

食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に特徴的に影響する要因：胃がん手術患者との比較

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 大阪市立大学大学院看護学研究科 公開日: 2024-09-09 キーワード (Ja): 食道切除術, 食道がん手術患者, 精神健康状態に影響する要因, 胃切除, 胃がん手術患者 キーワード (En): esophagectomy, esophageal cancer, factors effecting mental health, gastrectomy, gastric cancer 作成者: 白田, 久美子, 吉村, 弥須子, 前田, 勇子, 廣田, 麻子 メールアドレス: 所属: 大阪市立大学, 大阪市立大学, 大阪市立大学, 大阪市立大学
URL	https://doi.org/10.24544/ocu.20180403-147

食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に特徴的に影響する要因 — 胃がん手術患者との比較 —

Factors Effecting the Mental Health of Patients with Esophageal Cancer after Esophagectomy:
Comparison with Patients with Gastric Cancer after Gastrectomy

白田久美子¹⁾ 吉村弥須子¹⁾ 前田勇子¹⁾ 廣田麻子¹⁾

Kumiko Shirata Yasuko Yoshimura Yuko Maeda Asako Hirota

Abstract

The present study was undertaken to compare factors effecting the mental health of patients with esophageal cancer discharged from the hospital after esophagectomy with those for patients with gastric cancer after gastrectomy. The subjects of this study were 80 patients underwent esophagectomy and 89 patients underwent gastrectomy more than one year ago and who gave informed consent to participate in the study. The study was based on semi-structured interviews using a questionnaire we prepared as well as a Japanese version of the General Health Questionnaire (GHQ28). Information was also collected from the medical records of individual patients. Mental health status, as evaluated using the GHQ28, served as an objective variable. Twelve variables, obtained from univariate analysis and analysis corrected for age, sex, and follow-up period, served as explanatory variables. Using a logistic model, the odds ratio (OR) and 95% confidence interval (95%CI) were calculated. Statistical analyses were performed using the computer program SAS Ver8.2. Factors identified as more closely associated with the mental health of patients with esophageal cancer than of those with gastric cancer were: (1) 30 minutes or more time needed for each meal, (2) difficulty swallowing, (3) sensation of choking of food in the throat, and (4) increased incidence of flu-like symptoms after surgery compared to pre-operatively. These findings indicate that patients after discharge need continuous support from medical professionals.

Key words : esophagectomy, esophageal cancer, factors effecting mental health, gastrectomy, gastric cancer

要 旨

本研究は食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に影響する要因を胃がん手術患者との比較から検討することである。対象は大阪府内の病院で研究の同意を得た手術後1年以上経過した食道がん患者80名と胃がん患者89名である。方法は独自に作成した質問紙と日本版General Health Questionnaire 28 (GHQ28)を用いて構成的面接調査を行った。また診療録からの情報も得た。分析は目的変数としてGHQ28で精神健康状態を判定し分類した。説明変数は単変量解析と年齢・性・経過年数の調整解析の結果、12項目としロジスティックモデルによりオッズ比 (OR) および95%信頼区間 (95%CI) を計算した。統計解析はSAS Ver8.2を使用。結果、食道がん患者が胃がん患者と比べてより精神健康状態に影響に関連する要因は、1回の食事時間が30分以上かかる、食物がつかえる感じがある、術后感冒症状が術前より増えたことであった。また嚥下困難があることも影響することが考えられた。手術療法を受け、退院後1年以上経過した食道がん患者におけるアセスメントの視点、予防的なケアを含めて手術後における食生活の工夫、栄養摂取方法の指導などに活かし、精神的な健康が保たれるように看護ケアの充実を図る必要がある。また退院後の継続的な医療者のサポートが必要と考える。

キーワード：食道切除術、食道がん手術患者、精神健康状態に影響する要因、胃切除術、胃がん手術患者

¹⁾ 大阪市立大学医学部看護学科 Osaka City University School of Nursing

I. 緒 言

悪性新生物の死亡順位は1981年から第1位であるが、そのなかで食道がんの死亡順位を年齢調整死亡率（人口10万対）の推移から見ると、男性では1975年も28年後の2003年も10.3%で大きな変動は見られず、女性は1975年で2.4%であるが1995年から2003年までは1.3%と横ばい傾向である。しかし食道がんは毎年1万人ほどの発症がみられ、男性における部位別悪性新生物の死亡数で食道がんの推移をみると1975年には3862人であったのが2004年には9405人となり、高齢者の食道がん患者が増加していることが推測される（厚生統計協会, 2006）。

食道がんは肺、肝臓など血行性転移もみられ、進行すると胸膜まで浸潤し、胸膜播種がみられるなど、食道の解剖学的特殊性あるいは食道がん自体の複雑な転移形式により、消化器がんのなかでも特に予後不良である。食道がんの治療法には食道がんの進行度に応じて治療法も多様化し、治療法の選択肢は増している（日本食道疾患研究会, 2002）。しかし治療の難しさには、食道がんの増殖が速いこと、周囲の気管、気管支、肺、大動脈などの重要な臓器を巻き込むように増殖すること、早期に胸、腹部、頸部など広範囲のリンパ節転移をおこしやすいことがあげられる（磯野, 1988）。

最近では上部消化管の診断技術の進歩に伴い、がんの浸潤が粘膜下層までにとどまる表在食道がんの発見率が増加したことや、手術法や術後管理の発達により、比較的良好な予後が期待できるようになってきた（泉ら, 2001）。画一的な治療による患者の負担はさけるべきであるとしながらもstage I～Ⅲの食道がんに対する根治的治療法は、手術療法を行うのが確実な治療法であると言われている（日本食道疾患研究会, 2002）。日本において一般的に行われている手術療法は、がん腫の切除と食道再建で、がんの進行状況にもよるが、手術範囲が広く、頸部、縦隔、腹部の広範なリンパ節郭清を行うため手術範囲は広く、相対的にみて治療後の障害の程度は大きい。食道がん患者の手術後のQuality of Life（以下QOL）を向上させるためには、QOLに影響する要因である精神健康状態をよりよくすることが必要である（白田, 2006）。また消化器は、自律神経系の支配を受けていることから、不安や悲しみ、怒りなど不安定な精神症状は、消化器の円滑なはたらきに影響があるので、消化器疾患と日常生活との関係の解明は重要な課題である。

