

喉頭摘手術を受けた患者の看護を振り返って

6階西病棟

○後藤亜由美・大石真由美・森本 美嘉
佐々木一恵・齋藤 早苗・前山 恵子
向田 好美・濱田 和佳

I. はじめに

当科において毎年10名前後の患者が喉頭摘出手術（以下喉摘と略す）を受けている。喉摘は永久的気管孔造設によるボディーイメージの変化と失声避けられず、術後の身体的、精神的苦痛は計りしれないものがある。私たち看護婦は、このような患者の心理状態を把握し、苦痛や不安の緩和を図り、患者が疾患に対して前向きな姿勢で立ち向かえるよう支援しなければならない立場にある。

今回、放射線療法、手術療法、化学療法が併用して行われる中で、治療に対して拒否反応を示し、心理的危機状態に陥った患者の経過を振り返り考察したのでここに報告する。

II. 患者紹介

患者：K. H. 氏，49歳 女性

病名：喉頭腫瘍

職業：食品製造業

家族構成：母（75歳）と2人暮らし。夫とは離別。長男が、入院中によく面会に来ていた。

性格：明るい，神経質，自己中心的，非社交的

病識：癌じゃなかろうかと思う

現病歴：平成5年10月頃より，左咽頭腫張，嘔声出現

12月13日，生検施行し，扁平上皮癌と診断

12月24日，検査，治療目的で入院

現症：左右咽頭部腫張あり。嘔声あり。咽頭違和感あり。嚥下時痛なし。

入院中の経過：平成6年1月4日～1月17日 術前照射（20G y）

2月3日 咽頭摘出術，頸部郭清術

2月21日～3月7日 術後照射 (30G y)

3月20日 退院

現往歴：25歳 妊娠中、結核（内服治療）

46歳 尿路結石（内服コントロール）

49歳 慢性胃炎（内服コントロール）

胆のうポリープ……………手術せず様子観察

医師からの説明

12月24日：生検の結果、悪性の傾向が強い腫瘍が認められた。治療としては手術と照射の2つがあるが、本人及び家族の意見も含め方針を決定する。手術の前に照射を行なう方が効果的である。

1月17日：20G y 終了時、今後の方針については手術と照射がある。手術の場合、根治性はあるが失声を伴う。発声については食道発声、人工喉頭を使っていく方法がある。照射の場合は根治は難しい。

Ⅲ. 看護計画

資料1 参照

Ⅳ. 看護の経過

（術前）

入院当日に、主治医より病状、今後の治療方針について説明を受ける。説明後“癌ではないだろうか”と話していることから、心理的危機状態に陥っていた。患者は一人で息子と母親の生活を支える一家の大黒柱として生きてきた人で、今までの社会的役割の喪失に対しての不安もあり、心理的危機状態が増強されたのではないかと考えられる。

入院時より自分の中で思いをとどめず、表出している事から、常に思いを表出できるよう声かけや傾聴に努め関わった。

術前照射20G y が開始され、マーキングをされたことについて具体的なイメージがなく、ポディーイメージに対して不適応な状態となる。しかし“考えないようにしている”“頑張らんといかん”など適応しようと努力が見られる。

照射が進むにつれ、食欲不振、不眠、イライラ感が見られ身体的危機、心理的危機に陥った。そこで、体力低下の防止を考慮し食事形態を変更したり、好みに合うものを食べるよう

に促したり、不眠に対してはリーゼの内服で対処していった。また、精神的には現状に対して否認する言葉が聞かれたが、傾聴しながら関わることで患者から徐々に頑張ろうとする言葉も聞かれた。

術前照射終了後、手術について説明を受け再び“癌ではないだろうか”という不安が浮上してきたことに加え、失声という新しい不安が出現し心理的危機状態となる。再び、食事摂取拒否、不眠、イライラした言動、感情失禁が出現し手術自体の拒否が見られた。看護介入は続行されたまま加えて再度手術の必要性を医師から説明してもらうよう配慮した。少しずつ失声や手術についての質問が聞かれるようになり、食事摂取量も回復し状況を受容できるようになってきた。1月31日、手術の承諾をしてからは表情も明るくなり“明日から声がなくなる、今夜は眠らんとしゃべってみたい”と言葉が聞かれ、2月3日手術となった。

(術 後)

術後は医療従事者による頻回の吸引のため苦痛が強く、自己吸引や気管切開孔の管理指導を行い、術後3日後には自己吸引できるようになり吸引による苦痛も軽減し表情も少し明るくなる。

