

危機状況に陥った患者の看護

～壊死性筋膜炎により下肢切断を余儀なくされた症例をとおして～

救急医療センター・CCC ○高橋 律子 他看研グループ

I はじめに

救急医療の対象となる患者の多くは、受傷から入院までの過程が①突然の事故や発症であることから心の準備ができない状況、②比較的重症、又は緊急的治療を要することが多い、③患者への十分な説明・同意がなく治療・処置が優先されがちである等の特徴がある。

このような状況で、患者は心の不安・恐怖を抱え、精神的に危機的状況にあると思われる。しかし医療者は、どちらかと言えば救命処置を優先する傾向があるため、精神的援助をおろそかにしがちである。

今回突然の発症から短期間で、右下肢の切断を余儀なくされた患者の事例を通して危機状況にある患者の精神的看護のあり方を検討したので報告する。

II 事例紹介

患者名：■■■■氏 53歳 男性 ■■■■
 病名：壊死性筋膜炎（劇症型溶連菌感染）
 既往症：糖尿病

発症から転科までの経過：平成6年2月■■■■、右頸部痛あり、他院にて感冒と診断される。翌日、頸部痛は消失するものの右下肢疼痛出現し、湿布薬処方され帰宅し様子みる。2月■■■■、右下肢疼痛増強、腫脹がみられ他院受診、血圧低下あり本院紹介され、入院となる。

来院時、意識レベルJCS I-0～1。当日、緊急に右大腿筋膜切開術施行する。その後、右大腿壊死進行、右殿部から右側胸部部まで壊死拡大するため2月■■■■、右下腿股関節離断術施行となった。この間、DIC治療及び敗血症性ショックに対する治療として、持続的静-静脈血液濾過・透析、エンドトキシン吸着等の全身管理を行った。手術後6日目セデーション使用中止、呼吸器離脱に至った。創部は感染を起し、連日創洗浄、デブリートメント術をくり返した後、4月■■■■断端形成術施行。手術後は順調に回復、4月■■■■より車イス可能となり5月■■■■整形外科病棟に転科となった。

危機段階と患者心理過程・反応 表1

危機段階	フィックの危機モデル	患者の心理過程と反応
第Ⅰ期 ショックの段階	1/■ 2/■ 3/■	<ul style="list-style-type: none"> ・パニック ・不安 ・無力さ ・秩序の崩壊
	2/■ 2/■	<ul style="list-style-type: none"> 2/■ 緊急入室 減強切開・CVWH 2/■ 右大腿股関節離断術 セデーション中人工呼吸管理
	3/■ 3/■ 3/■	<ul style="list-style-type: none"> 3/■ セデーション中止 呼吸器離脱・抜管 3/■ (連日)創洗浄GE 3/■ 腹部へ膿瘍広がりデブリートメント ICUシンドロームでセデーション
	3/■	<ul style="list-style-type: none"> ・処置時されるまま(意識レベルJCS I-1～2) 苦痛訴えなし、問いに応じのみ ・嘔気・嘔吐頻回 ・手術について本人への説明は具体的にはなし 3/■ 特に訴えなし、ぼんやりしている、夜間入眠 3/■ 異常言動 「荷物をまとめて帰る。Dr.の許可がでたから……」 夜間不眠・ソワソワ・起き上がり動作あり
第Ⅱ期 防衛的退行の段階	3/■ 4/■	<ul style="list-style-type: none"> ・現実からの逃避 ・否定・抑制 ・退行 ・無関心又は多幸症 ・変化に対する抵抗
	3/■ 4/■ 4/■	<ul style="list-style-type: none"> 3/■ 右下肢切断についてDrより本人へムンテラ 連日創洗浄 4～5日毎デブリートメント 4/■ 竹断端形成術 3/■ 切断について「止むを得ない処置だった。今後の不安はあるが」悲観する様子見られず 3/■ 表情暗く言葉少ない 処置時されるまま、苦痛訴えなし ぼんやりしている 3/■ ナースコール頻回、看護婦に依存的、昼夜逆転、ドロージー 3/■ 右肢痛 「右足がしびれる…ないのはわかってるんだけど…」
第Ⅲ期 承認の段階	4/■ 4/■	<ul style="list-style-type: none"> ・自己嫌悪 ・現実と直面 ・自らが自己に対し衝撃を考える ・悲嘆 ・防衛的な崩壊
	4/■ 4/■	<ul style="list-style-type: none"> 4/■ 感情失禁あり 怒り等、感情の表出 処置や医療者に対する 「こっちの身にもなってよ…我慢してるのに」 「ここじゃ仕事にならないよ」 投げやりな態度 暴言・多弁・活気なし・夜間不眠 Drにムンテラ希望 「先生に一生に一度のお願い」
第Ⅳ期 適応の段階	4/■ 4/■	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい構造の確立 価値観 ・現実の資源と能力による再構造 ・徐々に満足する体験を増加(徐々に不安の軽減)
	4/■ 4/■ 5/■	<ul style="list-style-type: none"> 4/■ リハビリ開始 日程表作成 4/■ 車イスリハビリ 4/■ リハビリに対して意欲的 笑顔みられ表情明るい 異常言動消失「職場ではポストを空けて替わっている」という会社の同僚の励ましで活気もどる 4/■ 5Fフロアを妻と散歩 「こんな景色、病院に来て初めて見た」と涙ぐむ 5/■ 転科

