

口腔癌再建術後の早期嚥下リハビリが患者に及ぼす影響

渡辺 恵里* 岡田 由紀* 荻 あや子

要旨 本研究の目的は、口腔癌再建術後の患者に術直後から嚥下リハビリを開始することが患者の嚥下状態や精神状態に及ぼす影響を明らかにすることである。遊離皮弁による再建術を実施した患者2名に、病棟で作成したパンフレットを用いて手術翌日から間接嚥下訓練を開始した。口腔内や舌・口唇の動きを観察するとともに患者の言動をカルテと記録用紙から情報収集し解釈を行った。その結果、パンフレットを共有し、経口摂取に対する思いに配慮しながら共に嚥下リハビリを行うことで、患者の意欲を維持することができた。術後早期には変化がないと思われていた舌や口唇に細かな動きや日々の変化が見られ、患者自身も術前とは違う口腔内の感覚に慣れることができ、直接嚥下訓練にスムーズに移行できることが示唆された。

キーワード：口腔癌、再建術、術直後、嚥下リハビリ、間接嚥下訓練

I. はじめに

口腔とは、頭頸部癌取り扱い規約によると、頬粘膜・上下歯槽と歯肉・硬口蓋・有郭乳頭より前の舌（舌前2/3）・口腔底と定義される（日本頭頸部腫瘍学会編，1991）。耳鼻咽喉科・頭頸部外科では、口腔癌に対する腫瘍切除・遊離皮弁による再建術を行っている。口腔は嚥下機能において重要な器官であり、この部分への手術的操作は、口腔期・咽頭期の嚥下動態に大きな影響を及ぼす。田山（2007）は「口腔癌の手術においては、組織切除による欠損や形態の変化、運動機能の障害、知覚の障害などを生じ、高度な嚥下障害を生ずる可能性がある」と述べており、赤羽ら（2007）も術後の嚥下機能に関して「手術治療後には、準備期から口腔期を中心とした咀嚼障害のみでなく、咽頭期の嚥下機能にも影響を及ぼし、咀嚼から嚥下機能に対する一連の術後機能の低下が避けられない」と述べている。切除範囲によって、手術後の機能障害がより高度になる可能性や生活に及ぼす影響の大きさから患者にもたらす苦痛は計り知れないものがあると思われる。藤本ら（1997）が提唱する口腔・中咽頭癌手術後嚥下機能の評価に用いる嚥下機能評価基準

(Swallowing Ability Scale : SAS) においても、術後の嚥下障害の重傷度は切除範囲の大きさとおおむね比例すると言われている。こうした術後の嚥下障害に対しては先行研究（小山ら，2002；難波ら，2001，2004；港ら，2006）の中で、すでに有効な嚥下リハビリが紹介されているが、言語聴覚士（Speech Therapist：以下ST）を主体として、術後2～3週間後から開始されているものがほとんどである。

近年、このような術後の嚥下障害に対して多職種で関わるチーム医療の重要性が認識されてきている。しかし、その中で看護師に求められる役割はリハビリそのものではなく、気管切開孔を含めた全身管理や観察などが中心となっている。また、看護師自身も嚥下リハビリはSTが行うものという意識が強く、食事が開始となるまで積極的にリハビリに関わっていなかった。しかし、一般的な間接嚥下訓練の内容を検討してみると、口腔癌術後の患者に対して術直後から実施可能なものも多く、看護師であれば全身状態を管理しながら実施できると考えられる。さらに、術直後から間接的なことであっても嚥下リハビリを行うことができれば、「早く経口摂取

*財団法人倉敷中央病院
岡山県立大学保健福祉学部看護学科

〒710-8602岡山県倉敷市美和1-1-1
〒719-1197岡山県総社市窪木111

したい」という患者の思いを支えることも可能であり、また筋の萎縮による舌の可動性低下を防いでSTによる直接嚥下訓練にスムーズに移行できるのではないかとと思われる。

そこで、口腔癌再建術後の患者に術直後から嚥下リハビリを開始することで、患者の嚥下状態や精神状態にどのように影響を及ぼすかを明らかにするために、本研究に取り組むことにした。また嚥下障害に対するチーム医療の中で、看護師にどのような役割がとれるかを考える機会にしたい。

II. 用語の定義

1. 嚥下リハビリ：間接および直接訓練にとどまらず、食物の形態、食事の姿勢、嚥下方法から理学的療法までを含んだ総合的なもの
2. 間接嚥下訓練：食物を用いない嚥下訓練
3. 直接嚥下訓練：食事を用いた嚥下訓練

