

チヨウシンケイシュヨウカンジャノカンゴ : ゲンゴ シヨウガイオチュウシンニシテ

岡本, 陽子
九州大学医療技術短期大学部診療放射線技術学科

<https://doi.org/10.15017/201>

出版情報 : 九州大学医療技術短期大学部紀要. 17, pp.17-22, 1990-03-05. 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

言語障害を中心にして

岡本陽子*

Nursing Care for patients with Acoustic Neurinoma

Youko Okamoto

はじめに

看護者は看護ケアの下にある患者のニーズを知る手がかりに言葉によるコミュニケーションを求める。しかし患者のニーズ表現の50%は非言語的な方法によっている。このような患者と看護者それぞれの前提とするものが異なると、正常な言語機能が維持できず、しかも感情面を伝達する表情運動が障害されている患者の問題は周囲の人びとに一層理解されにくい。そして看護者が提供する援助が不十分となる要因になりかねない。その結果、患者は長期にわたって日常生活で苦痛や孤独に耐えることを強いられるかもしれない。

したがって言語障害のある患者の看護は、患者に言語障害を生じさせている病態は何か、患者は言語障害をどのように感じているか、障害が日常生活に影響している範囲はどれ位かを把握して患者が安寧と健康を出来るだけ早く回復するように力をかすことである。

一般に脳神経外科領域では、中枢神経、末梢神経の両者あるいはいずれか一方が疾患や傷害によって侵されて言語障害を生じる患者は稀ではない。ここに論じる聴神経腫瘍術後患者も言語障害に直面する。聴神経腫瘍患者に生じる言語障害は麻痺性構音障害に属する。これは構

音器官の神経障害によって生じた言語の運動障害である。⁽¹⁾つまり口をうまく動かすことができなくなったために発声発語を完全に構成できなくなる。

大きな聴神経腫瘍の手術後、患者は脳神経の第5、第7、第8、第9、第10、第11、第12神経障害を生じやすく、口唇、舌、軟口蓋、咽頭、頬、下顎、喉頭の知覚および運動神経麻痺を伴って構音が障害されやすい。発声発語では破裂音のP音、b音が不明瞭になる。更に小脳症状による失調性発語を伴うこともある。

顔面麻痺は言語障害と密接に関係して心身の問題を生じさせる。この心身の問題を明らかにして適切な援助を提供する必要がある、筆者もそのことに言及してきた。⁽²⁾実はこれまでそのことを明らかにした看護の文献は少ない。

この研究は聴神経腫瘍患者が言語障害にどのように向き合っているのか、その問題への看護者の対応を明らかにする。

1. 研究方法

平成元年5月12日入院から平成元年6月2日退院までの看護及び退院後、外来受診を行った平成元年10月25日まで受診回数4回のうち1回、外来で約1時間、質問表を用いて面接を行った。神経学的所見については医師の診療日誌を参照した。

*九州大学医療技術短期大学部看護学科

2. 症 例

患者は52歳の女性で中学校図書館司書をしている。診断名は左聴神経腫瘍再発である。

1984年7月左聴神経腫瘍の診断でS医科大学附属病院において腫瘍全摘出術を受けた。その後1年に1回定期検診を受け、CTで経過観察されていた。

1989年4月ふらふら感が出現し、気になり家の近くの公立病院を受診した。ここで、K大学医学部附属病院脳神経外科を紹介されて外来を受診した。

1989年5月12日K大学医学部附属病院脳神経外科に手術目的で入院した。入院時の神経学的所見は表1のとおりであった(表1)

患者は左聴神経腫瘍再発と診断されて、1989年5月23日腫瘍全摘出術を受けた。顔面神経は保存された。手術後、患者の自覚症状が増強したのは次の事柄であった。

左眼瞼裂閉鎖不全

左顔面知覚麻痺

左顔面筋麻痺

こうして患者は構音に関与する器官を支配する神経障害を生じて下顎の開閉運動、口唇の完全閉鎖運動、舌運動の共同運動が妨げられた。つまり、口をうまく動かせない状態になった。

