

## 抄 録

# 信州 NST 研究会10周年記念講演会 (第33回 信州 NST 研究会)

日 時：平成24年6月16日（土）

場 所：松代ロイヤルホテル

当番世話人・一般演題座長：丸山起誉幸（諏訪赤十字病院外科部長）

特別講演Ⅰ座長：角地美恵子（軽井沢病院薬剤科科長）

特別講演Ⅱ座長：石坂 克彦（飯山赤十字病院副院長）

### 一般演題

#### 信州 NST 研究会10年の歩み

長野赤十字病院小児外科

北原修一郎

栄養療法の発展を目指して、日本静脈経腸栄養学会現理事長の東口高志先生らによって普及が進められてきたNSTを長野県内にもひろめて定着させる目的に、演者を含めた有志により平成14年6月に信州NST研究会が発足した。今回が第33回であり、10周年という区切りを迎えた。これを機にこれまでの研究会を振り返って、本研究会の歴史、県内のNSTの状況、これまでの研究会の演題・特別講演の内容などについて概観する。

### 特別講演Ⅰ

#### 栄養診断ができるための方法と考え方

せんぼ東京高輪病院栄養管理室長

足立香代子

栄養診断とは、栄養状態を評価（アセスメント）するのはとは異なり、栄養素の過不足を推測しその原因を特定することをいう。各栄養素の過不足が栄養的な要因にあるのか、それ以外かを根拠を示しながら判断する。栄養診断によって栄養介入の方法、効果の判断が可能になる。

栄養診断を行うためには適確な栄養アセスメントが欠かせないことから、管理栄養士のみならず、NSTに係わるスタッフには栄養状態をアセスメントするスキルが必要になる。栄養アセスメントができるためには、経口摂取栄養量だけでなくPPN、TPN、ENの投与栄養量、嚥下・咀嚼など摂食状況、そして体重と体重変化率、平常時体重変化率、キャリパーとメ

ジャーを使っての身体計測、生化学的検査、観察などの情報を複数組み合わせることで総合的に栄養状態を判断するスキルが不可欠となる。低栄養状態があるとしたら、その原因が食事摂取量の不足、栄養素の消化吸収障害、異化の亢進、基礎代謝量亢進、栄養素の喪失、器質的通過障害などいずれが原因かを確認するための検査の見方も必要である。

栄養ケア・計画においては、栄養アセスメントの結果に基づき、適正な栄養補給量と患者の摂食状態・嗜好に合わせた一般食品および治療用食品、ENの選択、栄養補給ルートの検討、さらには投与速度などをも観察できるスキルもいる。

本講演では、栄養診断という新しく提唱された概念とその方法について解説する。

### 特別講演Ⅱ

#### がん患者の栄養管理

山中温泉医療センター センター長

大村 健二

「がん」という病気の特徴は、がん細胞が指数関数的に増殖して大きくなり、まわりの組織を破壊したり転移を起こしたりすることである。また、がん治療の特徴は、薬が効きにくい、効く場合でも副作用が出ることが挙げられる。進行がんの症状には種々のものがあり、また、がん患者ではサイトカインの異常分泌が認められる。

がん患者にみられる栄養学的異常として、体重減少、貧血・低蛋白血症、免疫能の低下などがあり、手術前後の管理に注意が必要である。免疫能の賦活を目的にimmunonutritionという栄養療法が行われる。がんの治療においては患者のQOLを損なわないようにする

ことが重要であり、体重減少を抑えることが QOL の維持のみならず生存期間の延長にも有効である。肺がんおよび悪性中皮腫において体重減少のない患者が体重減少のある患者よりも有意に生存期間が長かったことが示されている。また、除脂肪体重（筋肉量）が少なく5FU系抗がん剤の有害事象が出やすいことも示されている。ある種の分子標的薬についても同様の知見が存在する。

がんと炎症の関係が指摘されており、CRP 高値は予後不良の指標である。また、抗酸化作用のある n-3 系不飽和脂肪酸からは抗炎症作用を有する様々な脂質メディエーターが産生されるが、EPA rich な高濃度流動食はがん患者の QOL を高める可能性が高いと考えられている。

