

# 両大腿切断患者の危機プロセスの分析

5階東病棟

○柴田 美穂・安田 昌美・北村 郁子  
市川いくみ・大石 玉美・藤岡 珠美  
小原 美和・石川 友美・緒方紀美代

## I. はじめに

当整形外科病棟では、悪性腫瘍のため10代という若年層で下肢を切断する症例が数例あった。切断を受容するまでの反応は、個々様々であるがそれぞれに危機から回避し、現状を受け入れている。今回の症例は、突然の事故により両下肢切断を余儀なくされた17歳の青年である。両側の下肢を切断した患者は、当科では始めてでありアプローチに戸惑いを感じた。看護や処置に拒否的であったり攻撃的であったり、危機状態が長期にわたった。Finkの危機体系を基に、この症例の危機の段階を明らかにするため、研究に取り組んだ。

### 1. 患者プロフィール

患者：17歳 男性 N氏

職業：船員（砂利運搬船）

家庭環境：母と叔母と祖父母の5人暮らし。母親とは友達のようになんでも話し合える仲であり一番信頼している。反面、過保護に育てられている。N氏が3歳の時両親が離婚し、その際2つ年上の兄は父親に引き取られる。9歳の時父親が病死。兄とは2～3年前に1度逢ったきりで絶縁状態である。

性格：元来は明るく気さくであるが、自己中心的で特に母親に対しては甘えが強い。

入院までの経過：H6. 3月22日船上で作業中クレーンと壁にはさまれて受傷。両大腿骨開放骨折・右大腿動静脈切断・右坐骨神経断裂との診断で、当日他院で右大腿骨観血的骨接合・右大腿動脈縫合術・左下腿洗浄デブリーメント施行する。術後右下肢にうっ血が持続し、3月24日筋膜切開術を行うが改善なく右下肢切断予定で3月26日当院へ紹介入院となる。

入院中の経過

月/日	
3.26	I C U入院 右大腿部切断→病棟転出
4. 4	右大腿洗浄術・断端形式・左下肢デブリートメント
5	病室での右大腿創洗浄処置開始
8	右断端形成術・左観血的骨整復術（創外固定器装着）
12	創部MRSA（+）隔離・右下肢一部開創
16	ケタミン麻酔下での洗浄処置開始
20	右下肢創全開創
22	Bedにて散歩
28	右下肢洗浄術・デブリートメント・ 左大腿部切断・骨接合術（創外固定器除去）
5. 6	左下肢創一部開創
8	リハビリり依頼
6. 7	ケタミン麻酔下での洗浄処置終了
8	両大腿遊離分層植皮術（両殿部より採皮）
22	創部閉鎖により隔離解除・病室外での車椅子移動開始
29	喀痰よりMRSA（+）隔離
7. 4	両大腿の植皮術（右上腕より採皮）
29	両大腿の病創郭清・植皮術
8.30	MRSA（-）隔離解除（個室→大部屋）
9.17	外泊（自力で入浴）
21	病院でシャワー浴
10.23	自宅へ退院

II. Finkの危機モデルによる分類

1. 衝撃の段階

受傷による右下肢不全切断のため壊死を来し、入院後すぐに大腿部より切断。術後より半狂乱状態で「足がない！足が…」と大声で泣きじゃくっている。幻肢痛と左下肢の痛みのために頻回に鎮痛剤を使用する。4月4日、右大腿洗浄、断端形成及び左下肢デブリーメント施行。4月8日、右下肢断端形成術と左大腿骨の短縮術（創外固定器装着）を受ける。痛みが同様に続き特に夜間になると不安が強くなり大声で「注射してえ～」と叫ぶ事が毎晩続く。4月12日創部浸出液よりMRSAが検出され隔離となる。創の治癒状態も悪く洗浄処置が毎日必要であったが、激痛を伴うため、ケタミン麻酔下で処置をした。精神状態があまりにも不安定でストレスも大きく、短時間であるが創部を覆いリクライニング車で院内散歩。「ちよっとましな気分」と多少の気分転換が図れた。

接合した左大腿部も壊死の為4月28日大腿部よりの切断を余儀なくされた。左下肢の方は残存できると信じていただけに、医師・看護婦に対して怒りをぶつけてくる場面が多かった。時々興奮して大声で叫んだりする事もあるが、当初と比較すると痛みは落ち着いてきた。