経管栄養に対しては、クリニミールをゆっくり注入するが1回200/500ccで胃部不快感が強くなるためエンシュアやカロリーメイトなど本人の好みにあうものを希望する時間に注入した。その結果少しずつ注入量は増加できた。

失声に対してはジェスチャー、筆談でコミュニケーションをとることができた。長男が頻回に面会に来ることにより精神的な安定もみられ、特に目立った落胆や訴えはなく経過した。

術後12日目に主治医より化学療法、術後照射について説明を受ける。照射回数“10回くらい(20Gy)”(術前照射と同じ)と予測していたが実際には、25回(50Gy)という説明を受けたため、予測と実際のギャップにより衝撃を受け一旦治療拒否する。しかし、再度主治医の説明により十分な納得も得られないままに(図1参照)照射開始された。照射中は術前の同様の症状出現みられ、それ以上に精神的ストレスが強く言動に攻撃や逃避、退行現象などが見られた。そこでゆっくり話を聞いたり、大部屋に移動して気分転換をはかったり、症状に応じて対処したりし、照射治療が進んでいった。しかし、3月7日WBC2500と低下し照射30Gyの段階で保留となる。再度、治療方針決定の段階で照射拒否する。主治医と相談の上、治療終了となり、3月20日退院となる。

I <医師の説明>

- ↓
 - ・疾病によってもたらされる喪失
「ガンではないだろうか」
 - ・地位や役割の喪失
- ↓
- { = 「危機」

衝撃の段階

{ 不安

←看護介入

防衛的退行の段階

- ・思いの表出「ガンではないだろうか」
- ・身体症状の出現, 不眠, いらいら感, 食欲不振
- ・取引「手術しなくて済むなら, 照射を受けよう」

- <照射>
- ・否認「考えないようにしている」
 - ・希望「頑張らんといかん」
 - ・自己防衛「頑張らんといかん」

*問題に対する直接的解決ではなく, 現在のノルマ=照射を果たすことで満足感を得, 自己価値観を保つ……感情調節行動

←看護介入

{ 不安 } ・抑圧……自我反応

「承認の段階」が見えそうで見えない

II <医師より手術についての説明>

||

{ 不安 } ・再び意識上にあがる

「衝撃の段階」

*これに対する反応はIの段階と同様の経緯をたどる

「承認の段階」までいけていたらちがっただろう

- ・失声
 - ・手術の心配
- = 「危機」

「衝撃の段階」

「防衛的・悲嘆反応

- ・素直な感情表出
- ・泣く

- ・思いの表出
- ・身体症状の出現, 不眠, いらいら感, 食欲不振

- ・否認
- ・逃避
- ・求助行動
- ・情報收拾

「防衛的退行の段階」

「承認」

- ・「最後の声ですね」
- ・手術を受ける

- ・手術を受ける

「承認」

*失声によって具体的に何が不自由になるか予期できていない

*手術によって具体的に何が不自由になるか予期できていない

……感情調節行動
のみ見られる

……感情調節行動
のみ見られる

III 術 後

IV <喉頭全摘術・頸部郭清術>

||

「衝撃」 ・ボディイメージの変容（顔面腫張，気管切開）
・身体的苦痛 吸引，喀痰喀出，呼吸困難感，胃部不快感，倦怠感
・失声

||

「適応」 ・症状改善
・気切管理
・ジェスチャー，筆談によるコミュニケーション

V <医師より術後照射についての説明>

||

・不定愁訴
・活気なし
・10回くらいかな？と予測

||

<放科医師より説明> {不安}

50Gyの予定 ・予測と実際のギャップ

「衝撃」

・逃避「照射の話をしてない」

「防衛的退行」

・攻撃「隣がうるさい」

↑ ↑

・退行「閉じこもる」

<照射治療> ↓ ↓

・身体症状の出現，不眠，胃部不快

←看護介入

「承認」

食事摂取量低下

わたしたちのアセスメント

- ・回数が多いことによる副作用の心配
- ・手術をしたのに術前照射より多い回数をしなければならないのはなぜ？
→手術がまずかった
わたしの病気はもっと悪い
- ・退院が延びた

