

## 「手術によるボディイメージの変化を伴う患者の看護」事例の考察

食生活の欧米化が進み、大腸癌の発生率・死亡率は男女とも増加している。大腸は回盲部・上行結腸・横行結腸・下行結腸・S状結腸・直腸・肛門管に区分され、大腸癌の50～60%が直腸に発生する。直腸癌は全癌の5%を占め、消化器癌の中では胃癌に次いで多い。発生率は男女比3:2で男性に多く、60歳代をピークに50歳代・40歳代と成人期に好発する。さらに、直腸癌は、肛門部に近いことから直腸肛門切除による人工肛門造設術が行われる。近年では、肛門括約筋温存手術が広く行われるようになってはいるが、人工肛門造設術は、他の大腸手術とは異なり肛門機能の喪失、形態の変化をもたらす排泄習慣やボディイメージに多大の影響を与えることから、患者のQOLを支える看護師にとって人工肛門造設術を受ける患者の看護を学ぶことは意義深い。

人工肛門造設術を受ける患者には、身体面のみならず心理、社会面にも大きな問題が生じる。①不随意的におこる排便・排ガス、便臭と羞恥心などによる精神的動揺。②ストーマケア適応への不安や生活上の不都合。③ストーマ周囲の皮膚の炎症。④リンパ節郭清に伴う神経損傷による術後の膀胱障害や性機能障害の可能性。⑤ストーマ装具購入による経済的負担などがある。

そこで、看護では、身体面の変化や問題のみならず人工肛門造設を余儀なくされた患者が、ボディイメージの変化や社会的不適応などの問題を克服しストーマを自分のこととして受け入れられるように支援することが重要であることに気づかせたい。そのために、患者の心理を客観的に評価するための理論について学ばせたい。さらに、全身麻酔により開腹術を受ける患者の一般的看護について術前・術直後・術後回復期に分

け各期の必要知識について学べるようにした。

このように直腸癌で人工肛門造設術を受ける患者の看護を学習することは、手術療法を受ける患者の看護の視点、障害の受容における心理変化の視点、身体機能の変化や生活習慣の変更、ボディイメージの変化における看護の視点、インフォームドコンセントと患者の自己決定を支えることの重要性、社会復帰への支援、社会資源の活用などの視点から看護を学ぶ機会となる。

### 学習目標

- 1.直腸癌の病態を知り、治療法のひとつである手術について理解できる。
- 2.全身麻酔による開腹術をうける患者の術前・術直後・術後回復期の看護について理解できる。
- 3.人工肛門造設患者の障害の受容過程に伴う心理変化と看護について学ぶ。
- 4.人工肛門造設に伴う身体・心理・社会的問題について理解できる。
- 5.人工肛門造設患者の社会復帰に伴うケアの指導計画を立案できる。
- 6.ストーマ装具の種類、使用方法について理解を深める。

## 「手術によるボディイメージの変化を伴う患者の看護」事例

### 基礎情報1

55歳、男性。20年前から自営業(ラーメン屋忙しい)既往歴:無し。身長168cm、体重70kg。  
家族:50歳の妻(店の手伝い)と22歳の娘(会社員、休日は店の手伝い)の3人暮らし  
住居:1階がラーメン店で2階3階が住居  
生活習慣:食事は1日3食で肉料理が好き アルコールはビールをほぼ毎日(付き合いで飲むことも多い方である)たばこは20本/日(約30年間)、排尿は6回/日(排尿障害なし) 排便1回/2~3日(和式トイレ使用) 入浴は毎日

#### [発病から入院まで]

約1年前から排便時に血液が混入していたが、痔と思い放置していた。半年で体重が約4kg減少した。1ヶ月前から肛門部痛が増強してきたため不安になり、市内の総合病院を受診し検査を受けた。

大腸内視鏡の結果、肛門縁より1cm上の直腸に3型腫瘍を認めた。注腸造影検査では、直腸に潰瘍形成を伴う7×7cmの腫瘍を認め手術目的で入院となった。

### 基礎情報2

#### [入院時の状況]

妻に付き添われ入院。妻は「今まで入院などしたことがなく私も、主人も戸惑っています。主人は大きな病気もしたことがなく身体に自信もっていたのでショックだと思います。とにかく休むことをしらないでやってきたので病院でじっとしているのも本人は苦痛かもしれません。でも、今回は病気が病気ですから店も休んでゆっくり治療してほしい、私も出来るかぎり世話したいと思

っていますので、よろしくお願ひします」と言っている。

主治医から本人へは、「肛門に近い所に腫瘍がありますが、検査の結果、他に転移している様子はありませんので手術すれば取りきれられるでしょう。しかし、腫瘍が肛門に近いので肛門を含めた切除となり人工肛門をつくることになります。人工肛門を持って生活している人は沢山います。いままでと同じように生活できますよ。退院までに看護師がいろいろ教えてくれますから大丈夫です。手術は全身麻酔で手術直後から2日くらいは痛みやベット上で動けないなど不自由があると思いますが、こちらでも最善の努力をしますので、一緒に頑張りましょう」と説明された。その場で本人はじっと聞き入っていたが、医師に質問したり自分の思いを話すことはなかった。ベッドにもどると妻に「手術は仕方ないとあきらめていたけど人工肛門とはね…」と黙り込んだ。

翌朝、深夜勤の看護師が訪室すると「いろいろ考えて昨夜はよく眠れなかった。癌とか手術とか人工肛門とか…考えたらきりが無いけどやっぱり考えるよ。いろいろ…でも、仕方ないのかな…人工肛門じゃなくてもいい方法もあるんじゃないの?他の先生に診てもらうことはできるの…?」などと話かけ混乱している様子がみられた。その日の午後、日勤の看護師が訪室すると「たばこもこの際、止めるかな…麻酔によくないらしいね」「俳優の渡哲也も人工肛門なんだって…でも元気でテレビにも出ているよね。癌が完治したんだろうね」と話し自らを納得させようとしている様子が見られた。「食事もしばらくおあずけか…点滴だけでも栄養はとれるんだね…」と話し、少し笑顔を見せた。

その後、手術承諾書を読みサインをし、ナースステーションに持ってきて「よろしくお願ひします」と頭を下げた。

#### [治療方針・治療内容]

月曜日入院し金曜日に手術予定。

術式:腹会陰式直腸切断術・人工肛門造設術  
気管内挿管による全身麻酔と硬膜外麻酔の併  
用術前処置:IVH挿入(ハイカリック1号 700mℓ  
+アミノレバン 300mℓ 2本/日)禁食 飲水の  
み可 下剤:プルセニド2錠、マグコロール 250m  
ℓ、グリセリン浣腸 110mℓ

