

# 術後種々の併発症を起こした血管内平滑筋症の一例

— リハビリの結果 自立した過程を中心として —

北2階病棟：発表者 松田 尚子  
伊藤 和子・金井 洋子・今井 裕子・曾根 弘子  
鬼熊千代子・上條 純子・向山みゆき・藤松 順子  
丸山可奈子・井口えみ子・後藤 貴子・峰村真由美  
赤沼 幸・田畑久美子・山崎 菜子

## I はじめに

今回、子宮を原発とし、右心室・肺動脈まで及んだ血管内平滑筋症（リンパ管内間質症）という極めて珍しい症例に遭遇した。この患者は左大腿部にも腫瘍が進行しており、手術を2期に分け腫瘍摘出術を施行せざるをえなかった。この広範囲の手術のために心不全並びに腎不全・排泄障害・運動障害等の併発症をおこした。そこで私達は、この患者のリハビリを目的として看護計画を立て、回復を目指した。その結果患者が自立し退院に至ることができたので、ここに経過を報告する。

## II 研究期間

昭和62年10月14日～昭和63年4月末日

## III 症例紹介

M. K. 氏 38才女性

職 業：主婦 結婚：25才

家族構成：夫44才 長女11才 長男9才

性 格：我慢強く人当たりが良い

既往歴：昭和48年 甲状腺腫にて摘出術施行

現病経過：

昭和62年8月下旬 両下肢に浮腫出現し近医受診。心疾患を疑われ他院に紹介され、心エコー施行。右心室内の腫瘍確認される。

9月18日 精査目的にて第2内科入院。心カテ・心エコー・CT・静脈撮影にて下大静脈及び右心室・肺動脈に至る腫瘍確認。手術目的にて第2外科転科となる。

9月24日 第2外科にて右心開心し肺動脈並びに腎静脈より上縁の腫瘍摘出。三尖弁輪縫縮術施行（第一期手術）。術後経過良好。

9月29日 性器出血にて婦人科外来受診。血管内平滑筋症の可能性も示唆される。腫瘍は子宮を原発とし左側卵巣静脈を通り腎静脈に至り、下方は大坐骨孔を通り左大腿筋内15×5 cmに及ぶとみられた。

10月4日 第2期手術目的にて当科転科。

11月4日 左側超広汎性子宮全摘+大腿部腫瘍摘出+右準広汎性子宮全摘術施行。手

術は9時間を要し、出血は8000gに及んだ。

(付録) ～2期手術詳細～

- 所見- 術前診断のごとく腫瘍は子宮より発生し、リンパ管及び静脈を通り上方は左腎静脈の付着部、卵巣静脈内に発育し、下方は基靭帯、大坐骨孔を通り坐骨神経に沿って大腿鼠径下15cmに達している。(資料-図1参照)
- 手術- 腎静脈より腫瘍の一塊と卵巣静脈を摘出し、総腸骨静脈内に発生する小指頭大の腫瘍を内腸骨静脈と一緒に摘出。子宮全摘を行い基靭帯に進行する腫瘍を子宮と共に大坐骨孔迄剥離する。一方、整形外科医によって大腿内側より坐骨神経に沿い大腿内腫瘍摘出し大坐骨孔部で上下より腫瘍摘出。尚、右側は右卵巣静脈を下大静脈より摘出し準広汎子宮全摘に準じた。

