



第20回 千葉県 NST ネットワーク

プログラム・抄録集



日 時 : 2012 年 5 月 12 日 (土) 13 : 40 ~ 18 : 00

場 所 : 千葉市文化センター 3階 アートホール

千葉市中央区中央 2 丁目 5 番 1 号

TEL 043-224-8211 (代表)

共 催 : 千葉県 NST ネットワーク

(株)大塚製薬工場、大塚製薬(株)

イーエヌ大塚製薬(株)

お知らせ

1. 一般演題の演者の皆様へ

- 1) 発表形式：口演はすべて PC を用いた発表です。
操作は講演台上のキーボードとマウスで行って下さい。
- 2) 発表時間は **6分** 討論時間は **4分**(計 **10分**)
- 3) 発表データは **Power Point** で準備してください。
(下記の“PC 発表用データ作成上のお願い”を参照してください)
- 4) 発表データは **USB メモリー**または **CD-R**(RW 不可)に保存してご持参ください。
(バックアップは必ずご持参ください)
- 5) セッション開始 40 分前までに受付(会場外の受付横)に提出し、試写にてご確認下さい。
- 6) 当日会場に設置される PC の OS は **Windows 7** です。
- 7) 一般演題での PC 本体の持込は原則として受け付けません。
* なお、ハードディスク上に取り込まれたデータは、本研究会終了後に責任をもって一括消去いたします。

[PC 発表用データ作成上のお願い]

- 1) 使用できるアプリケーション：Windows Power Point 2000/2002/2003/2007
- 2) 特殊なフォントは OS の標準フォントに変換される場合がありますのでご注意ください。
- 3) 受付(会場外の受付横)での修正はできませんのでご了承ください。
- 4) 動画や音声ファイルの使用はご遠慮ください。
- 5) Mac OS で作成されたスライドは、Windows では文字がズレることがありますのでご注意ください。

2. 討 論

討論進行の能率化のため、討論希望者は座長の指名に従い、所属、氏名を述べてから発言をお願い致します。

3. 参加費及び参加証

受付で参加費（医師 1,000 円、コ・メディカル 500 円、研修医 無料、学生 無料、一般 1,000 円）をお支払い下さい。その際、受付で参加証をお渡し致します。尚、参加証は NST 専門療法士受験資格及び更新時の 5 単位となりますので、各自で保管をお願い致します。

当番世話人／東京歯科大学市川総合病院 松井 淳一 先生

代表世話人／千葉県済生会習志野病院 山森 秀夫 先生

世 話 人／

千葉県救急医療センター 相川 光広 先生

医療法人財団松圓会東葛クリニック病院 秋山 和宏 先生

千葉県立佐原病院 阿蒜ひろ子 先生

独立行政法人国立病院機構下志津病院 一木 昇 先生

国保直営総合病院君津中央病院 江尻喜三郎 先生

千葉市立海浜病院 太枝 良夫 先生

医療法人社団木下会鎌ヶ谷総合病院 大森 敏弘 先生

香取市東庄町病院組国保小見川総合病院 勝浦 譽介 先生

順天堂大学医学部附属浦安病院 木所 昭夫 先生

国保小見川総合病院 木村 聡子 先生

東京湾岸リハビリテーション病院 近藤 国嗣 先生

医療法人三矢会八街総合病院 椎名 裕美 先生

国保松戸市立病院 芝崎 暎仁 先生

総合病院国保旭中央病院 紫村 治久 先生

東京女子医科大学八千代医療センター 城谷 典保 先生

東京慈恵会医科大学附属柏病院 田辺 義明 先生

千葉県がんセンター 鍋谷 圭宏 先生

玄々堂君津病院 西井 大輔 先生

成田赤十字病院 西谷 慶 先生

千葉大学医学部附属病院 野本 尚子 先生

千葉大学大学院医学研究院 古川 勝規 先生

東京歯科大学市川総合病院 松井 淳一 先生

医療法人鉄蕉会亀田総合病院 宮越 浩一 先生

独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 森嶋 友一 先生

帝京大学ちば総合医療センター 安田 秀喜 先生

会計監査／医療法人社団普照会井上記念病院 大坪 義尚 先生

事務局／千葉県済生会習志野病院 古川 聡子 先生

プログラム

情報提供 ; 13:40~14:00

「カルニチン欠乏症について」 大塚製薬(株) 学術部

開会の挨拶

当番世話人 松井 淳一 先生 (東京歯科大学市川総合病院)

一般演題

一般演題 Session 1 症例報告(1)	14:05~14:35
------------------------	-------------

座長 芝崎 暎仁 先生 (国保松戸市立病院 外科)

1. 尋常性類天疱瘡患者の栄養管理……………2
千葉県立佐原病院
○飯塚 綾子、大貫美佐子、阿蒜ひろ子、糸賀 康博、宮崎由紀子、
坂本 房子、岡部 久代、海老沢富美子、立原佳津江、高木寿美子、
小林 正子、安藤可奈子、越川 淳也、庭野 正孝、小林 進、香取 恵美
2. 吸収不良症候群を合併し栄養管理に難渋した
Henoch-Schonlein 紫斑病の1例……………3
東京慈恵会医科大学附属柏病院 栄養部¹⁾、消化器・肝臓内科²⁾、
薬剤部³⁾、看護部⁴⁾、外科⁵⁾
○猿田加奈子¹⁾、内山 幹²⁾、相木 浩子¹⁾、小林 明美¹⁾、
伊藤 圭介³⁾、福田 良美⁴⁾、星 ユカリ⁴⁾、田辺 義明⁵⁾
3. NST の介入により治療方針が決定し退院することのできた
十二指腸潰瘍後腹膜穿通の一例……………4
国立病院機構千葉医療センター
○菅原 翔、森嶋 友一、豊田 義康、駒井 信子、梶原 弘道、
鈴木 節子、森 真弓、金子 啓子、岡部 司、熊澤 勇介

