



令和5年度 九州がんセンター がん看護専門研修 –緩和ケアコース– 症状マネジメントと援助技術 ～呼吸器/消化器症状マネジメント～

令和5年10月26日 11:10-12:20

国立病院機構九州がんセンター

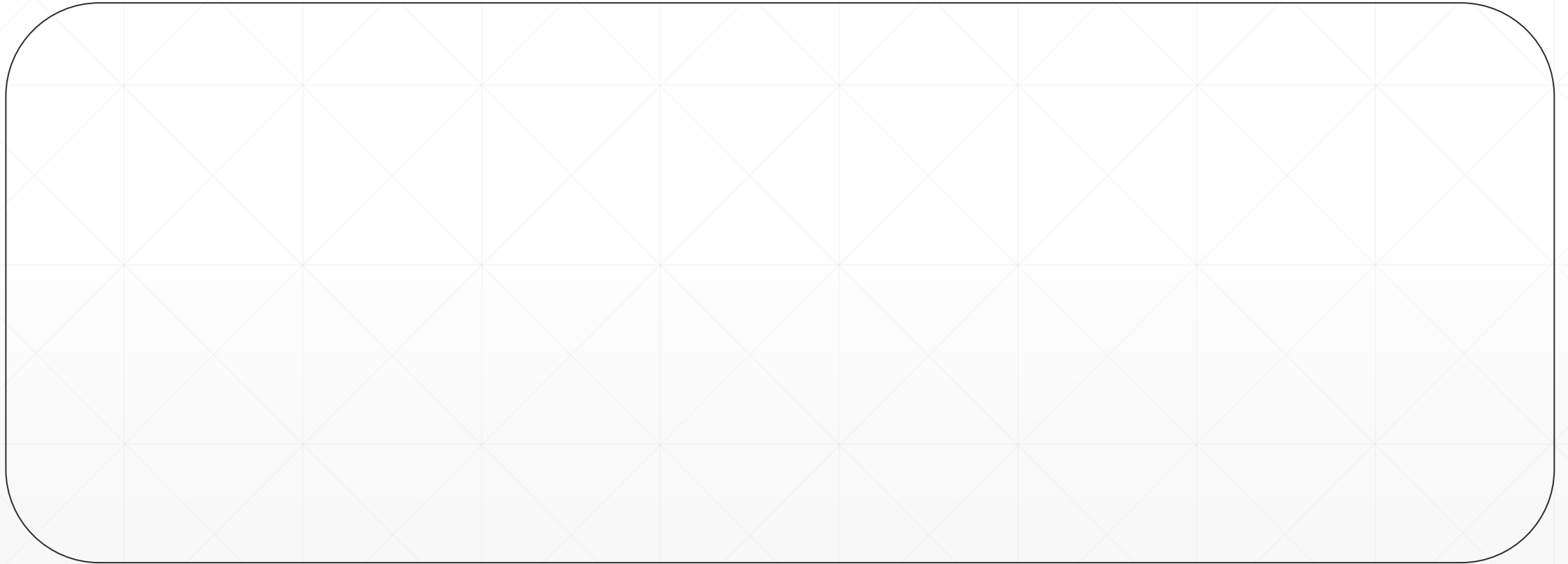
緩和ケア認定看護師 外来副看護師長 安村知佳子

症状マネジメントを学ぶ前に

- ✓ 症状とはなにか
- ✓ 人が症状を体験するとはどういうことか
- ✓ 症状を体験している人にとって必要な看護はなにか



症状とは何か



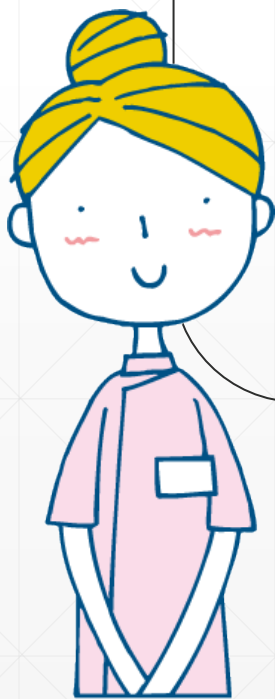
症状とは何か

- ✓ 個人的 (Private) な体験
- ✓ その人の主観的な体験
- ✓ 個人のそれまでの体験、考え方、文化、習慣などが強く影響を及ぼす
- ✓ 他者によってその存在を確認したり、証明することはできない。
- ✓ 個人の解釈によって症状に伴う体験が異なる

(Rhodes&Watson,1987)



症状とは何か



症状とはその患者に属して
いて、症状の体験はその患者の
ものである。

がんの症状緩和の難しさ

- ✓ 多様化するがん治療
- ✓ それぞれの治療に伴う症状

【副作用、有害反応】

- ✓ 複合的に出現する症状

【症状が複合的に存在するとき、単に症状があるというわけではなく、相互に影響しあって体験される】

症状マネジメントとは

「患者が症状についての苦痛を緩和、または軽減させるため、意図的に症状の発生を防ぐための活動を実行するか、直接他の何かを開始することである」

(Fu,M.R.,LeMone,p.,MacDaniel,R.W.,2004)



症状マネジメントにおける看護のアプローチ

- ①患者の症状と病態、生物学的側面からアセスメントする。
- ②患者が感じ、解釈したことを加えてアセスメントする。
 - 患者の症状体験をアセスメント
 - 患者や家族のセルフケアを促進する。

