

頸部食道瘻及び体外人工食道装着患者の看護

—— 看護基準の作成 ——

南5階病棟 発表者 宮本夕香

藤森ふみ子 高野泰江 市川みち江 瀬木静子
 遠山裕子 柿沢博美 市川美代子 久保田芳子
 市川幸江 栗田通代 柳沢美由紀 山本陽子
 畔上益美 片桐明子

I はじめに

食道癌手術は、一般的には一期的に病巣の切除と食道の再建が行なわれる。しかし、高齢及び心肺機能低下などの術前合併症の存在により、一期的な再建ができず、頸部食道瘻（以下食道瘻）と胃瘻を造設し、二期的に再建を行なう症例、時に半永久的に体外人工食道（以下人工食道）の装着を余儀なくされる症例がある。

第一期から第二期手術の間は、1～3ヶ月の長期に及んでおり、様々な患者の苦痛が生じてくる。特に、「食べたい」という欲求、唾液による瘻孔周囲の皮膚炎、食べないために口腔内が不潔になるなどがあげられる。さらに、人工食道使用の場合は装着の難しさがあり、私達は患者と共に悩みながら工夫し看護してきた。

そこで今後、適確な判断をし看護していくために過去の9症例を分析し、看護基準を作成したので、ここに報告する。

II 研究期間

昭和61年12月～昭和62年6月

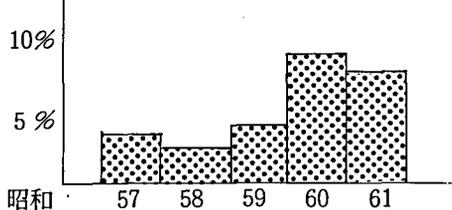
III 研究対象

昭和57年～昭和61年の当病棟入院の食道癌患者38例のうち、食道瘻造設を行なった9例（うち人工食道2例）（資料1 図1 表1参照）

〔資料1〕

第一外科において、昭和57年～昭和61年までの消化器疾患のうち食道癌の占める割合は5.1%である。

図1 年度別食道癌患者の割合



第一外科入院患者の
 消化器系疾患 1,086名
 食道癌 55名
 (過去5年間の入院台帳より)

〈表1 当病棟における食道癌患者の平均年齢〉

| | 食道再建術施行 | | 保存的 |
|--------|---------|-----------|------|
| | 一期 | 二期 | |
| | 22 | 9 | 7 |
| 40～49歳 | | | |
| 50～59歳 | 10 | 2 | 1 |
| 60～69歳 | 12 | 3 (人工食道1) | 1 |
| 70～79歳 | 8 | 4 (人工食道1) | 4 |
| 80歳以上 | 1 | | 1 |
| 平均年齢 | 64.9 | 66.8 | 72.1 |

IV 研究方法

1. 9症例を次の4項目に沿って看護記録から検討し、評価及び考察を加える。
 - 1) 精神的不安・欲求への援助
 - 2) 瘻孔周囲の皮膚の保護
 - 3) 口腔内から食道瘻までの保清
 - 4) 人工食道の装着方法と自立への援助
2. 方法1の検討から、看護基準をつくる。

V 経 過

1. 方法1について(資料2~4参照)

[資料2~4]

| | 手術後 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
|--|---|----|--|----|-----------------|
| ① H. K. 氏 62才 男 入院期間 S. 57. 9. 30 ~ S. 58. 1. 14 手術<再建まで34日> S. 57. 10. 12 食道全摘噴門側胃切 S. 57. 11. 16 胸骨後右結腸回腸による再建 合併症 手術後心停止 | ←→ ←→ ・唾液が多い ノベクタンスプレ -使用し、コンフ ィル貼用の上にパ ウチ(ラパック) を貼る。 ・歯みがき、含嗽…水、番茶経口 | | → → ・パウチより漏れあり パウチの工夫をする ラパック→ユリナバック→コロパ ラスト パウチの上にガーゼあてる。 | | |
| ② T. K. 氏 54才 男 入院期間 S. 59. 1. 24 ~ S. 59. 6. 4 手術<再建まで58日> S. 59. 2. 21 食道全摘 食道瘻 胃瘻造設 S. 59. 4. 20 胸骨前、右結腸による再建 合併症 糖尿病 肝硬変 | ←→ ←→ ・縫合創保護 ノベクタンスプレ -、テガダーム使 用 | | → → ・皮膚の発赤あり トラジロールA軟膏 ゲーベンクリーム FOY軟膏 ・あてガーゼの工夫 イージーパット使用 | | |
| ③ S. K. 氏 74才 男 入院期間 S. 59. 9. 18 ~ S. 60. 6. 7 手術 S. 59. 10. 19 食道全摘 右結腸による再建 右結腸(再建食道)壊死 S. 59. 11. 9 結腸切除→人工食道 合併症 右結腸壊死 | ←→ ←→ ・唾液、痰量多い コンフィル貼用の上 パウチ(ラパック) を貼る。 | | ←→ ←→ ・腸瘻より注入物 逆流あり 乾綿球+枕子 弾性絆創膏で 圧迫 ・皮膚の発赤あり エキザルベ軟膏 ゲーベンクリーム)使用 | | ←→ 38日目より人工食 |

