

喉頭摘出術－看護師の立場から－

亀尾慶子

要旨 喉頭全摘術後は音声の喪失または制限，永久気管孔による日常生活上の制限，外観の変化がおこる．それに対する患者・家族への精神的・身体的・社会的援助を早期から計画した上で看護にあたるのが大切である．

看護師の役割としては大きく4点があげられる．

1. 手術が最良の状態を受けられるよう，精神的・身体的・社会的なあらゆる面での準備を行う．とくに術後の機能喪失への不安が強いため，適宜面接を行い，患者が機能喪失を受容する過程を援助する．
2. 化学療法，放射線療法を行っている場合は手術に加え，その合併症や副作用への対処を行う．
3. 術後合併症の予防と早期発見に努め早期回復をはかる．
4. 退院に向けて，家族も含めて社会復帰への取り組みができるよう援助する．日常生活指導では自宅での生活に置き換えて，具体的に疑問や問題点を見出せるように関わっていく．

患者・家族の支援にあたり看護師は疾患や看護の専門知識や技術だけでなく，経済的な問題や社会福祉などの社会資源の活用についての知識も必要である．入院時より，患者・家族との間に信頼関係を築き，情報を得，知り得た情報から問題を予測あるいは抽出し，患者・家族自身が自らあらゆる問題を解決できるよう積極的に関わっていくこと求められる．

(キーワード：精神的ケア，患者・家族指導，社会復帰，家族支援)

Total Laryngectomy Problems and Solutions : From the Nurse

Keiko Kameo

喉頭癌全摘術を受ける患者の一般的特徴

喉頭癌は喉頭から発生した上皮性悪性腫瘍の総称で，大部分が扁平上皮癌である．発生頻度に男女差があり，男：女≒10：1である．好発年齢は50-60歳代であるが，高齢化の傾向がある．臨床症状は腫瘍の発生部位と大きさによって異なるが，一般に嚔声，喉の異物感，喀痰，疼痛，しみる感じなどの訴えが多い．拡大すると喘鳴や呼吸困難，嚥下時痛をおこす．

5年生存率は，70%を超え予後のよい癌の一つであるといわれる．早期のものは放射線治療を主体にして機能障害を残さず治癒させる可能性が高い．進行したものは手術療法が主体であり喉頭部分切除または喉頭全摘が必

要である．喉頭部分切除は原則として喉頭の機能は残存するが，全摘後は発声機能が失われ，食道発声や人工喉頭使用の発声訓練が必要である．

最近では，形状や機能を温存する化学放射線療法も普及しており治療後の生活の質を重要としている．そのため，手術を受ける患者の看護のみならず，化学放射線療法に対応した看護も重要である．

喉頭全摘術後は，音声の喪失，永久気管孔による日常生活上の制限，外観の変化がおこる．それに対する患者，家族への精神的・身体的・社会的援助を早期から計画しておくのが大切である．

国立病院機構東京医療センター 看護部

別刷請求先：亀尾 慶子 国立病院機構東京医療センター 看護部

〒152-8902 目黒区東が丘2-5-1

(平成17年12月26日受付)

(平成18年1月18日受理)

看護師の役割

1. 術前は手術が最良の状態を受けられるよう、精神的・身体的・社会的あらゆる面での準備をする。
2. 術前に放射線療法や化学療法を行っている場合は、その合併症や副作用への対処をする。
3. 術後合併症の早期発見と予防に努め早期回復をはかる。
4. 退院に向けて、家族も含めて社会復帰への取り組みができるよう援助する。

具体的看護

1. 手術前：患者・家族が心身ともに手術に向け準備をするための援助

当院で喉頭全摘術を受ける患者の多くは、何らかの症状を自覚するか、健診で精査をすすめられ入院し、全身麻酔下での喉頭生検術を受ける。いったん退院し、外来で主治医から生検の結果喉頭癌であると説明を受け、治療目的での入院となる。患者は外来において癌の告知を受けるので、外来看護師の役割も大きい。入院に際しては、もちろん、治療を受けるということは同意されているものの、現在の病状、今後の経過、治療内容、手術、術後の生活、家族、仕事などに関して非常に様々な不安を抱えている。そのため受け持ち看護師は早期に患者・家族と信頼関係を築き、情報を得るように努める。得られた情報から患者・家族が何を求めているのかを判断し、必要な看護を提供することが重要である。経済的な問題、社会的な問題に関しては個人のプライバシーに関わるが多いため、看護師は患者に誠意を示し情報を得、必要時にはソーシャルワーカーを紹介する。