一般演題 Session 2 症例報告(2)

14:35~15:05

座長 佐藤 道夫 先生 (東京歯科大学市川総合病院 外科)

4. ワレンベルグ症候群にて長期経鼻経管栄養後、
経口摂取が可能となった一症例……………6
千葉労災病院 リハビリテーション科¹⁾、神経内科²⁾、NST³⁾、
白金整形外科病院 リハビリテーション科⁴⁾
○岩本 明子¹⁾、上司 郁男²⁾、三村 正裕³⁾、根本 總子³⁾、
草塩 公彦³⁾、前原みはる³⁾、黒須 智博³⁾、塚原 信子⁴⁾
5. 短腸症候群に対する長期 TPN 療法中に生じた腎不全への
NPC/N 比を考慮した治療経過……………7
国保松戸市立病院
○小松 梓、田代 淳、鶴田 和裕、石井 里枝、山田 豊美、
平敷好一郎、芝崎 暎仁
6. 体重減少が、多種薬剤による重篤な有害事象であった症例……………8
国保小見川総合病院 NST
○木村 聡子、勝浦 譽介

休憩 15:05~15:20

一般演題 Session 3 職種による NST への取り組み

15:20~16:00

座長 鍋谷 圭宏 先生 (千葉県がんセンター 消化器外科)

7. ワーファリンとフルカリック輸液の相互作用に対する
NST 薬剤師の取り組み……………10
東京女子医科大学八千代医療センター 薬剤部¹⁾、NST²⁾
○並木真貴子^{1) 2)}、杉山 栄美^{1) 2)}、小坂 好男¹⁾、大石 英人²⁾、
橋本 尚武²⁾
8. 当科における口腔ケア……………11
国保直営総合病院 君津中央病院 歯科衛生科¹⁾、歯科口腔外科²⁾
○西濱 彩乃¹⁾、江野澤涼子¹⁾、佐藤百合恵¹⁾、佐藤 千春¹⁾、
吉野 美月¹⁾、水野 葉子¹⁾、渡邊 俊英²⁾、西尾 可苗²⁾、
信田 智美²⁾、小出 奈央²⁾
9. 当院整形外科病棟における NST リンクナース活動の取り組み……………12
東京歯科大学市川総合病院 NST¹⁾、整形外科²⁾
○中崎 苑美¹⁾、磯貝 咲子¹⁾、高木 夏恵¹⁾、土井 麻栄¹⁾、
大和 千尋¹⁾、穴澤 卯圭²⁾、白石 建²⁾、片山 正輝¹⁾、佐藤 道夫¹⁾、
松井 淳一¹⁾
10. 顔の見える管理栄養士を目指して
～亀田総合病院での取り組み～……………13
亀田総合病院 栄養管理室¹⁾、リハビリテーション科²⁾、神経内科³⁾
○加藤岡絵美¹⁾、春木亜紀子¹⁾、和田 聰子¹⁾、宮越 浩一²⁾、
片多 史明³⁾

座長 西谷 慶 先生 (成田赤十字病院 外科)

11. 重症患者に対する栄養管理への新たな試み……………16
千葉県救急医療センター 栄養科¹⁾、神経系治療科²⁾、集中治療科³⁾、
看護局⁴⁾、薬剤部⁵⁾、検査科⁶⁾、言語聴覚士⁷⁾
○西田 幸子¹⁾、相川 光広²⁾、江藤 敏³⁾、田中 敬子⁴⁾、石川亜希子⁴⁾、
山口 里子⁴⁾、渡邊 聡子⁴⁾、堀川 真弓⁴⁾、島田 和江⁴⁾、
加藤 里佳⁵⁾、水野 純⁵⁾、木内 寛子⁵⁾、佐藤 正一⁶⁾、清宮 朋子⁶⁾、
白戸由香子⁶⁾、佐藤 幸子⁷⁾、上野 浩明¹⁾
12. 経腸栄養器具の適切な使用法の検討……………17
千葉県がんセンター NST¹⁾、ICT²⁾
○實方 由美¹⁾、鍋谷 圭宏¹⁾、河津 絢子¹⁾、佐々木良枝¹⁾、
近藤 忠¹⁾、羽田真理子¹⁾、福原 麻后¹⁾、高橋 直樹¹⁾、
滝口 伸浩¹⁾、前田佐知子²⁾
13. 「お変わりがなくて何よりです！」
～在宅経管栄養患者の検討～……………18
船橋二和病院・ふたわ診療所 内科、NST
ふたわ診療所 在宅室看護師
ふたわ訪問看護ステーション看護師・作業療法士・理学療法士
○池田 美佳
14. 当院における経腸栄養マニュアルの評価と今後の展望……………19
千葉大学医学部附属病院 薬剤部¹⁾、耳鼻咽喉・頭頸部外科²⁾、
肝胆膵外科³⁾、臨床栄養部⁴⁾、看護部⁵⁾
千葉県がんセンター 消化器外科⁶⁾
○新井 健一¹⁾、山本 晃平¹⁾、竹田真理子¹⁾、花澤 豊行²⁾、
古川 勝規³⁾、佐藤 由美⁴⁾、烏 祐佳里⁴⁾、前田 芙美⁵⁾、
吉田 由香⁵⁾、鍋谷 圭宏⁶⁾、仲佐 啓詳¹⁾、中村 裕義¹⁾、
有吉 範高¹⁾、北田 光一¹⁾

