

膵切除術後長期生存例の栄養状態と看護介入

坂尾 雅子 永川 宅和* 真田 弘美*

要 旨

膵頭部領域癌では、根治し得ても手術後に吸収障害による下痢が続き、社会復帰が困難ともいわれる。長期生存者がどのように生活をし、看護介入が如何にあるべきかを知るため、栄養面に焦点をあて調査をし、これらと術式の関係を検討し、健康人とも比較を行った。対象は膵切除術をうけて5年を経過した21名と、比較のため健康人は金沢市在住の同世代の消化器手術を受けていない21名である。研究は、膵切除患者の栄養状態を調査し、ついでこれらと術式、郭清法、進行度との相関を検討した。その結果、食事摂取では健康人と差がなかったが、体重では手術前より平均6kgの減少をみた。下痢は5名に継続がみられ、客観的な臨床検査では約30%の人に貧血、高血糖、肝機能低下を見た。看護介入のあり方として、栄養管理への知識提供と患者主体の栄養指導環境の整備が必要であると思われた。

KEY WORDS

Pancreatectomy, long-term survivors, postoperative nutrition, nursing care.

はじめに

社会の中には一見健康体にみえながら、実際には日常生活において身体的苦痛をもっている人（仮、または偽健康者）¹⁾は多い。その代表として外科的に臓器摘出をうけて長期生存している人々をあげることができる。

膵頭部領域癌ではその根治性を高めるために、大量臓器切除、腹部大動脈周囲リンパ節を含む後腹膜リンパ節の郭清と上腸間膜動脈周囲神経叢、膵頭神経叢、腹腔神経節の切除が行われる²⁾。そのため術後は消化吸收障害に起因する厳しい下痢が続き、社会復帰が困難ともいわれている³⁾ほどで、患者は家庭に帰っても、栄養低下や下痢による身体的苦痛はもちろん栄養障害によるQOLの低下が予測される。

膵臓を切除し、長期生存している症例の医学的見地についての報告はある^{4)~8)}が、その人たちがどのような生活をし、どのような栄養管理をされているかの報告は調べた範囲ではみられない。そこで、膵切除術後長期生存例の在宅における栄養状態を中心としての実態を知り、それらの結果から、患者のQOL向上のための看護介入のあり方を考えたので報告する。

対象と研究方法

1. 対象

本研究では5年以上生存者を長期生存者とした。実態調査ではK大学外科で膵切除術をうけ、5年以上経過した21名に研究の主旨を説明し、同意が得られた全員を対象とした。平均年齢70.5±9.7歳、平均術後年数は11.5±6.1年で男性10名、女性11名であった。病名は乳頭癌12名、膵頭部癌5名、胆管癌4名で、術式は膵頭十二指腸切除術（pancreatoduodenectomy, PD）、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術（pylorus-preserving pancreatoduodenectomy, PpPD）、郭清法は上腸間膜動脈 superior mesenteric artery (SMA) 周囲神経叢郭清、リンパ節郭清度D₀₋₃、進行度はStage I~IVでみた。術式別にみるとPDは15名、PpPDは6名で、SMA郭清ありは8名、なしは13名、郭清度D₀₋₁は7名、郭清度D₂₋₃は14名であり、進行度をみるとStage Iは5名、IIは8名、IIIは7名、IVは1名であった。

自覚的な調査項目の開発では5名を無作為に抽出した。平均年齢は66.6±6.8歳で、男性2名、女性3名であった。

一般健康人との比較に用いる健康人は、ほぼ同年

金沢大学医学部附属病院

* 金沢大学医学部保健学科

表1 栄養状態総合評価と術式、郭清法、進行度の相関 (n=21)

項目	成績	術式	SMA郭清	リンパ節郭清	Stage
食欲なし	3(14.3%)人	ns	ns	ns	ns
10%以上の体重減少	12(57.1%)人	ns	ns	ns	ns
下痢あり	5(23.8%)人	ns	P<0.05	ns	ns
BMI	20.0±2.9	ns	ns	ns	ns
上腕筋面積	31.8±8.5cm ²	ns	P<0.05	ns	ns

