

広汎性子宮全摘術後に肺梗塞を併発した看護の一例

北2階病棟 発表者 太田 守子

米 山 米 子・土 屋 久美子・木 村 文 代

関 口 さい子・阿 部 藤 子・松 沢 由美子

I はじめに

肺梗塞は、婦人科領域における術後合併症の中でもイレウス・肺炎などとともに最も重篤な症状を示すものの一つであり、そのほとんどが死の転帰をとるという恐ろしいものである。日本での発生率は、欧米諸国に比べて低いといわれ、当科で扱った過去5年間の全開腹術約600例中に肺梗塞と診断されたのは一例のみだが、それも死後になって確認されたものであり、いかに発生率が低いとはいえ我々看護者の頭の中に常に置いておかななくてはならない合併症である。以上の事からも肺梗塞は予防が第一とされ、術後早期離床により循環を高め、血栓症をおこさない事が必要となる。看護面においても単純腹式術後は、手術翌日より歩行させるなどして予防につとめるが、広汎性子宮全摘術の場合には、尿管カテーテルが挿入されているため、それが抜去されるまでの約10日間は安静にせざるをえないというのが実情である。

これから発表する患者は、子宮頸癌にて入院し広汎性子宮全摘術を受け、術後12日目まで歩行を開始しようとした時、突然ショック状態・呼吸停止・心停止にまで至り両肺梗塞と診断された。少ない症例だけに看護の経験がなく、急変時の救急処置・動揺する患者家族への対処、再発生の予防など看護の大切さを再認識させられ医師とともにカンファレンスを開きながら看護にあたった。そして医療スタッフの協力と努力のかいあって一命をとりとめ元気に退院までもっていく事ができた。

II 患者紹介

○村○子 女性 45歳 雑貨商(自営)

