研究報告

胃がん術後患者の食生活および術後症状と精神的健康との関連からみた Quality of Life

Quality of Life in Cancer Patients after Gastrectomy
by Evaluating Correlation between Eating Habits
and Postoperative Symptoms, and Psychological Health

吉村弥須子, 前田勇子, 白田久美子

Yasuko Yoshimura, Yuko Maeda, Kumiko Shirata

キーワード：胃がん術後, 精神的健康, Quality of Life, 食生活, 術後症状

Key words : after gastrectomy for cancer, psychological health, quality of life, eating habits, postoperative symptoms

Abstract

The aim of this study is to define quality of life in cancer patients after gastrectomy by evaluating correlation between eating habits and postoperative symptoms, and psychological health. Eighty-nine patients without any symptoms of recurrence for at least 12 months after gastrectomy for cancer, in a university hospital, were interviewed using questionnaires, at the out-patient clinic. The original questionnaire, including evaluation of postoperative eating habits and symptoms associated with gastrectomy, as well as the Japanese version of General Health Questionnaire 28 (GHQ 28) were used. The correlation between the results of GHQ 28 and the results of the original questionnaire were evaluated. The results revealed that average point of GHQ 28 was 4.3. This was less than 5, which is considered healthy, in 59 patients (66.3%). The patients loss of appetite, amount of single meal intake being less than 80 % of preoperative intake, dissatisfaction with eating habits, postprandial discomfort, and bitter reflux, or diarrhea were significantly higher in the GHQ 28, than that of other patients. In conclusion, the quality of psychological health deteriorated in the patients associated with loss of appetite and oral up-take, dumping symptoms, or reflux.

要 旨

本研究は胃がん術後患者の QOL を, 退院後の食生活や手術に伴う症状と QOL の要素である精神的健康との関連から明らかにすることを目的とした。大学病院において胃がんで胃切除術を受け, 術後 1 年以上経過した再発徴候のない 89 名を対象に, 外来受診日に面接調査を実施した。調査には退院後の食生活や胃切除に伴う症状等について独自に作成した質問紙および日本版 General Health Questionnaire 28 (GHQ 28) を使用し, 各項目と GHQ 総合得点との関連を比較検討した。結果, GHQ 総合得点は平均 4.3 点, 健常とされる 5 点以下が 59 名 (66.3 %) であり, 食生活や症状と GHQ 総合得点との関連をみると, 食欲がない ($U=168.5$, $p=0.009$), 食事摂取量が 80 % 未満 ($U=666.0$, $p=0.014$),

食生活が不満足 ($U=93.0$, $p=0.003$), 食後の不快感がある ($U=355.0$, $p=0.003$), 苦い水が上がる ($U=377.5$, $p=0.014$), 下痢がある ($U=577.5$, $p=0.028$) 患者は GHQ 総合得点が有意に高かった。食欲がなく食事摂取量が減少した患者や、ダンピング症状や逆流症状のある患者は精神的健康が低下していた。

I. 緒 言

わが国の 1999 年の胃がん罹患患者数は、男性が 69,927 名で全がん罹患患者の第 1 位、女性が 34,052 名で乳がんに次いで第 2 位である (The research group for population-based cancer registration in Japan, 2004)。胃がん罹患患者数は近年男女とも増加しており、これは罹患率の高い高齢者人口が増加しているためである (菊池, 2004)。しかし死亡率は、検診の普及、医療技術の進歩により早期発見、早期治療が可能となったことから低下しており、早期胃がんの胃切除術症例では 5 年生存率が 90 % 以上とされている (日本胃癌学会, 2004 a)。

胃がん治療にあたっては、日本胃癌学会より「胃癌治療ガイドライン」(日本胃癌学会, 2001 a, 2004 a) が公表され、がんの進行度に応じて手術療法、化学療法、放射線療法などの治療法を適応することが示された。さらに医師と患者が相互理解をもって治療を行うことを目的として、一般向けにも「胃がん治療ガイドラインの解説」(日本胃癌学会, 2001 b, 2004 b) が刊行された。そのため患者の Quality of Life (以下 QOL とする) を考慮して患者のニーズに応じた治療を決定することが重要であり、根拠に基づく医療 (evidence based medicine: EBM) を行うとともに、看護者も患者の QOL を視野に入れ入院中から退院後の継続的なケアを行うことが重要である。

