

## 聴神経腫瘍患者の看護：プライマリーナーシングへのアプローチ

岡本, 陽子  
九州大学医療技術短期大学部

井上, 登美子  
九州大学医学部附属病院

<https://doi.org/10.15017/124>

---

出版情報：九州大学医療技術短期大学部紀要. 8, pp.57-60, 1981-03-25. 九州大学医療技術短期大学部  
バージョン：  
権利関係：

# 聴神経腫瘍患者の看護

## —プライマリナーシングへのアプローチ—

岡本陽子\*                      井上登美子\*\*

Nursing care for the patient with  
Acoustic Neurinoma

— An approach to Primary Nursing —

Yoko Okamoto              Tomiko Inoue

### 1. はじめに

聴神経腫瘍は良性の頭蓋内腫瘍で、その治療の目的は、手術による腫瘍の全摘出術を施し、できるだけ中枢神経や末梢神経を損傷しないで患者を罹病前の活動水準にもどすことにある。腫瘍全摘術後の患者が日常生活に復帰している例は多いが、腫瘍が大きいほど、また術前の経過期間が長いほど、手術手技にも困難を伴い、ひいては手術死亡率も高くなり、術後の機能回復はおくれ、永続的な機能障害も大きくなるものと思われる。聴神経腫瘍は多様の症状が出現し、経過とともに患者の苦痛は増大する。罹患年齢は、16歳～72歳にみられるが、<sup>(1)</sup>高齢者の場合は、老化による生理的機能の低下が加わり、治療、看護を難かしくする。又、脳神経外科患者の手術後経過の中で看護婦の果たすべき役割は治療介助もさることながら、機能回復への授助がより重要な部分を占めるものと思われる。

今回の研究では、再発のない聴神経腫瘍症例を選び、その中でも老齢で腫瘍の全摘出術を受け、顔面神経は保存できず、神経吻合術は行われないうまゝの1例について、その術後の日常生活動作に注目しつつ看護のあり方について考察した。

### 2. 対象と方法

下に述べる症例について、昭和54年11月5日、患者が九州大学医学部附属病院脳神経外科病棟入院から、昭和55年3月28日退院までの看護を対象とし、この期間中の看護日誌を検討し、医師指示簿、さらに一部は医師による入院日誌の記載についても参考とした。

### 3. 症 例

患者は64歳の寡婦で、息子夫婦とその子ども2人と同居している。昭和54年11月5日歩行入院した。

主訴：左聴力低下，左耳鳴，ふらつき歩行，腹部腫瘤

既往症：幼少時に扁桃腺炎，34歳に避妊手術，虫垂切除術，59歳に白内障，61歳に子宮筋腫を指摘された。

現病歴：2～3年前頃から左聴力の低下とせみの鳴声様の耳鳴が起こった。1年半前頃から歩行はふらつき左の方へ傾き，左足のスリッパは脱け易くなり，1年前には左聴力が消失し，左側の額，頬のしびれ感と左口角からよだれがこぼれ，足のふらつきもひどくなった。頭部スキャンにより左小脳橋角部腫瘍といわれ，九州

\* 九州大学医療技術短期大学部

\*\* 九州大学医学部附属病院

聴 神 經 腫 瘍 患 者 の 看 護

大学医学部附属病院脳神経外科に入院した。

入院時の患者の状態：体温 36.2℃，脈拍数64 /分，呼吸数 18 /分，血圧 118 / 70 mmHg，身長 149.5 cm，体重 48.5 kg，性格は神経質，体格は小柄，アレルギー-体格はない。

入院時神経学的所見：意識清明，うつ血乳頭はない。Bruns の水平眼振，左角膜反射低下，左顔面感覚低下，左聴力消失，左側味覚低下，舌の右方偏位，上肢の協調運動低下，不安定性歩行が認められ，立たせると左側に倒れ易い。レントゲン学的検査では，小脳橋角部に 3.5 cm × 2.5 cm の血管に富む腫瘍がみとめられた。婦人科受診の結果，子宮筋腫と診断されている。

