

# 下咽頭癌における咽喉頭食道摘出術患者の看護

北3病棟：○石川 節子・上嶋 照子・塩沢 陽子・百瀬 領子

## 1. はじめに

耳鼻咽喉科領域では、患者への侵襲が大きいとされる術式の中に下咽頭癌における咽喉頭食道摘出術（以下、咽喉食摘術と略す）がある。これは喉頭摘出術による永久失声、長期安静などに加え、食道（一部又は全）摘出後の腸管再建術のため開腹が適応となり、手術侵襲が大きく、患者の苦痛もはかりしれない。このため、疼痛、ストレス、食事摂取困難などが大きな問題点であると考えられ、適切な看護援助が重要となる。

昨年、当病棟で作成した疾患別看護計画表は、これらの問題点が十分に反映されていないと考えられた。そこで今回私たちは、下咽頭癌における咽喉食摘術後の頸部食道再建術の3症例より、看護上の問題点を挙げ、看護計画を立案、実施、評価し、看護計画表の見直しに取り組んだ。

## 2. 研究方法

- 1) 平成元年から当病棟において、下咽頭癌による咽喉食摘術後の再建術を行った症例から3症例より、看護上の問題点の抽出。それをもとに、咽喉食摘術・遊離空腸再建術予定のN氏の看護計画を立案・実施・評価。
- 2) 咽喉食摘術（遊離空腸による再建）の看護計画表の見直し、再作成。

## 3. 研究結果

- 1) 平成元年から当病棟において、下咽頭癌による咽喉食摘術後の再建術を行った3症例の術後の状態について紹介する。〈資料1〉

### ◎症例より考えられた看護上の問題点

#### 〈急性期〉・術式による循環系の変化

- ・腹痛、創痛などの疼痛や安静による苦痛
- ・喉頭全摘後の失声による精神的ストレス

#### 〈回復期〉・吻合部狭窄による食物の咽頭部つかえ感、嚥下困難感、鼻腔への逆流

- ・経口摂取不良による栄養状態の低下
- ・瘻孔形成、縫合不全のための絶飲食による苦痛
- ・気管孔狭窄による呼吸困難感
- ・両頸部郭清術後の頸部しめつけられ感による不眠

### ◎N氏の看護計画の立案・実施・評価

#### 〈症例紹介〉

C・N氏, 64才, 男性

診断名：下咽頭癌・両頸部転移 既往：7, 8年前より肝炎

現病経過：H 5年3/3~4/6 術前照射40 Gy

4/19 咽喉食摘術・遊離空腸再建術・左頸部郭清術

6 / 2 ~ 6 / 16 術後照射20 Gy

6 / 1 8 退院

#### 〈看護計画〉

N氏に使用した看護計画表〈資料2〉

#### 〈実施・評価〉

急性期では、肺合併症やイレウス、瘻孔形成、縫合不全症状はみられなかったが、腸蠕動出現に伴う腹痛や気孔部吸引時の刺激による創痛の増強があり、鎮痛剤投与にて緩和されていた。また、安静による不眠と苦痛の訴えもあったが、早期離床に伴い、徐々に軽減していった。筆談がスムーズにでき、家族の協力も得られたため、失声による精神的ストレスも少ないように感じた。腸音微弱のため、メンタ湿布を早期から行うことにより排ガスがあり、腹満もなかった。

回復期では、経管栄養が開始になり、胸やけ、腹部膨満感がみられるも、6回の分食と注入後30分の安静により徐々に軽減し、3回食になっていった。経口摂取開始になると、つかえ感はないようであるが、「鼻から食物が出てくる」「飲み込みに時間がかかる」「食道がつまる感じ」の訴えがあり、時間をかけて、ゆっくり摂取することを促し、又、N氏自身が食事に意欲的であったため、大きな問題もなく経過していった。

2) 術後の経過を左右すると考えられるものは、

\*術式（切除・再建範囲・皮弁法）

\*術後の肺・循環系の変化                      \*腹痛・創痛などの疼痛による苦痛

\*床上安静による苦痛                              \*失声による精神的ストレス

\*術前・術後の感染                                \*イレウス

\*再建空腸の蠕動運動                              \*吻合部の狭窄などである。

以上の事をふまえ、スタンダード看護計画表の再作成を行った。〈資料3〉

#### 4. 考 察

下咽頭癌術後の症例の問題点より、N氏の看護展開を行い、看護計画表を再作成した。以前のものより、食事の援助方法や腹部症状、合併症の看護ポイントが増え、退院後どんな症状に注意すればよいのかも追加できている。しかし、症例が少ないため、問題点の抽出が不十分であると考えられた。