がん医療における体重（骨格筋量）維持の意義として、QOL が維持される、がん化学療法の有害事象の軽減と奏効率の上昇、その結果、質の高い延命が得ら

れる可能性が高く、医師はもっと患者の体重に関心を持つべきである。また、手術を契機とした活動性の低下を防止するために、不要なドレーンや胃管の留置をやめる、早期の食事開始、早期のリハビリ開始などを考慮する必要がある。

がんの終末期の輸液においては、過量の輸液を避け 500~1000 mL/日以下にすることが推奨されている。

#### 【まとめ】

がん患者の栄養状態、体重の変化、骨格筋量（筋力）の変化に注意を払わなくてはならない。体重や骨格筋量の減少を認める症例では、がん化学療法の有害事象が高度となる。体重の減少は、消化器や肺の悪性腫瘍の予後不良因子である。適切な経口（経腸）栄養が重要であるが、静脈栄養の施行を躊躇してはならない。栄養管理に併せて施行するリハビリテーションの有用性が広く認められている。

## 第34回 信州NST研究会

日 時：平成24年10月20日（土）

場 所：キッセイ文化ホール（旧松本文化会館）国際会議室

当番世話人・一般演題座長：畑谷芳功（伊那中央病院救急科主任医長）

特別講演座長：島田 良（安曇野赤十字病院第2外科部長）

### 一般演題

#### 1 NST 介入した誤嚥性肺炎患者の検討

相澤病院栄養科

川嶋 七絵

【目的】 当院における NST 介入症例の中で、最も頻度の多い疾患が誤嚥性肺炎である。介入を行った誤嚥性肺炎患者につきプロフィールを検討したところ、数カ月以内に再入院となっている患者も多く、今回はその問題点と改善方法を検証し、今後の NST としての関わり方を見出すことを目的とした。

【方法】 2012年4月から6月に NST 介入を行った誤嚥性肺炎患者69例につき、年齢、性別、入院前生活場所、栄養投与経路、転帰等をまとめたデータを作成。今回はその前後3カ月以内での再入院の有無を調べ、その中から栄養投与経路別（経口摂取、経鼻経管、胃瘻）3例について入院経緯・問題点を検証し、改善方法を検討する。

【結果】 プロフィールを作成した期間の前後3カ月以内での再入院は69例中14例。その内、施設または自宅からの入院は12例。栄養投与経路別に検証した3例はいずれも施設からの入院。それぞれの入院経緯を検証したところ、問題点として以下のことがあげられる。経口摂取の患者については、1回目の退院時と食事形態、摂取時の姿勢が異なっていた。経鼻経管の患者については、入院中の投与量及び投与回数、施設退院後再び入院前の状況へ戻っていた。胃瘻の患者については、2回目の入院が嘔吐による誤嚥性肺炎であったが、その際の状況・栄養剤の滴下速度や姿勢が不明であった。

【考察】 今回の3症例を検証した結果、入院前栄養管理の詳細把握が必要と考えられた。また、NST 介入後、退院先である施設への情報提供を実施しているが、情報が十分に活かされていない印象がある。後方連携先には看護師、介護士、栄養士など人員配置の異

なる施設が混在しているため、栄養管理の現場で実現可能な情報提供となるよう今後の関わり方を検討することが課題と考える。

## 2 アルブミンスクリーニング症例に対する NST 介入への工夫

長野赤十字病院 NST

渡辺登美子, 池田千鶴子, 橋本 典江  
山岸 恵美, 松澤 資佳, 池上 悦子  
東 裕子, 林 正明, 倉島 祥子  
山岸 夏子, 坂口 史子, 長田ゆき江  
北原修一郎

【目的】当院は、NST 加算開始後 2 年 3 カ月を経過した。専従の管理栄養士がスクリーニングした症例について、主治医の了解を得た後に介入する方法で行ってきたが、NST 加算症例のさらなる増加がみられなかった。今回、スクリーニング方法と医師への介入の勧め方について再検討して、工夫したので報告する。

