



中平光彦先生



佐藤 弘先生

はじめに、埼玉医科大学国際医療センター消化器外科の佐藤弘准教授より「がん治療における栄養管理あれこれ」と題し講演いただいた。

平成26年2月23日（日）、埼玉県摂食・嚥下研究会の第19回講演会が開催され、医師・歯科医師をはじめ看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士や介護施設職員等116名が参加し、会場は熱気に包まれた。

第19回 講演会報告

埼玉県摂食・嚥下研究会だより

「高齡化時代のセーフティ・ライフを目指して」

vol.25

発行日
平成26年 6 月 25 日発行者
埼玉県摂食・嚥下研究会事務局
埼玉県浦和区針ヶ谷4-2-65
彩の国すこやかプラザ5F
埼玉県歯科医師会内
TEL 048-829-2323

講演Ⅰ 「がん治療における栄養管理あれこれ」

講師 埼玉医科大学国際医療センター消化器外科

准教授 佐藤 弘先生

佐藤先生は、国立がんセンター中央病院外科レジデント、静岡県立静岡がんセンター食道外科医長を経て現在、埼玉医科大学国際医療センター上部消化管外科准教授である。永年がん治療に携わり、その中の栄養管理の重要性を身にしみて感じていることから、本日は「がん治療における栄養管理あれこれ」と題して講演をいただいた。

続いて後半は、同センター頭頸部腫瘍科の中平光彦准教授より「頭頸部癌治療における嚥下障害の実際」と題し講演いただいた。

会場外のホワイエでは2関連業者による口腔ケアグッズや嚥下食などの展示もおこなわれ、今回も大盛況のうちに閉会となった。

埼玉医科大学国際医療センターは、がん、心臓病、脳疾患に対する高度専門特殊医療や救命救急医療に特化した急性期大規模病院である。2007年4月に開院して稼動病床数は700床（ハイケア100床）で、25病棟あり、46診療科、部門よりなる。平成26年3月現在、平均在院日数は約15日である。2009年4月にNST稼動施設認定を受け、2011年2月にNST教育施設認定、2012年5月にNST加算算定を開始した。

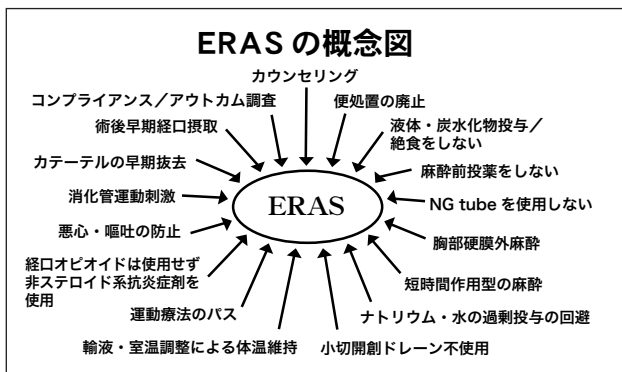
まず、急性期病院であり、教育施設でもある大学病院におけるNST活動の現状と問題点を明らかにすることを目的に検討した。

対象と方法は、平成23年度と24年度（4月～12月）までのNST依頼症例を分析（依頼件数、依頼診療科、依頼理由）し、次いでNST活動について分析した。特にNST加算の算定の前後で変化があるかを検討した。NSTへの依頼方法は、各診療科の担当医師からの依頼と、スクリーニングで低栄養と判断された対象患者には、NSTから担当医師へ介入の可否をコンサルトする方法とした。24年度は、NST活動に対する院内啓発活動を施行した。

平成23年度の結果は、新規依頼件数39件（3・3件/月）、月症例件数132件（11件/月）。依頼診療科は、消化器外科・内科33%、婦人科腫瘍科14%、救命科14%、心臓外科8%。依頼理由は、栄養状態の評価44%、食事内容の相談25%、経腸栄養の相談25%などであり、24年度の結果は、新規依頼件数65件（7・2件/月）、月症例件数月症例件数216件（24件/月）。依頼診療科は、消化器外科・内科26%、救命科18%、心臓内科15%、婦人科腫瘍科7%など。依頼理由は、栄養状態の評価48%、食事内容の相談35%、輸液内容の相談23%などであった。