輸血:3単位準備 術前データ:WBC 8600/  
mm<sup>3</sup> RBC 367万/mm<sup>3</sup> Hb10.2g/dℓ CRP  
0.8mg/dℓ Ht32.5% 血小板 28.6万/mm<sup>3</sup>  
LDH 248IU/ℓ TP6.0g/dℓ Alb 3.2g/dℓ  
GOT 141IU/ℓ GPT 121IU/ℓ 空腹時血糖  
98mg 血液型 O型 Rh(+) W氏(-) HB<sub>s</sub>抗  
原抗体(-)HCV(-)尿蛋白(-) 尿糖(-)  
便潜血反応(+)

胸部XP:異常なし 心電図:異常なし 動脈血  
液ガス:異常なし

#### 術後の指示

IVH: ①ラクテック 500mℓ+アドナ 50mg+トラ  
ンサミンS1g ②ソリタT<sub>3</sub>200mℓ+VC500mg ③  
ラクテック 500mℓ+パントール 200mg

末梢点滴:①ペントシリン 1g+生食 100mℓ×2  
/日

疼痛時:ソセゴン 15mg+生食 50mℓ、15~30分  
で側管から滴下、または0.25%マーカイン6mℓ硬  
膜外チューブより注入

発熱時:①クーリングで様子観察

②38.0℃以上 メチロン1A(IM)

酸素:4ℓ/分 マスク 指示あるまで続行

## 術前処置の場面のフォーカスセッション

昨日から、患者には、IVHの挿入と禁食 下剤の処置がはじまりました。

主治医と看護師がサイトマーキングのため患者を訪室するとちよどトイレに行こうとしている所でした。「さっきからずっとトイレ通いだよ。ふらふらしてきたよ。こんなんでも手術できるのかね？ ご飯も食べてないし…」といって、廊下の手すりにつかまりながらゆっくり歩いています。痛みをこらえている様子です。

### フォーカスセッション

- ・患者になぜ、このような術前処置が実施されるのでしょうか。
- ・スーマサイトマーキングとはどのようなことでしょうか。
- ・患者の今の気持ちをどのように分析しますか。また、この場面でどのように対応しますか。

### ガイドライン

- 消化器疾患の術前処置について理解できる
- ・処置の内容とその目的、実施における看護
- ・術前患者の身体的アセスメント(術前処置が身体に及ぼす影響)
- スーマサイトマーキングについて理解できる
- ・スーマサイトマーキングとは・・・
- ・目的と方法
- ・実施時の留意点
- 術前患者の心理について気づける
- ・手術に対する漠然とした精神的不安や恐怖感
- ・術前処置による身体的苦痛が気持ちに与える影響
- 患者の思いに気づき受容的に対応できるとともに状態についてわかりやすく説明できる。
- ・患者の身体的状況について理解する

- ・不安が軽減されるような言葉がけ、説明
- ・相手の立場に立った気持ちの受け止め

## 術後1日目のガーゼ交換の場面のフォーカスセッション

午前中の主治医の回診では異常は見られなかった。午後の検温時に訪室すると「痰が出そうでない苦しい…」と訴え、軽度の喘鳴が聞かれる。

創部を見ると浸出液の浸みだしがみられたためガーゼ交換を実施。目をそむけ傷やストマを見ないようにしている。「傷のほうはきれいですよ」と看護師が声をかけると「人工肛門のラーメン屋なんているのかね…」とつぶやいた。

### フォーカスセッション

- ・患者にはどのような術後合併症が考えられますか。
- ・この時期の患者の心理状態はフィンクの危機理論ではどの段階でしょうか。
- ・この場面ではどのような援助が必要でしょうか。また、今後どのような援助が必要ですか。

### ガイドライン

- 術直後から術後2週間までの予測される術後合併症を経時的に理解できる。
- ・主な合併症と発症時期
- ・合併症早期発見のための観察の視点
- ・合併症予防のための具体的看護ケア
- Finkの危機理論による適応過程について理解できる。
- ・危機の進展、各段階の特徴、各段階の看護介入の視点
- ・事例の状況アセスメントと看護介入

## 術後6日目ストーマケアの指導場面のフォーカスセッション

患者自身によるストーマケアは、ガス抜きとパウチの張替えができるようになりました。看護師がケアの場면을観察していると、「やっぱりこんな袋をつけて店に出るのはちょっとね…いつ便が出るかわからないし…気になるよ。客商売だからね…思ったより皮膚が弱いね…赤くなって少し痛いね…」という言葉が聞かれました。

### フォーカスセッション

- ・患者の現在の状況をどのようにアセスメントしますか。
- ・この場面からあなたは、今後、患者にどのような退院指導を計画しますか。

### ガイドライン

- ストーマ周囲の皮膚障害について理解できる。
  - ・皮膚障害の症状と観察の視点
  - ・予防のためのケア(ストーマ装具の種類と特徴を含む)
- 強制排便法(洗腸法)について理解できる。
  - ・強制排便法の適応、目的、方法
  - ・強制排便法の指導計画の立案