| 60 | 70 | 80 | 90 | 日 100 | 評 価 |
|--|----|----|----|----------|---|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・パウチ貼用してみた最初の症例。皮膚の保護を考えコンフィル，コロプラストを貼用した上からパウチを貼っている。 ・水分経口でき満足得た。 |
| <p>⇒</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パウチ貼用による皮膚掻よう感あり <p>トラジロールA軟膏，ノベクタンスプレー 散布の上パウチ（ホスパック）貼用</p> | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・縫合創保護にノベクタンスプレーと穴をあけたテガダーム貼用し，工夫している。 ・皮膚の発赤に対しては，種々の軟膏使用し，あてガーゼも吸収しやすいものを工夫している。 ・パウチはホスパックを使用し，ノベクタンスプレー使用。発赤，ただれは軽度だった。 |
| <p>⇒</p> <p>人工食道包むように 腸瘻周囲にパウチ →貼用 漏れあり バリケアペースト バリケアパウダー) 使用</p> | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・瘻孔周囲皮膚潰瘍となる <p>コンフィル，バリケアパウダー使用 * 3日間で治癒</p> |
| 道装着開始 | | | | | |

| | 手術後 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
|--|-----------|--------|--------|--------|---|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・食道瘻，腸瘻のブジー開始 食道瘻狭窄あり (7mmの切開) ・「看護婦がやっても漏れる， きちんと漏れなくできるよ うになって初めて患者がや……………〉 るんだ」 ・家人にはさわらせない」 ・腸瘻より注入 5%ブドウ糖→流動食……………〉 |
| <p>オリブ油ガーゼ ←————→</p> <p>パウチ < ></p> <p>軟膏+ガーゼ ←……………→</p> | | | | | <p>退院後の経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ・腸瘻よりの漏れ，逆流あり 透視下にて，腸瘻側の挿入の位置調節 皮膚ケアはトラジロールAにてただれなし ・食物の詰まりあり バルンカテーテル20Fr 挿入し，引き抜く ・栄養補給 クリニミールを注入する。 |
| <p>④ M. M. 氏 74才 男</p> <p>入院期間 S. 60. 5. 28 ~ S. 61. 3. 23</p> <p>手術<再建まで76日> S. 60. 7. 7</p> <p>食道全摘 食道瘻 胃瘻造設 S. 60. 9. 17</p> <p>胸骨後 胃管による再建 S. 60. 12. 11</p> <p>胃管摘除 左結腸による再建 合併症</p> <p>肝機能障害 帯状疱疹 残胃癌 右鎖骨下静脈血栓症</p> | ←————→ | ←————→ | ←————→ | ←————→ | <p>手術後3日目 ・ガーゼ交換指導 (患者の希望により)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ノベクタンスプレー使用し ポスパック貼用 <p>発赤あり</p> <p>トマジロールA軟膏使用 イージーパット使用 (吸収しやすいよう)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・含嗽，歯みがき……………〉時に番茶経口する程度 <p style="text-align: right;">I V H</p> <hr/> <p style="text-align: right;">胃瘻より クリニミール注入</p> |
| <p>⑤ Y. Y. 氏 70才 男</p> <p>入院期間 S. 60. 8. 6 ~ S. 61. 3. 23</p> <p>手術<再建まで98日> S. 60. 9. 3</p> <p>食道全摘 食道瘻 胃瘻造設</p> | ←————→ | ←————→ | ←————→ | ←————→ | <p>手術後2日目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パウチの漏れあり ガーゼをあてる ・ノベクタンスプレー使用し ポスパック貼用 ・食道瘻は時々発赤 ある程度 <p>(抜糸後，ノベクタンスプレー 使用せず)</p> |

| 60 | 70 | 80 | 90 | 日 100 | 評 | 価 |
|--|----|----|----|----------|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・食道瘻入りにくく漏れ易い ・人工食道を長くするなど工夫 ・パロスの筒使用 ・カフのエア-調節 ・自己管理できない ・人工食道の取り外し、洗浄等 ・看護婦が熟知し、指導 ・できるところからやって ・もらう ・人工食道装着のパンフレット ・作成 ・人工食道の入れ方、抜き方 ・注意する点 ・*一人で装着できる | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・人工食道内に食物が詰まる ・バルーンカテーテル挿入 ・（ワンショットで洗浄 ・引き抜く ・カロリーメイト（ブロック）が ・詰まりの原因→クリニミールに ・変更 ・腸瘻部人工食道入れ換え ・（シリコン→ゴム ・太めのバルンカテーテル ・生ゴムを使用 | |
| <p>評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工食道装着初めての症例 ・「同じ仲間を探すのも大変」と患者も不安を訴えている ・人工食道そのものにもスタッフの工夫あり ・パンフレット作成など自立への援助をした ・腸瘻の漏れ防止には袋式にするなど工夫し効果あり | | | | | | |
| <p>「何でもいいから食べてみたい」</p> <p>「早く手術をしてもらいたい」</p> | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・訴えを表面に出さない人なので、働きかけても消極的だった。 ・パウチを貼用し、経口を勧めればよかった。 ・ガーゼ交換は患者が行っており、皮膚の発赤は時々ある程度で済んでいた。 | |
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・不安が強い時、医師と面談したことにより納得、安心が得られた。 ・「食べたい」という欲求に対し、ガンファレンスを持ち、医師の協力を得、初めて水分以外の物を経口し、大きな満足を得ることができた。 | |