#### IV 方法

術後経過から退院までを第1～3期に分類し展開する。

- 第1期 術直後から手術侵襲よりの回復期。
- 第2期 リハビリ開始から自立し外泊するまで。
- 第3期 化学療法施行し退院に至るまで。

#### V 看護の実際

第1期 手術侵襲が大きく、予断を許さない時期。

看護目標：患者の状態を把握し種々の合併症の予防と異常の早期発見に努める。

| 問題点                        | 対策  | 実施及び評価   |
|----------------------------|---|--|
| (1)手術侵襲が大きい<br>④心不全を起こしやすい | <ul style="list-style-type: none"> <li>• vital sign 及び水分出納のチェック</li> <li>• ECG モニターの管理</li> </ul>                     | <p>血圧は術直後より比較的安定していた。術後3日目よりP 100～140の頻脈となり、水分出納のバランスが崩れ、第2外科での開心術の影響もあり、軽度の心不全徴候が出現した。そこでジギタリスの投与・フランドールテープ・ラシックスを使用。循環動態のチェックを細かく行った。全身状態が落ち着きを示した術後20日目頃には、症状改善し一応の緩解をみた。</p> |
| ⑤肺合併症を起こしやすい               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 呼吸状態の観察</li> <li>• 血液ガス値、X-<math>\gamma</math>把握</li> <li>• 排痰の促進</li> </ul> | <p>術直後よりインスピロンネブライザー使用。排痰やや困難であったが、制限内での体交、タッピングにより自力排痰できるようになった。術後3日目より浅表性の呼吸となり、呼吸苦痛訴え会話不能となった。術後無気肺と診断され、陽圧呼吸法(PEEP)にて症状改善し、9日目で呼吸状態落ち着き離脱し</p>                               |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>③血栓症を起こしやすい</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 抗凝固剤の管理</li> <li>• 血行障害の有無の観察</li> </ul>   | <p>た。</p> <p>FOY 20日間使用。血液データ値も異常なく、血栓症・DICには至らなかった。局所性の浮腫・麻痺の観察・下肢計測行方が異常なく経過した。</p>   |
| <p>④創が広範囲であり感染の可能性が高い</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 創の清潔保持</li> <li>• ドレーンの管理</li> </ul>   | <p>創は広範囲にわたり浸出液も多く、1日1～2回のガーゼ交換にも1時間を要した。外陰部に近い大腿創は汚染されやすく特に注意を払った。術後11日目に抜糸。創の離開も無かった。ウンドサクションドレーンは4ヶ所に挿入されていたが、術後10日目にはネラトンドレーンに交換され、排液少なくなり抜去。死腔炎、創の感染はおこらなかった。</p>  |
| <p>⑤イレウスになりやすい</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 排ガス、排便、腹部状態の観察</li> </ul>  | <p>メンタ湿布・ガス抜き施行し効果あり。3日目に排ガスみられ胃チューブ抜去。4日目に排便あり。その後食事開始となり経過良好でイレウスに至らなかった。しかし手術による後遺症のため排ガス、排便困難になり温罨法や浣腸を適宜施行した。</p>  |
| <p>①疼痛がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 術後創痛</li> <li>• 左坐骨神経損傷による痛み、しびれ感</li> <li>• 体動困難、長期臥床による疼痛</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 鎮痛剤の計画的な使用</li> <li>• エピドラの管理</li> <li>• 貼布剤の利用</li> <li>• 良肢位保持</li> <li>• 寝具の工夫</li> </ul> | <p>術直後の創痛はエピドラの持続注入により除痛できていた。左下肢の疼痛、しびれ感はエピドラでは効果はなかったが鎮痛剤・眠剤を計画的に使用したことは効果があった。その他に、触るだけで増強するしびれ感には離被架等を利用した掛物の工夫・貼布剤を使用し症状の軽減が図れた。スポンジ等使った良肢の保持位は、患者の安静・除痛につながった。体動制限があったため体交が難しかった。貼布剤・シープスキン・円坐使用・マッサージにて臥位による苦痛軽減に努めた。このことは、結果的に褥瘡予防につながった。</p> |
| <p>(2)全身回復のための栄養管理が必要である</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVH管理</li> </ul>   | <p>通常のIVH管理を行い栄養状態は良好に保たれていた。排ガス後食事開始になり、食事摂取の重要性を理解してもらい全量摂取出来る頃にはIVH抜去となった。</p>   |
| <p>(3)長期臥床による精神的苦痛がある</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 精神的安楽のための援助</li> </ul>   | <p>長期臥床によるストレス・断続的疼痛・しびれ感への不安があったように思われる。そこで頻回の訪室に努め訴えを聞くように心がけた。また介助は必要最低限とし、患者が時間をかけても身の回りの事をするにより頑張ろうという意欲がみられた。</p>   |

第2期 手術時の坐骨神経損傷により左臀部から足先に至るまでの知覚・運動神経麻痺・疼痛があり、それに伴う筋萎縮・尖足が心配される。体動もままならず、日常生活全般にわたり看護婦の介助が必要であり、リハビリに励んだ時期。

