

口を閉ざしてしまった患者へのアプローチ

中5階病棟 発表者 林 由紀子

池田 てるみ・藤原 昭子・前島 津祢子・藤本 千代子
清水 五月・等々力 康子・草深 幸子・中村 千勢子
三水 ゆかり・斉藤 典子・竹村 滋子・山川 弥生
中島 きよみ

I はじめに

臨床において患者理解という点では、まず何よりもコミュニケーションが必要となるが、患者の反応に對しどう接したら良いのか戸惑う事はたびたびである。今回私達は、生命の危機を脱するため強行な治療を行なってようやく状態が安定した頃、対話を拒否するかの様に口を閉ざしてしまった患者に出会った。短かい看護過程において少しの接点を見出し、歩み寄る事ができたので報告する。

II 事例紹介

患者：K氏 38才 男性

診断名：ヨークザック腫瘍

職業：大工

家族構成：♀—♂
 |
 ♀

入院期間：昭和55年12月5日～昭和56年6月5日（死亡）

III 入院までの経過

昭和55年8月より腰痛出現し、整形外科・内科など受診したが症状軽減せず、11月中頃には腹痛・嘔気・嘔吐出現し、胆石・脾のう胞の疑いにて某病院へ入院する。12月に、上腹部の膨隆著明、症状も増強し、食事摂取不能となり、精査目的にて12月5日当院第一外科へ入院となる。

IV 入院後の経過

① 第一期（入院～第二回目手術まで）

S56年12月5日 車椅子にて入院。上腹部の膨隆著明（10×15cm）

12月8日 試験開腹術（出血2000g，輸血2000ml）

12月12日 腰痛強く持続硬膜外カテーテル挿入しブロック開始

12月15日 BUN 122と上昇→人工透析にてBUN改善

S56年1月12日 セルジンガー施行→グラヴィッツ腫瘍と診断

1月20日～消化管出血出現

② 第二期（第二回目手術～無言となるまで）

S56年1月27日 左腎摘出術（2250g）

空腸・横行結腸縫合，人工肛門造設術，術中出血12400g，輸血13000ml，
術後ICUへ入室，病理診断：ヨークザック腫瘍

- 1月31日 ICUより転室 BP 120/80 P 120~130/min 後腹膜ドレーンからは2000~3000ml/日の排液 2月20日まで600~1000ml/日の輸血を行なう
- 3月に入り 腹部の膨隆再び増大， α -フェトプロテイン上昇→再発
- 3月6日 ①抗癌剤療法開始（ビンプラスチン・プレオ・シスプラチン）
- 3月30日～ 脱毛著明・口内に潰瘍出現
- ③ 第三期（無言となる～死亡まで）
- 4月6日 ②抗癌剤投与→出血傾向・強度の口内炎出現
- 4月13日 入院以来初めて食事摂取開始
- 5月11日 歩行訓練開始
- 5月18日 ③抗癌剤投与
- 5月30日～ 血液状態急激に悪化
- 6月5日 肺出血のため死亡

V 患者の精神的変化と看護の展開

① 第一期（入院～第二回目手術まで）

入院当初は緊急手術・人工透析など苦痛が多く苛立つ状態もみられ，嘔気・腰痛による夜間の不眠も持続していたが，硬膜外ブロックにて腰痛は軽減し，12月28日～1月19日には車椅子で散歩したり，時には冗談を言って笑わせるなどのゆとりがみられる様になった。これから十分検査し，方針を決定する矢先，消化管出血が出現し，緊急手術となり落胆も著しかったが，スタッフの励ましに対し涙ながらに歯をくいしばり，「頑張る」と言い，手術室に入室した。

② 第二期（第二回目手術～無言となるまで）

第二回目の手術後は大きな手術の侵襲により黄疸・倦怠感著明で，嘔気・腰痛も強かった事もあるか，手術前とは人が変わった様に粗雑な言動が多くなった。家族に対し大声でどなったり，点滴交換・血圧測定時さえも「さわるな！」という言葉が聞かれ，ストレートに苛立ちをぶつける様になった。そのためスタッフそれぞれの中に戸惑いが生じ，カンファレンスを持った。そして，「患者にとって今が身体的にも精神的にも一番辛い時期ではないか。決して闘病意欲を失なっているのではないと思われるので患者の苛立ちを暖かく受けとめてあげよう」という姿勢で接する様にした。その後状態の安定もあり，本を読むなど少し落ち着きがみられる様になったが，腹部の観察をしようとする時，「痛いだけだ！」とどなる場面も依然としてみられた。この時期に抗癌剤投与開始となり口内に潰瘍出現したためか口数が少なくなっていた。

