

聴神経腫瘍患者の看護

岡本, 陽子

<https://doi.org/10.15017/77>

出版情報 : 九州大学医療技術短期大学部紀要. 3, pp.81-84, 1976-03-10. 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

岡 本 陽 子

Nursing Care of the Patient with Acoustic Neurinoma

Yoko Okamoto

1. はじめに

聴神経腫瘍は原発性脳腫瘍の約10%を占める良性の腫瘍で、外科的療法による以外治療がない¹⁾。腫瘍が増大して脳への圧迫が起ると、早晚、中枢神経、末梢神経の圧迫損傷によって精神、身体機能が侵される。さらに病像が多彩のため手術的療法を行った後、日常生活に復帰するまでの期間は約4ヵ月以上の長期にわたっている。したがって、患者は手術後の依存的状態から自立するまで、さまざまな苦痛や困難に遭遇し、回復過程で不安や失望を示すことがある。患者の不安や障害を最小にして円滑に、できるだけ早くもとの日常生活に復帰するように援助することが患者の看護への要求だと思われる。

今回、聴神経腫瘍と診断されて開頭術を受け腫瘍全摘出術、顔面神経の保存可能の手術によって、手術前の日常生活に復帰できた一症例について看護を行った。入院から退院後、外来通院を行った患者の約4ヵ月間の過程で示す患者の反応とそれに対する看護について述べる。

2. 研究方法と研究期間

昭和50年5月14日入院から50年6月17日退院までの看護および退院後、定期的外来受診を行った昭和50年10月15日まで、受診回数9回のうち5回、外来で約1時間～2時間面接を行った。神経学的所見については医師診療日誌を参照した。

3. 症 例

1) 患者の背景

家庭の主婦、右利き、48才、1975年5月14日夫に付添われて歩行入院。

主訴・約4年間にわたる左聴力障害と左耳鳴1971年夏頃から1年1回めまいが起こった。左耳鳴（サーツという音）に気づき耳鼻科受診し左聴力障害に気づく。原因不明といわれた。1973年頃から左顔面の知覚が低下（左頬部、口唇のしびれ）し、1975年2月頃から前頭部痛、左顔面知覚低下、回転性めまいがひどくなり、九大病院内科を受診し異常なく、同年4月18日同病院耳鼻科で入院検査の結果、小脳橋角部腫瘍の診断で、手術をうけるため脳神経外科に転科。

入院当時、前頭部痛、左耳鳴、左聴力低下、左顔面知覚低下、舌左側のにぶい感じと味覚の変化が認められ、一人歩きに不安をもっていた。

家族構成：夫63才、会社員、健康、前妻を脳腫瘍で失い、本患者46才の時に再婚、息子26才、独身、レストラン経営、健康。

患者の性格：神経質、明朗、本人は心配性と述べている。趣味は編み物、裁縫。病気になって以来中止。経済的には問題はない。生活習慣：食事、歯が悪く固いものは食べにくい。お茶、梅干でご飯をたべる。睡眠、夜10時30分頃就床し朝5時覚醒、眠りは浅い。排泄：便秘傾向で1回/2日、バナナ、リンゴを食べるようにしている。排尿7～8回/日、夜間排尿も時にある。

2) 入院中の経過

入院時神経学的所見は水平眼振、左角膜反射消失、左味覚低下、左顔面知覚低下、左聴力低下、左耳鳴、咽頭反射欠如、小脳症状として直線歩行時、左側に倒れ易い。両側目をつむると

倒れ易い。上下肢の協調運動試験は正常、錐体路症状は左上肢握力やや弱く、下肢に異常はみられない。意識明瞭，T. 36.8°C，P. 76，R. 16，B.P. 124/80，瞳孔不同なし，対光反射左右正常，複視なし，目前のちらちらする感じ，立位，歩行時にふらつきを認める。

手術前のレントゲン学的検査は，頭部単純撮影，断層撮影，椎骨動脈造影，後頭蓋窩ヨード油造影が行われ，左小脳橋角部腫瘍と診断された。前庭機能検査では水平眼振，聴力検査で高音性難聴が認められる。

手術前日頭部処置：散髪後ブラシと石けんを用いて洗頭する。

手術当日処置：早朝浣腸，前投薬 a. m. 6:30，ペントバルビタール，カルシウム 50mg，ニトラゼパム 5 mg P. O.，a. m 7:30，硫酸アトロピン 0.4mg i. m.，ベタメタゾン 8 mg i. m.，意識明瞭，瞳孔不同なし，対光反射左右正常，左顔面麻痺軽度，T. 36.5°C，P. 56，B. P. 120/84，左耳鳴，a. m. 8:00 手術室に搬入。

手術直前の頭部処置：全身麻酔後，ミューズ石けんと温湯で剃髪，十分温湯で頭皮を清拭し次いでエチルエーテルを用いて頭皮脂肪を除去する。その後イソジン液で頭皮消毒。

手術方法：坐位で左後頭開頭，手術顕微鏡を使用して左聴神経腫瘍全摘術，顔面神経は保存できた。出血量 1,000 g，輸血 1,000 cc，尿量 1,400 ml。

