

高度な意識障害をもったオリーブ・ 橋・小脳萎縮症患者の看護を通して

南7階病棟 発表者 渡辺敬子

丸山ひさみ・下條美芳・上野多美子・滝沢信子
降幡信子・一志静香・上條光子・小高玲子
唐木田裕子・大曾契子・木間けい子・伊藤みはる
中村多津子・山口享子

はじめに

オリーブ・橋・小脳萎縮症は、小脳・橋・延髄の萎縮をおこす進行性の疾患で、体幹、四肢の運動失調と、自律神経症状を伴う、変性疾患である。今回肺炎を併発し、電解質異常による、高度な意識障害と、全身状態の悪化をきたし、再入院してきた症例にであった。そこで、全身状態の改善をはかり、日常生活動作の拡大にむけて、援助した経過を発表する。

I 患者紹介

氏名：○本○夫 男性 年令61才

病名：オリーブ・橋・小脳萎縮症、肺炎、低Na血症

職業：無職

家族構成：妻と3人の子供の5人暮らし

性格：温厚、ほがらか

既往歴：19才 左湿性肋膜炎

21才～27才 アメーバ赤痢

41才 急性肺炎（右上葉）

入院期間：昭和56年8月15日～昭和56年12月31日

現病歴：昭和49年頃より、左足の指先より脱力感、しびれが出現し、その後、後頭部より両肩にかけ硬直があり、歩行障害にて入院となる。その後、近医にて通院治療うけるも、昭和54年8月頃より、歩行障害、構音障害強くなり、入退院を繰り返していたが、昭和56年7月より上記症状進行し、肺炎を併発して意識障害現われ、当科入院となる。

II 入院時の一般状態

体温 36.9℃、脈拍78回、血圧 140～100mmHg、呼吸17回規則的、対光反射あり瞳孔正円同大、呼名、痛覚反応なかった。血液検査では、Na 120、K 4.5、Cℓ 85、血沈24～55、と炎症所見低Na血症が認められた。

III 看護の展開

第I期（全身状態悪く意識障害のある時期）

1) 看護目標

意識障害の回復を促し、合併症の改善をはかる。

2) 問題点

a 全身状態が悪い。

意識障害があり、全身硬直が強く、肺炎、褥創、尿路感染を合併している。

b 家族の不安が強い。

3) 看護の実際

① 問題点 *a* に対して

自動運動が全くなく、棒のように硬直が強いため、全身状態の観察と、褥創予防、良肢位の保持、安楽な体位の工夫に努め、訪室の回数を多くし、必ず声をかけるようにし、その様子を細かく観察した。可動域保持については、上下肢の他動運動を、一日3回行った。しかし、膝関節が自然に屈曲してしまうので、砂のうを乗せるも、効果なく、最終的に10~15度曲ってしまい、起立、歩行訓練の支障をきたした。身体の清潔を保つため、部分清拭を上半身、下半身、足浴と分け、患者の負担にならないよう毎日施行した。肺炎による分泌物が多く、窒息の危険性があり、口腔内の清潔には特に留意し、吸引、ネブライザー、タッピングを頻回に行った。入院時より血中の電解質異常があったので、水分は指示された量を正確に注入し、点滴量、尿量のチェックを行った。尿路感染に関しては、バックカテーテルを開放し、一日一回の膀胱洗を行ったが、改善はみられなかった。

② 問題点 *b* に対して

数日経ても、患者の意識状態は変わらなかった為、特に患者の妻の気落ちが激しく、涙のため「このままだめになるのではないか」「こんな状態なら一層死んでもらった方がよい」、という悲観的な言葉が、聞かれるようになったが、その都度家人の訴えを聞き、希望のもてる状態である事を話し、励ましていった。入院後7日目頃より、褥創の処置時、痛みのためか顔をゆがめる。呼名に対して眼瞼をかすかに動かす様子がみられ、家族も少しづつ希望を持ちはじめた。

第Ⅱ期（意識障害が改善され、日常生活動作の拡大をめざす時期）

1) 看護目標

全身状態の管理をしながら、日常生活動作の拡大をはかる。

2) 問題点

a 意識回復するも、構音障害あり意志の疎通困難である。

b 全身の硬直が強く、自動運動がない。

c 嚥下困難があり、誤飲しやすい。

d 褥創及び排尿障害がある。

3) 看護の実際及び結果

① 問題点 *a* に対して

言語障害のリハビリテーションについて、勉強会を持った。又訪室時、言葉がけを多くして「おはよう」「こんにちは」等の、発声練習を行いこの時、母音、口唇音等の比較的構音動作が、容易なものから始め、患者の目の前の壁に単語を書いた紙をはり、いつでも練習できるようにした。会話時は、あせらずゆっくり話をし、根気良く聞くよう努め、少しでもわ