手術：全身麻酔により右側臥位で，左後頭下開頭，手術用顕微鏡を用いて，左聴神経腫瘍全摘出術が行われた。術中，顔面神経が切断された。

術後経過：手術室から帰室時の患者の意識は昏睡状態で，皮膚の痛み刺激に対しても反応しなかった。左右瞳孔の対光反射は敏速で瞳孔不同はなく，大きさ 2 mm，円形で，右眼球は中央に，左眼球は内下方に偏位していた。四肢の運動麻痺はなかった。午後 9 時 30 分，呼びかけに半分開眼し握手に応じた。術後 1 日目は傾眠状態であったが，簡単な言語答申はできた。左顔面麻痺は目立たず，左眼瞼閉鎖は可能であっ

た。術後 2 日目，体温 37.5℃，脈拍数 100 /分，呼吸数 18 /分，血圧 172 / 92 mmHg，意識は明瞭で，左顔面麻痺が明らかとなった。舌は左側へ偏位し，左舌下神経麻痺，左上肢の振せんがみられた。発語状態は悪かった。術後 1 日目より舌根沈下が起こりやすく，気道分泌が多かったが，術後 5 日目，気道閉塞し，陥没呼吸となり，気管内挿管をした。術後 11 日目，呼吸不良状態で，瞳孔不同が出現した。術後 13 日目，意識状態は更に悪化し，気管切開を行った。この時，気胸を併発した。術後 15 日目，意識は一時改善し，命令指示に応じた。この日の CT スキャンで，四丘体脳槽の変形が認められた。術後 16 日目，体温 39.7℃，脈拍数 140 /分 頻脈，呼吸数 9 ~ 10 /分で深く，血圧は 90 / 60 mmHg に低下した。四肢末端にチアノーゼがあり，左上下肢に不全麻痺が出現した。この日の胸部 X 線で肺炎の合併が認められたが，以後呼吸，意識状態は改善され，術後 23 日目意識明瞭となった。術後 18 日目，脳波検査で，右大脳半球に全汎性の徐波が認められ，右大脳半球梗塞が明らかになった。

日常生活についての術後経過と看護：手術後，患者は日常活動動作，食事・運動・清潔保持・排泄のすべてを自分ですることができなくなった。手術後 3 日目，患者は意識明瞭であったた

