

舌・喉頭全摘出患者の援助 — 食事摂取を中心に —

北3階病棟 発表者 小林 美保子

西村 典子・百瀬 領子・矢崎 照子・中村 君枝
五+嵐 すみ子・久保田 哲子・野村 明美・宮本 ひさ子
細田 かず子・布野 美代子・藤原 明美・窪田 千恵子
辻元 博美・降旗 るみ子・赤羽 睦・伊藤 美雪

研究期間

昭和56年7月～昭和57年1月

はじめに

舌悪性腫瘍において、舌全摘出術を施行した場合、嚥下・発声・味覚などの障害が必須であり、再建は非常に困難で施行例は少ない。また、患者の社会復帰という点で重大な問題を含んでいる。

今回、私達は当病棟初めての舌・喉頭全摘出術を施行せざるを得ない患者を受け持ち、障害のひとつである嚥下について、特に経口摂取を中心とした援助を通し経験したことをここに報告する。

I 症例紹介

1. 患者紹介

Y氏 57才 男性

病名 口腔底癌、両頸部転移

既往歴 昭和27年胃潰瘍のため胃 $\frac{2}{3}$ 切除

職業 会社員

性格 我慢強い

家族構成 妻と2人暮らし、子供は独立している

現病歴 昭和56年1月20日、下顎歯肉部に発赤、潰瘍出現。3月末に左頬部腫脹、血痰あり当科受診。口腔底癌と診断され、放射線科にて、6000rad 照射したが腫瘍消失せず、6月24日手術適応にて当科転科。転科時、舌根部付近の口腔底に3×4cmのカリフラワー状の腫瘍が認められ、両頸部に可動性リンパ節が触知されたが、全身状態は良好であった。

2. 転科から手術を受け入れるまでの経過

昭和56年7月3日、口腔底腫瘍試験切除術施行。その結果、7月22日舌・喉頭全摘出術施行と決定。(資料1) 患者はある程度の覚悟はできていても、医師より「悪性の一步手前の腫瘍であり、手術しなければ命が助からない。」と説明され、受けたショックは大きく「物も食べられず、ただ生きているだけか……」とぼう然としていた。その後、患者は口数が少なく、私達も初めての経験のため自信をもった言葉かけができず、会話も消極的となりがちだった。そこで、カンファレンス及び家族を交えた話し合いを持った。医師からの詳しい説明や看護婦の励

まし、また家族からの説得で気持ちに変化がみられた。試験切除後経管栄養の経験もあり、同室に喉頭全摘患者がいたことも影響して徐々に手術を受け入れる姿勢となった。

3. 術直後から術後13日目まで

術直後は、当病棟喉頭全摘術看護基準に基づき看護を行った。Y氏は覚悟はしていたものの、頸部痛、頭痛、失声の苦痛は大きく、じっと耐えている姿が見受けられた。私達は頻回に訪問し、Y氏の訴えをゆっくり聴き、誠意ある態度で接し苦痛の緩和に努めた。経過は良好で、術後13日目より胃管挿入のまま経口摂取が許可された。

II 看護の展開

◦看護目標

術後機能障害を最小限にとどめ、社会復帰にむけて闘病意欲が持てるよう援助する。

◦予測される問題点

- ①経口摂取が可能かわからない。
- ②発声ができない。
- ③左上腕、頸部の運動機能障害が残る。
- ④感染、合併症を起こしやすい。
- ⑤創痛が強い。
- ⑥再発、転移の恐れがある。
- ⑦精神的苦痛が大きい。

以上の問題点があげられるが①について報告する。

◦具体策

- ・水から経口摂取を開始、摂取状態にあわせ食事を変更する。
- ・食事摂取時の状態把握のため、状況を詳細に記録し、それをもとに援助、工夫を加える。
- ・食事摂取時体位の工夫をする。
- ・口腔内清潔のため、ウォーターピックを頻回に使用する。
- ・口腔内の観察をする。(残渣物、分泌物貯留の有無)
- ・患者の訴えをよく聴き、経口摂取に対する意欲を持たせる。

