座小児外科部門

【はじめに】 超短腸症（USBS）は短腸症の中でも静脈栄養の依存度が高く、腸管不全関連肝障害を合併し、生命予後の悪い病態である。今回我々は残存小腸0cmのUSBS生存症例の経過を報告する。**【症例1】** 3歳女児。12生日の壊死性腸炎によりUSBS発症。脂肪乳剤にSMOFlipidを選択し、静脈栄養（PN）管理を行った。181生日に十二指腸-横行結腸吻合再建した。1歳3か月時に在宅PN移行後、予防的エタノールロック管理を行っている。これまでカテーテル関連血流感染は1回のみで、アクセスルート6本が保たれ、胆汁うっ滞性肝障害は認めていない。便量は45-60g/kg/dayであるが、GLP-2アナログ製剤を適用してから水様便性が徐々に軟便に変化している。**【症例2】** 9歳男児。25生日の中腸軸捻転によりUSBS発症。304生日に十二指腸-上行結腸吻合再建した。1歳3か月時に在宅移行した後は、間欠的PN管理の下で胆汁うっ滞性肝障害は認めていない。4歳3か月時にGLP-2アナログ製剤を適用した。経口自由摂取で軟便量は40-50g/kg/dayで安定している。制酸剤を止め経口抗菌薬を適用しているが、数か月に1度D乳酸の蓄積が原因と考えられる代謝性アシドーシスを認める。**【結語】** 残存小腸0cmの症例でも肝庇護に留意したPN管理と腸管連続性の確立により、残存腸管順応を引き出す治療を目指すことは重要である。

特別講演

肝硬変の栄養療法：ガイドライン2023

久留米大学 医学部 内科学講座 消化器内科部門

川口 巧

当番世話人からのコメント

今回の特別講演では久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 主任教授 川口 巧先生をお招きし、「肝硬変の栄養療法：ガイドライン 2023」という演題名でご講演いただきます。

川口巧先生は日本消化器病学会ならびに日本肝臓学会編集の「肝硬変診療ガイドライン 2020 改訂第3版」の作成委員も務められており、今回ガイドライン 2023 と銘打たれておられることから、さらに、最新の知見を踏まえた肝硬変の栄養療法についてご講演いただけるものと期待しております。

肝硬変治療や栄養療法、NST にかかわる医師、メディカルスタッフにとって有意義な講演になると思います。

教育講演 メディカルスタッフのための教育セミナー

短腸症候群に対する栄養治療の注意点

久留米大学 医学部 外科学講座 小児外科部門

加治 建

当番世話人からのコメント

今回の九州代謝・栄養研究会では、短腸症候群に関する演題が4演題も投稿されました。短腸症候群は、周術期のみならず長期にわたって厳重な栄養管理・栄養サポートが必要であり、また、腸管の切除部位や長さによっても病状が変わってくる難しい病態です。2021年テデュグルチド(ヒト GLP-2 アナログ)の認可によって、治療方法に変化が訪れ、その恩恵をうけることができる患者さんもいますが、一般診療の中では、様々な疑問や悩みを抱えながら治療にあたっているメディカルスタッフの方たちも多くいらっしゃると思います。

そこで、久留米大学医学部外科学講座小児外科部門 主任教授 加治 建先生にお願いしたところ、短腸症候群に対する栄養療法についてご講演いただくことを快く承諾していただきました。栄養療法にかかわる多くの参加者にとって実りある教育セミナーになると思います。

