

# 胸腔鏡・腹腔鏡補助下食道亜全摘術初回事例の経過と看護

キーワード：食道癌 胸腔鏡・腹腔鏡補助下食道亜全摘術 看護

○福田真李 馬渡百合子 廣松真由美（西3階病棟）

## I. はじめに

食道癌は癌の手術の中でも最も体に侵襲が大きい手術の1つであり、合併症や手術関連死も少なくはなかった。しかし、近年の医療の進歩と、傷が小さく早期回復が可能で合併症も少ないというメリットより、日本では1996年頃より胸腔鏡・腹腔鏡補助下での食道切除術が導入されるようになった。しかし胸腔鏡での手術は手技が難しく全国的に普及していないのが現状である。

当院ではこれまで同疾患に対して開胸・開腹での食道切除術を行っていたが、今年度より胸腔鏡・腹腔鏡での術式が導入され、2010年では2例行った。術式の変化に伴い、開胸・開腹時より低侵襲で手術後の経過も早くなり、看護の介入内容も変わってきている。そこで、初回事例での経過と看護展開をここに報告する。

## II. 研究目的

食道癌に対して胸腔鏡・腹腔鏡補助下食道亜全摘、胃管再建術を行った患者の経過と看護を振り返り、今後の展望を検討する。

## III. 研究方法

- 1.研究期間 2010年9月から11月
- 2.研究対象 胸腔鏡・腹腔鏡補助下食道亜全摘、胃管再建術を受け、同意を得られた患者1名。
- 3.研究デザイン 事例研究
- 4.方法 対象患者のカルテから手術後の経過と看護介入内容について情報を収集する。
- 5.倫理的配慮 対象者に研究の主旨、プライバシーの保護、拒否権等について説明し、同意を得る。
- 6.患者紹介

A氏、74歳、男性

病名：食道癌（癌の部位：上～中胸部、Stage II）

既往：狭心症・高血圧・喘息

術式：胸腔鏡・腹腔鏡補助下食道亜全摘、胃管再建術（後縦隔経路）

手術時間：11時間44分

性格：穏やか、理解力が良い、前向きな思考

キーパソン：妻、娘2人、孫2人

## IV. 術前後の経過と看護の実際

別紙、表1として記載。

## V. 考察

今回、当院で初めて胸腔鏡・腹腔鏡補助下食道亜全摘、胃管再建術を行うことになり、従来の経過と異なる症例に不安が大きかった。しかし、術前に医師・病棟看護師・ICU看護師・手術室看護師で、事前勉強会やカンファレンスを開催したことでスタッフの知識面だけでなく、心理面での準備も整い、大きなとまどいもなく手術を迎えることができた。また、術後も経過や看護プランなどをカンファレンスで情報を共有することで、スタッフ間でのケアの統一化が図れ、更に、新しい視点や情報を確認し合えたことは、初めての症例を経験するにあたって評価できたと考える。術前の患者の不安軽減への介入は一般的なことではあるが、ICU看護師やリハビリとの連携など各専門分野のスタッフに関わることは、患者の安心感や術後を踏まえた術前からの準備を整えることができ、今後も大手術に取り組んでいくうえで重要である。

術後はICUへ入室したが、抜管・退室までが早く、離床も早期から行えている。これまでは呼吸器合併症のリスクを考慮し挿管期間が6～7日間と長かった。それに加え、開胸による創痛の強さやドレーンの拘束感などから、術後1～2週間が経過しても、離床範囲はベッドサイド周囲までしか進まないことが多かった。しかし今回はドレーンの留置本数は少なく、更に切開部が縮小したことで疼痛コントロールが容易



になった。そのため、患者の離床意欲が高まり、早期離床ができることで、せん妄予防や肺塞栓の予防、腸蠕動促進による腸管麻痺の予防にも繋がったと考えられる。

また、開胸時に比べ胸腔鏡を用いた場合では術中の操作より侵襲が低下し、呼吸器・循環器等の合併症のリスクは低下すると言われている<sup>1)</sup>。氏は既往に喘息と狭心症があり、既往歴のない患者に比べると合併症を起ししやすい状態にあった。しかし胸腔鏡を用いる術式を選択することで、呼吸器・循環器の合併症リスクを最小限に抑えられ、実際には大きな問題なく経過できた。さらに胸腔鏡を用いた場合は開胸時に比べ術中の出血量も少なく、創部が小さいことから縫合不全になりにくいと言われている<sup>1)</sup>。そのため、ドレーンの留置本数や留置期間が短く、管理が以前より容易になったことと、患者の離床拡大に繋がったことは利点である。しかしながら、従来の胸骨前や胸骨後で胃管吻合を行うことに比べ、今回の後縦隔での吻合は、縫合不全が起きた場合の全身状態の悪化が起こり易いというリスクがあった。そのため、早期発見が出来るよう、注意点や管理方法などをケアプランに分かり易く追記し、カンファレンスで情報共有することでケアの統一化を図り、重大合併症の予防に努めることができた。