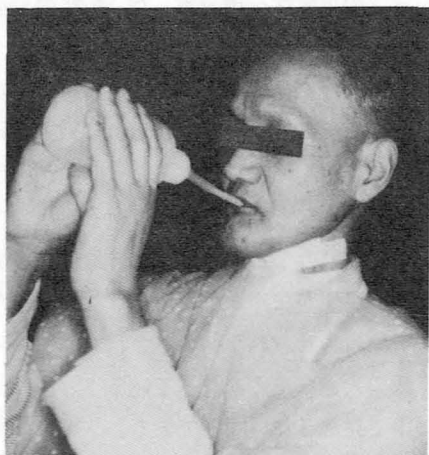
第1期(経口摂取開始)

術後13日目より経口摂取開始となり、まず水を摂取してみた。私達は経口摂取がはたしてスムーズにできるかと疑問に思ったが、少量摂取できたときは感激し、患者とともに喜んだ。次に、高蛋白・高カロリー食をミキサーにかけ(以後ミキサー食と呼ぶ)、少量(約10cc)摂取を試みたが飲みこめず、量を増せば可能ではないかと考え、20~30cc含んでみたがやはり飲みこめなかった。がっかりして膿盆へ流出してみると意外と口腔内に多く貯留しており、患者は「飲みこむこともできず、吐き出す力もない。」と筆談し、嘆きあせりがみられた。私達は一瞬とまどいと不安を感じたが、「なんとか口から取れるよう工夫しますから、いっしょにがんばりましょう!!」と励ました。数日後、頸部痛増強、気管孔上部に瘻孔を形成し、経口摂取禁止となった。

第II期(器具の工夫)

経口摂取禁止後、経管栄養で全身状態を改善し、瘻孔形成から約30日後（術後45日）瘻孔は縮小し、再び経口摂取が許可となった。記録に食事摂取状態、援助内容、評価、考察等詳細に記入し、工夫を加えた。

第1期の経験から食物が口腔内に貯留してしまうため、食物を下咽頭まで入れたらよいのではないかと思い、まず改良哺乳ビン（資料2の①）を使用し、椅子に坐って首をそらすようにしながら左右に首を傾げ、ミキサー食の摂取を試みたが、患者はネラトンカテーテルをどのくらい入れたらよいかコツが分からず、やはり口腔内に食物が貯留するばかりであった。ベット上でギャッジの角度を利用し、上体をそらしたりしてみても飲み込むことはできなかった。しかし、私達のなんととしてでも経口摂取を可能にしたいという願いと、「どうしても口から食べたい。良い方法を考えてほしい。」という患者の希望から、患者とともに意見を交換し合い工夫を重ねた。改良哺乳ビンでは、ビンを傾げネラトンカテーテルをくわえたまま上肢を挙上させ、食物を手で押し出さなければならず、そのままの姿勢では、5分もたたないうちに上肢や肩の疲労が強くなった。そこでポリエチレン製の薬液注入容器（資料2の②）を利用してみた。しかし、管が細く食物を手で押し出す力がより必要なため有効でなかった。次に、経管栄養の際番茶やジュースを注入していた注射器（資料2の③）に変えてみた。濃度の薄いものはスムーズに注入できたが、ミキサー食のような濃度の濃いものは、頸部や肩関節への疲労を増強させた。そこで100ccガラス製浣腸器（以後注入器と呼ぶ、資料2の④）に変えると、食物を注入器に吸いやすいが100cc吸った場合は、注入器全体の長さが40cm以上にもなり扱いにくかった。患者は、「何を使ってもうまく食べられない。」と失望、落胆したが、『Yさんの苦しいのはよくわかりますが、御家族もいっしょに苦しみ心配されています。今迄がんばってきたのですから、ここでくじけずがんばりましょう。』と励ました。器具には一長一短があるため併用して使用し、食物の濃度によっても使い分けた。薬液注入容器の管をはずし、ネラトンカテーテルをつけて使用した。（資料2の⑤）また、疲労を軽減させるため太いネラトンカテーテルも利用するなど、（資料2の⑥'）努力していくうちに患者も慣れ、一回の食量も増加し、口腔内の貯留も減少し、摂取時間も短縮された。第Ⅱ期のはじめには一時間かけても500ccしか摂取できなかったのに、慣れるに従い20分間で800cc摂取できるようになった。家族も経口