## 2. 防御的退行

5月の初め頃より、痛みの少ない日中は、TVゲームをしたり、漫画を読む等の余裕がでてきている。機嫌の良いときは自分から話しかけてくるようになった。しかし、ケアや処置などの働きかけには拒否的で、話かけても無視したりと気分がむらがあり、夜間の鎮痛剤への依存的状態も続いていた。

5月8日から、主に上肢の筋力訓練目的でリハビリ紹介となった。病室で訓練を行う様子は全く見られず、ギャッジアップも嫌がっていた。母親に食事も全面的に介助してもらうなど依存的で、母親の方もN氏の言いなりであった。

麻酔下での洗浄処置は6月8日の植皮術まで続けられた。

## 3. 承認の段階

6月頃から離床に向けて、室内で上肢の筋力強化や坐位の保持などのリハビリをすすめていった。創よりのMRSA（－）となつたため隔離が解除され、自分で車椅子を駆動し喜んで散歩に出かけた。しかし、喀痰よりMRSAが検出されたため数日間で再び隔離となり、それ以後訓練には拒否的で「どうせ外にも出れんのに、練習せんでも乗れる。」と、全く応じなかった。話しかけても視線を合わそうとせずゲームやビデオに興じていたが、ベット上での坐位や体位変換は比較的スムーズに出来るようになっていた。

## 4. 適応の段階

8月末にMRSA（－）になり大部屋へ転室が決まった。転室前には、切断肢を人目にさ

らず事に抵抗があるようだと言われ、母親から情報を得たが、転室後は断端部を覆う様子もなく、同年代の患者ともすぐ打ち解けていった。

9月17日主治医より勧めがあり初めて試験外泊をした。自宅では両上肢で身体を支えて自力で移動することができ、病院では勧めても応じなかった入浴を一人で行っている。その後のリハビリにも少しずつ積極性がみられはじめ、車椅子で段差のあるところの移動・転倒時の対処も出来るようになった。浴室への移動も、坐位を保持して身体を洗う事も一人で可能となり10月23日自宅へ退院となった。

### Ⅲ. 分析・考察

Finkは<sup>1)</sup>危機とは個々人の持っている通常の対処能力が、その状況の要求を満たすのに不十分な出来事であるとみなし、その進展を衝撃・防御的退行・承認・適応の4段階で表している。Finkのモデルは危機に陥った段階からその人がたどるであろう経過と介入の考え方をわかりやすく現しており、突然危機に陥った症例の分析に有効と言われている。

衝撃の段階とは<sup>1)</sup>、最初の心理的ショックの時期である。迫りくる危険や脅威のために自己の存在が脅かされたときに感じる心理的衝撃であり、思考が混乱して計画や判断、理解ができない時期とされている。これを入院時から、4月末頃までにあてはめた。急に転院となったが、この時点では切断については説明を受けてなかった。入院してすぐに右下肢切断を宣告され、さらに強い精神的ショックを受けたと考えられる。

不安が強く、疼痛の訴え方の激しくみられた期間が約1カ月継続した。MRSA (+) による隔離された状態で残肢左下肢の創の状態も悪く、処置も苦痛を伴うものであり、それに対する恐怖心も非常に強かった。これらの要因が、痛み・不安を増強させるものと考えられ、そのために衝撃の段階から脱する事が出来ず、約1カ月という長期にわたったのではないかと考える。

防御的退行の段階は、<sup>1)</sup>危機の意味するものに対し自らを守る時期である。危険や脅威を感じさせる状況に直接的、現実的に直面するにはあまりに恐ろしく、圧倒的なために、無関心あるいは多幸症の状態を示し自己の存在を維持しようとする時期とされている。

この時期のN氏は、衝撃の段階に比べて疼痛が軽減し、不安・恐怖の訴えがやや少なくなってきている。日中は自分好きな事に集中する精神的なゆとりも見られている。反面、話しかけても無視したり、処置やケアに対して拒否的な反応が続いたり気分がむらがあった。創の状態が改善されない事による苛立ちとともに、現実を認めたくないという想いで気持ち