第 20 回記念講演 16:40～17:00

司会：東京歯科大学市川総合病院 外科
松井 淳一 先生

『NST10 年の歩み』

千葉県済生会習志野病院

院長

山森 秀夫 先生

特別講演 17:00～18:00

司会：東京歯科大学市川総合病院 外科
松井 淳一 先生

『経腸栄養管理の実際-PEG の功罪を含めて-』

医療法人川崎病院 外科総括部長

井上 善文 先生

閉会の挨拶

千葉県 NST ネットワーク 代表世話人 山森 秀夫 先生

一般演題

<Session 1>

症例報告(1)

14:05~14:35

座長：国保松戸市立病院

外科

芝崎 暎仁 先生

演題 1.

尋常性類天疱瘡患者の栄養管理

千葉県立佐原病院

○飯塚 綾子、大貫 美佐子、阿蒜ひろ子、糸賀 康博、宮崎由紀子、坂本 房子、岡部 久代、海老沢富美子、立原佳津江、高木寿美子、小林 正子、安藤可奈子、越川 淳也、庭野 正孝、小林 進、香取 恵美

<はじめに>今回、類天疱瘡患者のNSTによる介入を入院時より行い、皮膚水泡部からの二次感染を防ぎ、低栄養の悪化を防ぐことが出来たので報告する。

<事例紹介>89歳 男性 全身水泡形成・一部びらん状態・口腔内アフタ形成あり入院。プレドニン 45mg・ニコチン酸アミド・抗生剤開始。水泡部感染予防のためシャワー浴を実施していた。NSTとしては「口腔内アフタによる経口摂取量の低下」「皮膚の炎症・浸出による低栄養」「ステロイド剤の投与による高血糖・易感染状態など副作用」のアセスメントを行い、高カロリー・高蛋白な食事の提案を行った。

<結果・考察>食事形態は口腔内の状態を考慮し全粥としたことで摂取量が減ることはなかった。高カロリー・高蛋白食による腎機能の問題はなく、栄養状態の低下はなかった。また、高血糖、感染の兆候もなく経過した。今回の症例により入院時より詳細なアセスメントを行い、栄養管理していくことでリスクの回避が行え、患者の状態の安定が図れた。

演題 2.

吸収不良症候群を合併し栄養管理に難渋した

Henoch-Schonlein 紫斑病の 1 例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 栄養部¹⁾、消化器・肝臓内科²⁾、薬剤部³⁾、看護部⁴⁾、外科⁵⁾

○猿田加奈子¹⁾、内山 幹²⁾、相木 浩子¹⁾、小林 明美¹⁾、伊藤 圭介³⁾、福田 良美⁴⁾、星 ユカリ⁴⁾、田辺 義明⁵⁾

【はじめに】吸収不良症候群を合併した Henoch-Schonlein 紫斑病(HSP)患者に対し栄養管理に難渋したが、NST 介入により栄養改善を認めたので報告する。

【症例】10 代男性。腹痛、食欲不振、血便、下痢を主訴に来院し、精査加療目的で当院内科に入院した。下肢には紫斑を認め、同部の生検結果から HSP と診断した。プレドニゾロン(PSL)の静注療法を開始し、栄養管理は絶食、中心静脈栄養(TPN)を行った。PSL の反応は良好で症状の改善を認めた。PSL を徐々に減量し内服に変更、食事を開始した。しかし一時軽快するも、症状悪化を繰り返すために他病態も考慮し¹³C 酢酸吸収能検査を施行した。小腸吸収能は 50%と著しい低下を認め、吸収不良症候群と診断した。栄養は絶食で TPN を中心とし、症状軽快とともに TPN の減量ならびに経腸栄養を併用した。この後、状態は改善し軽快退院となった。退院後は在宅中心静脈栄養(HPN)と経腸栄養管理であったが、現在は経口摂取も可能になり HPN は中止している。

【まとめ】本症例は吸収不良症候群が併存し HPN を余儀なくされた症例であるが、NST 介入により適切な栄養改善が図られたと考える。

演題 3.