入院後、医師は、詳細に手術の必要性や手術の方法、術後経過、手術によるリスク、術後合併症、機能障害の程度についての説明を行うが、看護師は事前にその内容を医師に確認し把握しておく必要がある。実際に、医師から説明を受ける場面においては、患者は過度の不安と衝撃から医師の説明内容を十分理解できないままにすることも多いので、受け持ち看護師が面談を行い、現在の思いや医師に聞きたいことについてあらかじめ患者と話し合っておくことは、患者の緊張を緩和し、患者も意思表示ができるため有効である。なお、医師からの説明の場に同席させていただくことについては必ず患者から同意を得る。医師からの説明を受けている間は、患者・家族の表情、質問の内容に注意し、説明を受けた後は、患者・家族がどのように理解しているか、説明により生じた疑問・不安などを傾聴する。機能喪失への不安と戸惑

いが強いと、受け持ち看護師は患者・家族と積極的に面談を行い、患者・家族双方の思いや具体的な不安が表出できるよう努める。その情報は医師と共有し、共同で精神的支援、意思決定の援助を行っている。

機能喪失へのケアとしては、1) 心理的危機へのケア
2) 新たな身体機能とライフスタイルのイメージ化がある。

心理的危機へのケアとしては、傾聴、面談の機会を設けるなど患者が術後に機能喪失を受容していく過程を援助する。

新たな身体機能とライフスタイルのイメージ化ができるよう、喉頭全摘術後の気道の変化、代用声帯、日常生活の変化、療養経過について術前から詳しく説明する。

当病棟ではパンフレットを用い、①咽頭・喉頭の働き、②永久気管孔の解剖・生理、③永久気管孔になったことで日常生活にどのような変化があるか、④永久気管孔の管理の方法、⑤コミュニケーションの方法（食道発声、電気人工喉頭、筆談）について手術の方針が決定した時点で説明している。専門的な知識のほかに、これまでの症例での私たちの経験や、喉頭全摘術後の患者からの反応・体験談をまじえながら具体的にイメージできるよう進めていくことが重要である。家族からの支援がより得られるように、説明時には必ず家族の同席を依頼する。また、患者会の紹介を行う。患者会である「銀鈴会」は喉頭摘出術のために発声機能を喪失した患者を支援する会である。術後のイメージがつかなくなったり、そのために不安や意思決定がうまくできない場合には、術前から同会を訪問することで、漠然とした不安が解消されたり、意思決定ができる場合がある。訪問し実際に他の患者と接することで、患者にとっては術後の社会復帰への具体的な目安をつけることができる。

以上の説明を理解して初めて、患者・家族には具体的な今後の生活へ問題が明らかになる。50-60歳代の男性患者の場合、一家の経済状態に直接影響することが多い。どのような職業に従事しているのか、業務内容はどのようなものか、今後継続していけるのか、継続するために必要なことはないかなど患者とともに考えていく。

家族は悲嘆と介護の不安、今後の生活への不安については、患者と話し合えずに苦悩している場合がある。そういう時は配偶者などのキーパーソンとの個別の面談を実施し、時には患者と話し合うことがお互いの不安を解消できるよい手段となる場合があると提案し、それがよい解決法になることもある。