看護目標：①手術損傷による左下肢のリハビリテーション。  
②ADLの拡大をはかり外泊にむけての自立。

| 問題点                             | 対策   | 実施及び評価   |
|---------------------------------|--|--|
| (1)手術時の坐骨神経損傷のための疼痛<br>・運動障害がある | <ul style="list-style-type: none"> <li>・良肢位の保持</li> <li>・鎮痛剤の使用</li> <li>・温罨法の施行</li> <br/> <li>・患肢の他動運動の施行</li> <br/> <li>・健肢の筋力補強運動の施行</li> <li>・動静の拡大を進める(坐位～歩行まで)</li> <br/> <li>・着衣の工夫</li> </ul> | <p>尖足予防のためスポンジを垂直に組み、休むときは患肢にあて良肢位の保持は保てた。</p> <p>第1期に比べ全身状態改善し体動もスムーズになったので、苦痛の訴えが少なくなり Voltaren suppo 50mgを1日2回使う程度となった。除痛・安眠目的で足浴を1日1回日中に施行したが著明な効果はなかった。しかし、足浴中、患肢の他動運動を施行することにより可動域拡大につながったと思われる。</p> <p>患肢の他動運動は1日3回、10回ずつ看護婦が施行した。これは疼痛を伴うものであったが、周囲の励ましもあって徐々に疼痛・しびれ感が軽減し可動域が広がった。(資料-表1・図3参照)</p> <p>健肢は負荷・自動運動をスケジュール表に沿い本人が施行し、看護婦は過剰運動にならぬよう留意した。</p> <p>患肢の疼痛軽減に伴い、坐位・立位・歩行と動静の拡大をした。立位・歩行は比較的早期に可能となったが、患肢の疼痛・循環障害・健肢の疲労感が強かったため短距離の歩行にとどまった。坐位は坐骨神経痛のため長時間では負担がかかり無理があった。当初車椅子利用は難しかった。そこで臀部の圧迫避け下肢の屈曲には疼痛を伴うため伸展したまま車椅子に乗れるよう、図のように(資料参照)スポンジを利用したところ移送可能となった。上肢の筋力補強運動が役立ち、坐骨神経痛も徐々に軽減してきたため、自力で車椅子を操作できるようになった。行動範囲が広がり自信が持てた。これをきっかけにリハビリテーション部に通いだし平行棒・松葉杖・一本杖歩行が出来るようになり進歩した。</p> <p>患肢には血栓予防と創の離開防止のためサポーターを作成した。足先の疼痛のため運動靴使用はできず</p> |

|                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <p>(2)左下肢障害のため車の回りのことが自分で出来ない</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•自立を目指した日常生活援助</li> </ul>                                | <p>スリッパの後ろにゴムを付け動きやすく工夫し危険防止にも役立った。</p> <p>更衣は看護婦の介助のもとに行っていたが患肢の屈曲が可能となってからは“脱衣時は健肢から、着衣時は患肢から、”など指導し、最終的には一人で更衣可能となった。食事は最初側臥位のまましていたが、動静進み坐位にて一人で摂取可能となった。配膳・下膳・給湯は看護婦が行った。入浴はハバード浴からはじめ、理学療法士の助言を参考に援助した結果、家庭風呂にスムーズに入れるようになった。危険防止にも十分留意しベッド周囲の整理整頓にも心がけた。</p> |
| <p>(3)広汎性子宮全摘術後の排泄障害がある</p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>•尿留置抜去前後の膀胱訓練</li> <li>•イレウスに注意し排便のコントロールをつける</li> </ul> | <p>膀胱訓練オリエンテーション後、仮留置施行。留置抜去するが残尿はなく排尿障害はみられなかった。術後イレウスは予防できたが、長時間の坐位はとれなかったので努責しにくく排便困難となった。そこで下剤を組合せ温罨法を併用したところ頻便ではあったが、排便・排ガスは促され患者の不快感は軽減した。</p>  |
| <p>(4)経過が長いため疾患への不安がある</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>•不安の軽減に努める</li> <li>•闘病意欲を高める</li> </ul>                 | <p>リハビリテーション開始当初はストレスもたまりやすかった。そこで訪室を頻回にしコミュニケーションをはかった。気分転換も勧めてみたが患者に余裕なく疲労感もあり受け入れて貰えないことが多かった。しかし行動範囲が広がるにつれ、他患との交流も生まれ自信もつきストレスの解消にもつながっていたと思われる。</p>   |