III. 口腔癌再建術と術後看護の概要

1. 口腔癌再建術について

口腔癌の手術における再建には以下のような二つの目的がある（鎌倉, 2000）。第一は欠損部分を閉鎖するための再建である。癌の手術の基本は一塊切除であり、癌が存在する可能性のある組織は分割することなく、連続させてひとかたまりで切除する。口腔癌の場合も一塊切除が重視されるが、その切除後には唾液や鼻汁で汚染されている口腔・咽頭と、無菌であるべき頸部とがひとつづきになってしまう。頸部には総頸動脈をはじめとして重要臓器があり、頸動脈破裂をきたすと大出血から死に至ることもある。欠損が小さければ、一期縫縮といって縫い合わせるだけですむ。しかし、欠損が大きければ、縫い合わせる事ができないため、移植皮弁によって創部を閉鎖する必要がでてくる。第二は機能的な再建である。再建術の進歩により、失われた機能の再建が重視されるようになってきた。術式決定の際にはできるだけ残存機能を邪魔しないように、さらには機能を補助できるように多くの工夫が考えられている。

次に再建の方法には、遊離皮弁と有茎皮弁とがある。遊離皮弁とは、頸部から遠く離れた足や手から組織を移植する方法である。遊離前腕皮弁・遊離腹直筋皮弁・遊離前外側大腿皮弁などが代表的である。下顎骨の再建には腓骨・肩甲骨・腸骨などが移

植される。遊離皮弁移植では、微小血管吻合といって頸部の動脈・静脈と移植組織の動脈・静脈とを顕微鏡下に吻合する必要がある。血流が維持できなければ組織は壊死に陥る。有茎皮弁には、大胸筋皮弁・広背筋皮弁・DP皮弁（Deltopectoral flap：三角胸部皮弁）などがある。これらは遊離皮弁と異なり、微小血管吻合を要しない。近年、口腔癌再建は遊離皮弁が主体となっている。有茎皮弁でも多くの場合、同様な再建は可能であるが、遊離皮弁が持つ自由な位置で皮弁を使用でき、縫合部への緊張や皮弁の下に死腔をつくらないなどの利点は、血管吻合という操作が加わる欠点を補って余りあるものである。

2. 術後看護の視点

1) 皮弁の血流維持のために

術後に看護上で重要なことは、血管吻合が頸部のどのあたりでなされ、どこに血管が走行しているかを正しく把握することである。血管吻合側の頸部は、吻合血管の塞栓を引き起こすため圧迫は禁忌であり、気管カニューレを固定する紐の締め方にも配慮が必要である。また吻合に用いている糸は髪の毛より細く、急激な伸展によって吻合部が容易に離開するため、吻合部から対側への伸展は極力避ける必要がある。患者に頸部の運動制限を指導するとともに、砂嚢を用いて頸部の固定を行う。医師はPin prick test（細い針で皮弁を穿刺し、血液が穿刺部から排出されるかを確認するテスト）で皮弁の血流を確認する。看護師は口腔内の観察により、皮弁の色調や臭気などから、血流障害が生じていないかを確認する。

口腔癌はしばしば頸部リンパ節に転移する。そのため、特に進行例では、口腔癌の切除に頸部郭清術を併用し、一塊として切除することが原則である。頸部郭清を行った場合には、頸部にドレーンが留置される。排液のためのドレーン管理は一般的な外科手術においても重要であるが、頸部の場合、さらに細心の注意が必要となる。その理由は頸部でドレーンが効果的に働かない場合、創部腫脹によって皮弁血流が阻害されるだけでなく、直接気道の圧迫にもつながってしまうためである。