九州代謝・栄養研究会会則

第1条（名称）

本会は九州代謝・栄養研究会と称する。

第2条（目的）

本会は代謝・栄養に関する基礎的・臨床的研究の発展、知識の交流、臨床応用の進歩をはかることを目的とする。

第3条（事務局）

本会の事務局は当分の間、久留米大学 小児外科医局内におく。

第4条（事業）

1. 本会は年1回以上の研究会を開催する。
2. その他、本会の目的を達成するために必要な事業を行なう。

第5条（会員）

本会の会員は、本会の目的に賛同し、所定の会費を納入した者とする。

1. 本会の会員は、次のものより構成される。

医療施設会員

医療施設会員(A)：世話人が代表者である医療施設

医療施設会員(B)：その他の医療施設

個人会員（医師及びその他のコメディカルの研究者など）

第6条（入会）

本会に入会を希望するものは会費を添え、本会の事務局に届け出て世話人、幹事会の議を得るものとする。

第7条（退会）

本会より退会する場合は、速やかに事務局に文書で通知するものとする。会費を2年間連続滞納したときは退会とみなす。その場合は既納の会費は還付しない。

第8条（役員）

本会に次の役員をおく。

代表世話人：1名

当番世話人：1名

世話人：若干名

幹事：若干名

常任幹事：6名（うち事務局1名）

監事：2名

第9条（代表世話人）

世話人は互選により代表世話人を選任する。代表世話人は本会の業務を統括し、本会を代表する。世話人・幹事会を召集しその議長となる。代表世話人に事故あるときは当番世話人がその職務を代行する。

第10条（当番世話人）

当番世話人は、その年度の研究会の会長となり、研究会を主宰する。

第11条（監事）

監事は本会の会計および業務の施行を監査する。

第12条（世話人）

世話人は幹事と共に世話人・幹事会を組織し、次期当番世話人及び役員を選出、新入会員の承認、収支決算ならびに予算などのほか本会の運営、維持に必要な重要事項を審議決定する。

第13条（常任幹事）

常任幹事は世話人・幹事会にて幹事の中から選出され、常任幹事会を組織する。代表世話人は常任幹事会を召集し、会務が円滑に行われるように勤める。

第14条（幹事）

幹事は各施設の世話人によって推薦され、世話人・幹事会にて承認をうける。

世話人・幹事会を構成し、会務の執行に当たる。

第15条（名誉会員）

世話人・幹事会の推薦により名誉会員をおくことができる。

第16条（経費）

本会の経費は会費をもってこれに当てる。

第17条（会則の変更）

本会の会則の変更は世話人・幹事会の議を経て行なう。

九州代謝・栄養研究会会則 施行細則

第一章 選任規定

第1条（役員）

役員は世話人・幹事会にて推薦されて承認される。

第2条（名誉会員）

次の各号のいずれかに該当する者は名誉会員の称号を受ける。

1. 代表世話人、研究会会長の経験者。
2. 世話人、幹事の経験者で、本研究会に特別の功労があり、世話人・幹事会の決議を経て推薦された者。

第二章 任期

第3条（役員）

1. 代表世話人の任期は2年とし、引き続いての再任はこれを妨げない。
2. 当番世話人の任期は1年とし、研究会終了の翌日から当番世話人が開く研究会終了日までとする。
3. 監事の任期は2年とする。引き続いての再任は2期を限度とする。
4. 常任幹事の任期は3年とする。引き続いての再任はこれを妨げない。

第4条（世話人、幹事資格の喪失）

世話人、幹事は以下の場合その資格を失う。

1. 本人がその意志を表明したとき
2. 原則として退職または満65才以上とする。

第三章 会議・集会

第5条（世話人・幹事会）

世話人・幹事会は、年1回以上開催する。議長は代表世話人とする。ただし、当番世話人に依頼することができる。

第6条（常任幹事会）

代表世話人は必要に応じて常任幹事会を開催する。

議長は代表世話人とする。

第7条（議決）

世話人・幹事会の議決は出席者の過半数をもって決する。

第8条（議事録）

議事録は常任幹事または事務局幹事が作成し、事務局がこれを管理する。

第9条（議事報告）

世話人・幹事会議の要領は会員に報告する。

第10条（会議への出席）

名誉会員は世話人・幹事会で意見を述べるができる。

第四章 会計

第11条（会費）

本学会の会費は次の通りとする。

1. 施設会員 (A) 年額 20,000 円
2. 施設会員 (B) 年額 5,000 円
3. 個人会員 年額 2,000 円

第12条（会費免除）

名誉会員は会費の納入を要しない。

第13条（事業計画、収支、決算、予算）

本会の事業計画およびそれに伴う収支、決算、予算は、世話人・幹事会の承認を受けなければならない。

第14条（会計年度）

本会の会計年度は毎年1月1日に始まり12月31日に終わる。

第五章 改正

第15条（改正）

本会則および施行細則は、世話人・幹事会の承認を得なければ変更することはできない。

付則1. この会則は1988年12月10日から施行する。

付則2. 当番世話人への援助金は100,000円とし、事務局はこれを援助する。

援助金は会費をもってこれに当てる。尚、援助は1992年5月30日より実施する。

付則3. 当番世話人への援助金は第20回研究会から200,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則4. 当番世話人への援助金は第26回研究会から300,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則5. 当番世話人への援助金は第27回研究会から400,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則6. この会則および施行細則の変更は2001年3月31日から施行する。

