

## 9 慢性下痢に悩む糖尿病透析患者への心の開放の試み

(Bandulaの手法を用いて)

丸子中央病院腎センター 安藤修一 佐久間綾音 翠川房子

橋本美津子 小間沢政子 岡田洋一

### 【はじめに】

糖尿病透析患者の場合、多重合併症に悩む患者が多い。我々も糖尿病性網膜症と眼底出血のために失明し、2度の脳梗塞のために言語障害(構語障害)、下半身麻痺を来し、その上に慢性下痢に悩む透析患者に対し、心の開放により下痢が改善し、明るさを取り戻した患者を経験したので報告する。

症例：H. T 49歳 男性 職業 無職 (元 建築設計士) 父親は腎臓病、母親は脳血管障害で死亡し、兄弟はいずれ現在妻と2人暮らし。性格 短気で自己中心的(妻は元は穏健で優しい人であったと言っている。)

既往歴 生来健康であったが 1977年糖尿病との診断にてインスリン使用開始。1992年糖尿病性網膜症(右眼底出血) 1993年脳梗塞(右麻痺) 2002年8月糖尿病性腎症よりの尿毒症のため、他院にて血液透析導入となる。退院後は在宅で妻が患者の世話をしていたが、患者の状態の悪化に伴い、妻も患者に手を取られ働けなくなり、この状態が続くと妻も生活が出来なくなるため、2003年1月当院に入院することになった。

入院時所見：入院時より高血圧の持続がみられ食事でも不規則で強い下痢症状を認めた。医師より、原因不明で糖尿病性神経麻痺の為であろうと診断された。又、入院後は言語障害のためか、問い掛けにも反応が少なく、無表情で眠っていることがほとんどであった。平成16年5月になり下痢が激しくなり、食事もとれない状態になっていった。頻回の下痢は医師より、検査の結果では、器質的原因によるものではなく神経性下痢が一番考えられるが、その為の薬も余り効かないことを考えると、糖尿病に尿毒症性変化が加わったものを考えるとのことであった。しかしこの状態は十分な透析と血糖管理による治療しかないため、現在はその上に対症療法を加えるだけで様子観察するとのことであった。その後も下痢は持続し改善できないこともあったか、気に入らないことがあると徐々に大声で叫びながら暴力的となり、看護師に対しても両手を振り回

して殴り付けてきたり、頭の毛を引っ張るなどの乱暴が続き、看護師からも、何とかしてほしいとの訴えが頻繁であった。同年6月6日朝6時低血糖発作(BS25 mg/dl)を発症し、医師よりは50%ブドウ糖2Aの静脈内注射かブドウ糖20gの指示が出たが、どちらも患者が頑固に拒み続け、医師がきてやっと50%ブドウ糖を注射するという問題が起こったが、この事件後から医師の指示が大きく変わった。まず患者の妻、病棟・透析の看護師を集め、下痢の原因および治療の変更が説明された。下痢の原因は神経性下痢で良かったが、この原因となっている心の悩みが余りにも大きいので、本来は向精神薬を使うべきだが まずは患者の心を開かせることからやりたいとのことであった。治療方針としては現時点で許される範囲内で本人の自由意志を認めてあげてほしいので、全員に協力してほしいというものであった。次には、このメンバーで患者とゆっくり話し合い、今後の治療方針と将来の見通しを説明し、皆に少しの間我慢と忍耐を求めるというものであった。その後患者と話しあったが、まず医師より患者に対し、現在患者は何か飲んだり食べたりしたいものがあるかとの問いに対し、患者はコーヒーとたどたどしい言葉で言った。その時妻より、元気な時には朝コーヒーを飲むことが好きだったとの報告があった。そこで医師からは「良いですよ、ただし週1~2回にしてくださいね」との返事だった。そして妻に「好きだったコーヒーをいれて持ってきてあげてもらえませんか」との要請に妻も「そうさせてください」とのことであった。次に医師より患者に対して「食べるものはいかがですか」の問いに、患者は「だふく」と答えた。その時妻が「この人は以前から大福が好きでした」とのことで、これも持ってきていただける様になった。この対話を聞いてスタッフ全員が、以外ではあるが納得という顔つきになっていた。我々は当たり前に行っていることが、この患者にとっては熱望していた物である事が分かり、他にもあるだろうが今回はこれだけにすることとした。

そこで、病棟、透析の看護師が会って検討し、それぞれの看護計画とスタッフ全員に周知してもらう様にした。透析における看護計画の基本は、体重が増加した場合はECUMを取り入れ、時間のロスは血流や透析液流量の調節でカバーし、透析中は当院小間沢のPTC方式を取り入れ、声掛けを多くし、出来るだけゆっくりのペースで話し、笑顔で対応することとした。病棟においては色々な問題が起きる可能性はあるが、患者のペースに合わせて患者の身体に手を触れて声掛けをし、インスリンも30Rからランタスに変更し急激な変化を避ける。また最初は下痢が多いと思うが下痢止めは中止し、一日の水分摂取量(800ml)はポットとし、ヘルパーも含め全員に徹底させる。

最後に病棟・透析を問わず、患者の要求の受け入れ話し合って決め、常に一個ずつとし、一つ入れれば一つをなくするようにし、また治療もエビデンスごとに方針を決定する事とした。