2) 気管切開孔の管理

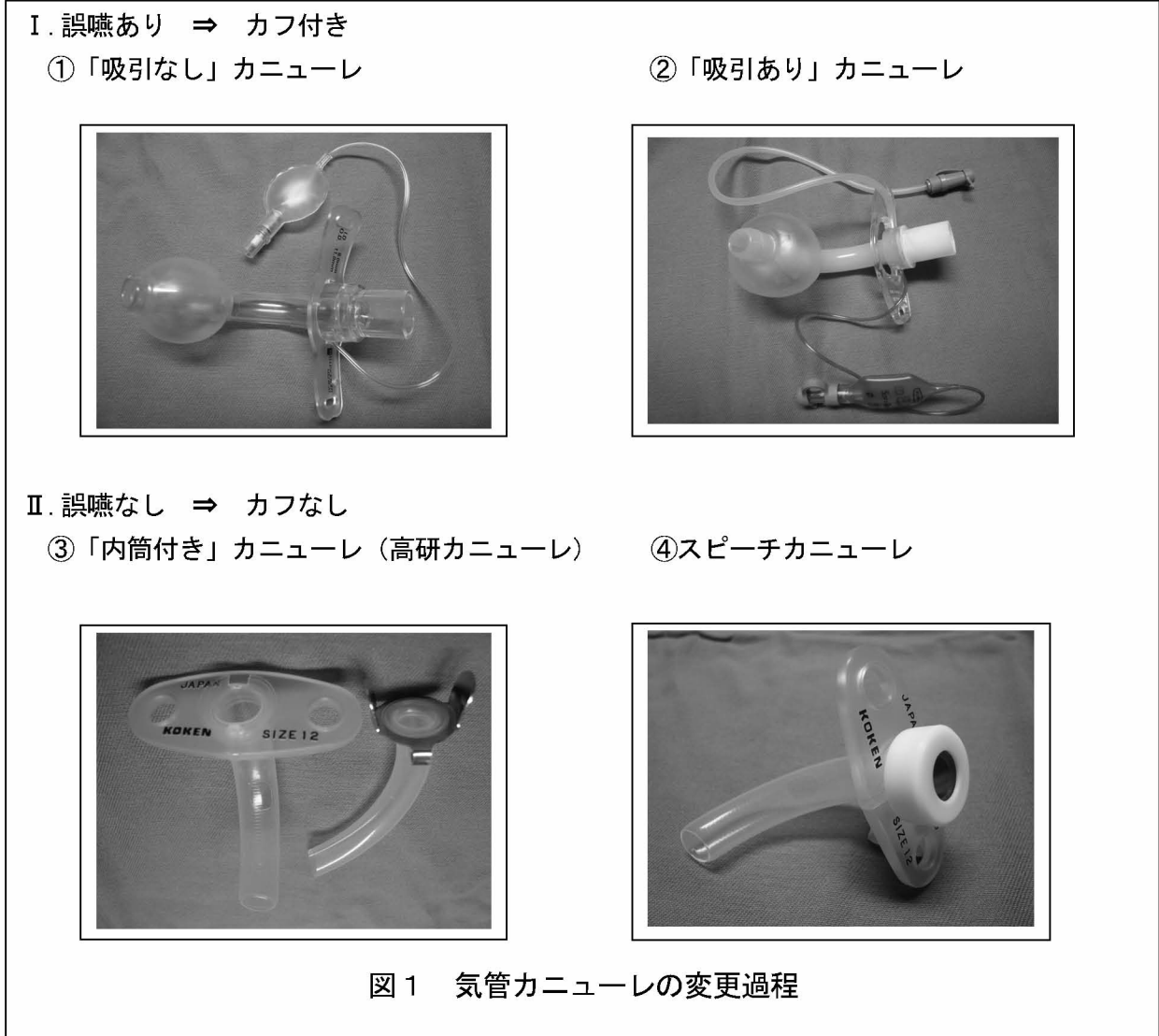
術後は創部の腫脹や浮腫、皮弁のボリュームなどによって気道が塞がれるため、気道確保の目的で一

時的に気管切開が必要になる。気管切開孔には気管カニューレが留置されており、内腔の閉塞や誤抜去に注意が必要である。手術直後は、唾液や血液が気管内に流入するのを防ぐために、カフ付き「吸引なし」カニューレが挿入される。術後の経過により、誤嚥が多いようであれば、カフ付き「吸引あり」カニューレへ変更になる。これによってカフの上部に溜まった唾液を吸引し、気管内へ流入するのを防ぐことができる。また誤嚥が少なければ、カフ付き「吸引なし」カニューレからカフなし「内筒付き」カニューレへ変更することもある。これは内筒を取り外して洗浄できるため、誤嚥は少ないが気管内分泌物が多い患者に使用する。誤嚥や分泌物が減少するとスピーチカニューレと呼ばれる発声用のバルブがついたものへ変更になる。このカニューレは呼吸に伴って、バルブが開閉し、吸気時にバルブが開いて気管切開孔から空気を吸い、呼気時にバルブが閉

鎖され、呼気が口腔から吐き出されるようになり発声が可能になる。このように痰の量や誤嚥の状態に合わせて、カニューレを変更していき（図1）、スピーチカニューレで問題なければ気管切開孔は閉鎖される。

IV. 独自のパンフレットの作成

本研究開始以前の病棟において、口腔癌術後の患者に対しては、リハビリ科へ紹介するまでの約2週間の間、嚥下リハビリを意識した関わりや観察がほとんど行えていなかった。術後の口腔ケアは行っていたが、それは保清を目的としたものであり、口腔ケア開始の時期も看護師によってさまざまであり、統一された方法がなかった。そのため、このような現状を改善し、嚥下障害に対してより有効で、統一された方法で看護を行っていくために、新たな試みとして本調査を行うこととなった。



舌・口腔底・中咽頭手術を受けられた方へ

～リハビリテーションに関して～

このパンフレットは手術の影響で食事が食べにくくなった方に使用します。以下のリハビリを実施することで食事摂取がすすむように患者様中心に、これから援助させていただきます。変化は分かりにくいかもしれませんが、続ける事により効果がでます。疑問な点がありましたら遠慮なくお知らせください。目標の回数を記載していますが、御自分の体調に合わせて実施してください。