胃がん治療の中でも中心的に行われている根治的胃切除術は、胃切除、リンパ節郭清、再建を必要とする侵襲の大きな治療である。胃切除術を受けた患者は術後、胃の解剖学的構造・生理学的機能の変化から、食物の貯留機能、消化吸收機能、逆流防止機能の低下により、逆流性食道炎、ダンピング症候群、下痢などの合併症を発症し、さまざまな症状が出現する (井上, 2003)。そのため医学的には合併症の発症を低下させ QOL を向上できる手術方法について研究されている。これらの合併症による症状は、切除部位や切除範囲、再建方法により発症頻度が異なり、5 年あるいは 10 年以上経って症状が出現する患者もいる (宮蘭ら,

1998; 武市ら, 2003)。看護者は患者がこれらの症状の出現を予防できるように術後早期より食事指導を行い、また退院後もできる限り術前の食習慣に近い状況で、かつ食のニーズに応じて生活できるように生活指導を行っている。しかし患者によっては退院後食生活の変更を余儀なくされる者も多く、新たな食生活に適応することが困難な患者や、職場復帰に伴い症状が出現・増強する患者や (奥坂ら, 2000)、症状の出現により仕事内容に影響する患者もいる (松村, 1996)。長期にわたりこのような状況の中で生活せざるを得ない患者は、心理社会的影響も大きく QOL が低下していると考えられる。今後さらに胃がん罹患患者数の増加、胃切除術を受ける患者の増加が予測されるため、このような患者の QOL について考えることは、患者が社会において身体的・精神的に健康な生活ができるように支援するためにも重要である。

これまで胃がん術後患者の QOL に関する研究では、医学的立場からの研究がほとんどであり、またその大部分が症状や食事摂取状況、社会復帰状況についてその程度や満足度を QOL として評価したものであった。そのため身体的側面からの評価が多く、患者の食生活や身体的状況が精神的側面にどのように影響するかを評価した研究はない。そこで今回、胃がん術後患者の QOL を、食生活および手術に伴う症状と QOL の要素である精神的健康との関連の視点から明らかにした。

II. 研究 方 法

1. 対象

大阪府内の大学病院において胃がんに対し根治的胃切除術を受け、術後 1 年以上経過した再発徴候のない 89 名。

2. 調査期間

2004 年 1 月～5 月。

3. 測定用具とデータ収集方法

対象者の外来受診日に、診察終了後質問紙を用いた面接調査を実施した。調査には退院後の食生活や胃切除術に伴う症状等について先行研究を参考に独自に作成した質問紙、および日本版 General Health Questionnaire 28(精神健康調査票：以下 GHQ 28 とする)(中川ら, 1985)を使用した。作成した質問紙の内容は、社会背景として家族構成、就業状況、食生活に関する項目として食欲、食事回数、食事摂取量、食事内容の変化、食生活の満足度、胃切除術に伴う症状として食事時の気分不良、つかえ感、食後の不快感、胸やけ、嘔気、嘔吐、苦い水が上がる、睡眠時の逆流経験、下痢などであった。この質問紙の信頼性は、内的整合性を示す Cronbach α 係数が 0.698 であった。

GHQ 28 は Goldberg により開発された GHQ 60 の短縮版で(Goldberg et al., 1979)、診療所や病院等の一般外来患者の集団において、神経症症状の把握、評価および発見に有効とされている。これまで数多くの研究に用いられ、妥当性として因子的妥当性、弁別的妥当性、併存的妥当性など、信頼性として高い内的整合性($\alpha=0.88\sim0.896$)が報告されている(中川ら, 1985; 成田, 1994; 嶋, 1994)。主たる内容は健常な精神的機能が維持できているかどうか、患者を苦悩させるような新しい事実が出現しているかどうかの質問項目である。本研究における GHQ 28 の信頼性は Cronbach α 係数が 0.796 であった。また調査終了後、診療記録より、術式、がん進行度(Stage)(日本胃癌学会, 1999)、手術時間、術中出血量、術後合併症の有無、在院日数、術後補助化学療法の有無、告知の有無等に関する情報を抽出した。

4. 分析方法

食生活と症状については、回答内容を 2 群に分けて比較した。

食欲は、「とてもある」「まあまあある」を「あり」群、「あまりない」「まったくない」を「なし」群とした。食事回数は手術前後の食事回数を比較し、「同じ」群と「増えた」群に分けた。食事摂取量は術前と比較して現在の摂取量を、「80%以上」の群と「80%未満」の群に分けた。食事内容の変化は、「とても変化した」「まあまあ変化した」を「あり」群、「あまり変化しない」「まったく変化しない」を「なし」群とした。食生活の満足度は、「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」群と