| | 手術後 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
|--|--|----|----|----|----|
| 右下肺葉切除 S. 60. 12. 10 胸骨前 胃管による再建 合併症 肺癌 肺炎 リーク 肝機能障害 | 胃瘻よりの漏れあり ・瘻孔周囲にコンフィル貼用し ポスパックを貼る。 ・胃管を交換 EDチューブ ↓ バルーンカテーテル ↓ マーゲンゾンデ ・胃瘻周囲の皮膚発赤あり エキザルベ軟膏使用 I V H | | | | |
| 胃瘻より クリニミール注入 ← → 流動食注入 | | | | | |
| ⑥ S. N. 氏 59才 男 入院期間 S. 61. 2. 7 ~ S. 61. 7. 20 手術<再建まで124日> S. 61. 2. 7 腹腔ドレナージ S. 61. 2. 21 胃切離 食道瘻造設 S. 61. 6. 11 胸骨後 右結腸による再建 合併症 腹膜炎 黄疸 高アミラーゼ血症 創部感染 | ・術後1日目より ノベクタンスプレー使用し ポスパック貼用 ・含嗽、歯みがき ・水分経口をする ・パウチの漏れあり ペースト使用 ・頸部~パウチ内悪臭あり 防臭シート) 使用 脱臭剤 ・皮膚保護剤付パウチ (MC 2000) →皮膚が気持ちよい 腸瘻より ベスビオン注入 I V H | | | | |
| ⑦ T. I. 氏 64才 男 入院期間 S. 61. 4. 3 ~ S. 61. 7. 22 手術<再建まで64日> S. 61. 4. 10 腫瘍摘出不能 食道瘻 胃瘻造設 S. 61. 6. 13 合併症 気管支狭窄による肺機能低下 抗癌剤による白血球減少 | ・唾液、痰量多く、 背部まで流れる 肩の部分オプサイト使用 ・歯みがき、含嗽 ・水、番茶経口 ・皮膚発赤あり 皮膚保護剤付のパウチにかえる ・パウチの漏れあり ペースト使用 剥がれる部分にペースト埋め込む ・皮膚発赤あり← リント布、 I V H | | | | |

| 60 | 70 | 80 | 90 | 日 100 | 評 価 |
|--|----|----|----|----------|--|
| <p>「病気が長くなりそうなので自分としてどうしたら良 いか判断しなければならないので、医師と話がした い」→医師と面談</p> <p>「早く御飯を食べたい。昔は締めていたが、段 々そうも言っていられなくなった。 本当に食べられるようになるのか？」</p> <p>↓</p> <p>カンファレンス→卵豆腐、梅干し、みかんを経口 「70日ぶりに食べることができた。 おいしく満足した。」</p> <p>↓</p> <p>「自分の命が短くなってもいいから今の ままよりは何か処置をしてほしい。」 →医師と面談</p> | | | | | <p>*再建術後、リークあり 瘻孔部にPTC-D用ボタンをあ てる。 肩～背中へ唾液が流れないように する等、工夫する。</p> |
| <p>⇒ ←</p> <p>・皮膚発赤、痛みあり トラジロールA軟膏使用 熱布清拭 →1週間でびらん治癒 患者の希望で以後ガーゼとし、 ガーゼ交換指導</p> | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・術後1日目より、ノベクタンスプ レーにて縫合創保護の上パウチ貼 用開始する。 ・パウチの検討（採尿パック→ポス パック→MC2000）皮膚保護剤付 のもの使用していたが特にMC2000 が好評だった。 ・トラジロールA軟膏の使用と熱布 清拭の効果大きく、皮膚のびらん も1週間で治癒する。 ・シャワーを浴びることが精 神的にも満足を得られた。 |
| <p>⇒ ⇒</p> <p>ペーストによるかぶれ トラジロールA軟膏に交換、パウチ貼用 皮膚の状態により交換</p> | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・手術後4日目でパウチ貼用し、早 期に水分経口できた。 ・首の形状に合わせ、ペーストを使 用。剥がれた所のみ埋め込み補強 するよう工夫した。 ・ペーストのアルコール分がかぶれ あり、使用时注意の必要あり。 ・オプサイト、ステリドレープ貼用 は、ガーゼ内で蒸れる結果になる ので避けた方が良い。 ・「手術すれば、食べられる」と信 じていたので、水分の経口のみで 満足を得られた。 |

| | 手術後 | | | | |
|--|---|----|----|----|----|
| | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
| <p>⑧ S. S. 氏 69才 男</p> <p>入院期間 S. 61. 5. 6 ~ S. 61. 9. 5</p> <p>手術 S. 59. 9. 4</p> <p>胸骨後 右結腸再建 再建食道狭窄</p> <p>S. 61. 6. 18</p> <p>食道瘻 胸部回腸外瘻造設 →人工食道</p> <p>合併症 再建食道狭窄</p> | <p>←-----></p> <ul style="list-style-type: none"> ・創部腫脹 オリーブ油ガーゼ ・瘻孔周囲, 前胸部 発赤あり ・人工食道より漏れあり ・リンソール湿布 オリーブ油ガーゼ) 使用 ・トラジロールA軟膏) 使用 ・人工食道より固定方法工夫 ・唾液は嚥下 しない ・ガーゼより背部への漏れあり ・皮膚保護は同様 ・ガーズで土手を作る ・歯みがき, 含嗽 ・肩の部分ステリドレープ貼用 ・つかえ, 人工食道のつまりあり ・タッカーブジー, 人工食道をはずし洗浄する <p>抜糸後, 人工食道装着開始</p> <p>患者への指導開始…食道瘻に入りにくい鏡を見ながら抜去から始める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フィンガーブジー ・誰が一番うまく挿入できるか聴き, スタッフ間で伝達 ・妻は介助を拒否する <p>流動食→おまじり→胃2度→胃3度→胃4度→</p> <p>I V H</p> | | | | |
| <p>⑨ K. K. 氏 74才 男</p> <p>入院期間 S. 61. 9. 29 ~ S. 62. 3. 29</p> <p>手術<再建まで127日> S. 61. 11. 4</p> <p>食道全摘 食道瘻 胃瘻造設</p> <p>S. 62. 3. 11</p> <p>胸骨後食道再建</p> <p>合併症 気胸</p> | <p>←-----></p> <ul style="list-style-type: none"> ・唾液量, 痰多い ・パウチ漏れあり ・皮膚発赤あり ・パウチ貼用 ・ペースト使用 ・ホリスターカ ・口腔, パウチ内悪臭有り ・水経口し洗い流す ・ようにする ・右下肺気胸合併→胸水貯留+肺炎 ↑ ・誤嚥が原因かと考え, 以後経口控えるように指示あり ・番茶, みかん汁経口で満足する <p>I V H</p> <p>胃瘻よりベスピオン注入</p> | | | | |

