



第25回 千葉県 NST ネットワーク

プログラム・抄録集



日 時 : 2017年5月13日(土) 14:00 ~ 18:00

場 所 : 京葉銀行文化プラザ 3階 音楽ホール

千葉市中央区富士見1丁目3-2

TEL 043-202-0800 (代表)

共 催 : 千葉県 NST ネットワーク

(株)大塚製薬工場

イーエヌ大塚製薬(株)

大塚製薬(株)

ハイネ イーゲル®

濃厚流動食品



【紅茶風味】

消化態

浸透圧
約360mOsm/L

エネルギー
0.8kcal/mL

- ◆日本人の食事摂取基準(2010年版)を参考に各種栄養素を調整、1日あたり1,200~1,600kcalを標準的な摂取量としています。
- ◆大豆ペプチド、コラーゲンペプチドを使用した消化態の濃厚流動食品です。
- ◆食物繊維にペクチン(100kcalあたり0.9g)を使用しています。
- ◆pHの低下により液体からゲル状に流動性が変化^(注)します。
- ◆水分補給に配慮し、100kcalあたり摂取できる水分量を110mLに調整しています。
- ◆液体栄養としての操作が可能です。

(注)胃酸の分泌量や酸度の違いによって、ゲル状に変化しない場合があります。

【大塚製薬の通販】オオツカ・プラスワン
インターネットや電話でも
ご購入いただけます。



<http://otsuka.jp>



0120-256-137
(通話料無料 受付時間9:00~20:00)



販売者 株式会社大塚製薬工場
販売提携 大塚製薬株式会社

ハイネイーゲルに関するお問い合わせは
株式会社大塚製薬工場 お客様相談センター
0120-872-873

2015年10月作成
ZOY8113L01

使用上の注意

- ①医師、管理栄養士等の指導によりご使用下さい。本品のみで栄養補給する場合は、各種栄養素の補給量や水分量に注意してご使用下さい。
 - ②静脈内には絶対に投与しないで下さい。
 - ③容器に漏れ、膨張がみられるもの、開封時に内容液の色・味・臭いに異常がみられたもの、または凝固、分離しているものはご使用にならないで下さい。
 - ④温める場合は開栓せずにお湯に浸け、体温程度を目安として加温して下さい。長時間加熱、繰り返し加熱はしないで下さい。
 - ⑤果汁などの酸性物質や多量の塩類などの混和は凝固することがありますので避けて下さい。
 - ⑥開封後はすみやかにご使用下さい。全量を使用しない場合の残液は廃棄し、再使用しないで下さい。
 - ⑦賞味期限内にご使用下さい。
- *長期に保存する場合、原料由来の成分が沈殿あるいは液表面に浮上し、白くなる場合がありますので、よく振ってご使用下さい。栄養上には問題はありません。

栄養成分表示

1袋(375mL)あたり	1袋(500mL)あたり
エネルギー 300kcal	エネルギー 400kcal
タンパク質 12.0g	タンパク質 16.0g
脂 質 6.6g	脂 質 8.8g
糖 質 46.1g	糖 質 61.5g
食物繊維 4.1g	食物繊維 5.5g
ナトリウム 499mg	ナトリウム 665mg
水 分 330g	水 分 440g

薬価基準収載

経腸栄養剤

ラコール®NF配合経腸用 半固形剤

RACOL®-NF SemiSolid for Enteral Use



薬価基準収載

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



◇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。



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



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

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

〈17.01作成〉

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ください。
- 2) 発表時間は **7 分以内** 質疑応答時間は **3 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 分前までにスライド受付(会場外の受付横)に提出し、試写にてご確認ください。
- 6) 当日会場に設置される PC の OS は **Windows 8** 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 2000/2002/2003/2007/2010**
- 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. 質疑応答

質疑応答の能率化のため、質疑応答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いたします。

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)をお支払いください。その際、受付で参加証をお渡しいたします。尚、参加証は **NST 専門療法士受験資格及び更新時の 2 単位** となりますので、各自で保管をお願いいたします。

プログラム

情報提供 ; 14:00~14:20

「経腸栄養における最近の話題」 (株)大塚製薬工場

開会の挨拶

当番世話人 田代 淳 先生 (国保松戸市立病院 内科)

