

管理栄養士との連携により経口による食事摂取が再開できた一事例 頭頸部癌にて化学療法併用放射線治療を受け有害事象を生じた事例を通して

キーワード：化学療法併用放射線治療、経口摂取、管理栄養士

1 病棟 6 階東

和田知恵 上田久美子 乗安里佳 石野由香 高木佑子 吉原理恵子
有富早苗（栄養治療部）

I. はじめに

頭頸部癌で化学療法併用放射線治療（以下 CCRT とする）を受ける患者の多くは、ほぼ全例で有害反応による唾液分泌障害や、口腔粘膜炎などの粘膜障害を発症する。粘膜障害は口腔内疼痛、味覚障害を引き起こし、食欲低下、経口摂取量低下により栄養バランスが崩れ、治療効果にも影響する。そのため、看護師は有害事象に対して、刺激が少なく食べやすい食事形態を選択し、経口摂取を重視した看護介入を行っている。しかし、症状進行に伴い、患者からは「痛いから食べる気がしない」「味がしないから何を食べても一緒」といった発言がみられ、症状による経口摂取困難から、必要エネルギー確保のため経管栄養へ移行する現状がある。中東は「経鼻経管栄養法や経皮内視鏡的胃瘻造設術においては、栄養量は確保できるが、『食べる』楽しみを失うため、患者の生活の質は著しく低下する」¹⁾と述べている。味覚障害は治療中だけでなく、治療後もしばらく続くため、患者の肉体的・精神的苦痛が強く、患者の QOL の低下を招き闘病意欲の低下に繋がる。

門田らは「本来楽しむべきである食事が、患者にとって苦痛にならないよう、できるだけ満足感が得られるように、援助していくことが必要である」²⁾と述べている。そのため、口腔内疼痛や味覚障害を生じて経口摂取困難となった患者に対し、QOL を維持するためには、食事に関して満足感が得られる介入を行うことが必要であると考えた。

今回、症状の出現当初から、看護師が食事に対する援助を行っていたが、看護師だけでは患者の要望を叶えることが難しく、経口摂取を継続させるために、管理栄養士による面談を開始した。頻回の面談や食事形態、食事内容の細かな変更を重ね、一時的に経管栄養へ移行したものの、再度経口摂取が可能になった事例を経験した。そこで、患者の経過を振り返り、経口摂取が再開できた要因を検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 事例紹介

患者：Y 病院 B 病棟に入院中の A 氏、60 歳代、男性

疾患名：中・下咽頭癌

治療：化学療法併用放射線治療（化学療法 3 クール、放射線療法 66Gy）

2. 方法

入院期間を I 期（治療開始から管理栄養士による面談開始まで）、II 期（管理栄養士による面談開始から退院まで）に分け、以下の項目について診療録より経過を振り返り、考察する。

- ・ CCRT に伴う有害事象（食欲不振、口内炎・咽頭炎、味覚障害、嘔気）
- ・ 患者の食事に対する発言、要望
- ・ 食事摂取量、食事形態
- ・ 看護師、管理栄養士の介入

3. 倫理的配慮

症例報告に際し、本人に、個人が特定されることはなく、本発表会以外に情報を使用しないことを口頭で説明し、同意を得た。

III. 結果

管理栄養士により作成された栄養管理計画書を参考に、必要エネルギー量 1,400Kcal を目標とし、経口摂取量が維持できるよう食事に対する支援をした。入院期間は看護師、管理栄養士の介入方法から時期を分けた。

1. I 期：治療開始から管理栄養士による面談開始まで(図 1 参照)

I 期では、治療開始から 1 週目より食欲低下がみられ、3 週目より口腔内や咽頭部に疼痛が出現した。5 週目より味覚障害を発症したため、症状に合った食事変更が必要となった。ここでは、有害事象により、摂取カロリーが低下し、食事変更が必要となった時期について述べていく。

1) 治療開始 1 週目

A 氏は食欲低下を訴え、一時的に摂取量が低下した。この時期は、症状が食欲低下のみであったため、摂取カロリー確保の目的で、院内の約束食事基準から主に主食の変更を行った。それにより、摂取量は 1000Kcal 程度摂取できていた。