「手術によるボダイメージの変化を伴う患者の看護(術前)」 教育方法と評価

| 情報  | 問題解決の学習素材   | 看護上の問題、看護方針・目標、看護の具体策  | 帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)  |
|---|---|--|--|
| <p>55歳、男性。<br/>1年前から排便に血液が混入していたが、時だと思いい放置。体重減少、肛門部痛等あり、検査で肛門縁より1cm上の直腸に3型腫瘍が発見され、人工肛門造設術を受けることとなった。</p> <p>術式: 腹会陰式直腸切断術・人工肛門造設術全身麻酔下、硬膜外麻酔併用で実施。</p> <p>術前の検査値: RBC367万/mm<sup>3</sup>、Hb10.2g/dL、Ht32.5%、TP6.0g/dL、Alb3.2g/dL。禁食で水分のみ可。IVH挿入。</p> <p>「いろいろ考えて眠れなかった」<br/>「点滴だけでも栄養はとれるんだね」</p> <p>一日20本の喫煙。喫煙歴30年。</p> | <p>看護上の問題、看護方針・目標、看護の具体策</p> <p>#1手術や人工肛門造設に対する不安<br/>【栄養状態を改善して手術に向けて心身を整え、人工肛門造設を受け入れ、納得して手術に臨めるようにする】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血、低蛋白が改善する</li> <li>・人工肛門に対する前向きな言動の発現</li> <li>・不眠の解消</li> <li>OP: 全身状態、検査値により栄養状態を査定。</li> <li>・手術に対する不安、睡眠状況</li> <li>TP: IVHによる輸液の管理。感染予防。</li> <li>・ストーマサイトマージングの実施</li> <li>EP: 手術に対する説明、人工肛門造設に対する説明。</li> </ul> <p>#2術後肺合併症の可能性(ハイリスク状態)<br/>【術後の呼吸器合併症を予防し、早期回復を促進する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸訓練に積極的に臨む</li> <li>・術前の感染症状等無く手術に臨める</li> <li>OP: バイタルサイン(感染症状の有無)、禁煙の継続状況。呼吸訓練の進行状況と評価</li> <li>TP: 呼吸訓練、咳嗽訓練</li> <li>EP: 術後合併症予防に関する説明。呼吸訓練の必要性と方法の指導(禁煙指導も含む)</li> </ul> | <p>活用する既存知識</p> <p>消化管の構造と機能<br/>排便の仕組み<br/>大腸癌の病態<br/>大腸癌の検査・治療<br/>人工肛門造設術<br/>全身麻酔と硬膜外麻酔<br/>栄養状態のアセスメントの視点<br/>全身麻酔の侵襲性<br/>術後の回復を促進する援助のあり方</p> | <p>イメージ化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまで味わってきた排便時の爽快感を失うという喪失感。</li> <li>・全身麻酔下での手術に対する不安感</li> <li>・禁食に伴う空腹感</li> <li>・たばこを自由に吸えないメライラ</li> <li>・忙しく働いていた頃とは正反対の療養生活</li> </ul> <p><b>因果思考</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食生活と大腸癌発生の因果</li> <li>・喫煙と術後呼吸器合併症の因果</li> </ul> <p><b>関連思考</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人工肛門造設と社会生活狭小化との関連</li> </ul> |

| 問題解決情報   | 学習素材   | 帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)   | 主要な思考及びその教育的効果   |
|--|--|---|--|
| <p>術式:腹会陰式直腸切断術・人工肛門造設術<br/>全身麻酔下、硬膜外麻酔併用で実施。<br/>術後の指示:<br/>維持輸液、止血剤、抗生剤、の点滴が IVH 及び末梢<br/>静脈から入っている。<br/>疼痛時にはロセゴンの筋肉注射、マーカインの硬膜外<br/>注射の指示あり。発熱時の指示あり。<br/>酸素40/分吸入。禁食中。<br/>一日20本の喫煙。喫煙歴30年。</p> <p>術前に、医師から「手術直後から2日くらいは痛みや<br/>ベッド上で動けないなど不自由があると思いますが、こ<br/>ちらも最善の努力をしますので、一緒にがんばりましょ<br/>う」とはなされている。</p> | <p>看護上の問題、看護方針・目標、看護の具体策<br/>#1術後合併症(縫合不全、出血、腸閉塞、無気肺、肺<br/>炎)の可能性<br/>【手術侵襲による身体的変化を観察し合併症の早期対応<br/>を図る】<br/>・喀痰が円滑に行え、呼吸困難を来さない<br/>・出血が無く、循環が正常に保たれる<br/>OP:呼吸、循環状態の観察、ドレーンや創からの排液の<br/>観察、疼痛の部位・程度、水分出納<br/>TP:排痰の促進(疼痛の増強を来さないように)<br/>体位変換 輸液の管理<br/>EP:患者・家族が過度の不安を抱かないようにコミュニケーション<br/>に留意する。状態が安定してから医師の説明<br/>機会を設ける。</p> <p>#2疼痛や腹部不快による安楽の障害<br/>【積極的な鎮痛の援助・体動促進に努め、疼痛による不<br/>安やストレスの増強を避ける。】<br/>・表情が穏やかになり、痛みが緩和されたと言葉にする<br/>・睡眠障害をきたさない<br/>・腹部膨満をきたさない。排ガスがある<br/>OP:痛み部位・程度、体動時の疼痛の増強<br/>腹部症状の観察、排ガスの有無、バイタルサインの<br/>変化、顔色、表情<br/>TP:安楽な体位の工夫<br/>会陰創ドレーンや膀胱内留置カテーテル固定の工夫<br/>(体動時に刺激が少ないように)<br/>体位変換・早期離床による体動の促進<br/>鎮痛薬の適正な使用(疼痛時の指示あり)<br/>安静(睡眠)が保てるような環境の調整</p> <p>EP:体動、咳嗽の創部の圧迫、保護の方法<br/>疼痛増強時にはすぐ報告するよう指導する<br/>排ガスを我慢しないように説明する<br/>コミュニケーションを十分にとる</p> | <p>活用する既有知識<br/>消化管の構造と機能<br/>大腸癌の病態<br/>大腸癌の治療(手術)<br/>人工肛門造設術<br/>手術侵襲と術後合併症<br/>気道クリアランスについて<br/>ドレーン管理<br/>急性期にある患者・家族の心理<br/>フィンクスの危機理論<br/>消化管の構造と機能<br/>大腸癌の病態<br/>大腸癌の治療(手術)<br/>人工肛門造設術<br/>手術侵襲と術後合併症<br/>気道クリアランスについて<br/>ドレーン管理<br/>急性期にある患者・家族の心理<br/>フィンクスの危機理論</p> | <p>イメージ化<br/>・麻酔から覚醒したときの身体の痛み、口渇な<br/>どの不快感。<br/>・点滴や酸素吸入、ドレーン、心電図モニター<br/>など多くの機器が装着されている。</p> <p>因果思考<br/>・痰の貯留と術後肺合併症の因果<br/>・手術による神経損傷と排尿障害の因果</p> <p>関連思考<br/>・手術侵襲と早期離床困難の関連</p> <p>イメージ化<br/>・麻酔から覚醒したときの身体の痛み、口渇な<br/>どの不快感。<br/>・点滴や酸素吸入、ドレーン、心電図モニター<br/>など多くの機器が装着されている。<br/>・胃管や会陰創ドレーンによる疼痛と違和感。<br/>ちよと動いてもあたって痛む。イライラする。</p> |