【方法】2012 年 3 月より、検査技師によるアルブミンスクリーニング（以下 Albs と略す）より抽出された患者（アルブミン 3.0 g/dL 以下）を対象に、週 1 回多職種による検討会（以下検討会と略す）を開き、NST 介入が望ましいと思われた症例に対して、電子カルテの掲示板を利用して主治医に NST を勧め、了解が得られた症例のみ介入する方法をとった。

【結果】2012 年 3 月 25 日の Albs 症例から開始した。以後 6 カ月間の Albs 症例は 2041 例あり、そのうち NST 介入が望ましいと思われた症例は 149 例（7.3%）あった。主治医の了解を得て NST 介入となった症例は 73 例であった。NST 非適応症例は 1202 例（58.9%）、そのうち、非適応の根拠は、経過観察で良い 504 例、検討会までに改善 361 例、病態による 159 例、疾患による 120 例の順に多かった。Albs 後、検討会までに退院となっていた症例は、528 例（25.9%：うち自宅 313 例、転院 111 例、死亡 104 例）あった。

【考察とまとめ】主治医の了解はほぼ半数の症例で得られた。今回の工夫により、NST 症例数は増加してきている。しかし、1 週間分まとめて、Albs をしているため、検討会までの期間が最長 10 日、さらに回診予定日まで最長 14 日を要しており、平均在院日数 14 日の当院では退院している症例が多く、迅速性が求められた。今後は Albs の抽出期間、検討会までの期間の短縮。NST 介入がスムーズにおこなえるための効率の良い方法を多職種と協力し合い、構築したいと考

える。

## 3 神経性食欲不振症患者の褥瘡ケアと栄養管理

伊那中央病院褥瘡対策委員会

里見 明子

【はじめに】くも膜下出血の既往があり、神経性食欲不振症（拒食症）の M 氏の褥瘡管理と栄養管理に関わった。てんかん発作で倒れ、発見されるまでの同一体位によって NPUAP 分類で IV 度を越える褥瘡が仙骨部に発生した状態で入院された。M 氏をスピリチュアルな観点でとらえ、栄養管理をメインに褥瘡治療にまで至った経緯を報告する。

【事例紹介】M 氏：58 歳女性、1 人暮らし（近隣に実妹が在住）。認知レベル：くも膜下出血後遺症（軽度高次機能障害、構音障害）。食事摂取：1 日 1 回おにぎり 1 個またはトースト 1 枚摂取。嗜好品：煙草 1 日 2 箱、飲酒 1 日 3 合。入院時の褥瘡の状態：仙骨部 6×13 cm、DESING-R：Due3s12i1GON6PO=21 点。入院時の検査データ：身長 162 cm、体重 34.4 kg、TP 5.9、Alb 1.9、Hb 9.0。栄養アセスメントツール：簡易栄養状態変化（MNA）低栄養状態にある。ブレデンスケール：知覚の認知 2 点、湿潤 2 点、活動性 1 点、可動性 1 点、栄養状態 1 点、摩擦・ずれ 1 点、計 8 点。

【結果】病日 20 日目から食事を開始しても、自ら進んで経口摂取しない状態であった。入院当初は救命することが先行し、輸液療法のサポートがあるため、経口摂取はできるであろうという視点であったが、回復が進み、退院後の生活を想定して環境調整を行うところで、極度の神経性食欲不振症であったことが明らかになった。M 氏の中で食事は苦痛でしかなく、周囲から摂取を勧められれば勧められるほど、苦痛が生じてしまう状況であった。しかし、褥瘡治療には栄養管理は必須であるため、NST の積極的な介入を依頼した。短期目標を摂食量ではなく、1 日 3 回食事摂取する習慣を持つことができるとし、長期目標は、在宅で退院時の状態を維持することができるとした。朝食にはエンシュアリキッド®、昼食にはアルジネード®の付加を行った。飲用できる時とできない時もあったが、見守る姿勢で関わった。褥瘡は、食事摂取と褥瘡の回復が相互作用していることをケア時に伝えた。夫と死別後、飲酒とたばこに依存して生活をしている間に神経性食欲不振症となり、てんかん発作からこのような状



