

頭蓋底腫瘍術後の看護

中3階病棟：○大滝 雅子・上条 真美・二木 朗江
河合 由貴・高橋 宏美・伊藤寿満子

1. はじめに

近年、頭蓋底部腫瘍への手術治療が積極的になされてきている。頭蓋底は副鼻腔や乳突蜂巣に接し、多数の血管や神経が貫通しており、頭蓋深部で解剖学的に複雑な場所である。手術アプローチ方法は様々であるが、多くは広範囲な開頭術がなされ、耳鼻科や形成外科との共同手術となる場合が少なくない。このような頭蓋底腫瘍の術後の看護上の問題点を挙げると、

- ①髄液漏の可能性があるため感染の危険性がある。
 - ②再発、再手術を繰返し、又意識状態が清明にもかかわらず複合的な脳神経障害が残存するため精神的苦痛が大きい。
 - ③腫瘍の部位や術操作により様々な脳神経障害を呈し、合併症の危険性がある。
- 等である。

今回、H3年末からH5年初旬までに経験した症例で、特徴的な3例を振り返り、術後の看護について検討したので報告する。

2. 事例紹介

[事例1]

49才、男性、鞍結節髄膜腫

(1)現病経過

H3年10月発症。左眼視力低下に気付き某病院を経て、11月当院入院となる。12月4日前頭側頭開頭腫瘍全摘出術、硬膜外ドレナージ施行。術後2日目くしゃみ後髄液鼻漏出現。スパイナルドレーン挿入となるが、ドレーンの閉塞等により有効なドレナージ出来ず。12月11日右前頭開頭、髄液鼻漏補填術、硬膜形成術、スパイナルドレナージ施行。12月17日ドレーン抜去。H4年1月8日退院となる。

(2)問題点と看護経過

髄液漏の出現による感染の可能性

くしゃみ後漿液性の浸出液があったため即時テストテープで確認。髄液漏と確認され、臥床安静、スパイナルドレーン挿入となった。再手術についての不安と創・刺入部痛、臥床による便秘の苦痛の訴えが多く、また「大変なことをしてしまった」という自責の念が強く不眠がちとなった。ドレーン管理とともに本人の訴えを聞き、鎮痛・鎮静剤や緩下剤など使用しながら苦痛の軽減に努めた。再手術後の離床はかなり慎重で、退院の許可があっても、不安のためなかなか本人の決心がつかず、退院までに時間を要した。

(3)評価

髄液漏の早期発見ができ、感染を起こすことなく治療が進み、その後の経過は順調であった。しかし、これから回復という矢先の再手術であったため精神的ダメージは非常に大きかった。患

者の精神的苦痛を察し、患者の精神状態を把握し、適切な看護援助の重要性を痛感した。

[事例 2]

61才，女性，脊索腫

(1)現病経過

H元年発症。鼻閉，目のぼやけ症状あり。H2年12月両側全頭開頭，顔面骨骨切り腫瘍亜全摘出術施行。症状改善し，退院。外来通院していた。H4年1月頃より左顔面浮腫，口角の垂れを自覚。MRIにて腫瘍増大を認め，7月入院となる。7月28日上顎骨移動術腫瘍亜全摘術及び気管切開術施行。術後，DIC，血圧変動，右無気肺あり。FOY投与し，出血傾向・血圧コントロール，肺理学療法を重点的にを行い，順調に経過。髄液漏や骨ずれを起こすことなく気切口閉鎖，鼻タンポン抜去。経口摂取への移行も順調に進み，10月5日退院となる。同年12月残存腫瘍摘出のため再入院。12月16日両側前頭開頭腫瘍亜全摘出術施行。前回と同様合併症なく経過。H5年1月20日両側前頭開頭腫瘍亜全摘出術施行。術後経過良好。2月2日より照射開始し50 Gy終了にて3月14日退院となる。

(2)問題点と看護経過

1) 様々な脳神経障害(1・2・6～8脳神経)による苦痛と合併症の危険性

H4年7月の入院時より，嗅覚障害，視力低下，開眼不全，顔面の知覚異常，口角の垂れ，難聴はあったが日常生活に支障なく過ごしていた。しかし，鏡に向い，顔をマッサージしたり口の形を気にしたりする場面もみられ，看護婦は徐々に良くなっていることを本人に話しながら，励ましていった。左閉眼不全に対しては点眼，眼軟膏の塗布，水中メガネにより感染と乾燥予防に努め，指導していた。しかし，退院後に角膜炎をおこし，本人の不安も強いため予定より2日早い入院となった。同日，眼瞼縫合施行。以後，同様にケアをし，本人の協力も得られ症状は改善，抜糸した。しかし，外泊後帰院時に充血の増強が見られ，再び症状悪化，再縫合となった。

