

長期入院中の肺結核患者との関わり

— 難治性肺結核患者の療養指導を通して —

中7階病棟：発表者 小島美加子・寺嶋 幸代・瀧澤 順子

I はじめに

近年抗結核剤による化学療法によって短期治療が普及しているが、それには規則的な服薬をつづけるための指導と患者の協力がなければいけない。

昨年療養のしおりを作成し指導を行ってきた中で規則的な服薬をしなかったために、入院時にはすでに難治性肺結核に移行していた例や、受診が遅れたために治療開始も遅れ重症患者として入院し、1年以上経過するが難治性肺結核に移行しつつある症例に出会ったのでここに報告する。

II 目的

療養指導を通して難治性肺結核の患者に対する看護の関わり方を知る。

III 研究期間

昭和62年8月～昭和63年7月

IV 研究方法

- 1) 療養指導
- 2) 問題を感じた患者のカンファレンス
看護婦間 医師と看護婦

V 実施および評価

- 1) 医学書院「結核」に基づき、看護婦各自が学習を行なった。指導する者として知識が得られた。
- 2) 「療養指導の手引き」に沿って、統一した指導が行なえるよう学習会をした。手引きを使用することによって、看護婦が統一した指導を行なうことができた。
- 3) 治療開始時・治療中・退院時に、患者の理解にあわせて、必要時指導を行なった。症例としてあげた患者以外は、スムーズに指導もすすみ、患者の受け入れも良かった。
- 4) 問題と思われる患者をとりあげ、看護婦間で話し合うとともに、医師にも、随時働きかけ、患者との関わり方を、再検討し、また、医師-患者間のはしわたしを、するようにした。

a) 症例1〔表1参照〕

<患者紹介>

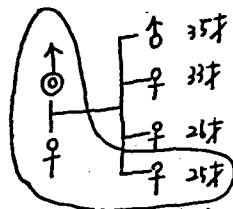
患者：H氏 男性 68歳

病名：肺結核 慢性呼吸不全

入院日：S. 62年8月5日

家族構成：妻・3女と 3人暮らし

性格：不平・不満はめったに言わないが、自分の意志は、



必ず通す。

既往歴：S. 38年（25年前）より肺結核

S. 51年（12年前）膿胸にてドレナージ施行

S. 62年 排菌あり 某病院へ入院

<現病歴>

45歳頃より、肺結核として治療受けるも、患者が自己判断で入退院をくり返したり、病院をかえる。S. 62年2月より排菌あり、某病院に入院していたが、内服薬をめぐる主治医とのトラブルを理由に当院当科に入院する。

<経過>

入院後、INH・RFP・SMの投与を開始したが、9月頃より耳鳴出現したため、SM中止し、EBに変更する。既に、薬剤耐性はPAS・TH（ツベラックス）・EVM（エンピオマイシン）・CS（サイクロセリン）を除いて全てにあり。INH・RFPに加え、11月より、THを開始し、12月～3月頃にはガフキー2号と、排菌の減少傾向にあったが4月下旬には、ガフキー5号検出され、治療効果が得られない為、更に、6月にはCSの内服開始するも、耳鳴・頭痛の訴え強く、1週間程で、中止となる。

<看護の展開>

入院時から、数回カンファレンスをもち、“どうしたら抗結核剤を休まず内服できるか、”を考え、主治医に働きかけることにより、徐々に増量してもらい、また、内服薬を、自己管理から看護婦管理とし、こちらで配薬するようにした。更に、副作用の症状を、対症的に除いてもらい栄養状態の把握・食事内容の観察に努めたが、結局、患者自身の性格的なものから休薬してしまい、成果が得られなかった。また、一見看護婦を受けいれているかのようにふるまってはいるが、実際に、立ち入れない壁をはりめぐらせており、必ずしも、精神的な援助が、成功したとはいえない。

<考察>

発症当時には、さほど重症ではなかったであろうものが、不規則な服薬や、度重なる治療の中断の為に、殆どの抗結核剤に、耐性を生じており、残るあと何剤かに望みを託すしかないのが、現実である。“癌の特効薬だけでなく、新しい抗結核剤が一日も早く作られないか、”と話されたこともある。私達が、あとできる援助といえば、根気よく患者の訴えに耳を傾け、励まし、精神的な支えとなることと、対症的に苦痛を緩和しようと努力すること、すなわち、見守ることしかできないのである。この患者は、看護婦が深く介入することよりも、家族の強い支えにより、長期療養にも耐えてこられたような気がする。改めて、家族の強い愛情も、長い療養生活に不可欠であると痛感した。