症状マネジメントをするときに気をつけたいこと

- ✓ 患者にとって優先順位の高い問題に焦点を合わせる。
- ✓ 症状マネジメントが優先順位を持たない場合、患者の症状マネジメントに関するセルフケア能力は低く、患者に話を聞こうとしても出てこないなど、活動をはじめた時点で抵抗にあうこともある。
- ✓ 時には医療者の判断で症状のマネジメントを行うことも考える。

看護師によるサポート

- ✓ 患者のセルフケアの状態に応じてケアの代償
(全代償？部分代償)
- ✓ 症状マネジメントが主体的に行えるように指導
(患者自身が症状を評価)
- ✓ 患者の相談に応じる
- ✓ 不安に思った気持や否定的な感情などと認め共感する



～呼吸器/消化器症状～ 研修内容

- がんの特徴的な症状のメカニズムについて理解できる
- 症状に対するアセスメントおよび看護技術について理解できる



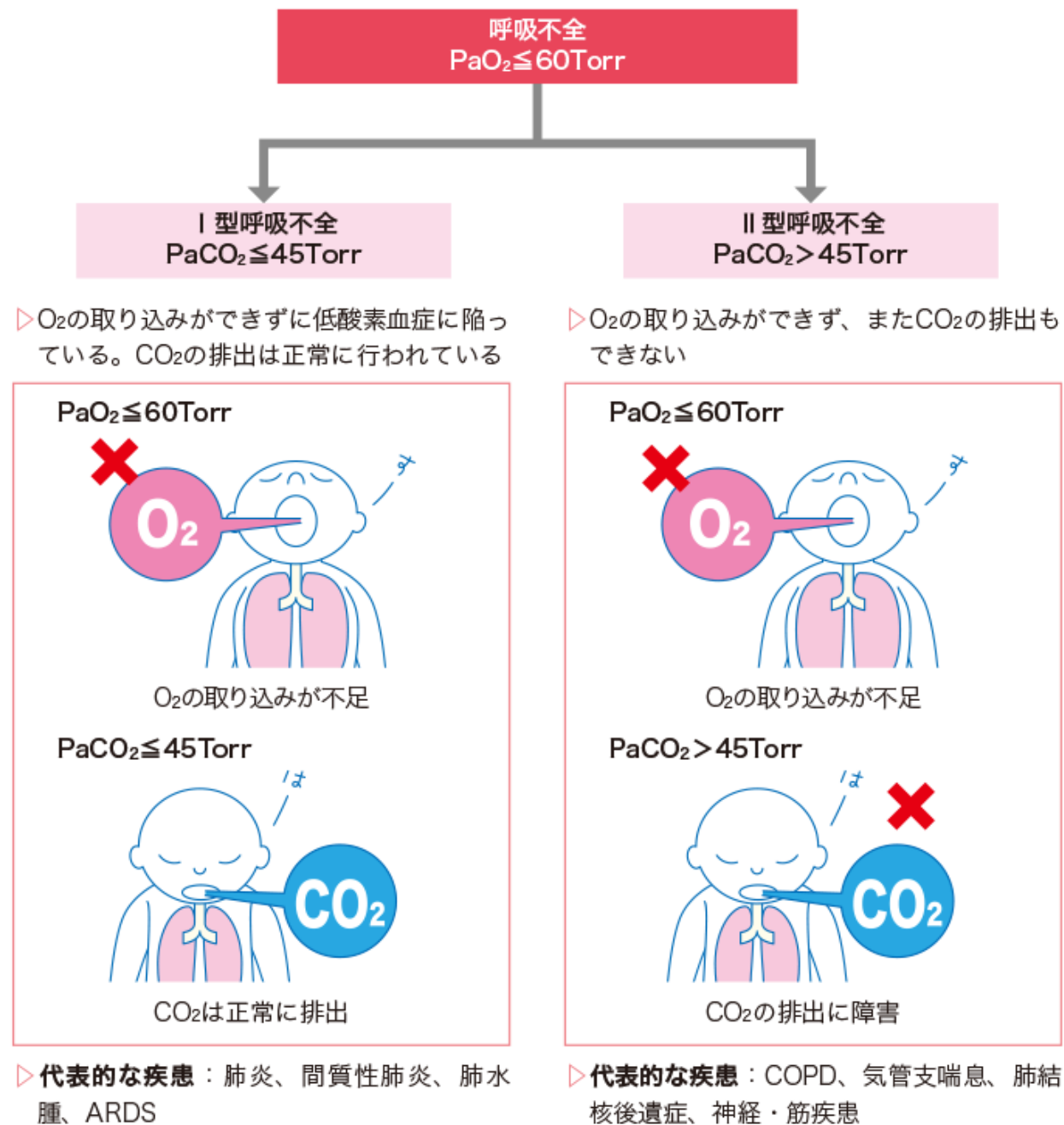


呼吸困難



呼吸不全とは

呼吸不全とは、室内気吸入時の動脈血酸素分圧（ PaO_2 ）が60Torr以下となる呼吸障害、またはそれに相当する呼吸障害を呈し、意識障害、呼吸数の増加、呼吸困難、チアノーゼなどの症状をきたす異常状態のことをいいます。