NST の介入により治療方針が決定し退院することのできた 十二指腸潰瘍後腹膜穿通の一例

国立病院機構千葉医療センター

○菅原 翔、森嶋 友一、豊田 義康、駒井 信子、梶原 弘道、鈴木 節子、森 真弓、金子 啓子、岡部 司、熊澤 勇介

症例は 84 歳女性。糖尿病、両下腿足背潰瘍にて平成 22 年 8 月より内科入院加療中であった。平成 23 年 1 月、右鼠径部に発赤した腫瘤が出現し、切開排膿を施行したところ食物残渣を認めた。腹部 CT では十二指腸との交通を疑う後腹膜膿瘍が鼠径部まで波及し、上部消化管内視鏡では十二指腸水平部に潰瘍が認められた。右鼠径部から十二指腸付近までドレーンを挿入、絶食とし、TPN 開始となった。その後 89 日間の絶食が続き内科の主治医とコンサルトされた外科医との間で患者は置き去りにされていた。患者に認知症はなく強く経口摂取を希望されていた。この状況をサポートナースが pick up し NST の介入となった。栄養指導に加え、CT 撮影、透視撮影、外科手術の提言を行った。その後外科に転科し平成 23 年 7 月 1 日、胃隔壁形成術、Roux-Y 再建を施行した。術後イレウスによる緊急手術となったものの概ね経過良好にて退院となった。今回、十二指腸潰瘍による後腹膜膿瘍から長期間の絶食状態で経過観察されていた症例に対して NST 介入が有効であった症例を経験したので報告する。

一般演題
〈Session 2〉
症例報告(2)

14:35~15:05

座長：東京歯科大学市川総合病院
外科

佐藤 道夫 先生

演題 4.

ワレンベルグ症候群にて長期経鼻経管栄養後、 経口摂取が可能となった一症例

千葉労災病院 リハビリテーション科¹⁾、神経内科²⁾、NST³⁾
白金整形外科病院 リハビリテーション科⁴⁾

○岩本 明子¹⁾、上司 郁男²⁾、三村 正裕³⁾、根本 總子³⁾、草塩 公彦³⁾、前原みはる³⁾、
黒須 智博³⁾、塚原 信子⁴⁾

<はじめに>

ワレンベルグ症候群による嚥下障害にて、長期間経鼻経管栄養を行いながら、急性期から回復期病院を経て、経口摂取が可能となった症例を報告する。

<症例>

80才女性。2月8日脳梗塞(右延髄外側病変)発症。ワレンベルグ症候群を呈し、嚥下反射消失、唾液も飲み込めない状態で入院となる。9日リハビリ、14日インスローを経鼻で開始。下痢、吐き気、めまいのため絶食。Alb3.3 mg/dlに低下。BMI21.4。%TSF74.7。濃厚流動選択でNST介入。3月2日F2 α を経鼻で再開。3月に嚥下造影実施。嚥下機能の改善は芳しくなく、嚥下リハ目的で回復期病院に4月4日転院。5月当院外来にて嚥下造影再評価。両病院のSTで方針を協議し、直接的嚥下訓練を続け、7月末ミキサー食開始、経鼻栄養(MA-8)終了。8月に自宅退院となった。

<まとめ>

重症のワレンベルグ症候群で、嚥下障害、下痢、吐き気のみられた症例に対して、多職種が各時期に適切に介入し、病院間でも連携をとることで、栄養状態の極端な低下なく、経口摂取と自宅退院に至る事ができた。

演題 5.

短腸症候群に対する長期 TPN 療法中に生じた腎不全への

NPC/N 比を考慮した治療経過

国保松戸市立病院

○小松 梓、田代 淳、鶴田 和裕、石井 里枝、山田 豊美、平敷好一郎、芝崎 暎仁

短腸症候群にて長期 TPN 療法を行った経過中に腎不全が生じ、窒素量に着目した補液療法により病態が改善した症例を経験した。その治療経過と問題点について検討した。症例は 69 歳女性。再発子宮がんに対する手術療法を受け、術後 7 日目に生じた上腸間膜動脈血栓塞栓症により小腸壊死を併発し、小腸全摘術を受けた。その後 TPN 療法を開始され、術後 5 か月で自宅に近い当院産婦人科にて在宅療法の可能性を検討する目的で転院となる。通常の TPN 療法 (1600Kcal) を行われてきたが、転院 2 か月後に急激な血清クレアチニン、UN 値の上昇を見、全身の痛みと倦怠感を訴えた。腎機能悪化と栄養療法の再検討のために NST への相談となる。主な検査成績として、血清 Cre/UN は術前 0.7/14、転院時 1.0//10 であったが、相談時には 5.6/101 であった。通常の TPN 1600mL/日から、必須アミノ酸製剤を使用した腎不全用の TPN 製剤を調整して投与したところ、28 日後に Cre/UN は 1.1/18 と改善し、全身痛、倦怠感などが著明に改善した。腎不全発症時の補液中 NPC/N 比は 154 であったが、変更後は 500 となった。腎機能改善後、比を 200 前後に輸液内容を調整し悪化がないことを確認したのち、在宅療養に移行した。その後の経過、問題点もあわせて報告したい。

演題 6.