| 問題解決の情報 | 看護上の問題、看護方針・目標、看護の具体策  | 帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)<br>活用する既有知識  | 主な思考及びその教育効果  |
|---------|--|--|---|
|         | <p>#3 術創、ドレージ、カテーテル留置等による感染の可能性</p> <p>【感染徴候の早期発見に努め、適切な創処置やドレージの管理で感染を防止する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱等感染症の兆候が見られない</li> <li>・ドレナージが効果的に施行される</li> <li>・創部が順調な治癒過程をたどる</li> </ul> <p>OP: バイタルサイン、血液検査値、ドレージからの排液量や性状、会陰創の状態、ストーマの状態</p> <p>TP: ドレージ管理(排液の促進)</p> <p>会陰創、ストーマ造設部のガーゼ交換</p> <p>指示された抗生物質の確実な与薬</p> <p>EP: 熱感や創部の疼痛増強時にはすぐに知らせよう説明する</p> | <p>ドレージ管理の方法</p> <p>感染と感染の徴候(症状や検査値の変化)</p> <p>創の正常な治癒過程</p> <p>創処置の方法</p> <p>清潔操作、無菌的操作</p> | <p><b>因果思考</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・瘻の貯留と術後肺合併症の因果</li> <li>・手術による神経損傷と排尿障害の因果</li> <li>・消化管の手術、体動減少と腸蠕動低下の因果</li> </ul> <p><b>関連思考</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手術侵襲と早期離床困難の関連</li> <li>・感染と快復の遅延、社会復帰の遅延との関連</li> </ul> |



## 「回復に向けて心臓リハビリテーションを受ける患者の看護」事例の考察

循環機能は、心臓血管系とリンパ管系から構成され、人間の生命と直結した機能である。

心臓疾患は日本人の三大死亡原因の一つであり、第二位に位置している。それは後天性の狭心症、心筋梗塞に代表される虚血性心疾患による死亡が増加しているためである。これらの疾患は、日常生活の影響によって成人期に発症する。

心臓血管系にその能力以上に負担をかけると、心臓の冠状動脈の攣縮(狭心症)や閉塞(心筋梗塞)を来すことになる。特に壮年期は、過酷な職場環境によって「過労死」を引き起こす原因にもなりやすいと言われている。

心機能障害は、各臓器への酸素・栄養素の供給に影響を及ぼすために、心機能が低下すると、呼吸器をはじめ脳・腎臓・肝臓等の主要な臓器や組織が障害を受ける。また、心機能の著しい低下は、容易に生命の危機に陥ることもある。このように生命を維持する重要な臓器であるため、動悸や息切れ、不整脈、胸痛などの自覚症状や他覚症状は、その人に否定的な感情をもたらし、死への不安や恐怖に直接結びつく。

心筋梗塞は狭心症からの移行または突然に起こりやすい疾患であり、冠動脈の完全閉塞あるいは高度狭窄により、その支配領域の心筋への冠状動脈の血流量の絶対的不足に基づく不可逆性の梗塞を生じたもので、重篤で死に直結することが少なくない疾患である。

心筋梗塞の急性期には、身体機能が著しく変動し不安定な平衡を保つために、全体の身体機能が動員されるので、この時期の観察や治療は緊迫しており、生命維持が優先されることはもちろんである。また、回復期においても循環動態は不安定であり十分な注意が必要である。そして、患者の心理的状态は、病態に大きく影響するために、心理面の援助も重要である。その

人にあった生活をどう調整していくか、そのためにはどのような援助が必要なのかなど、判断や実践能力が要求され看護の意義は大きい。

### 学習目標

- 1.心筋梗塞の病態生理及び合併症について理解できる。
- 2.生命の危機的状況を脱し、順調に回復していく患者の看護について理解できる。
- 3.心機能障害の程度に応じた日常生活の援助について考えられる
- 4.生活習慣改善への指導について立案できる。
- 5.患者の家族を含めた指導の重要性が理解できる。

## 「回復へ向け心臓リハビリテーションを受ける患者の看護」事例

### 基礎情報1

62歳、女性。著述業 既往歴：高血圧症を15年前に指摘されたが、特に治療せず放置してきた。身長156.0cm、体重68.0kg。

家族：夫(出版会社勤務)

住居：郊外の8階建てのエレベーターつきのマンション(4階3LDK)

生活習慣：食事は外食(出前)が多く、脂っこいものが好き。喫煙は30本/日(喫煙期間は25年間)ビール小瓶1本/日、就寝は午前2~3時、排泄(尿：5~6回/日、便：1回/2日)

### 基礎情報2

現病歴：朝食後11時30分頃書きものをしているときに突然胸痛、背部痛が出現し、近医受診。CT検査で大動脈解離が疑われ、大学病院を紹介されて14時に救命救急センターを受診した。受診時の血圧は176/100mmHg、心拍数85/分。大動脈解離は否定され、心電図及び心エコー上T波増高、ST上昇が認められ心筋梗塞と診断され緊急入院となった。医師から「心臓

内服薬：パナルジン 2錠 1日2回 朝夕  
レニベース(5mg)1錠 1日1回 朝  
アーコスト(5mg)1錠 1日1回 朝  
ザンタック 1錠 1日1回 朝  
マグラックス(330mg) 1錠 便秘時  
マイスリー(5mg) 1錠 不眠時

にある冠状動脈の血管の一部が詰まるという心筋梗塞に間違いないようです。心電図と心エコーの結果では、心臓の前壁中隔の部分の血管が詰まっているようです。心臓カテーテル検査をして、狭窄の状況を確認して、狭くなっているところを広げたり、ステントをいれたりします」と説明された。直ちにPTCA(経皮的冠動脈形成術)が行われ、その後ICUに入室した。同日18時ICU入室時ニトロール、シグマート内服した後に胸痛が軽減した。酸素吸入(経鼻)20/分、体温37.3℃、脈拍数74回/分、呼吸数21回/分(パターン安定)、血圧108/55mmHg

禁飲食。バルンカテーテル挿入し、ベッド上安静でファーラー位20°まで可とされた。第三病日目の10時30分、循環器病棟へ転棟。(4人床)

体温36.2℃、脈拍数78/分、呼吸数20/分、血圧122/72mmHg、胸痛なし。心エコー異常なし。IN/OUT：690/550mℓ。昨日より食事が五分粥より開始(本日七分粥、塩分8g)となり、ベッド上坐位で摂取できている。自分で歯磨きができ、短時間であればテレビ、新聞を読むことも許可されている。排泄はポータブルトイレでできるようになった。しかし、リハビリテーションについてはまだ説明されていない。