～手術翌日またはICU 帰室後から開始～

口腔ケア

手術の翌日からスポンジブラシ(10本入り¥280)を用いて口腔ケアをおこなっていきましょう。始めは看護師で介助させていただきます。口腔ケアを行うことで、口腔内の細菌繁殖の防止、味覚の鋭敏化、唾液の分泌促進、嚥下反射の誘発、嚥下時の舌による送り込み動作の強化の効果があります。ただお口の中の清潔のためだけでなく、リハビリのスタートになります。

1. 1日3回スポンジブラシをイソジンガーグルにつけ、口腔内を磨く
2. うがいができるようになれば、磨いた後にうがいをおこなう。

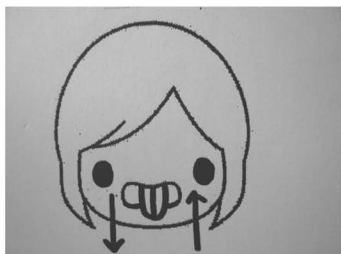


ストレッチ

- ①舌を出来るだけ前に出した状態で10数える。鏡を見て舌の位置を確認する
- ②舌をできるだけ横に動かした状態で10数える。左右交互に行う。鏡をみて舌の位置を確認する。

(練習始め頃は3回→5回→7回実施を目指し、①、②とも目標10回としていきましょう)

①



②



図2 患者用パンフレット(一部抜粋)

まず、病棟で嚥下リハビリの患者用パンフレットを作成した（図2）。患者自身に訓練を行ってもらうことを前提とし、すでに口腔癌術後の嚥下障害に対して効果が証明されている間接嚥下訓練のメニュー8種類を選択した。ただし、それらは一般的には術後2週間程度経過してからSTによって行われることの多い訓練である。

今回は術直後からリハビリを開始することが目的であるため、耳鼻科専門医・STに協力を依頼し、各訓練の開始時期について検討した。侵襲の大きな手術の直後であり、創部の安静も必要となってくるため、訓練の時期については術後の経過日数による表現ではなく、創部や気管切開孔の状態による表現を用いた。また、決定した各訓練の開始時期やその効果・具体的な方法については、患者に伝わりやすい表現でパンフレットを作成した。個々の訓練の回数については、術後患者の負担になることや、設定回수에達成しなかった場合に意欲低下につながることを避けるため、段階を追って回数を増やしていけるように設定した。

V. 研究方法

1. 研究参加者

舌・口腔底癌の切除・再建術を受けた患者2名

2. 調査期間

平成20年6月から10月

3. 調査方法

病棟で独自に作成したパンフレットに沿って、術直後（手術翌日）から看護師が間接嚥下訓練を開始した。一般的な術後の観察とは別に、カニューレの変更や誤嚥の状態、訓練の進行状況を経時的に調査用紙に記入していった。また口腔内や舌・口唇の状態とその動き、嚥下状態、嚥下リハビリに対する患者の言動などは、看護計画の中に「嚥下障害」を立案し、看護記録としてカルテに記載した。

4. 分析方法

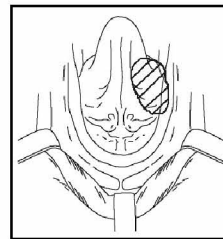
看護記録や医師の診察記録、調査用紙を基に、患者の回復過程を整理した。記録物から読み取れる患者の誤嚥状況や舌・口唇の動き、嚥下リハビリに対する思いなどに着目し、早期嚥下リハビリの影響と考えられる患者の変化について解釈を行った。

5. 倫理的配慮

患者には術前に研究の目的や内容を説明し、同意を得た。研究への参加によって不利益や負担が生じないこと、いつでも中断できることを説明し、術前の精神状態にも配慮した。公表の際には個人が特定できないように記述し、得られたデータは研究以外に使用しないことを伝えた。なお、本研究は総合病院の臨床研究審査委員会の承認を受けている。

VI. 結果

【症例1】



A氏：60歳代（男性）
口腔底腫瘍切除
大腿皮弁による再建
左頸部郭清・気管切開

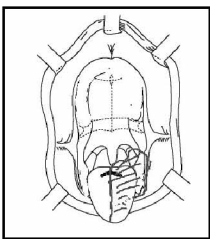
A氏は手術前から術後の食事のことを気にかけ、看護師に「いつから食事ができますか」などと質問していた。嚥下リハビリのパンフレットを渡し、嚥下のプロセスを説明した上で、リハビリの重要性を伝えた。その際に、術直後から行う口腔ケアも単に清潔のために行うのではなく、スポンジブラシの刺激によって口腔内をマッサージするリハビリの一環であることを説明した。A氏からは「少しでも理解してできるように、しっかりパンフレットを読んでおきます」という言葉があった。

