

気管切開術を伴う手術を受けた患者の外的因子による苦痛を知る

6階西病棟

○鍋島 曜子・向田 好美・坂本奈穂子
森本 美嘉・中屋 忍・楠瀬 千香
横山 千春・丹生 恭子

I. はじめに

手術における外的損傷はかなりの苦痛を伴う。苦痛とは、“精神や肉体が苦しみ痛むこと”である（広辞苑より）。私達は、手術により肉体に与えられる苦痛を外的因子と定義した（例：点滴、ドレーン、創痛など）。患者にとって手術後、自分の身体を脅かす外的因子はかなりの苦痛を与えていると思われる。

当耳鼻咽喉科では、その疾患の特徴から気管切開術を伴う手術を受ける患者が多い。私達は、気管切開術を伴って手術を受けた患者が、一般的な手術（気管切開術を伴わない手術）を受けた患者の苦痛以上に、気管切開術により起こる事柄を苦痛と感じているのではないかと考えた。そこで、今回気管切開術を伴う手術を受けた患者は、術後の外的因子のどこに一番苦痛を感じているのかを明らかにするために、この研究を行った。

II. 研究方法

1. 期間：平成8年4月6日～平成8年9月30日
2. 対象：気管切開術を伴う手術を体験した術後2～3日目の患者10名（表1）
3. データ収集方法：質問紙（インタビューガイド）を用いた面接法
4. データ分析方法：質的データの分析

III. 結果および考察

気管には、①粘膜表面によって粘液を生産する杯細胞と、②粘膜固有層にあって粘液・漿液を生産する気管支腺がある。その分泌物の量は正常者でも一日約100mlにも達する。分泌量は正常では無意識のうちに嚥下され、痰の自覚は病的状態の存在を示唆している。その気道分泌物や異物を喀出するうえで、咳は有利であり、生体にとって重要な防御反射である。しかし、咳は一回につき2kcalのエネルギーを消費するといわれ、咳が頻発し持続すると体力が著しく消耗する。

以上のことから私達は、気管切開術を伴う手術を受けた患者が毎日受ける、包交時の

気管切開カニューレの交換や気管内吸引は患者の表情（苦痛様顔貌や流涙）、身体反応（四肢硬直、はらいのける仕草等）からみても、かなりの苦痛を与えていると思っていた。実際の

表1 対象患者 10名

性別	年齢	病名	術式
男	62	舌悪性腫瘍	気管切開・舌喉頭全摘・頸部郭清・遊離植皮・複合組織移植術
男	71	口顎腫瘍	口顎悪性腫瘍摘・遊離植皮・顕微鏡下血管吻合・気管切開術
女	69	下顎腫瘍	気管切開・下顎悪性腫瘍摘出・遊離複合組織移植術
男	70	喉頭腫瘍術後	喉頭全摘出術
男	46	斜台腫瘍	斜台脊椎摘出術
男	75	喉頭腫瘍	喉頭全摘・左頸部郭清・左甲状腺全摘出術
男	49	甲状腺腫瘍	甲状腺全摘・両側リクゲイクション・気管腫瘍摘出術
男	55	喉頭腫瘍	喉頭全摘・気管切開・遊離植皮・遊離複合組織移植術
男	60	下咽頭頸部食道腫瘍	喉頭、下咽頭全摘・頸部食道切除・咽頭胃管吻合・両頸部郭清術
男	75	上顎エナメル上皮腫	気管切開・腫瘍摘出・上顎全摘出・遊離複合組織移植術

アンケートの結果でも気管切開カニューレや気管内吸引など、気管切開術に関わる事柄を苦痛と感じていることが分かった。しかし、それよりも「声が出せないこと」が苦痛と答えた患者が半数を占めていた（図1）。手術直後は「声が出せないこと」よりももっと先に述べたような体験を苦痛と感じると考えていたため少し意外であった。

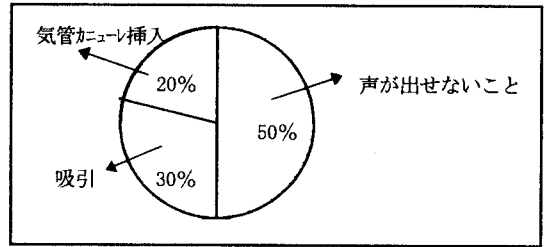


図1 手術後の苦痛の内容

当科では、術前や術後の患者も処置室にて処置を行うため、術前の患者が手術直後の患者（ドレーン、気管切開カニューレ、膀胱内留置カテーテル等）を見る機会が多い。そのため術後の外観的イメージを抱きやすいと思われる。そして術前オリエンテーションにより、気管切開術後に発語できないことや、非言語的コミュニケーションの方法についても説明を受け、理解できていたと思われる。

表2 手術後の驚いた内容（複数回答あり）

声が出せなかったこと（4名）
思っていたより創痛がひどかった（2名）
気管カニューレが入っていたこと
痰が多かったこと
手術時間が長かったこと
覚えていない、特になし（3名）