年末年始は外泊したいという本人の強い希望が支えとなり予想以上の進歩を遂げた。松葉杖歩行はスムーズに出来、短距離なら一本杖歩行も出来るようになった。

身の回りの事はほとんど自分で出来、医師より外泊の許可も出て、それに備えて次のような援助をした。

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•外泊用パンフレットの作成</li> </ul> | <p>家の構造・家族構成を考慮した日常生活の細部にわたるパンフレットをつくり利用してもらった。また、家庭で必要になると思われるポータブルトイレ・スポンジも貸し出した。これらは不安の軽減につながり外泊に大いに役立ったと思われる。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•リハビリ表の作成</li> </ul>     | <p>リハビリ表を作成し、砂嚢・鉄アレイを貸し出し、家庭でもリハビリテーションが出来るようにした。外泊中一本杖歩行の練習をし、歩行距離が延</p>   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <p>• 日常生活記録表の作成</p> | <p>びるなどの効果があった。<br/>自己管理の意味も含め、全身状態がチェックできるように体温・体重・下肢測定値・排泄状態が書き込めるように表を作成し、計測は家人にも指導した。外泊中にも連絡を取ったが特に問題は起こらなかった。</p> |
|---------------------|--|

第3期 外泊から帰院し、さらにADL拡大すすみ最小限の看護援助にて日常生活がおくれるようになる。化学療法も無事終了し follow up に移行した時期。

|   |
|---|
| <p>看護目標：<br/>①化学療法（サイバディック→プロゲステロン療法）がスムーズにうけられるように援助する。<br/>②退院に向けてADLの拡大をはかる。<br/>③退院指導の充実をはかる。</p> |
|---|

| 問 題 点                        | 対 策   | 実 施 及 び 評 価  |
|------------------------------|---|--|
| (1)副作用の強い化学療法を受け、心身への影響が大きい  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 十分なオリエンテーション</li> <li>• 安全かつ確実に治療が行われるよう援助</li> <li>• 副作用の予防のため援助と異常の早期発見に努める</li> </ul> | <p>他の化学療法の患者を多くみていたため治療に対する不安があり、オリエンテーションは早めに施行した。その結果、実際の治療の様子が明確となり受け入れがスムーズとなった。</p> <p>心・腎に対する副作用、また血栓形成も心配されたが特に問題なく治療終了した。治療中胸やけ症状出現したが、治療終了とともに消失した。脱毛予測され、ダンクールキャップにて頭部冷却施行した。冷却は長時間にわたり、またキャップが重いため動静制限されたが、食事・排泄の際ははずし耳介部の保護にも留意した。尿留置はせず、ポータブルトイレを使用した。5日間にわたる治療のため、後半にはいると心身の疲労出現したため頻回に訪室し、看護婦が介助する機会を多くした。医師とも連絡をとりあい患者の負担を軽減するよう配慮した。その結果、必要以上の身体的疲労は避けられたが、治療自体に対する負担は大きかったものと思われる。</p> |
| (2)下肢障害が残っておりリハビリテーションが必要である | <ul style="list-style-type: none"> <li>• リハビリテーションの継続</li> </ul>  | <p>短距離歩行が可能になったので、化学療法中は体調を考慮しながら廊下歩行練習を行った。更に看護婦の介助を必要としていたことも退院までにはすべて自力で出来るようになった。これは“退院、という具体的目標があったことで患者自身が前向きな姿勢となり、リハビリ内容も実際の家庭生活に即した内</p>  |

|                        |                 |   |
|------------------------|-----------------|---|
| <p>(3)退院後の生活に不安がある</p> | <p>・退院指導の実施</p> | <p>容で計画的に行えたことが実を結び予想以上のADLの拡大がはかれたのではないと思われる。</p> <p>退院オリエンテーションをスタッフ間で検討し実施した。外泊で家庭生活を経験したことから、日常生活については問題なく、プロゲステロン療法の留意点、サイバディックの晩期副作用について補足した。</p> <p>“早くよくなりたい、”という意欲が強くリハビリや今後の治療にも積極的に理解できている。</p> <p>しかしながら、再発の可能性もあり今後の follow up が重要となる。</p> |
|------------------------|-----------------|---|