患者は手術前から左聴力喪失を伴っていた。このため対話時は右側からの対応を求めた。顔面知覚の鈍麻と痛みは持続した。患者は顔面の変形が著明になってから対話時、しばしば手で左顔面を覆うような動作をしているのが観察された。会話中、自分のことばが聞きとりにくいのではないかとたずねることもあった。

患者は1989年6月3日退院した。退院時及び6月19日外来受診時に聴取した面接内容は表2に示した。また、外来受診時の顔面知覚と顔面筋に関する所見は表3に示した。

表1 入院時神経学的所見

1 腫瘍の部位と大きさ	
1 × 1 × 2 cm大、黄色調、軟らかい腫瘍で左内耳孔より突出し、小脳橋角部に発育、三叉神経と橋を圧迫	
2 左側	
額しわ寄せ	- 4
眼瞼裂完全閉鎖	- 2
口唇完全閉鎖	- 2
開 口	- 2
頬ふくらまし	- 2
笑 う	- 2
聴 力	- 4
味 覚	- 4
舌	萎縮 束状収縮
軟口蓋	中心 運動良好
咀嚼筋	萎縮
顔面知覚	
眼神経	- 3
上顎神経	- 4
舌顎神経	- 2
下顎反射	++
つぎ足歩行	不可
反射 Grade : - 消失 ±~+正常 ++亢進 +++著名に亢進	

表2 日常生活の変化

質問内容	6月3日退院時	6月19日再来受診時
1. 食べるよりも飲むのが大変ですか	はい	いいえ
2. 特殊な飲み物は避けねばなりませんか	いいえ	ドリンク剤はストローで飲む
3. 飲むときは何か飲み易くする用具をういますか	ストローを用いる 栄養ドリンク剤など小さい 口のもの飲みにくい 口をすぼめられない	ストロー
4. 飲んでいるとき衣服を汚さないようにするのはむずかしいですか	ドリンク剤のみ	大丈夫
5. ある種の食物をとるのを避けねばなりませんか	いいえ	いいえ 左口唇は冷感熱感を感じない
6. 手術後、食物をかむのはとても大変ですか	いいえ	それ程でもない左はかめない 右だけでかむので他人よりもお そい 時間がかかる
7. 手術後、味覚が変わりましたか	いいえ	左 低下
8. 食事中特に何か工夫していますか	いいえ	いいえ
9. 今、歯の手入れに「層き ちようめん」ですか	はい 3食後に必ず歯みがきする 左口腔内にたまり易い	左に残る うがいができるよう になった ただし、手で左口角 をとじる必要があるとって頬 をふくませてみせる
10. 顔面麻痺のためいつも 痛みを感じますか	はい 左眼外側、左眼の下外側、 左鼻の下、 左口角の周りのところ左 眉の上の痛みはごく軽い	左眼瞼外側及び米かみのところ
11. 顔にしびれたところ がありますか	左眼瞼、左眼外側、左鼻の下、 左口角の周り	左眉、左鼻の下、左口角りところ が引っぱられた感じ、こわば った感じ、凍ったばかりとし た感じ、一日中変わらない
12. 眼に支障がありますか	つぶりにくい 疲れ目の感じ	左下方をみたとき物が2つに見 える。 点眼は入浴後や外出から帰宅し たときにする。
13. めまいが障害になって いますか	ない	ない、横になったとき、時々耳 鳴がする
14. 手術後、疲労感で妨げ られますか	ない	ない
15. 手術後に顔面麻痺のある 患者さんと会いた いと思いませんか	はい	そうでもない
16. あなたは人があなたに 話していることが理解 しにくいですか	ない 左側を壁にするようにして いる	ない はっきり耳が聞こえませんとい っている