術前の説明を受けて、手術翌日のICUから帰室後にA氏自身から「口腔ケアは？」との発言があった。この時点で既に看護師は、正確な術式や頸部の運動制限、皮弁の血流などの情報を確認しており、再建皮弁以外の部分はケアが可能であると判断したため、主治医に許可を得て、すぐに口腔ケアを開始した。術後間もない期間は唾液の誤嚥が続いていたため、カフ付きカニューレを挿入していた。看護師はカフ上部から吸引される唾液の量から誤嚥の状態を観察し、医師に報告した。A氏は渡されたパンフレットをベッドサイドに置いて繰り返し読んでおり、パンフレットを見ながら深呼吸や舌のストレッチなど自分で行える訓練を実施していた。担当看護師は誤嚥の状況や舌・口唇の動きを観察し、A氏自身には訓練に関して不安や不明なことがないか、どこまで行えているかを確認していった。また看護計画と

して「嚥下障害」を立案し、訓練の状況やその反応、A氏の嚥下状態を記録してチーム内で共有した。

術後10日程は、再建に用いた皮弁のボリュームで口唇の閉鎖もできない状態であった。しかしカフのないスピーチカニューレになる頃には、舌の可動域が広くなり、口唇の閉鎖もできるようになったため流涎も減少した。術後11日目に、A氏から「早く食事がしたい」という言葉が聞かれ、自己訓練も積極的に進めていたために看護師から主治医に働きかけ、術後12日目にリハビリ科へ紹介することになった（表1）。病棟での自己訓練の内容や進み具合は、看護師から担当STに報告され、ケアやその評価が継続できた。食事は術後15日目に、嚥下練習食（半固型）から開始となった。食事開始時には「右側は奥歯がないから手術する前はほとんど左側で食べていた。左側は、まだしびれた感じがして、少し食べにくさがある」と話しており、口腔内の左側に食物がいくらか残留する状態であった。しかし、経口摂取できたことに関しては「やっぱり、口から食べるのがいいですね」との言葉があった。術後40日目には並食（主食煮返し）の摂取が可能となり、術前と同様の食事が食べられるまでに回復していた。しかし、退院が近くなった頃にもまだ「左の奥に残った食物を舌でかき出すのはやっぱり難しいです。左側の半分くらいまでなら舌が届くけどそれ以上は難しいです」と話しており、退院後にも嚥下に対して注意を払わなければならない状態であった。

【症例2】



B氏：60歳代（女性）
左舌半切
大腿皮弁による再建
左頸部郭清・気管切開

B氏は舌癌再発による2度目の手術であったことから「舌を半分か、少し多いくらい取って、足の肉をもって来るんですよね」と手術については理解されていた。しかし「話を聞いた時は2日程、水分しか喉を通らなかった」「夜もろくろく眠れなかった」と語り、不安を表出されていると、入院時に外来看護師から申し送りがあった。そのため、すぐにチームカンファレンスを実施し、嚥下リハビリに関する

説明は、術後にB氏の状態が落ち着いてから行うことにした。

ICUより帰室後、手術翌日であるが主治医の許可も得られていたため口腔ケアを開始した。この時点でパンフレットはB氏に渡されていないが、嚥下リハビリの一環として行っていることを説明しながら口腔ケアを実施した。手術での切除範囲が広く、舌の可動制限が大きかったため、主治医にパンフレットを提示して実施可能な訓練を選択してもらった。B氏は残存している右側の舌については、いくらか力を入れることが可能であり、スポンジブラシで負荷をかけると押し返す力があつた。施行中に、痛みの訴えなどもなかったため、残存舌の機能を回復させるために負荷運動を続けていった。術後1週間程経過した頃、患者自身にもパンフレットを渡し、自己訓練を開始した。しかし、同時期に創部の膿瘍形成による発熱があり、「今日はしんどい」と訴える日もあつた。体調の悪い日は新しい項目は追加せずに、無理なく行える範囲の内容のみを実施した。各訓練の回数も患者の状態に合わせた設定にして、負担がかかりすぎないように配慮した。誤嚥の状態に大きな変化はみられなかったが、毎日、担当看護師が訓練に対する労いの言葉をかけ続けた。舌や口唇の動きはわずかずつではあるが変化しており、その変化をB氏に伝えることで、意欲が低下することなく継続することができた。術後13日目には「しんどくはないのでできます」や、15日目には舌のストレッチを「朝、2回やってみたよ」と語り、意欲的に実施回数を増加していた。