呼吸困難の定義

<呼吸困難>

- 「呼吸時の不快な**感覚**」という主観的な症状

<呼吸不全>

- 「酸素分圧(PaO₂) ≤ 60Torr」 という客観的な病態



「呼吸困難」は必ずしも「呼吸不全」とは一致しない

呼吸困難の頻度は？

□がん患者の21-90%（定義や病気により報告は様々）

ThomasJR,LancetOncol2002

□進行がん患者の70%が最期の6週間で呼吸困難を経験する

ReubenDBChest1986

□原発性・転移性肺腫瘍がなくても生じる



呼吸困難が及ぼす影響は？

□呼吸困難の重症度とQOLスコアは反比例する

SmithEL,JPainSymptomManage2001

□呼吸困難は抑うつ・不安と関連する

TanakaK,JPainSymptomManage2002

□進行がん患者の「生きる意欲」を阻害する

ChochinovHMLancet1999

□在宅療養患者が救急外来受診・緊急入院を余儀なくされる
主な要因である

EscalanteCP,JpainSymptomManage2002

□終末がん患者のセデーションの開始の主な理由である

Morita,JPainSymptomManage1996



がん患者に出現する呼吸困難の原因

がんの直接的な呼吸困難	がんの間接的な呼吸困難	がん治療に関連した呼吸困難	がんとは無関係の呼吸困難
肺の腫瘍 (原発・転移) がん性リンパ管症 気道狭窄・閉塞 胸水・腹水 肝腫大 横隔神経麻痺 上大静脈症候群 など	がん悪液質 電解質異常 貧血 肺炎 肺梗塞 腫瘍随伴症候群 など	肺の切除 放射線性肺臓炎 肺線維症 化学療法肺毒性 骨髄抑制など	慢性閉塞性肺疾患 気管支喘息 うっ血性心不全 気胸 不安 神経筋障害 肥満など

呼吸困難のアセスメントの視点

①呼吸困難の原因	呼吸機能の低下、全身状態の変化、精神的要因
②呼吸困難の程度や発生状況	呼吸困難の強さ、誘発因子、軽減因子
③身体症状	安静、体動、睡眠時の比較、体位、痰喀出できるか
④日常生活動作	増強させる動作、患者なりに工夫していること、制限されている動作、それに対する思い
⑤精神状態	症状に対する思い、精神症状が呼吸困難に及ぼしている影響
⑥現在の状態と予後の予測	原因治療が可能かどうか、治療やケアの目標、予後の見通し
⑦治療の効果と副作用	治療のメリット・デメリット・効果出現までの時間 侵襲性・治療への満足度
⑧患者・家族の病状認識、 患者・家族の希望	病状認識、患者家族の期待、認識のズレ、大切にしたいこと

呼吸困難に対する薬物療法

薬剤	作用機序
①モルヒネ (エビデンスレベル1B) オキシコドン・フェンタニルも代替薬としてOK (エビデンスレベル2C)	呼吸中枢の呼吸困難感の感受性の低下 呼吸数を減らすことによって酸素消費量を減少 気道のオピオイド受容体を介して気道分泌や咳嗽を抑制する
②抗不安薬 (有効性は未だ良く分かっていない)	呼吸困難感によって、不安が生じ、その不安が呼吸困難感を増悪させるという悪循環を断ち切る
③ステロイド	抗炎症作用、腫瘍周囲の浮腫の軽減
④その他 気管支拡張薬 臭化水素酸スコポラミン (ハイスコ)	気管支喘息やCOPDに伴う気管支の攣縮を改善 気道内分泌を減らす

* どうしても改善が難しい場合：鎮静

呼吸困難と看護ケア

■ 酸素療法

自覚症状をもとに調整、チューブの拘束感、生活に合わせ
* 低酸素血症（SPO₂90%以下）がある患者の呼吸困難感には有効
（エビデンスレベル1B）

■ 排痰援助

体位ドレナージ、気道分泌を抑える工夫、呼吸筋のマッサージ 呼吸リハ（口すぼめ呼吸）

■ 環境調整

低めの室温・やや高めの湿度、換気、手に届く物の配置
風を送る（エビデンスレベル1B） 三叉神経第2枝の刺激で軽減

■ 排泄・睡眠・清潔ケア・ポジショニング

便秘に注意、睡眠剤、安心して眠れる配慮、口腔清潔、枕の使用

■ 精神的サポート

つらさの理解、呼吸困難時患者を一人にしない

■ 家族サポート

家族の不安の軽減、そばに居ることの意味を伝える

ゴールはどこにする？

- 呼吸困難マネジメントの最終的なゴールは「呼吸困難の緩和」（＝つらさの緩和）であり「呼吸不全の改善」（＝数字をよくする）ではない
- 本人の希望：何を大切にして、どう過ごしたいと思っているか？を確認して原因病態に対する治療を検討する