③ 第三期（無言となる～死亡まで）

第二回目の抗癌剤投与後は出血傾向出現し，口内炎・咽頭痛・嘔気も強く食事摂取が開始となっても2~3口しか摂取できなかった。私達は患者とともに喜べる事を期待したが，患者は問いかけても外の景色を眺めたまま何も答えない事が多くなり，視線をそらしたり，検温時も不機嫌そうに見ているだけであった。医師に対しても同様の態度がみられ，家族にどなっている声が長時間かかれた。3月中旬までみられた疼痛の訴えや苛立ちの言葉さえ聞かれず，家族からの情報に

頼る事が多くなった。この状況下で私達は戸惑いを感じながらもこれといった解決策を見い出せず、訪室しても一刻も早くその場を去りたい気持ちにかられた。嘔気・口内痛・咽頭痛のため当然話したくないと思われたが、それにしても対話を拒否するかの様に口を閉ざした患者の態度から、その原因が私達の接し方にもあるのではないかと考え、カンファレンスをもった。そして以前の様な消極的な接し方を反省し、できる限り訪室回数を増やし、多く話しかけようと試みたが患者の反応に変化はみられず、問いに答えなければならず、うなづいてもくれない事があった。そこで根本的な原因はどこにあるのか明確にするため、看護記録を再読し、患者の一般状態・治療処置・患者の精神状態に分けて経過を追ってみた。またプロセスレコードをとり話し合った。その結果次の様な事に気がついた。

- 1) 患者が急性期を脱し、回復の兆しを感じて前向きの姿勢でいたにもかかわらず、抗癌剤投与により新たに口内痛・咽頭痛が出現し、思っていた程苦痛が軽減せず、待ち望んでいた食事摂取も進まず落胆していたのではないか。
- 2) スタッフの訪室は一般状態のチェック・点滴交換・ガーゼ交換の時に限られている。
- 3) 患者に対する問いかけは、嘔気・疼痛・食事摂取量に関する事が多く、一方的な質問で画一化している。
- 4) 患者の症状を聞くのみでこれといった対応をほとんどしていない。
- 5) 患者が話してくれないとはいえ、知らない間に家族との会話になっており、患者不在となっている。

そこで、できるだけ話題を変えて接し、家族に任せがちであった清拭・人工肛門のケアなどを一緒に行ない、夜間巡回時、目ざめていても天井を向いたまま黙っている患者に対し、こちらから声をかけ、必要に応じて含嗽など身のまわりのケアを行なうようにした。その結果、足浴施行時、最初不機嫌そうにしていた患者の表情がしだいに柔らんだり、夜間の背部痛に対し蒸しタオルであたため、マッサージしたところ、「気持ちいい、ありがとう。こんなにここに居ていいの？他の患者さんも呼んでいるでしょう。」という言葉が聞かれたり、ICUでの事を話してくれたりした。また、夜間は患者自らブザーを押し、「うがい」、「水…」、「背中さすって」、と言葉少なではあるが訴えてくれるようになった。

VI 評価・考察

プロセスレコードをとって初めて自分達の接し方を患者の側に立ってとらえる事ができた。この患者の場合、私達の接し方の問題の他、口内痛・経過が思わしくない事への苛立ち・苦痛を伴う治療・処置が多かった事も原因となり、特に顕著な反応として現われたのかもしれないが、私達が気がつかないうちに、話したくなくなる方向へ持って行ってしまったと言えるだろう。患者を理解しようとする時に言葉として引き出そうとしがちであり、K氏に対しても会話のみで良い関係を取り戻そうとし、口内痛・嘔気のある患者の苦痛をかえって増強させてしまっていたが、考えてみれば、“無言、という状態そのものが何よりの訴えであったと思う。また、治療行為にさえ拒否的な反応を示す患者に接するうち、つい逃げ腰となり基本的な身のまわりの援助も次第に行なわれなくなり、急性期を過ぎても、一般状態のチェック・処置が中心の対応しかできていなかった事を痛感した。清拭・マッサージによりK氏が少し心を開いてくれた事からもわかるように、同じ質問を重