一般演題

一般演題 Session 1 「NST のシステム確立と運用」 14:25~15:05

座長 山森 秀夫 先生 (千葉県済生会習志野病院 院長)

野本 尚子 先生 (千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部)

1. ICU 病棟における NST 介入の現状把握.....7
NHO 千葉医療センター NST
○阿部 宏美、本郷 知世、榎本 瞳、市川 遼、高橋 勇人、
手代木 奈緒子、森口 裕美、金子 啓子、鈴木 節子、宮本 佳世子、
嶋田 健、豊田 康義、森嶋 友一
2. 当院摂食嚥下センターの活動報告～薄口食導入まで.....8
聖隷佐倉市民病院 栄養科¹⁾、リハビリテーション室²⁾、看護部³⁾、薬剤科⁴⁾、
外科⁵⁾、耳鼻咽喉科⁶⁾ 摂食嚥下センター⁷⁾
○青木尚美^{1) 7)}、加藤純加^{1) 7)}、清宮悠人^{2) 7)}、前田暁子^{2) 7)}、
五十嵐麻美^{2) 7)}、宍倉亮²⁾、馬目美由紀^{3) 7)}、伊藤陽子³⁾、富田歩子⁴⁾、
大木麻里子⁴⁾、松田裕美⁴⁾、大島祐二⁵⁾、津田豪太^{6) 7)}
3. 頭頸部癌化学放射線治療における
生体電気インピーダンス法による骨格筋指数測定の意義.....9
千葉県がんセンター NST
○佐々木慶太 金塚浩子 河津絢子 實方由美 西脇端紀 内山由貴
掛巢孝則 大沼純子 前田恵理 白戸由香子 高橋直樹 鍋谷圭宏
4. 完全側臥位療法の可能性 2017.....10
船橋二和病院
○鈴木直哉

休憩

15:05～15:20

一般演題 Session 2 「病態に応じた取り組み」 15:20～16:00

座長 勝浦 譽介 先生 (国保小見川総合病院 外科)
西井 大輔 先生 (玄々堂君津病院 栄養科)

5. 病棟内経腸栄養導入の統一化への取り組み……………13

公立長生病院 NST 看護部¹⁾ 外科²⁾ 栄養科³⁾
○宮代広美¹⁾ 阿部恭久²⁾ 高知尾明子¹⁾ 渡辺尚子¹⁾ 中山智子³⁾
中田とみ子³⁾

6. 消化管術後に乳び腹水を繰り返した1症例……………14

千葉県救急医療センター
○岸 枝里、相川 光広、若林 武史、市川 晃透、田口 奈美、
吉野 亜希子、鈴木 友紀子、市原 弥生、齋藤 雅人、堀川 真弓、
富岡 多恵子、代宮司 慶子、坂巻 裕子、調所 友美、山崎 祐子、
西田 幸子、佐々木 良枝、清宮 朋子、川村 浩彰、綱島 麻子、
佐藤 正一、伊崎田 和歌、佐藤 幸子、江藤 敏、当間 雄之

7. ハイリスクの患者に対し

長期的な経腸栄養管理に取り組んだ一症例……………15

千葉県循環器病センターNST
○石橋裕子 岡本佳昭 長谷川範子 加藤理佳 近藤忠 荒井文乃
鈴木美雪

8. 維持血液透析患者へのアミノ酸輸液製剤投与による

血液生化学および血球算定への影響……………16

医療法人新都市医療研究会「君津」会 玄々堂君津病院
○荻野悟、西井大輔、小泉美佐子、渡邊真紀、上野芳人、原雄太、金城春樹、
大崎慎一、池田重雄

一般演題 Session 3 「経腸栄養への取り組み」 16:00～16:40

座長 森嶋 友一 先生 (国立病院機構千葉医療センター 外科)
岡野 朋果 先生 (国立がん研究センター東病院 薬剤部)