した。

各症状については、症状の有無で比較した。食事時の気分不良は、「よくある」「ときどきある」を「あり」群、「ない」を「なし」群とした。つかえ感は、「現在もよくある」を「あり」群、「手術後あったが現在はない」「ない」を「なし」群とした。食後の不快感は、「よくある」「ときどきある」を「あり」群、「ない」を「なし」群とした。胸やけは、「現在もよくある」を「あり」群、「手術後あったが現在はない」「ない」を「なし」群とした。嘔気は、「よくある」「ときどきある」を「あり」群、「ない」を「なし」群とした。嘔吐は、「よくある」「ときどきある」を「あり」群、「ない」を「なし」群とした。苦い水が上がるは、「よくある」「ときどきある」を「あり」群、「ない」を「なし」群とした。睡眠時の逆流経験は、「常にある」「しばしばある」「ときどきある」を「あり」群、「まったくない」を「なし」群とした。下痢は、「よくある」「ときどきある」を「あり」群、「ない」を「なし」群とした。

GHQ は 4 要素 28 項目の合計得点で評価した。GHQ 総合得点の範囲は 0~28 点で得点が高いほど精神的健康が低く、5 点以下は健常者、6 点以上では何らかの問題ありと判断される。なお本研究における精神的健康とは、患者の主観によって評価され、GHQ の特性より、神経症症状がなく日常生活を健康的に過ごすことができ精神的に健康である状態とした。

統計解析には統計パッケージ SPSS Ver. 10.0 を使用し、各項目と GHQ 総合得点との比較検討には、Kruskal-Wallis 検定、Mann-Whitney U 検定を行った。なお $p<0.05$ を有意差ありと判断した。

5. 倫理的配慮

対象者には外来診察終了後、主治医より研究の趣旨と調査協力について説明され、研究者が再度書面を用いて調査の趣旨、方法、内容、結果の取り扱い、匿名性の保護、拒否や途中で中止されてもその後の診療等に不利益を被ることがないことについて説明した。そして調査への参加協力を同意書の署名によって確認した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象の背景

対象は男性 62 名、女性 27 名、平均年齢 65.4 ± 9.6 歳(42~85 歳)であった(表 1)。術式は胃全摘術

表1 対象の背景

項目	人数(%)あるいは値
年齢(平均±SD)	65.4±9.6 歳
性	
男	62 (69.6)
女	27 (30.4)
術式	
胃全摘術	22 (24.7)
幽門側胃切除術	67 (75.3)
術後経過年数	
1～3 年未満	41 (46.1)
3～5 年未満	10 (11.2)
5 年以上	38 (42.7)
がん進行度(Stage)	
I A	41 (46.1)
I B	17 (19.1)
II	19 (21.3)
III A	11 (12.4)
IV	1 (1.1)
手術時間(平均±SD)	245.5 ± 53.1 分
術中出血量(平均±SD)	379.6 ± 240.0 g
術後合併症	
あり	23 (25.8)
なし	66 (74.2)
在院日数(平均±SD)	43.2 ± 21.2 日
術後補助化学療法	
あり	28 (31.5)
なし	61 (68.5)
告知	
あり	62 (69.6)
なし	27 (30.4)
家族構成	
独居	8 (9.0)
1人以上と同居	81 (91.0)
就業	
している	49 (55.1)
していない	40 (44.9)

(Roux-Y 法)22 名, 幽門側胃切除術(Billroth-I 法, Billroth-II 法, Roux-Y 法)67 名, 術後経過年数は 1～3 年未満 41 名, 3～5 年未満 10 名, 5 年以上 38 名, 最長は 16 年であった。がん進行度(Stage)は I A ; 41 名, I B ; 17 名, II ; 19 名, III A ; 11 名, IV ; 1 名であった。手術時間は平均 245.5±53.1 分, 術中出血量は平均 379.6±240.0 g, 術後合併症は「あり」23 名, 「なし」66 名で, イレウス, 創感染, 瘻液漏が多かった。在院日数は平均 43.2±21.2 日で, うち術後は平均 28.8±20.3 日であった。術後補助化学療法は「あり」28 名, 「なし」61 名であった。告知は「あり」62 名, 「なし」27 名であった。家族構成は「独居」8 名, 「1 人以上と同居」81 名, 就業は「している」49 名, 「していない」40 名であった。これらの項目と GHQ 総合得点には有意な関連はなかった。