付則7. この会則および施行細則の変更は2005年3月12日から施行する。

付則8. 当番世話人への援助金は第31回研究会から500,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則9. 発表者は施設会員AもしくはBに属するか、個人会員に限る。

付則10. 本研究会への参加によって、JSPEN認定資格であるNST専門療法士認定に必要なクレジットを5単位取得することが可能である。

付則11. 任期満了前に各施設の代表者を退任された世話人の年会費に関しては、個人会費(年額2,000円)扱いとする。

付則12. この会則および施行細則の変更は2013年3月9日から施行する。

付則13. この会則および施行細則の変更は2015年3月7日から施行する。

付則14. 付則10の取得単位が、5単位から2単位に変更。

(日本静脈経腸栄養学会の会則変更に伴う。2015年2月11日付)

付則15. この会則および施行細則の変更は2016年3月12日から施行する。

付則16. 当番世話人への援助金は第45回研究会から700,000円とし、事務局はこれを援助する。

付則17. この会則および施行細則の変更は2020年2月1日から施行する。

付記 事務局の所在地

久留米大学医学部外科学講座小児外科部門内

〒830-0011 福岡県久留米市旭町67番地

TEL:0942-31-7631

FAX:0942-31-7705

Email : kyushu_taishaeiyou@med.kurume-u.ac.jp

URL : <http://www.med.kurume-u.ac.jp/med/pedisurg/ksmn/>

協賛企業一覧 (五十音順)

展 示 協 賛

株式会社大塚製薬工場

株式会社クリニコ

株式会社トップ

ニュートリ株式会社

プログラム広告協賛

アボットジャパン合同会社

株式会社大塚製薬工場

株式会社クリニコ

株式会社ツムラ

ドリンク協賛

株式会社明治

処方箋医薬品* 薬価基準収載

アミノ酸・糖・電解質・脂肪・水溶性ビタミン液



*注意—医師等の処方箋により使用すること



◇効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む
使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元 株式会社大塚製薬工場 徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115
販売提携 大塚製薬株式会社 東京都千代田区神田司町2-9

文献請求先及び問い合わせ先
株式会社大塚製薬工場 輸液DIセンター
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2