2) 治療開始 3 週目

3 週目以降は、症状が悪化し、細かな食事変更が必要となった時期であった。口腔内や咽頭部に炎症による疼痛を生じ、A 氏は、「食事をどうにか食べたいけど、口の中とのどが痛い」と食べようという意欲はあったが、疼痛のため食べられない状況を訴えていた。そのため看護師は、今までの普通食から、味付けが薄く、刺激の少ない口内炎食へ変更した。しかし、摂取量は増えなかったため、管理栄養士に電話で相談し、従来の口内炎食の味付けよりも更に薄い味付けと、栄養調整食品を追加した献立に変更となった。その結果、摂取量は 900Kcal 程度へ増加した。

3) 治療開始 5 週目

この時期は、味覚障害が発症し、食事変更をしても摂取カロリーの確保が難しい時期であった。味覚障害により一層食欲は低下し、嘔気や倦怠感も加わったことで、A 氏は食欲が出て、食べたい時に食べられるものを希望した。そのため、口内炎食から、主食、副食が半量程度であり、品数が多く、嘔気がない時に時間をおいても食べられる、ゼリーなどの補食がついた食欲不振食へ変更した。口内炎による疼痛も持続していたため、味付けや刺激の少ないものへの対応は継続していた。しかし、実際には症状が増強したことにより、摂取量は 300Kcal 程度とほとんど増えなかった。

2. II 期：管理栄養士による面談開始から退院まで(図 2 参照)

II 期では、看護師による食事変更のみでは対応困難となり、管理栄養士の介入を開始した。しかし、症状は悪化し、経口摂取が困難となり全面的に経管栄養へ移行した。その後、経口摂取再開となった。ここでは、管理栄養士の介入を開始した治療開始 6 週目、経管栄養へ移行した治療開始 8 週目、経口摂取再開となった治療開始 10 週目について述べていく。

1) 治療開始 6 週目

嚥下困難感により、一口、二口しか摂取できない状態となり、摂取量は 100~200Kcal に低下した。経管栄養を勧めたが、経口摂取を強く希望していた。しかし、看護師による約束食事基準の献立からの食事変更では、嚥下しやすく嗜好に合い、少量でカロ

リーが摂取できるものへ変更するといった対応が困難となり、管理栄養士に面談を依頼した。面談は、管理栄養士がA氏の要望と状態を考慮しながら、約束食事基準のメニューにはない、多様な食種を提示し、献立を自由に選択できる環境を提供しながら行われた。食種はタブレットを使用して、実際の写真をA氏に見てもらい、食べたいものをA氏自身が決めた。主食であれば、ペーストや麺など数種類の形態を示し、副食の中には、たこ焼きやラーメン、レトルト食品といったものもあった。面談は、開始当初は、毎日行い、その後は3～5日に1回のペースで行われ、A氏は経口摂取を継続することができた。

2) 治療開始から8週目

治療は終了していたが、症状は続いていたため、経口摂取が難しくなり、摂取量が100Kcalをきり、医師の指示により、全面的に経管栄養に移行することになった。約2週間は経口摂取ができず、管理栄養士の面談を行っていなかった。

3) 治療開始から10週目

疼痛軽減に伴い、A氏自ら管理栄養士との面談の再開を希望した。この時期には、症状が快方に向かったこともあり、経口摂取に対する意欲が見られるようになり、「気が進まないけどそろそろ食べるといけんでしょ」「栄養士さんに来てもらいたい」という発言があった。そこで、管理栄養士に面談の再開を依頼した。この時はA氏の経口摂取に対する思いを重視し、食べたいと思えるものが提供できるよう、副食よりもA氏が好んでいた主食が摂取できることを目標とした。まずは主食の形態を変更することから始め、徐々に経口摂取量を増やしていき1000Kcal程度摂取できるようになった。