消化器症状



消化器症状のマネジメント

苦痛は強くQOLは低下しADLも制限され衰弱をきたす



食べれるか
食べられないか

嘔気

便秘

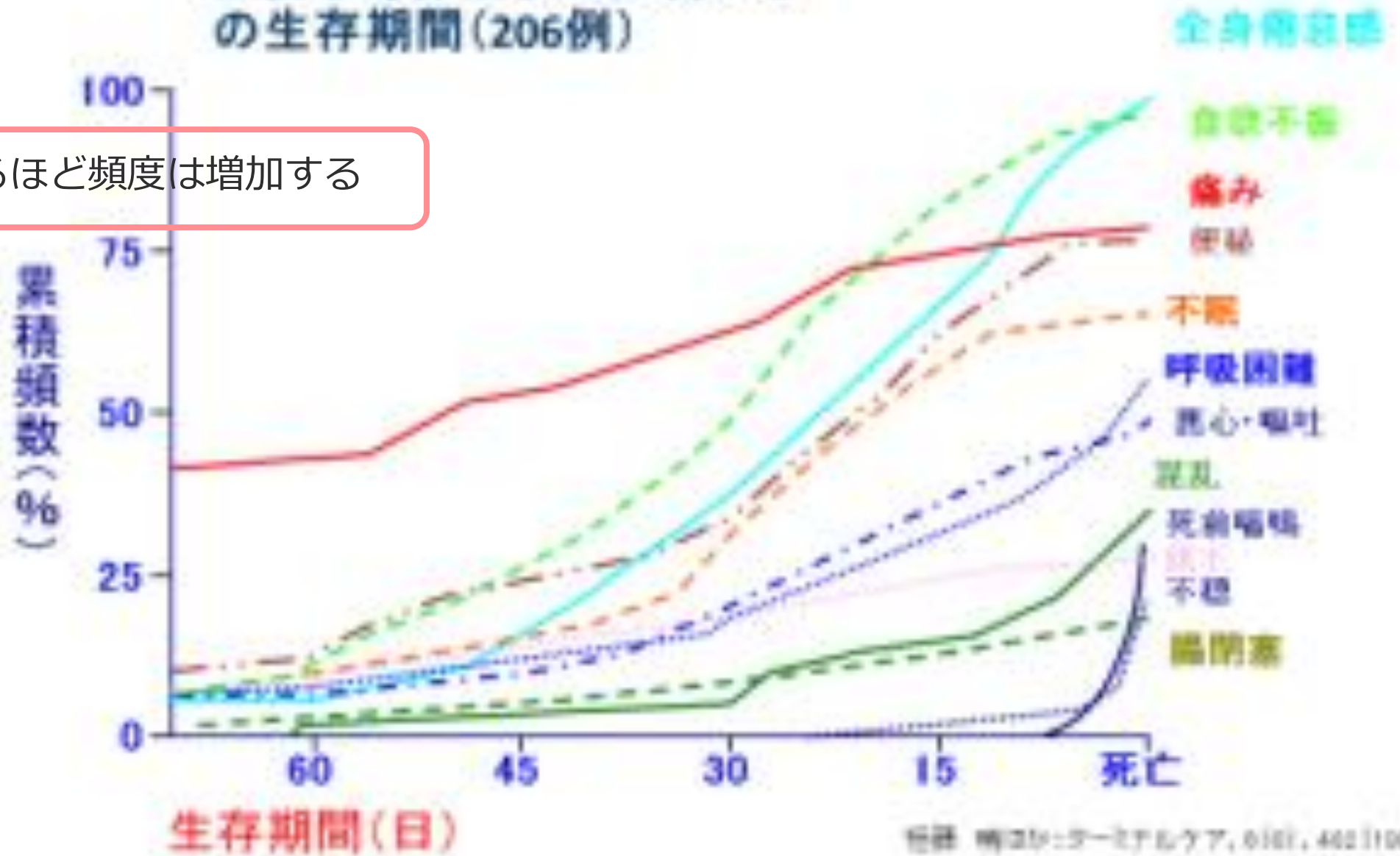
腹部膨満感

消化管閉塞



主要な身体症状の出現からの生存期間(206例)

予後が短くなるほど頻度は増加する



消化器症状

- 悪心・嘔吐
 - 消化管閉塞
 - 便秘
 - 腹部膨満感（腹水）
-

～悪心・嘔吐～

(悪心)

- ・ 主観的な上腹部の不快感
- ・ 嘔吐よりも長く続きコントロールが容易でない

(嘔吐)

- ・ 胃内容物が強制的に口から出されること
- ・ 噴門部の括約筋の弛緩、幽門部の括約筋の収縮が起こる
- ・ 倦怠感と著しい筋弛緩が起こる

・ ケアの目標

- 適切な**原因究明**および症状改善を目指す
- 細やかな配慮のあるケアを実施し患者・家族の不安を軽減する



吐き気にこまったら...

原因は何だろう...?

オピオイド?
オピオイド以外?

原因は複数のことが多い

原因治療

← 並行して行う →

症状緩和

作用機序の異なるものを併用 →

制吐剤



がん患者の吐き気の原因・・・

原因	例
薬剤性	オピオイド、抗生剤、抗がん剤、抗コリン薬・・・
代謝異常	高カルシウム血症、肝不全、腎不全、ケトアシドーシス
消化管	腹水、肝腫大、消化性潰瘍、胃炎、自律神経障害、便秘、腸閉そく、後腹膜腫瘍、尿閉
中枢性	脳浮腫 脳転移
その他	放射線治療、不安・緊張、感染症