1) 精神的不安・欲求への援助

個人差はあるが、全員が「食べたい」という欲求や、「病気が長くなりそうだ」という不安をもっていることがわかった。

| 日 | 評 価 |
|--|--|
| 60 70 80 90 100 | |
| <p style="text-align: center;">←-----→</p> <p>・ただれ一部潰瘍となる カラヤゴム コンフィル *治癒してきた部分はカット 発赤部には、貼りたす</p> <p style="text-align: center;">・妻に指導 介助なしで 装着できる</p> <p style="text-align: center;">退院、栄養指導希望</p> <p><u>軟菜刻み食</u>→胃潰瘍常食</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・人工食道を装着した前例のK氏紹介、患者の励みとなった。 ・皮膚保護にコンフィル、カラヤゴム貼用し、一週間で治癒、効果あり。 ・患者にスタッフの手順方法を尋ね、一番良いと言われた方法を皆で統一する。 <p>退院後の経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工食道のトラブル、下痢があり補液、ベスピオン、クリニミール、サスタジェン処方される。 ・食道瘻の拡張あり 縫縮術施行 11/22, 1/31, 4/24, 5/2。 ・食道瘻周囲の皮膚の保護 オリーブ油ガーゼ軟膏→ただれが軽減した。 |
| <p style="text-align: center;">←-----→</p> <p>ラヤゴム交換→発赤増強</p> <p style="text-align: center;">トラジロールA軟膏使用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内あれ 熱布清拭 口唇乾燥→ホウ砂グリセリン塗布 口腔内清拭 | <ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥や、肺合併症があり、積極的に経口を勧めることができなかった。 ・瘻孔周囲の発赤軽減後、再びパウチ貼用を試みればよかった。 ・歯みがき、含嗽行うが痰、唾液量多く、保清が難しい。 |

なんとか食べさせてあげたいと思い、医師と相談の上パウチを貼るなど工夫したことで、患者が番茶・ジュース・あめなどを口にすることができた。それにより欲求が満たされ、闘病意欲を盛りたてることができた。そして患者の不安・訴えをよく聴き、不安の除去に努めた。

2) 瘻孔周囲の皮膚の保護

軟膏の使用、ガーゼのあて方の工夫をしているが、なかでも熱布清拭、シャワー浴による保清とその後乾燥させることが第一である。また、軟膏ではトラジロールA®が効果を示している。

しかし、その場の状況により看護婦が判断しているため、手技の統一が必要である。

3) 口腔内から食道瘻までの保清

働きかけなければ、菌みがき・含嗽をしない症状が多く、術前に保清の必要を説明し含嗽訓練をする。

尚、パウチを貼り経口する際には、誤嚥に注意する。

4) 人工食道の装着方法と自立への援助

患者が自分で行なうには見えにくいところなので、装着する手技が難しい。鏡を使って装着するなど工夫している。

また、看護婦が援助する際には患者の意見を聴きながら、どのような方法がよいか工夫しカンファレンスをもち、手技の統一を図った。

人工食道は半永久的なものなので、退院後の問題も含め、継続看護が必要である。

以上、看護記録を検討した結果、患者の症状・不安に対し、看護婦が工夫し看護してきている。その経験と知識をその場限りで終わらせず、各問題点に対して判断基準があれば、より統一した看護ができるのではないかと考え、看護基準の作成に取り組んだ。

2. 方法2について

ひとつひとつの項目に沿って問題となることを拾い、原因・対策・実施をあげ、その他備考欄を設け、すぐに活用できるように小冊子にまとめた。

尚、手技上のポイントを図示し、ひと目でわかるようにした。(小冊子参照)

1) 精神的不安・欲求への援助

「食べたい」という欲求や、「いつ手術ができるのか」という不安が一番問題となっている。原因を考えると、食べなければ死んでしまうという固定観念や、リスクが高いために二期めの手術が延びてしまう、医療者側の説明不足、高齢のために患者が説明を理解しにくいということがある。そこで、精神的不安や欲求を早くみつけ、患者に生きる意欲をもってもらうことに着目し、次のような対策をたてた。

まず「聴く態度」で接し、声かけ話し相手になる。散歩するなど話しやすい雰囲気づくりや気分転換をすることから、患者の訴えを聴きだしていく。各問題点について、医師や看護婦側で対処していく。