b) 症例2〔表2参照〕

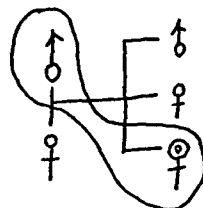
<患者紹介>

患者：M氏 女性 20歳

病名：肺結核

入院日：S. 62年5月28日

家族構成：父母離婚しており、患者は父親と二人暮らし。



兄、姉は東京に住んでいる。父親無職で経済能力がない。

性格：明るく、くよくよしない

既往歴：過去3回人工妊娠中絶施行

<現病歴>

S. 62年2月頃より、咳嗽、痰、偏頭痛出現。38~39℃台の発熱がある。1ヶ月位結核の姉の世話をしていた事があるため、感染したかもしれないと思ったが放置する。S. 62年3月、某病院で流産。出血続く為、子宮癌の疑いにて信大婦人科紹介され5月25日受診。その際胸部X-Pで肺結核疑われ5月28日第1内科受診。痰よりガフキー8号検出され即日入院となる。

<経過>

S. 62年5月28日、父親に付きそわれ歩行入院。体温38.1℃。脈拍108回。血圧90/50 mmHg。顔色不良。咳嗽あり全身倦怠感を訴えていた。5月29日よりINH・RFP・SMの強化療法開始。併せてメジコン・フラベリックの鎮咳剤処方。発熱に対してボルタレン坐薬使用していた。2ヶ月続いた発熱も徐々に解熱し、入院時10kgの体重減少も食欲増進に伴い回復する。結核剤の効果により排菌も減少しS. 63年1月13日、3ヶ月培養マイナス、4月27日ガフキー0号となり、5月・6月の検痰で排菌なければ退院の予定であった。しかし5月の検痰でガフキー3号検出。肺シンチの結果でも結核再燃の可能性あり退院は延期となる。7月現在もガフキー3号、時々血痰も見られている。

<看護の展開>

入院初期には、結核についての知識を与え、規則正しい生活、内服、日常生活での注意（マスク着用、痰の処理等）つまり療養指導を十分に行なっていった。指導の受けいれは良く、結核についても良く理解できており、規則正しい入院生活を送っていた。その後、経過が長くなるにつれ、自分の病気、治療に対する不安を訴えるようになり「治療してもちっとも治らない。それならば退院させてほしい。」と泣き出す等、時々感情失禁が見られた。

病気について医師から患者の納得できるように説明してもらい、患者自身が自分の病気を受けいれられる様に援助するとともに、患者の不安な気持ちを受けとめたうえで、病気は必ず治るものと励ましていった。その結果「病気がこんなに重くなったのは自分の責任だから、がんばって治すしかないね。」と患者自身、病気を受け止める事ができたように思える。

またこの患者は経済的な問題を抱えており、医療福祉への相談も行なったが、貯金があるため生活保護は受けられなかった。

<考察>

1年以上の入院加療を続けながらもまだ排菌が続いているこの患者はこのまま治療をしても治らないかもしれないという不安を持っている。このような患者に対してはまず自分の病気をしっかり受け止めてもらえるように働きかけ、そして患者の不安な気持ちを理解していく看護婦の姿勢が大切な様に思われる。同時に自暴自棄になり途中で治療を中断する事のないよう療養指導の徹底も必要である。また経済的な問題に対してはプライベートな事でもあるため、看護婦の関わりには限度があるが、患者の日常生活、患者の訴えを注意深く観察し、必要時家族、福祉等への働きかけを行なっていきたいと思う。

VI 考 察

結核は自覚症状が少ない為、患者自身が正しい病識を持って治療に臨むことが必要である。S. 59年に発表した事例の通り、結核は初回治療を確実に行なえば殆どは短期間に治癒していく。したがって治療の初期に正しい病識をもたせるよう療養指導をしていかなければならない。また今回のような症例は当病棟においてはここ7～8年なかったことであったが、この事例を通して、改めて難治性肺結核に移行させないために、辛抱強く療養指導を続けることが必要であることを感じた。また経済的背景、家族的背景にも目をむけ、長期入院のストレスによる患者のちょっとしたサインも見逃さない、きめ細やかな精神的援助が重要であることを学んだ。

VII ま と め

難治性肺結核の患者では、完全な治癒は望めないし、看護も精神的な援助が主体となってしまうのが現状である。今回、難治性肺結核患者を通して初期治療の段階での十分な指導と、更に入院中から退院後、再発を防ぐための指導を徹底していくことが必要であると痛感した。

この研究に際し御協力いただいた方々に深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 泉 孝英：結核，第1版，医学書院
- 2) 伊藤啓子他：結核患者の看護，臨牀看護，7(1)：P 21～30，1981.
- 3) 西持美保子他：若年重症肺結核患者の看護，同上，P 54～64.
- 4) 池上みつ枝：結核患者の療養指導，同上，P 72～78.

