

脳外科における腫瘍末期患者との関わりについて考える

中病棟3階：伊藤 道子・伊藤寿満子
河合 由貴・小平 京子
大滝 雅子・二木 朗江

1. 研究目的

脳腫瘍末期患者の特殊性として北村氏¹⁾は、「意識状態が悪化してから死亡するまでの期間が他の疾患の場合よりも長く、死に近づくにつれて精神的、肉体的能力の全てが次第に衰えていくという、人間的というよりもいわば動物的な死をむかえることが多い」と述べている。患者の多くは激しい痛みを訴えることが少なく、徐々に歩行障害、片麻痺、高次大脳機能障害などが悪化し、死に至る。

私達は、意識のあるうちに患者・家族にとってよりよい終末の日々を送ってもらいたいと願う気持ちはあるものの、看護の方向性が見出せず、つい足が遠くなりがちなのが現状であった。そこで今迄の症例を振り返ることにより、看護の方向性を明確にし、今後の症例に役立てようと思い、研究に取り組んだ。

2. 研究方法

中3階病棟の過去一年間の脳外科入院患者206名中、約半数は脳腫瘍であり、その死亡者数も9名中8名と圧倒的多数を占めている。これらの脳腫瘍による死亡症例、及び今後脳腫瘍によって死をむかえると予測されている症例を通し、看護経過を振り返り、検討を行う。

3. 事例紹介

事例1) M氏 40才 女性

〔診断名〕 脳腫瘍

〔現病歴〕

H 4年10月	発症
H 5年1月	意識レベルの低下あり
2月	腫瘍全摘術施行 化学療法、放射線療法施行
11月	症状の増悪あり。再発認められ、再入院。徐々に意識レベル低下
H 6年4月4日	死亡

〔経過〕

入院時より右半身完全麻痺あり、ADL全介助の状態であった。また失語もあり、自らの訴えは少なかった。手術は検討中とのことで、治療方針が定まらないまま入院生活を送っていた。本人の家へ帰りたいという欲求は強く、「私もうだめ。家へ帰れない。家へ帰りたい」と訴えることがあった。なるべく家人と一緒に居る時間を持つよう付き添いや外泊など勤めるが、夫は仕

事で忙しく、母は腰痛のため肉体的に無理とのことで、年末年始にかけ一度外泊へ出掛けたのみであった。

1月下旬頃より傾眠がちとなり、意識レベルの低下がみられ、声を掛けても反応がなくなりCT上腫瘍の増大、脳浮腫の増強が認められ、家人にはターミナルステージであると説明され、この時点から夫は仕事を休み一日中側で付き添うようになった。

家人より「ほとんど目が合うことがない」「また良くなるのかしら」など受容できていない言葉が聞かれ、夫には「Mにとって何がよいことなのか分からない」など、とまどいも見られた。意識消失後2ケ月経過して4月昇天された。

〔考察〕

入院してから約4ヶ月、1度の外泊のみで家族との関わりは数時間の面会の時と限られており、患者の状態からこれからの経過を予測し、意識のあるうちに本人の希望していたように、少しでも多く一家団欒の場を持てるよう、家族、医師へ働き掛けることが必要であったが、予測の難しさも感じている。

意識消失後、医師から説明されてはいるものの、家族の悲嘆は大きく、今一つ受容できていない様子もあり、家族が患者に対して少しでも満足のいくような関わりが持てたと思えるような援助が必要であると考え。

事例2) H氏 31才 男性

〔診断名〕 脳腫瘍

〔現病歴〕

H 2年うつ症状にて発症

H 3年腫瘍摘出術施行

H 4年再発にて計2回の摘出術施行、以後化学療法を続けていたが、

H 5年転移性頸髄腫瘍認め、摘出術後放射線療法施行

H 6年1月、頭蓋内の転移に対し化学療法施行。4月退院となる。退院後より頭痛増強、歩行障害悪化し、意識レベル低下。5月入院となる。入院後2泊の外泊へ行くが、外泊中けいれん発作あり、救急車にて帰院。以後意識レベル徐々に低下し、6月25日死亡する。

〔経過〕

入院後より意味不明な言葉が聞かれ、「もう点滴を抜いてくれ」「俺を殺す気なんだ」「もうだますのはやめてくれ」と興奮気味で大声を挙げる。両親より「本人が家に帰りがっている」と訴えあり。今の本人にはたとえ短時間でも自宅での生活が貴重であり、食事摂取、痛みの程度等からも外泊可能であると判断し医師とも相談の上、外泊となる。

