

食道癌患者の術後看護

—多くの合併症を併発した症例を経験して—

北4階病棟 発表者 小林ひとみ

上条恵美子・南操・矢ヶ崎智子・牧野浩子
伊藤隆子・山本多賀子・鱈川洋子・内川雅子
小沢まゆ美・百瀬千奈美・赤沢博美・山崎章恵
丸山直子・芦沢冷子・島田真理子

I はじめに

食道癌は食道疾患として外科で扱うもののうち最も多く、かつては非常に困難な手術であった。合併症をおこしやすく死亡率も高かったが、医学の進歩とともに手術成績も向上してきている。今回私共は、高齢で、術後呼吸不全、縫合不全、急性腎不全、敗血症など、多くの合併症を併発し、回復に長期間要した症例を経験したので、その経過を発表する。

II 研究期間

昭和59年6月12日～昭和59年10月7日

III 患者紹介

○林○衛 71歳 男性

病識：食道潰瘍

職業：無職

性格：気が短い

嗜好品：タバコ20本/日、アルコールたしなまず

家族構成：妻（72歳狭心症、交通事故にて右前腕骨骨折、装具使用中）、次男女婦と孫2人

既往症：昭和53年腎盂腎炎、前立腺肥大症

昭和56年高血圧症にて内服治療開始

昭和58年2月腎盂炎

11月交通事故（頭部外傷）にて丸の内病院入院。右下肢閉塞性動脈硬化症（ASO）

1. 現病経過

昭和57年9月、昭和58年8月胃部不快あり。上部消化管透視施行するも、胃下垂、十二指腸憩室を認めるのみ。昭和59年4月より胃部不快、夜間の胃痛あり。5月右季肋部痛自覚。5月9日上部消化管透視、5月23日胃ファイバー施行、食道癌（ポールマンⅡ型 class V）と診断され、6月12日当科入院となる。

2. 術前の状態

○林氏は意欲的に手術を受け入れているようであった。術前の化学療法として入院後、PSK 3g/日の内服を続けていた。食事は通過障害なく半分～全量摂取できていた。血圧は入院後降

圧剤の内服を中止し180～140/70～80mmHgで比較的安定していたが、精神的動揺、検査処置後は、190/100mmHgに上昇し安静にて改善した。ASOに関しては夜間疼痛が強く、自分で保温に心がけていた。術前訓練として入院翌日(術前12日)よりアイデセップを用い、呼吸訓練を行ない肺活量にて成果を追った。初日2520ml、術前日は3880mlまで上昇した。喫煙については再三の説明にもかかわらず術前日まで喫煙していた。又、IVHカテーテルは術前日3日に挿入された。術前の検査データでは閉塞性肺機能障害があり、肺、腎の合併症には充分注意しなければいけないと考えられた。

3. 術式

右開胸、胸部食道全摘、胸骨後経路、食道胃管吻合、右肺ブラ切除縫縮術(手術中に発見)

4. ICUの経過

入室時より呼吸器装着し管理される。ブラ切除部にリークがあり全身に皮下気腫が出現したが、呼吸状態良好で術後4日呼吸器離脱した。しかし肺水腫のため離脱直後再び呼吸器使用となる。術後11日12時呼吸器離脱、インスピロンネブライザー使用、同日15時58分気管内チューブ抜管となった。血圧は入室時より変動が激しく興奮、体動にて収縮期血圧が200mmHg以上になることがあり、鎮静剤を使用した。尿はラシックス、イノバン使用にて流出良好であったが、肺水腫改善の為のドライサイド管理の結果BUNは80代まで上昇した。頸部ペンローズドレーンからは、術後7日頃より喀痰や唾液の混じった膿様の浸出が多く、頸部食道胃管吻合部の縫合不全をおこし感染創となった。胸腔内ドレーンはリークが続き、抜管できない状態であった。気管内チューブ抜管、7月5日23時急拠退室となる。