手術終了後の状態：半覚醒状態で観察室へ帰室，傾眠状態で言語答申あり，Vital Signs は T. 36°C，P. 72，R. 20，B. P. 122/84，瞳孔左右共に小，左右不同なし，対光反射左右良好，四肢の運動は自動運動は少ないが，指示によりよく動かす。口唇色不良，皮膚冷感あり，左顔面麻痺あり，左眼は絆創膏で閉眼している。酸素吸入 6 l/min で開始。5月22日より5月28日までベタメタゾン 2 mg～4 mg 投与。

手術第1日目，コーヒ様嘔吐が始まり，胃痛を訴える。左上下肢の運動は減弱し握力なし，2日目，左顔面筋の完全麻痺，左上下肢運動弱い。咽頭痛，胃痛があり，コーヒ様吐物 8 回嘔吐，3日目幻視，幻覚出現，左聴覚消失，左角

膜反射出現，左側閉眼と閉口は不完全，会話はゆっくりできる。両上下肢運動減弱，協調運動失調あり。症状は次第に改善し，6日目トイレットへ看護婦と一緒に歩行。両側から支えたが，左右に軽く倒れ，前傾姿勢となる。夕方から T. 37.2°C に発熱し，8日目 38.6°C となり，セファロジン 2 g/日～3 g/日 i. m. 投与され，11日目には平熱となる。この時，項部強直があり髄膜炎や呼吸器合併症，消化管潰瘍などを疑われた。食欲不振があり，食物嚥下に時間を要した。顔面神経に対する神経吻合術の必要性について医師から話がすすめられたが，患者はためらいを示した。夫の面会があると一緒に歩行練習を行った。14日目顔面知覚の回復兆候として舌の左側のざらざらする感じが認められた。患者は術後に胃痛やはき気があったり，手足の運動が不自由になった時の悲しかったことを話すほどになり，食事はようやく全部食べられるようになって喜んでいて。歩行はできるが，首の回転や前後運動が迅速にできないので，歩行時の不安をもっていた。

顔面神経と副神経吻合術適応の有無は，1ヵ月間経過観察することになり，50年6月17日術後20日目退院。退院時の状態は，顔面の変形，左眼の閉鎖不完全，開口制限あり，会話時ことばがもれる。左手の運動は弱く，重いものは持ちにくい右手は握力良好，ベッドに上がる時左足が上がりにくい。階段の昇降は困難で不安を伴う。歩行時，左下肢をやや引きづり，足を広げ，やや前傾姿勢となる。

3) 退院後の経過

退院後1週間は臥床しているが，第1回外来受診に来院し，この時，医師から「離床して自分のことは何でも自分でするように」と促され，以後は夫の助けを得ないで家事を行った。初めは手先のこまかな作業ができず，特に料理の時に支障を生じた。行動面では坐位から立位になる時に困難を訴えた。顔面の変形があり，食物は患側口腔内に貯溜し，開口は不完全でしかも歯が悪い固いものが食べにくい。何事をしていても元気な時より2倍も時間がかかるという。頭痛は左前額部に持続している。独りで外出す

る事に自信がないといっている。術後96日目再来受診時の面接では、顔面筋の緊張は改善し、顎付近の知覚にかゆみの感覚を時々感じるようになった。会話に困難はみられず、失調歩行は改善された。126日目、角膜炎の併発はないが術後から人工涙液の点眼薬を点眼している。140日目、外出が独りで可能となり、公共の電車を利用して来院し、病院内の階段の昇降もできるようになった。患者は運動が円滑にできるようになって、顔の変形のことや頭痛についての訴えが減少してきた。

4. 看護ケア

聴神経腫瘍患者の手術前の状況は、発症から診断がつくまでの期間で異なっているのでその病態による症状把握をしなければならない。当面の障害が大きい程、手術に対する期待も大きいものと思われる。患者は他の入院患者とのコミュニケーションによって開頭術への新たな不安を持つこともある。手術の準備として、家族を含めて患者の治療に理解と協力を依頼する。また、患者に術後に出現する麻痺や回復までに予想される期間を予め説明しておくことは術後の不安を除く意味で必要と考えられる。

聴神経腫瘍の外科的療法は、後頭下開頭で腫瘍の全摘出術または部分切除術が行われる。聴神経腫瘍摘出術後に起り易い合併症に、創部圧迫による褥創、後出血、髄液瘻、無菌性髄膜炎、閉塞性水頭症があるので、創感染予防のために、手術前に切創をつくらないように剃髪し術後の vital signs や体位変換、身体の清潔に注意しなければならない。頭痛は後頭部の開頭創、髄膜刺激によって起るので、術後の頭痛の部位や性質を見極める必要がある。また、術後患者が可成り長期にわたって頭痛を訴えるが術後合併症の発症との関連も考える。