9. 栄養剤選定に難渋した褥瘡を有する脊髄損傷患者の一例……………19
東京慈恵会医科大学附属柏病院
○松村暁、榎本裕子、大塚淳一、赤木万里子、溝口ユミ子、内山幹、
藤岡秀一
10. 経腸栄養剤の下痢に及ぼす影響の検討……………20
国保松戸市立病院 健康管理室
○大森拓哉・布施望・福原温子・田中さおり・澁谷沙央理・長谷川由美・
吉岡利男・田代淳
11. 在宅生活を想定した栄養剤選択について……………21
医療法人社団 博翔会 五香病院
○武井裕美
12. 褥瘡リスクのある患者の栄養管理について
～2種類の経腸栄養剤を用いたことで栄養状態の改善を認めた1症例～……………22
帝京大学ちば総合医療センター NST 看護部¹⁾ 栄養部²⁾ 皮膚科³⁾ 救急科⁴⁾
外科⁵⁾
○鈴木 里恵¹⁾ 塚越 美典¹⁾ 佐藤 理絵¹⁾ 渡邊 真由¹⁾ 佐々木奈緒美¹⁾
鯨岡 春夫²⁾ 最上美女江²⁾ 早川 和人³⁾ 志賀 英敏⁴⁾ 首藤 潔彦⁵⁾

休憩

16:40～17:00

特別講演 17:00～18:00

司会：国保松戸市立病院 内科 田代 淳 先生

『日本人の食事摂取基準から見た
動脈硬化症の食事療法』

柏市立介護老人保健施設はみんぐ
施設長 多田 紀夫 先生
(東京慈恵会医科大学客員教授)

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

MEMO

一般演題

<Session 1>

NST のシステム確立と運用

14:25~15:05

**座長：千葉県済生会習志野病院 院長
山森 秀夫 先生**

**千葉大学医学部附属病院 臨床栄養部
野本 尚子 先生**

演題 1.

ICU 病棟における NST 介入の現状把握

NHO 千葉医療センターNST

○阿部 宏美、本郷 知世、榎本 瞳、市川 遼、高橋 勇人、手代木 奈緒子、森口 裕美、金子 啓子、鈴木 節子、宮本 佳世子、嶋田 健、豊田 康義、森嶋 友一

【目的】ICU 病棟における栄養管理の現状把握調査を行い、今後のよりよい栄養サポートにつなげることを目的とした。

【対象と方法】ICU 病棟の NST 介入患者 22 名について栄養充足率、血清 ALB 値、栄養管理方法等を調査した。また、介入終了までの ALB 値の変化を良好群 (0.2g/dl 以上上昇)、悪化群 (0.2g/dl 以上低下)、不変群の 3 群に分け比較検討を行った。

【結果】対象者の平均年齢は 71 歳、主病名は急性呼吸不全 4 名、くも膜下出血 4 名、うっ血性心不全 2 名、他 12 名、平均入院期間 56 日、介入回数 4 回、介入期間 23 日であった。良好群 10 名、悪化群 6 名、不変群 3 名、計測 1 回以下 3 名、各群別の変化をみると充足率 (%) は良好群 51.4→89.7、悪化群 78.0→96.1、不変群 67.5→84.5、BMI は良好群 22.9、悪化群 18.8、不変群 20.6 であった。死亡 3 例のうち 2 例は悪化群であった。

【考察】NST 早期介入により栄養量充足率向上を図ることはできているが原疾患やそれに伴う低体重により ALB 値の改善に結びついていなかった。今後はこれらの問題点を考慮し評価方法等を検討したい。

演題 2.

当院摂食嚥下センターの活動報告～薄トロ食導入まで～

- 1) 聖隷佐倉市民病院 栄養科
- 2) 聖隷佐倉市民病院 リハビリテーション室
- 3) 聖隷佐倉市民病院 看護部
- 4) 聖隷佐倉市民病院 薬剤科
- 5) 聖隷佐倉市民病院 外科
- 6) 聖隷佐倉市民病院 耳鼻咽喉科
- 7) 聖隷佐倉市民病院 摂食嚥下センター

○青木尚美^{1) 7)}、加藤純加^{1) 7)}、清宮悠人^{2) 7)}、前田暁子^{2) 7)}、五十嵐麻美^{2) 7)}、
穴倉亮²⁾、馬目美由紀^{3) 7)}、伊藤陽子³⁾、富田歩子⁴⁾、大木麻里子⁴⁾、松田裕美⁴⁾、
大島祐二⁵⁾、津田豪太^{6) 7)}