体重減少が、多種薬剤による重篤な有害事象であった症例

国保小見川総合病院 NST

○木村 聡子、勝浦 譽介

はじめに：体重減少、食欲不振、消化器症状が薬剤起因性である症例が少なからず認められる。今回 NST 介入となった、体重減少 16.8% (6 ヶ月) 症例の原因検索の過程と、薬剤による多彩な有害事象を報告する。

症例：81 歳、女性。ふらつき・転倒による頭部・腰背部打撲にて救急搬送され入院となった。近医より、パーキンソン症候群治療剤、アルツハイマー型認知症治療剤、ループ利尿剤、抗不整脈剤、頻尿治療剤等が処方されていた。血清 Na、Cl 値低値、経過から脱水と判断され、ループ利尿剤は中止した。脳外科、神経内科受診にて、脳梗塞、認知症、パーキンソン症候群は否定された。

また、詳細な病歴聴取から、悪心・嘔吐・幻視・幻聴・視力障害・ふらつき・転倒などの多彩な症状を確認した。その経過から薬剤の追加・増量が原因と推測された為、全ての薬剤を中止した。精神科受診を必要とした精神神経症状、消化器症状は漸次軽快した。他眼科にて角膜内皮障害の診断から角膜移植予定であったが、薬剤中止後視力回復し移植は必要なくなった。

終わりに：NST 介入症例の中には、その症状が薬剤起因性である症例があるため、常用薬剤に十分な注意を要する必要がある。NST 専門薬剤師として、多職種と連携し、薬剤により重篤な障害に苛まれていた症例を救うことができた。

一般演題

<Session 3>

職種による NST への取組み

15:20~16:00

座長：千葉県がんセンター

消化器外科

鍋谷 圭宏 先生

演題 7.

ワーファリンとフルカリック輸液の相互作用に対する

NST 薬剤師の取り組み

東京女子医科大学八千代医療センター 薬剤部¹⁾、NST²⁾

○並木真貴子^{1) 2)}、杉山 栄美^{1) 2)}、小坂 好男¹⁾、大石 英人²⁾、橋本 尚武²⁾

【目的】

ワーファリン(以下 WF)投与患者では、ビタミン K(以下 VK)を含む輸液での栄養管理に注意を要する。我々は VK を含むフルカリックが INR に影響を与えた症例を経験し、その対応策を検討したので報告する。

【症例 1】

心原性脳梗塞で入院の男性。WF 開始の翌日に肺炎を発症し、フルカリックで TPN 開始。WF 増量するも INR 延長せず、併用 10 日目で医師が相互作用に気づき EN へ変更。

【症例 2】

卵巣がんの女性。入院後イレウス発症しフルカリックで TPN 開始。CV カテーテル血栓症で WF 開始。併用 7 日後 INR が延長しないことに薬剤師が気づき医師へ情報提供、アスピリンへ変更。

【症例 3】

全身性けいれんにて入院の男性。心房細動の既往で WF 投与中。EN による嘔吐あり、フルカリックで TPN 開始後、INR が低下。ピーエヌツイン+MVI-12 キットへの変更を薬剤師が提案し、変更後 INR は治療域へ戻った。

【考察】

NST 勉強会にて薬剤師から多職種へ症例報告と情報提供を行った。また NST 症例のアセスメントで、これらの併用を確認した場合は①他の抗凝固薬へ変更②VK を含まない TPN 組成の提案、など介入を行う。現在 MVI 注は販売中止となったため、VK を含まない TPN 用総合ビタミン製剤の販売が望まれる。

演題 8.

当科における口腔ケア

国保直営総合病院 君津中央病院 歯科衛生科¹⁾、歯科口腔外科²⁾

○西濱 彩乃¹⁾、江野澤涼子¹⁾、佐藤百合恵¹⁾、佐藤 千春¹⁾、吉野 美月¹⁾、水野 葉子¹⁾、渡邊 俊英²⁾、西尾 可苗²⁾、信田 智美²⁾、小出 奈央²⁾

入院患者に対する口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防や摂食嚥下機能の改善に効果があることから、多くの病院で口腔ケアが行われ、実際多くの成果をあげています。当科でも、昨年度より病院スタッフに向けた口腔ケアの勉強会を数回/年行い、また当院における外来・入院患者の合併症および口腔機能の保持、改善を目的とした口腔ケアを実施しています。

全身状態が悪くなれば口腔環境も悪くなります。副作用が生じれば更なる悪化を招きます。QOLの低下は当然治癒能力の低下に繋がります。原疾患の治療にも大きく関係してきます。口腔ケアの目的は、①口腔内細菌を減らすことにより誤嚥性肺炎や菌性感染症による敗血症など全身疾患を予防する。②口腔内の環境(清潔・湿潤)を保つ事により、全身状態低下時の口腔内トラブルを防ぐ。③口腔機能(嚥む事・話す事)を維持させる事で、脳を活性化し、全身機能を維持する。この3つです。口腔機能の維持は、清掃性の向上にも繋がり、全身機能の活性化に大きく影響します。そのためにはひどくなってしまう前から口腔ケアを受けて頂くことがより患者さまの負担軽減に繋がります。一連の取り組みや問題点について症例を交え報告致します。

演題 9.

当院整形外科病棟における NST リンクナース活動の取り組み

東京歯科大学市川総合病院 NST¹⁾、整形外科²⁾

○中崎 苑美¹⁾、磯貝 咲子¹⁾、高木 夏恵¹⁾、土井 麻栄¹⁾、大和 千尋¹⁾、
穴澤 卯圭²⁾、白石 建²⁾、片山 正輝¹⁾、佐藤 道夫¹⁾、松井 淳一¹⁾

当院では、NST 委員会に各病棟看護師がリンクナースとして所属して NST 活動を行っている。運動器疾患患者を対象としている当病棟では消化器疾患や摂食嚥下障害を合併する患者が少ない。よって、医師や看護師が栄養管理に対し問題意識を持つ機会が乏しく、栄養管理計画書の作成率及び NST 依頼件数は少なかった。しかし、リンクナース活動の過程で、高齢者の低栄養、術後の食思不振、創傷治癒の遅延など、当病棟の栄養管理上の問題点が明らかとなったため、病棟スタッフの NST 回診参加を開始し、医師との合同事例検討を積極的に行った。その結果、医師、病棟スタッフの栄養障害に対する問題意識、行動に変化がみられ、栄養管理計画書の作成率上昇と早期 NST 依頼が増加した。その事により NST チームの栄養障害リスク患者への対応や早期 NST 介入により、術前からの栄養管理が迅速となった。平成 23 年 4 月から平成 24 年 2 月までの NST 介入患者では介入により栄養状態が不変又は改善した患者が半数以上と効果が得られた事が明らかとなった。

演題 10.

