

ADL自立できない患者のBMTの援助

—再発を繰り返す胚細胞腫患者への看護—

中病棟4F：○青山美紀子

阿部 恵・米山 和佳

1. はじめに

自家骨髄（以下BMTと略す）を移植をする際、クリーンルーム（以下CR）使用が必須条件となる。そのため治療上、感染予防・運動制限など日常生活に大きな影響を与える。今回、ADL自立している事が望ましいが、ADL自立不可能であり、意識障害をはじめとし、様々な合併症のある患者を対象にBMTが計画され、実行された。この一症例を通して今後の看護に生かすため経過をまとめたので報告する。

2. 事例紹介

男 性：20歳 体重79kg 身長170cm

診 断 名：胚細胞腫

入院期間：5回目 1991.10.17～1992.6.7（死亡退院）

現病経過：1985. — 嘔気、嘔吐、転倒にて発症
（痙攣発作数回有り、尿崩症出現）

CTの結果、トルコ鞍上に「胚細胞腫」と診断。

1986. ～ 放射線療法・化学療法を繰り返す。

1988. 3～ 左下肢運動麻痺出現（胸椎11, 12に転移）

1990. 春～ 頭痛増強（両側脳室の壁に浸潤）
肺腺維症（多量の化学療法による）

1991. 春～ 脳幹部症状（嚥下困難、構音障害出現）

1991. 10 化学療法 BMTのため入院

3. 看護の展開

BMT導入にあたり、以前にCCR-S（コンパクト・クリーン・ルーム）使用目的で、作成された資料を基に看護方針の充実を図りながら準備を進めた。

① チェック項目は、医療従事者が直接介助する時、ガウンテクニックをして入室する際の感染の頻度を減らす目的で作成された。ADLがどれだけ自立しているのかを明確にするため、チェック項目の作成は必要であり、その種々の項目による日々の訓練を行った。（1991.11月～開始）

—表I参照—

② 再発を繰り返しているため、患者がベストな状態で治療の望めるように症状の把握として、身体的異常の有無のチェックを行った。（聴力、視力、リハビリ（ADL機能）、IQ、血液検査etc.）

①②の結果、対策として、新たに生じた問題点に対してCR入室を境にしての前後の看護計画を立てた。

4. 看護計画

(1) 治療中のBMTの準備を万全にする

- ① 大部屋利用 …………… 事故防止に努める, 精神的安定を図る
- ② クリーンベットの工夫 …… ベットの両サイドから援助出来るようにする
- ③ 24時間Dr監視下 …………… 呼吸管理と急変に対する早期解決が目的
- ④ エアーマット使用 …………… 自力体交が不十分の肥満, 症状悪化による褥創予防
- ⑤ バルン挿入 …………… 汚染による感染予防

— 考察 (1) —

患者の状態を把握する上で, チェック項目は重要な資料となった。詳細が明らかになる程, ADLの自立が困難な事実が証明され, 次々と新たな問題点が生じた。治療によって予測される問題を考慮し, 基本的な看護を中心に準備を進めた。その結果, 患者の安全・安楽を考えた上でクリーンベットの両サイドに, カーテン手袋をつける工夫をした。

(2) CR入室から解除までスムーズに終了するよう援助する

- ① 精神的援助 …………… 不安感の軽減
- ② 事故防止
- ③ 身体的異常の早期発見

— 考察 (2) —

BMTを受ける患者にとって, 治療の理解と受容が必要であり, その上で精神的安定が保たれることは, 前回の研究で学んだ事実である。この症例において, 最も大切なことは, 精神的援助であり, 不安感の軽減であり, また治療による症例の悪化は, 精神面で大きな影響を与える。

5. 結果・まとめ

CR内の生活をより快適に無菌的に管理することが, スムーズにBMTを終了することへの近道につながる。その上で, 患者の状態にあわせた環境が必要となる。

ADLが自立できない為, チェック項目の看護援助が多く, また疾患による症状として, 意識障害, 感覚性失語, 嚥下障害, 視野障害, 無呼吸症候群など多くの合併症をもつ患者にとっても, チェック項目の利用は大切である。

治療が進むにつれ, 肺腺維症の悪化と副作用増強により痰が多く, 自己咯出不可能となり, 頻回な吸引が必要となった。(図1参照)