悪心・嘔吐のメカニズム 薬物療法

原因	代表的な疾患・病態	臨床症状	薬剤の種類
末梢神経性（消化管・咽頭）	便秘・消化管閉塞・消化性潰瘍・肝腫大	消化管蠕動運動の低下 →食後に増加	消化管蠕動促進薬 ナウゼリン・プリンペラン
嘔吐中枢への直接刺激 大脳皮質への刺激	頭蓋内圧亢進（髄膜炎・脳転移） 放射線照射 感情（予期性嘔吐・不安）	動くと悪化する、眩暈を伴う	抗ヒスタミン剤 レスタミン・ポララミン アタラックスP トラベルミン
CTZへの刺激 （ケモレセプター トリガーゾーン）	薬物の副作用（化学療法） 代謝性（高カルシウム血症 低 Na血症 腎不全） 放射線治療	持続的な悪心嘔吐 血中濃度に合わせて 増悪	ドーパミン受容体拮抗薬 セレネース・ノバミン
前庭神経の刺激	感染・局所（中耳・迷路）の 炎症や聴神経腫瘍	動くと悪化する、眩暈を伴う	ステロイド リンデロン・デカドロン
複数の受容体に 作用	原因の特定不能	原因が複数あるか特定できな い	複数の受容体拮抗薬 ノバミン・リスパダール ジプレキサ・コントミン



悪心・嘔吐のメカニズム



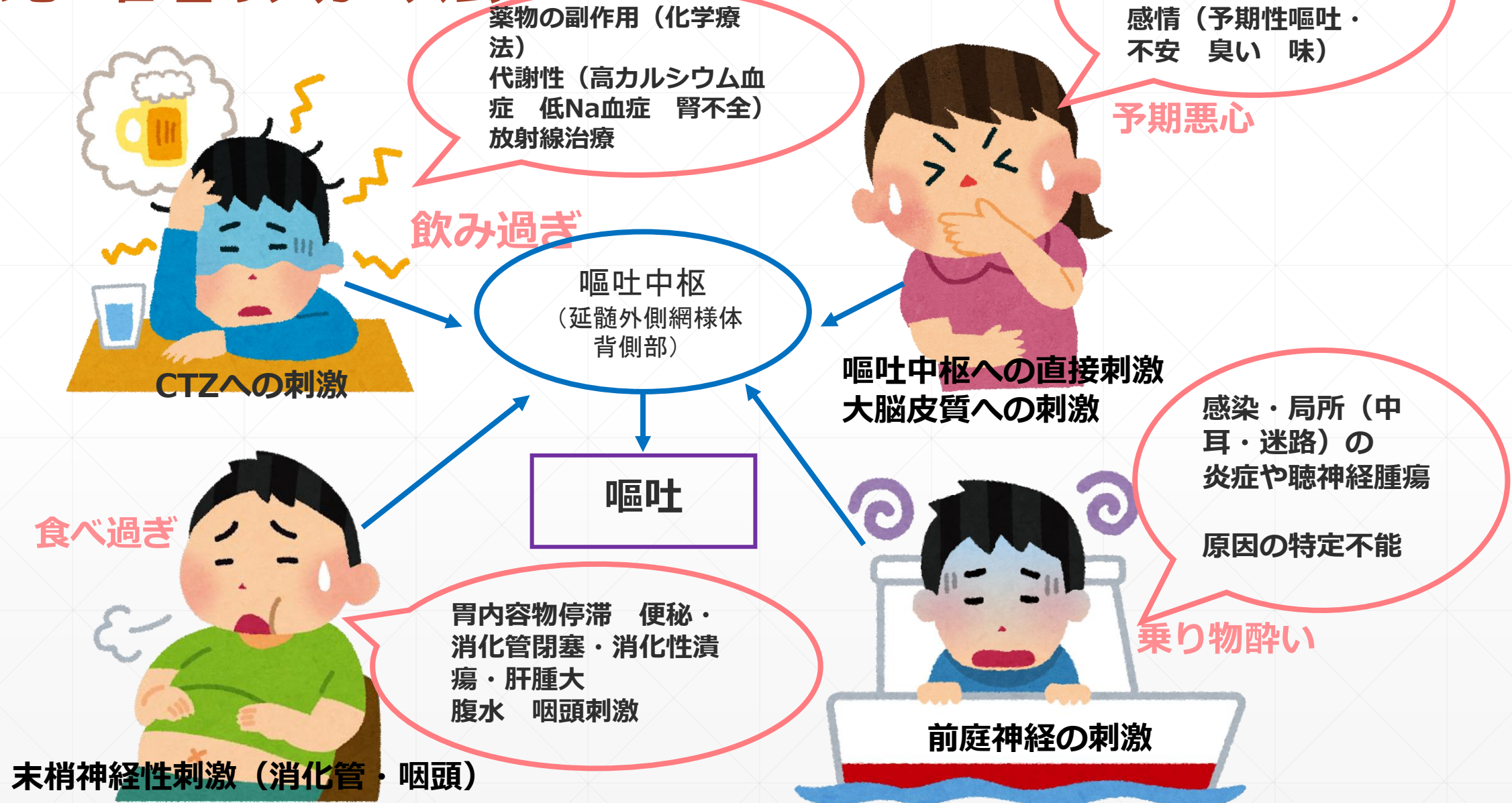
嘔吐中枢への直接刺激
大脳皮質への刺激

覚えよう！
悪心の4大原因

食べ過ぎ



悪心・嘔吐のメカニズム



悪心・嘔吐 アセスメントの視点

①悪心・嘔吐の原因	病状や病期の把握、現在の治療内容、画像・データ
②悪心・嘔吐の有無と程度	
③悪心・嘔吐の状態	頻度、発生時間、持続時間、制吐剤の使用の有無と効果 食事摂取との関係
④随伴症状の有無	腹痛、腹部膨満、頭痛、めまい、胸部不快感、眠気
⑤悪心・嘔吐の捉え方	悪心・嘔吐に関連する既往歴や合併症 悪心・嘔吐を誘発するあるいは軽減する要因
⑥日常生活・社会生活への影響	患者なりに工夫していること、制限されている動作、それに対する思い
⑦治療の効果と副作用	客観的・主観的評価、治療への満足度、多職種で評価
⑧患者・家族の病状認識	病状認識、患者家族の期待、認識のズレ、恐怖不安