IV 看護の実際

第1期 ICU退室より全身状態がおちつくまで

術後11日目～49日目 39日間

第2期 離床をすすめる時期

術後50日目～90日目 41日間

1. 第1期

看護目標：循環動態の改善をはかり異常の早期発見に努める。

<問題点>	<対策>
1) 循環動態が不安定である。 2) 肺合併症(膿胸、気胸、肺水腫)による呼吸不全があり挿管中である。又、膿胸により敗血症を続発した。	(1) 頻回にバイタルサインのチェックを行なう。 (1) インスピロンネブライザーによる十分な酸素補給と加湿。 (2) 肺理療(体位交換、タッピング、バイプレーター、吸入、吸引)により排痰を促す。 (3) 胸腔ドレーンの管理 ① 性状、量の観察 ② 胸腔内洗浄2回/日施行 (4) 血液ガス値、胸部X線の把握 (5) 発熱時の体表冷却
3) 肺水腫軽減のためドライサ	(1) 水分出納のチェック

- | | |
|---------------------------------|--|
| イド管理下にて腎不全を併発した。 | ① 補液の管理
② 尿量のチェック |
| 4) 頸部食道胃管吻合部の縫合不全と頸部創の感染をおこした。 | (2) 検査値の把握
(1) 頸部創の頻回のガーゼ交換
① 量, 性状の観察
② 抗生物質による洗浄と局所注入
(2) 持続吸引にて浸出液を排除する。 |
| 5) 上記のような全身状態の為充分な全身管理が必要である。 | (1) DIC (汎発性血液凝固症候群) が予測されるため観察及びデータを把握
(2) 気管内吸引時の清潔操作
(3) IVH管理
① 刺入部の清潔を保つ。
② 糖代謝チェック |
| 6) 挿管及び臥床期間が長い。また闘病意欲が失われてきている。 | (1) 文字盤, 筆談にてコミュニケーションを図る。
(2) 褥創を予防する。
(3) 保清に努める。
(4) 状態を説明し意欲の向上に努める。
(5) ベッド上で四肢の運動を行ない, 離床への意欲を高める。 |

<実施及び経過>

- 1) 頻回にバイタルサインのチェックを行なったが、特に血圧110～180/70～90mmHgと変動が大きく100～120回/分の頻脈が続いた。
- 2) インスピロンネブライザーにて酸素補給と加湿を行なった。1時間毎に体位交換, 呼吸音の聴取, 適宜吸引を行ない胸部の動きを観察した。血液ガス値, 胸部X線の所見に注意をはらった。呼吸回数は30回/分前後で喘鳴強く, 痰咯出困難となり, ICU帰室4日目に経鼻挿管を行なった。挿管後も呼吸数20～40回/分と変動大きく, 痰も多いため, 適宜パナバッグによる加圧, トイレティングで排痰を促した。7月28日吸引チューブの刺激と思われる気管支出血(約500g)があったが, 止血剤使用で徐々に止血した。その後吸引チューブの挿入する長さを決め, 出血部位への刺激を避けた。胸腔内ドレーンのリークは続いており, 200ml～300ml/日の浸出がみられ, 術後2週間頃より膿性となり敗血症の原因となった。2回/日の抗生剤入りの胸腔内洗浄の結果, 膿胸は改善され術後22日7月27日抜管となる。尚発熱に対しては, 体表冷却で解熱に努めた。胸腔内ドレーン抜管後も刺入部より黄色の胸水が, 多い時は500g/日あり頻回にガーゼ交換を行なった。これは全身状態の改善とともにみられなくなった。
- 3) BUNは134まで上昇したが, Cre. 1.9にとどまり尿量も維持されているため経過観察し, しいにBUNは下がってきた。
- 4) 頸部のペンローズドレーンからは, 咯痰や胃内容の逆流物, 時には血液の混入した悪臭のある浸出液が肩に流れ出る程多量にあり, ガーゼ交換を朝・夕施行した。7月9日から抗生物質による洗浄と局所注入を行なったが, 著明な効果はなかった。8月1日ペンローズドレーンからネラトンカテーテルに交換, 浸出液の持続吸引と, さらに洗浄と局所注入, 朝・夕のガーゼ

交換を行ない浸出液は減少していった。

- 5) 腎不全、販血症とDICがおきやすい状態であったが、早期よりのヘパリン療法、FOY療法によりDICには至らなかった。挿入チューブ類の感染予防には十分注意した。
- 6) 挿管中はコミュニケーションがとりにくく文字盤を使用した。文字を選ぶのに時間がかかり本人が途中で投げ出してしまい、言葉にならなかった。筆談も試みたが文字がうまく書けず、○林氏の訴えを理解するまでには至らなかった。そこで私共は訪室を頻回に行ない少しでも理解しようと努め、機会あるごとに言葉をかけ励ました。褥創は頻回の体位交換や円坐使用、マッサージにて予防することができた。離床にむけては四肢の筋力訓練、起坐練習を行ない椅子に坐れるようになった。口腔内に舌苔ができてしまい、ファンギゾン清拭にて改善した。