その結果、NST加算の算定を契機に、介入患者は大きく増加し、NSTの業務量が急増加した。急性期病院のため、重症例でも早期に転院となることが多いため、速やかなNST活動が必要である。以上の原因より週1回の回診では困難となり、2回に変更して対応した。時間の短縮のため、ベッドサイドで方針を相談することとした。依頼診療科が消化器系だけでなく、救命科、心臓内科が増加した。このことにより消化器系だけでなく幅広い知識が必要となり、NSTメンバーのスキルアップが重要である。NST活動に要する業務量増加及び質的向上に対する

(2面へ続く)



応ずる活動方法の確立が急務である、との結論を得た。

消化器内科領域における栄養管理として、消化器がんは栄養障害を高頻度に合併する。それは、抗がん剤の副作用（消化管出血、悪心嘔吐、食欲不振、下痢、味覚異常・口内炎）を含めたがんの症状（消化管狭窄・閉塞、がん悪液質）による。外来化学療法が一般化したため、栄養療法も外来で介入する必要がある。消化器がんは消化管狭窄・閉塞をきたし、「消化管」が使用できないことが多いので、経静脈栄養に頼らざるを得ない。「中心静脈ポート」の利用は在宅でも可能で、高カロリーを投与できる反面、細かい栄養療法が困難で

あり、ポート関連合併症の危険もある。

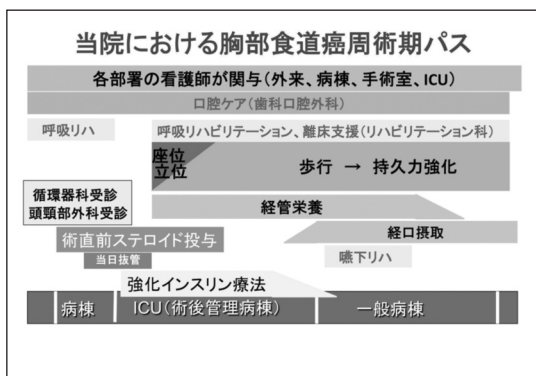
胸部食道癌（胃がんの1/5）手術のERAS（Enhanced Recovery After Surgery※Fast Track Surgeryと同義）と「早期離床、早期経口摂取を積極的に」、「これらの結果として、あるいは、これらを実現させるために、合併症率を低下させ、その結果、術後在院日数を短縮させる体系的なプログラム」。すなわち、「早く元気になるための工夫のパッケージ」である。そのためには、多職種連携（外科医、麻酔科医、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ科等）が必要である。

当院の食道外科におけるERASの取り組みに対して、胸部食道癌に対する一期的な右側胸開腹食道切除胃管再建手術が施行された80例（平均年齢64±8歳）を対象に、A群（中心静脈栄養での栄養管理と術後第2病日から歩行開始を目標とした群（n=40）・B群（術後第1病日から経腸栄養を開始し、術後第3病日に1日量で960kcalまで増量し、術後第1病日から歩行開始を目標とした群（n=40））について、離床の目標の達成率、術後入院期間、体重の変化、アルブミン値の変化について比較検討を行った。

その結果、B群の方が体重減少率が少なく、入院期間が短い。すなわち、早期経腸栄養と早期離床

により、速やかに手術侵襲から回復していると考えられる。

胸部食道癌の周術期管理の術前の考え方は、適切な栄養評価・管理、栄養剤の活用、Immunonutrition（免疫増強栄養法）、下剤の廃止、食事制限の廃止（術前日もできるだけ通常の食事）、経口補水液の活用による脱水防止で、術後の考え方は、早期経腸栄養、早期離床である。早期経口摂取開始基準は、反回神経麻痺を認めない、縫合不全が疑われない、全身状態が良好、理解力がある、等である。うまく行かない場合は、より重点的に、嚥下リハ、肺理学療法、口腔ケアを行なう。



二指腸切除においても適用や応用が可能である。退院後の生活を含めた長期的な視点での検討も必要である。（積極的な在宅での経管栄養が、体重の維持や運動能力の改善に寄与するかなど）また従来の概念と比べ、経口摂取は、より早期に開始が可能である。そして周術期の水分管理、糖負荷、疼痛など、術中の取り組みも重要である。ERASを「鵜呑み」にすることなく、患者の病態ごとの把握を十分に行い、取り組むことが重要である。ERASは有用にも有害にもなりうる。

