

抄録集

【セッション 1】一般演題

「栄養療法を中心にした新しい癌患者サポートの試み」

伊賀市立上野総合市民病院 がんサポート・免疫栄養療法センター
寺邊政宏、岡本京子、白井由美子、三木誓雄

平成 23 年 4 月 26 日、当院では癌治療が順調かつ効果的に行われるように、癌の診断時から終末期までの患者をあらゆる方面からサポートする『がんサポート・免疫栄養療法センター（以下、センター）』を開設した。

からだの調子、気持ちの問題、家庭のこと、仕事のこと、経済的なことなど多岐にわたる問題が癌治療の妨げとなる。それらの問題解決のためセンターには医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、臨床検査技師、医療事務員が配置されている。将来的には臨床心理士、歯科衛生士なども配置の予定である。

その中でも、癌の診断時に約半数の患者に体重減少を認め、癌患者の死亡原因の 3 分の 1 は悪液質であるというように、癌と栄養は密接な関係にあり、『患者さまの栄養状態がよい』ということが手術、薬剤、放射線などの癌治療が順調かつ効果的に行われるために最も重要であると考えている。悪液質の主な病態が骨格筋減少であることから、センターでは従来の評価法に加え生体電気インピーダンス法による骨格筋量の測定や握力、下肢伸展筋力の測定で評価を行い、骨格筋量の維持を最優先に、癌がもたらす炎症などの代謝変化を考慮した栄養療法を行い、がん患者のサポートに努めている。

【セッション 2】ミニレクチャー付典型症例集

慢性呼吸器疾患と栄養管理について

津生協病院 NST 内科 宮崎智徳

慢性呼吸不全を呈する主な呼吸器疾患として、COPD（慢性閉塞性肺疾患）肺結核後遺症、間質性肺炎などがあります。わが国では約 70% の COPD 患者に % 標準体重が 90% 未満の体重減少が認められ、60% の結核後遺症、35% の間質性肺炎に比較して最も高率であります。軽度の体重減少は脂肪量（FM）の減少が主体であり、中等度以上の体重減少は筋蛋白量の減少を伴うマラスムス型の蛋白・エネルギー栄養障害であります。体重減少のある患者では呼吸不全の進行や死亡のリスクが高く、体重減少は気流制限とは独立した予後因子であると報告されています。% 標準体重 90% 未満の場合、栄養治療の適応とされ、80% 未満の場合、積極的な栄養補給療法を考慮すべきとされています。また、栄養療法・

指導における行動療法は、栄養士・医師・看護師・薬剤師・理学療法士などによるチーム医療が望ましいとされております。2009年の日本呼吸器学会「COPD診断と治療のためのガイドライン」第3版、2007年の日本呼吸ケア・リハビリテーション学会など共同編集「呼吸リハビリテーションマニュアル」の内容を中心に栄養管理の概説と、当院NSTにて経験した症例4例（59歳男性 COPD。58歳女性 気管支拡張症。 :人工呼吸管理症例）を呈示しながら栄養管理の実際など紹介します。

栄養管理と消化器症状

～下痢症の患者に対応した栄養管理の一症例～

九鬼大作 中谷理恵 刀根良友 田代晴彦 岡野宏
鈴鹿中央総合病院 NST

症例提示

69歳，女性，意識障害，左片麻痺にて当院に救急搬送．くも膜下出血にて緊急手術．第4病日，適正栄養量の設定を含めた，栄養管理目的でNST依頼となった．

【NST依頼時のData】

身長 150cm 体重 45kg %IBW 91 BEE 1018kcal

L/D : TP 5.6 g/L Alb 3.5 g/L ChE 188 IU/L BS145 mg/dl TLC 333 個/ μ L

既往歴：高血圧（投薬なし） 胸部XP：肺炎像（+） 体温：37.5 下痢（+）

【栄養管理のプランニング】

TEE 1200 kcal ,経静脈栄養併用にて ,経腸栄養を徐々にカロリーアップ .熱量 1200 kcal/day 蛋白 48 g/day 水分量 1860 ml/day 投与速度 80ml/hr とプランニング .