顔の見える管理栄養士を目指して～亀田総合病院での取り組み～

亀田総合病院 栄養管理室¹⁾、リハビリテーション科²⁾、神経内科³⁾

○加藤岡絵美¹⁾、春木亜紀子¹⁾、和田 聡子¹⁾、宮越 浩一²⁾、片多 史明³⁾

【目的】亀田総合病院では、2011年3月より総合内科、神経内科病棟において管理栄養士が病棟に配属された。これは院内初めての取り組みであり、約1年間の活動内容と今後の課題について報告する。

【方法】病棟配属開始前の2010年4月から12月までの9ヶ月間と病棟配属後2011年4月から12月までの9ヶ月間において、亀田総合病院総合診療科入院患者のNST依頼件数、依頼までの日数、NST加算算定件数、NST介入患者の平均在院日数を比較した。また、入院患者の栄養指導件数についても比較を行った。

【結果】NST依頼件数は71件から110件へ増加、依頼までの日数は14日から10日へ短縮した。NST加算算定件数は185件から271件へ増加、NST介入患者の平均在院日数は49日から37日へ短縮。栄養指導件数は88件から132件に増加した。

【考察】病棟配属となり多職種と顔の見える関係となったことで病棟との連携が円滑になった。また、申し送りなどに参加するため状態変化への対応が早くなり、NST依頼件数の増加、依頼のタイミングが早くなった。今後の課題としては他病棟への病棟配属拡大があげられる。

MEMO

一般演題

<Session 4>

NST の工夫と活動評価

16:00~16:40

座長：成田赤十字病院
外科

西谷 慶 先生

演題 11.

重症患者に対する栄養管理への新たな試み

千葉県救急医療センター 栄養科¹⁾、神経系治療科²⁾、集中治療科³⁾、看護局⁴⁾、薬剤部⁵⁾、検査科⁶⁾、言語聴覚士⁷⁾

○西田 幸子¹⁾、相川 光広²⁾、江藤 敏³⁾、田中 敬子⁴⁾、石川亜希子⁴⁾、山口 里子⁴⁾、渡邊 聡子⁴⁾、堀川 真弓⁴⁾、島田 和江⁴⁾、加藤 里佳⁵⁾、水野 純⁵⁾、木内 寛子⁵⁾、佐藤 正一⁶⁾、清宮 朋子⁶⁾、白戸由香子⁶⁾、佐藤 幸子⁷⁾、上野 浩明¹⁾

【はじめに】

当センターのNST活動は8年目を迎え、一般病棟における週1回の回診活動は定着してきたところであるが、集中治療室(ICU)での活動に関しては満足する活動が行えていないのが現状である。

【目的】

ICUでの栄養管理は、日々刻々と変化する入院患者の病状をこまめに把握する必要があり、現行の週1回のNST回診では不十分である。ICU入室患者の栄養管理を効果的に実施するための新たな活動を模索した。

【方法】

当センターで行っている毎日3回のICUカンファレンス(全診療科医師参加)に、平成24年2月より連日NST専従者が参加し、ICU入室患者の栄養管理に必要な情報収集を行いNST活動に如何に繋げられるか考察を行った。

【結果】

ICUカンファレンスに参加することによって、直接担当科医師より患者の病状変化をタイムリーに把握することができ、効果的なNST活動につながった。また、これまではカルテベースでの情報交換のみであったが、直接顔を合わせる事によって、栄養管理に関する質問をしてくるなど、各診療科医師との壁がなくなりつつあると感じられた。

【今後の展望と結語】

独立型第3次救命救急センターにおけるNSTとしての活動のあり方を現在模索中である。今後は、今回の専従者での試みを足掛かりに、NSTとして常に重症患者にタイムリーな栄養管理ができるシステム作りにつなげたいと考えている。

演題 12.

経腸栄養器具の適切な使用法の検討

千葉県がんセンター NST¹⁾、ICT²⁾

○實方 由美¹⁾、鍋谷 圭宏¹⁾、河津 絢子¹⁾、佐々木良枝¹⁾、近藤 忠¹⁾、
羽田真理子¹⁾、福原 麻后¹⁾、高橋 直樹¹⁾、滝口 伸浩¹⁾、前田佐知子²⁾

経腸栄養ボトルのイルリガートルは単回使用が望ましいとされているが、当センターでは8時間毎に交換、洗浄（ミルトン®）し複数回使用していた。経腸栄養チューブも同様に8時間毎に交換、洗浄し1週間で破棄していた。洗浄にかかる業務の削減に向けても単回使用が望まれるが、単回使用にすることでのコストアップ、ゴミの増量など問題は多い。また、在宅において単回使用はコスト的に難しい。そこで、経腸栄養器具の複数回使用が感染制御の点から問題ないか否かを検討することにした。複数のイルリガートルを洗浄して使用した場合の細菌数と、個々に洗浄を行える環境下での細菌数を比較し、経腸栄養ボトルの交換頻度を検討し、適切な使用法を提案したい。

演題 13.