が動揺していたのではないだろうか。

承認の段階は<sup>1)</sup>危機の現実に直面する時期である。現実に直面し、現実を吟味しだし、もはや変化に抵抗できない事を悟り、自己イメージの喪失を体験する。深い悲しみ、強度な不安の状態を示し、再度混乱を体験するが、次第に新しい現実を知覚し、自己を再調整していく時期と言われている。

この頃になると、創も縮小しており創傷処置時には自分で包帯をはずし、痛い痛いと言いながらも処置を受け入れていた。そして、一時的にでも隔離解除となって室外に出た事は、N氏にとって入院して初めての楽しい出来事であったようだ。又、数日間ではあったが、同年代で下肢切断をした2人の患者と接する機会となり、自分だけが切断したのではない事を知る事が出来た。これはN氏にとって現実を受け入れるきっかけとなったと思われる。

しかし、再び隔離され、処置、訓練という自分の望まない現実から逃れられない状況に置かれた。多少なりとも自分の状態を直視しかけた頃に、元の状態に戻されたことで医療者を無視したり、訓練に対し拒否的な態度として現れていたと考える。

最後の適応の段階とは<sup>1)</sup>現実を認め、新しい自己像や価値観を築く努力がなされる時期である。MRSA (一) となり、隔離解除された時期をあてはめた。創も縮小し痛みもほとんどなくなるなど、今までの重圧から解放されて、自主的に車椅子に乗り、自由に行動するようになった。他の患者と接する機会も増えた事で、非常に明るくなり、治療や処置にも協力的となった。

又、リハビリでは車椅子での生活に向けて訓練も行っており、外泊時に於いても自力で入浴をするなどADLの自立が出来つつあると考えられる。

Caplanは、<sup>2)</sup>「危機は、人が人生の目標に向かうとき、障害に直面したが、それが習慣的な解決方法を用いても克服できないときに発生する。その間は様々な解決をしようとする試みがなされるが失敗する。結果的には、ある種の順応が成し遂げられる。」と述べている。通常は、4～6週間で危機の期間は終了するといわれているが、N氏の場合は以上のように4カ月以上の長期にわたっている。回復が遅れた原因としては、衝撃的な事故であり、それだけショックが大きかったと思うが、患者の性格・家庭環境も関係していると思われる。キーパーソンである母親は、こういう境遇に置かれたN氏を、一層過保護にしていた。何でも言う事を聞いてくれる母親は、N氏にとっては現実を忘れさせてくれる存在であったらと思う。その他に、個室に長期間隔離された事、創の治癒に時間のかかった事等悪い条件が重なった事も考えられる。

危機の過程は、必ずしも段階毎に経過するのではなく、この症例のように3段階から2段階に逆戻りしたりしながら長い経過をたどることもある。患者がどの段階にあるのかを意識して関わっていく事の重要性を学んだ。

#### IV. お わ り に

今回は、N氏のたどった経過をFinkの危機モデルにあてはめ分析するにとどまった。突然の受傷でもあり段階に変動はあったが、危機の段階をたどるという事がわかった。今後は、この貴重な経験を生かし、それぞれの段階に応じた適切な看護介入を行い、早期に危機的状況から回復できるように援助していきたい。

#### 引用・参考文献

- 1) 小島操子 (訳) : 看護の研究・実践のための基本概念, p.382, L12~15, L24~29, 医学書院, 1984.
- 2) G. キャプラン : 地域精神衛生の理論と実際, P.18, 医学書院, 1977.
- 3) 田上美千佳 : 危機介入の実際・臨床看護, Vol.20, No.6, p.824~829, 1994.
- 4) 小島操子 : 危機理論発展の背景と危機モデル, 看護研究, Vol.21, No.5, p.378~385, 1988.
- 5) 佐藤朋子 (訳) : 理論, 実践, 研究の総説・看護研究, Vol.21, No.5, p.387~392
- 6) 鈴木善江 (訳) : 危機概念の定義に関する解釈・看護研究, Vol.21, No.5, P393~397
- 7) 小島操子 : 喪失と悲嘆—危機のプロセスと看護の働きかけ, 看護学雑誌10月号, p1106~1113, 1986.
- 8) 岡堂哲雄 : 危機的患者の心理と看護・中央法規出版, 1987.
- 9) 馬場一雄他 : 看護理論とその実践への展開・金原出版株式会社, 1990
- 10) 吉川靖三 : 整形外科の看護・文光堂, 1983.