

脊椎疾患患者の術後看護を考える

—精神症状を併発した一症例を通して—

中5階病棟 発表者 山川 弥生

池田 てるみ・藤原 昭子・大曾 契子・宮下 とし江
草深 幸子・中村 千勢子・竹村 滋子・小林 栄子
小穴 とし子・続麻 久美子

I はじめに

脊椎疾患患者の術後看護の基本は“脊椎の安静”である。一日のほとんどを仰臥位ですごさなければならぬという体動制限を、3から8週にわたって強いられる。(資料1)

医療技術の進歩や医療器具の普及によって身体的合併症は改善されてきている。しかし、神経症状の改善がゆるやかで“目に見えて良くなる”ことの少ない患者の中には、時として医療者側の予測をはるかに上回る精神症状を呈する人もいる。

今回私たちは術後経過が思わしくないことに苛立ちを覚え、精神症状の出現・ストレス性潰瘍からの出血・麻痺性イレウスなどを併発した症例を経験したのでここに報告する。

II 研究期間

昭和59年7月11日～昭和60年3月31日

III 患者紹介

患者名：F氏 64才 男性 会社役員

病名：頸椎後縦靱帯骨化症（以下OPLLと略す—資料2）

主訴：四肢のしびれ感及び筋力低下 右上肢・腰部の疼痛

性格：神経質 頑固

家族構成：本人 妻 娘2人

既往症：幼少時…猩紅熱

21才 …マラリア

54才～…内痔核

60才～…胃潰瘍にて内服治療中

今回の手術までの現病経過

昭和45年路上で転倒して跛行が出現。昭和47年OPLLの診断にて同年4月20日C₂～C₇椎弓切除術施行。術後一時的に症状軽快するも昭和50年より右上肢の疼痛・しびれ・筋力低下が増強昭和58年より歩行が不安定となったため同年6月6日再入院 6月8日よりクラッチフィールド牽引を約1ヶ月間施行し退院 昭和59年4月頃より再び歩行不安定となり杖なしでは歩行できなくなったため手術目的で7月11日入院となる。

7月19日C₁～C₄の椎弓切除術施行（C₁椎弓切除術C₂～C₄側方での除圧術）

入院時の状態

食 事：不自由ではあるが右手で箸使用可，ただし下膳は不可能

更 衣：上衣の着脱とボタンかけ可

歩 行：一本杖にて歩行可（20～30m）

排 泄：夜間のみ床上排泄

清 潔：ひとりでは入浴できない 爪切りもできない

書 字：可能

IV 看護の経過

第1期（術後から精神症状の出現まで）

術後1日目より安静度はF氏の希望時看護婦の介助で側臥位可となる。術直後より安静による苦痛と、胃潰瘍が悪化するのではないかという不安が大きく“いらいらする”“眠れない”“全身の調子が悪い”等の訴えがあった。安静にもかかわらず起き上がろうとする動作がみられ、抑制帯や眠剤を使用したのがあまり効果がなかった。F氏は家人に対しても“自分が苦しんでいるのに寝ていて起きない”と不満を言い、家人からも看護婦に“夜も眠らせてくれない、こんな状態がいつまで続くのか”と泣きながら訴えてくることしばしばあった。F氏に対しては訴えをよく聞き、側臥位・清拭による気分転換をはかった。又、家人に対しては休んでもらうよう時間を工夫した。さらに、患者・家人の不安が強い時は主治医との連絡を密にし、病状についての説明をしてもらった。

術後3日目より排ガス・排便困難で腹満感が強いという訴えが多くなり、医師の指示によりガス抜き・浣腸を行なった。その他温罨法・腹部マッサージにて症状軽減し始めた。

術後15日目よりリハビリテーション開始、車椅子移動可能となるが、右上肢のしびれの状態に変化がないと訴え始め、その頃より胃部痛が出現し、胃潰瘍又は胃炎の悪化と診断される。鎮痛剤・抗潰瘍剤の使用により胃部症状は落ち着いたが、しびれは変わらなかった。