また、食物がのどを通るだけでも満足できると考え、医師の協力を得て食道瘻にパウチを貼用し、経口を可能とする。

2) 瘻孔周囲の皮膚の保護

皮膚炎には、発赤・表皮剥離・びらん・潰瘍などの症状があり、増悪・軽減を繰り返す。原因として、唾液・食物残渣の付着、パウチの接着剤、剥がす時の機械的刺激、食道瘻部位の形状・動きにより唾液が漏れやすいなどが考えられる。

対策として、まず清潔にすることが第一である。パウチやガーゼの下から唾液が漏れないよ

うに工夫をし、交換は早めに行なう必要がある。

具体的には医師と相談の上、術直後より皮膚保護剤付パウチを貼用する。基本的なパウチの貼り方はストーマの管理に準ずるが、鎖骨による隆起や陥没、首の動きを考え、陥没部にはペーストを使用する。

また、ガーゼをあてる際には、唾液の流れやすいところや皮膚の陥没部にロールガーゼをあて土手をつくる、ガーゼがずれたり唾液が漏れないよう絆創膏で固定する、唾液を吸収しやすい素材を使うなど工夫する。

これらの操作は、患者ができる限り自分で管理できるよう指導していく。

3) 口腔内から食道瘻までの保清

経口できないことにより唾液の分泌が減少し、口腔内の浄化作用が低下している。そのため口内炎・耳下腺炎をおこしやすく、食道瘻孔が不潔になりやすい。

対策として、医師と相談の上、術後早期にパウチを貼用し唾液の嚥下を可能とする。また、食べなければ菌みがきをしなくてもよいという固定観念もあるので、清潔の必要を説明する。

清潔は自立への第一歩となるので、まず含嗽・菌みがきを自分で行なえるよう働きかける。

4) 人工食道の装着方法と自立への援助

最初の導入から自立への援助、さらに継続看護に到るまで数多くの問題点があげられる。特に、人工食道装着の手技が難しい、患者の個人差がある、直視できない部位であることなどの原因で患者が受け入れにくく、自立が困難である。

対策として、装着開始前から説明を十分にし不安の除去と理解を深める、医師と相談し個々にあった人工食道を選択し、装着の手技を統一する。

具体的には、まず看護婦が装着のコツをつかみ看護婦間で統一する。患者が装着を行なう際には鏡を用いて、できるところからやってもらい、根気よく自信がつくまで繰り返し指導していく。

人工食道は詰まりやすいので、水分を含んだ物を少量ずつ嚥下する。

継続看護については、これから生じるであろう問題点についても外来でフォローアップし、電話での相談を受ける、病棟へ来てもらうなど窓口を広げる。そして、栄養状態の目安として定期的に体重のチェックをする。

VI まとめ

今まで、各症例ごとにその場その場の問題点に対し、患者と共に悩みながら工夫し看護してきた。

今回、基準をつくったことで問題点に対し原因を理論的に分析することができ、裏づけのある看護ができるのではないかと考える。この基準を活用しての症例の検討はできなかったが、これから出会う症例に対し、基準を参考にして適確な看護をしていきたい。

しかし、患者には個人差があり日々変化していることに目を向け、現在の問題点は何かを把握し、工夫を重ねていく必要がある。そして個々にあった指導をし、パンフレットを作成していきたい。

また、人工食道は半永久的であり今後も生じるであろう問題に対し、患者・家族と共に対処し、継続看護を充実させていきたい。

Ⅶ おわりに

この研究にあたり、私達は何気なく食べているが、基本的に人間にとって「食べる」ということが重要な意味をもつことを再認識した。

今後、高齢人口の増加に伴い、このような患者が増えるだろう。どんな形でもよいから、食べたいという患者の欲求を満たすことのできる看護援助の方法を工夫していきたい。

御協力いただきました皆様に深く感謝いたします。

引用文献

注1) ストーマリハビリテーション講習会実行委員会編集、ストーマケア第1版、金原出版株式会社：1986、P 125～131

注2) 沖中重雄監修：看護学大辞典 第二版、メジカルフレンド社：1982、P 1187、P 1564

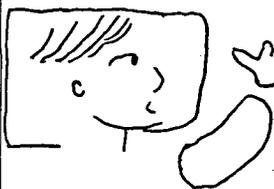
参考文献

- 1) 赤倉一郎：食道瘻 胸部外科 21(4)：247～253, 1968
- 2) 秋山 洋：有茎結腸による食道再建術 手術24(7)：831～839, 1970
進行食道癌の治癒方針 外科治療 26(1)：63～72, 1972
- 3) 佐藤 博：人工食道 消化器外科 2(12)：1673～1679, 1979
- 4) 陣内傳之助：食道癌の手術 外科診療 9：1391～1393, 1967
- 5) 鍋谷欣市：最近の食道外科 胸部外科 24(1)：25～29, 1971
再発食道癌の対策 癌の臨床 19(6)：633～637, 1973
食道癌 外科治療 30(5)：521～527, 1974
- 6) 和田達雄：有茎左結腸による全食道再建術 外科 27(8)：784～790, 1965
- 7) 岩崎美代子：人工食道装着患者の看護 看護学雑誌 38(8)：854～856, 1974
- 8) 宮地裕子：人工食道装着患者の看護<第16回日本看護学会集録成人看護> 日本看護協会出版会：1985、P 161～163