病名：子宮頸癌Ⅱ度

入院期間：S49. 4月25日～S49. 8月17日

家族構成：夫47歳 子供女(15歳 12歳)の親子4人暮らし

妊娠分娩歴：4回妊娠 3回分娩 1回人工妊娠中絶

既往歴：なし

性格：口数が少なく何を考えているのかわからないところがある。芯は強くしつかりした感じ。

アレルギー：なし

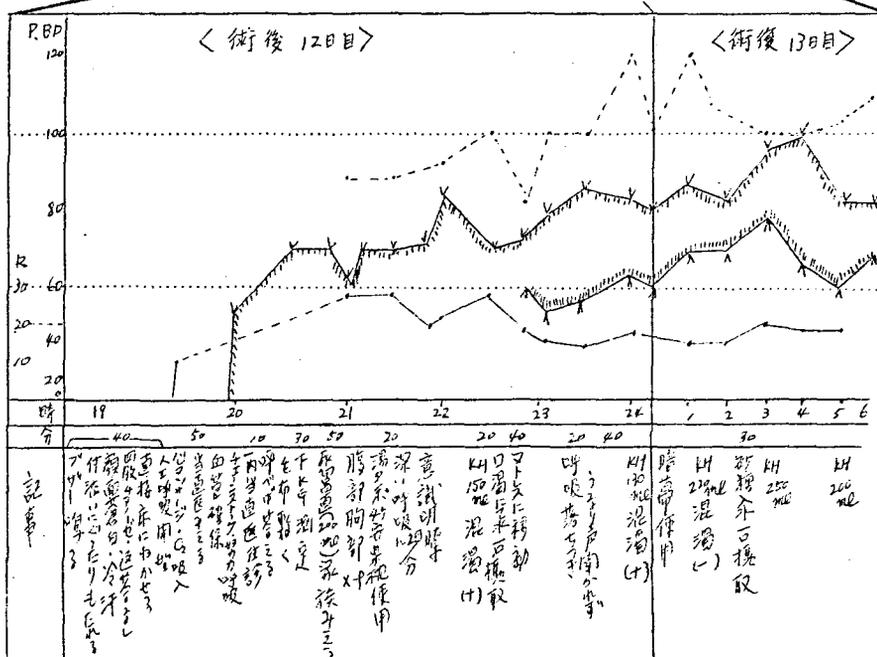
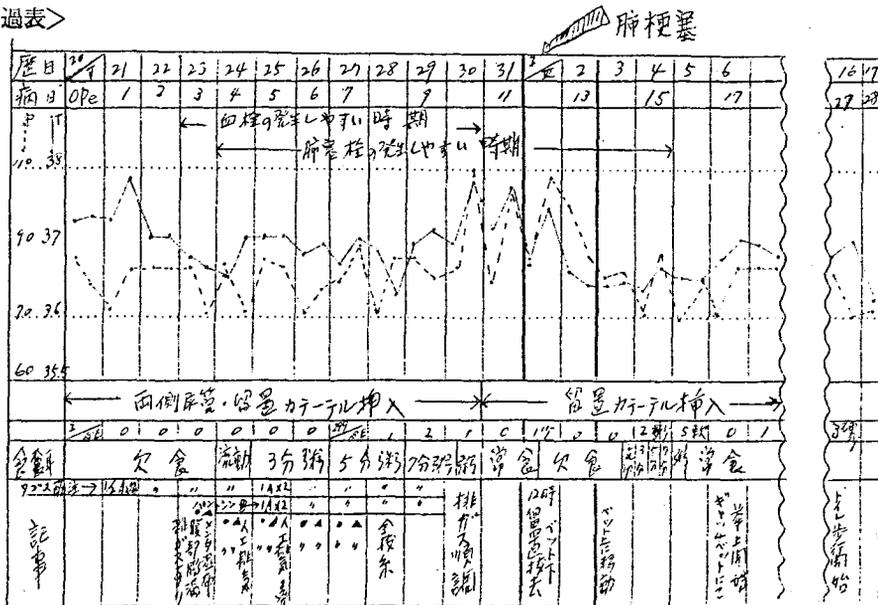
嗜好：好嫌いなし

病識：病名は知らされていないが癌ではないかと疑いをもっている。

経過：S49.3月接触出血あり。4月4日某産婦人科医院受診。当科外来を紹介され、4月5日受診し子宮頸癌Ⅱ度と診断され、4月25日入院となる。5月20日広汎性子宮全摘術をうける。術中の経過は、出血量2000gにて新鮮血2000cc使用され、右外

腸骨静脈から出る小さな分枝血管を切断、静脈壁を縫合した部分が2か所あった。術後多量の出血に注意する様指示があり、3日目頃より腹部膨満にてメント湿布、人工排気を続け、10日目に自然排ガスが順調となり、両側尿管カテーテル、12日目には留置カテーテル抜去、その後4時間毎の定時導尿が開始され、5度目の起坐時にショックを起こした。