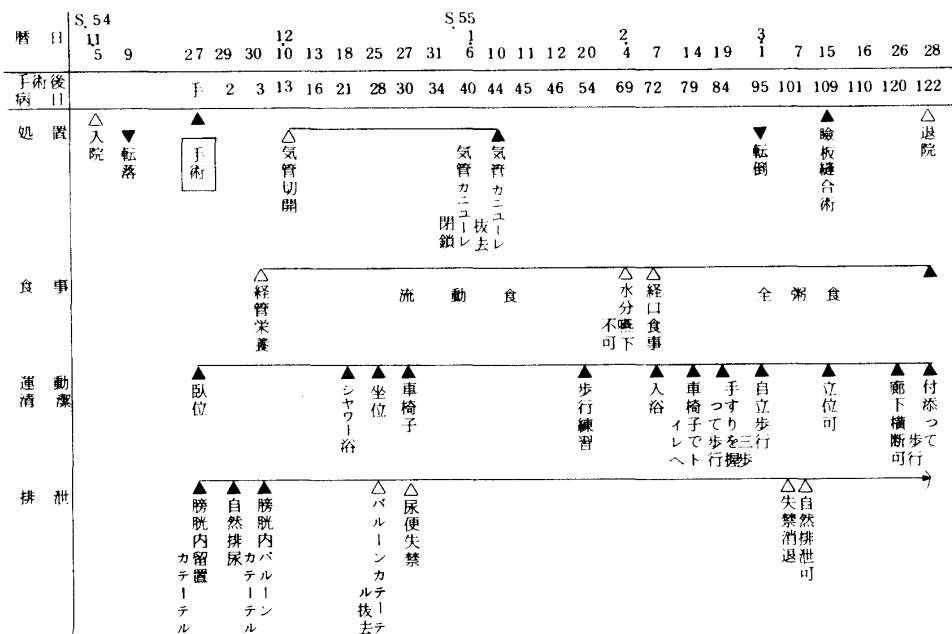


図 1 手術後の日常活動動作の回復過程

め経口的に流動食を与えたが、誤嚥があり中止し、経鼻的経管栄養法を行った。手術後1日950カロリーの流動食を投与し、13日目から1日1930カロリーの濃厚流動食が与えられた。経口的に全粥食を摂取できるようになって、患者はベッド上起坐位となったが、身体は左側に傾き易く、常に傍にいて支える必要があった。食物は小スプーンを用いて少量ずつ右口角から摂取するよう指導したが、左口腔内に貯溜し、左口角から多くの食物が流出した。誤嚥咳嗽があるため食事に1時間余りを要した。食後にうがいをして口腔の清潔保持を促すよう努めたが、水を口に含むことは困難であった。しかし、うがいをした後は左口角からよだれの流出は減少した。術後3か月経過した頃から食事は30分程度で全量摂取できるようになった(図1)。

運動は左上下肢の不全麻痺のため極度に障害された。呼吸器合併症のためベッド上安静は長くなり、離床は遅れた。ベッド上での体位変換や坐位にも援助が必要であった。手術後28日目膀胱内留置カテーテル抜去後は車椅子移動ができ、日中の坐位時間を長くした。手術後52日目からリハビリテーション科での機能訓練を開始した。手術後54日目から歩行練習を行ったが、左側に身体が倒れ易く、両側からの介助が必要であった。術後3か月頃から、右手で手すりを握って歩行できるようになり、廊下を小幅な歩行で横断することもできるようになった。背もたれや肘掛けのない椅子にも不安なく、長く腰掛けることができた。しかし、患者が歩行練習開始後、床に転倒して左前頭部を打撲したことが、患者の歩行練習に対する一時的な恐怖心を招いた。

身体の清潔保持は、気管切開術を施した当初は、全身清拭と口腔内清拭によっていたが、呼吸状態の改善に伴って、手術後21日には入浴用ストレッチャーに仰臥位でシャワー浴を行った。手術後33日目、浴室の椅子に坐ったり、浴槽に入ることもできるようになったが、身体が倒れ易いことと左上下肢が使えないため、自分で衣服を着脱することはできなかった。

排泄はこの患者にとって最大の問題であった。

尿便失禁は術後101日目まで続き、尿失禁は1日数回、時間は不定で、尿意を訴えても排泄の準備の途中で失禁することが多かった。このことは患者の精神面への影響が大きかった。

顔面筋の麻痺があり、ことばが不明瞭なためコミュニケーションに多少の困難があった。

#### 4. 考 察

聴神経腫瘍全摘出後の患者に起こってくる問題には、脳神経の損傷による顔面筋・舌の神経麻痺・嚥下困難、言語障害および聴力・平衡障害がある。患側の眼瞼閉鎖不全には、角膜損傷による感染を防止する目的で、角膜保護剤の点眼が不可欠である。又、夜間睡眠時に、患側眼瞼を絆創膏で閉鎖しなければならない。顔面筋の麻痺は、外貌を変形させるばかりではなく、会話や摂食を困難にするので、患者の精神的衝撃は大きい。更にこの患者のように上下肢の機能低下を伴うと、患者の無力感を増強させるので、精神的抑うつや孤独を警戒しなければならない。

このような患者は、他の患者と交流ができるように病室環境についても十分配慮する。一時的に、患者は看護婦に対して遠慮しがちで、患者が口に出してははっきりとそのことを云うまで看護婦は気づかないことが多い<sup>(4)</sup>。患者の病状が慢性化するとよほど大きな変化がない限り、精神的、身体的動揺、変化を見逃しがちである。患者の他覚的所見、訴えをその都度把握し、その背後の心理的推移を評価して対処することが大切である。