表-1

<病状経過と看護の展開>

〔症例1 H氏〕

年月日	治療内容	治療に対する 本人の受けとめ方 • Dr との会話 • 主 訴	Ns の関わり • 療養指導 • カンファレンス内容	評 価	特記事項
S. 62年 8月8日	SM 1.0g (2回/W) RFP 0.45g/day	トイレ歩行後冷汗、 息切れ 訴える。	抗結核剤内服について……療養生活も長く、抗結核剤についての知識も豊富。病識もあることから、内服は自己管理とする。	他病院から脱走ということで、患者への偏見があったが、それだけ闘病意欲が強い、より良い医療を受けたいという気持ちをうけ入れることが大切。	第2外科依頼 「Ope不応、ドレージがやっとの状態で内服にてfollowするのが最良」と。
15日	PAS追加	耳鳴訴える。 「両耳、せみが鳴くようだ」と。		「食欲不振は、抗結核剤内服によるものだ」と患者ははっきり断言する。抗結核剤は休薬すると耐性できるということは、理解できている。	
20日			療養指導する。 「療養のしおり」を渡し、一通り説明。「家人にも見せようと思う。菌が出ているので、痰には気をつけている。安静には気を配り、苦しくならないようにしている。抗結核剤内服してから食欲落ちているが、涼しくなったら食べられる。抗結核剤は、信念を持ちきちんとのみしたい」と。		
24日	SM 0.75g (2回/W) へ減量				
29日		食後嘔気あり。微熱 続き、発熱とともに 息苦しさ増強 O ₂ 吸入開始	O ₂ 使用は自己管理とする。息苦しい時に吸入するようDrから説明を受ける。カヌラのルート確認と、1日の使用量を本人に確認する。		G2号

9月	EB 0.75g/day 開始	食欲不振続く。 PAS 内服のための 嘔気だと、本人より 訴えあり。PAS 内 服を拒否する。	本人の希望にて、726 号室へ転室するが、 同室者の処置などで 夜間覚醒してしまい 苦痛な様子。Ns から 患者へ再転室うなが し、患者も同意す る。	転室はNs 側として できるだけ避けてい るが、安眠得られ、 少しでも息苦しさや 嘔気等の苦痛が緩和 できればと、転室す る。	
18日	PAS 中止		PAS 内服後、状態 悪化したという。自 己判断で休薬しない ように話しDr へは 薬の検討を求める。		
23日		熱発する。「薬のせい だ」と訴える。 「病気は自分自身の 気力で治すもの、そ れ以外どうしようも ない」と答える。		転室後、本人とゆっ くり話をする機会が 数回あったが、比較 的自分の内面をみせ ず、Ns の援助は、 「大丈夫です」と言 ってはねのけてしま う。	G 3号
10月1日	SM 中止				G 5号
12日	INH 再投与	Dr より「きちんと 薬はのめていますか ？」の質問に「一度 も忘れたことはない」 と答える。			
17日	SM 再開				G 4号
11月12日	EB からTH へ変更 0.6g/day	THを「これは何の 薬？」と2~3度同 じことを尋ねる。Dr からはTH 投与する と説明はうけている。 「前より息苦しさ強 い」と訴える。 息苦しさ増強してい ると訴えるにも拘ら ず、自己判断でO ₂ を止め「どのくらい苦 しいのかを試してみ た」と言う。 Dr が血ガスの状態 をみながら量を調節 しているので無理し ないよう、症状が良 くなればO ₂ の量を 減らしていくと説明 する			G 2号