2) 入院，手術を繰り返し精神的苦痛が大きい

上顎骨骨移動術後は創の安静と感染予防のため約4週間の経管栄養がなされ，経口摂取も慎重に進めていった。初回の手術の経験よりその必要性は納得されていたが，「前回はこんなにゆっくりではなかった」等，栄養管理についての不満や焦りの言葉が聞かれた。又，入院中に再手術の話がされた時にはかなり精神的に落ち込む場面がみられた。同室者の些細な言動が気になったり，突然の検査に動揺し拒否的な態度を示すなど神経質になっていた。看護婦に対しては涙ながらにやりきれないと訴えることもあった。そんな患者に対して看護婦として，じっくり患者の気持ちを聞くことを主とした。そして外泊を勧めて家族との関わりや励ましの中で患者自身が決意し，前向きに考えていくよう見守ることとした。その結果，患者は納得し再手術が出来た。

(3)評 価

- 1) 開眼不全に対するケアの必要性とその方法は理解されていたが手技の確認が十分でなく，家族指導の徹底も不十分であった。障害の合併症を予防し，より安楽な生活を送るためには長期的な視野に立ち，家族を含めた指導が必要である。

2) 半年間に3回の手術を受けることになり患者はその度に「今度の手術を乗り切れば…」という思いで頑張っていた。しかし、術後の回復も十分でないうちに次回の手術の話がされ、そのショックは大きかった。この精神的経過は、マズローの理論に基づくフィンクの危機モデル¹⁾を引用すると、(表1) ①衝撃の段階から②防御的退行の段階を経た③承認の段階であり、危機の現実に直面する時期(無感動、怒り、苦悶、悲しみ等)であると言える。看護婦と医師は患者の精神的部分での情報を共有しあい患者がどの危機の段階におかれているのかを的確に把握し、適切な援助をする必要がある。不安や失望と戦いながらも患者自身が納得し、できるだけ早く手術や治療が受け入れられるように援助する。つまり④適応の段階へ円滑に抜け出し、進めるような援助が重要である。

表1 <フィンクの危機モデル>

①衝撃の段階	強烈な不安、パニック、無力状態
②防御的退行の段階	無関心、現実逃避、否認、抑圧、願望思考
③承認の段階	無感動、怒り、抑うつ、苦悶、深い悲しみ、強い不安、再度混乱
④適応の段階	不安減少、新しい価値観、自己イメージの確立

[事例3]

49才、男性、頸動脈小体腫瘍

(1)現病経過

S 55年左頸部腫瘍自覚。S 58年～61年当院耳鼻科にて5回摘出術施行。頭蓋内に浸潤したため、当科紹介され入院。2回の摘出術、数回の血管塞栓術、放射線治療50 Gy 施行し、外来にて経過観察していた。H 4年5月再発し入院。血管塞栓術、内頸動脈結紮術施行。6月9回目の手術、左前頭側頭開頭腫瘍亜全摘出術施行。出血8350 g, DIC を併発した。8月髄液鼻漏出現、髄膜炎を起こし、スパイナルドレナージ及び耳鼻科医による瘻孔閉鎖術施行。9月血管塞栓術施行後、スパイナルドレナージ挿入したまま10回目の手術、左側頭後頭下開頭腫瘍亜全摘出術施行。出血4600 g, DIC 併発。放射線治療の影響で左頸部創治癒遅延があった。スパイナルドレナージ抜去後、食事摂取開始となるが、誤嚥性肺炎をおこし経口摂取中止。水頭症に対しL-Pシャント術施行したが、けいれんを繰り返し、呼吸状態悪化。人工呼吸器装着、気管切開施行。CT上梗塞性出血が認められた。肺水腫、胸水貯留にて呼吸状態改善せず胸腔ドレナージ施行。意識レベル、呼吸状態改善後経口摂取訓練再開するが進まず、誤嚥の可能性強いいため胃瘻造設となる。現在は退院に向けてリハビリ中。

(2)問題点と看護経過

1) 嚥下障害による苦痛と合併症の危険性

入院時より9・10・12脳神経麻痺があったが、自分で工夫し常食を全量摂取できていた。9

回目の手術後経口摂取訓練を開始し摂取量が増えていた。しかし、髄液鼻漏を起こし、臥床安静になったため嚥下困難となり経口摂取中止となった。10回目の手術後スパイナルドレーン抜去し頭部挙上が可能になったところで、ゼリーより開始。摂取状況に合わせて食事形態を変え、OTによる摂取訓練も行った。水頭症によるレベル低下があり、坐位が安定しないため摂取量が増えずに体重が減少。空腹感無いためもあってか本人食べようとする意欲もなく、それまで経口を進めてきた妻からも「諦めたほうがいいのかしら」との声が聞かれ始めた。しかしそれでも家族、医療者とも期待を捨てきれず経口摂取を進めていくうちに誤嚥性肺炎をおこし経口中止となる。その後水頭症、けいれんなど改善。再び経口摂取をゼリー等から試みるが2～3口でむせることがあった。また本人が拒否して食べ物を口角より出してしまうこともあった。右側の神経は残存しているため期待をもって経口を進めたが、有効な栄養量が得られず、再び誤嚥する可能性も強いということで、結局胃瘻を増設することとなった。