急性期において、肺合併症予防に、タッピング・吸引は不可欠であるが、咳嗽に伴う創痛の増強がみられた。深呼吸を促し、腹部を押さえ、痰の喀出を行うことが疼痛の緩和につながることを説明し実行したが、鎮痛剤を使用するという結果になり、看護援助方法の今後の課題である。

失声による精神的ストレスについては、私達が積極的にコミュニケーションをはかっているが、時にストレス潰瘍を併発する場合がある。手術前に、意志の伝達方法を患者と検討し、術後、訴えが理解できる様工夫して、少しでもストレスが除去できるよう積極的に援助していきたい。安静による患者の身体的・精神的苦痛とともに、不眠による苦痛もはかりしれなく、不安軽減のためにも早期離床の大切さを再認識した。

回復期において、経管栄養は、食事が始まったといえども患者にとっては満足感が得られない。

このため、縫合不全、吻合部狭窄で経過が長くなる患者にはストレスであり、「早く口から食べたい」と訴えがあり、患者に理解してもらうためには十分な説明が必要であると考えられた。経口摂取開始は、患者に喜びの時間と考えられるが、食事摂取が思う様に進まない事が多く、患者には不安、苦痛になりかねない。食事のつかえ、鼻腔への逆流については、腸蠕動や再建操作によるものが誘因となる場合がある。腸蠕動によるものは、食事摂取の時間帯を考慮すること、2～3ヶ月で消失することを説明し、再建操作によるものは、摂取時の体位、食事形態の工夫等の援助が大切である。食事摂取後におこるダンピング様症状（一過性の低血糖、冷汗）は、今までに予期しない症状であった。これは、高張な食物が再建した腸管に急速に入ることにより、循環血漿量が減少し、発症するものと考えられる。予防として、1回の食事摂取量を少なくする、時間を十分にかける、食後安静にする。あまり頻回に起こる様なら食事時の水分をひかえ、食品は糖質を減らし、蛋白質を多くする等の必要性が示唆される。

排便に対し、メント湿布を早期より施行した事により効果が得られた。しかし、腸管操作のため、便意が付き始めると、症例によっては下痢または、便秘の極端な結果に終わり、再考の必要があると思われる。

両頸部郭清後の拘縮に伴った頸部しめつけられ感については、いずれ、軽減していく事の説明を行い、また、リハビリへの意欲へつなげていきたい。

以上の事から今回、下咽頭癌術後の一般的な看護計画表は作成できたが、術式により、看護上の問題点も異なってくるので、今後より一層検討が必要である。

## 5. おわりに

下咽頭癌患者の病態は複雑であり、患者の状態も個別のため、その経過も様々である。今回、下咽頭癌における咽喉食摘術の一般的な看護計画について考えた。これらの共通する内容をふまえて、個々の患者の特性、状況に合わせた援助を行っていきたい。

## 6. 参考文献

- 1) 丘村 熙他：中・下咽頭癌術後の嚥下機能と訓練, JOHNS, 6 (6) : 90~94, 1990
- 2) 竹生田勝次：下咽頭癌における再建手技とその選択, JOHNS, 6 (6) : 107~112, 1990
- 3) 加藤 雄一他：咽頭癌の術後管理, JOHNS, 6 (6) : 127~131, 1990
- 4) 金子 省三：喉頭がんの外科的療法と術前・術後管理, 看護技術, 37 (3) : 11~14, 1991
- 5) 鶴田 清子：喉頭がん術後患者の看護ポイント, 看護技術, 37 (3) : 15~20, 1991
- 6) 茶園 美香：食道がん患者の看護過程, クリニカルスタディ, 10 (10) : 15~24, 1989

〈資料1〉

症 例 紹 介

(注：日付はすべて術後日)