【経過】

第5病日から経鼻より経腸栄養開始．第9病日に腹満あり，腹部CTにて脾腫，腸管浮腫，腹水，門脈圧亢進あり．精査にて原発性胆汁性肝硬変と診断される．下痢は腸管浮腫によるものと考えられ，また脾腫による胃の圧迫が認められた為，投与速度を落とし対応した．最終的に胃瘻から120 ml/hrまでの投与速度とした．

【まとめ】

経腸栄養の合併症として、下痢などの消化器症状があげられる。下痢の要因に対し、適切な対応をとることが重要となる。

半固形化栄養剤による有用であった症例

済生会松阪総合病院 NST 管理栄養課 松本由紀

【目的】近年、液体の経腸栄養剤投与に関連した合併症に対し半固形化栄養剤の使用が注目されている。今回、当院で半固形化栄養剤が有用であった症例を紹介する。

【方法および結果】PEG 造設後、胃食道逆流や難治性下痢の症例に対して半固形化栄養剤の投与を実施した。症例 1) 72 歳、男性、誤嚥性肺炎で入院。経鼻胃管による経腸栄養を開始したが肺炎悪化し中止、TPN 開始。全身状態の改善後、PEG を造設し半固形化栄養剤を開始。経過は良好で栄養状態の改善を認めた。症例 2) 86 歳、男性、肺炎で入院。末梢点滴困難なため CVC 挿入し、TPN 開始。その後、経鼻胃管より経腸栄養を開始し、輸液併用にて栄養管理施行。全身状態の改善後、PEG 造設し経腸栄養を開始したが肺炎疑いにて中止。胃食道逆流が疑われたため、半固形化栄養剤で再開したところ経過は良好で転院となった。症例 3) 57 歳、男性、小脳出血後遺症による嚥下機能障害のため PEG を造設。液体経腸栄養剤で下痢が長期間持続したため半固形化栄養剤に変更。3 日後には有形便となった。

【考察および結論】胃食道逆流や難治性下痢の症例に対して半固形化栄養剤は有用であった。より安全に使用できるように今後も検討を重ねていきたい。

「顕著な体重減少がある胃癌患者の周術期栄養管理」

いなべ総合病院 NST

石川 雅一、瀬古 ちさと、伊藤 広樹、藤田 征志、小林 郁美

【症例】主訴：食事時の腹痛、現病歴：入院前の一年間に体重減少（51kg → 39kg）があった。入院 2ヶ月前より、腹部不快、食後の間歇的腹痛が見られた。食欲不振、嘔吐が出現し、開業医を受診。消化管検査により大腸ポリープの存在を指摘されたため、当院内科へ紹介された。内科にて、大腸ポリープ切除（S 状結腸腸型管状腺腫）が行われた。胃内視鏡検査時に胃癌の存在を指摘され（低分化型腺癌）、精査後、外科での治療を目的として入院。食事は、全粥食を半分摂取可能。胃造影検査では、胃幽門狭窄があるが、造影剤の十二指腸への流出は、おおむね良好。胃周囲リンパ節転移を有する進行胃癌と診断

して、胃全摘術（D2）を計画した。【周術期栄養管理の問題点】 1．術前の明らかな低栄養状態に対する治療；術前栄養治療は、どの程度の期間、どのように行うのか 2．術後栄養管理の方法；TPN 単独、TPN + 経腸栄養 3．術後経腸栄養を行うとすれば、アクセスルートは？経腸栄養の種類は？（経腸栄養の種類にこだわらなくても良い？こだわったほうが良い？）等々の問題点があがった。最新の知見を踏まえながら、ミニ・レクチャーを兼ねて、私たちが行った周術期管理を提示し、参加の皆様と考えていきたい。

緩和医療における栄養管理

藤田保健衛生大学七栗サナトリウム薬剤課¹⁾

藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座²⁾

二村昭彦^{1,2)}、東口高志²⁾、伊藤彰博²⁾、定本哲郎²⁾、天野晃滋²⁾
篠邊篤志²⁾、川崎宗謙²⁾、柴田賢三^{1,2)}、上葛義浩^{1,2)}、野崎恵子¹⁾