2015年10月、嚥下障害症例を包括的に対応する院内組織として摂食嚥下センターが設立された。現在、多職種からなる摂食嚥下チームを構成しNSTとも連携を図りながら活動を展開している。診療対象はかかりつけ医からの紹介症例と当院他科入院症例が多く、嚥下内視鏡検査および造影検査を実施している。治療方針を決定するための摂食嚥下検査入院や嚥下リハビリ入院、外科的治療入院（嚥下機能改善術、誤嚥防止術）と対応は多岐にわたる。

当院では、重度の嚥下障害を対象とした嚥下食（濃いとろみ）とゼリー食を提供してきたが、診療対象の多様化にあわせとろみの強さが異なる食事形態での対応が必要となった。嚥下障害により明らかな低栄養症例もみられるため、必要栄養量の充足も考慮し薄いとろみ形態の食事を導入した。その過程を報告する。

演題 3.

頭頸部癌化学放射線治療における生体電気インピーダンス法による骨格筋指数測定の意義

千葉県がんセンター NST

○佐々木慶太 金塚浩子 河津絢子 實方由美 西脇端紀 内山由貴 掛巢孝則
大沼純子 前田恵理 白戸由香子 高橋直樹 鍋谷圭宏

(はじめに) 骨格筋量、骨格筋力の低下であるサルコペニアは悪性腫瘍の予後や治療合併症などに影響を与えることが報告されてきている。サルコペニアの重要なパラメータのひとつが、四肢骨格筋量 (kg) / 身長 (m)² である骨格筋指数 (skeletal muscle index: SMI) である。今回我々は頭頸部癌とサルコペニアの関連に注目し、化学放射線治療 (CRT) における SMI 測定の意義について検討した。

(対象) 2015 年 11 月から 2016 年 10 月までに当科で CRT を施行し、治療前後に SMI を測定した 25 例 (37~76 歳 (中央値 66 歳)、男/女=18/7 例)。臨床病期は stage II、III、IV がそれぞれ 4 例、3 例、18 例で、原発部位は中咽頭 9 例、下咽頭 7 例、上咽頭 4 例、喉頭 2 例、その他 3 例であった。(方法) 生体電気インピーダンス法にて SMI を測定し、AWGS 基準値に従い男性 7.0kg/m²、女性 5.7kg/m² 未満をサルコペニアと定義した。CRT 前後の SMI の変化および SMI と治療合併症の関係について検討した (結果) CRT 前後で有意に SMI の値が低下した。治療前サルコペニア症例は有意差はなかったが治療合併症を多く生じる可能性が示唆された (p=0.056)。(考察) CRT 前の SMI の測定は治療合併症の予測因子となる可能性が示唆され、栄養療法、運動療法の介入が重要と考えられた。

演題 4.

完全側臥位療法の可能性 2017

船橋二和病院

○鈴木直哉

【はじめに】誤嚥性肺炎をくり返すようになると、口から栄養を摂ることが難しくなる。当院では完全側臥位法を選択することにより早期経口摂取に取り組んでいるが、それでも予後不良のケースは存在する。それらに特徴的な要因について検討した。

【完全側臥位法】フラットなベッド上で完全側臥位をとると、重力の作用で咽頭の側壁に食塊が貯留し、誤嚥リスクが減少すると福村直毅ら（2012）は報告している。（総合リハビリ 40 巻 10 号）

【対象と方法】2014年4月1日から2015年3月31日にA病院で嚥下造影を行った160件のうち、座位やリクライニング位で誤嚥を認めたため完全側臥位を選択した37例について、診断名と全身状態を比較した。

【結果】座位やリクライニング位で食べられるようになったケースは18名、側臥位を継続したケースは19名だった。側臥位継続の群には、がん、パーキンソン病が含まれていたほか、廃用症候群や既往に重度の脳卒中を認め、全介助レベルだった。

【考察】十分な運動リハビリが行えないと筋力増強が期待できない。これが予後に影響する可能性が示唆された。一方、重度嚥下障害でも食べ続けられたということに注目すると、たとえ嚥下機能が低下しても完全側臥位にて経口摂取が可能な群が存在すると言える。フレイル、サルコペニア、認知症などで嚥下障害を合併しても姿勢を変えるだけで口から栄養を摂れる可能性がある。

MEMO

一般演題
<Session 2>
病態に応じた取り組み
15: 20~16: 00

座長：国保小見川総合病院 外科
勝浦 譽介 先生

玄々堂君津病院 栄養科
西井 大輔 先生

演題 5.