食欲なし、10%以上の体重減少、下痢ありは χ^2 検定。

BMI、上腕筋面積はt検定。ns、有意差なし。

代で金沢市在住の消化器手術をうけていない21名とした。平均年齢は72.9±1.4歳，男性10名，女性11名であった。

2. 方法

脾切除後長期生存例の栄養管理について3側面(自覚的・客観的・社会的健康度)について調査をした。

3. 栄養状態の総合評価

1) 調査項目は食欲の有無，10%以上の体重減少，下痢の有無，BMI，上腕筋面積であった。

2) 栄養状態の総合評価調査成績と術式，郭清法，Stageとの相関について検討した。

4. 客観的健康度の検討

1) 調査項目としては，食事調査(簡易食物摂取状況調査表による)を行い，臨床検査(血液・尿)の成績をみた。

2) 客観的健康度の調査成績と術式，郭清法，Stageとの相関について検討した。

5. 社会的健康度の検討

1) 調査項目として，a) QOLの調査表(フィランス・パワーズ⁹⁾による評価(i. 健康に関するもの，ii. 社会経済に関するもの，iii. 心理・社会に関するもの，IV. 家族に関するもの，V. 総合からなり各項目とも30点満点法)，b) 自覚的な健康・栄養状態のビジュアルアナログステージ¹⁰⁾(VAS)による自己評価(10点満点)，c) Performance Status(PS 0～4¹⁰⁾での評価，を用いた。

2) 社会的健康度の調査成績と術式，郭清法，Stageとの相関についても検討した。

6. 自覚的健康度検討

1) 調査項目

面接を行って，質的研究方法のグラウンデッド・セオリーの手法¹¹⁾により調査項目を新たに開発した。13項目について3段階で評価した。調査項目は13項目で，表4の通りである。面接では手術前，手術後1～2年と現在の食生活について質問した。

2) 自覚的健康度の調査成績と術式，郭清法，Stageとの相関について検討した。

7. 脾切除患者と健康人との栄養状態の比較

検討項目として，食事調査(簡易食物摂取状況調査表)，自覚的症狀の把握(便の性状)，PSでの評価，VASによる自己評価，QOLの調査表(フィランス・パワーズ)による評価をあげ，比較した。

8. 統計処理方法

各調査成績と術式，郭清法やStageとの関係ならびに一般健康人との比較を分析するために統計ソフトSPSS(10.1)バージョンを使用した。栄養状態の総合評価では，食欲なし，10%以上の体重減少，下痢の有無とは χ^2 検定で，BMI，上腕筋面積とはt検定をおこない，社会的健康度の調査項目や自覚的健康度の調査項目では，術式，SMA郭清，リンパ節郭清はt検定，Stageは一元配置分散分析でおこない，P<0.05を有意差ありとした。健康者群と脾切除患者との調査結果の比較では，便の性状とは χ^2 検定 Fisherの直接法で，その他の項目とはt検定でおこない，P<0.05を有意差ありとした。

結 果

1. 栄養状態の総合評価(表1)