2. 第2期

看護目標：離床への援助を積極的に行なう。

〈問題点〉	〈対策〉
1) 長期臥床とASOによる下肢痛から離床がスムーズに行かない。	(1) 自己起坐位をとる時間を長くする(3回/日)。 (2) 砂のう、箱けり等による下肢の筋力増強 (3) 車椅子にて散歩を行なう(1~2回/日)。 (4) 歩行訓練
2) 気管切開している。喀痰が多い(カフ付カニューレから金属カニューレになっている)	(1) 呼吸状態を観察し排痰を十分行なう。 (2) 痰の自己喀出を促す。 (3) 金属カニューレに栓(穴栓、全栓)をして慣れる。 (4) 積極的に話しかけて会話練習をする。
3) 頸部食道胃管吻合部の縫合不全と頸部創の感染をおこしている。	第1期問題点4)に同様。

〈実施及び経過〉

- 1) 個室より大部屋に移った。離床をすすめるために低いベッドに交換し自力にての坐位訓練、下肢筋力訓練を続けた。しかし、ASOによる疼痛はマッサージ、保温、間歇的な硬膜外注入にても軽減せず、離床には消極的だった。そのためカンファレンスで離床計画をたて家族と協力し積極的に働きかけた。車椅子にての散歩より始め、歩行器使用を経て術後60日目に歩行可能となった。また更衣、排泄なども自立できた。
- 2) 呼吸数は25~30回/分と多く不規則な呼吸もみられた。痰も多く自力では十分喀出できず、ネブライザー使用にて排痰を促し適宜吸引を行なった。
術後61日目にカフ付カニューレより金属カニューレに交換した。痰も少しずつ自力にて喀出できるようになったので、穴栓より訓練を開始し全栓が可能となった。発声練習を行ない初めて声が出た時は○林氏も涙を流して喜び、大きな励みとなった。何とか会話ができるようになったが、時々呼吸苦があり栓をはずしたり、吸引を行なった。
- 3) 頸部創からの浸出の観察を行ない、適宜ガーゼ交換を施行したが、ろう孔はなかなか縮小しなかった。

V 考 察

○林氏は術後予想される合併症のほとんどを併発してしまい、スタッフ家族とも何回か「もうだめ。」と感じた時があった。しかしカンファレンスを頻回に行ない、基本的な看護行為のくり返しにより○林氏を離床まですすめることができたと思う。また家族とよい信頼関係が得られたことも要因のひとつであった。私共は、この症例を経験しあらためて食道外科の術後管理のむずかしさを感じた。

○林氏は術後の合併症もほぼ回復し、全身状態の改善を期待しつつ闘病生活を送っていたが、10月縫合不全検索のための上部消化管透視時、造影剤の誤飲を誘因に急性肺炎、呼吸不全、顆粒球減少症と急激な症状の悪化を呈し、10月7日永眠された。私共は長期にわたる経過の中で「もう大丈夫。」という安心感の為か小さな症状の変化、訴えを見過ごしてしまったように思われる。ひとりの患者の状態を総合的に把握する事のむずかしさ、必要性を痛感した。