術後18日目には、カフのない高研カニューレに変更した。この頃にはストレッチの回数を増やすなど積極的に自己訓練を続けており、発声練習も少しずつ始めていた。しかし、B氏はまだ「口の中の唾液がうまく飲み込めない。口の中に残った感じがあつた」と話し、口腔内の違和感や嚥下がうまくできない困難感を訴えることもあつた。看護師は、創部の状態が落ち着き、痰の量も減少して唾液の誤嚥が見られなくなった時期に、主治医と今後の方針について話し合った。「舌根部まで切除した手術ではあるが、機能的に嚥下は可能である」という主治医の判断と、術後22日目にB氏からも「口から食べられるようになるのはいつごろ？」という言葉があつたため、術後25日目にリハビリ科へ紹介となった（表1）。

表1 研究参加者の経過表

【症例1 A氏】

期間	1日目	2日目	3日目	7日目	9日目	11日目	12日目
術後経過	ICUから病室 38℃台の発熱あり	経管栄養開始	ドレーン除去	全抜糸・全抜鉤			→
気管カニューレ の変更過程	カフ・吸引付 カニューレ	→	→	→	→	スピーチ カニューレ	→
舌・口唇の動き		舌の腫脹あるが昨日 よりやや軽減			A氏本人による リハビリ・口腔ケア 開始	右側の舌を正中まで 動かせるようになる	流涎減少 口唇閉鎖可能
間接嚥下訓練	看護師による 口腔ケア開始			→	舌の先や横・後ろにス ポンジをあて押す マッサージ・負荷運動 開始	スポンジブラシでの 負荷運動・咳払いをA 氏本人が行う	水を口に含んで吐き 出す練習開始
						ST によるリハビリも あることを紹介	リハビリ科紹介

【症例2 B氏】

期間	1日目	2日目	5日目	6日目	7日目	8日目	11日目	18日目	19日目	21日目	25日目
術後経過	ICUから 病室	経管栄養 開始	ドレーン 除去		発熱あり	創部感染へ の処置開始					
気管 カニューレ の変更過程	カフ・吸引付 カニューレ	→	高研 カニューレ	痰多いため カフ付へ 戻す	誤嚥多く カフ・吸引付 に変更	→	→	高研 カニューレ	→	スピーチ カニューレ	→
舌・口唇の 動き			右側の舌先 に負荷をか けると押し 返しあり				口唇の可動 あり 舌の可動は 軽度			口腔内唾液 貯留続く	
間接 嚥下訓練	看護師によ る口腔ケア 開始		舌右側先の 負荷運動 開始			パンフレッ トを本人へ	→	B氏本人によ る口腔ケア 含嗽開始	発声練習 開始		リハビリ科 紹介
						舌の ストレッチ 運動開始		口腔内吸引 指導			→

STによる間接嚥下訓練後、術後34日目より嚥下練習食（ミキサー）が開始となり、術後42日目には嚥下練習食（主食全粥・副食1口大）が摂取できるようになった。

Ⅶ. 考察

嚥下リハビリを行った2名の患者はどちらも途中で中止することなく前向きにリハビリを行えた。そこで、早期の嚥下リハビリが患者の身体面・心理面に及ぼした影響と、リハビリ継続を可能にした要因を考察する。

1. 早期嚥下リハビリがもたらす機能と感覚の変化

今回、術直後に嚥下リハビリを介入するためにケアの方法を変える必要があった。まず、一番始めに行う口腔ケアの方法を変更した。保清を目的として行っていた口腔ケアを、マッサージや負荷運動まで意識して行うものとした。皮弁による再建直後に嚥下リハビリを意識して口腔内を触ることは看護師にとって初めての試みであった。しかし、嚥下訓練を手術直後から開始することで、看護師の嚥下障害に対する意識が高まり、その後の観察の視点も変化してきた。これまでも気管切開孔からの吸引時に唾液誤嚥の有無を確認し、主治医に報告はしていたが、今回はそれだけにとどまらず、舌や口唇の細かな動きも確認できた。実際に負荷をかけて動かすことで、これまでは術後早期にはそれほど変化がないと思われていた舌や口唇の動きが、日々変化していることがわかった。術後の舌運動開始について太田(1998)は「術後瘢痕拘縮による開口障害を避けるため、顎関節運動の開始は下顎骨の一次的再建をして顎間固定を行っている場合を除いて、できるだけ早期に行うことが望ましい。舌運動に関しても同様で、再建手術例においても術後3から5日くらいで開始する」と述べている。口腔癌の術後は、手術で切除されなかった残存部分の動きが術後の嚥下機能に影響するため、手術による瘢痕拘縮で残存部分の運動が障害されることを避けるためにも、早期に動かすことが重要である。また、皮弁部分には知覚がなく、術後には腫脹もあるため、口腔内の感覚は術前とは異なってしまふ。患者は自分の舌が口腔内のどこに触れているのかわからず、どの程度動かしているのかも自分の感覚としては掴めない状態である。しかし、早くから舌や口唇を動かす練習をした