手術後に起こるさまざまな症状により、患者の日常生活に支障が生じ、精神健康状態に影響を及ぼす（吉村, 2005. 白田ら, 2006）ことから、日常生活に影響を及ぼ

すほどの症状の発症と程度、そしてその対応については、看護者として関わっていくことは必要であると考ええる。また手術後発症する症状が消化器の他の疾患にもみられるのか、特に食道がん手術患者にみられる特徴的な症状なのかを把握することは、アセスメントの視点、予防的なケアを含めて手術後における食生活の工夫、栄養摂取方法の指導などの看護ケアの充実を図ることができると考える。

そこで、食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に関連する特徴的な要因を、食道がん手術患者と同じように食生活に大きく影響がある胃がん手術患者との比較から検討することを研究目的とした。用語の定義として、本研究における精神健康状態とは、患者の主観によって評価された精神的に健康な状態とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

大阪府内の大学病院で外来通院中の患者で担当医より紹介され、以下の条件を満たし、研究の同意が得られた食道がん手術患者80名と胃がん手術患者89名の合計169名である。適格条件は①食道切除術を受け、1年以上経過し再発兆候のない食道がん患者、②胃切除術を受け、1年以上経過し再発兆候のない胃がん患者である。

2. 調査期間：2004年1月～5月

3. 調査方法

対象者の外来受診日に、構成的な質問紙を用いた面接調査を行なった。担当医の協力（術式やがんであることの判断も含む）を得て、研究者が紙面を用い本研究の目的・方法を説明した。面接は対象者の外来通院時に1回の面接時間は30分～40分程度とし、対象者のプライバシーが確保できる場所で行い、面接の途中で対象者の疲労が強くなるようであれば、本人に確認し配慮するようにした。

4. 調査内容

調査内容は退院後の食生活や手術後の症状など独自に作成した質問紙、および精神健康状態の調査票として日本版General Health Questionnaire 28（以下GHQ28とする）を用いた。独自に作成した質問紙の各項目の内容は、(1)就業状況に関する項目：1項目、(2)退院後の身体の調子に関する項目：4項目、(3)睡眠等に関する項目：5項目、(4)食生活に関する項目：19項目、(5)手術後の

症状に関する項目：8項目、(6)喫煙習慣に関する項目：2項目、(7)飲酒習慣に関する項目：2項目、(8)心理面に関する項目：1項目、(9)社会面に関する項目：5項目などの47項目である。また調査終了後、施設長の許可も得て診療録より術式、術後経過年数、手術時間、術後合併症の有無、手術後の転帰に関する情報を得た。

日本版精神健康調査28項目短縮版は、英国のGoldbergら(1979)により開発され、質問紙法による検査で、主に神経症の症状把握、評価および発見に有効なスクリーニングテストであるが、それを小川ら(1985)により日本語版に作成されたものである。そして信頼性、妥当性(敏感度90%、特異度86%)が検討されており、結果は総合点と身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の4つの要素点が判断できる。この質問紙調査票の最高点は28点、最低点は0点で得点が高いものほど精神健康状態が悪いことを示し、精神健康状態を判断するcut-off pointは5/6点である(福西、1990)。さらに各要素点は身体的症状、不安と不眠では4点以上が中等度以上の症状、2～3点は軽度の症状、社会的活動障害・うつ傾向では、3点以上が中等度以上の症状、1～2点は軽度の症状とする。

5. 分析方法

1) 目的変数は、精神健康状態とした。精神健康状態の判定はGHQ28の基準を使用し6点以上を何らかの問題をもつ群(食道がん手術患者27名、胃がん手術患者30名)、6点未満を健常群(食道がん手術患者53名、胃がん手術患者59名)として精神健康状態を判定し分類した。

2) 説明変数は全項目の単変量解析を行い、年齢のみ、性のみ、経過年数のみで調整した多変量解析を行い、それぞれに有意な関係を認めた項目にしばった。最終的には年齢・性・経過年数の調整した多変量解析の結果、「年齢」、「性」、「経過年数」、「食生活全般」、「食欲」、「1回の食事時間」、「嚥下困難」、「吐き気」、「嘔吐の経験」、「苦い水がこみあげる」、「食物がつかえる感じ」、「労作時の息苦しさ」、「下痢」、「術後感冒症状」、「術後疲れる」15項目とした。

解析を行う前に次のように再コード化した。「年齢」は60歳未満、60歳以上で70歳未満、70歳以上に、「性」は男性と女性、「経過年数」は3年未満、3年以上で5年未満、5年以上で分類した。「食生活全般」では「大変満足している」「まあまあ満足している」を「満足」群、「あまり満足していない」「不満足」を「不満足」群、「食欲」は「とてもある」「まあまあある」を「ある」群、

「あまりない」「まったくない」を「ない」群、食事は70%以上摂取群と70%未満の摂取群、「1回の食事時間」は「30分未満」群と「30分以上」群、「嚥下困難」「吐き気」「嘔吐の経験」「苦い水がこみあげる」「食物がつかえる感じ」「労作時の息苦しさ」では、「ない」を「ない」群、「ときどきある」「よくある」を「ある」群、「感冒症状」「疲れる」は術前と比べて変化が、「ない」を「変わらない」群、「ときどきある」「よくある」を「増えた」群とした。そして食道がん手術患者および胃がん手術患者それぞれでロジスティックモデルによりオッズ比(OR)と95%信頼区間(95%CI)そしてP値を計算した。食道がん手術患者、胃がん手術患者に関してそれぞれオッズ比およびP値から、食道がん手術患者、胃がん手術患者のどちらの患者にも有意な差がみられた項目と食道がん手術患者にのみ有意差がみられた項目を検討した。