2. 退院後の食生活および症状の出現頻度

退院後の食生活については(表 2), 食欲は「あり」群 80 名(「とてもある」55 名, 「まあまあある」25 名), 「なし」群 9 名(「あまりない」8 名, 「まったくない」1 名), 食事回数は「同じ」76 名, 「増えた」13 名で, 「増えた」は 4 回が最も多く, 「同じ」では間食をしている患者が多かった。食事摂取量は「80 %以上」49 名, 「80 %未満」40 名で, 80 %以上摂取できるようになった時期では, 退院後すぐ～4 年半後と個人差がみられ, 最も多かったのは 1 年後(9 名), 1 年未満が 19 名であった。摂取量が最も減少した患者は術前より 30 %になっていた。食事内容の変化は「あり」群 28 名(「とても変化した」13 名, 「まあまあ変化した」15 名), 「なし」群 61 名(「あまり変化しない」33 名, 「まったく変化しない」28 名)で, 肉類や脂物を食べなくなった, 魚や野菜をよく摂るようになった, 汁気が飲めなくなった, 刺激物や辛い物を控えるようになった等の回答があった。食生活の満足度は「満足」82 名(「大変満足している」30 名, 「まあまあ満足している」52 名), 「不満足」7 名(「あまり満足していない」3 名, 「不満足」4 名)であった。食欲があり, 食事を 80 %以上摂取でき, 食事回数および食事内容にも変化がなく, 食生活にも満足している患者は 34 名(38 %)であった。すべての項目において術前と変化し, 食生活が不満足な患者はいなかった。

症状の出現頻度については(表 3), 最も出現者が多かった症状は下痢で, 「あり」群 29 名(「よくある」7 名, 「ときどきある」22 名), 「なし」群 60 名(「ない」60 名)であった。以下, 睡眠時の逆流経験が「あり」群 23 名(「常にある」10 名, 「しばしばある」3 名, 「ときどきある」20 名), 「なし」群 66 名(「まったくない」66 名), 食後の不快感が「あり」群 18 名(「よくある」2 名, 「ときどきある」16 名), 「なし」群 71 名(「ない」71 名), 苦い水が上がるが「あり」群 17 名(「よくある」3 名, 「ときどきある」14 名), 「なし」群 72 名(「ない」72 名), 胸やけが「あり」群 15 名(「現在もよくある」15 名), 「なし」群 74 名(「手術後あったが現在はない」7 名, 「ない」67 名), 嘔気が「あり」群 12 名(「よくある」0 名, 「ときどきある」12 名), 「なし」群 77 名(「ない」77 名), 食事時の気分不良が「あり」群 10 名(「よくある」1 名, 「ときどきある」9 名), 「なし」群 79 名(「ない」79 名), つかえ感が「あり」群 9 名(「現在もよくある」9 名), 「なし」群 80 名(「手術後あったが現在はない」5 名, 「ない」75 名), 嘔吐が「あり」群 7 名(「よくある」0 名,

表2 退院後の食生活と GHQ 総合得点との関連

項目		人数(%)	GHQ 総合得点	U 値	p 値
食欲	あり	80 (89.9)	2.0 (0, 9.0)	168.5	0.009
	なし	9 (10.1)	8.0 (0, 22.0)		
食事回数	同じ	76 (85.4)	2.5 (0, 10.3)	448.0	0.590
	増えた	13 (14.6)	4.0 (0, 9.6)		
食事摂取量	80 %以上	49 (55.1)	2.0 (0, 9.0)	666.0	0.014
	80 %未満	40 (44.9)	5.0 (0, 11.9)		
食事内容の変化	あり	28 (31.5)	4.5 (0, 12.4)	708.0	0.193
	なし	61 (68.5)	2.0 (0, 9.0)		
食生活の満足度	満足	82 (92.1)	2.0 (0, 9.7)	93.0	0.003
	不満足	7 (7.9)	9.0 (5.0, 22.0)		

GHQ 総合得点は中央値(10 %値, 90 %値)で示した。

表3 退院後の症状と GHQ 総合得点との関連

項目		人数(%)	GHQ 総合得点	U 値	p 値
食事中の気分不良	あり	10 (11.2)	4.5 (1.1, 20.6)	294.0	0.186
	なし	79 (88.8)	2.0 (0, 0.0)		
つかえ感	あり	9 (10.1)	6.0 (1.0, 11.0)	263.0	0.183
	なし	80 (89.9)	2.5 (0, 10.0)		
食後の不快感	あり	18 (20.2)	7.0 (0.9, 13.0)	355.0	0.003
	なし	71 (79.8)	2.0 (0, 9.0)		
胸やけ	あり	15 (16.9)	5.0 (0.6, 15.4)	409.0	0.107
	なし	74 (83.1)	2.0 (0, 10.0)		
嘔気	あり	12 (13.5)	4.5 (0, 18.7)	362.0	0.226
	なし	77 (86.5)	2.0 (0, 10.0)		
嘔吐	あり	7 (7.9)	3.0 (0, 6.0)	277.5	0.884
	なし	82 (92.1)	3.0 (0, 10.0)		
苦い水が上がる	あり	17 (19.1)	5.0 (0.8, 13.2)	377.5	0.014
	なし	72 (80.9)	2.0 (0, 9.7)		
睡眠時の逆流経験	あり	23 (25.8)	5.0 (0.4, 10.0)	549.5	0.120
	なし	66 (74.2)	2.0 (0, 10.3)		
下痢	あり	29 (32.6)	4.5 (0.7, 13.2)	577.5	0.028
	なし	60 (67.4)	2.0 (0, 9.6)		