ことで患者自身がその感覚に慣れることができ、STによるリハビリ開始時には「侵襲の大きな手術で、舌全体としての動きはあまりよくなかったが、早くから動かしていたので、健側が患側の動きをうまく代償できる状態で直接嚥下訓練を導入できた」との評価が得られた。このことから、早期に間接嚥下訓練を開始することで舌や口唇の動きを向上させることができたと考えられる。

2. パンフレットの共有と活用

今回の2名は病棟で独自に作成したパンフレットに沿って計画的に嚥下リハビリを行った最初の事例である。パンフレットという視覚的な媒体を通して看護師と患者がより具体的に達成度や進行状況を確認しながら一緒にリハビリを進めることができたことは本研究の1つの成果であると言える。パンフレットを用いての訓練は、患者が時間を選ばずに自分で行えるメニューを自由に選択できるため、患者自身が経口摂取にむけて自分で訓練しているという意識が持てたのではないだろうか。またこのパンフレットは作成の段階から術後患者の状態に合わせて段階的に訓練が行えるように配慮しており、訓練の回数についても患者に合わせて設定することになっているため、患者の負担になりすぎない形で個別的に訓練を進めることができた。担当STからは「過去の症例より患者の受け入れがよく、直接訓練に移行しやすかった。初期の嚥下リハビリで重要とされている口腔ケアも意識づけがされており、パンフレットがとても有用だったという印象がある」との評価を得ている。

今回リハビリを実施した2事例については、患者にパンフレットを渡した時期が異なっている。これは、術前の患者に合わせた配慮の1つである。1例目のA氏は、術前からある程度の食事が摂れるようになると思われており、あらかじめ主治医から嚥下リハビリを行うことが説明されていた。そのため、A氏自身も経口摂取に対する思いを強く持っていたため術前から早期に嚥下リハビリを始めることを説明してパンフレットを手渡した。B氏は、舌根部も含めた広い範囲を切除することから、術後の嚥下機能がどこまで回復できるかを予測することが難しく、再発ということもあり手術に対する不安が強かった。術前の不安に関しては外来看護師との連携によって、外来通院中からの患者の手術に対する思い

を知ることができた。そこでカンファレンスを行い、術後の状態が安定した時期に嚥下リハビリについての説明を行うこととした。ここでいう状態の安定とは、皮弁による再建後に吻合血管の血流が安定することと、本人の精神状態が安定することの両方を意味する。

本来であれば、A氏のように、術前からリハビリのオリエンテーションを行うことで術後経過のイメージ作りができる。しかし、B氏のように手術を決定することに強く意識を向けている状態の患者には、それ以上に精神的な負担がかからないように配慮することが必要であった。ただし、術後のリハビリに全くふれないわけではなく、経口摂取に向けたリハビリがあること、看護師と一緒に訓練を行っていくことを、術前に説明していたことが、前向きに手術を受けることや術後のリハビリを受け入れることに繋がったと言える。

3. 嚥下リハビリの意欲の維持

早期に嚥下リハビリを開始するために、従来からの口腔ケアの方法を、嚥下リハビリとして行えるように変更し、患者と看護師がパンフレットを共有しながら各訓練を実施していった。しかし、嚥下リハビリの内容は患者が自分で行えることを前提としており、本田（2006）が「患者個人のモチベーションはリハビリを継続するうえで最も重要な規定因子である」と述べているように、継続していくためには患者の意欲が重要となる。今回の2名に関して、嚥下リハビリの継続を可能にした患者の思いについて考えてみると、A氏は術前から経口摂取に対する思いが強く、B氏にとっても経口摂取できるようになることが回復の目安となっていた。しかし、経口摂取に対する思いはこの2名に特別強く現れていたわけではない。「口から食べる」ということは、人間が持っている基本的な欲求のひとつであり、食べることがすなわち生きているという実感に繋がる。藤島（2001）は、「『口から食べる』ということとは、人間らしく生きる上で、根源的な欲求であり、嚥下障害に対するケアは、排泄や睡眠に対すると同様に重要なものである」と述べている。人間としての重要な欲求を看護師が汲み取り、経口摂取に向けた嚥下リハビリの重要性を早くから患者に意識づけることで嚥下リハビリが実施できた。そして目に見える大きな変化が現れにくい時期にも、今行っている訓

練が食べることに繋がっていると伝え続けることで、患者が経口摂取をあきらめてしまうことなく、嚥下リハビリを継続できたのではないかと思われる。このように患者の思いを看護師が受け止め、経口摂取に対する意欲を維持できれば、今後直接嚥下訓練が可能となる時期にSTと連携してより有効なりハビリが行えると考える。