統計解析はSAS Ver8.2を使用した。

6. 倫理的配慮

研究参加者への依頼は、外来診察終了後に研究協力を打診し、研究者が説明用紙を基に、(1)研究の意義、目的、方法、(2)研究参加の意思は自由意思であり、拒否しても何ら不利益を受けないこと、(3)研究対象の匿名性、データの機密性の保持について説明し、同意書への署名を得た。調査場所は参加者のプライバシーが守られる環境を確保し、調査時に対象者の心身状態に配慮した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景

対象者の背景は表1に示す。平均年齢は食道がん手術患者66.4歳SD7.3(46～80歳)、胃がん手術患者65.4歳SD9.6(42～85歳)であった。性別は食道がん手術患者で男性59名(73.8%)、女性21名(26.3%)、胃がん手術患者は男性62名(69.7%)、女性27名(30.3%)であった。

食道がん患者の術式は、開胸下食道亜全摘出術、開腹下胃管再建術(空腸再建術1人を含む)41名(51.3%)、胸腔鏡下食道亜全摘出術、開腹下胃管再建術39名(48.8%)で、胃がん患者では胃全摘出術22名(24.7%)、胃亜全摘出術(ビルロートⅠ法)19名(21.3%)、胃亜全摘出術(ビルロートⅡ法)21名(23.6%)、胃亜全摘出術(R-Y法)27名(30.3%)であった。平均手術時間は食道がん手術患者で7.4時間SD1.4、胃がん手術患者は4.1時間SD0.9であった。

表1 対象者の背景

		(%)	
項 目		食道がん手術患者 N = 80	胃がん手術患者 N = 89
平均年齢		66.4歳 SD7.3	65.4歳 SD9.6
性	男性	59名 (73.8)	62名 (69.7)
	女性	21名 (26.3)	27名 (30.3)
術式	開胸下食道亜全摘出術	41名 (51.3)	
	胸腔鏡下食道亜全摘出術	39名 (48.8)	
	胃全摘出術		22名 (24.7)
	胃亜全摘出術 (B-I)		19名 (21.3)
	胃亜全摘出術 (B-II)		21名 (23.6)
	胃亜全摘出術 (R-Y吻合)		27名 (30.3)
平均手術時間		7.4時間 SD1.4	4.1時間 SD0.9
平均経過年数		4.3年 SD3.2	4.7年 SD3.5
合併症の有無	なし	35名 (47.9)	65名 (73.9)
	あり	38名 (52.1)	23名 (26.1)
手術後転帰	自宅	71名 (89.9)	87名 (97.8)
	転院、転棟	8名 (10.0)	2名 (2.2)
現在の就業状況	就業していない	48名 (60.0)	40名 (44.9)
	就業している	32名 (40.0)	49名 (55.1)

注) 胃亜全摘出術 (再建ビルロートⅠ法はB-Iと略す)

胃全摘出術 (再建ビルロートⅡ法はB-IIと略す)

平均術後経過年数は、食道がん手術患者では4.3年SD3.2、胃がん手術患者では4.7年SD3.5であった。入院中に術後合併症がみられたのは、食道がん手術患者は38名 (52.1%)、胃がん手術患者は23名 (26.1%) で胃がん手術患者に比べ食道がん手術患者のほうが多かった。

手術後の転帰で自宅か転院・転棟では、ほとんど自宅に帰っていたが、食道がん手術患者71名 (89.9%)、胃がん手術患者では87名 (97.8%) であり、胃がん手術患者の方が自宅に帰る人は多くみられた。調査時点の就業状況では食道がん手術患者では就業していない48名 (60%)、就業している32名 (40%)、胃がん手術患者では就業していない40名 (44.9%)、就業している49名 (55.1%) であった。

2. GHQ28の総合点及び各要素点について

GHQ28は、その判断基準に従い6点未満ならば健常者、6点以上ならば何らかの問題をもつと判断した。表2に示すようにGHQ28項目の平均点は食道がん手術患者では、5.14SD4.90、胃がん手術患者では4.25SD4.25で食道がん手術患者も胃がん手術患者も健常と判断され

る値であった。6点以上で何らかの問題をもつ人は、食道がん手術患者では27名 (33.8%)、胃がん手術患者では30名 (33.7%) であった。年齢の分類からみて6点以上で何らかの問題をもつ人は、食道がん手術患者では60歳未満で3名 (3.7%)、60歳から69歳までは9名 (11.2%)、70歳以上は15名 (18.7%) で、胃がん手術患者では60歳未満で12名 (13.4%)、60歳から69歳までは10名 (11.2%)、70歳以上は8名 (8.9%) であった。性別からみて食道がん手術患者では男性16名 (20%)、女性11名 (13.8%)、胃がん手術患者では男性21名 (23.6%)、女性では9名 (10.1%) であった。経過年数で食道がん手術患者では3年未満で12名 (15%)、3年から5年未満6名 (7.5%)、5年以上9名 (11.2%)、胃がん手術患者では3年未満で11名 (12.3%)、3年から5年未満4名 (4.4%)、5年以上15名 (16.8%) であった。

要素点は、GHQ28項目の判定基準に準じて行った。図1に示すように身体的症状と不安と不眠では、2点以上で軽度の症状をもつ人は、食道がん手術患者42名 (52.5%) で、胃がん手術患者37名 (41.6%) であった。

表2 GHQ28の判定結果に基づく年齢、性別、経過年数の人数 (%)