1) 調査結果

21名中，食欲がない人は3名で，うち，経管栄養

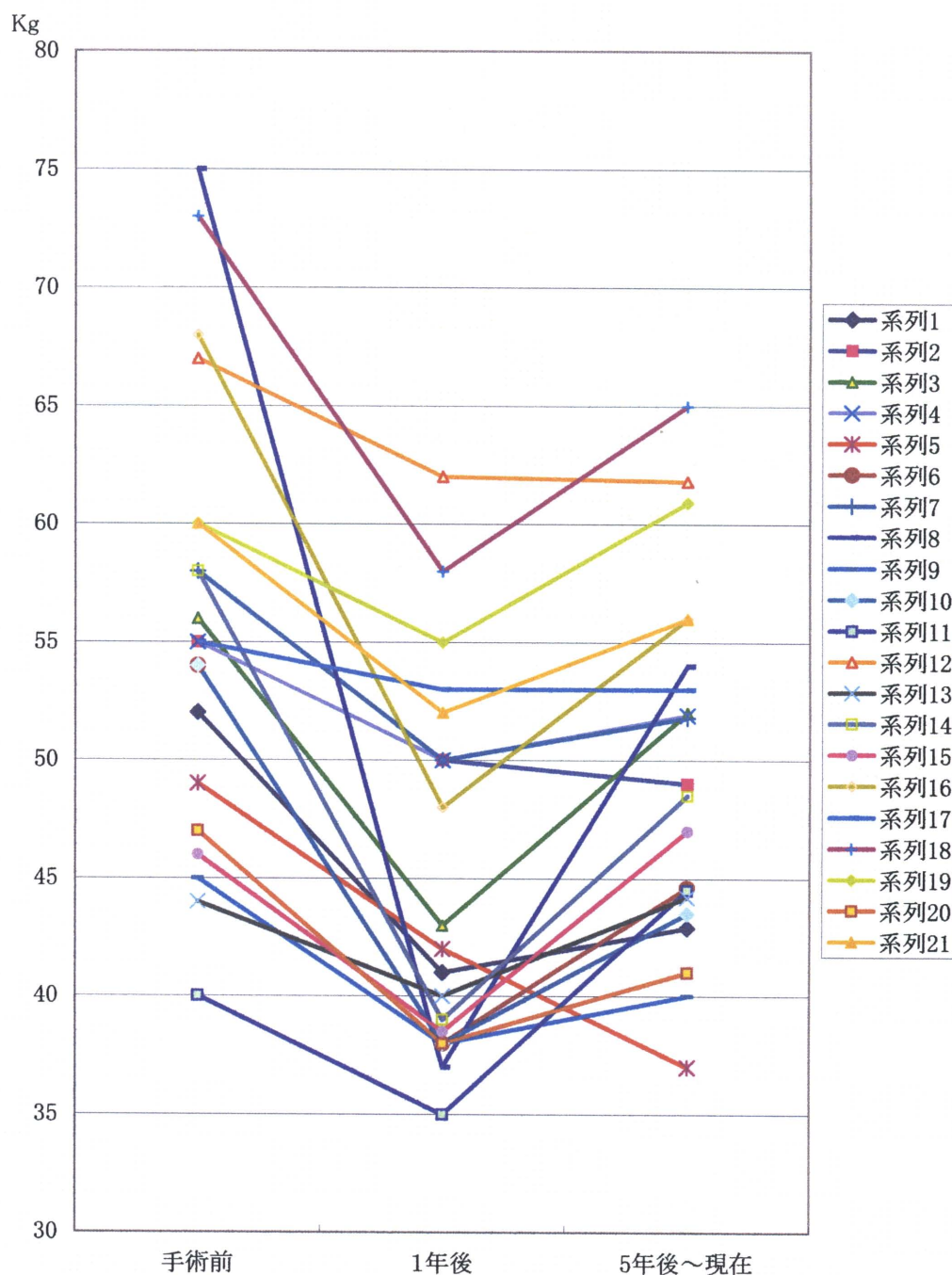


図1 膵切除後の体重の推移

を余儀なくされているのが1名あった。

図1では手術前～現在の体重の推移を表している。推移をみると2名を除き、1年後が最も低く、5年以降では回復傾向にあった。術後1年でなかに75kgから38kgに減少した例もあるが、平均 10.7 ± 8.1 kg減少し、手術前とくらべると $18.5 \pm 11.1\%$ 減少していた。5年～現在では平均 6.0 ± 5.5 kgの減少であった。手術前とくらべ5年～現在までに減少した体重の割

合は $11.6 \pm 0.1\%$ であった。手術前とくらべ、増加した人は3名で、うち10%以上増加したのが1名あった。表1をみると、手術前の体重より減少した人は18名で、うち10%以上減少したのは12名（全体の57.1%）を占めた。またBMIは 20.0 ± 2.9 で、上腕筋面積 31.8 ± 8.5 cm²と全体的やや痩せ型で、うち5名は特にやせていた。下痢を訴える者は5名あった。これは手術直後が8名（38.1%）、1年後が7名

表2 客観的健康度臨床検査の成績と術式, 郭清法, 進行度の相関

項目	対象人数	異常値の人数	術式	SMA郭清	リンパ節郭清	Stage
TP (g/dl)	15	1 (6.7%)	ns	ns	ns	ns
血清アルブミン(g/dl)	10	2(20.0%)	ns	ns	ns	ns
GOT (IU/L)	19	5 (26.7%)	ns	P<0.05	ns	ns
GPT (IU/L)	19	3 (15.8%)	ns	P<0.05	ns	ns
γ-GTP (IU/L)	19	9 (47.4%)	ns	ns	ns	ns
Na (mEq/L)	17	0	ns	ns	ns	ns
血糖値(mg/dl)	17	10 (58.8%)	ns	ns	ns	ns
コレステロール(mg/dl)	19	6 (31.6%)	ns	ns	ns	P<0.05
中性脂肪(mg/dl)	18	1 (5.6%)	ns	ns	P<0.05	ns
RBC (mm ³)	21	19 (90.5%)	ns	P<0.05	ns	ns
WBC (mm ³)	21	3 (14.3%)	ns	ns	ns	P<0.05
Hb (g/dl)	20	6 (30.0%)	ns	ns	ns	ns
尿糖(g/dl)	12	4 (33.4%)	ns	ns	ns	ns