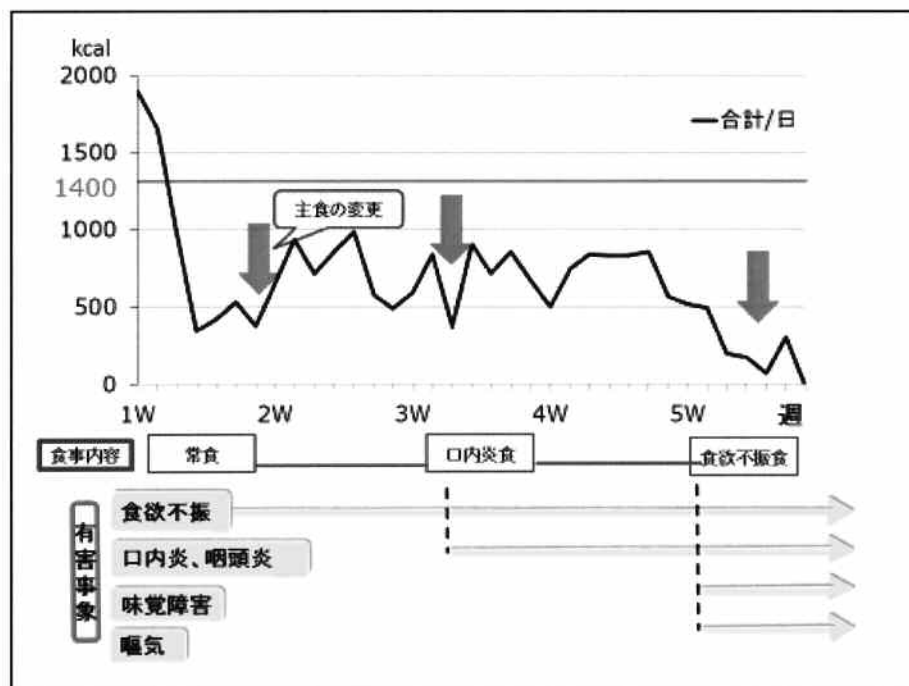


図1 症状と摂取カロリーの変化

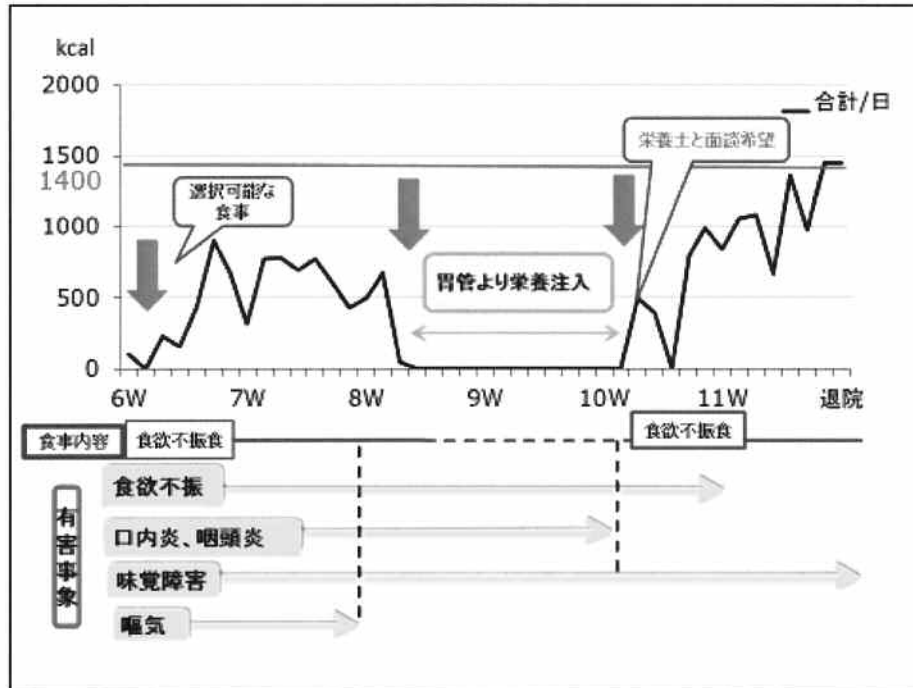


図2 症状と摂取カロリーの変化

IV. 考察

治療開始から1週目、A氏は、治療による有害事象の症状が食欲低下のみであったため、看護師は食事内容を嗜好と必要エネルギー量に重きを置いて考えた。治療開始から3週目以降は、口腔内疼痛や味覚障害の症状が進行し、症状に応じたより細かな味付けの変更をするため管理栄養士と電話で相談をすることが必要となった。電話で相談をしたことにより、従来より薄い味付けの口内炎食や、ゼリーなどの補食がついた食欲不振食を提供することが出来たため、一時的に摂取カロリーは増えたのではないと思われる。

看護師がA氏の症状をアセスメントし、約束食事基準の中からA氏と話し合って決めた食事について管理栄養士に相談したことにより、A氏の症状に合い、より刺激の少ない食事を提供することが出来た。しかし、約束食事基準の中の食事しか提供出来ていなかったため、A氏が食べたいと思える食事は提供出来ておらず、症状の進行とともに経口での摂取カロリーは確保できなくなった。

