

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	通過障害がある食道がん患者への摂食・嚥下障害における看護
著者	阿部オリエ
掲載誌	臨床看護, 38(11) : pp 1501-1504.
発行年	2012.10
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000319/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

施設での摂食・嚥下障害看護

② 通過障害がある食道がん患者への摂食・嚥下障害における看護

阿部オリエ 日本赤十字九州国際看護大学

Abe Ori

はじめに

食道がんは、女性に比べると男性に多いがんであり、飲酒歴や喫煙歴のある中高年男性に多いがんとされている。以前は治癒しがたく長期生存率も望めない疾患とされていたが、近年においては、治療法も選択肢が増え、長期生存率の向上もみられている。

これを裏づけるように、食道がんの年齢調整死亡率の推移をみると、女性は、1955(昭和30)年には人口10万人に対し5人であったが、2009(平成21)年では、人口10万人に対し2人であり、年々減少していることがわかる。男性は、人口10万人に対し10人であり、1955~2009年までほぼ横ばいで経過している¹⁾。

嚥下障害をきたす疾患は、大きく分けて3つに分類できる。この分類についての詳細を表1²⁾に示す。

このように、食道がんの通過障害は、腫瘍による器質性嚥下障害と考えられ、誤嚥が問題となるのは、頸部食道がんが発症している場合と考えられる。頸部食道がんにより、通過障害がある患者は、誤嚥を引き起こしやすく、誤

嚥による肺炎などを併発するリスクが高くなるため注意が必要であり、病状によっては、経口摂取ができなくなる場合もある。

しかし、食事は生命維持や生きるうえでのよろこびともなり得るため、誤嚥を恐れ、食事摂取を控えることは望ましいこととはいえない。これらをふまえ、私たち看護師は、いかなる場合においても患者が経口摂取できることを目指した援助の重要性を認識し、患者の「食べること」を支援していく必要がある。そのためには、患者の経口摂取能力をアセスメントし、適切な看護援助を確立していくことが不可欠となる。

本稿では、事例に基づき、通過障害のある食道がん患者への摂食・嚥下障害における看護展開について述べる。

事例紹介

事例

患者：A氏。78歳，男性。

家族：妻(70歳)と次女(45歳)の3人暮らし。

半年前より，食事の飲み込みの際，しみる感じを自覚していたが，「大したことはない」とそのままにしていた。3カ月前より，しみる感じが灼熱感に変わってきたこと，ご飯を飲み込む際，食道につっかえる感じがしたため気になり受診した。外来における内視鏡検査および食道造影検査にて，頸部食道がん(ステージN3，T2)と診断を受け，放射線療法および化学療法を併用し治療することが決定された。治療が開始され1カ月が経過するが，現在のところ合併症などはみられておらず，スムーズに治療が進んでいるところである。

A氏は，元々，飲食業を営んでいた。70歳を契機に，飲食店は閉業したが，それ以降も，各地を旅行し，食べ歩きをすることを趣味にしていた。食に対する欲求が強く，「食べられなくなったら，人間おしまいだよ」と常々口にしていたとのことだった。

入院し，放射線・化学療法が始まった直後は，がんという病気に罹患したこと，予後への不安などで落ち込んだ様子があった。食事ほとんど受けつけず，「食事を見ても食べたいと思わない」との発言が聞かれた。医師による判断にて，中心静脈栄養が実施され，現在，ハイカリック2号×2本，1400kcal/日が実施されている。

治療が開始され1カ月が経過し，主治医より，「気になる合併症も起こっていないし，順調に治療が進んでいるため，体力をつけて，今後に備えることが大切になります」と説明を受けたことで前向きになり，「体力をつけるには，食べることがいちばんだよ」という発言も聞かれるようになった。

