

頭頸部がん再建手術クリティカルパスの作成

キーワード：頭頸部がん再建手術・クリティカルパス・統一した看護介入

1 病棟 6 階東

山田啓美 上野麻佐美 大野美里 横田久子 齊藤恵子

I. はじめに

クリティカルパスは①標準化した医療が提供できる②入院期間の短縮③計画性ある医療・看護の提供④異常の早期発見・対処⑤スタッフの協調性の向上など多くの利点を持ち、その導入が進んでいる。¹⁾

頭頸部がん再建手術は気道操作や複雑な血管吻合が行われ、頭頸部から腹部、四肢にまでいたる侵襲の大きな手術である。これまで、当病棟では、チェックリストのみで介入を行ってきたが、新人・ローテータースタッフからは「チェックリストだけでは看護介入が分かりにくい。」という意見があった。このことから私たちは、看護師の能力や経験の差により、統一した看護介入が行えていないのではないかと感じた。

そこで、新人・ローテータースタッフへの教育やチーム医療をスムーズに展開するためには、頭頸部がん再建手術のクリティカルパスが有効ではないかと考え、頭頸部がん再建手術クリティカルパスを作成したのでその経緯をここに報告する。

II. 方法

1. 期間：平成19年1月～平成19年12月

2. 方法：

- 1) 他病院での頭頸部がん再建手術クリティカルパスの検索
- 2) 平成19年1月～平成19年11月当病棟に入院し、頭頸部がん再建手術を受けた患者の術後経過の調査
- 3) それぞれの結果を比較検討し、頭頸部がん再建手術クリティカルパス作成

III. 結果・考察

頭頸部がん再建手術クリティカルパス使用を、公開している施設は2施設であった。平成19年1月～平成19年11月当病棟に入院し、頭頸部がん再建手術を受けた患者は9名であった。9名の術後経過の調査をもとに、他施設でのクリティカルパスと比較検討した。結果は項目別に表1に表す。

1) 栄養・食事

他施設では術後7日目に嚥下造影検査を行い経口摂取開始としている。当病棟では、リンパ瘻や感染、瘻孔形成などの術後合併症により、経口摂取の時期はさまざまであったが、医師と検討した結果、術後4日目より白湯、術後5日目より栄養の胃管注入を開始とし、術後11日目で嚥下造影検査、問題なければ経口摂取開始とした。

2) 活動

頭頸部がん再建手術術後の安静度に定説はない。他施設でも歩行開始は術翌日、術後2日目以降であった。当病棟では、頸部安静保持のため医師の指示で術後6日目～術後7日

目に歩行を開始してきており、離床の遅れが明らかになった。臥床が長期化することで下肢静脈血栓症、肺炎、術後せん妄などのリスクが増加するため、不必要な安静制限は望ましくない。そこで私たちは、医師と検討した結果、患者が集中治療室から一般病棟に転棟する術後3日目に自力座位、術後4日目に立位、歩行開始とした。

表1. 他施設でのクリティカルパスと当病棟での現状調査結果

項目		他施設でのクリティカルパス		当病棟での現状
		A施設	B施設	
栄養 食事	経管栄養	術後2日目	術後2日目より白湯、栄養増量	術後3～10日目白湯より注入、問題なければ二倍希釈の栄養注入
	経口摂取	術後7日目	嚥下造影検査で問題なければ術後7日目	嚥下造影検査で問題なければ術後14日目
活動	自力座位	術後1日目	術後1日目	術後3～6日目
	歩行開始	術後2日目	術後1日目	術後6～7日目
排泄	膀胱留置カテーテル抜去	術後1日目	術後1日目	術後3～7日目
清潔	シャワー浴開始	ドレーン抜去後（術後2日目より抜去検討）	術後7日目	術後13～19日目
	術前口腔ケア	外来で歯科口腔外科紹介	外来で歯科口腔外科受診	入院後歯科口腔外科受診
	術後口腔ケア	術後1日目	術後1日目スポンジブラシ使用	術後3日目サトルコン清拭・スポンジブラシ・歯磨きなど医師の指示により様々
指導 教育	クリティカルパスには詳しくは組み込まれていない。		術前オリエンテーション・処置チェックリスト使用	

3) 排泄

他施設では膀胱留置カテーテル抜去は術翌日としている。当病棟では離床の遅れから、術後3日目～7日目であった。離床がすすめば膀胱留置カテーテルは抜去できるため、立位、歩行開始の術後4日目に膀胱留置カテーテルを抜去とした。

4) 清潔

① 身体 of 清潔

他施設では術後6日目まで全身清拭を行い、術後7日目よりシャワー浴を開始している。当病棟でのシャワー浴開始の時期は13日目～術後19日目となっていた。離床の時期が遅い、腹部に創がある、鼠径部に中心静脈カテーテル留置などの理由から、医師の許可がでなかったことがシャワー浴開始時期の遅れの原因と考えた。そこで、歩行開始となればシャワー浴が可能と考え、医師と検討した結果ドレーピングにより創部や中心静脈カテーテル留置部に水がかかれば許可となり、術後5日目にシャワー浴介助とした。

② 口腔ケア

他施設では口腔ケアをクリティカルパスの中に組み込み、外来で治療方針が決定した段

階で歯科口腔外科へ紹介され、専門的ケアを受けられるようにしている。一般的に口腔内唾液 1 ml 中に、数億から十数億個の細菌が存在する。頭頸部がん発生のリスク要因の一つとして口腔の不衛生がある。諸家の報告によると、汚い術野で行われる頭頸部がん再建手術は約 40～60%の術後合併症（創部感染、皮膚瘻、肺炎などを含めた合併症）が起こるといわれている。これらのことから、合併症の予防・軽減のため、術前からの口腔ケアが重要であることを認識した。そこで、医師へのアプローチを行い、入院が決定した時点で歯科口腔外科を受診し、入院前から口腔ケアが開始できるようにした。スタッフに対しては、歯科衛生士による口腔ケアの勉強会で重要性を意識付けた。