GHQ 総合得点は中央値(10 %値, 90 %値)で示した。

「ときどきある」7名), 「なし」群 82 名(「ない」82 名)であった。まったく症状がなかった患者は 29 名(32.6 %)で, 60 名(67.4 %)に何らかの症状が出現していた。

3. 各項目と GHQ 総合得点との関連

GHQ 総合得点の平均は 4.3 点(0 ~ 22 点)で, 健常とされる 5 点以下が 59 名(66.3 %), 何らかの異常ありとされる 6 点以上が 30 名(33.7 %)であった。

退院後の食生活と GHQ 総合得点との関連では(表 2), 食欲「なし」が「あり」に比べて有意に高く(U=168.5, p=0.009), 食事摂取量「80 %未満」が「80 %以上」に比べて有意に高く(U=666.0, p=0.014), 食

生活の満足度は「不満足」が「満足」に比べて有意に高かった(U=93.0, p=0.003)。食事回数, 食事内容の変化には両群間で差はみられなかった。

退院後の症状と GHQ 総合得点との関連では(表 3), 食後の不快感「あり」が「なし」に比べて有意に高く(U=355.0, p=0.003), 苦い水が上がる「あり」が「なし」に比べて有意に高く(U=377.5, p=0.014), 下痢「あり」が「なし」に比べて有意に高かった(U=577.5, p=0.028)。他の項目では両群間に差はみられなかったが, 全体的に「あり」が「なし」に比べて高い傾向がみられた。

Ⅳ. 考 察

胃がんに対する手術は、近年内視鏡的切除術や腹腔鏡下切除術など低侵襲の手術が増えてきた。しかし、疾患の病態や患者の状態、根治性等を考慮して、開腹下での胃切除術が適応される患者も多い。そこで今回、胃がんで胃切除術を受けた患者を対象に、退院後の食生活や手術に伴う症状について調査を行い、精神的健康との関連について検討した。

健康上の問題をかかえる対象の精神的健康状態の評価は主観的となりやすい。これを客観的かつ定量的に行うために、本研究では GHQ を用いた。GHQ は身体的・精神的に障害のある患者の精神的健康の評価にこれまで国際的に広く用いられてきた。Lou ら(2004)は GHQ 12 を用いて不安神経症における精神的健康の定量評価を行った。また、英国の National Health Service(NHS)が主導する横断的な臨床研究においても GHQ が用いられ、Fallowfield ら(2001)は医師の適切な医療指導ががん患者の精神的健康に有効であると報告し、さらに Christie Hospital のグループは GHQ 28 を用いて予防的乳房切除を受けた患者の精神的ケアの重要性を報告しており(Hopwood et al., 2000)、GHQ は客観的な評価が可能であることを示している(Ibbotson et al., 1994)。がん胃切除という身体的障害をもつ患者を対象とした本研究においては、GHQ を用いることが最も精神的健康状態を客観的に評価できる方法であると考えられた。

本研究における対象は、半数以上が早期がん、3/4 が幽門側胃切除術施行、術後経過年数は全例が 1 年以上で、このうち半数近くが 5 年以上経過していた。これまで胃がん術後患者の QOL に関する研究では、術後 1 年未満は手術の影響が残ること(熊井ら, 1992)、胃全摘術より胃全摘術患者のほうが QOL が悪いこと(Wu et al., 1997; Davies et al., 1998)、長期生存例では胃全摘術患者で術後 1 年後より 5 年後の QOL のほうが悪化していること(松村, 1996)等が報告されている。またがんと認識している患者はしていない患者より QOL がよいとする報告もある(鈴木ら, 1995)。しかし本研究では、術式や術後経過年数、告知の有無、その他手術に関連する情報や社会背景は GHQ 総合得点とは関連がみられなかった。この結果、本研究においては、現在の患者の状態に応じた精神的健康状態を評価できたと考えられる。