頭頸部がんで、CCRTを受ける患者は、治療の経過で有害事象が進行し、経口摂取困難となり、食事に対する意欲も変化していく。そのため、入院後より管理栄養士の介入を開始していく必要がある。

経口摂取がほとんど出来なくなった治療開始6週目以降も、A氏は経口摂取の継続を強く望んでおり、担当医も摂取カロリーの確保にこだわらず、経口摂取がしたいというA氏の意欲を尊重していた。そのため、看護師は一日でも長く経口摂取ができ、A氏のQOLの維持が出来るよう、症状や嗜好に合い、少量でもカロリーがとれるものを提供したいと考え、管理栄養士の面談を開始した。管理栄養士の面談では、A氏が実際にタブレットの写真を見て、食事の内容を視覚で捉え、食べたいものを自分自身で決めたことで、看護師だけでは提案できなかった食事を提供することができた。そのときに食べたいものを視覚的にイメージし、自己決定できたことで満足感が得られたと考える。また、面談によりその

場で専門的な意見を聞くことができ、看護師と管理栄養士が情報を共有し連携をとることで安心感が得られ、経口摂取に対する意欲が持ち続けられたと考える。

看護師は患者と信頼関係を築き、状態を把握して、患者の要望を理解することが重要であり、管理栄養士は専門的知識を活かした介入が重要である。医療の質を高め、効果的な医療サービスを提供するために、多職種がそれぞれの高い専門性を前提に、情報を共有し連携をとり、患者の状況に的確に対応した医療を提供することが、問題解決に繋がると言われている。今回、経口摂取が再開できたのは、A 氏の希望に応じた時期に、継続した看護師と管理栄養士の関わりがあり、多職種によるチーム連携により個別対応ができたことが要因として考えられる。また、A 氏が直接管理栄養士と面談を行い、食事に対する要望への迅速な対応ができたことで、経口摂取に対する意欲の継続に繋がった。

今回の事例では、食事に対する意欲は持ち続けることが出来たが、摂取カロリーは維持できなかった。入院後早期から看護師と管理栄養士が連携をとることができていれば、経口摂取カロリーの維持や経口摂取期間の延長に繋がったのではないかと考える。

V. 結語

頭頸部癌にて CCRT を受ける患者に対し、多職種の専門性を活かした介入を継続することが、患者の自己決定を促し、経口摂取に対する意欲の継続に繋がる。

VI. 今後の課題

今後、CCRT を受ける患者の食事に対する看護介入では、入院後早期に管理栄養士の面談を取り入れ、積極的に多職種連携を図っていく必要がある。また、入院後早期に面談を開始できるよう、面談の場所や参加者などについて管理栄養士と調整が必要である。

引用文献

- 1) 浅田美江, 中東真紀: 摂食・嚥下障害患者に対する看護の役割, 臨床看護, 35(4), 499, 2009.
- 2) 門田舞: 口蓋扁桃摘出術後の食事摂取量の比較, 耳鼻臨床, 100 巻 (3 号), 236 頁, 2007.

参考文献

- ・ 大釜徳政: 頭頸部がん患者における放射線治療に伴う有害事象と食事摂取に関する検討, ヒューマンケア研究学会誌 第二巻 1-10, 2011.
- ・ 佐々木早苗: 胃瘻造設から経口より「食べる」楽しみを再度得るためのかかわり, 日本精神科看護学術集会誌, 55 巻 (2), 112-116, 2012.
- ・ 井上恵太: 患者の嚥下機能に合わせた食事形態の選択と誤嚥予防への取り組み, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 第八巻 60-63, 2013.
- ・ 谷山奈保子: 放射線治療を受けた食道癌・肺癌患者における放射線食道炎の実態と看護介入の検討 kitakanto medical journal 第 60 巻 105-110, 2010.
- ・ 小楠範子: 胃瘻造設を余儀なくされた高齢者の家族の思い Hospices and Home Care Vol. 17, No. 3, 2009.
- ・ 工藤紘子: 嚥下訓練のマニュアル作成が及ぼす看護師の意識の変化, 第 34 回日本脳神経看護研究学会誌 Vol. 30 No. 1, 48-50, 2007.