制吐剤の副作用と対策

- 眠気（不快な場合）
 - 制吐薬の減量・変更
- 錐体外路症状
 - パーキンソン症候群やアカシジアなど
 - 特にドパミン受容体拮抗薬（セネス・バミン）で注意が必要



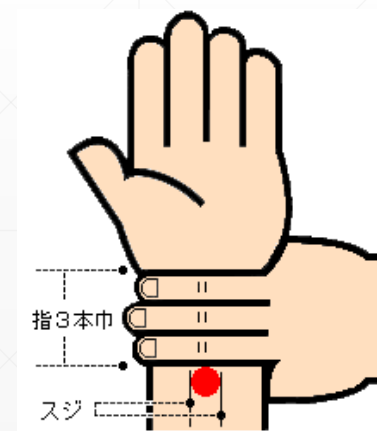
アカシジアに対する評価の仕方

- 症状
 - イライラして落ち着かない
 - じっとしてられない
 - 客観的にも落ち着かない
 - 足がむずむずする
- 原因薬物
 - 抗精神病薬、抗ドパミン作用を持つ制吐薬が最近開始・増量されていないか、あるいは長期投与されていないかを評価
- 対策
 - ドパミン受容体拮抗薬の中止
 - 制吐薬の変更：抗ヒスタミン薬（アタラックスP®）など
 - コンサルテーション

悪心・嘔吐

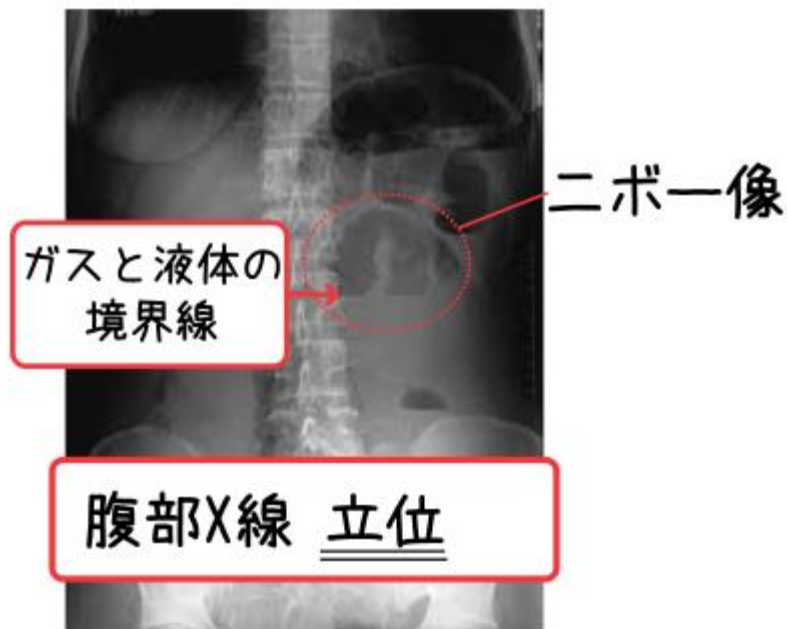
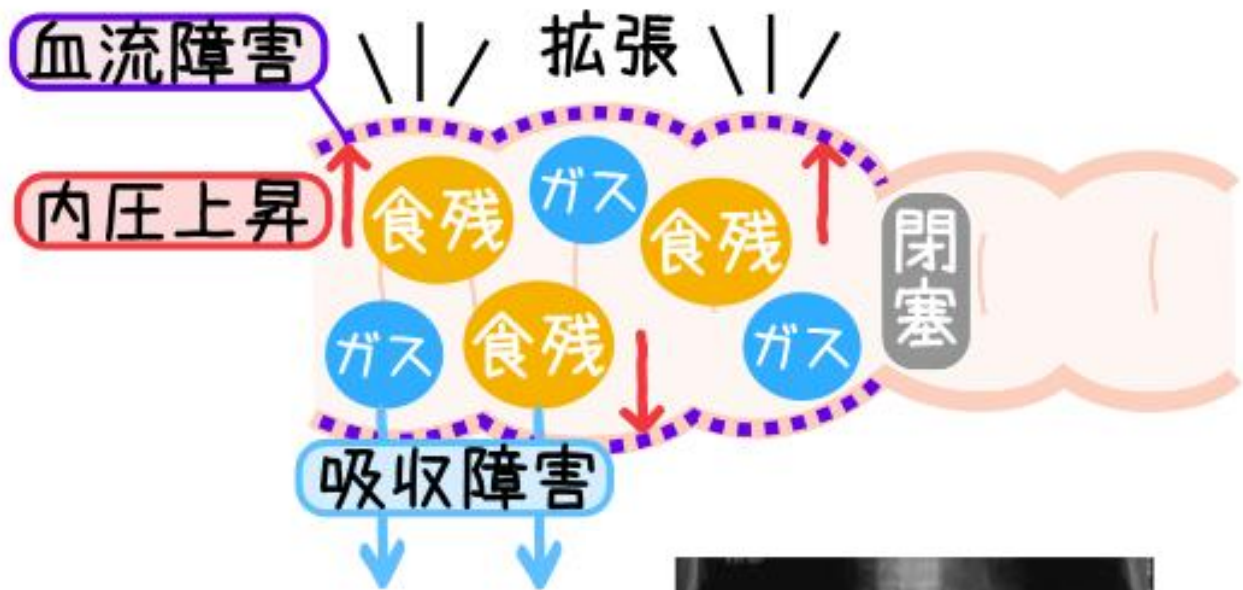
<看護ケアの実際>