| | 問題点 | 原因 | 対策及び実施 | 備考 |
|--------------|---|---|--|--|
| 精神的不安・欲求への援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・食べたい、早く食べられるようになりたいという欲求と焦り。 ・点滴ばかりで体が持たさうかという疑問、不安。 ・痩せてしまい体重が減ってきたことが気になる。 ・いつになったら次の手術ができるのだろうか。 ・もしかしたら、このまま治らないのではないかという不安。 ・自分の体が今どういう状態なのか分からない。肝機能上昇手術延期等の原因が具体的に分からない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢のためリスクが高いので、二期の手術までの期間が長期化する。 ・食べられなければ死んでしまうのではないかという固定観念がある。 ・点滴をするのは状態の悪い人だと思っている。 ・高齢であり、電解質のバランスを崩しやすい。 ・高齢の為、一回の説明では、なかなか理解しにくい。 ・説明不足 ・説明の言葉がむづかしい。医師、看護婦は無意識のうちに専門用語を使ってしまう。 | <ul style="list-style-type: none"> ・まず“聴く態度”で接する。患者の訴えを看護記録及びカンファレンスノートに記載する。またカンファレンスをもち現在の問題点を検討し看護にあたる。 ・食道瘻にパウチを装着し、口からのめるようにする。 水、茶、ジュース、みかん、つけもの等患者の好みを取り入れる。 ・指示により、胃瘻からの経管栄養が開始された場合は、説明し受け入れられるように援助していく。 ・医師からの説明は十分に行なってもらよう働きかける。 ・分かりやすい言葉で説明する。 （現在の状態 治療方針 手術の予定、術式など） ・医師と相談し、ムンテラを統一する。 <p>ポイント</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・精神的不満、不安を早く見つける ・高齢であり、生きる意欲を失いがちなので、看護上の創意、工夫をもつ。 （声がけ 話し相手になる 散歩する） </div> | <ul style="list-style-type: none"> ・食物、水分が喉を通るだけでも満足できる。 ・とりえず、食物が胃に入ることで欲求が満たされ、満腹感を得ることができる。 |

口腔内から食道瘻までの保清

<術前にはベットで含嗽訓練を!>



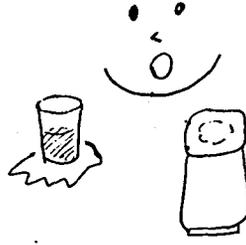
手術のあとの
うがい
歯みがき } の必要性
を説明し、臥位で練習
しておく。

<術後は直後より口腔を清潔にしましょう!>



痰は出して下さい!
含嗽は頻回に!
歯みがきはなにも経口
していなくても必要です!

誤嚥に注意



食道瘻にパウチ貼布したら
 ○ 番茶・水・含嗽水などで洗い流して下さい。
 ○ 食物を口にした後にも必ず洗い流しましょう。

| 問題点 | 原因 | 対策 | 実施 | 備考 |
|---------------|---|---|--|---|
| 口腔内から食道瘻までの保清 | <ul style="list-style-type: none"> ・経口できない。 ・唾液の分泌が減少し、口腔内浄化作用が低下している。 ・痰を咯出しきれない。 ・食べなければ歯みがきをしなくてもよいという固定観念がある。 | <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内の清潔を保つ ・唾液の分泌を促す。 ・瘻孔を洗い流す。 | <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内清拭 ・歯みがき ・術後早期に、パウチを装着し唾液の嚥下を可能とする。 ・誤飲に注意し、経口を促す。 ・含嗽する。 番茶 食塩水 氷水 2%重曹水 アズレン、イソジン、ゲル等使用する。 ・口腔炎に対し ファンギソン水、ピオクタニン等塗布する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・術前より含嗽、歯みがきの訓練をする。 ・食物経口後は必ず水で洗い流す。 ・パウチを貼る際には、医師の許可を得る。 |