肥満と四肢麻痺による筋力低下もあり, エアーマット挿入と体位交換などにより, 褥創の予防は出来たが, 甘えや苦痛により, 臥床していることが多く, リハビリは進まなかった。また便も下痢に傾き, 予測通り失禁状態であった。

ベッド両サイドからの援助は, 事故防止も含め, スキンシップにもなる大部屋を使用し, 24時間医師の監視下にしたことは大きな利点であった。また頻回な援助にも手早く操作が出来CR維持には, 効果的であった。

自らのナースコールも頻回になり, 夜間訪室時も, 開眼していることが多く, 会話を求めてくるなど不安感が増強した。

そのために精神的援助に努め, 興味ある話題を持ち, 声がけを多くしたことで笑顔も見られた。

CR入室期間は予定通り、短期間で終了した。その間、諸症状の変化もあり、医師、ナースの情報交換も含め毎日のカンファレンスは統一を図るために重要であった。

6. おわりに

この症例を通して学んだ事は、援助項目の充実と事故防止であり、そのためには原疾患の十分な理解が必要であり、予測される患者の状態を察知することである。

また以前に作成した資料を基に計画を進めたが、CR入室にあたり感染防止と患者自信の精神的安定を図ることの重要性を新たに認識した。

—参考文献—

- 1) 太田 富夫：脳神経疾患 臨床マネージメント，メディカ出版：（第13章 水分バランス）356-363，（第21章 脳腫瘍）583-602，1990
- 2) 大平 陸郎：骨髄移植前後の患児管理，小児看護 8巻：85-92，1985
- 3) 森 孝夫：自家骨髄移植，医学の歩み，VOL146(5)：363-366，1988
- 4) 大平 陸郎：悪性腫瘍に対する骨髄移植，医学の歩み，VOL146(5)：429-42，1988

チェック項目	実際の A D L
検 温	自分ではさめるが腋かにきちんとはさめない。
血圧測定	マンシエット一応まけるが、脈の位置分からず、又ゆるい。
含 嗽	コップに含嗽水を入れると自分で出来る。
吸 入	吸入液を入れると自分で出来る。
洗 面	自分で出来る。
歯みがき	自分で出来る。
排 尿	5～10分おきに尿器にて可。尿器ひっくり返す事あり。 ビニール袋はしばれない。
便 意	便意なく、オムツに垂れ流し。オムツ交換にN s 3人必要。
更 衣	介助必要。
清 拭	胸部のみ自分で拭ける。
内 服	薬を袋から出すと自分で飲める。
吐物処理	全く出来ない。
点 鼻	必要量吸って口、鼻腔にあててあげると、ふける。
体位交換	棚につかまり、上体のみ側臥位とれる。

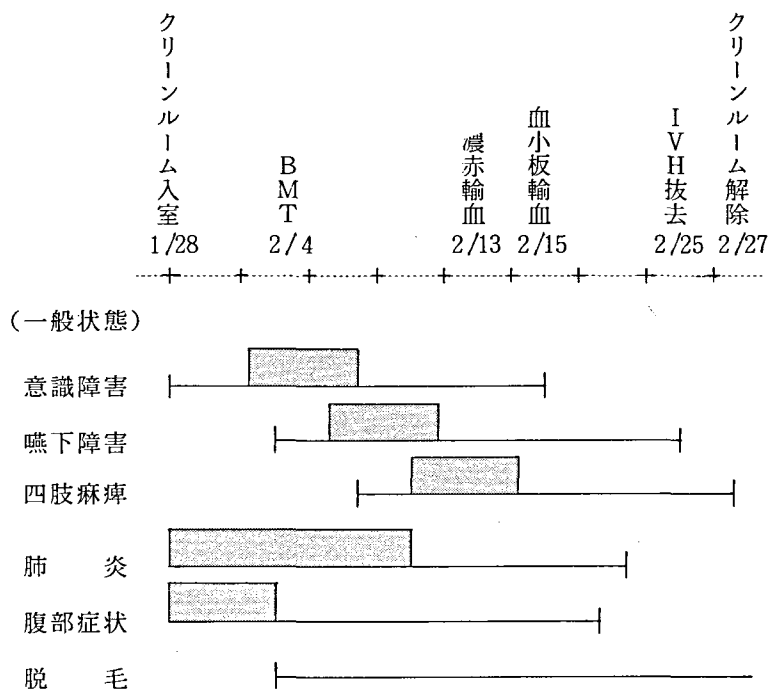


図1 BMT経過表