終末期医療と栄養管理については、終末期がん患者の栄養管理には3つの柱がある。（1）栄養障害の見極め。（不可逆的悪液質or飢餓）（2）心理面を考慮した栄養サポート。（3）家族ケア。である。（1）として、終末期がん患者の体重減少には、治療関連の摂食不良、環境による摂食不良、心理的な摂食不良があり、これ等からの飢餓状態は可逆的であり、飢餓を見逃さない取り組みが大切である。なお、がん進行に伴う悪液質は不可逆的である。（2）として、不完全で非日常的な食行動に「選択」、「香り」を加え、少しでも「日常」へ近づける努力をする。（3）として、①「食べる」は家族に支えられていることに患者も医療者も改めて気がつく。↓

世界約50カ国で愛用されているEBMに基づいた口腔ケア

バイオフィン

口腔乾燥には biotene®

● 唾液にも含まれる天然酵素
ラクトペルオキシダーゼ
グルコースオキシダーゼ
リゾチーム

● ラクトフェリン
● 保湿・潤滑成分
● キシリトール

全米歯科医師・
歯科衛生士推奨
ドライマウスケア部門
No.1ブランド
※RDIほか

Recommended by
The Oral Cancer
Foundation
米国口腔がん財団推奨製品

手の甲に出し
少量づつ指に取り

口唇口角から

口内全面に

義歯にも

マウスウォッシュを

適宜スプレー

リハビリにも

T&K ティーアンドケー株式会社 ☎フリーダイヤル 0120-555-350
東京都中央区日本橋堀留町1-5-7 TEL: 03-5640-0233 FAX: 03-5640-0232
URL: www.biotene-tk.co.jp E-Mail: info@biotene-tk.co.jp

患者・家族・医療者の信頼関係の再構築 ②食事に焦点を置くことによって、「食べる」を支える家族に焦点が当たる。↓家族の役割再認識 ③家族の行っていることを評価 共感できる↓家族（遺族）の気持ちのケアに。これ等は重要な家族（遺族）ケアにつながっていく。

がん治療と口腔ケアについては、化学療法、放射線療法、外科手術、緩和ケアにおいて口腔有害事象・口腔トラブルが発症する。県立静岡がんセンターにおける口腔ケアサポート体制では、歯科口腔外科外来に対して、治療・診察依頼を看護師より直接依頼してOKとなっている。周術期の口腔ケアにおける介入プログラムは、手術前より歯科医師、歯科衛生士、看護師による診察、歯石除去、むし歯治療、セルフケア指導、セルフケア（患者自身）となっている。術後においても、口腔清拭、唾液吸引、セルフケア（患者自身）となっている。しかし、がんセンターでのケア体制はできあがったが、病院内完結型のみならず、地域支援・完結型の口腔ケア・歯科治療体制の構築が必要である。がん患者歯科医療連携は歯科医師会との連携が必須である。

最後に、「がん治療における栄養管理」は、多職種によるチーム

医療であり、その原動力は看護師である。また、全ての職種において「指示待ち族からの脱却」が必要である、と結んだ。

講演Ⅱ 「頭頸部癌治療における嚥下障害の実際」

講師 埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科

准教授 中平 光彦先生

後半は『頭頸部癌治療における嚥下障害の実際』と題して、埼玉医科大学国際医療センター 頭頸部腫瘍科准教授の中平光彦先生に講演いただいた。

頭頸部は呼吸、嚥下および発音などの生命活動や人間らしい社会生活を営む上で重要な機能を有している。頭頸部癌は、進行がんで見つかることが多く、手術を主体とした治療が行われる。手術治療の際には、十分な切除範囲の確保が最も重要であり、がんが進行するほど大きな切除範囲が必要となる。そのうえ頭頸部は管腔臓器であるため切除の際、病気のない正常の構造を破壊してアプローチする必要があるのである。そのため、手術により嚥下や発音といった機能が障害され、さらには審美的な問題が生じる。

現在の主たる治療の特徴

- 進行がんが多い
 - 外科治療主体
- 手術による機能欠損・形態欠損
 - 再建術による機能維持
 - 術後形態変化が著しい
 - 生命維持(呼吸、嚥下)や社会活動(発声)に障害
 - 音声機能が犠牲になることが多い
 - 美容的問題
 - 精神的な問題