<経過表>



Ⅲ ショック時の状態および看護

6月1日、術後12日目。この日は12時に膀胱留置カテーテル抜去され、ベットから床へ降り歩行をと徐々に動静をすすめる時期であった。18時の検温に行った時、この患者はなんとなく顔色がさえず、動作が緩慢であった。看護者が検温を済ませてから記録や消灯までの処置、その他で話所にいるそんな時に起こった事態であった。排尿のためベット下へ5度目に降り立とうとした時にブザーが鳴らされた。勤務の者は「どうしてこの部屋でブザーが鳴るのだろう」とふしぎに思いながら返答せずにライトを消しただけで、急いで202号室へ駆けつけた。行ってみると患者は下肢を降ろそうとして、ぐったり付添いにもたれ、ベットよりずり落ちそうになっていた。驚いて患者の名を呼んだが全く答えがなく、顔面蒼白、四肢チアノーゼ、脈は触れず、呼吸もしていない。付添いが離れたらどっと倒れてきた患者を受けとめつつ、「いったいなにが起こったのかわからないが、とにかく一刻を争う事態になった。患者をここで死なせてしまったらどうなるだろう……。」と一瞬のうちに考えた。重く冷たい体を腕に抱いたそのままの格好で、看護者は足で椅子をはねのけて、患者と一緒に床へ静かに倒れて横たわった。この様子を付添いや同室患者は全員呆然と見ていた。床へ直接寝かせることに抵抗を感じ、意識のない患者ではあったが「〇〇さん、何も敷いてないけどごめんね。静かに横になろうね。」と話しかけつつ行動した。直ちに胸を開き、人工呼吸と心マッサージを開始した。全身は冷汗でベトトリとし、尿・便は失禁していた。付添いにブザーを押させ、もう一人の看護婦を呼びよせ、さらに家への連絡をとる。カルニゲンを筋注した直ちに当直医に連絡。蘇生のため人工呼吸。救急ミッテルを用意した。「ここでもし死なせてしまったらどうしよう。きょうは休日。しかも学会のため医師は一人だけ。果して対処できるだろうか。なんとしても生かしたい。」と看護婦の胸は不安でいっぱいだった。「〇〇さん！〇〇さん！」と名を呼びながら蘇生を続けていたが、発作後3～4分たつてようやく患者の身ぶるいし、しほり出すようなうなり声(チェーンストークの呼吸)が始まった。それからその苦悶を訴える努力呼吸とかわり病室中にひびいた。発作後10分で当直医が来てから血管が確保され、ソルコーテフが投与された。「〇〇さん！しっかりして、すぐ楽になるから頑張って！」と励ましつつ心マッサージを続けた。発作後30分で脈が触れ始め血圧が触診できるようになった。しかし何が起こったのか判明せず、内科医に往診を求めた。障害がどこにきているかによって、今後の治療と看護が変わってくる訳で腹部、胸部X-P、EKGをとり、患者の発作前後の状態などからみて、肺硬塞ではないかと診断され、抗凝固剤・抗生物質が投与された。全身には冷汗が流れていたため湯タンポ4個入れ保温をはかった。安楽枕は肘関節部・肩甲部・しょう骨部に入れ循環を良くするため手足を静かにマッサージした。又床へじかに寝かせておく事は不自然であり、あまりに痛々しく感じられるが、内科医は「そのまま静かにしておきたい。」と言った。辛うじて床に毛布を敷く事だけはできた。一般状態には異常みられず見た目にも良く保温のために役立った。さらに尿の流出状態を見るため膀胱は留置した。このように集中的に看護にあたっている間準夜の業務は休止されたままで、他にどうしても人手が必要なため察に応援を求めた。発作後約1時間、患者の家族も急いで駆けつけたが、そのうちでも夫は気