また、術後は一般病棟に転棟する術後 3 日目よりスポンジブラシを使用し、口腔ケア開始とした。

5) 指導・教育

他施設では外来で入院が決定した時点で行われているためクリティカルパスには詳しく組み込まれていない。当病棟では外来で詳細な指導は行われていません。しかし、頭頸部がん再建手術は、機能障害やボディーイメージの変化をきたし、日常生活や社会生活に大きな影響を及ぼす。術後はほとんどの症例に気管切開が行われるため、一時的に発声ができず、筆談でのコミュニケーションの指導が必要である。また、喉頭摘出の場合では、一生発声機能を失うため、障害者認定の準備や術後の生活がイメージでき手術に対して前向きになれるよう患者会（山口喉友会）への参加の調節が必要となる。そのため、入院後手術までの一週間の指導が重要となる。そこで術前における指導内容を組み込んだ。

以上を踏まえて、当病棟における頭頸部がん再建手術クリティカルパスを作成した。（表 2、表 3）治療やケアがまとめられているので、新人・ローテータースタッフへの教育のガイドラインとしても活用でき、処置やケアの抜けがなく統一した看護介入のためのツールに役立てるのではないかと考える。今後は、頭頸部がん再建手術クリティカルパスを導入することでバリエーションの分析を行い、定期的な見直しと修正が必要と考える。

IV. 結論

1. 当病棟で頭頸部がん再建手術を受ける患者の、入院前における口腔ケアが未介入であり、重要性を認識した。
2. 他施設と比較し、離床の遅れがあることが分かった。
3. 治療方針決定時からの口腔ケア介入と、早期離床を目指し、術前指導内容を組み込んだ頭頸部がん再建手術クリティカルパスを作成した。

引用文献

- 1) 郡司篤晃：パス法その原理と導入・評価の実際，ヘルス出版，p146，2000.

参考文献

- 1) 鬼塚哲郎：他職種チームのための周手術期マニュアル 4 頭頸部癌，メヂカルフレンド社，2006.
- 2) 大田洋二郎：頭頸部がんの口腔ケア，vol.12 (No.6)，南江堂，2007.
- 3) 飯田善幸：頭頸部がんの手術治療と合併症対策(2)手術クリニカルパス，vol.12(No.5)，南江堂，2007.

表2. 頭頸部がん再建手術クリティカルパス (術前)

	入院前	入院～5日目	入院6日目	手術前日	手術当日
		/ (火)～/ (土)	/ (日)	/ (月)	/ (火)
検査	MR,CT,RI,採血 頸部エコー,細菌検査 CX-P,ECG,BGA	24 CCR 蓄尿			
治療 処置	歯科口腔外科紹介		【遊離空腸の場合】眠前フルゼニド内服	CV留置 必要時除毛【遊離空腸の場合】マグコロール内服・眠前フルゼニド内服	必要時GE施行 アンシクス装着しOP室へ
栄養 食事		制限なければ常食、必要時変更。 摂取量把握		夕食後より絶食 【遊離空腸の場合】朝より絶食・夕より絶飲食	
活動		制限なし			
排泄		排泄状況確認		【遊離空腸の場合】フルゼニド反応確認	【遊離空腸の場合】マグコロール・フルゼニド反応確認
清潔		制限なし		CV留置前に入浴・洗髪確認	
教育 指導	呼吸訓練 (スーフル)指導 禁煙指導	・術式確認 () ・医師より手術説明 () ・術前オリエンテーション () ・呼吸訓練確認 () ・口腔ケア確認 () ・必要物品説明・確認 () ・術後口腔ケア指導 () ・筆談でのコミュニケーション方法指導 () ・喉摘の場合喉友会説明 () ・身障者手続き説明 ()		・麻酔科術前診察後 CCMC入室オリエンテーション・見学 ・CCMCへ午前中サマリー送付 ()	・10時家族がCCMCへ必要物品持参しオリエンテーションを受ける ・帰室準備 (): CCMC受け入れ準備のマニュアル参照

表3. 頭頸部がん再建手術クリティカルパス (術後)

	術後3日目	術後4日目	術後5～6日目	術後7～9日目	術後10～12日目
	/ (金)	/ (土)	/ (日) / (月)	/ (火) / (水) / (木)	/ (金) / (土) / (日)
検査	血液検査				
治療 処置	サクシオンエイト挿入中皮弁チェック 遊離空腸の場合トノーター挿入中 (1～2時間毎チェック、PgCO2値60以上でDrコール)	ガーゼ交換 頸部ドレーン抜去検討 (原則30ml/日以下または淡血性)	【一時的気管切開の場合】サクシオンエイトからスピーチチューブへ変更	経管栄養増量に伴い帆液減量、中止 CV抜去	【一時的気管切開の場合】気管孔閉、気管孔閉鎖できない場合、レティクへ変更検討 【永久気管孔の場合】チューブ抜去検討
栄養 食事		胃管より白湯注入開始	経管栄養注入開始 (倍希釈から開始)		嚥下造影検査結果,問題なければ経口摂取
活動	端座位可	立位・付き添い歩行可		病棟内歩行可	
排泄		膀胱留置カテーテル抜去、尿器・自室トイレ使用			
清潔	全身清拭・陰部洗浄、スポンジブラシ使用し口腔ケア開始		介助にてシャワー浴開始	自己にて口腔ケア開始	
教育 指導	安静度指導				