

気管端々吻合術後の看護

松本和枝, 舟野優子

1. はじめに

最近、悪性甲状腺腫の気管浸潤に対する根治術として、甲状腺全摘・気管部分切除気管端々吻合術が行なわれている。術後の管理として、気管吻合部の安静保護を第1とし、そのため、最低7日間の経鼻気管内挿管と、ファイティング及びバックキングの防止、また長期間、頸部の伸展及び捻転を防ぐため、頸部の固定が必要とされる。第2に抜管時期の決定と、抜管後の管理が重要となる。そのため、当院ではI.C.U.において術後管理を行っている。これまでに7例の症例を経験し、上記の術後管理を念頭に、看護上の問題点を抽出し、患者に応じたケアを行ってきたが、その間、気管内チューブの自己抜管、頸部固定による褥創の発現、術後7日目で抜管したにもかかわらず、呼吸困難をきたし再挿管を施行した例など、様々なアクシデントがあった。そこで、今まで行ってきた看護を振りかえり、気管端々吻合術後の看護について2症例の経過と、若干の考察を加えて報告する。

2. 症例紹介

症例1

患者名：○部○治 男性 73歳。

既往歴：特になし。

入室期間：昭和57年7月14日～同7月24日

術式：甲状腺右葉全摘、同左葉全摘、頸部第2～7気管軟骨切除、頸部気管端々吻合術。

入室中の経過

経鼻挿管施行し、ICU入室後サーボ900Bで呼吸管理を行った。2日目にT型チューブによる酸素療法となる。ECGモニター上、上室性期外収縮の頻発、陰性T波出現にてジギタリス療法開始となる。頸部固定のため使用していたギブスベット

による圧迫のため両耳介後部に発赤、腫脹出現す。また、夜間不穏状態出現し、本人希望時面会を多くした。3日目、不穏状態となり気管内チューブ・胃管カテーテルを自己抜管す。チアノーゼ出現し、再挿管施行す。4日目頸部固定をギブスベットからマジックベットに交換。8日目気管支ファイバースコープ下に気管内チューブ抜管す。呼吸状態良好、皮下気腫なし。10日目退室す。

症例2

患者名：○田○子 女性 75歳。

既往歴：33歳 両膝関節リウマチ

43歳 肋膜炎

49歳 高血圧にて内服治療開始

50歳 腎盂炎

70歳 心筋梗塞

74歳 腰痛・気管支炎。

入室期間：昭和60年1月16日～同1月29日

術式：甲状腺全摘、頸部リンパ節郭清、気管端々吻合術。

入室中の経過

経鼻挿管施行し、ICU入室後サーボ900Bで呼吸管理を行った。ECGモニター上、上室性期外収縮の二段脈がありジギタリス療法開始となる。1日目人工呼吸器除去し、T型チューブによる酸素療法開始となる。この頃より夜間不眠を訴える様になり、鎮静剤を使用した。2日目尿流出不良(50ml/3h)となり利尿剤を使用した。夜間、「チューブを抜いて欲しい。」との訴えあり、まもなく胃管カテーテル、輸液ラインを自己抜去した。3日目、胃管カテーテル再挿入し経管栄養開始となる。5日目、気管支ファイバースコープ下に気管内チューブ抜管す。その後、自力喀痰喀出困難となりチアノーゼ出現し、1時間後に再挿管施行する。13日目気管内チューブ抜管。抜管後呼吸状態良好。14日目退室す。

	年齢/性別	頸部の固定	挿管期間 (日)	
1	73/♂	ギブスベット マジックベット	8	4日目自己抜管
2	49/♀	マジックベット		
3	56/♀	マジックベット	6	
4	42/♀	マジックベット	7	
5	75/♀	マジックベット	13	6日目抜管後・狭窄音あり
6	72/♀	マジックベット	19	7日目抜管後・狭窄音あり
7	67/♂	マジックベット	13	



図 1.

3. 看護の実際

以上2症例における看護上の問題点として、①患者は発声・会話が出来ないためコミュニケーションが取れにくい。②気管に直接侵襲が加わるため、他の術後患者より術後の恐怖・不安が大きい。③体動制限による苦痛が大きい。④気管に侵襲が加わるため肺合併症を起こしやすい。⑤抜管後気道狭窄を起こしやすい。以上5点が上げられる。

問題点①に対して、主に筆談を中心にコミュニケーションをはかった。また、苦痛様表情が継続したり、突然起き上がる動作やしきりにチューブをさわる動作がみられる時は、出来るだけ手浴・足浴・整髪などを行いスキンシップに努めた。症例1に対しては、家族と面会を多くもつ様、家族とコンタクトをとった。他の症例に対しても、面会時の家族との対話を重視した。しかし、症例1では3日目、16時頃に不穏状態のあと気管内チューブ・胃管カテーテルを自己抜管。症例2では、2日目24時頃に胃管カテーテル・輸液ラインを自己抜去した。

問題点②に対して、家族・主治医・看護婦が現状をわかりやすく説明し、たえず励ましの声かけに努めた。

問題点③に対して、頸部の安静保持のため症例1では術前から後頭部～肩甲骨部までのギブスベットを作製した。しかし、頸部の安静のみを強調しすぎたためギブスベットによって、両耳介後部に発赤・水泡を形成してしまった。またギブスベットでは、患者の要望にあった体位がとれないなどの短所が目立った。次の症例からは、マジックベットを使用した。マジックベットは空気の入りで硬さの調節が出来、様々な形を作るので、体位変換や患者の要望に合わせて使用することが出来た。さらに、時間毎にマジックベットによる固定を解除したり、大小のタオル・スポンジ類を使用し圧迫による苦痛を緩和し、圧迫部位の褥創の予防に努め、現在では、ムートンなどの使用も試みている。体位の制限によるストレスに対しては、患者に頸部の安静保持の必要性および可能な体動などの説明を行い、協力をお願いした。体位変換後、固定時は必ず患者に苦痛の有無の確認・患者の要望に合った体位かどうかの確認に努めた。