ポイント

・清潔は自立への第一歩となるので、自分でやってもらうように働きかける。

食道瘻周囲の皮膚の保護

1. パウチの装着方法

① 周囲に切り込みを入れ、瘻孔の大きさに合わせて穴をあける。



下はクリップでとめる。

② 周囲の皮膚は石けん、湯（熱布清拭）で清潔にする。



③ 乾燥させる。

④ 唾液の出ないうちにすばやく貼る。皮膚保護剤付きのものは上から押さえ皮膚となじませる。



Point ○ 陥没部にはペーストでうめる
 ○ もれた部位の補強を

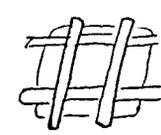
2. 皮膚発赤したら



リント布を大きさに合わせて切る。トラジロール軟膏をリント布に塗る。貼布する。

土手を作る

上からガーゼをあて絆創膏をとめる。



もれ防止にタオルをのせる。

Point ガーゼ交換は早めに唾液はガーゼの下をめぐるので注意

吸収の良いパット等を使用

| | 問題点 | 原因 | 対策 | 実 施 | 備 考 |
|------------|---|---|---|--|---|
| 瘻孔周囲の皮膚の保護 | <ul style="list-style-type: none"> ・発赤 ・表皮剥離 ・びらん ・潰瘍 | <ul style="list-style-type: none"> ・唾液の付着皮膚のPH5.0～5.6と弱酸性でこの状態が維持されることで表面の真菌、細菌の繁殖を防ぐ作用をしている。 ・唾液はPH6.3であり、唾液が皮膚に付着することにより皮膚の緩衝作用が低下し、炎症を起こし易い。(注2) ・パウチの接着剤、皮膚保護剤による刺激、剥がす時の機械的刺激。 ・食道瘻周囲は鎖骨の隆起、陥没があり、首の動きも複雑な為、パウチ、ガーゼより唾液が漏れやすい。 ・人工食道装着の場合でも漏れによる食物残渣の付着 ・栄養状態が悪いため皮膚が弱い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・瘻孔周囲の皮膚の清潔を保つ。腸瘻、胃瘻周囲も同様 ・唾液が皮膚に付着していないようにする。 ・ガーゼ、パウチの交換は早めに。 ・パウチ、ガーゼより唾液が漏れないようにする。 ・パウチを直接皮膚にあてないようにする。 ・ガーゼ交換、パウチ内排除は早めに行なう。 ・防臭シート、脱臭剤を使用する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・術後すぐに皮膚保護剤付のパウチを貼用。 ・ポスパックB、ポスパックKL、MC 2000、ストマドレインKL、ケイフレックス、ユーリンパック等 ・縫合創保護にはノベクタンスプレーを使用 ・パウチ貼用しない時は、消毒後オリーブ油ガーゼをあてる。 ・食道瘻孔周囲の皮膚をよく拭く、洗い乾燥させる。(抜糸後)熱布清拭、シャワー浴をすすめる。 ＜パウチの貼り方＞ ・食道瘻の大きさに合わせて穴をあけ、接着面には貼りやすいよう切り込みを入れる。 ・皮膚保護剤付のものは上から指でよく押さえ、皮膚となじませる。 ・鎖骨による隆起や陥没、首の動きを考え、陥没部にはペーストを使用(水で濡らした指で延ばす)(コンフィル、バリケア、カラヤペースト) ・パウチにガーゼ、タオルをあて直接皮膚にあたらないようにする。 ・皮膚保護剤付のパウチ使用でも、発赤増強、びらん生じたらパウチをはずし、軟膏、ガーゼに切り替える。 ・軟膏…トラジロールA、FOY ・発赤の大きさに合わせてリント布を切り、食道瘻の大きさに合わせて穴をあける ・リント布に軟膏を塗り、貼る ・唾液の流れやすいところ、皮膚の陥没部位にロール ・ガーゼをあて土手を作る。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ストマドレインKLケイフレックス、ユーリンパック、ポスパックKLカラヤコム系→緩衝作用と細菌増殖予防効果あるが硬度が柔らかく吸収性が高く、温度に不安定粘着力が弱い。 ・MC 2000、バイオユーリンB、ホリヘイシブバリケア コンフィル(CMC系)→カラヤ系に比べ粘着力が強く、低吸水性で温度に対し安定 ・ポスパックBバイオプラストカラヤ混合糸→カラヤ系に比べ粘着力が強化、吸収性が高い(注1) <p>*どこから漏れたのかよく観察し、その部分をペーストで補充</p> <p>*ペーストにかぶれる人もいるので使用時は皮膚をよく観察</p> |
| | パウチ、ガーゼをあてていることによる不快感がある。 | <ul style="list-style-type: none"> ・パウチが直接皮膚にあたる。 ・唾液、水等経口したものがパウチ内にたまる。 ・ガーゼがいつも濡れている。 ・臭いがある。 | | | |

| | 問題点 | 原因 | 対策 | 実施 | 備考 |
|------------|-----|--|----|--|--|
| 瘻孔周囲の皮膚の保護 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・ガーゼがずれたり唾液が漏れないよう絆創膏固定 ・ガーゼが漏れた時はすぐ交換できるようリント布等使用物品をセットしベットサイドに置く。 ・臥床時、唾液による寝衣汚染を防ぐためテガダーム、タオルをあてる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・トラジロールA、FOY→蛋白分解酵素、阻害剤が唾液による消化を阻止できると考え使用する。 *ガーゼだけでなく、水分を吸収しやすい材質の物をあてる。 サージカルパット、生理用ナプキン等 *唾液はガーゼ上層まで浸潤するより、ガーゼの下をくぐって流れやすい。 *テガダーム貼用は、蒸れることがあるので注意する。 皮膚のPHを左右させる因子として外界の温度、湿度がある。 一説によると湿度84%以上、気温26℃を限界にアルカリ性に傾くと言われている。(注2) |
| | | ポイント <ul style="list-style-type: none"> ・できる限り自分で管理できるように指導する。 ・早め早めに対処していく。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・軟膏使用でも、びらんから潰瘍形成した場合 ・カラヤゴム、コンフィル、ホリヘイシブ、デュオアクティブ等を貼用する。 ・軟膏使用時と同様にガーゼをあてる。 ・びらん治癒したら、皮膚保護剤付のパウチに交換する。 | |

人工食道の装着の方法

使用物品 { 人工食道, キシロカインゼリー, ガーゼ, パット, テープ, 鏡(立てられるもの), 注射器

①



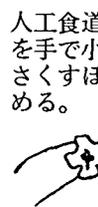
口にキシロカインゼリーを塗る

②



鏡を見ながら

③



人工食道を手で小さくすぼめる。

④



食道瘻の口を上方に押し上げるようにして挿入する。

⑤ 空気は抜けない程度にもれに応じて調節する。



困った時

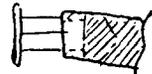
⑥ 食道瘻に装着できたら、腸瘻内の管に接続する。又は、胃瘻に先端を挿入する。



⑦ 装着できたら、経口してもれを見て下さい。

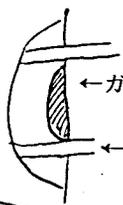
食道瘻抜去時には胃瘻にゴムのはいつている場合は注射器の内筒でふたをし、使用時にはきちんと接続すること。

