

障害をもった患者との関わりを考える

— 嚥下障害をきたした事例を通して —

Care for patents with postoperative dysphagia.

中3病棟：赤池 勝美・一ノ瀬幸子
牧野 浩子・二木 朗江

1. はじめに

脳神経外科領域の疾患で手術目的で入院してくる場合、術前には何も症状がなくても、術後片麻痺、顔面神経麻痺、失語、嚥下障害等何らかの機能障害を残すことが多く、患者や家族にとっては生活していく上で重大な問題となる。しかし、これら術後の合併症については、術前に医師より患者に説明されているものの、ほとんどの患者は開頭術という手術そのものへの不安が強いため、術後起こりうる機能障害についてまでは考えられない場合が多い。このため実際に機能障害が出現した時、患者は障害へのイメージができていないためその障害受容過程は難しい。

今回、術後に嚥下障害をきたし、なかなか障害を受容できず抑鬱状態となり、入院期間が長期化した事例を経験した。嚥下障害という視点から、この患者が障害を受容していく過程と、医療者との関わりについて看護記録から振り返って検討した。

2. 事例紹介

患者：Kさん 66歳 女性 主婦

診断名：右迷走神経腫瘍

入院期間：平成7年10月17日～平成8年1月27日

既往歴：なし

術式：右後頭下開頭腫瘍摘出術 平成7年10月23日

術後の障害：右第10神経切断による嚥下障害（むせ、口蓋垂への唾液貯留による嘔気、嘔吐等）

家族構成：夫と2人暮らし 子供4人はそれぞれ結婚し独立

趣味：短歌 囲碁 マレットゴルフ

性格：くよくよしない（本人弁） 看護婦からの印象：神経質

3. 入院までの経過

平成7年9月人間ドックのMRIで、右迷走神経腫瘍と診断され、当院脳神経外科に手術目的で入院。自覚症状はなく、バイタルサインも安定しており、意識清明。手術に対する不安は表出できていた。

4. 看護の展開及び考察

術後嚥下障害が出現してから家庭復帰を目指して外泊に出かけるまでを1期。外泊から抑鬱状態となり退院するまでを2期とし、看護の展開を述べる。

<1期>食事摂取訓練の時期 10月23日～11月19日

看護問題：# 1 栄養状態の変調：身体必要量以下；嚥下障害に関連した

看護目標：経口摂取がすすみ、体重減少がない

術後嚥下障害が出現したが、半固形物はむせがなく嚥下できたので、術後3日目より摂取訓練食を開始した。始めは数口しか摂取できなかったが、4日目には主食の5分粥は全量摂取できるようになった。しかし、副食はほとんど摂取できず、「一口毎にむせて食べられない」とむせによる苦痛を訴えていた。そこで、Kさんが嚥下しやすいように副食の食事形態を変更した。1か月後には、食事時間は30分から60分かかるとは半分より以上摂取可能となり、「やっと食べられるようになった」という言葉もきかれた。しかし、退院の話がでると「なにをどうすればいいのか、とにかく不安・・・」と退院に対しての不安が強かった。そこで、家での生活を体験するために外泊をすすめた。

<2期>受容と拒絶の繰り返しの時期 11月20日～翌年1月27日

看護問題：# 2 悲嘆：嚥下機能喪失に関連した

看護目標：自分の気持ちが表出でき、現状を受け入れられる

自分自身で退院が決められる

Kさんは退院に向けて外泊に出かけた。しかし、帰宅までの移動が60分もかかることによる強い疲労感と、家で夫が作ってくれた副食の形態が合わないことから食事が殆ど摂取できなかった。そのため、帰院後から食事摂取に対する自信を無くしてしまい、表情も暗く臥床がちとなった。また、嘔気、不眠を訴え、食事摂取に対する意欲が全く見られなくなり、鬱状態になってしまった。患者の「手術しなければよかった」「このまま食べられなくて痩せて死んじゃうんじゃないかと思う」「こんなに辛いなら安楽死したい」との言葉より、嚥下機能障害に対する受容ができていないことが要因として考えられた。看護婦はカンファレンスをもち、1期では食事摂取に問題の焦点を当てすぎ、障害受容への援助が不足していることに気が付いた。そこで、看護問題と計画の修正をし悲嘆のプロセスを辿るような看護介入をおこなった。

看護婦は焦らないようにと言葉をかけ、食べられたことを一緒に喜び、Kさんがプラスに考えられるように援助した。また、患者の趣味である短歌で辛い気持ちをあらわすよう助言したり、気分転換を図るよう散歩を促した。「私もうダメ、嫌になっちゃった。お父さんにいてほしい」と訴えたときは、Kさんの支えである夫に数日間付き添いの許可をした。「辛い、吐きっぽい」と訴え食事摂取意欲が著しく低下した時は、強制せず医師と相談し補液を行った。2～3日後Kさんは、「少しずつやっついていくしかない」「全部食べられないことで、すごく辛くて、頑張らなければと思うことが自分を苦しめていた」と自分の気持ちをあらわし整理できるようになった。辛い気持ちを短歌であらわし投稿するという前向きな姿勢も見られた。また、散歩や入浴をすすんでするようになり、表情も明るくなった。Kさんからの希望で、その後2回外泊を行った。障害を受容しはじめていたが、外泊に行く度に前回と同様の理由で落ち込み食事が食べられなくなってしまった。このことから、Kさんは、完全に受容できずにいたと考えられる。

医師から退院期日の目安を話されるが、「吐き気が強く食べられない。こんな状態では退院できない」「同じ病気でよくなった人の体験談を聴きたい」と訴えた。そこで、看護婦が、嚥下障害を持ちながら現在元気に外来通院している患者の様子を話すと「これで生きていける。自分も頑張ろうと思う」と語った。そして、4回目の外泊を行った。前回までの外泊と違い帰院後も鬱状態にはならなかった。「病院にいても、家にいても変わらない」と言いKさんが、自分の状態を理解し、

「手術しなければ、腫瘍が大きくなるのをいつも心配していただろう。今は手術して良かったと思っている」と受容の言葉が聞かれるようになり、自分自身で退院を決められた。

5. まとめ

術後機能障害が残った場合、なかなか受容できない患者と、問題なく受容できる患者がいる。心の悩みを表出しない患者は、一見受容できているように見えるため機能喪失への悲嘆に対する精神的看護介入が不十分となりがちである。看護者はそれらを意識して、術後何らかの機能障害の出現した患者に対し、障害を受容できるまで看護介入を継続していく必要がある。

また、患者によって悲嘆プロセスの辿り方は様々である。早期に悲嘆の状況を判断し、それに対応した看護介入を行い障害を受容させることが、プライマリーナースの関わりとして重要である。

参考文献

- 1) 小林つや子, 渡辺真由美: ケアスタディ脳神経外科の看護〈脳腫瘍編〉, Brain Nursing, メデイカ出版, 夏期増刊, 92-98, 1994.
- 2) 澤木修二: 咀嚼・嚥下機能のメカニズムとその障害, 臨床看護, 19(4), 435-440, 1993.
- 3) 大川律江: 嚥下障害のある患者への援助, 臨床看護, 19(4), 496-499, 1993.
- 4) リンダ・J・カルベニート: 看護診断ハンドブック, 医学書院, 386-391, 1996.
- 5) 高橋美智, 他: 系統看護学講座別巻3〈リハビリテーション看護〉, 医学書院, 24-28, 1991.