「お変わりがなくて何よりです！」～在宅経管栄養患者の検討～

船橋二和病院・ふたわ診療所 内科、NST
ふたわ診療所 在宅室看護師
ふたわ訪問看護ステーション看護師・作業療法士・理学療法士

○池田 美佳

船橋二和病院附属ふたわ診療所では在宅往診を行っている。経管栄養中の患者はひとたび退院するとその内容について見直しされる機会はほとんどない。今回、在宅経管栄養中の患者の栄養状態や経管栄養の内容について調査・検討する。

対象は、2012年2月1日時点の往診患者161名のうち、在宅で経管栄養を行っている24名（男性14人、女性10人：入院治療中の者は除いてある）

平均年齢：男性75歳、女性91歳

基礎疾患：男性 脳血管障害9人、神経変性疾患2人、認知症1人、
その他2人

女性 脳血管障害7人、認知症3人

平均摂取カロリー：男性1108kcal/日、女性850kcal/日

平均Hb値：男性12.4g/dl、女性11.7g/dl

平均Alb値：男性3.3g/dl、女性3.1g/dl

一方、在宅往診を行っている経口摂取の患者（男性36人：平均年齢75歳、女性67人：平均年齢80歳）では、平均Hb値 男性12.8g/dl、女性12.0g/dl、平均Alb値 男性3.7g/dl、女性3.7g/dlであった。

在宅経管栄養患者のAlb値（男性3.3g/dl、女性3.1g/dl）をどのように考えればよいのだろうか。低いと見るのか、意外に保たれていると見るのか？ 摂取カロリーは適切なのであろうか？ 在宅療養の特徴と合わせて考察する。

演題 14.

当院における経腸栄養マニュアルの評価と今後の展望

千葉大学医学部附属病院 薬剤部¹⁾、耳鼻咽喉・頭頸部外科²⁾、肝胆膵外科³⁾、
臨床栄養部⁴⁾、看護部⁵⁾
千葉県がんセンター 消化器外科⁶⁾

○新井 健一¹⁾、山本 晃平¹⁾、竹田真理子¹⁾、花澤 豊行²⁾、古川 勝規³⁾、
佐藤 由美⁴⁾、烏 祐佳里⁴⁾、前田 芙美⁵⁾、吉田 由香⁵⁾、鍋谷 圭宏⁶⁾、仲佐 啓詳¹⁾、
中村 裕義¹⁾、有吉 範高¹⁾、北田 光一¹⁾

【目的・方法】

経腸栄養管理の標準化を目標に経腸栄養マニュアル(以下、マニュアル)を 2009 年に作成し各病棟・部署に配布した。約 1 年経過した時点で、マニュアルの活用状況と内容の評価をアンケートで調査したので報告する。

【結果】

マニュアルの活用率は 38%で、職種によりばらつきがあったが、活用した医療従事者のうち 93%が参考になったと回答していた。マニュアル非活用の主な理由は「存在を知らない(48%)」、「使う機会が無い(42%)」などであった。

【考察】

マニュアルの内容は好評である一方で、活用していない医療従事者が多く存在することも今回の結果より判明した。大学病院では医療従事者の出入りが多く、情報を伝達していくことが困難な環境であることがその要因の一つとして考えられた。今後はより活用してもらうために、各病棟・部署へ積極的に周知を図ると同時に活用方法等も伝達していくことが必要である。

第 20 回記念講演 16:40～17:00

司会：東京歯科大学市川総合病院 外科
松井 淳一 先生

『NST10 年の歩み』

千葉県済生会習志野病院

院長
山森 秀夫 先生

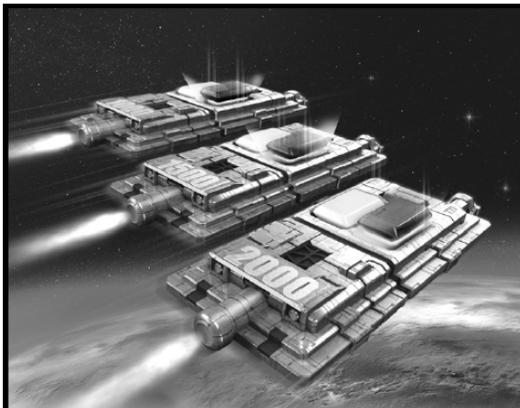
特別講演 17:00~18:00

司会：東京歯科大学市川総合病院 外科
松井 淳一 先生

『経腸栄養管理の実際-PEGの功罪を含めて-』

医療法人川崎病院 外科総括部長

井上 善文 先生



高カロリー輸液用 糖・電解質・アミノ酸・総合ビタミン・微量元素液

処方せん医薬品* 薬価基準収載

エルネオパ[®]1号輸液

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

処方せん医薬品* 薬価基準収載

エルネオパ[®]2号輸液

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

ELNEOPA[®] No.1 Injection

ELNEOPA[®] No.2 Injection



◇効能・効果、用法・用量、警告・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。



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

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

資料請求先

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 (11.04作成)

