

著明な体重減少をきたした学童への援助

2階東病棟

○藤原 キミ 時久三紀子 西岡 啓子
吉野 真理 山崎 京子 管野 由子
徳橋 由樹 宮井 千恵

はじめに

複雑多様化する現代社会の中で、青少年の自殺、登校拒否、神経症などは、日々増加し大きな社会問題となっている。

今回、長期にわたって、著明な体重減少をきたし、るいそうと、食思不振、嘔吐を主訴とした13才の男児に対し、主に体重増加をはかるため、食事摂取の援助を試みたので報告する。

I 研究期間

昭和61年8月18日～昭和62年1月10日

II 事例紹介

1. 氏名：高○正○ 13才 男児。
2. 診断名：神経性食思不振をともなった登校拒否。
3. 入院期間：昭和61年8月18日より現在に至る。
4. 性格：他者依存傾向が強く、自主性に欠ける。神経質で頑固。
5. 食事：摂取量は少なく、食欲はあっても、子供用茶わんに½程度摂取すると満腹になる。偏食が非常に多い。

表1 患者の食事に関する情報

好きな食べ物

パン、トンカツ、焼き肉、めだま焼、タコ焼、お好み焼き、ピザ、キャベツのせん切り
キウイ、ショートケーキ、マヨネーズ、バター、ファンタ、ヤクルト、
カルピス、コーラ

まあまあ食べれる物

カレーライス、チキンライス、焼ソバ、トマト、ゆで卵、タコ、ジャム

嫌いな食べ物

ハヤシライス、親子丼、おでん、すき焼き、てんぷら、ハンバーグ、サラダ

じゃこ、えび、とうふ、コンニャク、もやし、アスパラ、牛乳、ヨーグルト

食事の習慣

朝食

母親と妹の3人で食べる。主にパン、めだま焼、コーヒーを摂取する。

昼食

学校給食

夕食

母親は職場で夕食を摂取する。18時頃帰宅し、夕食の準備をする。19時頃妹と2人で食事をする。

母親のつくる料理でいちばん好きなものは、キャベツのせんぎりである。

父親は夕食は自宅で食べるが、子どもといっしょに食べる事はほとんどない。

患児は学校から帰宅後、夕食までの時間に菓子類を多く摂取する事が習慣となっている。

6. 背景

両親と妹の4人家族。父親（38才）は、運送業に従事しており、家庭で子供達と接する時間は少ない。体型はがっちりしている。母親（34才）は、病院の給食婦をしている。体型は低身長、やせ型で、食事の偏食も多い。患児が精神科受診をした際の母親と医師の面接では、知的レベルの低い部分があると指摘されている。また、両親ともに病識がなく、患児のやせに対しても、病院にかかれば治る、程度に考えており無関心である。妹（11才）とは仲が良い。体型はやせ型である。

7. 現病歴

以前から偏食は多かったが、昭和59年（11才）頃より食事摂取量が減少し、ローレル指数で「やせている」の状態となり、疲れやすくなる。60年春頃からは、食後の嘔吐も出現し、自分の指を挿入して嘔吐することもあった。このような状態が続いたため、61年8月某医受診し、ホルモン検査で異常を指摘され当科紹介され入院となる。61年よりローレル指数では「やせすぎ」の状態となっている。

8. 入院時の状態

身長132.2cm（標準157.7cm）、体重20.4kg（標準47.4kg）で30%のやせの状態であった。また、るいそう著明で、表情や動作にも活気はみられなかった。素直で、人見知りをせず人にとけ込みやすい性格のような感じを受けた。