外泊2日目より嚥下機能が悪化し、食事摂取困難となり、家人が心配し電話連絡があった。翌日、全身痙攣があり痰の喀出不良による呼吸状態悪化で救急車にて帰院する。

[考察]

「家に帰りたい」「点滴はやめてくれ」と自分の思いを爆発させ、尊厳死を望んでいた患者にとって、精神的安楽を得るための外泊への看護婦の働き掛けは評価できると思われる。しかし、外泊中に経口摂取が困難となり、脱水傾向となったことなどがけいれんを誘発、意識レベルの低下を招き、また痰の咯出を困難にさせ、本人に大きな苦痛を与えた可能性を否定できないことを考えると、外泊への身体的な準備期間（十分な補液や家族指導）がもっと必要ではなかったのかと考える。

事例3) T氏 46才 男性

[診断名] 脳幹部腫瘍

[現病歴]

H 1年 嘔声にて発症

H 2年 10月 腫瘍摘出術施行
化学療法、放射線療法施行。

H 6年 3月 腫瘍の増大、転移認められ、徐々に症状の増悪あり。
呼吸状態悪化し、
8月4日死亡する。

[経過]

呼吸不全により気管内挿管をしていたが、患者は抜管を希望していた。医師は気管切開を勧めたが強く拒否したため、本人の希望通り抜管を行うが直後より呼吸不全に陥り、緊急に気管切開を施行した。

呼吸状態は改善したが、その後患者は看護婦、医師に対し訴えを表出しなくなり、コミュニケーションが円滑に取れないまま昇天された。

[考察]

患者は過去の経験から、気管切開が大変苦痛を伴うものであると認識しており、その患者に対し納得のいくような説明をし、受け入れてもらうことは大変困難であると考ええる。

しかし、看護婦が積極的に患者、家族の気持ちを医師に伝えたり、時間をかけて十分な話し合いを持つことができたなら、少しでも患者の医師が尊重されるような方法で死を迎えることができたのではないかと考える。

事例4) A氏 52才 男性

[診断名] 脳幹部腫瘍

[現病歴]

H 6年 4月 ふらつきにて発症
手術困難なため

5月2日 化学療法、放射線療法の目的で転院してくる。治療終了後も症状の改善みら

れず、症状の増悪あり

本人の希望あり、家へ帰れる状態の時に、と外泊勤める

〔経過〕

嚥下困難のため絶食。ふらつき強く、立位保持困難であり、発声は少なかったが、意識レベルはほぼ清明な状態であった。外泊2～3日前から妻へ吸引、点滴の指導を行い、緊急時には近医へ連絡が取れるよう手続きをし、1泊の外泊へ行った。外泊中トラブルはなく、妻より「帰りたくないって言ってました。家ではTVを見たり話したりしてました。何も食べられないのが少し残念だった。主人をおいて、こっちでみんなで御飯を食べていました」と外泊中の様子を話してくれた。

本人の家へ帰りたいたいという希望は強く、娘さんも家に帰ってきているからということで、3泊の外泊へ出掛けることになる。この外泊前に、医師より病状が厳しいとの説明あり。本人の希望をかなえるためにも、経口の許可あり、嚥下状態を観察するが味覚を味わうのがやっとであった。妻へ再度指導を行い、また経口摂取時の注意などについても説明し、笑顔で外泊へ出掛けた。外泊中、妻より「娘と交代で点滴とか見たけど大変だね。スイカとかメロンとか食べさせてみたけど、やっぱりちゃんと飲み込めなかった。でも、食べている物はちゃんと分かっていたみたい」との言葉が聞かれ、外泊中の家族の負担の大きさを感じた。

〔考察〕

入院時から、患者の家へ帰りたいたいという希望は強かった。発語は少ないが、外泊後笑顔は増えた。

家族の受入れは、良好であり妻への指導もスムーズにいった。しかし、家庭では妻へ一番負担がかかっており、外泊毎に妻から家庭での様子を聞いて情報収集を行っていたが、評価できず問題点を挙げる事が出来なかった。

一回毎に外泊の評価を行い、妻の負担を軽くするとともに、本人の希望も受け入れながら最良の外泊を計画していくことが大切である。

事例5) K氏 34才 男性

〔診断名〕 脳腫瘍

〔現病歴〕

H 5年 頭痛にて発症

8月腫瘍摘出術施行

化学療法、放射線療法施行

H 6年2月腫瘍の増大認め再入院

化学療法するも、徐々に症状の増悪、意識レベル低下みられ、

4月29日死亡する

〔経過〕

以前から左同名性半盲、食欲低下、頭痛に加え左顔面の三叉神経痛、右上肢の違和感が続いて

いた。左下肢大腿部の痛みも強く、ボルタレン坐薬で対処。徐々に痛みが増強し、咽頭部など全身の痛みとなってくる。MS コンチンの内服からアンベック坐薬、麻酔科に相談し、塩酸モルヒネの皮下注射開始となる。