*



もれる

- 空気の量の調節
- 人工食道の角度を変えてみる。



←ガーゼ把子使用

←絆創膏の貼り方を工夫する。

つまる

Bagカテーテルによる残渣の除去

カテーテル挿入し、バルンをふくらまし、引き抜くようにして残渣をとる。



| | 問題点 | 原因 | 対策 | 実施 | 備考 |
|------------------|----------------------------|---|--|--|--|
| 人工食道の装着方法と自立への援助 | ・長時間装着できない。 | ・装着したままにしておく事によりブジーの役割をしてしまう。 ・カフのエアにより食道瘻が圧迫され壊死を起こす可能性がある。 | ・食前、食後の装着、抜去を行ない圧迫時間を短くする。 | ・朝食前に装着し、夕食後抜去し、ガーゼをあてる。 ・場合によっては食事毎の装着、皮膚のケアに準じ、食道瘻、胃瘻（腸瘻）のガーゼ交換をする。 | |
| | ・人工食道が挿入しにくい。 | ・食道瘻が狭い。 ・人工食道が固い。 | ・食道瘻と人工食道の大きさが合うようにする。 | ・人工食道挿入前にフィンガーブジーを行なう。 ・人工食道のサイズを小さくする。 ・挿入前に暖め柔らかくし入り易いようにする。 ・古くなった場合は新しいものに交換する。 | <フィンガーブジー方法> ・第二指を用いて行なう。食道瘻より挿入し走行を知る。 |
| | ・人工食道挿入部（食道瘻、胃瘻、接続部）より漏れる。 | ・食道瘻が広い。 ・人工食道のサイズが小さい。 ・人工食道のカフのエアが少ない。 ・接続部が合わない | ・食道瘻と人工食道の大きさが合うようにする。 ・接続部はできる限り小さくする。 | ・人工食道のサイズを大きくする。 ・人工食道の角度調節、ガーゼ枕子等で工夫する。 ・カフのエアを調節する。 ・人工食道をワンピース型のものに交換する。 | ・食道瘻の切開術施行 ・食道瘻が広すぎる場合は縫縮術施行 |

| | 問題点 | 原因 | 対策 | 実施 | 備考 |
|------------------|--|--|--|---|--|
| 人工食道の装着方法と自立への援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・食物が人工食道内に詰まる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・人工食道内に食物残渣が付着。 ・人工食道の特徴 <ul style="list-style-type: none"> 1)蠕動がない 2)内腔が狭い ・腹圧による抵抗。 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事内容の工夫。 ・食べ方の工夫。 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事はある程度水分を含んだ物が多い(例、御飯なら粥) ・水分の少ないものを摂取する場合はお茶を飲みながら一度にたくさん嚥下せず少量づつ嚥下する。 ・食事摂取後はしばらく腹圧をかける動作はせず、静かに休む。 ・むせないようゆっくり食べる。 ・詰まった場合はバルーンカテーテルを用いて、詰まりを取り、洗浄することもできる。 | <ul style="list-style-type: none"> ＊食物の通過の状態を観察する。 ＊通り工合によっては人工食道の位置の確認をする。 また、太さをかえるということも必要になる。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・装着の自立が困難。 | <ul style="list-style-type: none"> ・直視できない部位である。 ・装着方法に個人差がある。 ・手技が難しい。 ・患者や家族が受け入れるまでに時間がかかる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・鏡を見ながら行なう。 ・個人に合った方法を工夫し手技を看護婦間で統一する。 ・装着開始前から説明を十分にし、不安の除去と理解を深める。 | <ul style="list-style-type: none"> ・食道瘻のブジー、人工食道装着を医師が初めに行なった時に、鏡で実際に見せる。 ・「人工食道装着の手順」を渡し説明する。 ・看護婦がまず装着、抜去、ガーゼ交換等一通り行なう。 ・装着方法のコツをつかみ、スタッフ間で統一する。 ・できること(人工食道を洗い保管、カフのエア-注入とエア-を抜き、人工食道抜去、瘻孔周囲のガーゼ交換等)からやってもらい、自信をつけていく。 ・鏡で見てもらい、患者に説明しながら感覚をつかむ。 | |
| | | <p><継続看護></p> <p>これから生じるであろう問題点に対しても 外来でフォローアップしていく 電話での相談、病棟へ来てもらうなど 話を聴き窓口を広げる 装具の交換をする 定期的に体重測定を行なうなど、栄養状態をチェックする</p> | | <p><装着方法></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人工食道を暖め柔らかくする。 2. カフ部にキシロカインゼリーを塗布する。 3. カフ部を手ですぼめ細くして、食道瘻の上部にあて、押しあげるように挿入する。 4. エア-を注入(抜けない程度、漏れに応じて加減) 5. 水分を経口、漏れの有無を確認する。 | |

| | 問題点 | 原因 対 策 | 実 施 | 備 考 |
|--|-----|-----------|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ・人工食道の装着の意欲が出たら少しづつ自分で行なえるように励ましていく。 ・退院時食事指導を行なう。 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養補給… 高カロリー 食品クリミ ール等併用 |