12月	INH 0.4g/day RFP 0.45 TH 0.6 投与中	耳鳴訴える 耳鼻科にてオーゾオ 施行 聴力著変なし SM 続行する TH 内服後、胃部不 快強い。「今日は2 回のもんでいない」と 言う。	排菌増強している ①症状観察 ②内服薬が確実に 内服できている か確認する ③感染予防 ④栄養状態把握 ⑤安静度について Dr と相談し、観察		G 2号 → 3号
S. 63年 2月26日	TH 0.3g/day に 減量	更に TH 内服後、胃 部不快強いと訴え、 Dr よりアボビス処方 される。「食欲の出 る薬と説明うける。			G 3号
4月	INH RFP TH 0.3g/day } 投与中	食欲不振訴える。 「主食しか食べられ ない。病院のおかず は味がうすく食べる 気になれない。」と訴 える。 O ₂ 吸入に対し「O ₂ に依存している自分 が悲しい」と言う。	食事摂取表記入をう ながすが、強く拒否 される。「1日にどの 位摂取できるのか把 握したい、と再三説 明するが、断固こと わられる。食事中、 何気なく観察するこ とにする。	本人が拒否するため 食事チェックを患者 にさせることはでき ない。与薬時に観察 し、Ns 同志、情報 交換し、記録にとど める。	G 2号
30日	TH 0.3から 0.4g/day に増量す る。ネオフィリン処方。	喘鳴強い。ネオフィ リン内服後動悸訴え る。	内服薬への不信感あ り。本人の訴える、 「ドキン、ドキンす る」症状はネオフィ リン内服によるもの か O ₂ 使用による ものか観察し、症状 の経過をみていくこ とにする。		G 5号
5月1日	ネオフィリン中止 テオドールへ変更		患者の希望強く Dr とのカンファレンス の結果、ネオフィ リン中止とする。		
6日	TH 0.4より0.6へ 増量	食欲不振つよい。 DiV 施行 熱発あり、タリビット 処方される。「TH のせいだ」と再三言 う。		THのせいで気分が 悪くなっていると再 三訴えるが、排菌増 えており、耐性のな い唯一の薬を増量す ることは仕方ない。	G 3号

6月9日	TH 0.6から0.4へ減量	汚物室の換気扇の冷風が部屋に入り込み息苦しさが増している。部屋を移りたいと希望する。	トイレに近い部屋の方が良いから移室せず、汚物室のドアを閉めて換気扇の風が入らないようにし、患者も納得する。	特定の患者ばかりを転室させるわけにいかないで、転室せずに良い方法はないかと考え、左記の方法をとる。
10日	INH } 中止 RFP }			
		食欲不振続く。 DiV 施行	食欲不振変わらず、TH内服にて経過観察で良いのかとNs側で疑問があがる。 •Drへ治療方針きく 「THの増量後の検査結果出ていないが効果のある薬はTHのみ、これに期待して治療続けたい」と。	「出来ることなら家で静養したい。その方が自分の口にあったものが食べられるし、精神的にも良い」と家人と話している。家人とのコミュニケーションの大切さを感じる。
16日	CS 開始 0.5 朝連日投与 0.25 夕隔日 //	動作後の息苦しさ増強。CS 開始についてはDrより患者へ説明される。	CS 投与開始にて ①食事量チェック ②胃部症状の観察 ③精神症状の観察 ④家人とのコンタクトをとり、疾病・治療に対して患者のうけとめ方等、情報を得る。	
21日	CS 減量 0.25/day	頭痛、眩暈訴える。「CSのむ日にひどい」と。病院食にはほとんど手をつけず、カロリーメイトや家人からの差し入れで栄養補給していると。	CS 減量後、頭重、眩暈はどう変化していくか観察していく。本人の言動をありのまま記録に記載し、状態を把握する。	
22日		「頭痛ひどい」と。CSに対する不安感強い。微熱続いている。「微熱のある時に頭痛がある」と言いながら、「頭痛と熱は無関係」と、訴えに矛盾あり。	Drへ上申する。CSに対する不信感あることをDrへ伝え、検討してもらう。	CS 開始直後より、頭痛・微熱・耳鳴の訴えあり。訴えにも一貫性なく、左記症状は全てCSのためと思いこんでしまう。CSに対する不信感日々増強する。CS 中止する方法しかない。

6月23日	CS 中止		夜間, Ns に菓子類を渡すこと多くなり Ns への援助を求めているのかどうかわからない。 ①家人から本人への差し入れだから受けとれないと断わる。 ②本人と話をしてみる。	家人は, 菓子類をよく患者が食べていると思っている。	
27日	TH 0.4/day で follow				
30日	CS 再開→2日程で中止	「CS 今日, のんでいません」と Dr へ言う。			