対象人数は本調査21名中成績が明確なものだけがあげられた。
各項目と術式、SMA郭清、リンパ節郭清はt検定、Stageは一元配置分散分析。
ns、有意差なし。

(33.9%) にみた。

2) 栄養状態の総合評価と術式, 郭清法, Stage との相関 (表1)

栄養状態の総合評価の調査結果に及ぼす術式, 郭清法, Stage 別の影響をみると, 下痢ありと SMA 郭清, 上腕筋面積と SMA 郭清において有意な差をみた。食欲の有無を術式, 郭清法, Stage との間に相関はなかった。

手術前体重にくらべ10%以上減少した人数は, PD 術後で15名中9名(60.0%)あり, PpPD 術後では6名中3名(50%)であった。SMA 郭清あり11名での10%以上減少者は5名(45.4%)を占めていた, SMA 郭清なし10名のなか7名(33.3%)であった。D₂₋₃の14名では7名(50%)であり, D₀₋₁の7名中では5名(71.4%)をしめていた。Stage 別にみると, Iの6名では3名(50%), IIの8名では4名(50%)で, IIIの6名では5名(83.3%)であり, IVでの減少者はいなかった。すなわち, 10%以上の体重減少については術式, 郭清法, Stage との間に有意の相関はみられなかった。

下痢をみた5名はすべてPD術後, SMA 郭清あり, D₂₋₃であり, StageはIIが3名, IIIが2名であった。すなわち下痢ありと, SMA 郭清との間には有意の相関(P=0.035)をみた。

また, BMIと上腕筋面積のうち, 後者はSMA 郭清との間に有意の相関(P=0.018)をみた。

2. 客観的健康度の検討 (表2)

1) 調査結果

対象者別の食事摂取量はエネルギー1625±394.6 Kcal, 蛋白質は79.0±22.0 g, 脂質47.9±20.2 g, 糖質は217.8±61.4 gであった。

臨床検査では, Na以外の項目すべてに異常値を示す者がおり, 異常値を示した長期生存者が30%を超えた項目は, γ-GTP 9名(47.4%), 血糖値10名(58.8%), コレステロール6名(31.6%), RBC 19名(90.5%), Hb 6名(30%), 尿糖4名(33.4%)であった。担当医の報告による遠隔期合併症として, diabetes mellitus (DM) 3名, 肝硬変2名, 貧血2名がみられた。

2) 客観的健康度の調査成績と術式, 郭清法, Stage との相関

食事摂取量で有意差があった項目は, エネルギーとStage(P=0.006), 糖質とStage(P=0.001)であった。

臨床検査と術式, 郭清法, Stage との相関のなかで有意差をみたものは, SMA 郭清とGOT(P=0.008), SMA 郭清とGPT(P=0.035), SMA 郭清とRBC(P=0.007), SMA 郭清とHb(P=0.006), D郭清と中性脂肪(P=0.044), Stageとコレステロール(P=0.023), StageとWBC(P=0.008)であった。すなわち, 郭清法が臨床検査成績のうち, 肝機能, 検査値, 赤血球数に及ぼす影響は大であった。

表3 社会的健康度の成績と術式、郭清法、進行度の相関

(n=21)

項目	割合	術式	SMA郭清	リンパ節郭清	Stage
健康・栄養のビジュアルアナログスケール (VAS) 評価	VAS (健康)	6.2±1.9点	ns	ns	ns
	VAS (栄養)	6.2±2.2点	P<0.05	ns	ns
フィランス・パワーズによるQOL評価	健康に関するもの	18.7±6.1点	ns	ns	ns
	社会経済に関するもの	20.0±5.5点	ns	ns	ns
	心理精神に関するもの	19.4±5.6点	ns	ns	ns
	家族に関するもの	24.2±5.9点	ns	ns	ns
	総合	19.9±5.4点	ns	ns	ns
Performance Status (PS) 0	11 (52.4%) 人	ns	ns	ns	ns
Performance Status (PS) 1	7 (33.4%) 人	ns	ns	ns	ns
Performance Status (PS) 2	2 (9.5%) 人	ns	ns	ns	ns
Performance Status (PS) 3	1 (4.8%) 人	ns	ns	ns	ns
Performance Status (PS) 4	0	ns	ns	ns	ns

点数はmean±SDを表す。

Performance Statusの%は全体に占める割合。

各項目と術式、SMA郭清、リンパ節郭清とはt検定、Stageは一元配置分散分析。

ns、有意差なし。

3. 社会的健康度の検討 (表3)