現在の食生活については、90 %の患者は食欲があ

り食生活にも満足していた。これまで、胃がんで胃切除術を受けた患者の半数以上は食欲があり、普通の食事を普通量摂取していたとする報告や(Wu et al., 1997)、胃全摘術では術後 1 年経過時に長期的状況が決定する(松村, 1996)等の報告がある。本研究においても半数以上の患者は食事を 80 %以上摂取できている、またそのうち半数以上は 1 年以内に摂取できるようになっていたことから、食生活に関してはこれまでの研究とほぼ同様の傾向が示された。しかし食事摂取量が減少したり、食欲のない患者や食生活が不満足な患者がおり、このような患者は精神的健康が低下していた。胃切除術後は胃の機能的変化から、1 回の食事摂取量が減少したり食事内容が変化する。そのため患者は、食事回数を増やしたり、間食を摂ったり、食事内容を工夫して 1 日に必要な栄養を摂取しようとする。しかし食べる回数が多いことで食欲が湧かないことや、また食べても自分なりに満足できる食事が摂取できないことで食に対する不満感が生じ、食のニードが満たされず、このような患者は精神的健康が低下していたと考えられる。

退院後の症状については、約 2/3 の患者に何らかの症状が出現しており、最も多かったのは下痢であった。胃切除術後の下痢は、胃排出の亢進による小腸内への食物の急速流入や、大動脈周囲リンパ節郭清を行うことでの迷走神経離断による吸収能低下および腸管運動の亢進等、種々の要因により生じる(中田ら, 2001)。そのため近年、迷走神経温存胃切除術が下痢の発生を低下させるとして実施されるようになってきた(二村ら, 2002)。しかし小腸内への食物の急速流入により生じる下痢はダンピング症状の一つとして出現するため、胃切除術施行患者では発生頻度が高く、さらに患者にとっては術後最も苦痛な症状は下痢であるとの報告もある(高山ら, 2002)。本研究においても下痢のある患者は精神的健康が低下していた。下痢は食事摂取に伴って発生し、患者は常に下痢に対する恐怖心をもちながら食事摂取しなければならず、また日常生活の中で突然発生する下痢により活動範囲も制限されると考えられる。そのため本研究においても、下痢のある患者は日常生活の中で発生する下痢や下痢に対する恐怖心から、身体的・精神的苦痛が大きく、精神的健康が低下していたと考えられる。

ダンピング症候群は早期ダンピングと晩期ダンピングにより症状が異なるが、胃切除術後 10~40 %に発生するとされている(宮園ら, 1998)。本研究において

も食事中の気分不良、食後の不快感、嘔気、嘔吐、下痢等のダンピング症状の出現頻度はほぼ同様であった。ダンピング症状は食事摂取に伴って発生するため、患者は常にこれらの症状を予防するための食事摂取を行い、また発生時は対処できなければならない。しかし職場復帰後は食事摂取時間が早くなったり食事が増加することからダンピング症状の発生頻度が増えることや、食後休息がとれない、症状が出現しても臥床できないとの報告もあり(奥坂ら, 2000)、これらの症状のある患者は、日常生活や社会生活を送ることが困難で精神的苦痛が大きいと考えられる。特に食後の不快感は全身の脱力感や冷汗、動悸という胃切除術後に特徴的な症状であり、患者がこれまでに経験したことのない症状である。また逆流性食道炎は約20～40%に発生するとされているが(宮蘭ら, 1998)、本研究においては、胸やけ、苦い水が上がる、つかえ感、睡眠時の逆流経験等の逆流症状の出現していた患者は10～25%であった。これらの症状は胃切除術後の解剖学的・生理学的機能上、胃全摘術のほうが幽門側胃切除術より発生しやすく、また幽門側胃切除術でも再建方法により発生頻度が異なるとされている。今回術式間での発生頻度の比較は行っていないが、全体としてこれらの症状が出現していた患者は精神的健康が低下していた。特に苦い水が上がるは、胆汁の逆流という胃切除術後に特徴的な症状であり、食事と関係なく発生することもあることから患者にとっては苦痛で不快な症状である。本研究においては、この苦い水が上がるという症状を、食後の不快感と同様に約20%の患者が経験しており、これらの症状が出現していた患者の精神的健康は有意に低下していた。患者はこれまでに経験したことのない不快な症状を長期にわたり経験していることで、精神的健康が低下していたと考えられる。

これまでのがん患者の精神状態を評価した研究によると、患者の9～60%が不安やうつ、あるいは精神的健康がおかされている状態になるとされており(Atesci et al., 2004)、またGHQを用いた調査では、約30%の患者が何らかの異常ありと評価されていた(Whelan et al., 1997; Fallowfield et al., 2001; Atesci et al., 2004)。本研究においても同様の傾向がみられていた。しかし66%の患者は精神的健康が高く健常者と同じであった。これは対象が外来通院中の比較的全身状態の良好な患者で、再発徴候がなく定期的な受診や検査により異常が早期に発見できる状況で