ねるより、「何かこの人にしてあげられる事はないか」とまず手で触れる事の方をK氏は望んでいたのではないだろうか。嘔気・口内痛を取り去る事はできないにしても、それが苦痛を緩和する第一歩であったと思う。これらの事は、看護を行なっていく上で、常に念頭に置かれている事であるが、“何も話さず拒否的な反応を示す患者、としてなるべくK氏の所へは行きたくないという感情を持つようになってはいなかっただろうか。知らず知らずのうちに私達の行動にこの様な感情が現われ、それが一層K氏の苛立ちや不満を大きくする悪循環になっていたかもしれない。私達が患者を見ている以上にK氏は看護婦一人一人の対応を冷静に見ていたと言えるだろう。振り返ってみると、ある時K氏が家族に言っていた「おまえのマッサージは義務的だ」「肝腎な時にいつもいない」という言葉は同時にスタッフに対する不満とも思える。心を開いてくれない患者に対して、スタッフの接し方に問題はないか反省する必要性を改めて感じさせられた。

Ⅶ おわりに

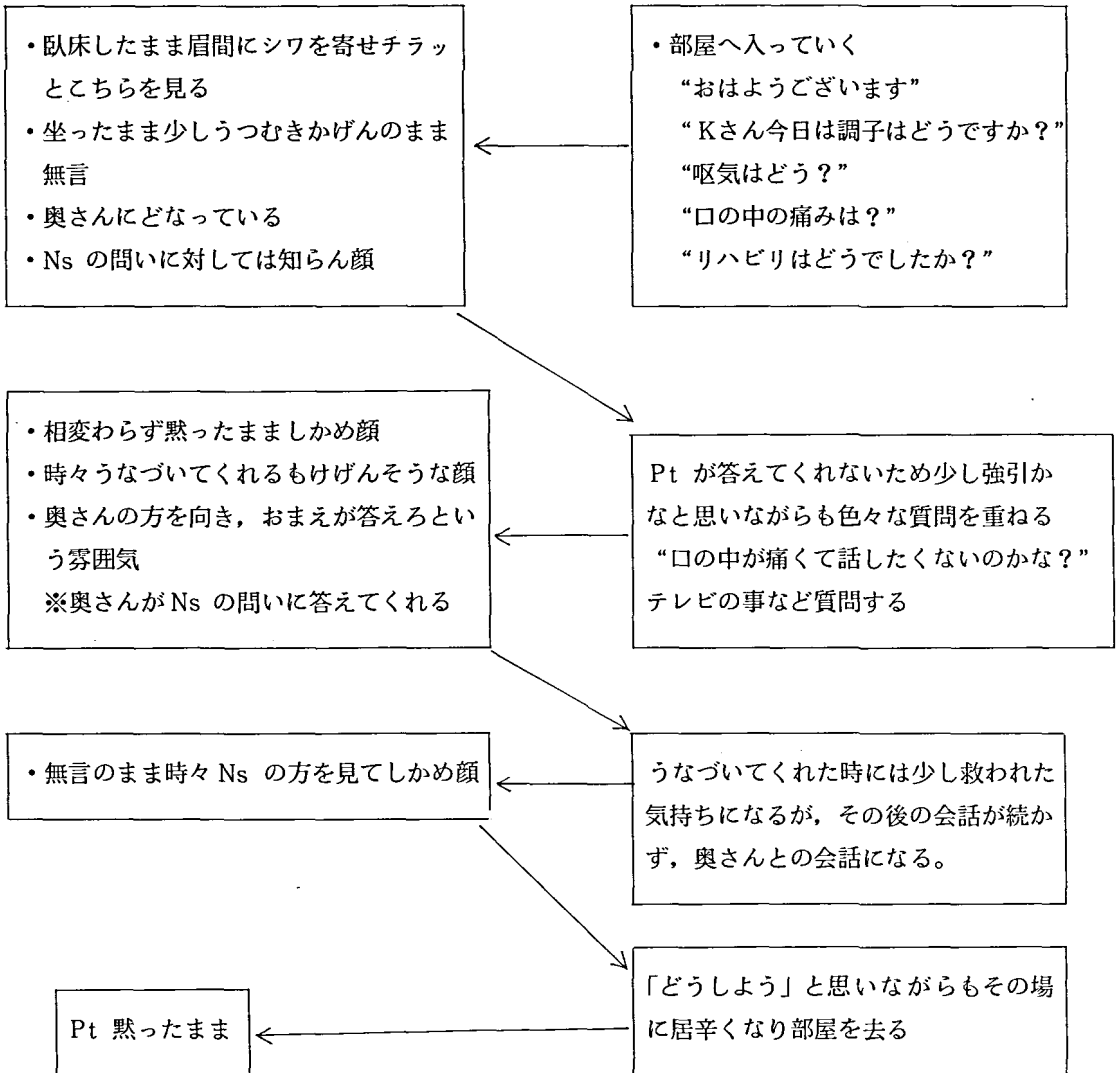
この患者は残念ながら死亡の経過をとってしまったが、身体的・精神的経過ともに忘れる事のできない症例であった。この患者から教えられた事をこれからも看護に生かして行きたいと思う。最後にこの研究にあたり御協力いただいた方々に深く感謝致します。