1) 調査結果

VASでは膵切除患者の健康が6.2点、栄養も6.2点であった。PSの成績は17名が0~1であった。フィランス・パワーズのQOL評価の結果は、i. 健康に関するもの18.7±6.1点、ii. 社会経済に関するもの20.0±5.5点、iii. 心理精神に関するもの19.4±5.6点、iv. 家族に関するもの24.2±5.9点、v. 総合19.9±5.4点(各項目30点満点)で、健康に関するものが一番低かった。

2) 社会的健康度と術式、郭清法、Stageとの相関

社会的健康度と術式、郭清法、Stageの相関をみると、VAS(栄養)が術式(PD、PpPD間)との間に有意の相関をみたが、他の項目にみなかった。

1) 自覚的健康度の調査結果 (表4)

1~13の質問のうち違うと答えた結果で10名以下となった項目は前記の③、④、⑤であった。これ以外はそれとおりと答えていた。すなわち食生活に対する自覚感に積極性がみられた。

2) 自覚的健康度の調査成績と術式、郭清法、Stageとの相関 (表4)

自覚的健康度と術式、郭清法、Stageとの相関をみると有意差がでたものは郭清D₂₋₃と②(P=0.017)、Stageと⑧(P=0.035)、D₂₋₃と⑨(P=0.006)であった。すなわち大きな郭清をうけた患者ほど食事に対して積極的な意識をもっていた。

5. 膵切除患者と健康人との栄養状態の比較 (表5)

健康人における食事摂取量に関しては、平均して食物摂取Kcalは1798Kcalで、蛋白質87.1g、脂質52.5g、糖質228.2gであった。膵切除患者にくらべ健康群ではどの項目もやや高めであったが有意差はなかった。

膵切除患者では5人の下痢をみたが、健康群に下痢はいなかった。PSは、健康群は全員が0であった。下痢の回数(P=0.038)、PS(P=0.001)で有意差をみた。

VASでは、健康群では健康7.6点、栄養は8.1点であった。このうち健康(P=0.009)、栄養(P=0.003)で両群間に対し有意差をみた。

表4 自覚的健康度の成績と術式、郭清法、進行度の相関

(n=21)

番号	項目	違う (人)	どちらでも ない (人)	そのとおり (人)	術式	SMA 郭清	リンパ節 郭清	Stage
1	食べることは生きることである。	0	1	20	ns	ns	ns	ns
2	あれがだめならこれではどうかと試す。	5	3	13	ns	ns	P<0.05	ns
3	体調が悪い時に食べるものは決まっている。	9	4	8	ns	ns	ns	ns
4	手術前の食生活に問題があったと感じる。	13	2	6	ns	ns	ns	ns
5	病気の原因の1つに食事があったと思う。	13	2	6	ns	ns	ns	ns
6	好きではなかったものでも、体にあうものが好きになった。	3	3	15	ns	ns	ns	ns
7	退院後しばらくは食事を作ってくれる人がいてまかせた。	4	1	16	ns	ns	ns	ns
8	なんらかのかたちで食事をつくることに参加している。	6	2	13	ns	ns	ns	P<0.05
9	健康の象徴は肉・魚である。	3	5	13	ns	ns	ns	ns
10	外科で手術をしたのは過去のことである。	3	1	17	ns	ns	ns	ns
11	下痢はそんなにおおごとではない。	6	1	14	ns	ns	ns	ns
12	体重が減ったら食事をしっかりする。	4	7	10	ns	ns	P<0.05	ns
13	自分が長生きしないと困る人がいる。	5	4	12	ns	ns	ns	ns

各項目と術式、SMA郭清、リンパ節郭清は t 検定、Stageは一元配置分散分析。

健康群におけるフィランス・パワーズによる QOL 評価では、健康に関するもの22.9±2.3点 (P=0.007)、社会経済に関するもの23.3±2.1点 (P=0.016)、心理精神に関するもの23.0±3.4点、(P=0.015)、家族に関するもの27.3±1.8点 (P=0.006)、総合は23.6±2.1点 (P=0.007) で、どの項目も健康群は23.0点以上で平均化していたが、これらの項目はすべて両群間に有意差をみた。

考 察

まず、各実態調査成績について考察する。栄養総合評価についてみると体重の変化では手術前と比較すると1年目では10kgも減少、現在に至っても6kgの減少となっていた。すなわち、このことから現在食事摂取量で一般健康人と同じように摂取していても、体重がふえていないことは消化吸収能力に障害があることがうかがえた。1年目に体重減少が10kgもあったことは特にその期間の栄養管理が重要であり、また、5年～現在と長期生存でも体重減少の傾向が見えたことは同期間に栄養状態の管理が必要であったことを示した。下痢の推移をみると、PD症例やSMAの郭清やリンパ節郭清度が高いものに有意の差がみられ、術後早期に下痢をみた人は5年経過後も継続していく場合が多いことがわかった。食事摂取量に及ぼす影響と術式、郭清法、Stage別にみると、特にStageが高くなると糖質・エネルギー摂取が減少するとの結果だが、中に年齢50歳の男性