[血液検査のデータ]

| 検査項目                    | 2/7(集中治療室) | 2/9 (一般病棟) |
|-------------------------|------------|------------|
| WBC (／mm <sup>3</sup> ) | 15,600     | 10,000     |
| RBC (／mm <sup>3</sup> ) | 413        | 420        |
| Hb (g／dl)               | 11.3       | 11.5       |
| CPK (U／l)               | 2154       | 733        |
| GOT (U／l)               | 146        | 125        |
| GPT (U／l)               | 54         | 51         |
| LDH (IU／l)              | 1,540      | 1,517      |
| 総コレステロール (mg／dl)        | 230        | 220        |
| 中性脂肪 (mg／dl)            | 170        | 150        |
| Na (mEq／dl)             | 136        | 138        |
| K (mEq／dl)              | 3.9        | 3.7        |
| Cl (mEq／dl)             | 102        | 102        |
| CRP (g／dl)              |            | 13.45      |
| SaO <sub>2</sub> (%)    | 94         |            |

## 胸の痛みがおさまり、自分でトイレに行こうとしていた場面のフォーカスセッション

部屋を訪室すると、患者はベットサイドに立ち、今にも歩き始めようとするところでした。驚いて、「どうなさったのですか」と聞くと、「トイレに行くところなのよ。こんな病室ではできないでしょ。幸い胸の痛みはとれたし、もう大丈夫よ」と元気そうに話されました。

### フォーカスセッション

- ・現在の病状をどのように捉えますか。
- ・歩こうとしている患者に対して、現在の病状と関連させてどのように説明しますか。
- ・今後のどのような日常生活指導を計画しますか。

### ガイドライン

- 心筋梗塞に伴う循環動態が不安定であることが理解できる。
  - ・心不全、再梗塞の危険因子
  - ・心拍出量の低下、心不全、梗塞拡大
  - ・必要な安静と許容範囲の活動保持
  - 段階的に日常生活動作が拡大していくことを説明できる。
  - 心臓リハビリテーションのプログラムに沿った計画が立案できる
  - ・安静療法や治療に伴う日常生活の規制
  - ・無理のないステップアップ
  - ・再発や心不全の兆候の早期発見
  - ・日常生活上の患者の不安・不満
- これらを配慮した看護計画

## 面会時間に夫が来室した場面のフォーカスセッション

バイタルサイン測定のために訪室しているところへ夫が来室され、「退院もずいぶん早いと聞いたのですが…。家に帰ったら具体的にどのよ

うに生活していけばいいのですか」と質問されました。患者は「今回は命拾いしたけど、日ごろの生活が大切だと先生からも言われているんですけど、具体的にどのようなことに注意したらいいのかしら。食事制限もしてやせなきゃいけないんでしょうね」と、少々不安な様子もうかがえました。

### フォーカスセッション

- ・今後、どのような退院指導が必要でしょうか。
- ・心筋梗塞と日常生活習慣とのどのような関連があるのでしょうか。

### ガイドライン

- 心筋梗塞と生活習慣の関連について理解できる。
- ・禁煙
- ・食事制限(特に食塩、カロリー制限)
- ・活動と休息(睡眠)
- ・体重(ダイエット)
- ・排泄(特に便秘)
- 退院後の治療の継続と健康管理の必要性が理解できる。
- ・疾患、治療に対する理解度
- ・再発作、合併症をきたさないための自己管理の必要性
- ・健康管理のための生活上の注意
- ・家族の理解と協力

「回復へ向け心臓リハビリテーションを受ける患者の看護」教育方法と評価

| 問題解決情報  |   | 帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)   |   |
|---|---|---|---|
| 看護上の問題点、看護目標、看護の具体策   | 活用する既知知識  | イメージ化   | 主ふ思考及びその教育的効果   |
| <p>62歳、女性。職業は著述業である。家族は出版会社勤務の夫と2人暮らしである。子供はいない。</p> <p>15年前頃から高血圧であったが放置していた。突然に胸痛・背部通が出現し、心筋梗塞の診断を受け緊急入院した。</p> <p>胸痛・背部痛があったが、経皮的冠動脈形成術(PTCA)を受け、胸痛・背部痛はほとんど消失して3日目にはICUより、一般病棟に転棟している。ベッド上坐位、排泄はポータブルトイレ使用であるが、その他はベッド上安静である。</p> <p>飲酒と喫煙の習慣がある。特に喫煙は1日30本。食事もバランスなど考えないものであった。調理もほとんど行っていないかった。全体的に不規則な生活を送っていた。</p> <p>食事、洗面、読書、短時間のテレビ視聴の目的での座位、排便時にポータブル便器へ移動する程度の安静度。</p> | <p>心臓の構造と機能</p> <p>心筋梗塞の病態</p> <p>胸痛のメカニズム</p> <p>治療に伴う合併症</p> <p>検査と治療</p> <p>検査と正常値</p> <p>急性心筋梗塞患者の心理</p> <p>睡眠障害</p> <p>検査所見と安静度</p> <p>リハビリテーション・シヨンスケジュール</p> <p>病態の理解と自己管理への教育</p> <p>活動と心負荷の関連性</p> | <p>イメージ化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・突然の胸痛。死を意識するほどの激しい痛み(不安)</li> <li>・自分で何でもできるのだが、活動制限されているもどかしさ</li> </ul> <p><b>因果思考</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧と動脈(冠動脈)硬化の因果</li> <li>・生活習慣と高血圧、心筋梗塞の因果</li> <li>・喫煙と冠動脈循環不全の因果</li> </ul> <p><b>関連思考</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心機能低下と社会生活縮小の関連性</li> <li>・治療と生活の質の低下(食事制限嗜好品の制限等)の関連性</li> </ul> | <p>看護上の問題点、看護目標、看護の具体策</p> <p>#1心筋障害に伴う循環動態の不安定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心筋梗塞の合併症を早期発見し、重篤な状態に陥らない</li> <li>・心臓リハビリテーションの必要性を認識し、無理のないステップアップができる</li> </ul> <p>OP:発症前の生活状況、心機能低下に対する受け止め方</p> <p>バイタルサイン(特に血圧と脈の性状)、心電図モニターによる観察、水分出納、検査データ、薬物療法のコンプライアンス</p> <p>PT:活動制限の範囲でのADLの援助</p> <p>薬物療法の援助</p> <p>便秘対策、不眠対策等心負荷を軽減する援助</p> <p>EP:安静の必要性、薬物の作用・副作用について。心機能に応じた活動の重要性</p> <p>異常を感じたらすぐ連絡をするよう説明</p> <p>#2生活規制に伴う拘束感・再発作に対する不安</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・活動制限の必要性を理解し、制限の範囲で行動できる</li> <li>・生活習慣を改善を図ろうとする言動がみられる</li> </ul> <p>OP:入院前の生活と現在の状態を照らした自己評価。疾患や治療に伴う不案</p> <p>TP:活動制限の範囲で自立して活動ができるよう支援する。心負荷が最少となるような日常生活動作を検討する</p> <p>EP:心機能に応じた生活指導</p> <p>本人、家族と共に実現可能な目標・計画を立案する。</p> |