III 研究方法

看護記録より、患者の言動、実際に行った看護をふり取り、フィック¹⁾の危機モデルに照らし、効果的な危機介入について再考察した。

IV ケースの分析：(表1参照)

■■■■氏の危機の状況をフィックの危機モデルを用いて分析した。

■■■■氏の場合、頸部痛と感冒の診断から、最終的に右下肢喪失という状況に至っている。意識状況は良好なことから■■■■氏は、入室後次から次へと実施される治療・処置に対して生命の危機を感じていたと思われる。心理的にパニックな状態で、フィックの危機段階での衝撃の段階にあった。手術後13日目に下肢切断を告げられた■■■■氏は、再び強い衝撃を受けているにもかかわらず

らず、「仕方がない」という言葉の反応のみであった。しかし、その頃から表情が暗くなったり、ナースコールを頻回に鳴らしたり、時に多弁、依存的傾向が出現した。この時期、本人は切断について「仕方がない」と自分に言いかかしているような反応をみせているものの、現実には目を向けたくない状況にあった。つまり、防御的退行の時期であった。手術後43日目、■氏は連日の処置に対する不満を「今まで自分は我慢してきた。こっちの身にもなってくれ。」と廻診の都度、攻撃的に訴えるようになった。又、医師に再々、病状説明を求めたり、夜間不眠を訴えたり、急に泣いたりした。右下肢喪失を現実的に受け入れなければならない自分と、変えようのない自分の気持ちから抑うつになった状況で承認の段階にあった。手術後49日目、ADLがベッド坐位と拡大された。それに伴って笑顔がみられるようになり、昼間読書をしたり、看護婦と一緒に日課表を作成するなど活気がみられた。又、会社の同僚の面会人を増したり、リハビリを積極的におこなった。この時期適応の段階に入り危機は回避されたものと思われた。

V 考察 (表2 参照)

危機状況の看護介入という視点から看護の実際について考察する。

フィンクリは危機を「個人の持っている通常の対処する力が状況に応じるのに不十分である出来事」と定義し、危機状況の患者の心理過程を4つの段階に分類、更に看護介入モデルを作成した。一般に危機の期間は4～6週間で集結すると言われている。又援助者は患者が最悪の状況に追い込まれないよう少しでも早く、それぞれの時期に応じて進んでいけるよう援助することが大切である。■氏は結果的に約50日間で危機回避を出来たが、表2をみる限り、■氏の反応を看護婦は、ICUシンドロームととらえ、危機状況とは受けとめていなかった。■氏の1つ1つの反応は、本来危機段階からみていくと正常な反応、つまり適応に向かうための過程でおこりうる1つの反応であった。しかし看護婦は、ICUシンドロームの異常言動ととらえたため、主に事故防止に重点をおく援助をし、Y氏の精神的苦痛・悩みを理解する精神的看護援助には至っていなかった。