かれば良くわかった事を知らせ、自信を持たせるようにした。又テープを取って、経過をおっていきそれを患者自身に聞いてもらい、どういう所がわかりにくい、理解してもらった。これらの結果「コーラが飲みたい」「床ずれが痛い」等の言葉は、聞きとれる様になったが、少し長い話しになると理解できない事が多かった。しかし本人の頑張ろうとする意欲は十分であった。

② 問題点*b*に対して

全身状態の改善に伴い、積極的なベッド上での、リハビリが開始され、関節運動、他動運動を統一した方法で行い、又家族の協力もえられるように、紙に書いて壁にはった。薬のコントロールと毎日のリハビリにより、タオルで顔をふいたり、シャワー浴時自分の体を洗おうとする動作が、みられるようになった。リハビリが進むにつれ、柵につかまり寝返りが、できるようになり平行棒にて、起立、歩行訓練が始まった。長時間の坐位保持はできなかったものが、自分でベッド柵につかまり、坐位を保つ事ができるようになり、あぐらをかくと20分以上、自力で坐位可能となる。退院間近には、介助にて2～3歩足が前に出るようになり、仰臥位にて床頭台の上の物をゆっくりした動作であるが、取ろうとしたり、頭をかいたりする事が出来るようになった。

③ 問題点*c*に対して

経管栄養から、経口食に切りかえる過程として、プリン、ジュース等をスプーンにて、少量ずつ食べてもらい嚥下状態を観察した。徐々に経口流動食より、全粥軟菜刻み食まですすめることができた。軟菜刻み食でも嚥下できにくい物は、すり鉢ですって、食べやすくなるよう試みた。食事はリハビリがすすむにつれ、自分の手で徐々にスプーンを持って、食べられるようになった。しかしその過程において嚥下性肺炎を併発し、又最初からやり直しという事もあり、患者、家族共に気落ちしたり、心配した事もあったが、退院間ぎわには自分で、ほぼ半分量は食べられるようになった。

④ 問題点*d*に対して

バックカテテルを抜去し、自然排尿を促すため膀胱訓練開始し、時間開放を行う。尿意はあるも尿混濁強く、尿路感染と思われる発熱がみられ、膀胱訓練中止となる。バックカテテル開放すると同時に、抗生剤が開始された。褥創は仙骨部5×3cmあったものが退院時には4×2cmに縮小、右腸骨部7×5cmが5×3cmとなり、深さも浅くなり改善がみられた。

⑤ 問題点*e*に対して

家族との信頼関係を深めるよう努力し、不安の除去に努めたが、発熱に対する不安は強く、清潔面で、シャワー浴等を拒否される事もあったが、その必要性を説明し、協力を得る事ができた。又日常生活動作の拡大は遅々としていたが、症状の改善は家族のリハビリへの、積極的な参加となり、副食の工夫、言語訓練、運動療法等協力を得る事ができ、それが患者の闘病意欲にもつながったと、思われる。

IV まとめ

この症例の第I期、第II期の看護を通して、学んだ事をまとめてみると、以下の事が言えると思う。

- ① 意識障害があり、患者の意志が伝わってこない場合でも、言葉がけを必ず行う。
- ② ほんの少しの症状の改善が、患者や家族のリハビリへの意欲につながる事を念頭におき、それを見出し示していく。
- ③ 患者、家族の持っている不安を理解し、少しでも受けとめ共に悩んでいける、心の余裕をもつ。
- ④ 一つの目標に向い、統一した、リハビリが出来るよう協力し合い、家族と共に患者を励ましなが、根気強く繰り返す事。
- ⑤ 構音障害においては、一般的には訓練しても効果は乏しいと言われているが、繰り返し練習する事により意志疎通は可能である。
- ⑥ 何事も希望を失わず、前向きな姿勢で看護していく事が大切である。

V おわりに

高度な意識障害を克服しても、尚意志疎通困難であり自立に向けて、はがゆい思いをしている患者を看護してきて、家族との絆の強さを改めて感じさせられた。現在では、家族の温かい励ましの元で、家庭療養の生活に入っている。家族の希望もあり地域の保健婦に依頼し、訪問を受けているが、今後の事を考えると、地域医療者とのかかわりを真剣に考えていく必要がある。

最後に御協力いただいた方々に深く感謝し、この発表をおわります。

参考文献

1. 平山朝子著：神経系難病患者の看護 P 84～P 195 日本看護協会出版会 1975
2. 荒木淑郎著：神経病学 P 174～P 180 大平社 1979
3. 笹沼澄子著：総合リハビリテーション（言語障害のリハビリテーション 4 P 591～P 599 - 9） 1974
4. 看護技術：4月号 P 37～P 44 メヂカルフレンド社 1982
5. 堀口申作編集：聴覚、言語障害（第9章 運動障害性構音障害） P 231～P 253 医歯薬出版株式会社 1979