況となったが、自分で自分の身体の回復を願うことが一番大切であることも退院指導の中で話すようにした。3カ月の経過で退院可能な状態になった。

在宅ケアの支援は訪問看護、保健師の訪問、実妹のサポートを設定した。退院時の体重43.3 kg, TP 5.8, Alb 3.0, Hb 10.2まで回復された。褥瘡も在宅でフォローアップできるまでの状態となった。

【考察】神経性食欲不振症の患者は、食べる行為に対して常に葛藤を繰り返しているといわれている。自分の変貌した姿は第三者が言う姿でないと信じているからだとも言われているが、入院した経緯を尊重して、在宅でも生活できる褥瘡ケアを調整するまでには時間を要したが、粘り強く褥瘡チーム、NSTで支えたことが在宅療養につながったと考える。

【まとめ】①在宅で発生した褥瘡のケアは、発生した経緯と要因をスピリチュアルな視点で関わる必要がある。②褥瘡の持ち帰りには、退院時の支援と調整が必須である。

#### 4 CDトキシン陽性患者の栄養管理と血液データの検討

市立岡谷病院 NST 検査科

丸山真也加, 尾崎 慎二, 鈴木 義孝

同 看護部

辻 道子 (NST 専従)

同 外科

澤野 紳二

【目的】Clostridium difficile (以下 CDT) による下痢症例に対し、栄養管理方法と血液検査データの関連性を検討したので報告する。

【方法】2010年1月1日から2012年3月31日まで、総検体数418例中 CDT 陽性72例 (17%) の栄養管理方法を調べ、栄養評価の指標に総蛋白 (TP), アルブミン (Alb), コリンエステラーゼ (ChE), 総コレステロール (T-cho), CRP, 白血球数 (WBC), ヘモグロビン濃度 (Hb), リンパ球数 (TLC) の検討を行った。CDT 検出に市販のキットを用いた。検定は Mann-Whitney 検定を行い、 $p < 0.05$  を有意水準ありとした。

【結果】総検体数418例, 1回目の検査で72例 (17%) が CDT 陽性となり2回目の検査で68例 (94%) が陰性となったが3回目の検査で11例 (16%) が陽性となりこれを再陽性例とした。よって57例 (83%) を単回陽性例とした。また, 2回目の検査で4例 (5%)

は陽性となり連続陽性例とした。CDT 陽性72例のうち4例 (5%) では経口摂取を, 残り68例のうち59例 (86%) は PPN 管理, 9例 (12%) は TPN 管理がされていた。PPN 管理がされていた CDT 単回陽性患者49例 (83%) は, 59例と比較すると WBC が平均1900低下, CRP が平均1.8低下し陰性化していた。59例中4例 (6%) で脂肪乳剤が使われていた。このうち3例 (75%) は WBC が平均4100低下, CRP が平均3.4低下し陰性化していた。また, TPN 管理9例の CDT 単回陽性患者は6例 (66%) で CRP の低下を示し陰性化していた。脂肪乳剤は使用されていなかった。

【考察】CDT 陽性患者は PPN 管理および TPN 管理が行われることで70~80%が陰性化する傾向がみられた。また長期にわたる TPN 管理を行わずとも PPN 管理にて陰性化につながっていた。今回の検討では脂肪乳剤を使用した CDT 陽性患者では n 数が少ないものの75%が陰性化し, WBC, CRP などの改善が著明であった。大豆主体に作られた脂肪乳剤は炎症の増幅を招く恐れもある。n-6系多価不飽和脂肪酸を主体とするが, 今回の結果からはエネルギー源として有効に使われて炎症を抑え, CDT 陰性化につながったのではないかと考えられた。