実際の看護と危機モデル 表2

患者の危機の段階	実際の看護援助	看護介入モデル
ショックの段階 第Ⅰ期 (2/■～3/■)	<ul style="list-style-type: none"> 治療処置に対する介助 事故防止抑制 右下肢切断の可能性を察知れないよう言動統一 “異常言動あり”ととらえ鎮静剤投与 	<ul style="list-style-type: none"> 危険から患者を守る ①混乱状態にあることや身体症状を表わすことをよく理解する ②パニック期は誰か側につきそう 家族に対する配慮 ①心理的に家族もパニックになることを理解する 異常行動を受けとめる思いやりのある態度をとる
防御的退行の段階 第Ⅱ期 (3/■～4/■)	<ul style="list-style-type: none"> 不穏・ICUシンドロームととらえ、鎮静剤、眼剤の使用 その都度話をよく聞く 事故防止抑制 依存心強いことに対して 家族面会時間の延長 日常生活の指導 環境調整 Bed移動 	<ul style="list-style-type: none"> 患者に心理的安全を保障する ①現実志向の援助を無理にしない ②看護婦が驚異的に見えないようにする 退行・依存的態度をとる患者に対しても支持的態度で訴えを受け入れる 患者が必要とするとき必要な援助をする ①過度に依存的なとき、呼ばれる前に患者のそばに行く 基本的ニーズの充足
承認の段階 第Ⅲ期 (4/■～4/■)	<ul style="list-style-type: none"> 不穏・ICUシンドロームとしてとらえ相手の感情をうけとめていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の現状を受け入れられるよう援助する ①感情面での応援 ②治療的支援…希望の伝達が必要 ③励まし ④訴えをよくきく ⑤怒りの表出をさせる
適応の段階 第Ⅳ期 (4/■～)	<ul style="list-style-type: none"> 面会時間の延長。 友人の面会許可。 リハビリ開始。 患者と一緒に日課表の作成 	<ul style="list-style-type: none"> 新しい価値観構築への援助 ①患者自身が満足と感じる援助 ②自信ある励まし ③生活指導

ICUシンドロームは「治療的要因と環境的要因、患者の持っていた要因が絡み合って精神症状を生ずるもの²⁾。」と1982年黒沢が行なったアンケートで報告されている。又、治療については、環境調整、向精神薬投与、面会調整、十分な睡眠確保と言われている。それに対し危機状況にある患者の場合は、本人の心理過程に沿って、段階別にそれぞれの時期に応じた援助を必要とする。つまり防御的退行から承認の段階までは安全を守るための援助、適応の段階では新しい価値観や自己を気付くため、成長を促す援助である。しかし今回■氏の反応のとらえ方に問題があったため、防御的退行の段階から承認の段階前半までは看護婦のかかわりはおよそ看護介入モデルから、かけ離れたものであった。承認の段階の後半に入り、■氏の医療・処置に対する怒りの発言や感情の表出を見るに至り、看護婦側はICUシンドロームという見方から離れ、ようやく■氏の心理・行動を分析するような看護活動が行われ始めた。また看護婦側から家族の面会時間の延長や会社の同僚の面会を多くするなど、患者の意志を汲み取った積極的なかかわりがみられた。さらに適応の段階に入り、■氏の訴えを正常な反応として受け止められるようになり、■氏に読書を進めたり、日課表と一緒に作成するなど■氏の立場に立った看護援助が行

われるに至った。しかし全体の看護援助のプロセスをみると、先にも述べたごとく、看護婦の■氏に対する援助は、危機段階における、心理過程にそった看護介入が出来なかったという結果であった。この結果は、看護婦の患者の危機状況に対する認識の甘さ、学習不足であったと考える。また治療的処置に追われ精神的看護をおろそかにしがちな、救急看護場面での問題が出たものと考えられた。

VI おわりに

救急領域では、日常危機的状況にある対象に接することが多い。私達はそのような患者を理解・援助していけるように、今後病棟全体で症例をふり返り、更に研鑽していきたい。

VII 引用参考文献

- 1) 小島操子：救急看護における危機理論 Emergency nursing Vol. 7 No 8 P10～P28 メディカ出版 1994
 - 2) 志水 彰：救急領域における精神科的諸問題 救急医学 第14巻第1号 P19～P25 へるす出版 1990
- ・岡堂哲雄他：危機的患者の心理と看護、初版 中央法規出版 東京 1987 その他