これは機能別の、機能的看護では解決できない課題であろう。この患者のように、術後2日目以後、100日余りの間、1日数回の尿失禁を繰り返すような場合、その原因が、意識レベルの低下によるものか、老化に伴った機能の減弱によるものか、これらが相互に作用しているのかを考えながら、全人的な看護を続ける必要がある。それがないと問題を解決する糸口をつかめないまま、看護過程が実施されるであろう。

リハビリテーションでは、患者の上肢が使い

るかどうかが、患者の社会生活への適応を評価する上での重要な指標になる。食べたり、衣服を着脱したり、排泄する、清潔にするなど日常活動動作の90%が手を必要としている<sup>(3)</sup>この患者にも回復停滞の原因の一つとして左上肢の不全麻痺が考えられる。しかしながら、コミュニケーションの困難さから、患者に対する全体的な理解が進まず、ひいては更にそれを看護計画にフィードバックすることができなかつたことも大きな原因であると考えられる。

患者が一つ一つの日常活動動作を、段階的に、習得できるように励まし、援助することが必要であるが、そのためには、実施した患者へのアプローチを絶えず評価し、それを看護にフィードバックすることが、このような複雑な生活上の問題を持つ患者に必須である。このような看護には、特定の看護婦が、特定の患者に関心と責任をもって、患者とかかわっていく看護システム、いわゆる、プライマリー、ナーシング<sup>(2)</sup>を考える必要がある。

看護での機能的分担が重視される以前の看護は、形の上では現在いわれるプライマリーナーシングと同様のものであったといえよう。しかしながら、現在のプライマリーナーシングに要求されるものは、患者の経過の各段階で、質の高い看護を行うとともに、それを正しく評価し、そのことをその後の看護計画に移し実行することであることを強調したい。

個々の看護技術の複雑化に伴って、看護の各断面での操作が高次のものとなり、そのことが看護の機能的な分担を促してきた。しかしながら、よい看護は、好ましい患者・看護婦の上のみ成り立ち得るものであろう。本論文で対象としたような患者の日常活動動作改善を援助する過程で、患者・看護婦関係を成立させるためには、患者の当面の要求をその都度察知し、可能なことは即座にそれを充たすことによって患者の信頼を得ることが大切であろう。そのことから、患者の家族をも含めた相互理解が深まり、看護面からの指導を有効なものとする事ができるといえよう。

#### 4. む す び

左聴神経腫瘍全摘出術を受けた64歳の女性の看護について述べた。この患者は高齢の上、巨大腫瘍であり、手術も長時間を要し、腫瘍は全摘されたが、顔面神経は保存できなかった。そのため、下位脳神経障害による嚥下困難、言語障害を伴い、肺合併症を併発し、また、右大脳半球梗塞による左側不全片麻痺を併発し、一層病像を複雑、困難なものとした。看護の上では身体的な症状回復援助を目指すとともに、情緒面に対する考慮の必要性を痛感させられた症例である。このような患者の看護に対してはプライマリーナーシングの必要なことを強調した。

#### 引 用 文 献

1. Ojeman, R. G., Montgomery, W. W. and Weiss, A. D. : Evaluation and Surgical Treatment of Acoustic Neurinoma. *New Engl. J. Med.* 287 : 895 - 899, 1972.
2. Hegyvary, Sue T. : Foundation of Primary Nursing. *Nurs. clin. North Am.*, 12 : 187 ~ 196, 1977.
3. 高橋孝文 : 麻痺のリハビリテーション, 中枢性運動障害の特性をさぐる, *臨床看護*, 3 : 536 - 543, 1977.
4. ヴェン. デン. ベルグ著, 早坂泰次郎, 上野轟訳 : 病床の心理学. 32 - 34, 現代社, 東京, 1980.