## VI 考察

本例は極めて珍しい疾患であり病態・予後等について不明な点が多く、看護計画を立てにくい症例であった。そこで今回は、手術時にやむなく発生した運動神経障害に重点をおいて検討することにした。理学療法士の助言を得ながら、スタッフ一同でリハビリについて学習しカンファレンスを実施し、様々な分野からの参考意見を取り入れ看護を行った。当初、神経麻痺による疼痛もあり体動はスムーズにできなかった。そこで段階に応じて目標を立て疼痛緩和・良肢位の保持・健肢筋力増強運動などを行い、訓練を根気よく計画的に進めていった。この過程の中で、患者は我慢強い人で訴えが少なく、身体的・精神的苦痛がどの位のものであるかが推測しにくかった。そこで私たちは訪室を頻回にし、患者の疲労度を考えながら一緒に訓練を進めていった。スタッフの間でも統一したケアを心がけた。

その結果、患者はベッド上での体位変換も困難であったが、ADL拡大し自立し退院に至ることが出来た。この回復には患者自身の訓練に対する前向きな姿勢と努力、家族の協力があったことを忘れてはならないと思う。

## VII 終わりに

この症例を通して運動障害をもつ患者のリハビリへの関わり方、進め方他多くの事を学ぶと共に、予測した看護の難しさを感じた。今後、患者は再入院をし化学療法を行うことになっているが、少しでも苦痛が軽減できるように援助して行きたい。

今回の症例に限らず高齢で安静を強いられる患者、他の合併症により床上生活を送る患者においても今回学び得たことを生かして行きたいと思う。

最後に今回の研究にあたり御指導・御協力頂いた方々に深く感謝いたします。

## 参考文献

- 1) 岩倉 博光 監訳：リハビリテーション基本手技，第1版，医学書院，1984，P15～105．
- 2) Rene Cailliee (萩原秀男 訳)：足と足関節の痛み，第2版，今田喬士，1985，P1～30，P171～192．

- 3) Claude Herveou, Laurent Messean (井原秀俊 訳) : 神経-運動器協調訓練, 第1版, 今田喬士, 1985. P 8~65
- 4) 大川 嗣雄ほか: 車いす, 第1版, 医学書院, 1987. P 49~67

資料-1 [疾患について]

<病名> 血管内平滑筋症 (リンパ管内間質症)

<概要>

本症は子宮或いは血管内に発症する。組織学的には良性と診断され臨床的には悪性とされる。また婦人科病理学的には子宮原発の場合、リンパ管内間質症と診断され、間質肉腫の亜型と分類されている。

症状は子宮筋腫ならびに子宮内膜肥厚症として発見される場合が多く、主に静脈内に連続性に増大して行って下大静脈等に出現してくる。従って突然の肺梗塞が起こる事がある。また徐々に発育し静脈還流が減少した場合に、下肢の浮腫、心不全等の症状を呈する。一方子宮が増大するために腫瘤感を訴えて来院する症例もある。

心臓の中まで達する腫瘤としては粘液腫が最も多く、このような血管内平滑筋腫症は極めて希で心臓内筋腫症となったのは世界で7例の報告があるだけである。但し、本例は大腿部まで進行し、婦人科腫瘍学的には子宮内膜の間質がリンパ管内を通り、また上方発育は卵巣静脈をへて腎、下大静脈そして心臓内にも出現してきたものと考えられる。

<治療>

- ① 手術療法 (腫瘍摘出)
- ② 放射線療法
- ③ 化学療法 ~肉腫に準ずる化学療法~ (VAC・サイバディック etc.)
- ④ ホルモン療法 (プロゲステロン療法)