病棟内経腸栄養導入の統一化への取り組み

公立長生病院 NST 看護部¹⁾ 外科²⁾ 栄養科³⁾

○宮代広美¹⁾ 阿部恭久²⁾ 高知尾明子¹⁾ 渡辺尚子¹⁾ 中山智子³⁾
中田とみ子³⁾

【はじめに】

経腸栄養は、消化管を経由する事により消化・吸収という生理的なものだけでなく、BTを予防し腸管自体が免疫臓器として働き、生体の免疫能を維持・改善する点でも重要である。栄養療法の選択において、長期栄養管理が必要な場合は、経腸栄養が第一選択であるという考え方が主流となっている。

当内科病棟の経腸栄養は、医師の指示や投与方法も一定ではなく、看護師の認識もなかったため下痢や嘔吐をおこす弊害もあり、その場その場での対処に限られていた。

【方法】

末梢栄養から経腸栄養への移行期は、グルタミン製剤を使用し段階的にハイネイーゲルへと移行していった。様式を作成し、看護師もわかりやすく医師にも報告がしやすいようにした。

全スタッフに様式を使用した結果についてアンケート調査を実施した。

【結果及び考察】

ハイネイーゲルの使用例のみ検証した。様式に沿って開始し、下痢の症例は殆どなくなっていた。全スタッフに様式を使用した結果についてアンケート調査したところ、様式に沿って実施する事により経腸栄養についての認識及び理解が深まった。

経腸栄養開始時の様式を作成した事でスタッフが関わりやすく、共通認識を持つ事が出来た。よって経腸栄養管理の統一化が図れたと考察する。

演題 6.

消化管術後に乳び腹水を繰り返した 1 症例

千葉県救急医療センター

○岸 枝里、相川 光広、若林 武史、市川 晃透、田口 奈美、吉野 亜希子、鈴木 友紀子、市原 弥生、齋藤 雅人、堀川 真弓、富岡 多恵子、代宮司 慶子、坂巻 裕子、調所 友美、山崎 祐子、西田 幸子、佐々木 良枝、清宮 朋子、川村 浩彰、綱島 麻子、佐藤 正一、伊崎田 和歌、佐藤 幸子、江藤 敏、当間 雄之

【はじめに】今回、消化管術後に乳び腹水を繰り返した症例を経験した。乳び腹水患者の栄養管理について考察を加えたので報告する。

【症例】70 歳代男性、胃破裂で緊急入院となり胃食道縫合術が施行された。術後 3 日目より経腸栄養が開始されたが、術後 8 日目に乳び腹水が検出され栄養中止となった。術後 16 日目より静脈栄養が開始され、その後も何回か経腸栄養再開を試みるも乳び腹水が持続した。この間無脂肪静脈栄養の状態であり、NST から脂肪乳剤の併用の提案を行うも実施されなかった。術後 37 日目より再開した経腸栄養から乳び腹水の検出は無くなり、経腸栄養を継続でき静脈栄養を終了することができた。

【考察】乳び腹水は消化管術後にまれに認められる合併症であるが、栄養障害のリスクともなりうる。本症例では乳び腹水のコントロールがうまくいかず、さらに無脂肪栄養を長期に行ってしまい栄養状態の改善にはもっていきなかった。乳び腹水の存在及びその病態を理解することが NST として栄養管理にあたるものにとっては必要であると痛感した。

演題 7.