## 「長期にわたり自己管理を要する患者の看護」事例の考察

現在、糖尿病患者数は全国で 700 万人、予備軍をあわせれば 1400 万人とされており、食習慣や運動不足に由来する「生活習慣病」の代表例とされている。また、2型糖尿病では自覚症状がほとんどないが、放置すれば網膜症、腎症、神経障害を合併し生命に危険をおよぼす。このように国民の健康状態に多大の影響を及ぼしている糖尿病の看護について学ぶことは意義深い。

一方、糖尿病は医学的研究の進歩により発病しても厳格なコントロールにより合併症が予防できることも明らかになっている。すなわち、糖尿病治療には自己管理が大きな位置を占めているといえる。しかし、どんな優れた治療法が登場しても患者自身がそれを実行しなければ効果は現れないのである。したがって、糖尿病の看護では、自己管理による血糖のコントロールを教育することが重要であるが、成人期のある人は個別の生活歴、価値観を持ちライフサイクルの中核にある人々であるため単に一般的な専門的知識や技術を伝える「指導」ではなく、糖尿病をもって生きることを「支援」する「援助」という視点が不可欠であることを強調したい。また、自己管理は長期にわたり継続されなければならない。わかっているが行動できない、継続できないという患者の心理を理解し具体的な解決方法を工夫していくことが重要であることに気づかせたい。

このように糖尿病を持つ患者の看護を学習することは、慢性期の看護の視点、家族看護の視点、セルフケア確立の視点、価値観や自己概念、性格、行動傾向の見極め、ストレスと心理反応など重要な概念を学ぶことができる。また、食事療法、運動療法、薬物療法の視点から看護を学ぶ機会となる。

## 学習目標

1. 糖尿病の経過を知り、高血糖による心身の変化や症状、合併症などの病態を理解できる。
2. この病態が患者・家族のニーズや生活にどのように影響するか理解できる。
3. 成人期にある患者が疾病をコントロールしながら生活を管理していくことの困難さと、継続を可能にする要件について理解できる。
4. 糖尿病患者・家族の看護上の問題を理解できる。
5. 糖尿病患者・家族へ血糖コントロールに向けての看護方法を立案できる。
6. セルフケアに向けた指導計画を立案できる。

## 「長期にわたり自己管理を要する患者の看護」事例

### 基礎情報1

43 歳、男性。会社員(建設会社の経理担当係長) 既往歴:糖尿病歴 10 年。身長 170cm、体重 74kg、BMI25。

家族:40 歳の妻(パート勤務)と高校生の長男、中学生の長女、67 歳の実母(家事全般をしている)

住居:東京郊外の一戸建て

生活習慣:食事は1日3食、間食2回、排尿は6回/日(排尿障害なし)排便1回/2日

運動は2ヶ月に1回ゴルフに行く程度。最寄り駅まで徒歩5分

[発病から入院まで]

大学時代はラグビー部で、体重は 78kg 前後だった。

10 年前、職場の健康診断で尿糖陽性と高血圧を指摘され会社の保健師からA病院を紹介された。A病院受診し糖尿病と診断され食事療法、運動療法の指導を受けた。その後、4年間は、2ヶ月に1回ずつ外来受診し要観察で経過したが、2年間は通院を中断したところ、体重減少と多飲、多尿がみられ再受診。HbA<sub>1c</sub>コントロール不良となりオイグルコン 1/2 錠の内服が開始となった。以降、次第に投与量が増加し現在は、朝・夕に1錠(1日2錠)内服している。体重は4年前 70kg まで減少したが、今は大きな変化はない。半年前から夕方になると下肢に浮腫が出現するようになった。現在、尿蛋白が陽性である。そこで今回、糖尿病性腎症の精査と再度の教育目的で

入院となった。会社には、その旨を伝え休暇をとっている。

### 基礎情報2

[入院当日の病歴聴取から]

初回の教育入院後は、しばらく間食を控え、駅1つ分を歩くなど努力したが、最近はしていない。妻も糖尿病教室を受講しているが、実際には母が料理しており計量もせず食品交換表も使用していない。本人は「仕事上外食も多くなるしね。外食は脂っこいものも多くなるしカロリー高くなるよね。お酒は外食の接待時にはビールを2〜3杯飲む。家でもビールくらいかな。そんなに多くはないよ。たばこは禁煙している」「入院が決まって運動しなきゃと思って1駅分早足で歩いたらすごく疲れて、息が切れて、脈を取ったら 120 くらいあったな」「なぜ糖尿病になったのかね。親父も高血圧と糖尿病だったし、遺伝もあるのかな…」と話している。妻は今回の入院では「しっかり勉強してきてほしい。私も勉強しなきゃ。お母さんにも食事について教えなきゃ」と言っている。入院3日前の食事内容をみると約 2200 カロリー摂取していた。入院後の目標適正カロリーは 1760 カロリー(22 単位)である。入院時の主訴は、食間の空腹感である。

入院時のデータは、HbA<sub>1c</sub>9.2%、空腹時血糖 190mg/dl、総コレステロール 175mg/dl、中性脂肪 135mg/dl、血圧 142/90mmHg、心電図・レントゲンにて心肥大傾向あり。尿蛋白(+)尿糖(+)尿ケトン体(-)、HB<sub>s</sub> 抗原・HCV(-) W氏(-)

## コミュニケーション中、病気に対する思いを吐露した場面のフォーカスセッション

「頑張るときもあるし、頑張らなくてはと思うときもあるんだけど、検査結果もよくなるし、お腹がすくと元気がなくなって仕事もできないからね。すぐ食べちゃうんだ。仕事上外食も多いから、そんなにきちんと教科書通りにはできないよ」  
「先生からは、体重減らして、食事減らして、酒を減らしてと言われているけどそう簡単にはいかないよ。あれもこれもだめなんて味気ない人生ですよ。もう10年も糖尿病とつき合ってるんだよ」

### フォーカスセッション

- あなたは、この言葉から患者の病気に対する思いをどのように受け止め、分析しますか。
- あなたは、この場面でどのように対応しますか。
- あなたは、今後どのような援助を計画しますか。

