

糖尿病性神経症患者の看護

中3階病棟 発表者 青木玉江

山口澄江・沼田裕子・相沢明子・遠山裕子
小林孝子・勝野晴子・小野明子

はじめに

日頃私共は、さまざまな痛みを訴える患者と接することが多い。中でも糖尿病に伴う糖尿病性神経症の痛みは、外傷時、手術時などの一過性の痛みや、癌末期の痛みと異なり、長期の援助が大切となる。

今回、糖尿病に神経症を合併し強度の下肢痛があり、疼痛軽減に対して薬物依存性の強い患者に接し、その援助についてここに報告する。

I 研究期間

昭和59年2月14日～8月31日

1回目入院：昭和59年2月14日～5月15日

2回目入院：昭和59年5月26日～6月9日

II 患者紹介

患者：A氏 46歳 男性

病名：インスリン抵抗性糖尿病，糖尿病性神経症，アルコール性肝障害

家族構成：妻，子供2人の4人家族

性格：気が小さい，短気，神経質

背景：職業は香具師，日雇いなど転々とし現在は無職。両手の小指がなく右肩から上腕にかけて刺青がある。妻がスナックで働いて得る収入と生活保護で生計をたてている。多量の飲酒歴，覚醒剤使用の既往がある。趣味は浮世絵を書いたり小物を作ることである。

現病歴：昭和56年10月頃，尿糖指摘され近医にて糖尿病と診断されインスリン療法始まったが，断続的に行なわれて血糖高値のため，昭和58年10月，糖尿病コントロール目的にて某院入院，入院後インスリン計144単位まで使用したがコントロールは不良であった。昭和58年12月，入院中に下肢痛生じ糖尿病性神経症と診断される。疼痛に対して坐薬，内服薬使用するも著効得られず鎮痛剤の注射でも軽減しなかった。このために飲酒，無断外出などを繰り返し医療側とのトラブルが絶えなかった。昭和59年1月初旬，某院を自己退院し，その後インスリンは全くうたず，きわめて不規則な生活を送っていた。同年2月，当科紹介され血糖コントロール目的にて2月14日入院となる。

疼痛の経過と治療：足が氷のように冷たくマッサージ程度では軽減されず，昼夜たたいていなくはない程の疼痛であった。A氏は「痛みさえとってもらえれば他の治療はいい」という強い希望があり，家族も同じ考えであった。主治医からは，糖尿病のコントロールをすることが第一であり，鎮痛剤だけではその場限りのものになってしまうので，長期的な治療方針

をA氏に受け入れてもらうよう話された。薬物治療としてはセデス、セルシン等の内服、ホリゾン、ペンタジンの筋注をしていたが、2月29日から腰部硬膜外ブロック、3月26日から持続硬膜外ブロックが開始された。これにより一時的に疼痛の軽減がはかれ気持ちも落ち着いてきた。しかし、3週間後より注入時の痛み出現し発熱みられ髄膜炎を起こしたためブロックが中断されチューブ抜去となる。「抜くくらいなら7階から飛び降りたい」「酒をあおりたい」等の言葉が聞かれた。

その後、ソセゴン7.5mg+生食0.5mlを1日3回、8時間の間隔をおく、コントミン10mg内服1日1回、セデス1.0g1日4回、セデスとコントミンは2時間あける、セデスと注射は3時間以上あけるというオーダーが出された。時折A氏は「先生はいいって言ったよ」と看護婦に催促がましく迫った。又、頻回にオーダーの変更もありチーム内での統一をはかるためにA氏の枕元にオーダーのメモを張り注射を実施した。しかし、十分な鎮痛効果が得られず、時折アルコールの飲用がみられタバコの本数もしだいに増してきた。又夜間の徘徊も目立つようになった。

Ⅲ 看護の展開

場面1

5月7日再び麻酔科受診する。主治医と相談し今後の方針を決めると言われ処置は何もせず戻ってきた。20時30分セデス希望したが19時に内服したばかりなのでもう少し我慢するよう話した。それから10分おき位にナースコールあり「俺の痛みがお前にわかるはずがない」「眠らせてくれ」等訴え、話しているうちに興奮してきて、結局「出て行け」と怒鳴った。21時20分ナースコールにてドアを開けたところナイフが足元に落ちた。5月8日1時、部屋での喫煙、飲酒、点滴自己抜去の行為みられ、主治医と共に厳しく注意した。5月7日分のアレビアチン、テグレート内服せずためであるので回収した。5時、いらいらして「娘の幻影みたら家に帰る、チキショー、バカヤロー、出て行け！」とわめいた。足をさすりしばらく話すも興奮おさまらず主治医みえムンテラした。A氏は「痛みを我慢しているのは俺なんだ、痛みのわからない人には仕方ない、先生はさじを投げたんだね」と言い病棟外へ出て行こうとした。

〔患者と看護婦の行動分析〕 場面1

A 氏	看護婦
<ul style="list-style-type: none"> ・痛みを紛らわすため喫煙、飲酒をした上で自分の言い分が通らないと怒る、おどす、すかすという態度をみせる。 ・薬の副作用で幻覚症状がある。 ・許可された薬剤は使わなければ損という考えがある。 ・ブロックが中止となり不安、不満、怒りが増しいらだちが目立ってきた。 ・注射は依存性、耐性を作りたくないので減らしていく。内服薬は半年～1年で効果 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の使用に対して主治医のオーダーに従う。 ・中毒を起したくない。又、A氏の性格から内服薬、注射の時間的間隔を厳しくした。 ・痛みのみに執着し、喫煙、飲酒、点滴自己抜去の行為がみられるA氏に対し「またか」と身構えるようになっていたのではないか。