<予後>

症例が少なく統一した見解は無いが、文献的には5年生存率は比較的高いと報告されている。

資料-2

—平滑筋症の発育経路—

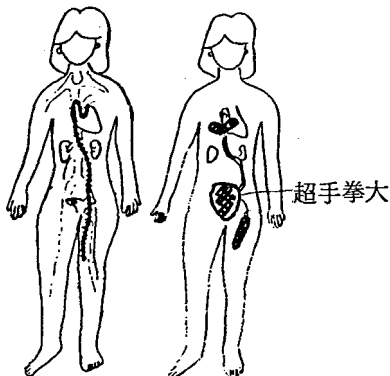


図-1

—車イスの使用—  
(疼痛部にスポンジをあてる)

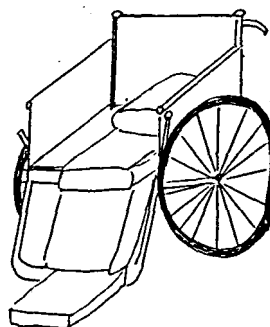


図-2



表-1

ーリハビリ実施表の一例ー

| 月日  | 時  | 足背背屈運動 | 膝関節伸展屈曲運動 | 上肢筋力補強運動 | 健側下肢筋力補強運動 | 備考     |
|-----|----|--------|-----------|----------|------------|--------|
| ○/△ | AM | 10回 ○  | 10回 ○     | 10回 ○    | 10回 ○      |        |
|     | PM | 10回 ○  | 10回 ○     | 10回 ○    | 10回 ○      |        |
|     | 準  | 10回 ○  | 5回 ○      | 5回 △     | 0回 ×       | 健肢疲労にて |
|     |    |        |           |          |            |        |

※ 評価 ○ できた △ まあまあ × できない

ーリハビリの内容ー

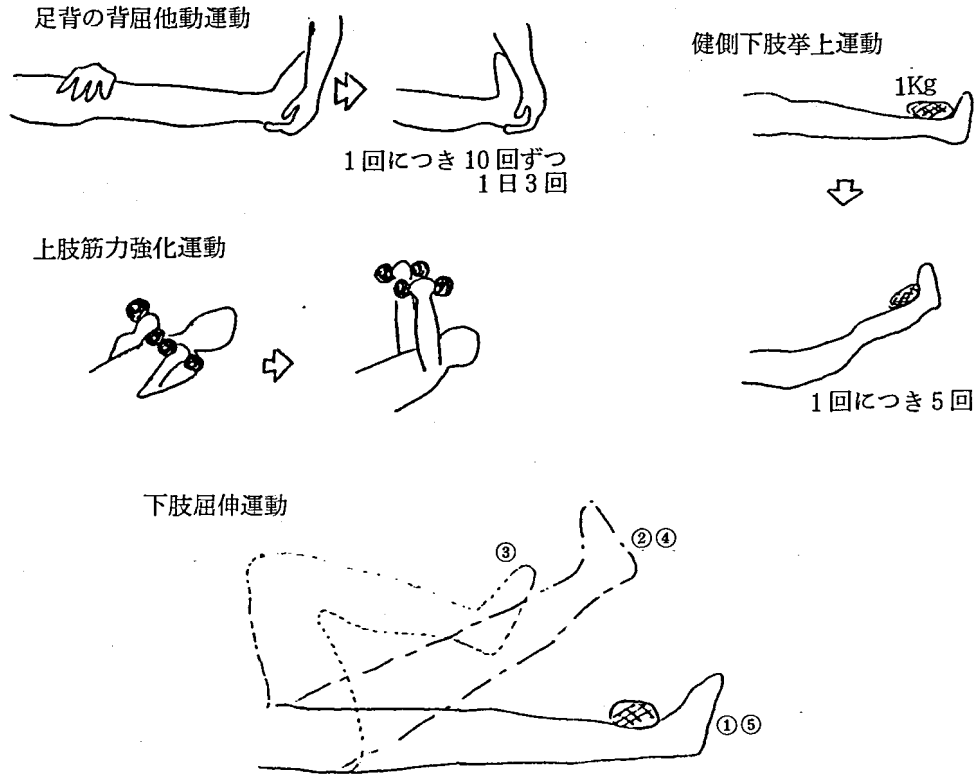


図-3