### ガイドライン

- 長期にわたり病気を自己管理しなければならない患者の心理に気づける。
- やらなければとわかっているけど実行できない、継続できない。→自己嫌悪感や言い訳
- がんばっているつもりなのにすぐに成果が現れない、すぐに治癒につながらないもどかしさ  
→生活を制限されることへのストレス
- 患者の心理を理解し受容的に対応できる。
- 各個人の病気に対する受け止め方、感じ方、考え方がその後の行動に強く作用する
- 患者の糖尿病に対する考え方、行動様式、感情をアセスメントすることが重要となる  
(具体的アセスメントツールの例)  
PAID(糖尿病問題領域質問表) DMビリーフ(糖尿病ビリーフ質問表)  
患者の思い、苦痛を理解することが「一方的指導」から「共に歩む支援」の第一歩になる
- 自己管理の継続を困難にする要因について

気づける。

- 病気に対する理解不足→治療への動機づけが弱い
- 継続できる具体的方法がわからない
- 社会的役割遂行との葛藤
- 患者の状況を踏まえた自己管理を可能にする援助(指導)計画が立てられる。
- 患者・家族とともに目標、具体的対策を考える
- 患者の目標と医療者の目標の一致
- 日常生活のなかで実行可能
- 成果がわかる 成果を認められる

## 病気や自己管理について疑問を投げかけた場面のフォーカスセッション

「尿蛋白も出でいるらしいね。腎臓も悪くなっているのかね？ 透析になったりするのは怖いな。糖尿病は合併症が怖いと聞いたよ。たしか村田英雄は糖尿病で足を切断したんだよね。」

「今度こそきちんと勉強してやらないと…ところで、なぜ1単位は80kcalなんですか？」

### フォーカスセッション

- 糖尿病では、なぜ腎機能が障害されるのでしょうか。
- 糖尿病の3大合併症の病態と患者に与える影響はどうなっているのでしょうか。
- 糖尿病患者が自己管理をするために知識としてどんなことが必要でしょうか。
- あなたは、この場面でどのように対応しますか。

### ガイドライン

- 3大合併症の病態について理解できる。
- 糖代謝異常による血管障害のメカニズム
- 眼底網膜の変化:網膜血管の変化→血管癌→血管の閉塞→網膜の浮腫→出血→失明
- 腎糸球体の変化:糸球体血管の変化→基底膜の肥厚→メサンギウム組織の増殖→原尿生成機能の消失→腎機能障害→糖尿病性腎症



- ・神経障害:手足のしびれ、感覚鈍麻など知覚神経障害 立ちくらみ、下痢、胃もたれなど自律神経障害は神経の栄養血管に障害がおこるために出現する。
- ・その他の血管障害として、脳血管障害、狭心症、高血圧などがある
- 合併症を回避するための血糖コントロールの方法を理解できる。
- ・血糖コントロール状態を知る検査
- ・血糖値の測定:空腹時血糖、食後2時間血糖、糖化ヘモグロビン(HbA1c)、尿糖
- ・体重測定(適正体重の目安BMI測定)と血圧測定
- ・すい臓機能チェック(血中IRIとCPR)
- ・糖尿病治療薬の仕組みと効果
- ・合併症チェックの検査(眼底検査、皮膚所見、尿蛋白定性試験、尿中アルブミン測定)
- ・食事療法と運動療法
- 自己管理に向けての指導計画を立案できる。
- ・自己血糖測定によるモニタリングの知識と技術を身につける
- ・適正カロリーを維持する食事のとり方
- ・カロリー消費のための適正な運動の取り入れ方
- ・医師の指示に従った正しい薬物療法
- ・低血糖についての基本的知識の習得
- ・定期的受診による合併症の早期発見

「長期にわたり自己管理を要する患者の看護」教育方法と評価

| 情報   | 問題  | 解決の学習素材   | 帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)  |
|--|---|---|--|
| <p>43歳、男性。<br/>会社員(経理係長)<br/>家族:母、妻、子供2人<br/>糖尿病歴10年<br/>身長170cm 体重74kg<br/>BMI25<br/>10年来の糖尿病で食間の空腹感が強い。<br/>血糖コントロール不十分にて薬物治療中であるが、半年前から夕方になると下肢に浮腫が出現し尿蛋白陽性である。<br/>適正カロリーは1760カロリー(22単位)であるが現実には2200カロリー摂取している。生活上厳密には管理できないよという。努力しているつもりでもデータが改善しない。医師からの注意にあれもこれもダメなんてあじけない人生だともう。しかし透析になつたら怖いという不安もある。</p> | <p>看護上の問題、目標 看護の具体策<br/>#1. 空腹感と不十分な知識による食事・運動の自己管理困難<br/>【食事・運動について正しい知識を獲得する】<br/>【知識を実行し習慣化できる】<br/>OP:入院前の食事摂取状況・家族の協力状況・職場の環境状況<br/>空腹感の状態・食事療法への理解度・運動療法への理解度<br/>TP:現状の受け止め方、今の気持ち、実行や継続を困難にしていることについて話せる環境をつくる<br/>(アセスメント質問紙の活用)<br/>上手くいっていること、努力に対して認める<br/>EP:問題点と自己管理できる可能な方法を一緒に考え具体化していく<br/>指示カロリーでの献立の作成 運動メニューの作成<br/>自己管理に必要な知識の補充と社会資源の紹介</p> <p>#2. 血糖コントロール不足による合併症の発症と進行の可能性<br/>【正しい食事・薬物・運動療法により血糖コントロールされる】<br/>【合併症の兆候がみられない】<br/>OP:血糖コントロール状態 各検査データ 浮腫の状態<br/>体重、血圧の変化 食事・運動・生活指導の理解度と取り組み状況<br/>TP:食前血糖自己チェックの状態を把握する<br/>血糖値について一緒に評価し現在の身体状況を共に把握する<br/>EP:3 大合併症についての理解を深めるよう知識を補充する<br/>観察の視点と方法について指導し異常の早期発見について指導する</p> <p>#3. 食事療法や生活規制による陰性感情<br/>【生活の中に治療を上手く取り込める】<br/>【治療を前向きに受け止められる】<br/>OP:現在やこれまでの食事療法についてのつらさや後悔などの感情<br/>実行や継続を困難にしている現状の問題<br/>TP:気持ちを受けとめる<br/>共に考える 共に評価する 共に喜ぶ<br/>EP:闘病日誌や食事日誌により自己を振り返る機会にする</p> | <p>活用する既知知識<br/>糖尿病の病態<br/>血糖調節のしくみ(インスリンの働き)と3大症状(口渴・多尿・やせ)との関連<br/>糖尿病の検査と治療<br/>・検査正常値<br/>・薬物療法<br/>患者指導技術の基本</p> | <p>主な患者及びその教育効果<br/>イメージ化<br/>・下肢の浮腫の状態<br/>・2200カロリーから1700カロリーへの食事量の变化<br/>・規制の中で社会生活することの困難さ</p> <p>因果思考<br/>・高血糖と浮腫との因果<br/>・血糖調節と3大症状、3大合併症との因果</p> <p>関連思考<br/>・生活習慣と糖尿病との関連<br/>・患者の性格、価値観、病気の捉え方と自己管理行動との関連<br/>・家族の性格、価値観、病気の捉え方と患者の自己管理に与える影響との関連</p> <p>発展思考<br/>・看護師の患者指導に対する認識の変換<br/>・患者とともに目標を設定し、解決策を考える<br/>・患者が自身で目標や解決策を導けるように支援</p> |