新発売

経腸栄養剤(経管・経口両用)

ラコール[®]NF 配合経腸用液

RACOL[®]-NF Liquid for Enteral Use 薬価基準収載



200mL アルミパウチ

(ミルクフレーバー、コーヒーフレーバー、バナナフレーバー、コーンフレーバー)

400mL バッグ

◇効能・効果、用法・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。



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

販売提携 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



製造販売元 イーエヌ大塚製薬株式会社 岩手県花巻市二枚橋第4地割3-5

資料請求先 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 (12.02作成)

肝不全用経口栄養剤

薬価基準収載

Aminoleban® EN powder mix

アミノレバン® EN 配合散

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕
牛乳に対しアレルギーのある患者

〔効能・効果〕

肝性脳症を伴う慢性肝不全患者の栄養状態の改善

〔用法・用量〕

通常、成人に1回量として1包(50g)を約180mLの水又は温湯に溶かし(約200kcal/200mL)1日3回食事と共に経口摂取する。

なお、年齢・症状に応じて適宜増減する。

〔調製方法〕

アミノレバンEN配合散1包(50g)を約1kcal/mLに調製する場合、容器に水又は温湯(約50℃)を約180mL入れ、アミノレバンEN配合散1包を加えて溶かす。この場合、溶解後の液量は約200mL(約1kcal/mL)となる。

〔使用上の注意〕 一抜粋—

1.重要な基本的注意

- 肝性脳症を伴う慢性肝不全患者の維持療法に使用すること。
- 食事療法を含めた治療状況を十分確認したのち、用法の選択を行うこと。

(参考例1):低蛋白食(蛋白質量40g/日、熱量1,600kcal/日)からの切替例
蛋白質量40g/日、熱量1,000kcal/日の低蛋白食とアミノレバンEN配合散3包/日(蛋白質量40.5g/日、熱量630kcal/日)の併用に切り替える。

(参考例2):肝性脳症改善アミノ酸注射液療法からの切替例
蛋白質量40g/日、熱量1,000kcal/日の低蛋白食とアミノレバンEN配合散3包/日(蛋白質量40.5g/日、熱量630kcal/日)の併用に切り替える。

(参考例3):肝臓食(蛋白質量80g/日、熱量2,100kcal/日)からの切替例
蛋白質量40g/日、熱量1,500kcal/日の低蛋白食とアミノレバンEN配合散3包/日(蛋白質量40.5g/日、熱量630kcal/日)の併用に切り替える。

2.副作用

調査症例2,628例中185例(7.04%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められている(承認時及び再審査終了時)。以下の副作用には別途市販後に報告された自発報告を含む。

重大な副作用

低血糖(0.1%未満):低血糖(冷汗、気分不良、ふるえ、動悸等)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。

◇その他の使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

(※11.05作成)

チーム医療とともに
治療の連続性を考える
BCAA/AAA Oral Therapy



製造販売元
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社
信頼性保証本部 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

〔効能・効果〕

カルニチン欠乏症

〔効能・効果に関連する使用上の注意〕

(1)本剤は、臨床症状・検査所見からカルニチン欠乏症と診断された場合あるいはカルニチン欠乏症が発症する可能性が極めて高い状態である場合にのみ投与すること。

(2)本剤の投与に際しては、原則として、カルニチンの欠乏状態の検査に加え、カルニチン欠乏の原因となる原疾患を特定すること。

〔用法・用量〕

通常、成人には、レボカルニチン塩化物として、1日1.8~3.6gを3回に分割経口投与する。なお、患者の状態に応じて適宜増減する。

通常、小児には、レボカルニチン塩化物として、1日体重1kgあたり30~120mgを3回に分割経口投与する。なお、患者の状態に応じて適宜増減する。

〔用法・用量に関連する使用上の注意〕

(1)本剤の投与に際しては、低用量から投与を開始し、臨床症状の改善の程度と副作用の発現の程度及び定期的な臨床検査、バイタルサイン、カルニチンの欠乏状態等から投与量を総合的に判断すること。また、増量する場合には慎重に判断し、漫然と投与を継続しないこと。

(2)血液透析患者への本剤の投与に際しては、高用量を長期間投与することは避け、本剤投与により期待する効果が得られない場合には、漫然と投与を継続しないこと。また、血液透析日には透析終了後に投与すること。

(3)小児への投与に際しては、原則として、成人用量を超えないことが望ましい。

〔使用上の注意〕 一抜粋—

1.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

重篤な腎機能障害のある患者又は透析下の末期腎疾患患者

2.重要な基本的注意

本剤投与中は、定期的にバイタルサイン、臨床検査(血液検査、肝・腎機能検査、尿検査)、カルニチンの欠乏状態のモニタリングを行うことが望ましい。

◇慎重投与の設定理由、その他の使用上の注意等は添付文書をご参照ください。



レボカルニチン製剤

処方せん医薬品*

薬価基準収載

エルカルチン®錠 100mg 300mg

L-Cartin® tablets 100mg・300mg レボカルニチン塩化物錠

※注意 - 医師等の処方せんにより使用すること



製造販売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田町2-9

資料請求先

大塚製薬株式会社 信頼性保証本部 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

(※11.05作成)

