

広汎性子宮全別出術術後  
疼痛の看護の一例

発表者 栗山 えみ子  
婦人科 一同

子宮頸癌の根治療法の一つである手術療法では、ゆりまでもなく広汎性子宮全別出術が行われておりますが、良性腫瘍の際の単純全別出術と異り、患者の侵襲も必ずしも少なくなく、術後における看護面でも細心の注意と、努力が要求されております。特に本手術の術後疼痛の看護は種々の医学的処置も関連して主要な一面であります。

一般に術後患者の疼痛の感受性は患者の性別、年齢、精神状態、体質、職業、社会的環境などに左右され、又手術技術、部位、安静度、創傷包帯の影響、個人差等により色々であります。開腹手術後では24時間位は、呼吸運動に際し疼痛を訴えることが多く、ことに咳嗽、吃逆等による疼痛は激しい。

広汎性子宮全別出術の場合は此等の外に排泄をうながす尾骨ドレナージ、尿管瘻予防のために入れる尿管カテーテル、膀胱内留置等による苦痛、体位交換の抑制による疼痛を、次々訴える患者の不安、いらだちを看護婦自身がいかに察知し、いかなる看護をなすべきかが大きな課題となります。

年間20～30に及ぶ広汎手術例がありそれらにたいする苦痛の軽減は、早急に解決を要する問題であります。

代表的症例についての看護の反省と、看護処置によりいかに軽減をはかるか等の点を念頭におきながら、疼痛の看護について、述べてみたいと思います。

症 例

- A 観察期間 昭和46年3月29日～4月13日  
B 患者紹介 ○ 沢 ○ 子 44才

家庭の主婦で患者自身農業をもっており家族は夫と、17才、15才の男の子4人家族。

現病歴

昭和36年某院で診察子宮腔部ピランを指摘されるも放置、昭和46年2月23日県の集団検診を受け、細胞診でclass 4のため子宮腔部の診査切除を行いました。

検査の結果子宮頸癌(扁平上皮癌)と診断され信大に紹介された。3月8日本院外来受診。早期だから手術するように勧められ3月16日、子宮頸癌1期という初診時の診断で入院しました。

性格は、自己中心的であり、時にはやみえつぱりでもあるが順応性がありました。

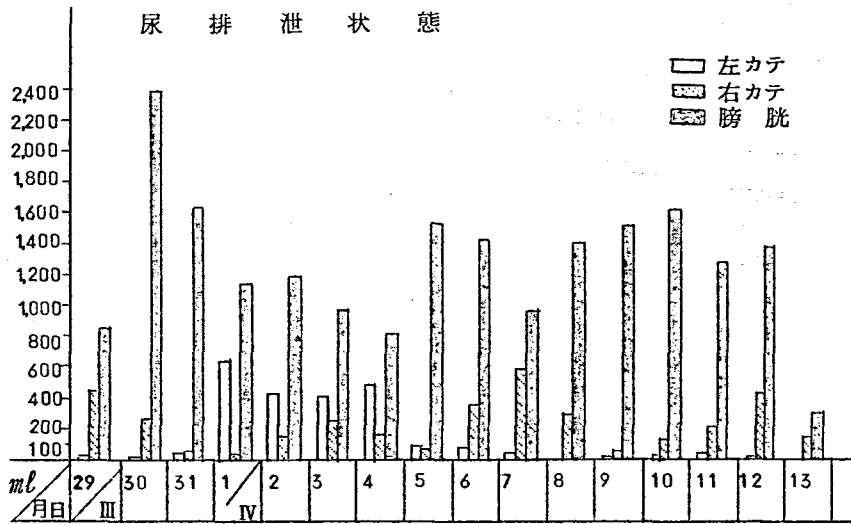
病識は、医師よりガンのようなもので、手術には血液10本位必要と言われガンではないかと思っている。進行度は1期であると言っている。

精神面に対して不安、心配と留守宅の家事について心配がありました。

手術および経過

手術当日、術前処置は手順よく済み、続いて両側に尿管カテーテル及び膀胱内留置カテーテルが挿入され、広汎性子宮全別出術が施行された。麻酔は全麻と腰麻が併用され、術中出血総量1135ml、輸血量1200ml、所要時間3時間15分で総て順調に終了。

第1表



術後一般経過は良好で尾骨ドレナージからの排液量もますますの状態では生活反応の変化もなく、しかし疼痛に関しては訴えが激しく帰室後3時間頃より訴え始め、5時間後鎮痛剤(麻)オビアト0.5ml施行。その後浅眠状態でしたが、14時間後に再び疼痛の訴えが強く2回目の(麻)オビアト0.5mlが筋注されております。