分 類		食道がん手術患者 N=80		胃がん手術患者 N=89	
GHQ28項目平均点		5.14 SD4.90		4.25 SD4.25	
GHQの判定		≥ 6	< 6	≥ 6	< 6
人数		27 (33.8)	53 (66.2)	30 (33.7)	59 (66.3)
年齢	<60歳	3 (3.7)	7 (8.7)	12 (13.4)	15 (16.8)
	60歳～69歳	9 (11.2)	32 (40.0)	10 (11.2)	21 (23.5)
	≥70歳	15 (18.7)	14 (17.5)	8 (8.9)	23 (25.8)
性	男性	16 (20.0)	43 (53.8)	21 (23.6)	41 (46.1)
	女性	11 (13.8)	10 (12.5)	9 (10.1)	18 (20.2)
経過年数	< 3 年	12 (15.0)	25 (31.2)	11 (12.3)	31 (34.8)
	≥ 3 年～< 5 年	6 (7.5)	13 (16.2)	4 (4.4)	6 (6.7)
	≥ 5 年	9 (11.2)	15 (18.7)	15 (16.8)	22 (24.7)

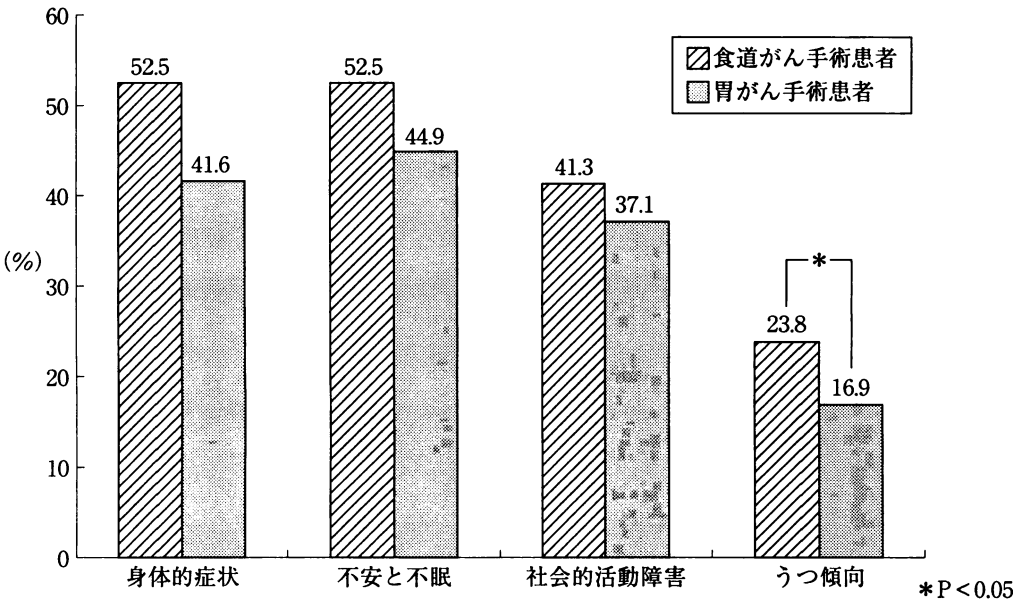


図1 GHQの各要素点で軽度以上の症状をもつ者の割合

不安と不眠は食道がん手術患者42名 (52.5%)、胃がん手術患者40名 (44.9%) であった。社会的活動障害とうつ傾向は1点以上の軽度の症状をもつ人は、社会的活動障害では、食道がん手術患者33名 (41.3%)、胃がん手術患者33名 (37.1%) であった。うつ傾向は、食道がん手術患者19名 (23.8%)、胃がん手術患者15名 (16.9%) で有意な差を認めた (P<0.05)。軽度以上の症状および何らかの問題をもつ人の割合を食道がん手術患者と胃がん手術患者についてみると、各要素点においても食道がん手術患者のほうが高い値を示した。

3. 年齢・性・経過年数で調整した多変量解析の結果について

年齢・性・経過年数で調整し、ロジスティックモデルによりオッズ比 (OR)、95%信頼区間 (95%CI) とP値を計算した結果は表3に示す。食道がん手術患者も胃がん手術患者においても精神健康状態と関連し、有意差が認められたのは、「食生活全般」「食欲」「術後疲れる」の項目であった。

「食生活全般」においては、「食生活全般」に満足感である群とない群を比較した時、食道がん手術患者では、不満足群はOR=5.51, 95%CL:1.43-21.2 (P=0.01)、胃がん手術患者では不満足群はOR=8.15, 95%CL:

表3 年齢・性・経過年数で調整後の多変量解析の結果

項 目	分 類	食道がん手術患者 multivariate N = 80				胃がん手術患者 multivariate N = 89			
		≥ 6	GHQ	< 6	年齢・性・経過年数で調整	≥ 6	GHQ	< 6	年齢・性・経過年数で調整
		N = 27 (%)	N = 53 (%)	OR (95%CI)	P-Value	N = 30 (%)	N = 59 (%)	OR (95%CI)	P-Value
食生活全般	満足	17(63)	47(89)	1		25(83)	57(97)	1	
	不満足	10(37)	6(11)	5.51(1.43-21.2)	0.01	5(17)	2(3)	8.15(1.25-53.3)	0.03
食欲	ある	21(78)	49(93)	1		24(80)	56(95)	1	
	ない	6(22)	4(7)	4.93(1.07-22.8)	0.04	6(20)	3(5)	5.97(1.25-28.6)	0.03
1回の食事時間	30分>	12(44)	38(72)	1		23(77)	49(83)	1	
	30分≤	15(56)	15(28)	4.61(1.44-14.8)	0.01	7(23)	10(17)	1.97(0.57-6.82)	0.29
嚥下困難	ない	12(44)	35(66)	1		28(93)	56(95)	1	
	ある	15(56)	18(34)	2.98(0.98-9.06)	0.05	2(7)	3(5)	1.76(0.26-12.0)	0.56
吐き気	ない	21(78)	49(93)	1		26(80)	51(86)	1	
	ある	6(22)	4(7)	4.18(0.91-19.12)	0.07	4(20)	8(14)	1.03(0.27-3.95)	0.96
嘔吐の経験	ない	15(56)	40(76)	1		29(97)	53(90)	1	
	ある	12(44)	13(24)	3.00(0.96-9.42)	0.06	1(3)	6(10)	0.34(0.04-3.07)	0.33
苦い水がこみあげる	ない	6(22)	24(45)	1		22(73)	50(85)	1	
	ある	21(78)	29(55)	3.07(0.94-10.04)	0.06	8(27)	9(15)	1.78(0.58-5.46)	0.31
食物がつかえる感じ	ない	8(30)	31(59)	1		23(77)	52(88)	1	
	ある	19(70)	22(41)	4.47(1.42-14.1)	0.01	7(23)	7(12)	2.82(0.75-10.6)	0.12
労作時の息苦しさ	ない	11(41)	34(64)	1		22(73)	56(95)	1	
	ある	16(59)	19(36)	2.58(0.94-7.08)	0.07	8(27)	3(5)	8.85(1.93-40.5)	0.01
下痢	ない	9(33)	21(40)	1		16(53)	44(75)	1	
	ある	18(67)	32(60)	1.47(0.51-4.25)	0.47	14(47)	15(25)	2.70(1.00-7.32)	0.05
術后感冒症状	変わらない	14(52)	42(79)	1		23(77)	53(90)	1	
	増えた	13(48)	11(21)	4.78(1.44-15.9)	0.01	7(23)	6(10)	2.46(0.71-8.53)	0.15
術後疲れる	変わらない	2(7)	34(64)	1		13(43)	40(68)	1	
	増えた	25(93)	19(36)	25.0(4.72-132.2)	0.00	17(57)	19(32)	3.75(1.35-10.4)	0.01

1.25-53.3 ($P=0.03$) で、不満足群のほうが、精神健康状態に何らかの問題をもつことと有意に関連した。「食欲」においては、「食欲」がある群とない群の比較では、食道がん手術患者の「食欲」がない群は $OR=4.93, 95\%CL:1.07-22.8$ ($P=0.04$) であり、胃がん手術患者の「食欲」がない群は、 $OR=5.97, 95\%CL:1.25-28.6$ ($P=0.03$) と、食道がん手術患者、胃がん手術患者とも「食欲」がない群では、精神健康状態に何らかの問題をもつことと有意に関連した。「術後疲れる」においては、「術後疲れる」ことが、術前と変わらない群と術前より増加した群と比較では、「術後疲れる」ことが増えた群は、食道がん手術患者では、 $OR=25.0, 95\%CL:4.72-132.2$ ($P=0.001$)、胃がん手術患者では $OR=3.75, 95\%CL:1.35-10.4$ ($P=0.01$) と、「術後疲れる」ことが増えた群が手術後の精神健康状態に何らかの問題をもつことと有意に関連した。

また食道がん手術患者のみが精神健康状態に何らかの問題をもつことと有意に関連した項目は、「1回の食事時間」「食物がつかえる感じ」「術后感冒症状」であった。まず「1回の食事時間」が30分以内の群と30分以上の群を比較では、30分以上の群は、 $OR=4.61, 95\%CL:1.44-14.8$ ($P=0.01$) であり、「1回の食事時間」が30分以上の群が精神健康状態に何らかの問題をもつことと有意に関連した。「食物がつかえる感じ」がない群とある群の比較では、「食物がつかえる感じ」がある群が $OR=4.47, 95\%CL:1.42-14.1$ ($P=0.01$) であり、「食物がつかえる感じ」がある群は精神健康状態に何らかの問題をもつことと有意に関連した。「術后感冒症状」が術前と比べて変わらない群と術前と比べて術後に増えた群の比較では、「術后感冒症状」が術前と比べて術後に増えた群が $OR=4.78, 95\%CL:1.44-15.9$ ($P=0.01$) と、「術后感冒症状」が増えた群が精神健康状態に何らかの問題をもつことと有意に関連した。また「嚥下困難」のない群とある群の比較では、「嚥下困難」のある群が $OR=2.98, 95\%CL:0.98-9.06$ ($P=0.05$) であり、精神健康状態に何らかの問題をもつことと関連した。

食道がん手術患者にはみられなかったが、胃がん手術患者の精神健康状態に何らかの問題をもつことと関連した項目は、「労作時の息苦しさ」であった。「労作時の息苦しさ」がない群とある群の比較は、「労作時の息苦しさ」がある群 $OR=8.85, 95\%CL:1.93-40.5$ ($P=0.01$) であった。また「下痢」が術後になかった群とあった群の比較は、「下痢」があった群が、 $OR=2.70, 95\%CL:1.00-7.32$ ($P=0.05$) であった。

以上のことから食道がん手術患者の退院後の精神健康

状態に関連する特徴的な要因は、胃がん手術患者の退院後の精神健康状態に関連する要因を比べると、食道がん手術後患者は、「1回の食事時間」が30分以上かかる群、「食物がつかえる感じ」がある群、術前に比べて「術后感冒症状」が増えた群であった。また「嚥下困難」がある群も $P=0.05$ で関連していた。

IV. 考 察

1. 対象者の特徴的な背景

対象者の背景は、平均年齢では食道がん手術患者66.4歳SD7.3、胃がん手術患者65.4歳SD9.6で食道がん手術患者の方が年齢は高かった。性別では食道がん手術患者男性59名 (73.8%)、女性21名 (26.3%)、胃がん手術患者は男性62名 (69.7%)、女性27名 (30.3%) で、食道がん手術患者に男性が多く見られた。また平均術後経過年数は食道がん手術患者では4.3年SD3.2、胃がん手術患者では4.7年SD3.5で食道がん手術患者のほうが胃がん手術患者より短かった。しかしいずれにおいても有意な差ではなかった。