4. 今後の課題

今回の2事例はどちらも嚥下リハビリを中止することなく前向きに行うことができた。しかし、全ての患者が意欲的にリハビリに取り組めるわけではなく、年齢や手術に対する理解度、術後の状態の受け止め方などによって個人差も大きいことが予想される。そのため、今後も同様の手術を受ける患者に対して援助を続けながら、より有効な方法の確立を目指して検討を重ねていく必要がある。

VIII. 結論

口腔癌再建術後の患者に対して、術直後から嚥下リハビリを行い、患者に及ぼす影響を調査した結果、以下のことが明らかになった。

1. 術直後（手術翌日）の急性期であっても、舌や口唇は細かな動きが見られ、その動きは日々確実に変化している。
2. 早くから舌や口唇を動かす練習をすることで、手術によって失われた部分の機能を代償する舌・口唇の動きに慣れることができ、直接訓練が導入しやすくなる。
3. パンフレットという視覚的な媒体を共有することで、看護師と患者がより具体的に達成度や進行状況を確認しながら共に嚥下リハビリを進めることができる。
4. 経口摂取に対する患者の思いを看護師が理解し、その思いを訓練に繋げることで、嚥下リハビリが継続できる。
5. 今後も症例を積み重ねながらより有効なりハビリ方法の確立を目指して検討を続けていく必要がある。

謝辞

調査にご協力いただきました2名の患者様と医師・リハビリ科・病棟職員の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 赤羽誉, 吉野邦俊, 荒木千佳, 北坂美津子 (2007) : 頭頸部腫瘍術後の機能回復 1) 口腔癌術後の咀嚼・嚥下. 耳鼻咽喉・頭頸部外科, 79 (5) , 165-172.
- 藤本保志, 松浦秀博, 川端一嘉 (1997) : 口腔・中咽頭がん術後嚥下機能の評価 -嚥下機能評価基準 (Swallowing Ability Scale) の妥当性について-. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 100 (11) , 1401-1407.
- 藤島一郎, 藤谷順子編著 (2001) : 嚥下リハビリテーションと口腔ケア. メヂカルフレンド社.
- 本田憲胤 (2006) : COPD医療スタッフからの提言. COPD Frontier, 5 (4) , 42-45.
- 鎌倉やよい編 (2000) : 嚥下障害ナーシング. 医学書院. 34-41.
- 小山祐司 (2002) : 口腔・中咽頭癌術後のリハビリテーション -構音障害と摂食・嚥下障害-. 医学のあゆみ, 203 (9) , 836-840.
- 港真智子, 土橋幸子, 近藤優子 (2006) : 口腔悪性腫瘍患者に対する早期機能回復訓練と継続看護の重要性. 旭川市立病院医誌, 37/38 (1) , 28-32.
- 中尾俊治 (2002) : 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 -処置・手術シリーズ4 頭頸部再建手術と術後処置. メジカルビュー社.
- 難波亜紀子, 山下夕香里, 高橋浩二, 道脇幸博, 根本敏行, 横山美加, 平野薫, 鈴木規子, 道健一 (2001) : 口腔癌術後患者への系統的嚥下訓練法の適用経験. 日本口腔科学学会誌, 50 (2) , 122-129.
- 難波亜紀子, 山下夕香里, 高橋浩二, 道脇幸博, 平野薫, 石野由美子 (2004) : 口腔癌術後患者における摂食・嚥下機能の改善過程の検討 -舌切除、口腔底切除、下顎切除症例の比較-. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 8 (2) , 156-166.
- 日本頭頸部腫瘍学会編 (1991) : 頭頸部癌取扱い規約. 金原出版株式会社.
- 太田嘉英(1998) : 口腔癌手術後の摂食・嚥下障害. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION, 7 (9) , 878-883.
- 田山二郎 (2007) : 頭頸部腫瘍術後の機能回復 2) 舌癌・咽頭癌術後の嚥下. 耳鼻咽喉・頭頸部外科,

The Influence of Early Swallowing Therapy for Patients who had Reconstruction for Oral Cancer.

ERI WATANABE*, YUKI OKADA*, AYAKO OGI

**Kurashiki Central Hospital, 1-1-1, Miwa, Kurashiki, Okayama 710-8602, Japan*

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Sojashi, Okayama 719-1197, Japan

Abstract

The aim of this study is to describe what influence early swallowing therapy gives on the swallowing function and mental state of patients who had an operation for oral cancer. We started to give indirect swallowing therapy to two patients according to the manual the next day after the operation. We collected information from their medical records. We analyzed the motion and state of tongue and oral, and what they said and did. They also used the manual, and did swallowing therapy according to it with the help of nurses, which could make them continue swallowing therapy eagerly. We found the subtle motion of tongue and lips during early postoperative period and that patients adjusted themselves to the new tongue and oral soon. So patients could easily shift swallowing therapy from indirect one to direct one.

Keywords : oral cancer, reconstruction, immediately after operation, swallowing therapy, indirect swallowing therapy