<治療変更> 『危機消失』 ・「もうすぐ終わる」

<照射保留となる> ・「しめしめ」

<今後の治療方針について放科医師と相談>

・追加照射拒否「もういや，きれいにとりきれないからしても一緒」

<退院>

図1

V. 考 察

危機についてはさまざまな研究がなされている。フィンクは危機モデルとして危機克服の過程を「衝撃」「防衛的退行」「承認」「適応」の四段階に分けている。この患者の場合は喉摘という危機に直面し様々な行動や症状が見られた。そこで患者の心理状態をフィンクの危機理論に沿って分析した。

入院後、この患者は疾患について医師より説明され衝撃を受ける。“わたしは癌ではないだろうか”という不安を抱き、危機におちいる。そこで、医師より照射を受けるという1解決を提案され「手術を受けずに病気が治るなら、照射を受けよう」という取引を行った。この頃より防衛的退行の段階に移行している。否認、希望、自己防衛などの防衛策を駆使している。患者は、問題に対する直接的解決ではなく、現在のノルマ(=照射)を果すことで満足を得、自己価値観を保っている。承認の段階に移行したように見えたが、実際は不安を抑制するのに精一杯で、承認の段階までは至っていない。更に、医師より手術について説明があったことから抑圧していた不安が再び意識上に浮上してくる。また、手術に対する心配、失声という危機が加算されたが、手術を受けることを選択する。術後は、症状の改善や、コミュニケーションを取れたことによって適応の段階に進むことができた。しかし、根底にある「癌ではないだろうか」という不安は抑圧されたままである。「病気が治るのなら手術を受けよう」という自己価値観を保つ行動を取り、不安を抑圧した状態で防衛的退行の段階にとどまった。

術後、医師より術後照射について説明があり、本人は20G yと予測していたが実際は50G yであり、予測と実際のギャップにより衝撃を受ける。そして、防衛的退行と承認の段階を同時進行で経過していた。しかし、WBCが減少したため、治療法の変更があり、危機を抑圧させたまま退院となった。この場合、防衛的退行の段階で終了し、承認・適応の段階へは到達できなかったと判断した。

岡堂¹⁾は「誰もがこの過程を段階ごとに過ごしているわけではなく第二段階から第三段階に進み再び第二段階に戻るかもしれない。でも、決して同じ状態になるのではなく、少しずつ螺旋上に一步一步適応へのステップを進んでいくのだ」と述べている。この患者の場合は、「失声」と「手術に対する不安」に対しては、上記のごとく適応まで進むことができた。しかし、「癌ではないだろうか」という不安がもたらす危機状態に対しては、適応まで至るには困難な問題であると判断される。

我々の看護介入を振り返ってみると、傾聴や身体的な援助、対症的な看護介入であった。

これは衝撃、防衛的退行段階の援助として合致しているものである。

しかし、患者の性格や、生活背景、家族背景、同疾患患者が入院していなかったことなどから、周りの社会的支援が少なかった。もっと積極的に情報提供をしたり、キーパーソンを活用した看護を展開することにより、サポートシステムを充実させることができたのではないかと考える。

また、患者自身、短期目標しか見えていなかったことから、医師より長期治療計画の説明をしてもらい、手術が決定してからは、喉摘後の症状と生活上の留意点のオリエンテーションを術前に勤めていく方法をとることで、より円滑に患者を適応状態へと導くことができたのではないかと考える。

VI. お わ り に

今回、私たちは治療に対して拒否反応を示した喉摘患者に関わり看護していった。危機状態での精神的アプローチは、かなり大切であることを知り、また、衝撃から承認までの援助では、個々人の人生観や過去の環境を把握した上でサポートシステムを充実させ、患者との関わりを重要視していくことが大切だということを再認識した。

引用・参考文献

- 1) 岡堂哲雄, 鈴木志津枝: 危機的患者の心理と看護, 患者, 家族の心理と看護ケア, 5, 中央法規出版, 1987.
- 2) 西尾充代他: 喉頭摘出術を受ける患者のボディ・イメージの受容に対する看護介入の評価, 第22回成人看護II, p.28~31, 1991.
- 3) 矢野由香他: 喉頭全摘術を受けた患者の社会復帰の現状と問題点, 第22回成人看護II, p.130~132, 1991.
- 4) 笠井真己子他: 喉頭がん, 看護技術, 35(2), p.172~175, 1989.
- 5) 松浦秀博他: 失声患者のリハビリテーション, ナースプラスワン, p.84~89, 1992.
- 6) 吉野邦俊他: 喉頭癌の診断, 治療, クリニカルスタディ, 14(10), p.10~13, 1993.
- 7) 上田恵子他: 喉頭全摘出術を受けた喉頭癌患者の看護, クリニカルスタディ, 14(10), p.15~29, 1993.
- 8) 田中京子他: 喉頭部分切除術を受けた喉頭癌患者の看護, クリニカルスタディ, 14(10), p.30~36, 1993.