食道がん手術患者は、開胸下食道亜全摘出術、開腹下胃管再建術 (空腸再建術1人を含む) 41名 (51.3%)、胸腔鏡下食道亜全摘出術、開腹下胃管再建術39名 (48.8%) を受けている、また胃がん手術患者は全て開腹下で、胃全摘出術22名 (24.7%)、胃亜全摘出術 (再建ビルロートⅠ法:B-Iと略す) 19名 (21.3%)、胃亜全摘出術 (再建ビルロートⅡ法:B-IIと略す) 21名 (23.6%)、胃亜全摘出術 (R-Y法) 27名 (30.3%) であった。入院中に起こる術後合併症がみられたのは食道がん手術患者では38名 (52.1%)、胃がん手術患者は23名 (26.1%) で食道がん手術患者のほうが胃がん手術患者に比べ多かった。食道がん手術では手術時間は長くて、手術侵襲が大きいことがその一因であろうと推測できる。

そして手術後の転帰については自宅に帰る人がほとんどで食道がん手術患者71名 (89.9%)、胃がん手術患者で87名 (97.8%) である。しかし食道がん手術患者には8名 (10.0%) が退院後も転院・転棟で療養する人がいた。また退院後の就業状況では食道がん手術患者では就業している人は32名 (40%) で、就業していない人のほうが多く、胃がん手術患者では就業している人は49名 (55.1%) で、就業している人のほうが多かった。

今回の食道切除術を受けた退院後の食道がん手術患者は、がん疾患の特徴および手術療法による侵襲の影響があることから、研究対象者を退院後1年以上経過した人

とした。しかし、退院後も手術療法の治療後の障害はあることから程度の差はあれ、身体的問題が起こる可能性はあることが推測される。また転院・転棟や就業状況については、今回は詳細な情報はなかったが、疾患や術式だけでなく、化学療法や放射線療法の継続的な治療の有無や罹患する対象者も高齢の人が多くみられることから、具体的な内容については今後さらなる検討が必要であると考えられる。

2. 精神健康状態について

GHQ28の総合点と要素点で精神健康状態を判断した。食道がん手術患者でのGHQ28項目の総合点の平均は5.14SD4.9で、胃がん手術患者では4.25SD4.25と、食道がん手術患者が高かった。しかし両者とも健常な範囲と判断された。

手術療法を受け退院し1年を過ぎると、身体的な面も消化管再建に順応して精神健康状態は落ち着いてくるのではないかと考える。手術療法を受けて退院した後もできるだけ身体的・精神的に問題がないことが望ましいが、食道がん手術患者では6点以上の精神健康状態に何らかの問題をもつ人が27名(33.8%)いた。何が問題となっているのかについては、病名、がんの進行度、術式、経過年数、年齢などによりその違いがあることも推測されるので、さらなる詳細な検討が必要と考える。

各要素点をみると、うつ傾向で軽度以上の症状がある人は食道がん手術患者で19名(23.8%)、胃がん手術患者の15名(16.9%)で、食道がん手術患者にうつ傾向が特徴的な症状となっていた。どのようなことからうつ傾向になるのかについてはさらなる検討が必要であるが、うつ傾向にある患者は、嚥下困難や食物の通過障害などの症状を訴えている(白田, 2005)。これは、食道がんにおける手術では、食道切除したあとに食道再建術が行われるが、再建された食道は、本来の食道のもつ機能とは異なってくることからの問題が含まれていることが推測される。特に食物の通過障害に伴い、食物がつまり呼吸ができなくなる体験から死にそうになったことなど、また食事管理がうまくいかずにおこる症状もあり、そのような症状が日常生活に影響し問題となり、精神健康状態でうつ傾向になってくることが考えられる。

また、胃管による食道再建術を受ける患者は、手術療法により食物の逆流防止機構の喪失に伴う問題として、消化管液の逆流が起こることから、胸焼けなどの不快感が夜間臥床時にあり、睡眠が不十分となり精神面に影響し、日常生活で問題となり、不安・憂鬱になるなど心理社会的な面でも苦痛を伴いうつ傾向になることも考えられ

る。

今回、精神健康状態の判断としたGHQ28は、調査時点から2～3週間の間の健康状態を判定するものである。日常生活の中では多少の気分の動揺は誰にでもあるが、一定の時間を過ぎると自然に元に戻る。しかしICD-10(WHO, 1993)によるうつ病性障害の主な特徴は、中核症状として①少なくとも2週間以上続くうつ気分、②通常なら楽しめる活動に対する興味や喜びの喪失、③活力の低下、疲労感の増加、従属症状として①自身や自尊心の喪失、②不適切あるいは過度の罪責感、③死についての反復する考え、④考えたり、集中する能力が明らかに低下していること、⑤精神運動の活動の変化、⑥睡眠障害、⑦体重変化を伴う食欲の変化であり、これらの症状がどれだけあるかにより重症度も決まってくる。

今回の判定となったうつ傾向はうつ病性障害といえるほどでなく、スクリーニングの結果でうつ状態のチェックができ医療者のサポートをすべき対象として判断できると考える。うつ状態ががん患者の進行に関与しないように、また患者のQOLが損なわないように、心理的側面からのサポートなど適切な対応を行うことが必要と考える。

3. 精神健康状態に影響する要因について

精神健康状態をGHQ28の基準を使用し6点以上を何らかの問題をもつ群、6点未満を健常群として、性、年齢、経過年数で調整して解析した。結果、食道がん手術患者も胃がん手術患者も、「食生活全般」に不満足であることや「食欲」がないこと、「術後疲れる」ことが手術前より手術後に増えたと感じている人が精神健康状態に何らかの問題をもつことと関連することがわかった。今回は食道がんや胃がんの消化器系疾患を取り上げたが、人間の基本的ニードである食生活に不満足感があり、食事に関する問題が起きてくることは避け難く、特に手術後も食事に関する問題が日常的になると、不満足感で精神的にも不安定になり、苛立ちや抑うつなどの感情がおき、生活全体に活気がなくなり、精神健康状態にも影響することは推測できる。