## 「苦痛を伴う終末期患者の看護」事例の考察

呼吸器は人間の存在そのものに関わってくる機能である。呼吸機能の障害から引き起こす症状は人にはかり知れない苦痛と不安を与え、さらに死への恐怖へとつながっていく。

近年の呼吸器疾患の傾向は、高齢社会の到来とともに増加しており、臨床場面においても高齢者の肺気腫や喘息などの慢性閉塞性疾患や肺癌の患者に遭遇することは多い。

なかでも肺癌は、わが国において男女ともに急激に増加の一途をたどっており、男性においては1993年に癌による死亡人数が第1位となり、1998年には男女合わせた年間死亡原因が1位となっている。男女比は約3:1で男性に多い。好発年齢は50～70歳代で社会において重要な役割を果たす成人後期の男性に発症が多いため、社会・経済的影響は大きい。肺がんは予後の悪い癌の代表的なものであり、発見時には既に進行癌の率も高い。

肺がんをはじめ呼吸器疾患の終末期の患者は、強度の呼吸困難、咳嗽、痰の喀出困難などの症状に加え、他臓器への転移も増強し身体的苦痛が大きい。なかでも呼吸困難が生じると、死への不安や恐怖からパニック状態になりやすい。このような心理的要因は、さらに呼吸のメカニズムに影響して悪循環をもたらすことになる。がん患者の呼吸困難を緩和することは、患者のQOLを維持するために重要である。また、終末期には人間としての尊厳や権利が脅かされるような問題が存在しやすいことも事実であり終末期看護を学ぶことは意義深い。

したがって、このような患者の、いわゆる成人期の役割機能、呼吸器の悪性疾患の終末期の心身の苦痛・苦悩、そして残された時間をその人らしい生活が維持できるような看護について学習する意義は大きいといえる。

## 学習目標

- 1.肺がんおよび転移による病態生理、合併症などについて理解できる。
- 2.化学療法、放射線療法の影響を理解し、看護について学ぶ。
- 3.終末期患者の身体的・精神的・社会的・霊的苦痛について理解できる。
- 4.肺がんの終末期患者の苦痛、特に呼吸困難が日常生活にどのように影響するか理解し、援助計画の立案ができる。
- 5.人間としての尊厳を全うできるような援助について考えられる。
- 6.終末期患者をもつ家族(身内の人)の状況を理解した援助を考えられる。

## 「苦痛を伴う終末期患者の看護」事例

### 基礎情報1

56歳、男性。写真家

既往歴：特になし

身長 174cm、体重 58Kg。

家族：離婚し現在1人暮らし（前妻に娘2人いるが、子供達には長年会っていない）入院に伴う世話は姉が面倒を見ている。

生活習慣：喫煙は30本/日を35年間続けてきたが、発病後は禁煙している。

飲酒はビール大瓶1本/日。食事は外食が多い。

### 〔発病から再入院までの経過〕

感冒症状に引き続いて咳嗽が増強し、労作時の動悸、息切れが出現したため近医を受診した。胸部の異常陰影を指摘され、がんセンターを紹介され入院となった。

精査の結果、肺がん（非小細胞がん T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub> Stage III B）と診断された。左右の気管支が高度に狭窄、食道も壁外性に圧排され狭窄しているため、化学療法（シスプラチン 80mg/m<sup>2</sup> ナベルビン 10mg/m<sup>2</sup>）及び縦隔への放射線治療が行われた。66Gyの照射で、左右の気管支内腔狭窄の改善がみられ、2カ月後に退院となった。退院後、2週に1回外来受診をしていた。好きなドライブや写真撮影などを楽しみたいと思っていた矢先、再び咳嗽、息切れが強くなって、1ヶ月後再入院となった。

### 基礎情報2

### 〔再入院以後の経過〕

入院時顔色が悪く咳き込む様子であった。

PaO<sub>2</sub>:68mm Hg、PaCO<sub>2</sub>:52.9mm Hg、酸素20/分吸入中。呼吸困難のため、ベッド上で仰臥位

で過ごしていることが多いが、体位変換時には腰部の痛みを訴える。排泄だけはポータブル便器を使用。夜間も呼吸困難と疼痛のため十分眠れない。鎮痛剤・麻薬が処方される予定である。

「前回の入院時に先生からStage III Bの非小細胞癌という種類の肺がんで、比較的進行した状態であり、手術は既にできないと言われ、放射線と化学療法を行った。でも、こんなに早く進行するとは思わなかった。抗がん剤による化学療法で効果が期待できるのではないかとされたけど…、ショックだな。抗がん剤をやって髪の毛が抜けたり、吐き気がきて食事がとれなくなったりするんですよ。複雑な気持ちで…いやだな」と話をしている。今回の化学療法はパクリタキセル（180mg/m<sup>2</sup>）、カルボプラチン（AUC:4）が併用で用いられることになり、化学療法について、その効果と副作用、治療のスケジュールについて主治医から説明された。化学療法2～3日後から食欲は低下し、悪心・嘔吐が出現して食事がほとんど摂れなくなった。だんだんと水分さえも摂取できない状況となった。姉は「こんなに辛い目にあって…。食べることもできない治療はもう止めて欲しい」と言っている。

患者は前回の治療で苦しかったことを思い出し、「恐怖だな」と気分は落ち込んでいる。しかし、主治医や看護師から、「前回苦しんだからといって、今回も必ずしも苦しいとは限りませんよ」と説明を受けた。主治医からは更に腫瘍を小さくするためには化学療法が必要であることを聞き、なんとか化学療法を受ける気にはなっている。

また、右の肺門縦隔に転移があり、突然に血管が破れる可能性があることも医師から説明されている。