翌日になっても不眠及び疼痛の訴えあり、この間の経過は後で詳しく述べますが、10%フェノール、ソセゴン15mg、アタラックスP25mgなどが注射されました。

手術後2日目には、尾骨ドレーンが抜去されましたが、排ガスなく3日目、4日目とワゴスが筋注静注されまして、4日目正午近く排ガスがようやくありました。

食事はその日の夕食より流動食翌朝流動食昼食夜食三分がゆと二食上りですゝめていきます。

術後7日目全抜糸。創部は癒合されたかのようにみえましたが、翌日、嘔吐と共に創部が離開してしまい、哆開創縫合術が行われました。

低蛋白血症の原因もあつたのか、今度は極力患者の協力を得、14日目に抜糸。結果は良好で同時に両側尿管カテーテルが抜去されました。

その後、徐々に回復を早め残尿も少なくなりました。手術時の摘出物の組織検査の結果癌は頸管の一部のみ限極、他部への浸潤もなく、リンパ節転移が陰性でしたので術後照射の必要もなく術後43日目に無事退院することが出来ました。

第Ⅲ表

歴日	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
病日	OP	1	2	3	4	5	6	7	OP	1	2	3	4	5	6	7
P	110	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
T	38	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
X																
輸液・鎮痛剤	0.5	0.5	1.5	1A	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←
輸血																
糞便		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
食餌	欠食															
排液量	左 70	右 20														
記事																

看護計画とその実際

A 看護上の問題点

- ① 疼痛の訴えが激しい。
- ② 精神状態が不安定で騒音に対して敏感である。
- ③ 尿管カテーテル、膀胱内留置、尾骨ドレーンが挿入されている。

B 最終目標

不安、心配の除去につとめ快的な入院生活を送り一日も早く社会復帰できるよう援助する。

C 看護目標

- 術後異常の早期発見に努める（出血、尿流出状態、生活反応）
- 疼痛及び苦痛の緩和
- 術後精神的動揺に対する観察と援助
- 二次感染、合併症予防
- 体力回復及び創傷治癒促進

D 看護の実際

文献によりますと、術後疼痛は24時間位で消失すると書かれておりますが、当科におきましてはどの様な状態であるか昨年1年間87例中の術後疼痛発来時間、年齢によつての疼痛の関係、鎮痛剤使用回数等について参考のため調べてみました。

第Ⅳ表

当科における術後疼痛の調査

上段 腹式単純子宮全別+附属器切除

下段 広汎性子宮全別術

・印 本人

年齢別鎮痛処置回数

年齢	回数	0	1	2	3	4	平均
20-39才		4	13	10	5	0	15
		0	4	2	0	0	133
40-59才		2	15	11	2	0	143
		2	7	7	0	0	131
60才以上		0	2	1	0	0	13
		0	0	0	0	0	-

術後疼痛発来時間

術後時間	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	平均
人数	29	20	8	5	2	0	0	1	0	0	3
	9	5	3	0	3	2	1	0	0	0	4.6

総数 87例 腹式単純子宮全別+附属器切除 65例  
 広汎性子宮全別術 22例

第Ⅳ表からみましても術後3回以上注射を行っている人はなく、40～50才では平均1.3回と出ております。

また疼痛の原因として考えられるものに

- ①手術による創部の疼痛
- ②尿管カテーテルの尿流出停滞
- ③腹部膨満、腸の蠕動運動の症状から来るもの
- ④心因性

があげられます。

これらの対策として

- ①に対しては、術後鎮痛剤として(麻)オピオイド0.5ml2回まで使用可の指示あり、疼痛状態の観察により注射を施行し、軽減をはかる。
- ②に対しては、尿流出停滞時には生食注入により尿の流出を促し疼痛軽減をはかる。
- ③腹痛に対しては異常がないかぎり患者からの要求があってもその都度、注射をすることにより排ガスの遅くなることなどの理由を説明し納得させ腹部膨満はメンタ湿布により緩和させる。
- ④患者の不安、欲求不満をのぞくため、充分の説明をし、暗示を与えたりする等が考えられこの対策のもとに看護にあたりました。術後3時間頃より、創部痛の訴えがありましたが、処置するほどの状態でなかったので様子を見ました。5時間後に訴えが強くなったので、(麻)オピオイド0.5ml筋注いたしました。その後は軽減し、8時間ほど浅眠状態で疼痛の訴えもなく経過し、朝方4時頃再び疼痛を訴え術後14時間で、(麻)オピオイド0.5ml施行しております。

その後は術後1日目の18時頃までは我慢出来ないほどの訴えはなく経過しました。

尿管カテにつきましては、帰室後尿の流出が悪く、腰痛の訴えがあり生食注入を1時間毎に施行するも流出緩慢のため受持医に報告し、両側尿管カテーテルを5cm程抜きその後流出良好にて腰痛は軽減しております。

疼痛については、術後1日目18時頃から自然排ガスが出るまで、4日間特に訴えがひどく主として腸蠕動運動のための疼痛及び腹部膨満感と長時間仰臥位しているための腰痛を訴えました。