あったことや、さらに術後1年以上が経過しており、手術に伴って生じる症状や食生活がほぼ安定していたこと等が関係していたと考えられる。そのため胃がんで胃切除術を受けたという状況そのものは、対象患者の精神面には大きな影響を与えなかったと考えられる。しかし、なかには転移や再発に対する不安を抱きながら生活していた患者や、食生活のみならずライフスタイルそのものも変更せざるを得なかった患者もあり、そのような患者のQOLは低下していたと考えられる。

今回の結果から、医療者は患者に対して術後出現し得る症状、特に胃切除術後に特徴的な症状やその発生原因については十分説明するとともに、症状の発生を予防するための食事摂取方法や症状出現時の対処法については、生活の中で取り入れられる方法を一緒に考える必要がある。また患者の食習慣や嗜好に関する情報を十分収集し、これらの情報を活かして食のニーズに応じた食生活の工夫について考えることが重要である。そして患者が自己の身体の変化を受け入れ、身体状況に応じた食生活ができるように精神的サポートも行っていく必要がある。

胃切除術後患者の食生活については、食事満足度と食事摂取割合には有意な相関があり、また食事満足度が高いとストレスが少ないと報告されており(青山ら, 2004)、食事摂取量を増やすためにはストレス軽減、心理面の援助の必要性が示唆されている。また職場復帰後のダンピング症状発生予防については、奥坂ら(2000)も看護における具体的な指導について示唆している。

胃切除術後は身体的、形態の問題がほとんどなく日常生活動作(ADL)への影響も少ないことから、手術侵襲から回復すれば術後ほとんどの患者がこれまでどおりの生活を送ることができ、早期からの社会復帰も可能である(花桐ら, 2000)。そのため症状出現による身体的・精神的苦痛が軽減され、身体状況に応じた食生活をするのであれば、食のニーズが満たされ、より精神的にも健康な生活が送れるのではないかと考える。患者がどのような症状を抱え、どのような食生活をしているかを知することは、看護者が患者とともに症状発生の原因について考えたり、個々の患者の食生活にあわせた指導を行うためにも重要であり、特に精神的健康への影響がある場合は精神面での看護介入も必要となる。今回GHQ総合得点において何らかの問題ありと評価された患者に対しては今後その要因を追

究し、さらに GHQ 各要素ごとの得点から問題のある患者とその問題の要因についても検討する必要がある。そして問題のある患者に対しては、個別的な看護介入も行っていく必要がある。精神的健康が低下することは QOL の低下にもつながることである。看護者は患者が手術に伴う症状や食生活をコントロールし精神的に健康な状態で生活するためにも、今後はさらに入院前から退院後の継続的な看護介入について考えるとともに、外来等での精神的サポートや看護介入のための環境づくりをしていくことが必要と考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象は 1 施設の胃がん術後患者であり、また調査は外来診察終了後であったことから、対象患者の精神的健康状態が診察結果による影響を受けた可能性があったことは否めない。しかし多くの患者を対象として面接調査を実施する本研究においては、患者の負担や倫理的配慮を考慮すると今回のデータ収集方法は妥当であったと考えられ、これは研究の限界である。今後は対象施設や対象患者について再検討し、さらに患者数を増やして多くの胃がん術後患者の精神的健康状態を検証するとともに、個々の患者の精神的健康状態に応じた看護について考えるためにも質的な分析を行っていくことが必要と考えている。

謝辞：本研究を行うにあたり調査にご協力下さいました患者の皆さま、ならびに看護師の皆さま、大阪市立大学大学院医学研究科消化器外科学竹村雅至先生をはじめ諸先生方に深く感謝申し上げます。さらに研究全般においてご指導をいただきました大阪市立大学大学院医学研究科消化器外科学大杉治司助教授に深謝いたします。

なお本研究の一部を第 24 回日本看護科学学会学術集会において発表した。

文 献

- 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の検討, 消化器外科ナーシング, **9**(3), 90-97.
- Atesci F. C., Baltalarli B., Oguzhanoglu N. K., et al. (2004): Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness, Support. Care Cancer, **12**(3), 161-167.
- Davies J., Johnston D., Sue-Ling H., et al. (1998): Total or subtotal gastrectomy for gastric carcinoma? A study