9. 入院後の経過

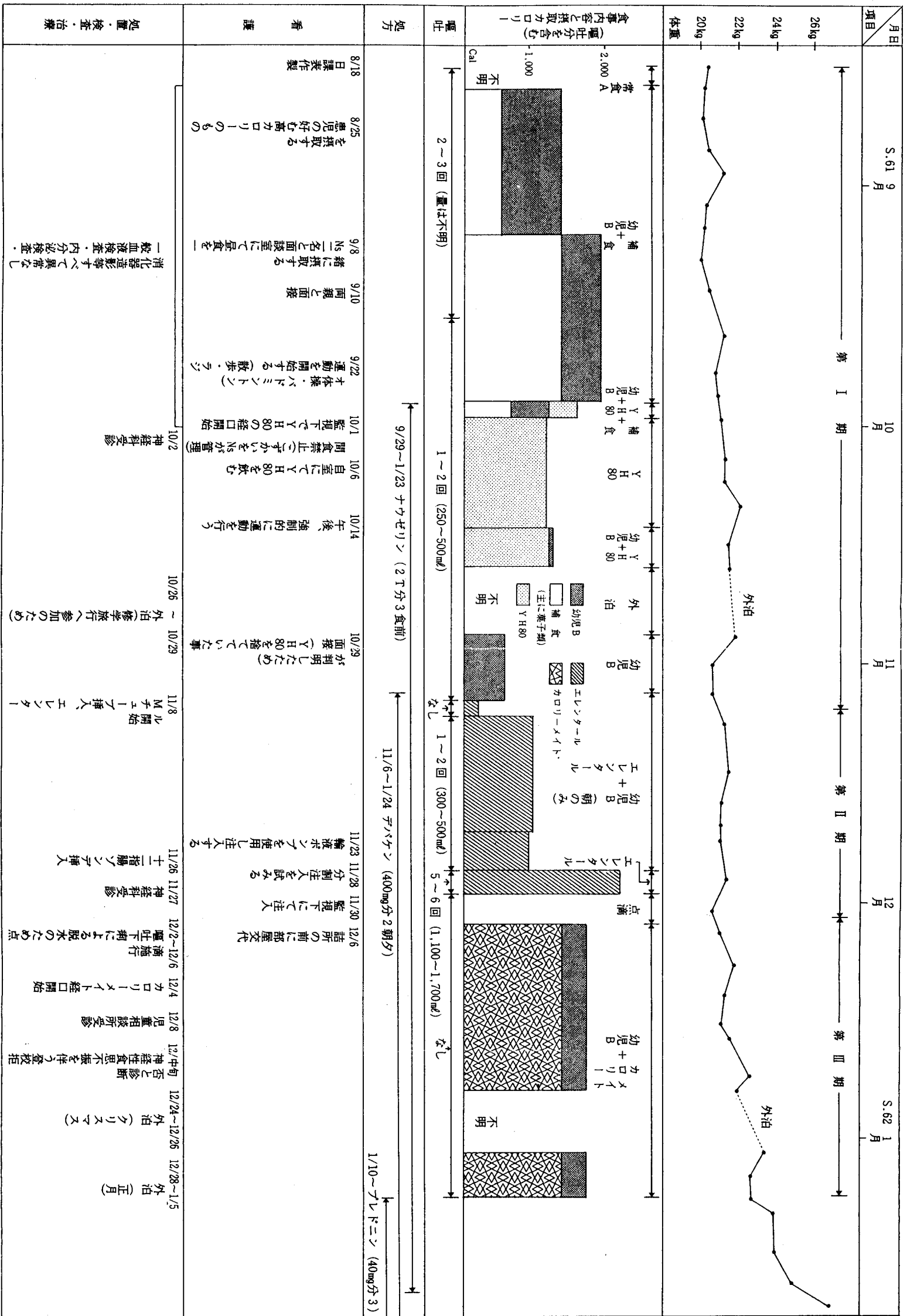


図1 入院後の経過



入院後の経過は、図1に示す通りである。

Ⅲ 看護の経過

1. 問題点

- 1) 偏食が多く、食事摂取が少ない。
- 2) 体重減少と嘔吐があり、全身の倦怠感が強い。
- 3) 規則正しい日常生活が送れない。

2. 目標

- 1) 間食をせず食事摂取量が増加する。
- 2) 入院時の体重より減少させない。
- 3) 日課表に添って規則正しい生活が送れる。

3. 経過及び結果

1) 第Ⅰ期（経口摂取の時期。食事と YH 80. 8/18～11/7）。

8/19～9/8の間は患児の意志にまかせて自由に食事摂取をさせた。摂取量のごく少量であったため8/22、常食Aから幼児食Bに変更した。

ナースが近くにおいて声をかけると少しでも摂取量が増加する様子があったため、9/18よりナース2名と一緒に面談室で昼食をとり、話しかけたり、摂取を促したりすることを試みた。しかし、摂取量は主食、副食とも1/3～1/4で、特に野菜等の嫌いな物は全く食べようとしなかったが、好物のオムライスなどは1/2～2/3摂取出来た。

また、入院時より、一日中ダラダラとして過ごすことが続いたため、日課表を作成させ、散歩、ラジオ体操などをとり入れたが、さぼったり、いやいやながらすることが多かった。

10/1より YH 80による高カロリー食を1日3～6本加えたが、ナースの見ていない所で捨てており効果がなかった。母親にも十分説明し間食を中止し、小遣いもナース側で管理したが、十分な協力が得られず時々間食は続いた。

この期間は、経口摂取量は増加せず、体重も20.0kg～21.4kgの間で増減をくり返した。また、嘔吐も1～3回みられた。しかし、患児の態度は、最初は何でも言われるままにされていたが、不都合なことは拒否する態度がみられはじめた。

2) 第Ⅱ期（鼻腔栄養の時期。11/8～12/1）

第Ⅰ期において、効果が得られなかったため、エレンタールによる鼻腔栄養が開始さ

れた。経口的には、食事は1日1食としたが、摂取しようという意欲がなく2～3口の摂取で嘔吐もあり、中止した。

注入は、エレンタールを1日5パックを目標とし、24時間かけて注入した。嘔気、嘔吐があり、注入速度、時間、濃度を調節したり、胃部の冷罨法、上体の挙上を行い、嘔気、嘔吐の防止に努めた。また、夜間の注入は、不眠となったため中止した。しかし、注入のたびに嘔吐したり、パックから捨てていたりしたこともあり、1日7回の分割注入を開始したが、状況に変化はみられなかった。