「食欲」は食物を求め、食べる意欲のことであるが、口腔からの摂食する行動だけでなく、複雑な心理的・文化的背景に支えられている。島本ら(2001)は加齢に伴う自律神経機能低下や平滑筋収縮力低下のみでだけでなく、分泌・吸収機能や心理・社会的要因などの因子が複雑に関係していると述べている。手術後の基本的な消化・吸収の快復状態の目安は、食欲が1つの目安になる。自分の食欲に従い快復状態を判断していくことになるの

で、食欲が低下しているときには、自分なりの工夫が大切であり、食欲が増す工夫についての指導は必要である。「食欲」は、食道がんであることやその手術後の状況に加えて年齢的な面からも精神的な面には影響することも考えられる。浅野 (2005) は家族員との関係を円滑にした社会復帰を促し看護援助に活かすことを述べているが、「食欲」を増すためには家族や周囲に協力は不可欠である。そのことをふまえた指導内容の効果やその他工夫する点など更なる研究が必要であると考ええる。

「術後疲れる」は、手術後1年以上経過してみられることは精神健康状態に影響する要因となる。今回の対象者の術式に胃全摘出術をしている人が含まれた。胃全摘出術の場合には悪性貧血をおこしやすく、十分な貧血に対する治療が行われていないと疲労感が出現することが考えられるので、その点については今後の課題としたい。「術後疲れる」ことから、さらに体力の低下とならないように、また回復力を高めるために最も必要なことは栄養バランスである。そのための栄養に関する指導内容が問われてくるので、栄養についての指導が必要と考える。境ら (1999) は、食道がんに対するバイパス術について術後の食事摂取状況と栄養状態を評価し、経口摂取のみでは栄養状態が悪いことから、退院後も中心静脈栄養などの手段が必要と報告している。十分な栄養補給がなされないと、当然体重減少と体力低下がみられてくる。体力がないと認識することで、活動することができなくなり、何もやる気がなくなるなど、栄養の問題から体力低下につながり、日常生活における活動が低下し、それとともに精神健康状態にも影響すると考える。

食道がん手術患者と同じ消化器の疾患で、胃がん手術患者においても、食に関して栄養の問題がある (細原ら, 2005)。この栄養に関する問題は消化器の疾患には欠かせないことから看護者としての援助が必要となる。

中根ら (1998) は、消化器疾患における手術では、消化管の切除・再建の及ぼす影響は一過性であること、胃切術を行った後、一次的にはQOLは低下するが、長期的にみて、QOLはほぼ正常化することなど術後経過年数が影響することを述べている。また青山ら (2004) は、胃がん手術患者の術式別、術後経過期間別にみた食生活影響要因を検討し、胃全摘出術患者の身体回復に9~12ヶ月を要し、その後に心理的回復過程をたどることを説明している。今回の対象者は1年以上を経過していたが、症状の程度が精神健康状態に影響することを考えると、どれだけの術後経過年数になれば、症状が落ち着いてくるのかなどについてもさらなる検討が必要であると考ええる。

食道がん手術患者に特徴的にみられたのが、「1回の食事時間」が30分以内の群より、30分以上かかる群のほうが、「食物がつかえる感じ」がない群よりある群のほうが、術前に比べて「術后感冒症状」が変わらない群より、増えた群のほうが精神健康状態に特徴的に関連した要因であった。また「嚥下困難」がない群よりある群のほうが精神健康状態に影響することが考えられた。一般的に行われる食道がんの手術は、患者の状態、がんの進行度、術後のQOLを考慮し、食道切除の範囲は転移などを考慮して、食道全摘術が行われ、食道再建に用いられる臓器で、胃が最も多く用いられる (川原, 2004)。今回の対象者における術式は開胸下食道亜全摘出術、開腹下胃管再建術 (空腸再建術1人を含む) 41名 (51.3%)、胸腔鏡下食道亜全摘出術、開腹下胃管再建術39名 (48.8%) と再建は胃管であった。食道がんにおける手術では、食道切除したあとに食道再建術が行われる。食道がんにおける再建手術により、食物の逆流も起こしやすく (愛甲, 2004)、手術療法により食物の逆流防止機構の喪失や臥床により消化管液の逆流による不快感が生じることなど、再建された食道は、本来の食道のもつ機能とは異なってくることからの症状が出現する。

手術を受けたことにより、1回に摂取する食事量は減少し、消化吸収機能の低下がみられ、術後には栄養の問題が出てくる可能性は高いと考える。食道がん手術患者の心理社会的問題は、術後の身体症状と関連する。摂取状況、摂取量、食事摂取に伴う症状、食事に対する満足感がなくなるなど主に食べることが日常生活で問題となる (秋田谷ら, 2001; 永峰ら, 1999)。特に食道がん手術患者に「1回の食事時間」が30分以上かかる、「嚥下困難」がある、「食物がつかえる感じ」が特に苦痛となり精神健康状態に影響すると考える。また「嚥下障害」などの症状で不安・憂鬱になる (Knippenberg et al., 1992) など心理社会的な面でも苦痛を伴うことが推測される。

「術后感冒症状」が術前より増えた症状であるが、手術療法を受けた食道がん手術患者の中には食物の通過障害などの合併症によって栄養障害になる。そのため、十分な栄養補給がなされないと、体力低下と免疫力が低下して「感冒症状」が見られてくることが多くなり、活動範囲が縮小し何もやる気がなくなるなど、日常生活における活動に影響し、そのような症状が精神健康状態にも影響すると考える。