<'21.03作成>



消化態流動食

ネクサスST Nexus

コーヒー風味

1.5 kcal
ml

ペプチドとアミノ酸を窒素源とした、
消化吸収に配慮した消化態流動食



たんぱく質

4.0g

- カゼインペプチド
- ホエイペプチド

ナトリウム

120mg

- 食塩相当量
0.30g

カルニチン

10mg

多価不飽和脂肪酸

- EPA 90mg
- DHA 60mg

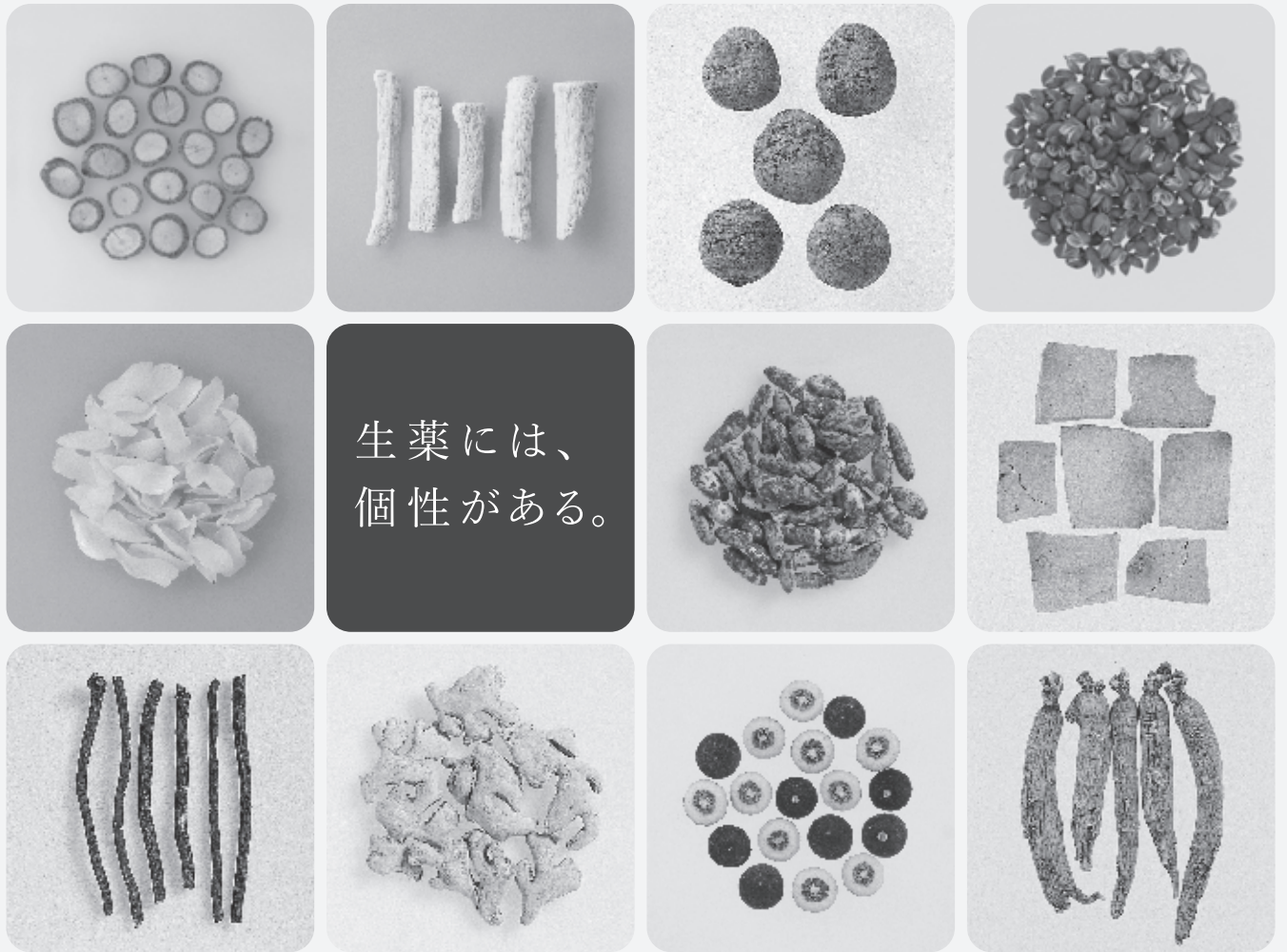
※100kcal当たり

他にも、豊富なラインアップがあります。資料・サンプル等のご請求はお気軽に。

0120-52-0050 受付時間：平日 9:30 ~ 17:00
(土日祝日・年末年始・5/1 除く)

クリニコ 検索
<https://www.clinico.co.jp>

森永乳業グループ病態栄養部門
株式会社クリニコ



生薬には、
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



経腸栄養剤(経口・経管両用)

薬価基準収載

エンシュア[®]・H



バニラ味 コーヒー味 メロン味 黒糖味 バナナ味 ストロベリー味 抹茶味

※味の違いは香料によるもので、本剤にはバニラ、コーヒー、メロン、黒糖、バナナ、ストロベリー、抹茶などの成分は含まれておりません。

「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

アボットジャパン合同会社

東京都港区三田三丁目5番27号

[資料請求先] アボットジャパン合同会社 お客様相談室 フリーダイヤル **0120-964-930**

第47回九州代謝・栄養研究会

当番世話人：石橋 生哉
久留米大学医学部外科学講座

発行日：2023年2月★★日

事務局：久留米大学医学部外科学講座
〒830-0011 福岡県久留米市旭町67
TEL 0942-31-7566 FAX 0942-34-0709

制作：株式会社西日本企画サービス