頭頸部癌の新しい治療の流れ

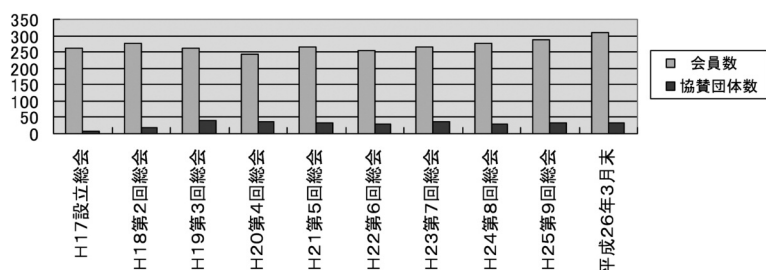
- 早期診断による低侵襲治療
- 特殊なdevice(Robot)を用いた内視鏡治療
- 強力な抗がん剤治療あるいは放射線併用による強力な治療
- 有効なバイオマーカーを用いた治療強度の低い治療

頭頸部癌の治療を歴史的にみると、1980年までは手術可能な症例でも術後機能の維持が困難な理由から手術が行われず、放射線治療が行われるのみで治療成績も大変悪いのが実情で、1980年代より血管吻合などの手術技術の進歩により手術後の機能的、整容的再建が可能となってきた。

しかし、再建技術が進歩したといってもその限界も明らかになった。その反省から2000年以降は新しい流れとして、診断技術の進歩によりがんを早期に発見し、治療する方法が登場した。またロボット(ダビンチ)手術など低侵襲手術が行われるようになってきた。放射線治療と抗がん剤を同時に使用することで治療強度を上げ、進行がんを手術せず治す試みがなされるようになった。さらに、選択的動注化学療法について話された。抗がん剤としてシスプラチンは中和できるという点が優れているが、脳血管障害等の副作用もある。しかしながら臓器温存を目的とした放射線化学療法は、がんの治療に成功した場合でも必ずしも機能温存につながらないことも臨床試験の結果により明らかになった。

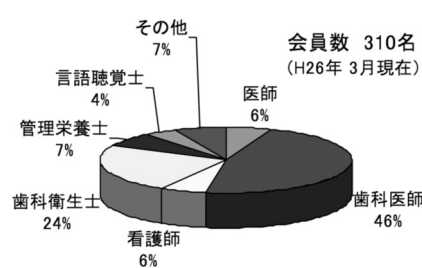
この講演は専門的に優れた内容で、後で専門用語を調べるとがんに対する知識が深まった。

◆会員数・協賛団体数の推移



《埼玉県摂食・嚥下研究会》

◆会員職種構成



埼玉県摂食・嚥下研究会 設立10周年記念講演会

日時：平成26年 **7月27日**（日） 13:00～15:30

場所：彩の国すこやかプラザ 2階セミナーホール

演 題：**摂食嚥下練習の考え方**

講 師： 藤田保健衛生大学副学長
リハビリテーション医学講座教授

才 藤 栄 一 先生

■定 員：250名

※参加者多数の場合はご連絡いたします。

※改めて参加証はお送りいたしません。

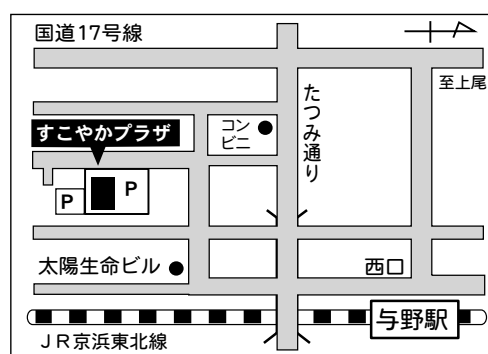
■参加費：会 員 / 無 料

非会員 / 2,000円（資料作成代等）

■申込締切日：7月18日（金）

主 催：埼玉県摂食・嚥下研究会

問合せ：埼玉県歯科医師会事務局 TEL 048-829-2323



参加申込書 埼玉県摂食・嚥下研究会（会員・非会員）※どちらかに○を付けてください

フリガナ		職 種	
氏 名			
住 所 (勤務先)	〒 -	電 話	
		F A X	

申込書 FAX先 **048-829-2376**