	K氏・66才・男性	S氏・54才・男性	I氏・75才・男性
手術日	平成元年5月19日	平成3年7月29日	平成3年7月24日
疼 痛	術直後、腹・頸部痛強く4～5時間毎に鎮痛剤使用 20日目頃まで頸部・前胸部の痛みあり その後痛みほとんどなし	腹部の創痛強く、2～4時間毎に鎮痛剤使用 術後より退院頃まで腹痛あり 術直後のみ安静による背部・腹部痛あり	4日目まで腹・頸部痛あり、1～2回/日鎮痛剤使用
安静度	1日目、頸部安静・軽い左右体交 10日目、ベットup20°、12日目、45° 13日目、トイレ歩行可	1日目、頸部安静・軽い左右体交、5日目、ベットup30°、6日目、90°、7日目、自立坐位、8日目、室内歩行、11日目、トイレ歩行	1日目、頸部安静、2日目、ベットup45° 3日目、ベットup60°、4日目、ベットup90° 5日目、室内歩行、6日目、トイレ歩行
スト レス	20日目より頸部しめつけられ感あり、不眠にて安定剤内服	臥床安静、不眠による苦痛の訴え強く幻覚症状出現 22日目、潰瘍剤使用 29日目、胃痛出現し、胃潰瘍と診断「胃がしくしくする」	28日目、経口摂取困難、意欲低下あり 上肢のリハビリ、患者本人の希望にて休止 31日目、悲観的言葉あり「死んだも同じ」 34日目、食道透視の結果、再手術決定 胃管再挿入を拒否する「口から食べたい」
腹部 症状	11日目に排便あるが、15日目頃まで腹鳴微弱、排ガスもほとんどなし 経口開始後から下痢出現し、軟便続く	9日目頃より腹鳴、排ガスあり 経口開始後より退院まで下痢持続、止痢剤内服 退院近くまで腹痛持続	2日目よりメント湿布・温罌法施行、パントール使用 3日目に排ガス、排便あり 流動食摂取時のみ下痢あり
食事 状況	32日目、流動食を経口摂取開始 34日目、おまじり軟菜刻み食から開始し、3～6食上がりにて、47日目にはつかえ感なく常食摂取 37日目、「食事が上がってくる感じがある」「胃が小さくなった」 38日目、ダンピング様症状出現、冷汗あり 40日目、空腹感なし 42日目より、1/2以上摂取すると鼻腔・口腔への逆流あり、6回食にて摂取良好となる 47日目、IVH抜去	29日目、流動食を経口摂取開始、直後より胃部不快感・嘔気あり、制吐剤1～2回/日使用 34日目、3分粥軟菜食、36日目、5分粥軟菜食をゆっくりと2/3以上摂取 43日目、IVH抜去 59日目、ダンピング様症状出現、冷汗・低血糖 63日目、全粥軟菜刻み食になるも「食事をしていない時、食道辺りでくっついちゃって物が通らなくなる事がある」	13日目、胃管より流動食注入開始。2/3以上摂取 20日目、IVH抜去 21日目、胃管抜去、流動食を経口摂取開始、直後より、咽頭のつまり感、嚥下困難感あり「体を棒の様にしている」「鼻から漏れてしまう」「すぐお腹が一杯になる」 23日目、本人希望にて胃管再挿入、経口と併用 27日目、下痢あるため、全軟菜刻み食に変更 30日目、2/3経口摂取可能となり、胃管抜去 全粥1/2～2/3摂取後、他はミキサーにかけて飲み込み、全量摂取 38日目、「口から頑張っても通らない」
その他	12日目、気管カニューレ抜去後、浮腫のため気管孔狭窄し、呼吸困難感あり、カニューレ挿入し退院 20日目、頸部しめつけられ感出現 48日目、肩・頸部しびれ感あり	12日目より両下顎の浮腫出現 55日目より退院まで、頸部しめつけられ感持続	28日目より前屈時、気管孔狭窄のため呼吸困難感あり 47日目、再建部狭窄あり拡大術施行、拡大術後、瘻孔形成にてD-P皮弁による下咽頭形成術施行