術後後期では反回神経麻痺による嚥下障害の出現が、食事開始時期や予定退院日の遅延に繋がる結果となった。しかし反回神経麻痺は、開胸か胸腔鏡かにかかわらず、一定の頻度で起こると言われている。特に氏の場合は反回神経付近のリンパ節に転移があり、リンパ節郭清を行ったことが、麻痺になるリスクを高めた。両側反回神経麻痺を起すと、呼吸困難をきたす場合があるが、今回は左側麻痺のみであった。そのため、嚥下機能回復への看護介入を強化し、STとの連携を図ったことや患者指導を行ったことで、肺炎を起こすことなく機能改善することができた。

患者の精神状態としては、離床までは順調で

あったため、反回神経麻痺が出現し、食事開始までに時間を要したことがストレスの増強を招いた。穏やかで前向きな性格であったにもかかわらず、指示を守れなかった行動に対しては、もっと早く、患者のストレスの表出を促す介入が必要であった。

## VI. おわりに

開胸時に比べ胸腔鏡下での食道切除術は、術後合併症リスクの低下と周術期管理の簡素化で、早期離床が可能になり、患者のQOLの向上が早くなるため早期退院が可能となる。今回の事例では反回神経麻痺が出現したことで予定より退院が延びてしまったが、それ以外の合併症の出現は無く退院を迎えることができ、経過は良好であった。

今後も胸腔鏡下での症例は増えていくと予測されるため、より安全・安楽に進歩した医療の提供ができるように準備しておく必要がある。そして、今回の事例での学びを踏まえて、医療者間の連携を強化し、より統一した看護を提供できるよう、マニュアルの見直しや提供資料の作成など、看護基準の整備を今後の課題として取り組んでいく。

## <引用・参考文献>

- 1) 加藤良二, 他: 胸部食道癌に対する胸腔鏡および腹腔鏡を用いた食道亜全摘、胃管再建術, 東邦医学会雑誌, 51(2), p111-113, 2004.
- 2) 小又理恵子: 胸腔鏡と腹腔鏡を併用した低侵襲な食道がん手術で患者のQOLを改善, 日経がんナビ通信, [http://cancernavi.nikkeibp.co.jp/news/qol\\_4.html](http://cancernavi.nikkeibp.co.jp/news/qol_4.html), 2008.
- 3) 柘津加奈子, 監修村上雅彦: 体の負担を軽くし、合併症も少ない食道がん胸腔鏡・腹腔鏡併用手術, がんサポート情報センター, [http://www.gsic.jp/cancer/cc\\_10/ysc/index.html](http://www.gsic.jp/cancer/cc_10/ysc/index.html), 2008.