術前オリエンテーションは、手術後の回復に必要な知識や具体的な対処方法を理解してもらう目的で行う。パ

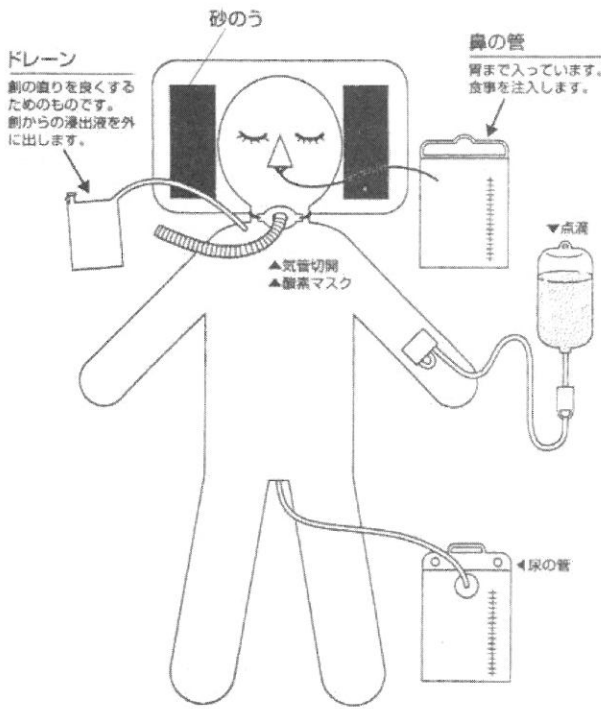


図 手術直後の状態

ンフレットを用い、術後の状態について具体的に図に示しイメージしやすいように説明する(ルート類, 安静度・体動制限, 疼痛時の用意, 術後合併症の予防)(図参照)。また、術後は発声できないためコミュニケーション手段として、筆記用具やホワイトボードを準備していただくように依頼したり、簡単なジェスチャーについて、術前から患者・家族と相談し決めておく。また実際に実施してみる。

長時間の手術であり侵襲の大きい手術であるため、術直後の状態を目の当たりにした時の家族のショックが大きいことがある。ショックを最小限にするために術前から、術後の状態をできるだけ具体的に説明して、家族に予備知識を持っていただくとともに、回復への援助計画について提示し不安の軽減をはかる。そして家族も回復過程に積極的に参加できるようになり、このことは患者にとって非常に励みになる。家族に戸惑いがあり受容できていないような場合は無理にすすめず、まず家族の受け止め方を把握し、その上で回復の過程で徐々に受容できるように時間をかけて関わっている。

2. 術直後:手術侵襲による危険を防ぎ早期回復に努める

術直後は異常の早期発見と術後合併症の予防に努める。見た目が予想外に重症感があり、家族は生命の危機を感

じることもある。看護師は患者に対して身体面のケアを行うと同時に、患者・家族の不安の軽減をはかる。具体的には、看護行為の前に患者に必ず行っている行為の必要性和意味を説明し、了解を得た上で実施する今後の予想される成り行きを、具体的にイメージがつくようわかりやすく説明するなどがあげられる。

また、術前にコミュニケーション方法については説明してあるが、術後の痛みや体動制限などの身体的苦痛や、実際に声が出ないことへの戸惑い・不安・ボディイメージの変化などの精神的苦痛により、いらつきや家族に対する攻撃的な言動を示すことがある。多くの家族はそのような患者の思いに寄り添い、患者の希望をくみ取ろうと努力するが、時に家族がその反応の変化に戸惑いを感じ、対応に苦慮する場合がある。そのような時は家族に対するケアが重要である。家族の戸惑いを受容し、一緒に対応方法を考える。また患者の支えとなる家族が心身ともに疲労しないような方法を具体的に考える。

医師の指示により術後1週間目には離床を開始する。離床開始時は転倒防止に注意し歩行訓練などを行っていく。回復の過程は、重症からの回復であり、患者・家族とも喜びが大きい。患者・家族のこれまでの努力をねぎらい、ともに回復をよろこび合うことでより強い信頼関係を築くことにつながる。

3. 社会復帰に向け心身の状態を整える

退院に向けた日常生活指導は全身状態が安定したら、主治医の許可を得て、開始する。おおよそ、食事が経口で摂取できるようになる術後3週間目頃を開始時期の目安としている。患者が退院までに自信をもって実施できるように、また自宅での生活に置き換えて具体的に疑問や問題点が見出せるようにする。

1) 気管孔の管理について

気管孔の観察の仕方(痰の性状、痂皮の有無、出血、気管孔の狭小化、皮膚の状態)、エプロンガーゼの用意(除塵、加湿、保温、見た目対策)、保清について説明する。鏡を用意してもらい患者自身によく観察してもらう。また痂皮の付着により気道閉塞をきたすので、ピンセットを用いた痂皮の除去を指導する。患者自身では困難なことがあるので緊急時の対策もふまえて家族にも同様の指導をする。