運動は、1日2回、ナースと30分程度行った。なわとび、ランニングは嫌がったが、テニスは自分からすることもあった。

この期間、患児とは、対話の機会を多く持ち、自分の感情を表面に表せるよう努めた。

患児は、初めは、注入に対して、食べるよりましと受容的であったが、徐々に反抗的な態度がみられはじめた。注入すればすぐ嘔吐し、チューブの再挿入時は、激しくベッドをたたいて抵抗し「こんな苦しい目に合うんやったら死んだ方がまし、お母さん、助けて」と大声で泣き、ナースにくっつかかたりする態度がみられた。また、勉強など嫌いなことを話すと無視するなど、自分の感情を外に向けて表現することも多くなった。

この期間も、体重は、20.6kg～21.8kgで増加はなく、嘔吐の減少もみられなかった。

1日の摂取Kcalは約500～700Kcalであった。さらに、嘔吐に加え、下痢が出現し、1日に10回以上もあり、脱水状態となり、12/2から、鼻腔栄養は中止となった。

3) 第Ⅲ期（経口摂取の時期。食事とカロリーメイト。12/2～1/10）

第Ⅲ期において、激しい下痢と嘔吐により、衰弱が著明になったため、輸液が5日間施行され、下痢の改善がみられた。12/4からは、カロリーメイトを飲みたいと言う本人の意志もあり、経口摂取が出来れば注入はしないという約束のもとに、再び経口摂取を開始した。

また、行動がよくわかるように、ナースステーションの前の病室に交代し、日常生活を強制せず、出来るだけ本人の意志にまかせた。

その結果、カロリーメイトは、1日4～6本摂取し、嘔吐の回数も減少した。しかし、食事は同様に、自分の好きなものだけ、少量摂取するような状態であった。運動は一階東病棟のラジオ体操に参加する程度であったが自分から進んで行き、表面的には、明るく笑顔がみられ、他の子供達とも一緒に短い時間を過ごすことが出来るようになった。

しかし、勉強に関しては、やはり無視の態度が続いた。体重は以然として、21.0kg～23.2kgと大きな変化はなかった。クリスマス、正月の外泊時は、体重増加がみられ、帰院すると減少するといった状態をくり返した。

この期間の摂取カロリーは、平均して、食事より、200 Kcal～400 Kcal、カロリーメイトにより1,250～1,500 Kcalで、平均、1,700 Kcal程度であった。

IV 考 察

この患児は、現在ステロイドの内服により26.0kgと体重増加がみられ、行動も活発になっているが、ステロイドの減量にともなって再び食欲の減退が出てきているため、今後も何らかの変化がみられると思われる。

我々の行った援助は、患児が自分の感情を母親だけにではなく、第三者に出せるようになったことについては、成果があったと思われる。しかし、食事摂取量を多くし、体重増加を促すことについては効果がなかった。

その理由として① 診断が容易につかず、援助の方法が妥当であったかどうか明確でない。② 患児の生育歴、家庭的背景からつくり上げられた不規則な食習慣と強度の偏食が患児の人格形成に強く影響している。このことは、生後数年間にパーソナリティーの基本が出来、成人後の性格は、幼児期の反復強迫的な面が強いとされるフロイトの発達理論に裏づけられる。③ 患児が、自分のおかれている状況を理解しておらず、積極的に取り組む態度がない。④ 一般的に、女子の場合に比べ、男子のこのようなケースは難治性が高いと言われている。以上のような点が考えられる。

今後は、ステロイドの減量にともなう体重減少、食欲の低下を最少限度にとどめるため、現在の日常生活のリズムを維持出来るような援助の方法を考えてゆかなければならない。

また、両親に対しても、なぜ患児がこのようになったかということについて十分説明し、家庭でのあり方について再度考え直すことが出来るように働きかける必要がある。

おわりに

今回、精神的に問題を持った思春期の学童への援助の機会を得たが、患児の環境や今までの13年間につくり上げてきた性格を、入院生活の短い期間に解決することは限界があり、その困難さを痛切に感じた。

医療者と、家族と患者が一体となり、時間をかけて取り組まなければ解決出来ない問題と思われるが、今後も根気強く努力してゆきたい。

参考文献

- 1) 根津 進：看護研究の手引き，メヂカルフレンド社，1977
- 2) 特集，不登校児の看護ケア：小児看護 p 1025～1043，p 1075～1095，No 9，1984
- 3) 末松 弘行：神経性食思不振症，その病態と治療，医学書院，1985
- 4) 国民衛生の動向：財団法人，厚生統計協会，1986

引用文献

- 1) 岡堂 哲雄：総論 I；発達臨床心理の理論

資料

常食 A

1,800 cal

幼児食 B

1,350～1,700 cal

(おやつ200 cal を含む)

Y H 80 (ハチミツヨーグルト)

1 缶250ml, 250 cal

エレンタール

1 Pack 300 cal

カロリーメイト (コーヒー味)

1 缶250ml, 250 cal

エレンタールの注入量の変化

11/8～9 1 Pack 400mlにして2 Pack.

11/10～11 1 Pack 400mlにして3 Pack.

11/12～18 1 Pack 300mlにして3 Pack.

11/19～21 1 Pack 300mlにして4 Pack.

11/22～12/1 1 Pack 200mlにして5 Pack.