ハイリスクの患者に対し長期的な経腸栄養管理に取り組んだ一症例

千葉県循環器病センターNST

○石橋裕子 岡本佳昭 長谷川範子 加藤理佳 近藤忠 荒井文乃 鈴木美雪

【はじめに】

入退院を繰り返すハイリスクの患者に対し、TAVI（経カテーテル大動脈弁留置術）施行後、経管栄養から経腸栄養に移行するにあたり栄養管理の全てにおいてNSTが介入し大きなトラブルなく移行できた症例を報告する。

【症例と経過】

患者は腹部大動脈瘤（Y グラフト術）、心筋梗塞（ステント留置）、胃癌（全摘術）、ヘルニア、大動脈狭窄症、イレウスの既往がある 81 歳の男性。心不全の悪化で入院し TAVI 実施後暫くは TPN で管理されていた。低アルブミンのため NST 介入となり、術後 35 病日、内視鏡透視下に空腸ルー吻合部以遠 20cm に栄養チューブを留置、42 病日からグルタミン F の投与を開始。その後は患者の状況を確認しながら、栄養量、栄養剤の選択、水分量、投与方法など栄養スケジュールを数日単位で作成し、腹部症状や排便状況、呼吸状態を確認しながら栄養内容の変更を提案。その間、体重測定や身体計測、採血結果のチェック、嚥下評価等行い、病状の回復に繋がるよう取り組んだ。

【結語】

患者の症状に応じた綿密な栄養の提案をしたことで、経腸栄養管理に移行・継続できた。全身状態の悪化で、術後 280 病日に他界されたが、一時は外出できるまでに回復もみられた。病態による安静制限があり、十分な評価ができなかったことが反省点である。

演題 8.

維持血液透析患者へのアミノ酸輸液製剤投与による 血液生化学および血球算定への影響

医療法人新都市医療研究会「君津」会 玄々堂君津病院

○荻野悟、西井大輔、小泉美佐子、渡邊真紀、上野芳人、原雄太、金城春樹、大崎慎一、池田重雄

【目的】当院では血清アルブミン（以下、Alb）3.5g/dL以下の患者に対しアミノ酸輸液製剤（以下、キドミン®）を透析施行ごとに200mL投与している。キドミン®投与による血液生化学および血球算定データの変化を調査・分析した。

【方法】当院とサテライトクリニックの維持血液透析患者で、5ヶ月以上キドミン®が継続投与されていた患者70名（男性48名・女性22名、平均年齢72.4歳、平均透析歴6.5年）を対象に、投与前、投与後1～5ヶ月の血液生化学・血球算定データ（TP、Alb、BUN、Cre、K、IP、Hb、Ht）を調査した。検定にはPaired t-testまたはWilcoxon signed rank testを用い、 $p<0.05$ を有意差ありとした。

【結果】キドミン®投与前と投与後5ヶ月において、Alb（ $3.1\pm 0.3\text{g/dL}\rightarrow 3.3\pm 0.3\text{g/dL}$ ； $p<0.01$ ）、TP（ $6.1\pm 0.6\text{g/dL}\rightarrow 6.3\pm 0.6\text{g/dL}$ ； $p<0.01$ ）、BUN（ $51.2\pm 14.9\text{mg/dL}\rightarrow 56.5\pm 15.0\text{mg/dL}$ ； $p<0.01$ ）、K（ $4.5\pm 0.8\text{mEq/L}\rightarrow 4.8\pm 0.8\text{mEq/L}$ ； $p<0.01$ ）、IP（ $4.2\pm 1.2\text{mg/dL}\rightarrow 4.7\pm 1.3\text{mg/dL}$ ； $p<0.01$ ）、Hb（ $10.2\pm 1.4\text{g/dL}\rightarrow 10.7\pm 1.5\text{g/dL}$ ； $p<0.05$ ）、Ht（ $32.5\pm 4.3\%\rightarrow 33.9\pm 4.2\%$ ； $p<0.05$ ）で変化に有意差が認められた。

【考察及び結論】キドミン®投与によりデータの変化に有意差が認められ、栄養状態の改善が示唆された。しかし、透析患者のAlbの数値は様々な因子の影響を受けやすく、予後に関わる様々な因子があるため、解釈に注意を要すると考えられた。

MEMO

一般演題
<Session 3>

16:00~16:40

座長：国立病院機構千葉医療センター 外科
森嶋 友一 先生

国立がん研究センター東病院 薬剤部
岡野 朋果 先生

演題 9.