2) 清潔(入浴・洗髪・洗顔・ひげそり)時の注意事項

永久気管孔からの水の侵入を防ぐ必要性について説明する。入浴用の気管孔用エプロンを使用して練習する。

当院には入浴の設備がないため、入院中はシャワー浴のみ実施できる。初めてのシャワー浴では、一人では患者の不安が強いことが多いため、実際に介助を行いながら、具体的に説明する。退院前の試験外泊時には、自宅で実際に入浴していただき、不安な点については退院前に解消できるように援助し、問題点は患者・家族とともに相談し解決する。肩まで湯船につかる等の習慣的な行動は取らないように注意を促すことは重要なことである。

3) 食 事

基本的に食事制限はない。術後つかえ感がある場合は、食品の選択（半固形物）、調理方法（煮る、ゆでる）、摂取方法（少量ずつよく噛んでゆっくり）を工夫する。

鼻や口を通じて呼吸をしないために、呼吸性の嗅覚・味覚を失うことは日常生活においては非常に大きな問題となる。普段、食に対する欲求が強い患者は、とくにその変化に戸惑う。食事の容器や盛り付けを工夫したり、食事の場面での会話や雰囲気など食事時の留意点、対処法については、患者だけでなく家族への指導は重要である。また、臭いがわからないために、食物の腐敗に気付かないので注意が必要である。息を吹きかけてきますることができないのでやけどに注意するなどの説明をする。

遊離空腸置換術を受ける患者では術後、空腸の蠕動により逆流や嚥下困難が生じることがあるが術後1～2ヵ月で症状は軽快する。術後1年以上経過してから再度同様の症状をおこすこともあるので事前にそのことを説明する。

4) 排 泄

いきむことができないので、術後便秘傾向になることから排便コントロールが必要となる。

5) 体調の異常

定期受診の厳守、発熱・呼吸困難・痰の増加・血痰など異常のある時は、早めに受診するように説明する。肺炎や気管支炎を合併しやすいことは説明しておく必要がある。

6) 在宅で使用する吸引器・ネブライザーの準備とその使用方法について

術後回復するにともない、喀痰量も減少しほとんど吸引が必要ないこともある。退院後吸引器が必要か否かは主治医と検討し、痰の性状と吸引圧から機種を決定する。

それによって自宅に用意する方法や使用方法について患者・家族に説明する。入院中に自宅で使用する吸引器を取り寄せ、患者・家族が入院中に実際に練習できるように援助する。

7) そ の 他

嗅覚がほとんどなくなるのでガス漏れに注意が必要である。事故防止のために、ガス漏れ探知機を設置するのも1つの方法であることを説明する。

術後は身障者3級に認定される。認定には時間を要するため術前に身障者障害者申請について説明し早めに手続きを開始する。

おわりに：患者・家族の支援にあたり

術前に精神的・身体的・社会的な問題について十分な情報収集のもと看護計画を立案し、援助や指導を行っているが、実際の場になって初めて明らかになる問題や患者・家族の予想や思いとのずれなどもある。そのため術後はさらに患者・家族とのコミュニケーションを密にし、退院に向けて患者・家族が疑問を表出でき、少しでも患者・家族の不安を軽減できるよう関わっていく必要がある。看護師には疾患や看護の専門知識や技術だけでなく、経済的な問題や社会福祉などの社会資源の活用についての知識をもちチーム医療としてソーシャルワーカー・栄養士・医師等と協力し、患者・家族のあらゆる疑問や不安にこたえる用意をしておくことが求められる。

また家族には実際に患者のもつ問題についてよく理解し、家族による精神的援助が重要であることを説明する。悲しみや、無力感などの感情を否定せず、患者とともに家族に対しても支持的な態度で接することや問題解決のための具体的方法などをともに考え導き出していくことが大切である。

文 献

- 1) 正津 晃監修：新図説臨床看護シリーズ 成人看護 9, 眼科 耳鼻咽喉科 口腔外科, 学研, 東京, 1994
- 2) 金子道子, 高橋照子, 平山朝子著, 井上 幸子ほか編：看護学大系 6 看護の方法 [1], 看護過程の成り立ち, 日本看護協会出版会, 東京, 1992
- 3) 神崎 仁, 北山春代：新版看護学全書 第28巻 成人看護学13, 耳鼻咽喉疾患患者の看護, 東京, メヂカルフレンド社, 2002