17. あなたははっきり話すことが一層むずかしいですか	緊張したときはハ行が発語しにくく、気になる	ハ行が話しにくい。英語をやってみようと思う
18. 人に会うのが大変ですか	いいえ	親しい人とはいいけど、知らない人とは苦痛。これからは友人に誘われたら一緒に出かけるつもりでいる
19. 手術前に比べて今は人に頼ることが多いですか	いいえ	いいえ
20. あなたは前よりも今の方が自分ですることが多いですか	変わらない	はい
21. あなたは家族や友人が手術後にあなたに与えたことを期待していますか	いいえ	いいえ
22. あなたはあなたの顔のしびれについて話しましたか	はい	いいえ
23. 手術後に援助を受けましたか	ない	ない
24. 入院中は安全と思えましたか	はい	はい
25. あなたに与えられた情報は満足できるものでしたか	はい	はい
26. 飲み込む困難さにわずらわされていますか	ない	ない
27. 以前よりも悲しみを感じますか	いいえ	いいえ
28. 手術直後に比べて今の方がよくなっている状況にありますか	いいえ	生活の方はよい 顔の感じのみひどい
29. 手術前と同様に意味のある生活ですか	はい	はい

表3 神経学的所見の変化

左側	5月12日 入院時	5月23日 手術後	6月3日 退院時	6月19日 来院受診1回目	7月2日 2回目	8月28日 3回目	10月25日 4回目
顔面知覚							
眼神経	5/10	5/10	5/10	2/10	5/10	3/10	3/10
上顎神経	0/10		1/10	0/10	1/10	0/10	0/10
下顎神経	5/10		8/10	3/10	8/10	3/10	3/10
	Grade: 10/10 (正常)		0/10 (完全知覚脱失)				
顔面筋							
前頭筋	-4	-4	-4	-4	-4		-4
眼輪筋	-2	-2	-3	-2	-3		-2
口輪筋	-2	-2	-3	-2	-3		-2
	Grade: 0 (正常), -1 (-25%), -2 (-50%), -3 (-75%), -4 (完全麻痺)						

考 察

聴神経の疾患と治療は患者の日常生活における基本的欲求の充足を阻害する。言葉は人間の思考、感情を対話の相手に伝達し、受け手はその意味と情的側面を理解する。ことばは意味を伝えると同時にことば自体のもつ感情的側面もまた伝える。ことばの表現機能は人間の顔面の働きと結びついて一層コミュニケーションの機能を拡大する

ところが聴神経腫瘍患者は手術前から手術後数ヶ月にわたって人間対人間の言語的、非言語的コミュニケーションの阻害を生じる。それは言語障害が顔面麻痺と密接に関連していることによる。顔面麻痺は感情、とくに笑いを表現を不可能にする。「顔面神経は一旦切離されたものを他の副神経や舌下神経で代用させても表情運動の回復は全く望めない⁽³⁾」のである。「笑えないとコミュニケーションできない⁽⁴⁾」という訴えは、笑いが対人関係において重要な役割を演じていることを表わす。患者は、「目が笑わないから人から感じが悪かった」といわれ、対人関係における苦痛を表現している。

下顎と舌の運動は食物の咀嚼の中心であると同時に発語運動の中心となる。咀嚼は発語を保障する能力なのである。⁽⁵⁾

表2に示すように、「左の方で食物が噛めない」「上下口唇が完全に合わない」ことは患者が言語障害の状態にあることを意味している。

「口の動きが悪くなった。急いで話すとことばがつまる。ことばをさがしているうちに変なことをいってしまう」「はっきり話すことが困難である。緊張したときはパ行のことばが出にくく、気になる」などの問題が存在する。一般にことばの障害があると意志が伝わりにくいという問題を内包しているので患者は会話することに自信を失い、劣等感、弱さないし無力感を生む。また相手に承認されるという人間的欲求が阻害された状態に患者はある。「親しい人と会うのはいいけど、知らない人と会うのは苦痛である。」「人に誘われても旅行にいかない」などは、看護者は患者の外見的な行動からだけでは