【考察】

糖尿病透析患者の場合、合併症としての血管病変、神経病変は全ての患者に認められるが、その程度は個々により差があり、軽症の患者は糸球体腎炎からの患者と同様に透析生活を行うことが出来るが、重度の患者はADLにさえ手を焼く状態である。すなわち糖尿病透析患者は合併症の程度により一人一人が個別の対応が必要であり、一括して論じることは不可能なのである。我々は重度に属する合併症に悩む患者を看護する中で、種々の患者の心の動きを学んだので、その一部を報告する。患者は49歳男性で、元建築設計士であり、温厚で友人からは好かれる素敵な人だったと妻はいつている。しかし肺炎に罹患後糖尿病を発症し、2度の脳梗塞で言語障害と歩行障害を来し、糖尿病性網膜症からの眼底出血を繰り返す中で視力障害を併発し、自分の意思を伝える手段を失ったまま透析導入となっている。しかし最初のうちは在宅で妻が面倒を見てくれたので、何とか意思の疎通が図れたが、入院となると自分の要求が看護師には理解してもらえない腹立たしさから、暴力と寝ている状態の繰り返しとなっていたと考えられる。患者の怒りは「嘆き」であり、淋しさ、孤独、見捨てられのやり場の無い感情を誰かにぶつきたい、分かってもらいたい。<sup>1)</sup> その時そばに居るのが我々看護師なのである。一方献身的な理想に殉ずる姿勢があると言われる医療従事者の理想と患者のニーズとの相違によりクライアント支配が発生する。当患者の様に患者のニーズを見極めることが困難な症例には、ノンコンプライアンスな患者のレッテルを貼ってしまいがちで

ある。<sup>2)</sup> このような時に低血糖の事件が発生したのである。本人は鬱病的な状態でのブドウ糖の拒否ではなく、本人の意思で持つて拒否し続けたのである(図1)。自分ではどうすることも出来ない為救いを求めているが、それも分かってももらえない苦しみの底から死を選んだと考えると全てが説明つくのである。そこで心の開放の為の対策を立てた。本人の自由意志を尊重し、本人のゆっくりしたペースで時間が動き、本人を守ってくれる仲間がいることを実感させることであった。この場合、一人でも押さえ付けようとする看護師がいれば、全てが水泡に帰する可能性を秘めていたので、病棟・透析の看護師は十分すぎる程の話し合いをもったのである。しかし患者には未だ多くの物を取り入れるだけの心の余裕がないと判断し、Bandula<sup>3)</sup>の手法を用い、一つの目的と一つの方法を守り、それが飽きるかあるいは達成できてはじめて次に進むこととした(図2)。結果は食欲が増すが下痢は減少してきた(図3,4)。その結果体力の増強につながっていった。ここで初めて次のステップに進めたのである。

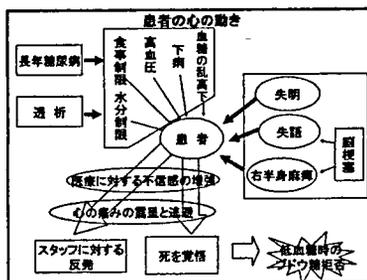


図1

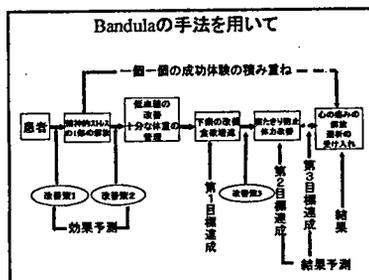


図2

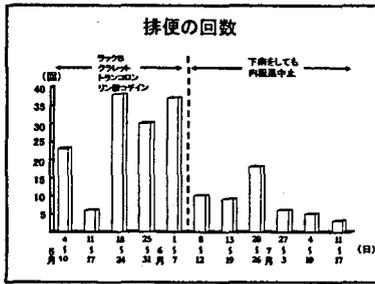


図 3

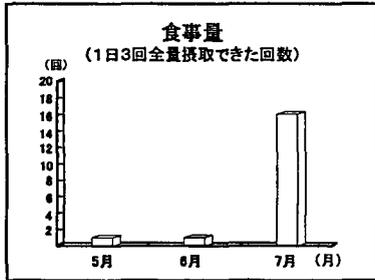


図 4

【まとめ】

1. 一段階では、好きな物の飲食、スタッフ全員の統制の取れた声掛け、透析中のPTCによる苦痛の軽減で、少しは心が開放されたか、笑みが出る様になった。
2. 低血糖の消失と十分な体重管理により、下痢の改善と食欲増進という第1目標達成ができた。今後第2目標第3目標を達成し、心の痛みを少しでも開放出来る結果へと向かっていきたい。

【文献】

- 1) 春木繁一：糖尿病透析患者の「怒りと嘆き」への対応のコツ；透析療法のコツと落とし穴、浅野泰編、東京、中山書店、2003
- 2) 土田和子、富樫たつ子：糖尿病透析患者は本当にわがままか？、透析ケア、5,4,20~23、1999
- 3) 小間沢政子：自己管理帖による糖尿病性腎症の指導・管理、日本透析医学会雑誌37、2004、June、Supplement・1999