しかし、せっかく腸の働きがはじまったところでできるので、その痛みを止めてしまうことは出来ないうし、又腰痛がひどくても尿管カテーテルが挿入されているために、体位交換をすることは、危険であること、そして今までの経験から、だいぶひどい腰痛を訴えていた人でも術後3日間がまんすれば馴れて来て、腰痛の訴えもなくなってくる等の点から、何かをすることにより、患者の注意をそちらにむけ、少しでも安楽を感じさせられたらと考えなるべく注射をせずに効果をあげたいと思いました。

腹部膨満および腸蠕動運動のための疼痛に対しては、メンタ湿布を施行したり、腹壁の緊張をとる

ために、静かに膝をまげさせ、下に安楽枕を入れたりしました。

また腰痛に対しては原則としては何も使用したりしないのですが、あまり訴えかたがひどいので付添人に手を入れることを指導したり、薄い円坐を挿入したりしてみました。

しかしこれらのどの方法もはじめのうちは、患者も楽になったと言いますが、効果は長つづきせずそれらをくりかえし行い苦痛の軽減して来るのを待ちました。

また、手術前に同じ手術をした患者からいろいろな知識を与えられていすぎ「他の手術をした人は、ガスが出る時だけ痛かっただけだと言ったのに私は、こんなに早くから痛くておかしいのではないか」と興奮気味になって訴えるので

「苦しい時のことはだんだん忘れてしまうもので皆こういう苦しみを味わって良くなって来たのだが、貴女が手術を受けるのが嫌になるといけないから簡単に言ったのだろう、またガスを早く出し体力の快復をはやくするために腸を動かす注射をしてあること」等話しました。

それらの説明に対してその時はわかったと納得を得たように思えても1時間位たつと、こんなに痛ければ眠れないなどと、不眠を訴え騒ぎ出してしまいます。精神安静の意味で、10%フェノバルを1筒使用しております。注射施行時これはとても良く効くから安心して眠りなさいと暗示にかけるもその後、2時間位睡眠がとれた様子であったが再び「ちつとも眠れない」「2日間も痛みどうしではどうにかなってしまう」など他の患者のことをひっぱり出して、言いはじめやや興奮気味でした。また注射することは簡単であるが今注射することにより体力の回復が遅くなり、ガスの出が遅くなって、また同じ様に苦しまなくてはならないなど良く話し、その時は納得した様子でおとなしくなったが、また1時間位で騒ぎ出すため、医師の診察により、不安が除去され落ちつくのではないが、また一般状態は看護側からは異常はみとめられないが、異常なのかと思ひこの二点のため、当直医の診察を依頼しました。医師から異常のないこと、ガスが出るための痛みであることなどの説明がなされ我慢する様説得されましたが、患者は受けつけずこんなに痛くては我慢出来ないといヒステリックになり説得の効果がみられないため、夜中でもあるのでやむを得ず、ソセゴン15mg、アタラックスP25mgの注射を指示にて行いその後15分ほどで、いびきをかいて眠ってしまいました。疼痛も2日目昼頃より軽減した様子にてメンタ湿布、円坐等の使用のみで、がまん出来たようでした。

又呼吸開創縫合術のあとは、自分でも術後ささいなことが原因していると思つたらしく、最初の時とはうってかわって、がまん強くおとなしく、1回の鎮痛剤も使用せずに経過しております。

#### 考 察

この患者は手術を受ける前、術後経過の良い患者と同室であったため良いアドバイスをしてもらっていると思っていたのですが、看護側で行った術前のオリエンテーションよりも他の患者からの情報のほうが強く頭に残ってしまって、こちらで考えていたことと反対の結果になってしまい考えさせら

れました。再三納得のゆく様に説明にあたったつもりでも、患者に理解してもらえるところまで行かず、ただ興奮してしまいう結果となり、本当に痛いのか、それとも不安心配のために一層強く訴えるのか、それをみわけることの困難さと説得により訴えを軽減させることのむずかしさが感じられ、それと機械的に苦痛を軽減させることは長い時間効果が続かないので手をかえ、品をかえて、ズクをおしませ看護にあたる必要性を感じさせられました。この患者に退院許可が出てから、

「手術の時はだいぶつらかったよりだけど良かったですね」

と言ったところ

「そんなに痛くなかったわよ、過ぎてしまえば忘れちゃうのね」

と屈託のない笑顔を見せていました。私達が患者把握のための方法論を考える場合それは云うまでもなく「患者よりの訴え」が重要な比率を占めています。

今回の症例をとおして感じたことは、この訴えに対して適切な対応をすることがいかに、難しいかということでした。当患者の場合低蛋白血症の原因が鎮痛剤の影響によるものであるとの断定はできないにしてもその一因をなしたという事実は明確であると思います。私達が看護処置をする場合、どんなささいなことでもそれは必ずや患者に何らかの影響を与えるものであることを改めて認識した次第です。

私達は今回の症例を謙虚に反省するとともにこの経験を生かし今後の看護に励みたいと思います。