	手術前	手術当日		手術後		
	～手術前日	手術前	手術後	第1日目～3日目	第4日目～10日目	第11日目～退院
看護目標	オリエンテーションを行い、術後の安静、機能障害、失声を理解する。	心身の安静保持と、不安の軽減ができる。	異常なく経過する。 (異常の早期発見、気道の確保、呼吸管理)	合併症を起こさず、早期回復ができる。 筆談やジェスチャーにより、十分苦痛を訴えることができる。 意欲を持って生活できる。		日常生活が自立できる。 退院指導が理解できる。
観察項目	一般状態、検査データ 感冒症状 照射による頸部の状態 食事摂取量、つかえ感 患者の表情・行動 医師からのモニテラ 術前チェックリスト記入	一般状態 感冒症状 睡眠の状態	一般状態、創状態 創出血(ドレーン、気管孔内)、創痛、腹部状態(疼痛、出血、発赤) 嘔気・嘔吐 患者の表情、精神状態	一般状態(特に発熱、呼吸状態) 検査データ(特に貧血、栄養状態、感染有無) 創状態(疼痛、腫脹、発赤、瘻孔有無、出血、ドレーン量・性状・臭い) 腹部状態(疼痛、腹鳴、腹満、腫脹、排便状態) 嘔気・嘔吐、体位による苦痛 患者の表情、精神状態		(退院指導) 1. 気管孔から異物・ほこり・冷たい空気が直接肺に入るため、エプロンガーゼを使用する。 また、痰を出しやすくするために水分を多めにとることを説明する。 2. 多少の食事の通過に時間がかかるが次第に慣れていくことを説明する。 3. 鼻で呼吸ができないので臭いがわからない。そのため、ガス漏れや腐敗等にかまわない。汁物がすすねないなど説明しておく。 4. 消化不良のため下痢になりやすいため排便コントロールをする。 5. シャワー浴、入浴時には、気管孔からお湯が入らないよう、湯舟にはつかからない。 また、自己洗髪を指導する。 6. 適切な食事方法について、指導する。(栄養価の高い食品の選択、分食について、摂取速度、温度、摂取時の体位、避けたい食品について) 7. 身体障害者手帳交付の手続きを促す。 8. 定期受診を促す。気管孔の縮小、出血、呼吸困難、リンパ腺の腫脹、食道狭窄、腹部症状などに注意する。
ケア項目	安静度	フリー	できるだけ安静	仰臥位で頸部前屈位保持(頸部伸展禁、スポンジ枕と砂嚢を使用)	仰臥位で頸部前屈位保持 医師の指示による安静度に従う。	頸部を伸展させず、 医師の指示による安静度に従う。
	処置	機能測定、IVH挿入 輸血の準備 前日21時に指示薬の投与 2日前より、下剤の投与	浣腸 前投薬の投与	O <sub>2</sub> 吸入(インスピロン) 吸引(気管、口腔) 補液管理、尿量測定 ドレーン・胃管排液 縦隔ドレーンの管理	ネブライザー(インスピロン)、吸引(気管、口腔)、 補液管理、尿量測定 ドレーン排液、ガーゼ交換 翌日、カニューレ抜去	ネブライザー 吸引 蓄尿 ドレーン排液、抜去 ガーゼ交換
	食事	3日前より低残渣食摂取	絶飲食	絶飲食、胃管開放 IVHにて栄養管理	腹鳴排ガスを確認し、嘔吐に注意し番茶→流動食注入	ミキサー食注入 経口開始は1ヶ月目
	清潔	入浴 洗髪	歯みがき ひげそり	唾液は咯出または吸引 発汗あれば適宜部分清拭	部分清拭→全身清拭 50倍イソジンにて含嗽吸引	全身清拭→シャワー 結髪→洗髪
	その他	必要物品の準備(胸帯、 腹帯も) 食事、患者送り票の入力	更衣 装着物品の除去 吸引の準備	疼痛、発熱の緩和、嘔気・嘔吐の予防、対処 MRSAなど感染予防のため、吸引時には、ウエルバスや滅菌手袋を使用する		排便コントロール (下痢になりやすいため)
	指導項目	失声、永久気管孔について、 床上排泄、含嗽、呼吸練習、経管栄養、術後の安静について。	前投薬の副作用(口渇、ふらつき、動悸など)について	深呼吸を促し、自力で痰を出すように声がけをする。 腹部を押さえて行くと疼痛の軽減につながる。 唾液は飲み込まないように。 疼痛・嘔気など筆談・文字板使用にて訴えてもらう。	食事は分食が好ましく、 また逆流を防ぐため坐位にて摂取する。	
その他	病気・失声に対する認識を知り、 訴えを聞く。 カンファレンス施行。		食道縫合不全の症状(発熱、頻脈、呼吸困難、嚥下痛、 腫脹、発赤、ドレーン排液量の増加)、肺合併症、 イレウスに注意する。 吻合部狭窄の症状(嘔気、嘔吐、前胸部膨隆)			