#### 特別講演

##### 褥瘡治癒と栄養療法

廣仁会褥瘡・創傷治癒研究所 所長

大浦 武彦

褥瘡治療においては、栄養療法だけでは介入効果が乏しく、基本的ケアの充実、特に除圧が重要である。日本褥瘡学会発足以前は、体圧やずれに関しては殆ど無視されていたが、同学会発足後はこれらの要因が重要視されるようになり、褥瘡に対する介護 (ケア) の比重が高くなった。日本人の褥瘡形成の危険因子は、ADL 低下, 病的骨突出, 浮腫, 関節拘縮の4つであり、これらの要因がある患者ではケアに十分注意する必要がある。体圧分散マットレス, 良いポジショニングが重要である。

栄養不良でも良いケアにより褥瘡が治癒することもあるが、栄養状態と褥瘡に直接的な関連があることが明らかになった。ケアが十分にされている前提において、積極的なエネルギー投与により栄養状態が改善すること、褥瘡の治癒が促進することが介入試験により証明された。また、栄養介入は褥瘡サイズの減少に直

接的な影響を及ぼすことが検出された。

栄養はなるべく経口、次いで胃、腸管を使うようにすべきである。また、亜鉛の投与も重要である。栄養

と褥瘡の関係としては、血清アルブミン3.0 g/dL 未満、ヘモグロビン11.0 g/dL 未満において有意に褥瘡発生の危険が高かった。

## 第35回 信州 NST 研究会

日 時：平成25年3月9日（土）

場 所：松本大学 5号館 515講義室

当番世話人・一般演題座長：島田 良（安曇野赤十字病院第二外科部長）

特別講演座長：松島凜太郎（佐久総合病院歯科口腔外科部長）

### 一般演題

#### 1 当院における NST 加算の効果についての検討

佐久市立国保浅間総合病院 NST

中澤 明子, 今井 実, 倉澤 弘樹  
磯貝 佳子, 市川 雅美, 菊池奈津美  
宮崎 美幸, 小平 優子, 小林 綾  
小林 輝美, 池田 正視, 西森 栄太  
奥山 秀樹

【目的】当院 NST は、2006年4月に稼動し活動を行ってきた。さらなる活性化のため、2012年10月より NST 加算算定を開始した。今回、NST 加算前後における NST 活動・患者の栄養状態の変化等を調査し、今後の NST 活動の活性化に寄与することを目的とし、NST 加算の効果について検討し報告する。

【対象と方法】NST 加算前5カ月間の NST 対象者（以下、加算前群）および NST 加算後5カ月間の NST 対象者（以下、加算後群）を対象とし、抽出方法、対象患者数、回診回数、Alb 値、転帰等の変化について検討を行った。

【結果】加算前群の対象者は主治医が栄養管理を必要とした患者13人であった。加算後群の対象者は、上記依頼に加え、NST 専従が Alb 値3.0 g/dL 以下の患者から総合的に判断し、栄養管理を必要とした73人であった。回診は加算前群1回/週実施し総数69回、平均5.3回/人であった。加算後群は2回/週実施し総数264回、平均3.6回/人であった。Alb 値は加算前群では介入前平均2.4 mg/dL、介入後平均2.5 mg/dL と変化がなかった。加算後群では介入前平均でも2.4 mg/dL、介入後平均2.5 mg/dL と変化がなかった。介入終了後の転帰としては、加算前群では良好で

終了が31%、加算後群では良好で終了が40%に変化した。

【考察】当院では、マンパワーの問題で、NST 加算を算定できない状況が続いていたが、非常勤管理栄養士を雇用することにより、常勤管理栄養士を専従とし、NST 加算算定が実現した。NST 対象患者は5カ月間で243人と、加算前に比べ飛躍的に増加した。Alb 値の変化は殆どなかった。NST 加算を算定し、回診回数の増加や病棟における NST の理解も深まり、患者の栄養管理についても多職種で考える機会が多くなり、NST 活動そのものの活性化に繋がったと考えられる。