表1 嚥下障害の原因と疾患

1. 器質性嚥下障害(搬送路そのものの異常と周辺病変による圧迫によるものを含む)
 - 1) 腫瘍，腫瘤
 - 2) 外傷(手術を含む)
 - 3) 異物
 - 4) 奇形(口唇口蓋裂，食道奇形，血管輪など)
 - 5) 瘢痕狭窄(炎症の後遺症など)
 - 6) その他(食道ウェブ，Zenker憩室，Forestier病など)
2. 運動障害性嚥下障害(搬送機構の異常)
 - 1) 脳血管障害(仮性球麻痺，ワレンベルグ症候群など)
 - 2) 変性疾患(筋萎縮性側索硬化症，パーキンソン病など)
 - 3) 炎症(膠原病，進行性全身硬化症，脳幹脳炎，末梢神経炎，ギラン・バレー症候群など)
 - 4) 腫瘍
 - 5) 中毒(有機リン中毒，ボツリヌス中毒など)
 - 6) 外傷(手術含む)
 - 7) 筋疾患(重症筋無力症，筋ジストロフィーなど)
 - 8) 内分泌障害(甲状腺機能亢進症，糖尿病など)
 - 9) 代謝性疾患(アミロイドーシス，ウィルソン病など)
 - 10) その他(多発性硬化症，アーノルド・キアリ奇形，喉頭麻痺など)
3. 機能性嚥下障害(搬送路にも搬送機構にも異常のないもの)
 - 1) 嚥下時痛をきたすもの(急性咽喉頭炎，多発性口内炎など)
 - 2) 心因性(ヒステリー，拒食症など)
 - 3) 咽喉頭異常感症
 - 5) 高齢者

[藤島一郎・編著：よくわかる嚥下障害，改訂第2版，永井書店，大阪，2005，p.16.]

1 栄養・摂食状況に関する看護アセスメント

1) 栄養に関するアセスメント

入院時の生化学検査では，TP：5.2g/dL，ALB：3.2g/dLであり，低栄養をきたしていた。現在は，TP：5.9g/dL，ALB：3.8g/dLと，栄養状態はほぼ正常値となっている。入院時，低栄養をきたしていたことは，食道がんによる通過障害で，嚥下機能に障害をきたしており，栄養摂取が不十分であったことが原因と考える。入院後，高カロリー輸液による栄養補給が行われたため，栄養状態はほぼ正常へと回復したと判断できる。

2) 摂食状況に関するアセスメント

現在は、中心静脈栄養による高カロリー輸液が実施され、栄養補給を行っている状態である。栄養状態は、ほぼ正常へと回復しているが、摂食は主に水分を摂取しており、たまに、好物の漬物を口にする程度である。ADLは自立しており、自力で食事摂取することに支障はない。

入院後の摂食・嚥下障害の臨床的病態重症度に関する分類(DSS)によれば、4：機会誤嚥に分類され、嚥下造影検査(VF)を実施した結果、平野らの分類³⁾によると、混合型誤嚥の可能性が最も高いと診断された。改訂水飲みテスト(MWST)では、4：嚥下あり、呼吸良好、むせないと評価され、フードテスト(FT)では、4：嚥下あり、呼吸良好、むせない、口腔内残留ほぼなしという結果であった。これらの結果により、食事の内容によって、通過障害はあるものの嚥下機能は正常に近い状態と診断された。食事摂取に関する医師の指示は、「食べれるものを食べやすい状態にして食べてよい」との治療計画が示された。

入院前は、「ご飯をあまり噛まずに食べたり、肉を食べたりするときにつかえる感じがあった」と患者は自覚していた。食に対する欲求は強く、「甘いもの、辛いもの、何でも好きだった。嫌いなものなんかない」との発言が聞かれ、「酒もよく飲んでいたよ。それで、食欲が倍增するんだ」との発言も聞かれた。

入院直後は、食に対する発言は、ほとんど聞かれなかったが、「先生にも体力をつけないといけないと言われていた。少しでも、口から食べたほうが元気になる気がするよ」との発言が聞かれるようになったため、現在、食に対する欲求は高まっていると判断できる。

A氏の病態により、米飯や肉類など固形物、海藻・キノコ類など、食物残渣となりやすいものは、嚥下障害をきたす可能性が高くなると考えるため、そのような食事は避ける必要がある。また、重篤な合併症となる誤嚥性肺炎を起ささないような食事形態を確立していくことが必要であると判断する。