食道がん患者が手術を受けることによって起こる身体的症状のなかには、食に関した機能障害の表現であるとみなされるものがある。しかし消化器系の疾患では生活環境などの影響を受けることから、食事に関する障害の

増悪は精神的要素にも関係している（吉村ら, 2005）。今回、食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に特徴的に影響する要因は、1年以上経過してもなおその症状があると日常生活行動に支障があり、精神的にも問題となることが考えられる。術式からみて食道がんの手術侵襲は大きく、手術時間も長くなり、手術後起こってくる問題があることはさげがたい。しかし手術後起こってくる問題が人間にとって食べることに関することに影響すると、これは毎日のことであり、生きていく上で大きな比重を占めることだけに、苦痛は計り知れない。できるだけその症状の軽減を図り、解決できない場合にも退院後の日常生活でも問題となり精神健康状態も悪くならないようにすることが必要である。そして手術療法を受け退院した患者QOL向上に向けた援助を考えると、周手術期を中心に退院後も相談窓口を設けるなど退院後も継続的な医療者のサポートシステムが必要と考える。

V. まとめ

GHQ28でみる精神健康状態の平均点は、食道がん・胃がん手術患者ともに健常な範囲の値であった。しかし、各要素点でうつ傾向で軽度以上の症状をもつ者の割合をみると食道がん手術患者のほうが有意に高値を示した。

また食道がん手術患者の精神健康状態に関連する特徴的な要因は、胃がん手術患者に比べると「1回の食事時間が30分以上かかる」、「食物がつかえる」がある、術前より「術後の感冒症状がある」が増えたことであった。また「嚥下困難」があることも影響することが考えられた。このことから、手術療法を受け、退院後1年以上経過した食道がん手術患者におけるアセスメントの視点、予防的なケアを含めて手術後における食生活の工夫、栄養摂取方法の指導などに活かし、精神的な健康が保たれるように看護ケアの充実を図る必要がある。

謝 辞

この研究にご協力いただいた患者様、大阪市立大学大学院医学研究科の大杉治司先生、大阪市立総合医療センターの竹村雅志先生に感謝申し上げます。尚この論文は、2006年2月に第20回日本がん看護学会学術集会で口頭発表したものに加筆、修正を加えたものです。

引用文献

愛甲聡（2004）：食道の手術。北島政樹，櫻井健司編，

外科手術と術前・術後の看護ケア，47-69。

青山みどり，奥村亮子，二渡玉江他（2004）：胃がん手術患者の術式別，術後経過期間別にみた食生活影響要因検討，消化器外科ナーシング，9(3)，330-337。

秋田谷夏江，石川有理，四ノ宮晴美他（2001）：食道がん切術を受けた患者のQOLの検討—食事摂取を中心とした生活実態を調査して，成人看護，32，147-149。
浅野美知恵，佐藤禮子（2005）：消化器がん手術後の患者と家族員の円滑な社会復帰を促進するための外来看護援助モデルの開発，千葉看護学会会誌，11(1)，17-24。

Goldberg, DP., Hillier, VF., (1979) : A scaled version of the General Health Questionnaire, Psychological Medicine, 9, 139-145.

福西勇夫（1990）：日本版General Health Questionnaire (GHQ) のcut-off point, 心理臨床，(3)，228-234。

細原正子,橋口由史,大浦まり子他（2005）：胃切除術を受ける患者の栄養摂取支援に関する基礎的研究 手術前の栄養・身体的指標および健康関連QOLの視点から，香川県立保険医療大学紀要，1，75-80。

磯野可一（1988）：食道がん臨床，中外医学社，25-44。

泉博義，青山法夫，南出純二他（2001）：食道がん切除術後5年以上経過310例の検討，横浜医学，52(5-6)，555-568。

川原英之（2004）：食道の手術。北島政樹，櫻井健司編，外科手術と術前・術後の看護ケア，111-119。

数間恵子，石黒義彦（1990）：胃がん術後患者における栄養状態回復評価指標の検討，日本看護科学学会誌，10(3)，126-127。

厚生統計協会（2006）：国民衛生の動向，50(9)，50-400。
Knippenberg, FC, Out JJ, Tilanus HW, Mud HJ, Hop WC, Verhage F (1992) : Quality of Life in patients with resected oesophageal cancer, Social Science & Medical, 35(2)，139-145。

日本食道疾患研究会編（2002）：食道がんガイドライン，金原出版，東京。

中川泰彬，大坊郁夫（1985）：日本版G H Q精神健康調査票手引，日本文化科学社。

中根恭司，明平圭司，奥村一郎他（1998）：術後愁訴と消化器運動からみた胃切除術式の選択，外科治療79，136-141。

永峰卓哉，柿川房子，渋谷優子（1999）：食道がん手術患者の退院後の食生活に関する研究 日本がん看護学会誌，13回学術集會講演集，13。

境雄太, 加固紀夫, 平尾良範他 (1999): 食道がんに対する食道内挿管術及びバイパス術術後の食事摂取状況と栄養評価: 輸液・栄養ジャーナル, 21(11), 781-786.

島本史夫, 勝健一 (2001): 高齢者の上部消化管運動機能, 老年消化器病, 13巻1号, 9-15.

白田久美子, 前田勇子, 吉村弥須子 (2005): 手術療法を受けた食道がん手術患者の退院後の精神健康状態とQOL, 第19回 日本がん看護学会誌, 97.

白田久美子, 吉村弥須子, 前田勇子 (2006): 手術療法

を受けた食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に影響する要因, 日本看護研究学会誌, 55-61.

World Health Organization. (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Research Criteria. Geneva. / 鈴木映二, 藤澤大介, 大野裕監訳 (2003): 高齢者うつ病診療のガイドライン, 南江堂, 東京.

吉村弥須子, 前田勇子, 白田久美子 (2005): 胃癌術後患者の精神健康からみたQuality of Life, 日本看護科学学会誌, 第25巻4号, 52-60.