#### 2 適切な経鼻経管栄養チューブ径サイズ選択に向けた取り組み

伊那中央病院看護部

宮下みどり, 池上 敦子

同 救急科

畑谷 芳功

同 臨床栄養科

内藤 沙織

同 薬剤科

酒井 衛, 伊藤 文行

同 臨床検査科

宮原 祥子

同 リハビリテーション技術科

杉山 彩香

【はじめに】栄養や薬剤を全量経口摂取することが困難な摂食・嚥下障害患者は経鼻経管栄養チューブによる経管栄養を併用することが多い。10Fr 以下の細いチューブを使用して咽頭交差を避けて挿入することで嚥下機能への影響を最小限にできるという報告があ

ることから、誤嚥性肺炎予防と安全な摂食訓練実施や患者の苦痛軽減には可能な限り細い径サイズのチューブ選択が望ましいが、NST ラウンド時の観察では14Fr 以上のチューブの挿入例も少なくない。適切な経鼻経管栄養チューブ径サイズ選択に向けた啓発活動のために、経鼻経管栄養チューブ使用実態調査の取り組みを開始したので報告する。

【方法】2012年9月～11月の期間に7病棟で経鼻経管栄養チューブ留置している患者42名を対象とした。径サイズ、嚥下リハビリの有無、咽頭交差の有無を観察、投与栄養内容の種類、口腔内衛生状況を実態調査した。各病棟に配置されている経鼻経管栄養チューブ径サイズを調査した。

【結果】使用径サイズ：8Fr 5名、12Fr 15名、14Fr 14名、16Fr 8名。嚥下リハビリ実施：41名、うち間接訓練のみ30名（8Fr 2名、12Fr 12名、14Fr 11名、16Fr 6名）、間接訓練+昼のみ経口訓練11名（8Fr 3名、12Fr 3名、14Fr 3名、16Fr 2名）。咽頭交差の有無：有り2名。投与栄養内容：ミキサー食注入19名、経腸栄養剤注入15名（投与栄養剤4種類）、内服薬のみ注入8名。

口腔内衛生状況：42名全員が全介助により口腔衛生を行っており、比較的良好な衛生状態を保っていた患者が7名、痰の付着や口腔内乾燥、舌苔などが多かった患者が35名であった。調査した病棟に配置されている経鼻経管栄養チューブ径サイズは、8Fr が2病棟、10Fr が1病棟、12Fr～16Fr が7病棟、18Fr 以上が4病棟であった。

【考察】太い径チューブ選択の要因として、経管栄養チューブ挿入に伴う嚥下への影響に対する病棟間やスタッフの間での認知度の差、内服薬注入時のチューブ詰まり、ミキサー食注入時の抵抗、10Fr 以下の径サイズのチューブが配置されていないことなどが考えられる。ミキサー食、経腸栄養剤最小通過径は8Fr で可能であった。注入薬剤の混濁方法は個々に違っており、簡易内服混濁方法の認知度にも差がある。

薬剤の最小通過径を調査し簡易内服混濁法の調剤リストを薬剤師と検討しながら作成していくことが必要である。口腔内汚染も多く、胃管チューブ外壁の汚染が予想され咽頭汚染が誤嚥性肺炎併発への要因となることが推測できるため、適切な口腔ケア実施の啓蒙が必要である。個々の患者の状態に合わせて適切な経鼻経管栄養チューブ径サイズが選択できるように取り組んでいきたいと考える。

【課題】① 経管栄養チューブ挿入に伴う嚥下への影響、適切な口腔ケアについて看護全職員への啓蒙活動を継続する。② 各病棟に10Fr 以下の径サイズチューブを配置するよう病棟管理者と調整する。③ 簡易内服混濁法の調剤リストを作成する。④ 新入職員研修や摂食・嚥下障害看護専門コース研修での啓蒙を継続する。