<p>が現われるかもしれない、という治療方針では、痛みを我慢していく自信がない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・痛みを理解してくれる人がいない。他の人には、わかってもらえない。
--

<場面1の考察>

疼痛軽減のために注射を希望してくるA氏に対し、指示された時間を厳守することに重点をおいてしまい実際の疼痛軽減の援助がなされなかった。A氏の性格に対する先入感もありA氏の内面に入っていくという努力が足りなかった。又、真剣に受けとめてあげなかったのではないか。カンファレンスにてA氏、家族、主治医、看護婦の間で話し合った結果

- ・病院の規則はきちんと守ってもらう。
- ・髄膜炎の治療はしなければならない。
- ・糖尿病のコントロールをする。
- ・注射は主治医のオーダーを確認の上実施する。
- ・主治医のムンテラには必ず看護婦が入る。
- ・奥さんとのコンタクトを多くとる。
- ・A氏の訴えをよく聞き援助を行なう。

以上の方針をたて臨んだ。

場面2

方針通り接してきたが疼痛軽減せず不眠も重なりいらいらが強くなった。5月15日1時45分にソセゴン注射を施行した。5時45分ナースコールあり「注射、筋注だよ」と言った。看護婦が、「Aさん、1時45分に入ったからまだ時間がありますよ」と言うと、「チキショー、うったのは0時だ、絶対、何でうそをつくんだ、そうかくれねえっていうんか、もういい、バカヤロー」とすごい剣幕であり看護婦の言う事を聞き入れず、その後も30分～1時間おきにナースコールあり、「注射！」と言った。その都度説明したが感情が高ぶり「うそばかりつきやがって」とふとんをはいだり物を投げたり今にも襲いかかってきそうな様子であった。

[患者と看護婦の行動分析] 場面2

A 氏	看護婦
<ul style="list-style-type: none"> ・注射をうった時間を勘違いしているのか0時だと思いこんでいる。 ・看護婦がうそをついて意地悪していると思っている。 ・自分の訴えを言葉だけでなく態度で現わしている。 ・治療に対する不満が爆発した。 ・当日は飲酒をしていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・何故、注射した時間を間違えているのか。 ・時間を間違えていることを納得してもらいたいと思い一生懸命説明する。 ・注射の時間だけのやりとりで痛みに対しての看護をしていない。 ・疼痛軽減されないというあせり、いらだちが増し、A氏の限界だったのではないか。

<場面2の考察>

精神面への援助が受けとめられず同じ失敗を繰り返してしまった。患者自身で痛みを受け入れられるよう援助できなかった。ベッドサイドでの看護ケアが足りなかった。A氏に呼ばれ訴

えは痛みに対するものばかりだった。注射を希望しても時間にはまだ早いからと対応し他のコミュニケーションは少なく、私共は毅然とした態度でのぞまず追いつめてしまったのではないか。

退院後の経過

5月15日退院後、看護婦側は今までの反省をもとにいつでも受け入れをしようと体制を整えた。外来通院時は詳しく状態を聞いたり、こちらから電話連絡をとった。

通院中に鎮痛剤内服による胃炎を起こし頻回の嘔吐、下痢がみられ食事摂取困難となりインスリンも全くうたなかつた。脱水状態となり意識消失発作を数回起こし全身状態悪化のために5月26日再入院となった。

2回目の経過

温かい態度で迎え、A氏とのよい人間関係が得られるように言葉がけを多く持ち気を配った。主治医のムンテラには必ず看護婦が入り治療、看護の統一を図った。A氏は「またよろしく願います」と頭を下げた。下肢マッサージ、清潔の援助等のケアを積極的に働きかけ、A氏とのコミュニケーションの場を多く持ちベッドサイドへ足を運んだ。指先が器用なA氏であったので折紙をしたり、点滴チューブで犬を作ることにより疼痛から気を紛らわせることができるようになった。精神的に安定し看護婦とのコンタクトもよくなって、痛みも注射で自制できるようになり糖尿病のコントロールも少しずつ良くなった。外来通院が可能となり6月9日退院となった。

IV 考 察

この事例はA氏の性格、又家族の受け入れにも問題があった。

1回目の入院では、対応の仕方が不十分でゆっくり話を聞いたりコミュニケーションをはかる余裕がなかった。痛みを抱え将来の見通しがつかず精神的不安が強かったと思われるA氏に対して、私共はそこまで察することができず、A氏の立場にたった看護ができなかった。

2回目の入院では、A氏もこの病院でみてもらうしかないと思ったようである。頻回に足を運ぶようにした結果、「お願いします」「ありがとう」などの言葉が聞かれ、以前には見られなかった笑顔もあり冗談さえ言うようになった。

おわりに

私共は、疼痛のある患者に対して医師のオーダーを重視し、患者の訴えに真剣に耳を傾けず精神面をおろそかにしたことから貴重な体験をして多くの事を学ぶことができた。今回学んだ事を今後の看護に生かしていきたいと考える。

この研究にあたり御協力して下さった皆様に深く感謝致します。

<参考文献>

- 1) 小松玲子他：特集 疼痛と看護 臨床看護 7/10 1981
- 2) 高崎絹子他：特集 援助のなかのずれ 看護学雑誌 1984 - 1
- 3) 上野轟：話の聴ける看護婦になるために 医学書院 1979
- 4) 加藤 秀俊：人間関係（理解と誤解）平公新書

- 5) 日本看護協会 第15回日本看護学会集録
- 6) 桑野タイ子：事例を通して考える看護 1980
- 7) 石山俊次：今日の治療指針 医学書院 1983 p.483