患者の内面的な意味を理解することはできないことを表わす。Lohneは「構音障害患者は『舌が厚くなった感じがしたり』『冬は寒さが顔をしびれさせて構音障害がひどくなる』⁽⁶⁾という問題を明らかにしている。

したがって、看護婦は患者と積極的に向き合う関係を作るようにしなければ患者は自分の不安や苦痛、その性質をはっきり伝えることはない。「ニード伝達の不能力によって患者は不安や苦痛にかられ援助を求め⁽⁷⁾」状態にある。

このような状況に対して看護者は患者に自分の手で口がまっすぐになるように患部をおさえて話すといった単純な方法を教えることで、患者はことばはもれず明瞭に発声発語ができるようになる。また、ゆっくり、落ちついて話すように指導するとよい。

表3に示したように、神経学的所見は手術後、一旦症状が悪化していることを表わしている。しかし、10月25日現在、眼輪筋、口輪筋麻痺ともに徐々に改善される徴候が認められる。「絶望は患者が心身ともにひどい状態になり、長期にわたって援助がなく障害に悩まされたときに起こる」「顔面の変形は精神的、身体的、社会的緊張をもたらす」⁽⁸⁾

このような状況で看護者は今、患者が体験し、感じている心身の問題を科学的及び共感的に認識するといった患者への態度が要求される。そのことにおいて医師の診療日誌データは患者の訴えを裏づけるものであり、データ解釈から導き出す看護診断に不可欠である。表2の質問表を看護ケアに用いることは、患者のニード⁽⁹⁾伝達の不能力を補充する有効な方法といえる。更に看護者はその時、その状況で問題を確認し、即座に患者のニードを充たすことができ、患者が生きる力を強め、生活行動能力を拡大することに貢献することができる。

ま と め

ことばの発語がうまくできない軽度の言語障害で、しかも他者にそれが存在することを気づかれないようなものであっても患者は大きな精

神的な苦痛に耐えているものである。また耐えるのみならず、早く不安や苦痛から逃れ、安寧を得て健康を回復するための看護者の援助を求めている。したがって看護者は患者の病理的変化を観察し、患者の反応を確認し、問題の存在を明らかにすることを求められる。そして看護者が適切な指導と技術的援助を提供すれば、患者の苦痛の期間を短縮することができ、社会的な適応を助長し、孤独から解放し、社会生活への復帰を促進することが可能である。

謝 辞

今回の論文作製に当っては九州大学医学部脳神経外科助教授藤井清孝氏に脳神経外科に関する資料及び知見を得ました。氏の御厚意に対してここに深甚の感謝を表します。

引用文献

1. 笹沼澄子編、リハビリテーション医学全書 II, 言語障害, p.155, 医歯薬出版.k.1980.
2. 岡本陽子, 聴神経腫瘍患者の看護, 九州大学医療技術短期大学部紀要, 第3号, p. 84, 1976.
3. 北村勝俊, 聴神経鞘腫の神経学的所見と外科的治療, 耳鼻と臨床, 14: p. 10, 1968.
4. Lohne, V., et al, Effects of Facial Paralysis after Acoustic Neurinoma Surgery in Norway, The Journal of Neuroscience Nursing, 19:130,1987.
5. 笹沼澄子編, リハビリテーション医学全書 II, 言語障害, pp.162~163, 医歯薬出版 k.k., 1980.
6. Lohne, V., et al, Effect of Facial paralysis after Acoustic Neurinoma Surgery in Norway, The Journal of Neuroscience Nursing, 19:128, 1987.
7. I. J. オーランド, 稲田八重子訳, 看護の探究 p.142 メジカルフレンド社 1982.
8. Lohne, V., et al, Effects of Facial paralysis after Acoustic Neurinoma Surgery in Norway. The Journal of Neuroscience Nursing, 19: 130,1987.
9. ibid. 19: pp.126~130, 1987.