しかし実際には、一時的にしる永久的にしる、気管切開術を伴う手術を受けた患者の中で50%の患者が、最も苦痛と感じていたことが「声が出せないこと」であり、また手術後意識が戻った時の驚いた内容でも「声が出せなかったこと」だと、10名中4名（40%）が答えている（表2）。これは「声を出せない」ということを安易にとらえていたために起こったのではないかと考える。そのため日頃当たり前にできていた“発語”が数時間後にはできなくなっていたことは、想像した以上にショックな出来事だったと

思われる。

この「声が出せないこと」というのは、私達は術後の外的因子（精神的なことは含まない）として、コミュニケーションが取れないことではなく、単に声が出せないこととして患者には答えてもらっている。しかし、この単に「声が出せないこと」が、いかに患者（＝人間）に与えるダメージが大きいか分かる。

患者はそれぞれの人生の中でさまざまな体験をし性格もまちまちである。そんな患者の背景を今回は考慮に入れずに研究を行った。しかし、その人の持っていた「声」は単なる音ではなく、目に見えない「人格」の表現であり、その人らしさや語られた言葉以上のその人の気持ちが表現されるのである。ヘンダーソンの14の基本的ニードの中にもコミュニケーションの項が含まれているように、人間にはコミュニケーションは大切なのである。そのことをふまえた上で私達は術前より看護を行っていかなくてははいけない。

またアンケート結果より、医師の説明内容として術式・麻酔・ドレーンの入ることや声が出せないことは聞いていたが、「声の出せない辛さは先生にはわからない」「痛みについては聞いていない」「痰が多いことは聞いていない」との回答もあった。そして「傷の痛みに驚いた」「吸引がしんどい」「痰が多かった」等を、術前に患者自身が想像していた内容と違ってたと述べていた。このことは術前オリエンテーションの内容の重要性を示唆していると考えられる。

患者には手術直後、身体的にも多くの苦痛がかかっている。しかし、それを患者は「声が出せないこと」により私達に訴える手段を欠いている。それを補うため私達は、具体的には、①ナースコールは腕に固定し常に側にあるようにする。

②非言語的コミュニケーションのために必要な用具を提供する。

（ホワイトボード・文字盤等）

③患者には辛抱強く静かに対応する。

④コミュニケーションには十分な時間をかける。

⑤ナースコールに対してはベットサイドに行き直接答える。

⑥適切な非言動的コミュニケーションの方法を患者に応じて選択し意志の疎通を図る。

⑦短く答えやすい、うなずきですむ質問をする。

⑧患者の訴えは反復して確認する。

⑨患者のジェスチャーの意味をスタッフ間で情報交換する。

⑩家族とコンタクトをとり協力体制をつくる。

⑪明るくゆったりした環境を整える。

以上のことを行い、外的因子による苦痛をできるだけ少なくできるように関わっていかなくてはならない。

また、「声が出せないこと」の不安を少しでも軽減できるように術前オリエンテーションの充実を図り、術後発語ができないことを、なぜ発語ができなくなるのか、それは一時的なのか、永久的なのかを理解させ、余裕があれば術前より発語に頼らないコミュニケーションの練習を行い、発語できない状態に慣れてもらうように働きかけるようにしたいと思う。私達も口の動きを読む練習や、患者・家族、スタッフ間のサインの統一を行うなど、術前より患者との関わりを密にしておかなくてはならない。

IV. おわりに

今回私達は、気管切開術を伴う手術を受けた患者が外的因子の中で一番どこに苦痛を感じているかを明らかにした。その結果、患者は“失声”を一番苦痛と感じていたが、この“失声”は身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛も含まれており、今後は今まで以上に精神的な面にも目を向け看護していく必要がある。

参考文献

- 1) 日野原重明監修：呼吸器疾患看護マニュアル，学習研究社，p39-40，1988.
- 2) 渡部敦子他：頭頸部手術患者，臨床看護第19巻6号，5月臨時増刊号，へるす出版，p842-845，1993.
- 3) 岩下由美子他：喉頭全摘出術後の音声再獲得に向けての援助の実際，看護技術，メヂカルフレンド社，37(3)，p42-46，1991.
- 4) 上田恵子他：喉頭全摘出術を受けた喉頭癌患者の看護，クリニカルスタディ，メヂカルフレンド社，14(11)，p15-29，1993.
- 5) 高馬恵子他：喉頭癌患者の看護診断・標準看護計画，看護技術，メヂカルフレンド社，40(9)，p32-43，1994.
- 6) 森田裕美子他：失声患者への精神的援助，月刊ナーシング，学習研究社，15，p38-41，1995.
- 7) 高木永子：V. ヘンダーソンの看護論とそのアセスメント・診断プロセス，学習研究社，13(5)，p34-47，1993.
- 8) 柴原多美子：言語的コミュニケーション障害、発声機能の喪失に伴うさまざまな問題，月刊ナーシング，学習研究社，15(13)，p34-36，1995.
- 9) 斉藤 等：喉頭全摘後の音声再建外科，看護技術，メヂカルフレンド社，40(9)，p9-11，1994.