1名のみが、StageIVaでありながら肉体労働で積極的なエネルギー摂取を必要とした例がみられた。

客観的健康度臨床検査の実態調査から顕著にみられた項目は、貧血と血糖や尿糖値の異常、胆管酵素の上昇であった。小松¹²⁾は貧血に関して胃切除を伴っているPD後では鉄分の吸収不全をおこしやすいと述べている。血糖や尿糖値の異常では、大柳¹³⁾は膵頭部の切除が加わると代謝栄養障害を招来しやすく、肝機能が異常値を示したのは脂肪肝に由来するものと考えている。これは他の報告者の膵切除後の遠隔期での病態と一致する。SMA郭清はGOT、GPT、RBCに影響し、D郭清では中性脂肪と、Stageではコレステロール、WBCに影響があった。このような事実は特に拡大郭清例に対する看護介入の必要性を示唆していた。社会的健康度の中では、手術が相関するものがなかったが、これは、手術後5年以上を経過した症例では健康の部分を除き、それぞれの状態に応じて社会に十分適応していることがうかがえた。

ついで、自覚的健康度調査項目の妥当性について考察を加える。尾岸¹⁴⁾は病気からの回復とともに健康の維持・増進において、食生活は重要な役割を担っている。人々は健康が日常の食生活を通して導きだされること、また食生活のありようが健康生活の鍵をにぎっていることと述べている。実態調査を行う上での調査項目に患者・家族が栄養状態についてどのように考えているかを検討していきたいと考え、グ

表5 膵切除患者と健康人との栄養状態の比較

(n=21)

項目		膵切除患者	健康者	P 値
食事摂取量	エネルギー	1625.3±394.6Kcal	1798.3±358.2kcal	n s t
	蛋白質	79.0±22.0 g	87.1±21.4 g	n s t
	脂 質	47.9±20.2 g	52.5±17.5 g	n s t
	糖 質	217.8±61.4 g	228.2±50.8 g	n s t
便の性状	便秘	6(28.6%)人	3(14.3%)人	P<0.05x
	下痢	5(23.8%)人	0	
	どちらでもない	10(47.6%)人	18(85.7%)人	
便の回数	1回	10(47.6%)人	16(76.2%)人	n s t
	2回	6(28.6%)人	3(14.3%)人	
	3回	2(9.5%)人	0	
	4回以上	0	0	
	2~3日に1回	3(14.3%)人	2(9.5%)人	
Performance Status (P S)	0	11(52.4%)人	21(100.0%)人	P<0.05t
	1	7(33.4%)人	0	
	2	2(9.5%)人	0	
	3	1(4.8%)人	0	
	4	0	0	
ビジュアルアナログスケール (VAS)	VAS (健康)	6.2±1.9点	7.6±1.4点	P<0.05t
	VAS (栄養)	6.2±2.2点	8.1±1.6点	P<0.05t
フィランス・パワーズによる生活満足度指数	健康に関するもの	18.7±6.1点	22.9±2.3点	P<0.05t
	社会経済に関するもの	20.0±5.5点	23.3±2.1点	P<0.05t
	心理精神に関するもの	19.4±5.6点	23.0±3.4点	P<0.05t
	家族に関するもの	24.2±5.9点	27.3±1.8点	P<0.05t
	総合	19.9±5.4点	23.6±2.1点	P<0.05t

x、 χ^2 検定、t、t検定

人数を除く項目はmean±SD

ラウンデッド・セオリーアプローチ法¹¹⁾を用いた。膵切除患者の長期生存者に面接をすると食べるということに強い思いがあり、生きる信念が感じられた。これでもだめならこれではどうかと試すという言葉には食に対するねばり強さがベースにあり、やれるんだという自信がうかがえた。3項目には違うという意見もあったが、どちらでもないという返答を含めても全体の返答の割合から膵切除患者の長期生存者の身体におりあいをつけながら食生活を営んでいるという事実結びついた。

自覚的健康度の調査成績に及ぼす術式、郭清法、Stage別の影響に関するとの検討では、D郭清やStageに有意差がでたのは、退院後の自覚的な認識、すなわち、大きなリンパ節郭清をうけた患者が食事