第2期（精神症状の出現から車椅子移動可能になるまで）

術後4週“身体に力が入らない、右手は箸も持てない”と訴えた。CTの結果「頸椎に前方からの圧迫があり右上下肢の運動麻痺はリハビリテーションでも改善は期待できないであろう。再手術が必要。」と説明された。F氏は“先のことを考えるといやになる”と言い、徐々に活気がなくなり家人の希望もあり精神科受診となる。「執着気質にしびれの悪化が誘因となり、うつ状態になったが現在は軽快傾向にあり」と診断され抗うつ剤開始となる。しかし、“うしろから飛行機が来る”“火事で消防車が……”等意味不明なことを言い夜も眠らなくなり「夜間せん妄」と診断された。又、この頃より自力で起きられなくなり、同時に胃部症状が悪化し嘔気・胃痛が出現した。さらに尿失禁や誤飲による嚥下性肺炎を併発し、全身状態が悪化したため個室へ転室した。不穏状態は続き、見当識の障害・意識レベルの低下もみられた。

以下のようにカンファレンスの内容をまとめてみた。

問 題 点	対 策
<p>1. 精神症状について</p> <p>①夜間せん妄 昼間眠っていることが多く夜間は独語が聞かれる</p> <p>②見当識障害・意識レベル低下</p> <p>③尿失禁がある</p> <p>④家族の不安が強い</p>	<p>①抗うつ剤の与薬を確実にこなう</p> <p>②昼間起きていよう働きかける</p> <p>③頻回に訪室する</p> <p>①話しかけを多くする</p> <p>②刺激を与える</p> <p>①尿道留置カテーテルを留置する</p> <p>①訴えをよく聞く</p> <p>②時間を工夫し休むようすすめる</p>
<p>2. 消化器症状について</p> <p>①胃からの出血（胃潰瘍の再燃・出血性胃炎）</p> <p>②腸蠕動が弱くガスの貯留がみられ腸管麻痺の状態で嘔気・腹満感がある</p>	<p>①一般状態の観察</p> <p>②抗潰瘍剤を確実にこなう</p> <p>①腹部症状の観察</p> <p>②状態をみて浣腸・ガス抜きを行なう</p> <p>③胃管挿入により胃内部の吸引をする</p> <p>④体位交換・マッサージにて腸に刺激を与える</p>
<p>3. 合併症について</p> <p>①嚥下性肺炎により38度代の発熱があり喀痰が多い</p> <p>②長期にわたり膀胱内にカテーテル留置されている</p> <p>③仙骨部に褥瘡形成みられる</p>	<p>①一般状態の観察</p> <p>②ネブライザー・吸引・体位交換・タッピングを頻回に行ない吐物による誤飲に注意する</p> <p>①尿量・性状・発熱のチェック</p> <p>②陰部の清潔を保つ</p> <p>①体位交換・シープスキン使用・スポンジ移動を行ない、清拭・マッサージを行なう</p> <p>②褥瘡部の観察を行なうとともに適宜ガーゼ交換を行なう</p> <p>③身体の清潔を保つ</p>

以上のカンファレンスを持ち次の結果が得られた。

1 について

訪室を頻回にし働きかけを多くしたが、独語が多く言葉もはっきりしなかった。就寝時抗うつ剤の与薬は必ず施行し不穏時はさらに追加した。夜間2時間くらい眠るようになると、昼間の意

識状態は改善されてきた。昼間眠っているために夜間眠れずせん妄状態になるかもしれないと指摘され、全身状態の改善がみられた頃より、昼間はストレッチャーでの散歩を毎日2回行なった。最初散歩には拒否的であったF氏が、天気の良い時など心待ちにするようになった。徐々に意識状態が改善されはっきり返答をし、介助にて起坐位がとれるようになった。

2 について

コーヒー残渣物の嘔吐後より絶飲食となり、胃管挿入・持続点滴が開始された。嘔気軽減し一旦水分が許可となるが、胃・小腸とも拡張著しく腸蠕動弱いため再び絶飲食となりIVH挿入となった。腹満感が強い時期は浣腸・ガス抜きを毎日数回施行し、反応便・排ガスがみられた。胃部膨満がある時は胃管挿入にて胃内容を吸引した。腹部症状が軽減してくるとF氏より“御飯がたべたい”と希望があり、レントゲンの結果ガスの貯留も少ないとのことで流動食より開始となる。

