



Multidisciplinary team management for prevention of pneumonia and long-term weight loss after esophagectomy: a single-center retrospective study

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 浜松医科大学 公開日: 2021-04-14 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 川田, 三四郎 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/00003828

博士（医学） 川田 三四郎

論文題目

Multidisciplinary team management for prevention of pneumonia and long-term weight loss after esophagectomy: a single-center retrospective study

（食道切除術後の肺炎と体重減少を予防する多職種チーム医療：単施設後方視的研究）

論文の内容の要旨

〔はじめに〕

食道がんに対する根治的治療としては手術治療が重要な位置を占めている。食道切除術は高度の侵襲を伴い、他の消化器がん手術と比較して合併症率や致死率が高いことが知られている。術後合併症として縫合不全が発生すれば、経口摂取の制限がかかり摂取栄養量の低下につながる。また食道切除術後は嚥下機能低下による誤嚥性肺炎のリスクも高く、誤嚥が生じると経口摂取の制限が必要となる。これらの術後合併症は入院期間の延長につながるだけでなく、長期的な体重減少や患者の quality of life (QOL) 低下にもつながる。

我々は、Hamamatsu perioperative care team (HOPE) という多職種医療チームを2017年4月に発足させた。HOPEは、より一層安全な周術期管理の実践、患者の長期予後改善・長期QOL向上を目標に掲げて活動してきた。チーム医療による食道切除術後の短期および長期的な効果を検討した。

〔患者ならびに方法〕

2014年1月～2018年12月までに当科で食道亜全摘術胃管再建術を施行した、食道がん・食道胃接合部がん患者125例を対象とした。HOPE発足前の62例をpre-HOPE群、発足後の63例をHOPE群とし、肺炎などの合併症発生、術後在院日数、術後体重変化などについて比較した。本研究は臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した（17-165）。

HOPEは外科医師、看護師、リハビリテーション科医師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士などから構成され、食道切除術予定の患者に外来診療の時点から介入を開始した。合併症を減らすことに加えて、十分な栄養療法とリハビリテーションを提供し、患者の身体機能やQOLの維持も重要視して多岐にわたる介入を行った。HOPE発足後の主な変更点は以下の通りである。1) 術前のリハビリテーションならびに管理栄養士や栄養サポートチームの介入開始を早め、かつ指導を強化した。2) 経口摂取開始時には嚥下機能評価を施行した。3) 嚥下機能に応じて食事メニューを調整するように変更した。4) 全例で空腸瘻を造設し、早期経腸栄養を行った。

〔結果〕

両群間で、年齢、性別、臨床病期、術前治療の有無などは有意差を認めなかつ

た。pre-HOPE 群と比べて HOPE 群では、手術時間が短縮し、安全で理想的な胃管作成を目的として開腹手術の症例が増えた (3% vs. 40%, $p < 0.001$)。また胸部下部食道がんの症例が多かったため、頸部郭清を施行した症例が少なかった (90% vs. 73%, $p = 0.011$)。

Clavien-Dindo 分類 Grade III 以上の縫合不全は pre-HOPE 群と比べて HOPE 群で減少した (15% vs. 5%, $p = 0.060$)。Grade II 以上の心房細動、肺炎の発生は有意に減少した (それぞれ 19% vs. 6%, $p = 0.027$ 、29% vs. 14%, $p = 0.037$)。経口摂取の開始は、pre-HOPE 群と比べて HOPE 群で有意に遅く (8 日 vs. 11 日, $p = 0.003$)、術後在院日数も有意に長かった (23 日 vs. 31 日, $p = 0.010$)。術前の体重を 100% としたとき、術後 1, 3, 6, 12 か月の平均体重の変化率は pre-HOPE 群で $89.7\% \pm 4.2\%$ 、 $84.6\% \pm 5.9\%$ 、 $84.3\% \pm 6.7\%$ 、 $85.5\% \pm 7.9\%$ であったのに対し、HOPE 群では $93.6\% \pm 4.6\%$ 、 $90.7\% \pm 6.1\%$ 、 $90.3\% \pm 7.9\%$ 、 $91.2\% \pm 9.0\%$ であり、有意に体重減少が抑制された ($p < 0.001$)。また、術後の腸腰筋面積の減少も HOPE 群で有意に抑制された ($90.7\% \pm 6.1\%$ vs. $90.7\% \pm 6.1\%$, $p < 0.001$)。

[考察]

多職種チーム医療を発足し、術前早期からの介入が可能となった。また誤嚥性肺炎を回避するために嚥下機能評価を標準化し、嚥下機能が不良な症例と良好な症例で提供する食事メニューを変更する運用を開始した。結果として食事開始後に発生する肺炎を有意に減少することができた。また、術後早期は空腸瘻からの経腸栄養を栄養管理の中心に据えることで、無理に経口摂取を促さなくても十分な栄養摂取量を確保することができた。

一方で HOPE 発足後は、嚥下機能評価検査の日程調整に関する時間的要因や、誤嚥予防を目的とした慎重な経口摂取開始などにより、術後在院日数が有意に延長した。退院後も誤嚥を防ぐような食形態を調整したり、在宅経管栄養を本人・家族に教育したりするために入院の延長が必要となった症例もあった。結腸がんなど比較的早期に術後回復が期待される手術においては、チーム医療を導入することで術後在院日数が短縮することが報告されている。我々は食道切除術のような高度侵襲手術においては、在院日数を短縮させることよりも退院後の栄養状態の維持や QOL の向上、晚期合併症による再入院の回避など中長期的な視点で患者の回復を目指すことが重要であると考えている。HOPE 群では在院日数が延長したが、再入院を要するような経口摂取不良や、退院後の誤嚥性肺炎を抑制し、結果として中長期的な体重減少も抑制することができた。

[結論]

多職種チーム医療による周術期管理は、食道切除術後の肺炎の抑制および体重減少の抑制に有効である。