に対して積極的に取り組んでいることをうかがえた。

健康人との比較について考察する。調査結果は食事摂取量は膵臓切除長期生存患者と健康人と間に差はなかったが、健康や栄養状態、QOLの値は低かった。このことは食事摂取量では、外食しても、家族の人や他の人とかわらないほどに摂しているもの、消化吸収に問題があり、下痢が継続しているものがあることや、肝機能の低下や貧血も、糖尿病や肝硬変など健康に関する不安があるとうかがわせた。その結果がQOL評価での側に関することで低評価につながったものと考えられた。

以上、膵切除患者について総括すると、術式や

清方法や進行度が同じでも必ずしも同じ経過はたどらない。栄養状態にも個人差がある。また残胃の程度が同じと表示されていても下痢の状況や食事摂取量には明らかに差がある。これは手術をうけた時の年代にも大いに関係し、脾頭切除術でも初期には徹底的な郭清法をとられたが、時とともに、郭清方法が微妙な加減でかわってきていることなどが考えられた。また本人の手術をうけた年齢や残脾機能にも影響することが考えられた。

また総合的には貧血や、高血糖や肝機能の障害を呈した状態であったが、具体的に本人から身体の変調を訴えられたものはなく、慢性的な経過のため本人の自覚症状が明確ではなかったのではないかと考えた。

今後の課題について考察する。食事摂取量の調査では、2事例が栄養士の食事指導を受ける機会と重なり、3日間の食事調査と写真撮影によって栄養摂取量の調査を行ったが、その結果は今回の食事摂取状況調査と摂取量が似ていた。すなわちこの方法は妥当と思われた。高齢者の食事調査については個人の理解度や食器の大きさや盛り方にも差があり、今後はフードモデルや食器の観察や食器への盛り方をも観察すると、食事調査もさらに信頼のおける結果となるであろうと思われた。栄養評価では毎日の摂取量を細かく記載してもらい、さらに1週間を要するものや、パソコンでの栄養評価プログラムなども活用するものも発表されている¹⁵⁾が、調査者の負担なども今後は検討していかねばならないと考えられた。今回の調査では対象が21名であったため、郵送ではなく面接でアンケートの調査を実施したが、対象者が多くなるとこの方法では限界がある。さらに調査用紙も6枚になり、気軽にさらに多くの人に全問の回答を求めるには調査内容も調査方法も検討が必要と思われた。

最後に看護介入のあり方をまとめると、今回の調査結果によって脾切除後の長期生存例の栄養状態の調査からいえることは、健康者とほぼ同じレベルでの食事摂取はできていたが、客観的なデータとしての肝機能の低下や、貧血がみえたことは消化吸收機能も考えあわせた食事指導の必要性を示唆した。2人の面接の結果から、採血のデータとして異常がある・なしといわれても実際どのような食生活をおくればよいのかがわからず、定期的な栄養コンサルトが看護者に求められていることが示唆された。実際に患者に対して栄養に関する教育を行う場合、まず第一に、患者が自分の病気や健康についてどのよう

に受け止めているのか、自分にとって食べること、栄養管理の意味は何か、自分の生活や仕事、食事がもたらす影響、退院後どのような生活を送りたいかなど、患者の思いを知る必要がある。病気からの回復や合併症の予防のためにという専門家の立場のみから患者教育をすることではない。患者が病気の治療・回復のために好ましい食行動と自分がとりたい食生活をできるだけ一致させるようにするのが、看護の役割である。患者が主体的に取り組めるような環境を整備し、十分な情報提供を行い、そして看護は常に患者の気持を考え行動を認め、共に考えるという支持の態度をしめすことが重要であると森本¹⁶⁾は述べている。

外来では医師の治療方針をふまえ術式、郭清法や程度を理解し、患者の退院後の栄養上の問題点を患者家族と共に、認識しながら、具体的な指導をしていかなければならない。また長期的な栄養管理システムとして栄養士とともに身体計測や、食生活への問題や患者の疑問に答えるようなサポートが必要だと考える。特に手術後1年までは要指導期間であることがわかった。「食べることは生きることである。」と語った長期生存者からのメッセージは毎日の食事がいかに大切かということを実感させられるものである。下痢をしていても体におりあいをつけながら経過をたどるということを理解してもらいながら食材をあまり制限せず、なんでも少量ずつはじめることを勧めたほうがよいと考えた。また、長期生存に至るには、本人のみならず家族の栄養管理に対する支援は重要である。食事を作ってもらう時期は手術後短期間にはみられるが、味付けやメニュー、食べ方に関しては本人が積極的にかかわっていくことが長期生存につながるということがわかり、食べることに興味をもっていけるような看護のあり方を患者とともに考えていかなければならないと思われた。