- 環境調整 必要物品のセッティング、臭気・室温・空気の流れを作る、面会制限
- 食事の工夫 無理せず、**食べたい時に食べたい物を少量ずつ**、食品・盛り付けの工夫
- 心理面へのケア 嘔吐時はそばに付き添い苦痛や不安の軽減を図る
- 体位の工夫 腹部の緊張を和らげる、ゆっくりとした動作、**服装**
- 嘔吐時の対応 吐く時：背中は下から上に擦る、**ツボ押し（内関）**



消化管閉塞・症状

1. 嘔気・嘔吐
2. 腹痛
 - ・ 疝痛
 - ・ 持続痛
3. 腹部膨満感
4. 排便・排ガス停止/下痢
5. 全身状態の悪化



消化管閉塞時の食事制限

患者の個別性を尊重する

(経口摂取を希望するかどうかは患者によって大きく異なる)

吐いても食べたい



嘔気が出るなら無理したくない



消化管閉塞-治療（ケア/食事制限）

- 不完全閉塞：低残渣、低刺激の食品を少量から
- 完全閉塞（胃管なし）：味わって吐き出す
（胃管あり）：水分、かき氷、アイス、プリンなど移管から排出
されるものを食べる

希望と現実にギャップがある場合 患者に寄り添い苦悩を理解できるように努め、現実的な目標を再設定しているように支援していく。



便秘

□便秘の定義：排便の困難感、不快感を伴う排便の回数の低下であり、腹痛、むくみ、腹部膨満感、食欲不振、悪心などの症状を伴った状態

(Derby S & Porienoy RK, 1997)

□患者に発症している便秘と医療スタッフが評価する便秘の程度は差がある（患者発症：45%, 医療スタッフ：30%）

□排泄行為は、羞恥心につながりやすい

□排泄物は汚いものであるという観念が強く、それを自分だけで処理できなくなったことに対する苦痛を伴いやすい

自尊心やボディイメージに配慮したケアを心がける

便秘の原因

がんによるもの（直接の影響）

- 消化管閉塞（腸管内の腫瘍、腹部・骨盤腫瘍からの外圧迫）
- 脊髄損傷
- 高カルシウム血症

がんによるもの（二次的な影響）

- 経口摂取不良、低繊維食、脱水
- 活動性の低下、虚弱
- 混乱、抑うつ、排便環境の不整備

薬剤性

- オピオイド、抗うつ薬、利尿薬 など

並存疾患

- 糖尿病、甲状腺機能低下症、憩室、腸ヘルニア、肛門狭窄、痔瘻 など

便秘に対するケア

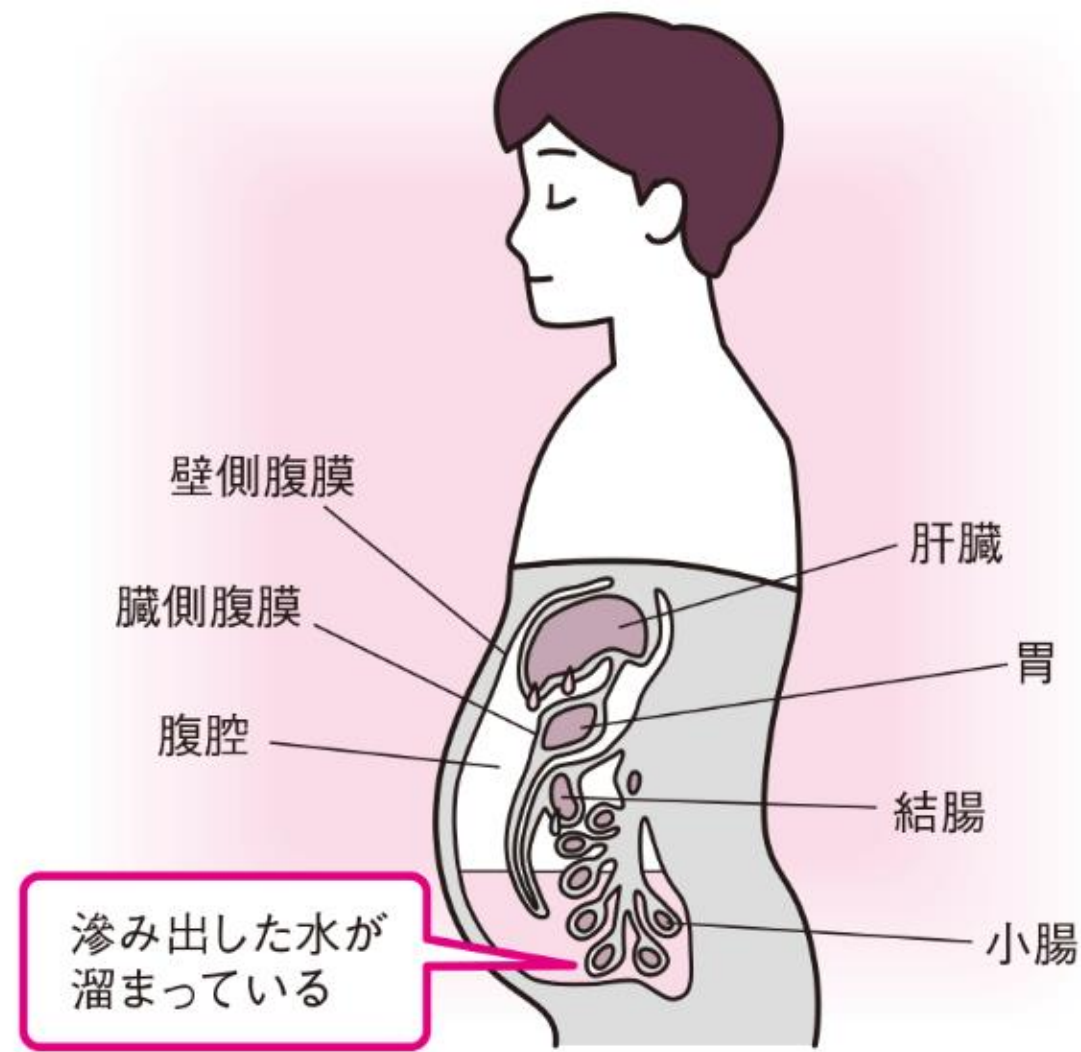
- 水分・食事の工夫
- 安全で安楽な排泄方法の工夫
- 排便習慣の確立
- 腸蠕動の促進
 - マッサージ、温罨法 など
- 患者・家族への教育