- 9) 野村 忍：ストレスからの開放と医療者の介入，看護技術，36(7)，p.26～31，1990.
- 10) 小島操子：危機理論発展の背景と危機モデル，看護研究，21(5)，p.2～22，1988.
- 11) 清水佐和道他：失声に対するリハビリテーション，J OHNS，p.80～82，1988.
- 12) 稲葉昌美他：喉頭全摘出患者と家族の退院後のコミュニケーションの実態とその思い，第21回看護総合，p.44～46，1990.
- 13) 平田ひろみ他：頸部食道がん術後患者失声時の精神的おちこみの軽減と回復意欲を高めるための工夫，看護技術，34(9)，p.33～36，1988.
- 14) 白井潔子他：喉頭全摘出術を受ける患者の心理過程についての一考察，第20回成人看護 I，p.91～94，1989.
- 15) 柳美千子他：喉頭全摘を余儀なくされる患者の不安軽減への援助，第15回成人看護，p.160～164，1984.
- 16) 津村真紀子他：失声によるストレスにどう応えるか，クリニカルスタディ，6(1)，p.103～108，1985.
- 17) 田上美千佳：危機介入の実際，臨床看護，20(6)，p.824～830，1994.

【資料 I】

1. 癌じゃないだろうかという疑い, 照射, 手術結果の不確実性に関連した不安, 悲しみ
(目標) 疾患を十分理解し, 不安, 悲しみを表出することができる

- D-P
1. 精神的動揺の有無 (不眠, 食欲不振, イライラ, 集中力低下, 憂鬱, 表情, 言動)
 2. 病識
 3. 治療に対する受け入れ
- T-P
1. 訪室時には声掛けを必ず行い, 患者の不安を表出できるような環境を作る
 2. 頻回に訪室することにより患者の異変に素早く気付く
 3. 医師が患者にどのように説明しているか確認し, それにより看護婦の意志統一を図る
 4. 不眠時には眠剤を服用し, 患者の良眠を促す
 5. 面会人との接触を多く持ちサポートを得る
- E-P
1. 疾患について求められた情報の提供
 2. 思ったこと, 疑問は, 些細なことでも言葉に出すように指導する

2. 術前照射開始に伴う口内痛出現に関連した食事摂取量低下の潜在的状態
(目標) 治療中, 食事が1400Kcal摂取できる

- D-P
1. 口内の状態 (発赤, 荒れ)
 2. 嚥下時痛, 嚥下困難
 3. 食事摂取量
 4. 食欲, および食べることへの意欲
 5. 補食の量, 内容
 6. 検査データ
 7. 体重の変化
- T-P
1. 食事摂取困難時, 本人の嗜好に応じた食事内容に変更していく
 2. 補食を勧め, 必要時にエンシュアリキッドの処方依頼する
 3. 食前に鎮痛剤 (キシロカインビスカス) を医師の指示にて与薬する
 4. 経口摂取が不可能となったときには, 医師と相談の上, 経管栄養か輸液を施

行する

5. 1回／1週の体重測定
6. 含嗽を行い、口内の保清に努める

- E-P
1. 家族への協力を得て、嗜好に応じたものを持参してもらおう
 2. 現在の食事が食べにくくなったら言ってもらおう

3. 胃部不快があり、経管栄養が全量注入できない

(目標) 1日1500Kcal (エンシュア6缶) 摂取できる

- D-P
1. 胃部不快 (もたれ, 胃痛, 胸焼けなど)
 2. 食事摂取量
 3. 補食量
 4. 日中の活動量 (活動しているか)
 5. 検査データ (TP)

- T-P
1. 本人の希望に応じて注入時間を考慮する
 2. 1日の目標を本人に説明し、意識づける
 3. 胃部不快があれば無理をせず状態を観察する
 4. 本人の嗜好に応じてジュース類を補食する
 5. 日中、室内でも歩行を促す
 6. 口内は清潔を保つよう含嗽を促す

- E-P
1. 経口摂取可能となるまで、経管栄養を行うことを説明し、摂取カロリーが低くならないように意識を持つよう指導する