表 1【術前後の経過と看護】

	看護問題	経過と実施
術前	#1 効果的治療計画管理 #2 不安	<p>患者の入院前に主治医から手術方法についての勉強会を開催してもらい、入院後には病棟・ICU・手術室看護師に向けて、術式や術後の経過などプレゼンテーションしてもらった。それを受けて、担当看護師が病棟の合同カンファレンスで情報提供を行い、術式や術後の経過の知識と看護計画の共有化を図った。</p> <p>術前の検査で、心肺腎機能は年齢相応で特に問題なかったが、既往に喘息や長期の喫煙歴があるため、肺合併症や呼吸抑制予防として、トライボールの使用と呼吸リハビリを導入し呼吸機能を強化した。「ボールは2つがやっただね。きついけど頑張ってるよ。」とリハビリに積極的に取り組んでいた。呼吸リハビリカンファレンスではリハ担当医や PT、主治医と情報交換し呼吸機能の評価を行った。術後は ICU 管理となるため、ICU 症候群予防と不安軽減目的で術前オリエンテーションを ICU 看護師と連携し、分担して実施した。氏は癌と告知されており、疾患に対する受容はできていたため不安の表出は少なかったが、「一番の不安は入院が長くなることかな。11月の孫の誕生が楽しみ」と生きがいを語ってくれたため、そのことを目標にしましょうと伝えた。術前の身体的準備とともに、術後の経過をイメージでき、不安が最小限で手術に臨めるよう介入することで、落ち着いた状態で手術を迎えることができた。</p>
術直後 (術後5日まで)	#3 ガス交換障害 #4 非効果的消化管組織循環リスク状態 #5 急性疼痛 #6 皮膚統合性障害のリスク状態 #7 身体可動性障害 #8 更衣・入浴・排泄セルフケア不足	<p>23時頃に手術が終了し、挿管したまま ICU へ帰室となり、全身管理を行った。狭心症の既往があったが、呼吸・循環ともに安定しており、ウィーニング後14時に抜管に至った。呼吸器合併症や食道吻合部の縫合不全を予防するため、体位ドレナージや噴霧吸入で排痰を促し気道浄化を図った。氏も必要性を理解できていたため、「痰が出にくいね、取ってください。」など協力的な言葉が聞かれた。</p> <p>早期抜管ができ、術後2日目に ICU を退室できたため、ICU 症候群の発症は無かった。ICU 退室後は観察室で術後管理を行った。再度カンファレンスにて観察視点や予測される合併症、ドレーン管理など情報共有を行い、ケアの統一化を図った。ドレーンは吻合部と胸腔ドレーンの2本で開胸・開腹時に比べると少なく、切開創も縮小化されたため、創痛のコントロールは図り易く、苦痛の軽減に繋がった。他に CV カテーテル、尿留置カテーテル、エピチューブの留置はあったが、離床はスムーズで3日目より歩行が開始でき、「思っていたより順調だね。動けるとやっぱり嬉しいよ。」と積極的に離床に取り組むことができた。離床の拡大で重要なドレーンの自然抜去防止のためドレーン固定の強化・確認は特に注意し、氏へもドレーン管理の指導と抜けた場合のリスクを説明し協力を得た。ドレーン類の抜去も早いので、リハビリを順調に進めることができ、ADL の拡大を促進できた。重要なドレーン合併症の出現はなく、早期離床により皮膚障害の予防もでき、経過は良好であった。</p>
術後後期 (退院まで)	#9 嚥下障害	<p>術後6日目から飲水が開始となるが、誤嚥を認め耳鼻科受診をした結果、反回神経麻痺と診断された。そのため ST を導入し、嚥下訓練やアイスマッサージなどのリハビリを開始した。ST と共に患者へ飲水方法の説明、歯磨きや含嗽方法の指導を行い、内服時はとろみ剤を使用し、誤嚥予防に努めた。3週間に渡り、週1回の耳鼻科受診を行い、嚥下機能を評価した。その間も ST と看護師による嚥下訓練は継続すると共に、IVH による栄養管理と全身状態の維持に努めた。患者は食へのニードが高く、絶食によるストレス増強を回避するためバナナ1本/日は許可されていたが、ある時主治医の許可なくアイスやゼリーを購入し摂取したことがあった。話を傾聴すると「昨日はもう何か食べたくてね。食べれるようになったら早く帰れると思ったし。」と氏の食へのストレスと治癒遅延への焦りを感じ取り、感情を否定することなく傾聴し共感した。その後、嚥下障害から引き起こす合併症を再度説明したところ、「そうだよね。肺炎になって入院が長引くのは嫌だね。」と納得し、以後は自己判断での飲食はなく、リハビリに忠実に取り組むことができた。</p> <p>3回目の耳鼻科受診にて嚥下障害の改善傾向が認め、嚥下食2が開始となった(術後22日目)。嚥下に問題ないと評価を受け、翌日から嚥下食3にアップし、看護師・ST の見守りのもと食事摂取した。食事開始により氏の状態の安定は促進され順調に経過し、嚥下食も徐々にアップし、嚥下食5が問題なく摂取できることを確認し退院となった。栄養指導は妻と共に受けしてもらい、食事内容に対する知識は習得できた。退院後の不安について尋ねると、「喉のつかえ感がいつ頃まで残るのか。」といった症状に対する不安や、食事に対する不安があったが「少しずつ頑張る」といった前向きな言葉は聞かれた。本人と妻へ食事や内服の方法について再度退院前に指導を行い、納得は得られた。退院前の IC にて病理の結果で転移はなかったことと、今後は放射線と化学療法の治療が必要と説明された。「転移はなくてよかった。ここまで頑張ったから、もう少し頑張らなきゃね。」と思いの表出があったため、共に喜び闘病生活への労いの言葉と、今後の治療に対しての励ましの言葉をかけ、今後も支援していくことを伝えた。外来へは氏の病状や性格、今後の治療方針を情報提供し、継続看護の必要性を伝えた。</p>