3 について

自力にて去痰困難であったが、肺理学療法にて痰の咯出が促され肺泡音も徐々に良くなった。潰瘍形成していた褥瘡は乾燥し始めた。

以上の様に全身状態の改善がみられ、ポリネック使用し車椅子移動可の指示が出る。

第3期（自立に向けて）

ストレッチャーでの散歩は車椅子で行けるようになった。車椅子への移動時最初は2人以上の看護婦の介助が必要であったが、下肢の筋力増強に伴ない介助者が徐々に減り、最後はF氏ひとりでも移動できるようになった。リハビリテーションも理学療法室にて行なうようになると疲労感があり、夜間良眠が得られた。行動範囲が広がり腹部症状も軽減し、食事も全量摂取できるようになった。トイレでの排泄が可能になると下剤だけで排便がコントロールできた。病室が大部屋に移った頃よりF氏自身に意欲がみられ、リハビリテーションのことを楽しそうに話し、看護婦も一緒に話を聞き励ますようにした。又、病棟内でも運動する姿がみられた。

リハビリテーションも歩行練習の段階に入り、年末に退院の話が出たが、F氏の自立に対する不安があったため、年末年始は外泊とし自宅での生活を試みた。帰院後“お風呂には入れなかったけれど家は良かった。”という言葉がきかれ、家での生活に自信を持ったようであった。その後退院に向けADLの拡大を目標に、ますます積極的にリハビリテーションを行なった。入浴については、数回看護婦が介助し徐々に家人が介助できるように援助した。身のまわりのことがほとんど自分でできるようになると、F氏より“そろそろ女房を帰したい”という言葉が聞かれたため家人との話し合いで付き添いが帰ることになった。

右手のしびれは残ったが、夜間湯タンポ・ホットパックを使用してしびれの軽減をはかった。一本杖ではあるがF氏の希望である歩行が可能となり3月31日退院となった。

V 考 察

脊椎疾患患者にとって術後の安静による苦痛は、精神的にも肉体的にも多大なものと思われる。臥床したまま数週間をすごさなければならぬ患者は、あと何週あと何日と起きられる日を待っている。

F氏の場合、術後1日目より側臥位可、10日目より起坐位可という比較的短時間の安静であったが、不安や苦痛の訴えが強きかれた。その中で腹部症状には随時対処しているが、疾患からくるしびれや筋力低下については注意が足りなかったように思う。“疾患によるものだから……”“リハビリをすれば……”という思い込みが看護婦にあり、症状の軽減に対する援助が少なかった。F氏はしびれの悪化が誘因となり精神症状・腹部症状を併発している。看護婦はしびれの状態を把握し、温罨法・マッサージなどを早期から行なうべきであった。

CTの結果再手術が必要と説明を受けた時のF氏の落胆はひどく、私達には測り知れない絶望感があったのではないか。その時のF氏や家族の気持ちを私達が本当に親身になって考えていたかどうか反省される。医療スタッフの対応の仕方によっては全身状態の悪化まで至らなかったのではないかと思われる。

私達はF氏に何とか闘病意欲を持たせようとストレッチャーでの散歩を開始した。はじめは消極的であったF氏が、徐々に周囲のことに目を向けられるようになり車椅子に乗れたことが自信につながった。そして自分の力で歩きたいという意欲が出て退院に至っている。

心理的ストレスが、思いがけない強い身体症状として現われることがある。看護婦は患者の訴えをよくきき、常に患者が出しているサインに気付き対処することが大切であり、改めてその難しさを考えさせられた。

VI おわりに

脊椎患者では手術をしても神経症状の改善がはっきりしない場合がある。どのようにしてその状態を受容させ、闘病意欲を失わせないようにするか、この症例を通して学んだことを今後の看護に生かしていきたい。

この研究にあたり御協力いただきました諸先生方に深く感謝いたします。

参考文献

- (1) 寺山和雄，他：標準整形外科学，医学書院，1979
- (2) 田川 宏：最新看護学全書 23成人看護学 整形外科，メジカルフレンド社，1979
- (3) 日野原重明：看護のための臨床医学大系 8運動器系，情報開発研究所，1981