が動転し、酒の力もあったであろうが暴言を吐いた。病室へ入ってくるや「なんだ、なんだ、何が起こったんだ！」と大声を出し人工呼吸、心マッサージで汗だくになっている看護婦に向かって「いいか看護婦！助けるのがおまえの役目だぞ！おまえはそれがわかっているのか！」と言った。蘇生を続けながらも「よくわかっています。私達も一生けんめいやっていますから静かにして下さい。」と答えたが「これが大丈夫と言えるか！」とさらに反発があった。発作後1時間30分、呼吸は1分間に2～3回の深呼吸とためいきが混じっていたが、ほぼリズムカルになりうなり声も小さくなった。「どう？ ○○さん少し楽になったね。」と患者に呼びかけたら「なにがこれで楽なものか！ 楽じゃないよなあ、おまえ」と患者に同意を求める様に興奮して言った。付添いがこれを押しとどめて病室の外へ連れ出してくれたが、必死で看護にあたっている者にとりつらい言葉となって後まで残る。ひとたび家族の立場に立ってみると、朝にはあれだけ元気な患者が、こんな状態になっているのを目の前にするのであるから、これも当然なことと理解される。その後家族は医師より病状の説明を聞いて落ち着きを取りもどしている。発作後2時間、同室患者達をそれぞれ転室させ、又転室を希望しない患者には暗幕をはって睡眠薬を与えることにより安眠をはかった。発作を起こした患者には、一般状態が落ち着いてきたので環境を整え、部屋の照明を遮り、患者の周囲に暗幕を用い安静を保たせた。発作後3時間、口渴を訴えたため誤飲に気をつけながら、口をしめす程度に番茶を一口与えた。今まで苦しみの連続だった患者がはじめて「ああ、おいしい！」と言ったのを聞いて看護婦は「ああ、助かったんだ。この患者は」とこの時死から免れた事を知った。なお番茶を与え始めてから3時間後に排ガスもみられた。又毛布を敷いただけの床に仰臥したままでは苦痛も予想され、腰部、臀部痛の訴えもでてきたのでベット作りしたマットレスを床に降ろして、看護婦3人・当直医・内科医、付添いの計6人で静かに移動した。血圧は80 mmHgで変わらず、脈拍は100から一時84に落ちたが、20分後には又もとにもどった。再発作の恐れが大きいため一般状態の観察は厳密にした。発作後4時間、呼吸が楽で、うなり声は徐々に聞かれなくなり、心マッサージは患者の要求する時に「やってもらうととても楽だから」ということで行ない発作後8時間で中止している。発作後1日目、血圧脈拍の変動はあったが、苦悶の訴えはなくなり、水分も口渴時番茶一口ずつ摂取することから果汁を与えてみたが、嘔気もなく経過した。又蘇生の影響で胸部痛など全身の筋肉痛が出てきてヘルペックスを貼布している。発作後2日目、マットレスを床からベットに上げた。骨盤部を動かすことだけは禁じたが、さらに末梢の方から徐々に体を動かす許可が出て行なったが異常なかった。食餌は夕食より流動食、重湯60cc、スープ30cc摂取でき、空腹感を訴えていた患者はとても喜んだ。その後食餌は一食上がりで常食まですすめていった。発作後3日目、側臥位になり異常なかったのでベットバス、更衣を行なっている。又酸素吸入は発作2日目から6時間毎に1Lずつ減らしてきて、この日の18時には中止、異常なし。暗幕は窓際だけを残して取り去る。発作後4日目、ベットのまま個室へ転室するが、眼にはタオルをあて補液しながら行なう。発作後5日目、10度の半坐位をとり徐々にならして、10日目には自力の起坐が可能になった。発作後17日目で歩行となる。この時家族はちょっと難色を示したが、救急時の準備を整えた上で

歩行前後の観察を充分に行なう事を説明して、無事歩行までもっていく事ができた。元気になってからの患者はとても苦しかった発作当時を思い出しては時々涙を流していたが、「ほんとうに助かって良かった。今こうしているのが夢のようだ。小さな病院ではとても助からなかった。」と話している。

IV 考察およびまとめ

この様な緊急時に看護婦は、まず患者の生命を守る事を第一に考えて行動すべきであり、急性ショック症状に対し直ちに対処できたのは、救急蘇生について学んだ現任教育が非常に役立っている。患者の急変時は、家族の受ける衝撃について配慮し、相手が興奮している時は一緒に腹を立ててしまうのではなく、夫の暴言とも言える言葉に対して、一層冷静に対処できる力を身につける事が大切であり、起こった事態を理解させ、処置がしやすいよう協力を得る方向に持って行く事が必要となる。緊急事態を脱してから医師より肺梗塞について臨床講義を受け、その後あらためて手術から発作までの経過を見ると、歩行を開始したのが塞栓症を起こしやすい時期であった事や、血栓症の誘因となる鼓腸や、前駆症状である発熱が続いていた点など「やはり」と思いついた事も多かった。この患者が肺梗塞の症状も落ちつき笑顔で話せるようになった時、わらにもすがりたいような苦しさ、命の助かった喜びを涙ぐんで語るのを聞き、看護の仕事にたずさわる幸せをしみじみと味わう事ができた。最初にも述べたように肺塞栓の死亡率が高い中で発作直後の一番大切な時期をのがさず行なった処置により、生命をとりとめる事ができる例もあるので、最後まで最善の力をそそぎ看護にあたるべき事を教えられた。