S：痛いよ。痛いよ。(上半身を起こしたり、同一体位とれずうなり声をあげている。)時折、両手を挙げ空をつかんだりしている。

S：〇〇さんがいる。呼んでくれ。

意味不明な事を話すが、うとうとします。時折無呼吸が出現する。うとうとしながらも疼痛を訴えることあり。

うなり声を出し、苦痛顔あり。「痛ければ、手を握って。」のオーダーに対して手を握る。口と目を半開きにしてうとうととしている。

家人は、痛みに対して、足や腰を摩っている。うとうとはしているが、唸り声が続き落ち着かない様子である。

[考察]

脳腫瘍の浸潤により多くの脳外科患者は、症状の悪化とともに意識低下を来し痛みを感じる事なく経過していく。しかしこの事例は、意識レベルの低下を伴いながら痛みを感じており、患者の痛みの訴えに対して、痛みの程度の評価が困難であり、鎮痛剤を使用するタイミングの難しさを感じた。残された意識のなかで痛みのとれた時間を、家族との関わり、看護介入を展開していくとカンファレンスを幾度ももった。言葉による痛みの訴えと、状態の観察から判断して、痛みのコントロールをはかり、ADLの保持が行われるような援助が必要であった。

事例6) F氏 7才 男性

[診断名] 脳幹部腫瘍

[現病歴]

H 6年1月歩行時のふらつきにて発症

腫瘍摘出術施行

化学療法、放射線療法施行するが、

腫瘍の増大認められ、

7月28日呼吸不全により死亡する

[経過]

4月のCTで腫瘍の増大を認め、ターミナルステージと家人に説明され、外泊に向けてのケアに看護計画が変更された。

—看護計画—

〔#1〕原因不明の発熱。皮下貯留が続いていることによる苦痛が大きい。

目標1. 発熱の原因がわかり、解熱される。

2. 適切な処置が受けられ苦痛が軽減する。

〔#2〕腫瘍の確実な増大とそれに伴う嚥下困難、咳嗽反射の低下、意識レベルの低下など、予

期的悲嘆が生じている。

- 目標 1. 家族もケア計画や活動に参加する支援システムをとり一日でも外泊の機会を多くする。
2. 患者の欲求を満足させてあげることができる。

[考察]

ターミナルという言葉にとらわれ、児の好きなようにと欲求のままに食べさせてしまい、健康時の児の面影をすっかり失わせてしまったこと、又動きたがらない児を寝たままにしてしまったことにより、関節の拘縮をつくってしまった点において、看護の見落としがあったと反省する。

4. まとめ

以上の6事例により、学んだことを挙げる。

- ①患者の言葉に耳を傾け、可能な限り本人の意志が尊重されるような看護介入を行う。
- ②外泊による精神面に与えるメリットと身体面に与えるデメリットの可能性を評価し、決断すること。又外泊後には本人や家族との話し合いを持ち、外泊の意味について、評価確認し合うことが重要である。
- ③患者を支える家族の事情を把握し、家族の負担がなるべく軽減されるような外泊をすすめる。
- ④疼痛を訴える患者に対して、一般的なWHOの方式や麻酔科の基準にのっとりペインコントロールを行った。しかし、意識レベルをしっかりと把握しながら、疼痛の評価をし、疼痛のコントロールを図ることの難しさを感じた。
- ⑤ターミナルの患者にも生活体としてのリズムがあり、そのリズムをより自然体な形で確立させた看護援助が必要である。

5. 結 語

- ①精神的、肉体的に衰える前に患者の意志が最大限に尊重されるような看護介入が重要である。
- ②家族に対して、死を迎えた後に感じる家族の喪失感、悲嘆を予測し、意識がなくなる前に少しでも家族が満足のいくような関わりがもてるよう援助する。

[引用・参考文献]

- 1) 北村 惣一郎：「脳と医療そして心」. 近代文藝社, 1994.
- 2) 若林 一美：「死を学ぶ」. 日本看護協会出版会, 1992.
- 3) アルフォンス. デーケン メディカルフレンド社, 編集部編集：
「死への準備教育」. メディカルフレンド社, 1988.
- 4) E. キュープラー. ロス著, 川口正吉訳：「死ぬ瞬間」, 読売新聞社1971.