栄養剤選定に難渋した褥瘡を有する脊髄損傷患者の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院

○松村暁、榎本裕子、大塚淳一、赤木万里子、溝口ユミ子、内山幹、藤岡秀一

【はじめに】褥瘡治療ではスキンケアと適正な栄養管理は重要である。今回、脊髄損傷で寝たきりの患者に対し栄養剤の選定に難渋しながらも栄養改善及び褥瘡治癒に至った症例を報告する。

【症例】50代／男性 スティーブンス・ジョンソン症候群 II型呼吸不全

既往：糖尿病 術後脊髄損傷

呼吸不全から挿管、痰喀出困難であり気管切開術を施行。人工呼吸器管理、適宜吸引実施。中心静脈栄養や経腸栄養開始後も栄養改善を認めず、栄養・褥瘡改善目的にNST介入。

【結果】褥瘡チームと連携し創部の状況を確認。呼吸商や既往を考慮した栄養剤への変更、粘度調整食品の適正使用の検討を行った。しかし、便秘や下痢などの排便コントロールに苦慮し、腹部膨満の訴えが聞かれた。高濃度の消化態栄養剤へ変更後、腹部症状も軽減し必要栄養量の充足が可能となった。Alb 値改善、褥瘡の上皮化を認め、胃瘻増設後転院となった。

【考察および課題】脊髄損傷では消化管運動の低下を来しやすいため、栄養剤の検討により負担なく褥瘡治癒に必要な栄養量が充足できると考えられる。また褥瘡チームとの連携は対象患者のスクリーニングや適正な栄養管理の一助となる。今後更に連携を深め、早期から創傷治癒に繋げられるよう努めていきたい。

演題 10.

経腸栄養剤の下痢に及ぼす影響の検討

国保松戸市立病院 健康管理室

○大森拓哉・布施望・福原温子・田中さおり・澁谷沙央理・長谷川由美・吉岡利男・田代淳

経腸栄養剤の下痢に及ぼす影響は、患者の管理体制および患者状態の双方によって大変不利益である。今回経腸栄養剤の変更により下痢が改善したためその症例を検討し、対策について考察した。以下に症例を提示する。

症例1：70歳男性。8月5日自殺企図にて殺虫剤を服用し、当院救急搬送入院。既往症は高血圧・うつ病。入院後挿管・呼吸器管理。2016年8月9日腸管癒着症に対する手術。9月14日消化管出血のため回盲部切除術。10月4日より経管栄養開始となる。経管栄養開始後嘔気・嘔吐。10月9日泥状便となり徐々に下痢傾向となる。抗菌薬を中止するも下痢傾向はさらに進んだ。11月7日NSTから栄養剤の変更を提案し、ハイネイーゲル®に変更。11月8日以後固形便となり以後経過良好となった。

症例2：64歳女性。在宅にて胃瘻よりラコールNF®にて管理中。2016年10月24日より発熱・血圧低下あり近医病院へ搬送。尿路感染による敗血症ショックのため当院転院搬送されICU入室。10月26日より経腸栄養再開するも下痢発生。10月28日下痢に配慮して栄養剤を変更するが改善せず。11月7日よりハイネイーゲル®に変更し数日後には普通便となった。以後経過良好となった。

演題 11.

在宅生活を想定した栄養剤選択について

医療法人社団 博翔会 五香病院

○武井裕美

当院は急性期病棟・地域包括ケア病床・回復期リハビリ病棟を持ち、松戸市を中心に柏市・鎌ヶ谷市・白井市など近隣病院からも広く患者の受け入れを行っている。入院患者の年齢層は後期高齢者率 68%（平成 29 年 3 月現在）であり、退院先として高齢者施設・老人保健施設・自宅となることが多く、患者ごとのゴール設定も様々でそれに見合うよう退院支援を行っている。特に胃瘻・腸瘻患者においては、他院からの転院受け入れ時や当院から施設や自宅への退院時において、栄養剤の選択にとまどうことがある。食事扱いの「流動食」、薬価収載の「経腸栄養剤」、またそれぞれから多数の商品・薬品が日々開発され、その市場は拡大し続けている。その中で今回は在宅退院に向けた栄養剤選択の課題について発表する。

演題 12.