手術に際し、第7神経が切断されると、術後顔面筋の完全麻痺をきたし、患側眼の閉眼が不完全で兎眼を呈する。この時、角膜炎を合併する可能性があり、第5神経の機能低下を伴うと一層その合併症が起り易い¹⁾。また涙腺の分泌低下や瞬目反射の減少は角膜乾燥、角膜損傷を

招くので、角膜保護対策として点眼薬を用いたり、絆創膏で閉眼したり、サランラップで目を覆う。²⁾ 夜間睡眠時は必ず閉眼する。顔面神経の完全離断で永久的な神経機能の消失に対しては初めの腫瘍摘出術から1週間～10日以内に睑板縫合術を行う。²⁾ また、顔面筋麻痺による顔面の変形は、患者の精神的苦痛の大きな原因となると思われる合併症である。顔面の患側は健側に引きつれ、口を閉じると不完全で患側口角の開口制限と発語に際して言葉がもれて言語は不明瞭になる。患者には患側の口から目の方向にマッサージをするように指導する。

完全に顔面神経の離断されたと思われるケースには、初めの腫瘍摘出術後2～3週目に顔面神経と副神経、または舌下神経吻合術を行う。しかし顔面の変形と2度にわたる手術は患者にとり可成り精神的負担となると思われる。手術中顔面神経の保存が可能な場合は、その神経の機能は回復するが、少なくとも機能回復までに6ヵ月位を要する。

第8神経の損傷による耳鳴は、手術と同時に消失するが、完全聾をきたす。対話時聴力に問題が起り、コミュニケーションをとりにくいことも考えられるが、位置を健側耳側にすると問題は解消できる。

腫瘍が大きく術中操作によって近隣神経を圧迫、けん引するとその障害が術後に発生する。このような第9、第10神経の障害で、口蓋、舌の味覚や嚥下運動は低下し、食物摂取時、咽頭反射は低下、嚥下困難による嚥下時間が長くなり誤嚥を生ずる。これらに顔面神経の麻痺が加わると、摂食の際、食物が患側口腔内に貯溜し易いので、体位は健側顔面を下にして少量ずつ与え、水分は飲みにくく、半固形食の方が嚥下の際、誤嚥が少ないようである。水分を十分摂取できないと脱水症状を併発することがある。摂取量と排泄量の測定と全身状態を観察する。さらに食事摂取に時間がかかり、欲しいだけ食べられないと患者は情緒的に不安定となり、将来への希望を失ったりすることもある。食後は口腔内に貯溜食物があるので含嗽を行ったり、自分で咯出できない場合は吸引器または綿棒で

除去する。誤嚥による咳嗽発作がある患者に対しては肺合併症を起こさないように注意しなければならない。

術中、小脳の圧迫があると、協調運動が障害され、歩行は失調性歩行となり、患側方向または後方に倒れ易い。患者が坐位、立位、歩行開始時は介助するか補助具を用いるとよい。患者の術後の機能低下による苦痛に対しては積極的に励ましてゆかねばならない。

患者は術後1週目頃になると顔面の変形や兎眼など機能消失や低下に気づいて自閉的になりがちである³⁾。会話の中に焦躁、不安、失望などを感じさせる言葉が発せられる。Ojemannの報告では⁴⁾、全摘術を受けた患者が人手を借りないで日常生活が営めるようになる割合は90%であり、患者が再起への努力を払うように励ます。

5. ま と め

本症例は48才、女性、左聴神経腫瘍で腫瘍全摘出術をうけ、顔面神経は保存できて術後20日目に退院した。退院後、約1ヵ月間経過観察し顔面神経と副神経吻合術の必要なしと決定された。患者は顔面神経の機能改善を得て、50年10月15日術後140日日術前の日常生活に復帰した。

脳神経外科患者は剃髪によって外貌が変化し、機能の減弱や消失が術後も持続するため、精神的、身体的障害を或る期間受け入れなけれ

ばならないが、早期に診断され、手術が行われた場合、回復できるのは90%以上であり、手術による早期治療の重要性は勿論、回復までに長期間を要するので、精神的保護と身体的障害に対する適切な看護ケアを行わなければならない。

今後この症例について検討を続け、特に顔面の変形がもたらす患者への影響について研究をつづけてゆきたいと考えている。

終りに臨み、本研究に対して御助言、をいただきました九州大学医学部脳神経外科木下和夫助教授に深く感謝いたします。

参 考 文 献

- 1) 北村勝俊：聴神経鞘腫の神経学的所見と外科的治療法。耳鼻と臨床 14: 1～11, 1968.
- 2) Mcouat, F. : Acoustic Nerve Tumors: Diagnosis, Surgical Management and Nursing care. J. Neurosurgical Nursing 6: 20—26, 1974.
- 3) Benedek, L. : The Psycho-Social Problems of Neurosurgery Patients and Their Families : JjNeurosurgical Nursing 5:10～14, 1973.
- 4) Robert G. Ojemann, R. G and Montogomery, W. : Evaluation and Surgical Treatment of Acoustic Neuroma: New England J.Medicin 287:895～899, 1972.