- of quality of life, World J. Surg., **22**, 1048-1055.
- Fallowfield L., Ratcliffe D., Jenkins V., et al. (2001): Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer, Br J. Cancer, **84**(8), 1011-1015.
- Goldberg D. P., Hillier V. F. (1979): A scaled version of General Health Questionnaire, Psychol. Med., **9**, 139-145.
- 花桐武志, 小笠原和宏, 小林裕明, 他(2000): 復職状況からみた胃癌術後 QOL の検討, 日本職業・災害医学会誌, **48**(3), 273-276.
- Hopwood P., Lee A., Shenton A., et al. (2000): Clinical follow-up after bilateral risk reducing ('prophylactic') mastectomy: mental health and body image outcomes, Psycho-Oncol., **9**(6), 462-472.
- Ibbotson T., Maguire P., Selby P., et al. (1994): Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment, Eur. J. Cancer, **30A**(1), 37-40.
- 井上正規(2003): 胃切除後症候群, 戸田剛太郎, 杉町圭蔵, 中村孝司編, 消化器疾患最新の治療 2003-2004, 179-181, 南江堂, 東京.
- 菊池正悟(2004): 統計数値からみたわが国の胃癌発生数と予後の年次推移, Medical Practice, **21**(1), 37-40.
- 熊井浩一郎, 島田敦, 才川義朗, 他(1992): 胃癌治療手術後患者における quality of life への影響因子, 日本消化器外科学会雑誌, **25**(10), 2624-2628.
- Lou N., Fones C. S., Thumboo J., et al. (2004): Factors influencing health-related quality of life of Asians with anxiety disorders in Singapore, Qual. Life Res., **13**(2), 557-565.
- 松村理史(1996): 胃癌術後長期生存例における QOL 推移に関する臨床的研究, 日本外科系連合学会誌, **21**(5), 853-859.
- 宮蘭太志, 夏越祥次, 帆北修一, 他(1998): 胃切除後の病態と術後愁訴, 外科, **60**(9), 1055-1059.
- 中川泰彬, 大坊郁夫(1985): 日本版 GHQ 精神健康調査票手引, 日本文化科学社, 東京.
- 中田浩二, 羽生信義, 青木照明(2001): 外科手術後の下痢の発生機序, 消化器科, **32**(5), 449-455.
- 成田健一(1994): 日本版 General Health Questionnaire の因子構造—28 項目版を用いて—, 老年社会科学, **16**(1), 19-28.
- 日本胃癌学会(1999): 胃癌取扱い規約 第 13 版, 金原出版, 東京.
- 日本胃癌学会(2001 a): 胃癌治療ガイドライン(医師用)2001 年 3 月版, 金原出版, 東京.
- 日本胃癌学会(2001 b): 胃癌治療ガイドラインの解説(一般用)2001 年 12 月版, 金原出版, 東京.
- 日本胃癌学会(2004 a): 胃癌治療ガイドライン(医師用)2004 年 4 月改訂[第 2 版], 金原出版, 東京.
- 日本胃癌学会(2004 b): 胃癌治療ガイドラインの解説(一般用)2004 年 12 月改訂[第 2 版], 金原出版, 東京.
- 二村浩史, 高山澄夫(2002): 迷走神経温存胃切除術は術後の QOL を向上させるか?, 日本臨床外科学会雑誌, **57**(13), 1651-1655.
- 奥坂喜美子, 数間恵子(2000): 胃癌術後患者の職場復帰に伴う

症状の変化と食行動に関する研究, 日本看護科学会誌, **20**(3), 60-68.

嶋信宏(1994): GHQ 28 項目版の検討, 日本健康心理学会第 7 回大会発表論文集, 34-35.

鈴木孝雄, 落合武徳, 永田松夫, 他(1995): 癌の認識からみた胃癌術後 quality of life の検討, 日本消化器外科学会雑誌, **28**(3), 650-655.

高山祐一, 大山繁和, 太田恵一郎, 他(2002): 患者からみた胃切除術後愁訴の検討—温存した迷走神経の機能と愁訴の関連について—, 日本消化器外科学会雑誌, **35**(11), 1639-1643.

武市綾, 小熊英俊, 笹川剛, 他(2003): アンケート調査による胃癌幽門側胃切除術, Billroth-I (B-I) 法再建後の Quality of Life (QOL), 東京女子医大誌, **73**(11), 450-

456.

The research group for population-based cancer registration in Japan (2004): Cancer incidence and incidence rates in Japan in 1999: Estimates based on data from 11 population-based cancer registries, Jpn. J. Clin. Oncol., **34**(6), 352-356.

Whelan T. J., Mohide E. A., Willan A. R., et al. (1997): The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center, Cancer, **80**(8), 1518-1524.

Wu C. W., Hsieh M. C., Lo S. S., et al. (1997): Quality of life of patients with gastric adenocarcinoma after curative gastrectomy. World J. Surg., **21**, 777-782.