【はじめに】

栄養療法は全ての医療の基本であり、特に緩和医療においては患者の QOL に直接大きく関わってくる。今回われわれが経験した NST 症例を通して、緩和医療における栄養管理の意義とその重要性を報告する。

【症例】

80 歳代女性、卵巣癌にて根治手術および化学療法を施行。5 年後に癌性腹膜炎による腸閉塞をきたし、人工肛門造設術を施行。その後食欲不振が増強し、緩和医療および栄養管理目的にて当院入院。入院時身長 144cm、体重 42kg、Alb3.7g/dl、TLC1600/mm³、BEE939kcal、TEE1240kcal（AF1.1、SF1.2）、REE（間接熱量測定）1097 kcal。経口摂取のみでは TEE を充足することは困難と判断した。静脈栄養併施による QOL の改善および悪液質の予防を目的として CV ポートを留置し、栄養管理を実施。徐々に食欲の改善や ADL の向上が認められ、有意義な生活が可能となった。入院 4 ヶ月頃より倦怠感や浮腫が出現。いわゆる悪液質（refractory cachexia）と診断しギアチェンジを行い約 2 週間後患者は永眠した。

【結語】

がん終末期においても適切な栄養管理を行うことにより、再度経口摂取が可能となり、QOL の改善がもたらされ、緩和医療における栄養管理の重要性が示された。

脳梗塞後遺症にて摂食嚥下障害を来した症例に対して腸瘻造設術を施行した 1 例
尾鷲総合病院 NST & CP Complex(NCC)¹⁾

加藤弘幸¹⁾, 小栗きくみ¹⁾, 世古容子¹⁾, 川口 恵¹⁾, 奥出公美子¹⁾, 大川 光¹⁾, 大川貴正¹⁾, 矢賀進二¹⁾, 中井りつ子¹⁾, 窪田 麻紀¹⁾

【はじめに】社会の高齢化に伴い認知症や脳血管障害などを発症する高齢者が増加している。その後遺症として摂食嚥下障害を来す症例も決して少なくない。一般的に摂食嚥下障害に対しての経管栄養は内視鏡的胃瘻造設 (PEG) が第一選択であるが PEG 困難例では腸瘻造設術を施行することが多い。今回、摂食嚥下障害患者に対して腸瘻造設術を施行した 1 例を呈示し当院での腸瘻造設の実際を報告する。【症例】症例は 79 歳男性。既往歴として心房細動があり内服治療を受けている。また、49 歳時に胃潰瘍にて幽門側胃切除術を施行されている。現病歴では、今回脳梗塞を発症し当院内科入院となった。脳梗塞の急性期治療を行い全身状態は安定したが、右片麻痺と意識障害 (JCS 20 ~ 30) を認め寝たきりとなった。また、嚥下評価を行ったところ嚥下困難と判断された。経管栄養の適応と考えられたが、胃切除の既往があるため PEG は適応外と判断され腸瘻造設目的に外科転科となった。身体所見としては、身長 160cm、体重 42.9kg、BMI 16.8 であった。血液生化学検査では、TLC 1703/ μ l、Hb 14.6g/dl、Alb 2.3g/dl、TTR 10.8 と栄養障害を認めた。この症例に対し硬膜外麻酔下に腸瘻造設術を施行した。栄養チューブの腸管への埋め込みは Witzel 法にて行った。術後 2 日目から少量づつ経腸栄養を行い術後 8 日目には 1 日約 1000kcal を投与し静脈栄養を中止した。経腸栄養開始 5 日目の血液生化学検査では、TLC 1336/ μ l、Hb 15.7g/dl、Alb 2.7g/dl、TTR 16.2 と改善傾向を示した。嘔吐、下痢などの消化器症状もなく順調に経腸栄養を行うことができた。【まとめ】摂食嚥下障害患者に対しては、嚥下評価を行い嚥下困難と判断されれば症例に合った経管栄養方法を選択し栄養管理を行うことが大切である。