Ⅷ 参考文献

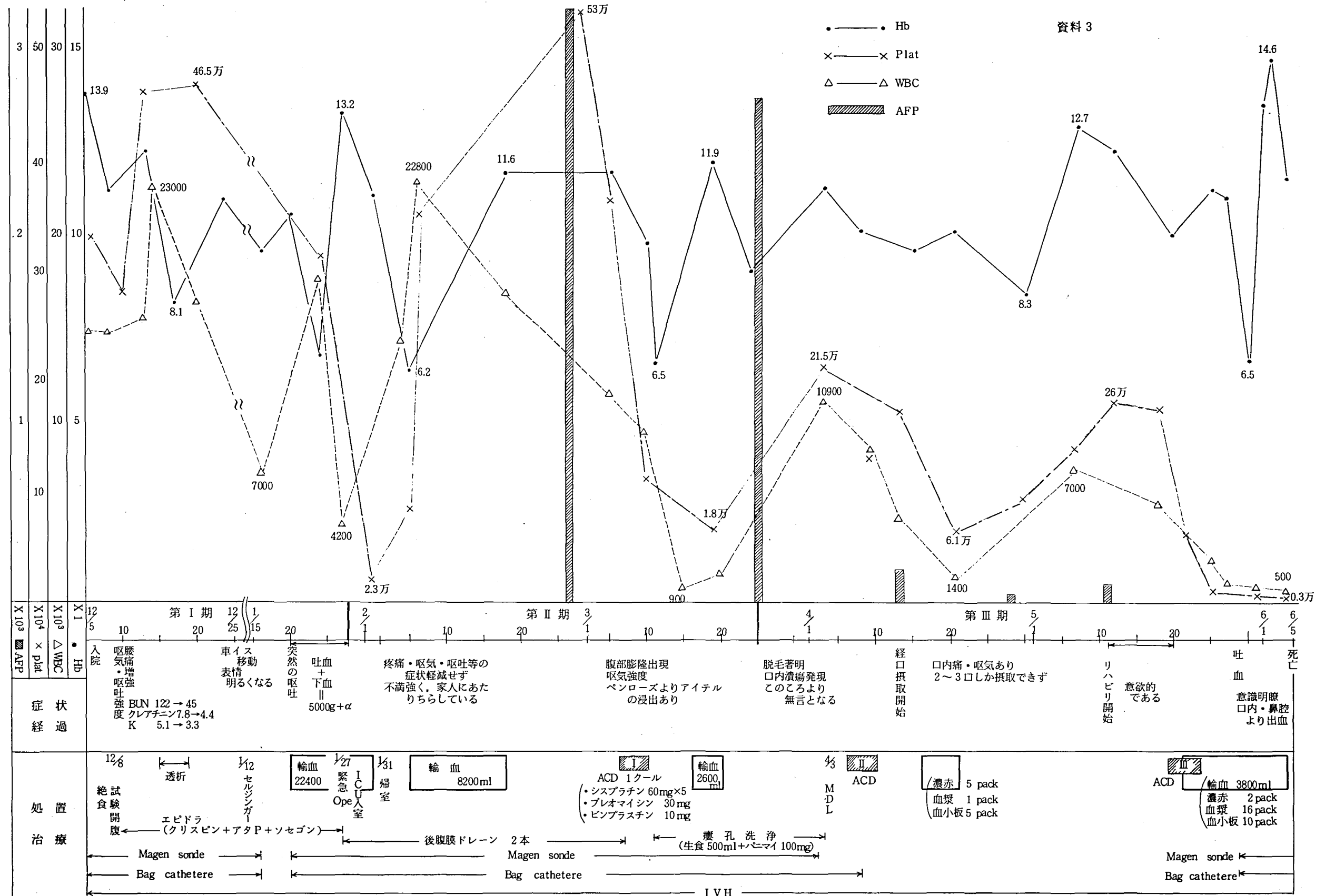
- 大津潤子：問題の患者と手のかからない患者，看護学雑誌，46（11）：1251～1255， 1982
- 佐藤恵子他：患者になって何がみえたか，看護学雑誌，45（1）：26～33， 1981
- 大熊紀代子他：患者の前ではかける言葉を失ってしまう，看護学雑誌，46（10）：1107～1111，
1982
- 大段智亮：面接の技法，第一版，メヂカルフレンド社， 1976
- 外間邦江他：精神科看護の展開—患者との接点をさぐる—第一版，医学書院，P 126， 1978
- 金子光：成人看護学Ⅵ，医学書院，P 37～40， 1978
- 藤原淳子他：抗悪性腫瘍剤（シスプラチン）治療中の看護，看護技術，29（6）：821～827，
1983
- 藍沢茂雄他：睪丸腫瘍の組織分類，臨泌，35（8）：727～738， 1981