摂取できたことを喜び、患者は、「食事がうまく食べられるようになり、一日も早く退院したい。」と筆談した。間食を勧めるほかに、患者自身、補食にうなぎ、卵、チーズ、野菜などを加えるようになり、食物の味はないが臭いは多少感じられ、経口摂取に対する意欲もより一層強くなった。

第Ⅲ期（退院まで）

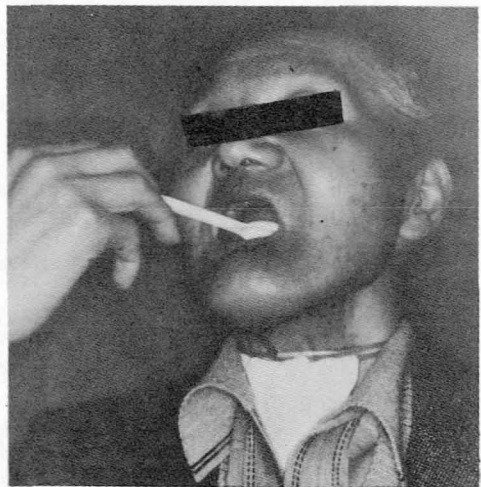
ようやく経口摂取が可能となった頃、再び口腔底の一部（顎下部）に感染を起こし、経口摂取が中止となった。再び胃管が挿入された。患者は再三の経口摂取禁止で落胆したが、私達は、これ以上悪化させないために胃管の挿入の必要性を説明し、患者も納得した。

「管を入れたままでもよいから帰りたい。」という患者の希望もあり、創の回復次第、胃管挿入のまま退院が許可された。患者は不安の中にも喜びの表情がみられ、退院後の生活に意欲を示し、私達は医師とともに家族を含めて退院指導をした。栄養面では、入院前の食生活の状況を聴き、不足している食品の指摘や補い方を説明した。胃管の管理については、自分で挿入できるように練習を重ね、退院までには自分で挿入できるまでとなった。その他、口腔内清潔の継続と、一日一回の体温測定、また週一回の体重測定を行うよう指導した。気管孔の保護や代用音声の習得などに関しては、喉頭の手術を受け退院される方へのしおりや、発声法の手引きを渡し説明した。

Ⅲ 退院後の経過

一回目の定期検診にそなえて、退院一週間後手紙を出し激励した。月二回の定期検診には、患者や家族の日常生活の困ったことを聴き助言し、発声については、タピアの人工笛を使用、録音し訓練を勧めている。

11月末、瘻孔が閉鎖したため胃管抜去、経口摂取開始となった。現在、大部分薬液注入容器（資料2の⑤'）を使用しているが、家族の協力もあり、卵、豆腐、うどん、さしみなどはつぶして、柄の長いスプーンを使用し、ゆっくり少量ずつ摂取している。少量の酒も飲めるようになり、体重も増加している。



Ⅳ 考察

舌・喉頭全摘出術という初めての症例で、参考文献は非常に少なく、術後どのような状態になるのかとまどったが、医師との話し合いを持ち、喉頭全摘出術や舌部分切除術などの経験をもとに予測を立て、スタッフ全員で看護を進めたことは、手術や術後の機能障害に対する不安を軽減させるために役立った。どのような場面でも、患者に対し誠意を持った態度で接することや、術前オリエンテーションの重要性を再認識した。術後の機能障害に対して、まず食事の援助が必要であると考え、患者とともに器具の工夫を重ね努力していくなかで、よい人間関係ができたと思う。Y氏は「生きるためにはどんなことをしてでも食事をしなければならない。」と、くじけず根気強く頑張り通し、社会復帰への意欲を持ち続けたからこそ、経口摂取できるようになり、一つの障害を乗り越えられたと思う。咀嚼・味覚障害という問題が残されているが、Y氏は少しでも固形に近い食事をしたり、視覚で補うなど努力を続けている。