褥瘡リスクのある患者の栄養管理について

～2種類の経腸栄養剤を用いたことで栄養状態の改善を認めた1症例～

帝京大学ちば総合医療センター NST 看護部¹⁾ 栄養部²⁾ 皮膚科³⁾ 救急科⁴⁾
外科⁵⁾

○鈴木 里恵¹⁾ 塚越 美典¹⁾ 佐藤 理絵¹⁾ 渡邊 真由¹⁾ 佐々木奈緒美¹⁾
鯨岡 春夫²⁾ 最上美女江²⁾ 早川 和人³⁾ 志賀 英敏⁴⁾ 首藤 潔彦⁵⁾

【はじめに】

低栄養は、褥瘡・創傷治癒遅延になるため褥瘡管理において栄養管理は重要である。今回、経腸栄養管理に難渋した低栄養、脆弱皮膚リスクのある患者に対し、2種類の経腸栄養剤を併用したことで栄養状態の改善を認めた経験をしたので報告する。

【症例】

60歳代女性、硬膜外膿瘍にて入院。意識レベル低下を認め経口摂取困難となり、胃管が挿入され経腸栄養が開始となる。

【介入内容・経過】

栄養導入はCZ-Hiを単独投与。頻回の泥状～水様性の排便を認めた。皮膚は乾燥、菲薄化しており上肢、胸腹部、大腿部にスキンテアの発生を認めた。改善に向けて多職種が介入。栄養アセスメントを行い、ハイネイーゲル+テルミール2.0の併用投与へ変更。下痢症状は改善したが皮膚、低栄養の問題が遷延していたためアルギニン含有の栄養補助食品を追加した。以降、体重増加、血清アルブミン値の改善、創傷治癒を認め退院した。

【考察】

2種類の栄養剤と栄養補助食品を組み合わせることで各栄養剤の特性が作用し栄養改善へとつながったと考え有効であった。

特別講演 17:00~18:00

司会：国保松戸市立病院 内科 田代 淳 先生

『日本人の食事摂取基準から見た
動脈硬化症の食事療法』

柏市立介護老人保健施設はみんぐ
施設長 多田 紀夫 先生
(東京慈恵会医科大学客員教授)

MEMO

MEMO

MEMO

2017年5月

当番世話人／国保松戸市立病院

田代 淳 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

千葉市立海浜病院

相田 俊明 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

国立がん研究センター東病院

岡野 朋果 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

香取市東庄町病院組 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

和洋女子大学

櫻井 洋一 先生

医療法人三矢会八街総合病院

椎名 裕美 先生

千葉県がんセンター

實方 由美 先生

総合病院国保旭中央病院

紫村 治久 先生

帝京大学ちば総合医療センター

首藤 潔彦 先生

国保松戸市立病院

田代 淳 先生

国立がん研究センター東病院

千歳はるか 先生

聖隷佐倉市民病院

津田 豪太 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

日本赤十字社成田赤十字病院

西谷 慶 先生

千葉大学医学部附属病院

野本 尚子 先生

千葉県保健医療大学

東本 恭幸 先生

千葉大学大学院

古川 勝規 先生

東京歯科大学市川総合病院

堀内由布子 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

順天堂大学医学部附属浦安病院

渡邊 雅男 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

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

処方箋医薬品* 薬価基準収載 ELNEOPA-NF No.1 Injection

エルネオパ® NF1号 輸液

*注意—医師等の処方箋により使用すること

処方箋医薬品* 薬価基準収載 ELNEOPA-NF No.2 Injection

エルネオパ® NF2号 輸液

*注意—医師等の処方箋により使用すること



◇ 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。



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

資料請求先

株式会社大塚製薬工場 輸液Dセンター
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2

（'16.11作成）

処方箋医薬品*

*注意—医師等の処方箋により使用すること

静注用脂肪乳剤

イントラリポス® 輸液 10%・20%

Intralipos® Injection 10% / Intralipos® Injection 20% 薬価基準収載



◇ 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。



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

資料請求先

株式会社大塚製薬工場 輸液Dセンター
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2

（'15.12作成）