	手術前	手術当日		手術後		
	～手術前日	手術前	手術後	第1日目～3日目	第4日目～10日目	第11日目～退院
看護目標	オリエンテーションにより、術後の安静、機能障害、失声が理解できる。	心身の安静保持と不安の軽減ができる。	異常なく経過する。(異常の早期発見、気道の確保、呼吸管理)	皮弁壊死・合併症を起こさず、早期回復ができる。筆談やジェスチャーにより、十分苦痛を訴えることができる。意欲を持って生活できる		日常生活が自立できる。退院指導が理解できる。
観察項目	一般状態、検査データ 感冒症状 照射による頸部の状態 食事摂取量、つかえ感 患者の表情・行動 医師からのモニテラ 術前チェックリスト記入	一般状態 感冒症状 睡眠の状態	一般状態、創状態、創痛 創出血(ドレーン、口腔、気管孔)、腹部状態(疼痛、出血、発赤) 胃管からの排液量・性状 嘔気・嘔吐 患者の表情、精神状態	一般状態(特に発熱、呼吸状態) 検査データ(貧血、栄養状態、感染の有無など) 創状態(疼痛、腫張、発赤、瘻孔の有無、出血、ドレーン量・性状・臭い)、痰の性状・量 腹部状態(疼痛、腹鳴、腹満、腫張、排便状態) 嘔気・嘔吐、胃管からの排液量・性状 患者の表情、精神、睡眠状態、体位による苦痛		(退院指導) 1. 気管孔に異物・ほこり・冷たい空気が直接入るのを防ぐため、エプロンガーゼを使用する。また、痰を出しやすくするために水分を多めにとる。 2. 鼻で呼吸ができないので臭いがわからない。そのため、ガス漏れや腐敗等に注意する。また、鼻をかめない、汁物がすすれないなど理解する。 3. シャワー、入浴時には、気管孔へお湯が入らないよう注意する。また、自己洗髪ができる。 4. 腸蠕動による鼻腔への逆流、つまり感は2～3ヶ月後に消失する事、多少食事の通過に時間はかかるが、次第に慣れていくことを理解する。 5. 適切な食事方法を理解する。(栄養価の高い食品の選択、分食、温度、摂取時の体位について) 6. 消化不良のため下痢になりやすいので、排便コントロールをする。 7. 身体障害者手帳交付の手続きをする。信鈴会の紹介、食道発声の説明を受ける。 8. 定期受診をし、気管孔の狭窄、リンパ腫腫脹、食道狭窄などに注意する。
ケア項目	安静度	フリー	できるだけ安静	仰臥位で頸部前屈位保持(頸部伸展禁、スポンジ枕と砂嚢で固定)	仰臥位で頸部前屈位保持 医師の指示による安静度	頸部を伸展させず、医師の指示による安静度
	処置	機能測定、IVH挿入 輸血の準備 前日21時に指示薬の投与 2日前より、下剤の投与 剃毛、抗生剤内服	浣腸 前投薬の投与	O <sub>2</sub> 吸入(インスピロン) 吸引(気管孔、口腔) 補液管理、尿量測定 ドレーン・胃管排液	ネブライザー(インスピロン)、吸引(気管、口腔)、補液管理、尿量測定 ドレーン排液、胃管排液 翌日、気管カニューレ抜去	ネブライザー吸引 尿量測定 ドレーン排液、抜去 ガーゼ交換
	食事	3日前より低残渣食摂取	絶飲食	絶飲食、胃管開放 IVHにて栄養管理	10日目より番茶→流動食→ミキサー食注入 経口開始は1ヶ月目、腹鳴・排ガス・嘔吐に注意	
	清潔	入浴 洗髪	歯みがき ひげそり	唾液は喀出または吸引 発汗あれば適宜部分清拭	部分清拭→全身清拭 50倍イソジンにて含嗽吸引	全身清拭→シャワー 結髪→洗髪
	その他	必要物品の準備(胸帯、腹帯含む) 食事、患者送り票の入力	更衣 装着物品の除去 吸引の準備	吸引時には消毒薬、滅菌手袋使用 イレウス予防のため、メンタ湿布を施行 長期臥床安静による苦痛の除去		排便コントロール(下痢になりやすいため)
指導項目	失声、永久気管孔について、床上排泄、含嗽、呼吸練習、経管栄養、術後の安静の必要性について。	前投薬の副作用(口渴、ふらつき、動悸など)について	深呼吸を行い、自力で痰を出すようにする。腹部を押さえて行うと疼痛の軽減につながる。 唾液は飲み込まない。 疼痛・嘔気など筆談・文字板使用にて訴える。	食事は分食にし、時間を十分にかける。 また、逆流を防ぐため、食後安静にする。		
その他	病気・失声に対する認識を知り、訴えを聞く。 カンファレンス施行。 コミュニケーション方法		食道縫合不全の症状(発熱、頻脈、呼吸困難、嚥下痛、頸部及び背部の不快感、腫脹、発赤、ドレーン排量の増加) 吻合部狭窄の症状(嘔気嘔吐、前胸部膨隆) ダンピング様症状、肺合併症、イレウスに注意する。ヘパロック、止血剤禁止。 両頸部郭清術後の頸部しめつけられ感は、いずれなくなる。			