残された大きな問題に失声がある。構音に大切な舌がないということで、私達は、食道発声や人工笛は無理ではないかと考えていたが、タピアの人工喉頭改良型がなんとか使えそうだと知った時は感激し、患者とともに喜び、あきらめかけていた姿勢を反省させられた。まだ会話までには時間と努力が必要だが、発声教室での仲間からの励ましはY氏の大きな支えになっている。

頸部郭清による頸部、上腕の運動障害も、日常生活の中で見逃せない問題である。ラジオ体操を日課に取り入れることや、リハビリテーションプログラムによって上腕を積極的にうごかすよう心

がけるなど、地道に指導を重ね、障害を少なくするようつとめなければならない。

この症例で、患者の訴えを聴き、ともに考え工夫し、経口摂取を可能にしたことはよい体験であった。障害を克服する患者の強い闘病意欲と家族の励ましや協力、医師、看護婦一体となった援助が大切であり、学ぶことが大きかった。

おわりに

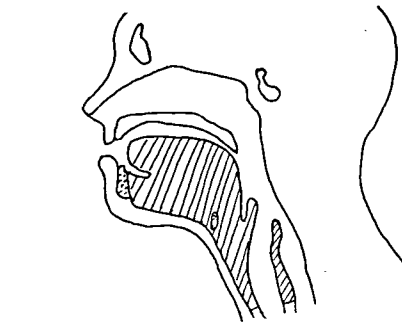
今回、舌・喉頭全摘出術後の機能障害に対して、特に食事摂取の援助を中心に発表した。さらに他の面からも検討を加えたい。今後医療が進むなかで、合併症を多く持った患者や高齢者に大きな手術が適用され、術後の機能障害も複雑になっていくと予想される。この症例で学んだことを生かし、発展させていきたい。


最後に、この研究にあたり御協力、御指導頂きました皆様に感謝致します。

参考文献

- | | |
|----------|-----------|
| 要説解剖学 | 佐野昌雄著 |
| 耳鼻咽喉科学入門 | 鈴木篤郎著 |
| 図説人体の構造 | メヂカルフレンド社 |
| 気管食道科学 | 医学書院 |

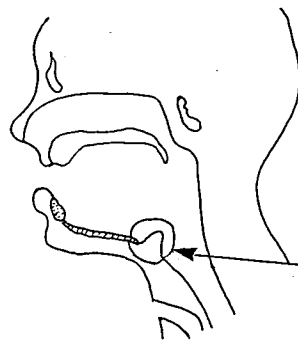
資料1




 切除部位

術式

- 舌全摘
- 喉頭全摘
- 右上頸部郭清
- 左根本的頸部郭清
- 口腔底郭清
- 下顎骨内側骨膜一部削除
- 左三角筋胸筋皮弁による口腔底再建
- 左大腿部より左前胸部への遊離移植