<患者の言動>

<看護婦の言動>



資料 3



Yolk sac tumor (卵黄嚢癌)

未熟な内皮様，立方状あるいは円柱状の細胞集団が疎な網目状，管状，乳頭状あるいは充実性の増殖形態を示す。

3.5才以下の小児または乳児の前立腺，若い女性の卵巣に発生することが多い。

奇形腫や胎児性癌と合併することが多く，単一組織型の場合はむしろ少ない。AFP (α -フェトプロテイン) 産生性であり常に高値を示しHCG (絨毛性ゴナドトロピン) は常に陰性である。

抗悪性腫瘍剤の副作用

◎シスプラチン (治験薬)

- 1) 腎障害 * (1) BUNの上昇
- 2) 悪心，嘔吐 * (2) 食欲不振
- 3) 脱毛
- 4) 白血病，血小板減少
- 5) 聴力障害 * (3)
- 6) アナフラキシー様症状
- 7) 肝，肺機能障害

○エクザール (ビンプラスチン)

- 1) 白血球，血小板数減少
- 2) 悪心，嘔吐，食欲不振，口内炎
- 3) 過敏症症状
- 4) 脱毛
- 5) 倦怠感，頭痛，眩暈
- 6) 性腺障害，排尿障害
- 7) 熱発

○ブレオ

- 1) 肺機能障害
- 2) ショック症状
- 3) 過敏症症状
- 4) 発熱
- 5) 病巣出血
- 6) 脱毛，口内炎
- 7) 食欲不振，悪心，嘔吐
- 8) 肝障害
- 9) 腎障害
- 10) 膀胱炎様症状
- 11) 倦怠感，頭痛，眩暈
- 12) 腫瘍部位の疼痛

*

- (1) 腎障害が著明なため大量の輸液と投与前より利尿を図るため利尿剤を使用する。
- (2) 悪心，嘔吐は投与後1～4時間後に高頻度に出現し，24時間～48時間持続する。投与後1週間持続することもあり鎮吐剤を併用する。
- (3) 難聴は高周波領域(4000～8000Hz)にみられる。成人より小児に著しい。