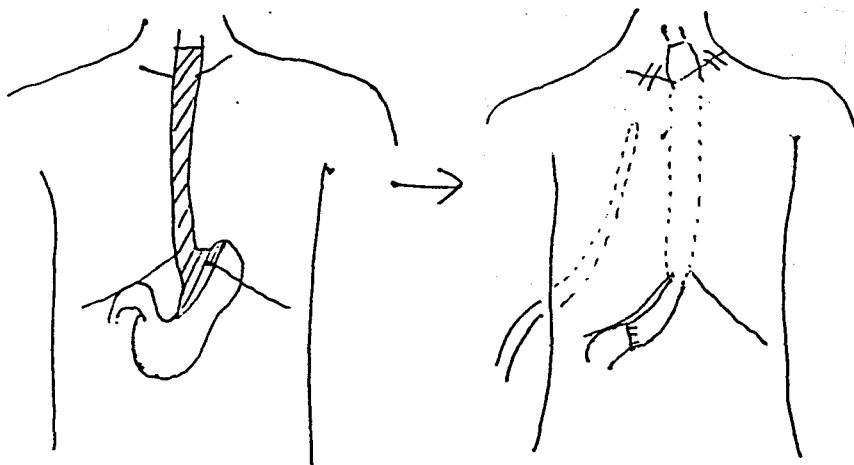
VI おわりに

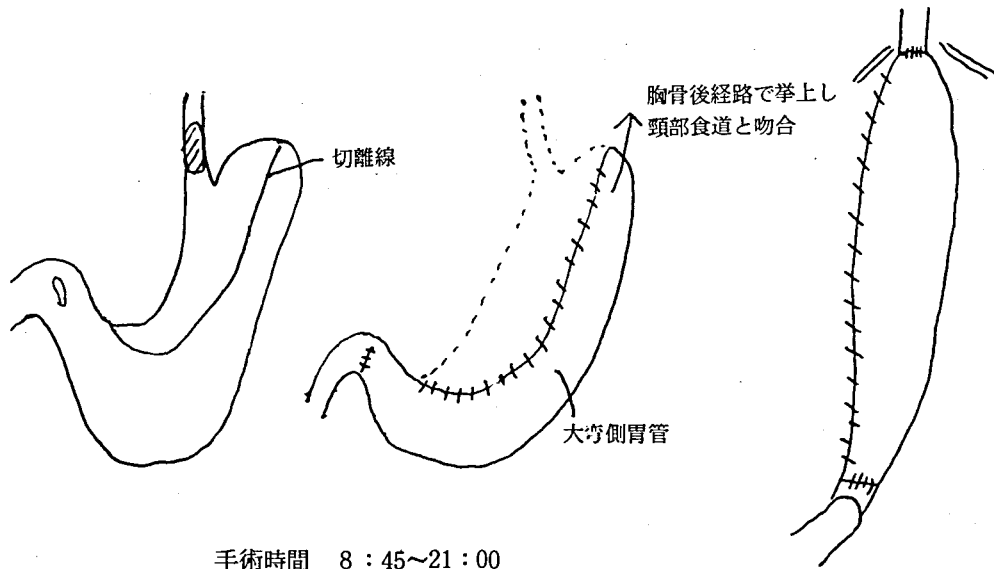
この研究に際し、御協力をいただいた○林氏、家族の方々、第2外科の石坂先生、小松先生に深謝し発表を終わります。

参考文献

1. 特集：食道がん 臨床看護 Vol. 9 No. 4 1983
2. 草間悟 食道癌 金原出版 1982
3. 鍋谷欣市 食道癌の手術 医学図書出版 1982
4. 武藤完雄 新外科各論 上巻 金原出版 1969
5. 梶谷録 一般外科術前術中術後管理 ヘルス出版 1983

資料 図1. 手術記録





手術時間 8:45~21:00

出血 1820g 輸血 1200ml

尿量 900ml 補液 3500ml

(PPF-500ml含む)

図2.

第1期

① 酸素吸入

インスピロン F_{iO_2} 0.6(6ℓ)使用

② 気管内チューブ挿管(経鼻)

7月31日気管切開施行

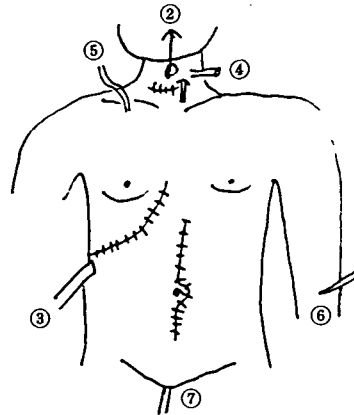
③ 胸腔内ドレーン

④ 頸部ベンローズ2本→後に持続吸引

⑤ IVH施行, 側管よりイノバン使用

⑥ 末梢点滴 (FOY持続, アイメド使用)

⑦ 尿留置



第2期

① 気管切開

② IVH

③ ろう孔

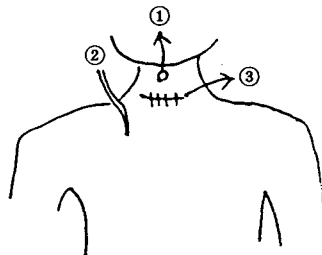


表-1 ○林氏の術後経過表