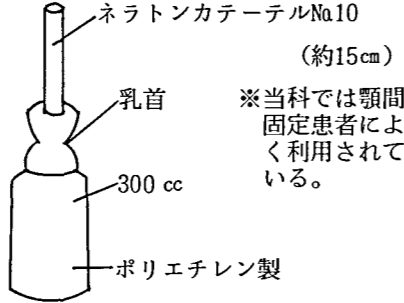
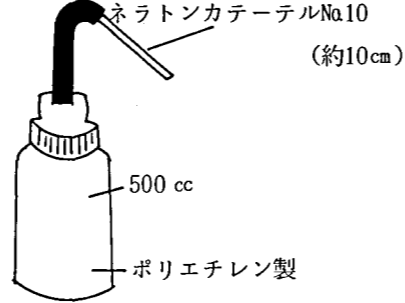
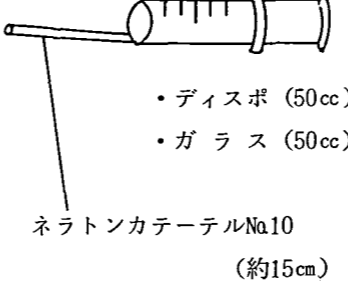
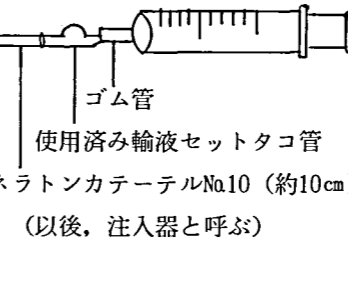
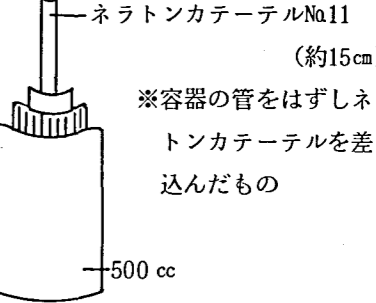
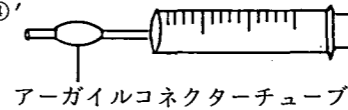
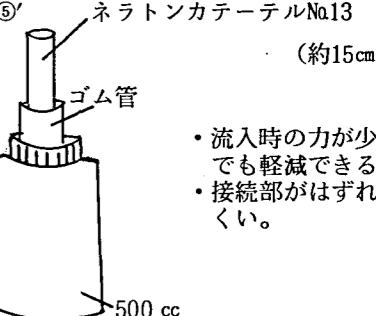
術後

 皮弁による口腔底再建部位

皮弁と下咽頭粘膜の縫合部に粘膜が隆起している。この部分に食物が貯留しやすい。

資料2

使用器具の工夫

使用器具名	① 改良哺乳ビン	② 薬液注入容器	③ 注射器	④ 100 ccガラス製浣腸器	⑤ 薬液注入容器
使用器具	 <p>ネラトンカテーテルNo.10 (約15cm) 乳首 300 cc ポリエチレン製</p> <p>※当科では顎間固定患者によく利用されている。</p>	 <p>ネラトンカテーテルNo.10 (約10cm) 500 cc ポリエチレン製</p>	 <p>• ディスポ (50cc) • ガラス (50cc) ネラトンカテーテルNo.10 (約15cm)</p>	 <p>ゴム管 使用済み輸液セットタコ管 ネラトンカテーテルNo.10 (約10cm) (以後、注入器と呼ぶ)</p>	 <p>ネラトンカテーテルNo.11 (約15cm) 500 cc ※容器の管をはずしネラトンカテーテルを差し込んだもの</p>
器具を使用して みての長所	<ul style="list-style-type: none"> • 食物が下咽頭までとどく。 • 食物を容器に入れやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> • 管が曲っているため容器を持ち上げることなく流入できる。 	<ul style="list-style-type: none"> • 濃度の薄いものは注入しやすい。(ジュース類) 	<ul style="list-style-type: none"> • ミキサー食を吸う時、ゴム管から先端を取りはずすと扱いやすい。 • 一回の注入量が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> • 接続部がはずれにくい。 • 一回の流入量が多い。
短所	<ul style="list-style-type: none"> • ビンを持ち上げていなくてはならない。 • 食物を下咽頭まで押し出すのに力を要する。 • 疲労が強い。 	<ul style="list-style-type: none"> • 管が細く、食物を下咽頭まで押し出すのに力を要する。 	<ul style="list-style-type: none"> • 濃度の濃いものは吸い込む時や注入時に力を要する。(ミキサー食) • 頻回に注入しなくてはならない。 	<ul style="list-style-type: none"> • 注入器全体が長く扱いにくい。(持ち上げなくてはならない) • ゴム管が注入器からはずれやすい。 • タコ管に食物が貯留し不潔である。 	<ul style="list-style-type: none"> • 濃度の濃いものは注入時、力を要する。 • 持ち上げていなくてはならない。
改善				 <p>④' アーガイルコネクターチューブ</p> <ul style="list-style-type: none"> • タコ管をアーガイルコネクターチューブに変える。(不潔面が改善される) 	 <p>⑤' ネラトンカテーテルNo.13 (約15cm) ゴム管 500 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> • 流入時の力が少しでも軽減できる。 • 接続部がはずれにくい。