表2 A氏の嚥下体操プログラム

項目	留意点
I. 深呼吸	下腹部に手をあて、ゆっくりと口から息を吐く→鼻から息を吸う、を1回として計5回実施。
II. 首の運動	①水平に左右ゆっくり向く。 ②耳を肩につけるように首を左右にゆっくり傾ける。 ③首をゆっくりと左右に回す。 ①②③ともに5回実施。
III. 口唇の運動	①口を大きく開き、しっかり口唇を意識して閉じる。 ②口唇を横に引き、口唇を意識して中央に寄せ口をすぼめる。 ③口唇をしっかりと閉じ、両頬を膨らませ、吸い込んでへこませる。 ①②③ともに5回実施。
IV. 舌の運動	①舌をできるだけ前に出し、奥に引く動作を繰り返す。 ②舌尖を左右の口角に交互につける動作を繰り返す。 ③舌を可能な限り前に出し、上下の口唇に交互につける。
V. 呼吸の練習	口を閉じ鼻から大きく息を吸い、3秒ほど止め、力強く喉に力を入れ口から吐く、を5回繰り返す。
VI. 発声練習	姿勢を正し、口唇と舌の動きを意識しながら、「ばばばば」「たたたた」「かかかか」「らららら」と発声する。ゆっくりはっきりとした発音になっているかに注意する。
深呼吸	Iと同様

2 A氏への摂食トレーニングに関する看護計画

【看護目標】

短期目標：経口摂取で栄養摂取ができる

期待される結果：

- ①バイタルサインが正常な状態で摂食トレーニングを受けられることができる
- ②経口摂取できる食事の種類を徐々に拡大できる

表3 食事形態の進度表

1～3日目 (3日間)	ヨーグルト、絹ごし豆腐を昼食時に摂取
4～8日目 (5日間)	全粥、ポタージュスープなど、水分にとろみをつけたものを朝食、昼食時に摂取
9～15日目 (7日間)	全粥、軟飯、かぼちゃ煮、ポテトサラダ、バナナなどを朝食、昼食、夕食時に摂取

【看護計画】

1) 嚥下体操(表2)

2) 食事形態の進度表(表3)

3) 食事摂取前の看護

①バイタルサインの測定

体温、脈拍、血圧、呼吸に加えて意識レベルも確認する。

②SpO₂のチェック

③検査データのチェック

炎症所見の有無について確認する。

4) 食事摂取時の看護

①A氏が好む状態で食事摂取ができるように、環境を整える

②食事量、内容、誤嚥の有無について確認する

③血圧計、聴診器、吸引セットなどはいつでも使用できるように準備を行う

④嚥下状態を観察し、記録にとどめ、看護師間で情報が共有できるようにする

5) 食事摂取後の看護

①バイタルサインの測定

体温、脈拍、血圧、呼吸に加えて意識レベルも確認する。

なかでも、呼吸状態の観察は重要であり、呼吸音の聴診を確実に行う。

①体位保持

食後2～3時間は坐位やファーラー位を保持する。

②口腔ケア

口腔内の食物残渣による誤嚥を防ぐため、歯磨きを実施する。

③排便状態の確認

便秘の有無や消化状態についての確認が重要である。

おわりに

これまで頸部食道がんをもつA氏への事例をとおり、食道がん患者への摂食・嚥下障害に関する看護について述べてきた。看護計画は一般的な経過であり、適宜評価を行いながら実施する必要がある。重要なことは、看護計画どおりに進めることではなく、A氏の状態に応じた「食べること」を支援することである。

嚥下障害をきたした食道がん患者への摂食・嚥下への看護は、成果が目に見えて現れることは少なく、根気が必要とされる看護援助になることが多い。看護師は、患者とともに患者のペースに合わせた摂食トレーニングを実施する必要がある。

引用文献

- 1) 厚生労働統計協会・編：図説国民衛生の動向2011/2012。厚生労働統計協会，東京，2011，p. 31.
- 2) 藤島一郎・編著：よくわかる嚥下障害。改訂第2版。永井書店，大阪，2005，p. 16.
- 3) 前掲書2)．p. 144.

参考文献

- 杉山理恵・柿沼香里：摂食・嚥下障害看護“口から食べる”を支えるケア。看護技術，57(9)：7-43，2011.