### 3 がん終末期患者における新なごみ食導入への取り組み

安曇野赤十字病院 NST 栄養科

滝澤千香子、青木美智子

同 外科

島田 良

同 看護部

峰村知恵子、遠藤 千波、上村 正美

同 薬剤部

遠藤 賀子

【目的】がん終末期患者は悪液質のため体重減少、食欲不振を認める。しかし、終末期ケアにおいて食事はQOLを高める重要な要素である。当院では平成19年よりがん終末期患者、化学療法に伴う食欲不振患者に対し“なごみ食”を導入した。しかし、なごみ食の位置づけが不明確でスタッフ間での周知不足等があり、実際に活用されることが少なかった。より患者の希望に沿った食事提供を行うため新たになごみ食を作成したので報告する。

【方法】平成23年当院に入院し、NST・緩和ケアチームで介入した終末期患者40名を対象に、①最終経口摂取日～死亡退院までの日数、②実際に提供していた食事の種類（食種）、③食事摂取量、④食欲の有無、⑤食欲不振の原因、⑥希望されたメニューをカルテより後方視的に調査し、新なごみ食のメニューを検討した。

【結果】①全体の27.5%の患者が死亡前日まで食事の提供ができていた。②62.5%がオーダー食を利用しなごみ食の提供は7.5%のみであった。③65%が未摂取～数口であったが、22%の患者が全量摂取できていた。④食欲あり15%、食欲なし72%であった。⑤食欲不振の原因には倦怠感、嘔気・嘔吐、通過障害、腹部膨満感などの原疾患に伴う消化器症状や食事のにおいで食べたくないという意見があった。⑥希望が多かったメニューには味のついた主食や喉ごしの良い麺類、口の中が潤うものや口あたりの良い

物、さっぱりしたものが多かった。

【結論】 調査結果を基に平成24年度より新なごみ食を作成し現在運用している。がん終末期患者にとって、少量ながらも死亡直前まで経口摂取ができ、食べたいものが食べられる喜びは大きく、自分の希望が聞き入れられたことで満足感が高まり、QOL 向上にもつながる。病院食では提供できるメニューに限界はあるが、今後もより患者のニーズに合った食事の提供、食べる楽しみを支援していきたい。

#### 特別講演

##### 消化管疾患術後栄養管理～経腸から経口へ～

秀和総合病院院長

五関 謹秀

1987年に食道癌術後の経腸栄養（EN）による栄養管理<sup>1)2)</sup>を報告したが、25年あまり経た近年、EN 管理は食道癌術後栄養管理のスタンダードとして定着して

きた。しかし、残念ながら、肝胆道系をはじめとする多くの消化器疾患の術後栄養管理としては、未だ静脈栄養を選択している施設も多い。我々は、臍頭十二指腸切除の術後を含めて、消化器癌患者の術後栄養管理として、EN 管理を中心として良好な術後経過が得られていることを度々報告してきた<sup>3)</sup>。現在では、より生理的な栄養管理を行うために、術後第1病日という超早期からの経口摂取開始を進めてきたが、それを可能にするために行ってきた術式の工夫、新規術後食の開発などに取り組み、喫食率の向上に始まる栄養指標、術後経過の改善、術後在院日数の顕著な短縮など、ほぼ満足のいく成績が得られるようになっている。そこで、これまでの成績を中心に紹介しながら、消化器疾患患者に術後 EN 管理を行う上での注意点、さらには術後早期から安全に効果的な経口摂取を可能にするためのポイントを紹介する。

#### 参考文献

- 1) 五関謹秀, 小野寺時夫, 他; 食道癌術後の栄養管理 —新しい管理法の1つの試み—, 日本消化器外科学会雑誌 20; 907, 1987.
- 2) 五関謹秀, 遠藤光夫, 他; 1988年, 第88回日本外科学会総会シンポジウム1“食道癌術後栄養管理 —術後早期よりの経腸栄養の有用性について—” 日本外科学会雑誌 89; 1363, 1988.
- 3) 五関謹秀, 遠藤光夫, 他; 1993年, 第40回日本消化器外科学会総会シンポジウム2“高度侵襲消化器手術後の経腸栄養管理” 日本消化器外科学会雑誌