2) 髄液漏の出現による感染の危険性

9回目の術後40日目前後より38℃の発熱あり、感染を考えIVHを抜去するが、解熱せず。鼻汁が出現していたが、テストテープで陰性。翌日のCT撮影・耳鼻科受診でも髄液漏の診断つかず。一応食事時以外臥床安静となっていた。しかしトイレまで歩行している姿もみられ、十分な理解が得られなかった。37℃台の発熱続き、腰椎穿刺による髄液検査の結果髄膜炎と診断されスパイナルドレナージ施行。その後脳槽撮影及び内視鏡検査で髄液漏確認され瘻孔閉鎖術施行した。以後症状は改善し、髄液漏はみられなかった。

3) 意識状態が清明にもかかわらず複合的な脳神経障害が残存し精神的苦痛が大きい

H4年5月の入院時にもあった閉眼不全、嚥下障害、難聴、顔面の知覚異常等は徐々に憎悪していったが患者は自分なりに工夫して生活していた。長年の闘病により我慢強く、日常生活についての訴えは特になかった。

(3) 評価

- 1) 片側麻痺による嚥下障害のため、訓練次第では経口摂取可能と考え進めた。しかし、本人が妻に頼りきっている部分が多く、また、看護婦である妻が食べ物を工夫するなど、積極的に関わってくれたことに医療者側が依存してしまい、嚥下障害に対する評価が不十分となってしまった。早期より障害の程度と在宅に向けての評価を検討していくことが重要と考える。
- 2) 手術による髄液漏の可能性は予測されていたため注意はしていたが、この症例は諸検査をしたにも関わらず、はっきりとした所見が得られず、瘻孔閉鎖までに2週間を要した。そのため、患者や家族に十分な説明がなされず安静が守られなかったと思われる。検査に対しての不満や不安の訴えは聞かれなかったが、このような症例では、十分病状を説明し患者や家族が納得した上で検査、治療をすすめることが重要と考える。
- 3) 患者は長年の闘病により、諦めもあり多くの障害に対する苦痛の訴えを表出することはなかった。精神的苦痛を理解することは難しいが、苦痛の存在を認識し共有することでも精神的援助になると思われる。一般的に訴えの少ない患者に対しては問題がないと考えがちであるが、むしろ訴えないことを問題とし関わっていく必要がある。

3. まとめ

以上の3症例より頭蓋底部の腫瘍の術後について留意すべき点を挙げる。

- ①副鼻腔や乳突蜂巣が解放された場合、髄液漏出現の可能性が大きいいため、手術内容を確認し、その早期発見に努める。
- ②腫瘍の再発によって再入院、手術を繰り返すケースも少なくない。加えて放射線治療となると入院は長期化し、患者・家族の焦りや不安はさらに大きくなる。看護婦は長期的展開を踏まえ、両者を支え、励ましていく必要がある。疾患の内容が本人に告げられる場合、再発や次回の手術に対しての不安は増強し闘病意欲を低下させてしまう可能性もある。看護婦は患者の精神面の危機状況を把握し適切な援助をする必要がある。そして患者の思いや望みを受け止め、患者がより精神的安定が図られ、前向きに治療を受けられるように医師と連絡をとりながら看護していくことが重要である。
- ③腫瘍部位により様々な脳神経障害が出現する可能性があり、その症状や合併症が患者に与える苦痛は大きい。又術後の生活習慣をも変えざるを得ない程の障害が残る場合もある。障害を持ちながらもより快適な生活が送られるように、障害の程度を客観的に分析し、合併症の予防や残存機能の保持と回復のための患者、家族指導が重要である。

4. 参考文献

- 1) 小島 操子：危機状況にある患者の理解と看護の役割，看護学雑誌，50(10)，1106～1113，1984
- 2) 高橋 公明：脳腫瘍の術後管理，ブレインナーシング，9(6)：9～10，1993
- 3) 久保 長生：最近の脳腫瘍術後の看護の問題点，ブレインナーシング，7(12)：16～22，1991
- 4) 日野原重明：脳・神経疾患看護マニュアル，学研，1989
- 5) 二木 朗江：死の受容を考える，エマージェンシーナーシング，5(12)：31～35，1992