表 - 2

〔症例 2 M氏〕

年月日	治療内容	本人の訴え・症状	Ns のかわり •療養指導 •カンファレンス内容	考 察	特記事項
S. 62年 5月29日	INT 0.3 RFP 0.45 SM 1.0	39℃台の発熱あり 咳嗽あり, リン酸コ デイン内服する。 食欲あり, 胸部不快 症状なし	内服薬についての説明行なう(本人管理) 人間像の把握 一般状態の観察 (発熱・咳嗽・胸痛etc)	入院した事で安心したのか夜間良眠し, 食欲もある。発熱の割に自覚症状少なく元気良い	G 8 号
6月3日		咳嗽あるため, メジ コン・フラベリック 3回 開始	療養指導開始。 しおりの読み合わせを行なう。「今まで無理な仕事をしてきた。病院でしっかり治療したい」と本人言う	既往歴(3回の中絶)から偏見もあったが素直な印象をうける	
8日	SM 0.75	38℃台の発熱続く。 熱発時ボルタレン SP (25) 使用する			
30日	SM 中止	SM の副作用疑われ, SM 中止する			

7月16日	SM 0.75g 2回/w 再開	SMによる発熱否定 され、再開となる			
8月19日					2カ月培養 (+) G4号
9月8日					2カ月培養 (+)
30日					3カ月培養 (-)
10月15日					G6号
27日		父親が面会に来ない ためお金がない。家 にTELしても父親 出ないとNs に相談 に来る		父親以外に頼れる人 もいないため、せめ て1~2回/w に、 TEL 連絡をくれる よう父親に話す必要 あり	
28日		右記の事を患者に説 明すると本人安心す る	Ns→ おじに連絡 父親は家に居る事確 認される。おじから 父親に、本人が心配 しているため病院に 来るよう話してもら う		
11月9日		「父親来ない・9月 の入院費未払いなど 心配だ」とNs に告 げる	医療相談室の事を話 すが、福祉を考える のは最後の手段にし たいという	“入院費支払いの必 要性もない、と父親 は病院に来ない。唯 一の結びつきをなく したくないという気 持ちがある	G4号
10日			Dr とカンファレンス Dr → おじ宅に連絡 面談する。入院費は おじが支払う事にな る		
30日					G5号
S. 63年 1月13日		「父親にTELして も来ない。入院費も 払っていないし、お じ宅にTELして欲 しい」とNs に訴え る	Nr→ おじ宅にTEL いれる。やや迷惑そ うな口ぶりであった。		3カ月培養 (-)

1月18日		1/13と同様の訴えあり			G1号
2月17日			おじから父親に連絡してもらい、22日に病院に来る事約束する		
22日		約束の日にも父親来院せず。心配になり外出希望するも許可されず			
4月25日		実姉にTELし送金してほしいとお願いしている			G0号
5月		退院できるかもしれないという事で本人喜んでいる	5月・6月の検痰で排菌なければ退院という話あり	入院前の生活から退院後の生活指導の必要性あり	
15日			退院に向けた療養指導……退院後の生活（安静・食事・生活）指導、薬の内服等しおりに沿って説明する	TBについての知識は十分持っており、規則正しい生活が必要な事も知っている。ただし経済的な面で無理な仕事もせざるを得ない状況にある事で、退院後の患者の生活に不安を感じる	
25日		Drからのムンテラうけ泣いている。当日はショックでしょんぼりしているもその後は「がんばるノ」という言葉聞かれる	肺シンチの結果、TB再燃の可能性ありという事で退院延期とDrよりムンテラうける	病気を受け入れ入院生活が送れるよう精神的援助が必要	
6月7日		検痰の結果を聞き、涙ぐんでいる			G3号

6月20日	INH 0.3 → 0.4	<p>泣きじゃくっている</p> <p>①良くなったと思 ったのに排菌を くり返している。 このまま良くな らないのでは。</p> <p>②経済的にも困っ てしまう。 他pt よりお金 を借りている</p>	<p>カンファレンス</p> <p>①病気については Dr からしっか りムンテラうけ 今が一番大切な 時期でありしっ かり治療をする 必要があると話 をする</p> <p>②お金に困ると言 いながら身のま わりに高価なも のを身につけた り月に何冊もの 雑誌を購入して いる → 現在の収入は誰 からか、援助は ないのか等、実 際のpt の生活 を知った上で、 福祉に相談して いく。 他pt からの金 銭のかし借りは 行なわない様、 注意していく</p>	<p>①治療入院の必要性 は理解できている が、気持ちがつい ていけない。自分 一人では支えきれ ないのであろう</p> <p>②金銭的な面はプラ イベートな事でも あり、どこまで Ns が介入してい いのかわからない。 ……と言って “お 金に困っている、” という訴えをその ままにしておいて いいのかもわから ない</p>	G2・3 2号
7月15日		<p>貯金があるため生活 保護うけられず。 しかし本人気落ちし た様子はない</p>		<p>前回排菌した事でシ ョックを受けたため 今回ガフキー出た事 は本人には言わない とDr の指示</p>	G2号