結 論

脾切除後の長期生存例の栄養状態を調査した結果、以下の結果をえた。

1. 脾切除患者は長期にわたって全員が医師の診察をうけていた。すなわち、栄養の総合評価、客観的健康度、社会的健康度、自覚的健康度のいずれでも特に郭清の大きい症例に異常を認めた。
2. 脾切除後長期に生存している人は身体におりあいをつけながら食生活を営んでいた。
3. 脾切除長期生存者と健康者を比較しても客観的な健康度では差はなかった。

4. しかし、社会的健康度に関しては意識が低かった。

以上より看護の介入のありかたについては術式、郭清法、進行度を念頭にいれながら、栄養管理に伴う知識の提供して、食に対する患者の思いを把握し、患者が主体的にとりくめる環境の整備をすることが重要と思われた。

文 献

- 1) Hoyman HS Rogers Es : 奥寺由美 : こんな時どうする半健康人50の症状 : 誠分堂新光社, 12-17, 1994.
- 2) 永川宅和 : 拡大膵頭十二指腸切除術の術後長期管理と看護のあり方。金大医保紀要, 23(2) : 35-39, 1991.
- 3) 八木雅夫 : 消化器外科手術と術後栄養治療, 臨床栄養95 (1) : 14, 1997.
- 4) 釣ゆき恵 : 医・膵臓全摘術患者の退院指導—自己血糖と家族とのかわり—。消化器外科ナーシング, (3)19-22, 1999.
- 5) 藤原典子 : 切除後長期生存可能な浸潤性膵管癌の条件に関する検討。膵臓 (0913-0071), 13(6) : 473-482, 1998.
- 6) 瀬尾洋介 : 切除後11年目に骨転移を来し、その後6年生存中の膵ラ島癌の1例膵臓 (0913-0071), 13(6) : 517-522, 1998.
- 7) 萱原正都 : 膵頭部癌に対する拡大郭清膵切除術の評価。日本消化器外科雑誌 (0386-9763), 32(10) : 2409-2419, 1999.
- 8) 真田弘美 : 膵頭十二指腸切除術の高齢化に伴うQOL変化。老年消化器病, 151-155, 1993.
- 9) Carol Estwing Ferrans : Development of a Quality of Life Index for Patient with Cancer. Oncology Nursing Forum (3, Suppl) : 15-21, 1990.
- 10) 漆崎一朗 : QOL 調査と評価の手引き・癌と科学療21, 1995.
- 11) 南裕子 (翻訳) : 質的研究の基礎—グラウンディング—の技法と手順, 医学書院, 55-74, 1999.
- 12) 小松龍史 : 退院, 通院での栄養指導, 消化器NURSING, VOL.1. No6. 34-39, 1996.
- 13) 大柳治正 : 膵臓の手術/悪性疾患 : 疾患別の臨床栄養学・救急医学・移植。ビジュアル臨床栄養百科, 100-103, 1996.
- 14) 尾岸恵美子 : QOL と食生活。看護栄養学, 医歯薬8-12, 2001.
- 15) 上野美枝子 : 都市住民を対象とした保健予防活動(報) パソコンを利用した24時間思い出し食事調査, システムの開発とその応用, 日本公衆衛生学雑誌 (01766) 42巻10号, 356, 1995.
- 16) 森本悦子 : 患者教育, 消化器外科ナーシング, Vol 6 (527), 38-43, 2001.

Studies on nutritional disturbance of long-term survivors undergoing pancreatoduodenectomy and nursing care for them

Sakao Masako, Nagakawa Takukazu, Sanada Hiromi

ABSTRACT

The social return of patients with carcinoma of the head of the pancreas may be difficult by postoperative disturbance of digestive absorption even though their cancer focus is completely resected. Authors researched the nutritional disturbance of long-term survivors undergoing pancreatoduodenectomy, analyzed the correlation with operative procedures, and compared with that of healthy persons in order to reveal how nurses take care of patients' postoperatively. The subjects are 21 patients who survived for more than 5 years after operation and 21 healthy persons of the same generation who have never undergone any digestive operation. As those results, patients' postoperative weight loss averaged 6 kg though there was no difference between patients and healthy persons in the nutritional intake.

Diarrhea continued in 5 of 21 patients. Anemia, hyperglycemia, or disorder of hepatic function was seen in about 30% of 21 patients. It was concluded that nurses should give the knowledge of the nutritional management and maintain the nutritional guidance for patients and their family postoperatively.