腹部膨満感（腹水）

- 腹腔内への水分の滲みだしから吸収の過程に何らかの障害があると両者のバランスが崩れて腹腔内に水が溜まり腹水が貯留する。

（例：肝硬変、腹膜の炎症/胃癌、膵臓がんからの癌性腹膜炎）



腹部膨満感（腹水）

□ 腹水による症状

- ・ 腹部膨満感、体重増加
- ・ 食事時の満腹感（消化管への圧迫）
- ・ 呼吸困難（横隔膜が押し上げられる）

□ 難治性の腹水-治療目標

- ・ 腹水を減少させることではない・・・ **腹部膨満感の緩和！！**



腹部膨満感の緩和

1. 利尿剤
2. 輸液の減少
3. 非オピオイド鎮痛剤、オピオイド
4. コルチコステロイド
5. 腹水穿刺
6. ケア

WHOラダーで症状緩和

以下の場合には避けるか検討

- ・ 頻回の排液が必要な場合（低アルブミン血症を助長し、腹水貯留傾向を強めたり全身倦怠感が増強し悪循環に陥るため
- ・ 排液により全身倦怠感が強くなる場合



腹水のケア

□水分・塩分は制限しなくてもよい

がん性腹水は滲出性の腹水であるため意味がない

□膨満感の軽減

安楽な体位の工夫

温罨法や下半身浴（血行や腸蠕動の亢進）

□精神的ケア

外見の変化による不安やイライラなどを確認

□日常生活の援助 食事：好みの食品 分割食 氷片 シャーベット

衣類・寝具：ズボンのゴムを緩める

排泄：頻尿対策、尿器・便器、ポータブルトイレ



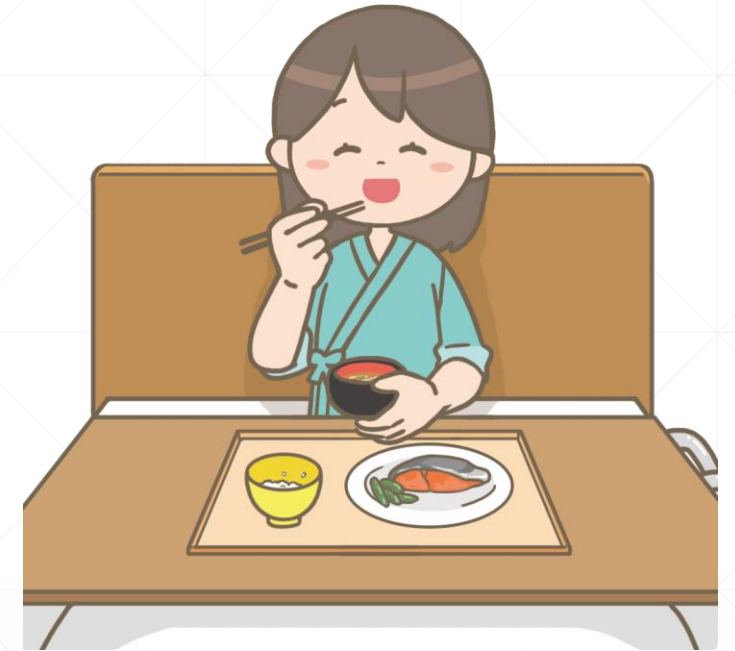
消化器症状の考え方

□患者の価値観、希望を理解して対応する

痛くなっても食べたい人 VS 痛いなら食べたくない人

点滴を希望する人 VS 点滴は希望しない人

胃管を苦痛としない人 VS 胃管が苦痛な人



□食べることを可能にするには何が必要か？を考える

引用参考文献