問題点④に対しては、術前に病棟で深呼吸及び喀痰喀出の練習を行った。術直後からは、胸部X線写真や呼吸音の聴取の確認・喀痰の性状観察、バイタルサインのチェックを密に行った。

問題点⑤に対して、抜管の時期は主治医・麻酔科医が決定し、麻酔科医が行う。抜管2～3日前より気管吻合部の浮腫を予防するため副腎皮質ホルモン剤を投与した。抜管当日は医師により抜管の説明がなされ患者の納得を得、不安の軽減をはかった。しかし、7症例中3症例は、抜管の後、呼吸音の異常、チアノーゼが出現し、気道狭窄と診断され、再挿管を行った。再度の抜管時には、抜管の説明に依らず、抜管拒否の態度がみられた。抜管時は、患者のベットサイドに常時いることで、安心感を与える様にした。また、バイタルサインのチェック、特に呼吸状態・呼吸困難の有無を観察しながら、異常の早期発見に努め、対応できる様吸引や気管内挿管の準備などを徹底した。抜管後は、喀痰喀出を容易にするため、深呼吸の励行、肺理学療法、ネブライザー等を施行した。

4. 考 察

一般に、術後患者がICU入室後は、麻酔から覚醒しても、人工呼吸器やモニターなどの器械に囲まれ、動静脈ライン・ドレーン、膀胱留置カテーテルの挿入などにより患者は自由に身動き出来ず、身体はベットに固定されているといった状況で、患者はとまどい、不安におちいる。また挿管により、自分の意思が相手に伝達できない苦痛や、気管内吸引に伴う苦痛がある。

それらに加えて、今回の気管端々吻合術後の患者は、気管吻合部の安静保持を術後管理の第1とするため、嚴重な頸部の固定、体動制限が強いられ、いやがうえでも拘束感が昂じ、不安感も増強する。さらに、気管に直接手術侵襲が加わることから、患者は強い恐怖と不安を感じている。これらの点を考慮して援助していかねばならない。そのためには、綿密な観察ときめ細やかな看護処置が必要になってくる。

体動制限において、症例1の患者では吻合部の安静に重点をおいたため、ギブスベットの圧迫に

よる褥創を発生させてしまった。これは、安静保持をギブスベットに頼りすぎたことや、日々の観察不足と気管内挿管しているため患者とのコミュニケーションが不十分で患者の訴えを十分に把握することが出来なかったことが原因といえる。その後、固定用具を考慮した結果、次症例からは褥創の発生はみなかった。しかし、コミュニケーションの不足は、気管内チューブの自己抜管に際しても言えることである。症例1の患者は、突然顔を真赤にして、体動激しく起き上がる様な動きをし、それからまもなく気管内チューブを自己抜管してしまった。後で自己抜管時の状況を尋ねてみたところ、「痰がつまって苦しかった、管を抜いたら楽になると思い、自分で抜いた。」と話してくれた。

本症例にとって、自己抜管することが、苦痛をとる一番の方法だったのだと思う。それ程の苦しみを患者は看護者に訴えなかったのだろうか。たぶん、患者は必死で何らかのサインを送っていたのだと思う。しかし、不十分なコミュニケーションのため、そのサインを把握出来なかったのか、もしくは、サインを送っていることさえも気がつかない接し方をしていたのかもしれない。私達は、頸部の安静保持を守ろうとするあまり、体動激しい患者に対して、つい、押さえつけるなどの行動をとってしまう。確かに吻合部の安静は、術後管理として最も重要なことであるが、それだけを考え、援助していくのではなく、安静をより効果のあるものとするためにも、患者とのコミュニケーション、特に非コミュニケーションを密にし、患者の訴えにも応じられる安静というものを考えていかなければならないと思う。このことがひいては、不安・恐怖・拘束感の緩和にもつながるように思う。他の術後患者に比べて様々な制限や苦痛を強いられる。その中で、患者にとって、どの様な方法が、より苦痛を取り除き、欲求を満たすことができ、かつ、治癒を促し、良好な経過をたどれるかを考えて援助してゆくかが大事である。

気管端々吻合術後の患者は、気管に手術侵襲が加わることや、吻合部の安静保持のため、ファイディング・バックギングを防止する意味で頻回にsedationを施行する。また、頸部固定や体動制限

のため、体位変換、体位ドレナージがままならないことなどから、痰が貯留しやすく、肺合併症を起こしやすい状態にある。そのため、肺合併症予防にも、看護の重点はおかれる。それらを考慮して、術前から IPPB を施行し、術後は、sedation 中に体位変換、体位ドレナージなどを行い、効果的な喀痰除去に努めなければならない。加えて、吸引時の徹底した無菌的操作により、全症例の肺合併症を防ぐことができたのではないかと考える。

術後管理の最大の山場ともいえる気管内チューブの抜管時の看護が、最後にあげられる。抜管前後の観察と精神的ケアは、術後の回復を左右する意味で重要である。抜管は、患者にとって喜びでもあるが、それ以上に不安や恐怖を抱いていると思う。抜管前より、喀痰喀出・深呼吸の方法の説明や励ましに努め、出来るだけ患者の傍にいるよう心がけた。結果的に 7 症例中 2 症例が再挿管に至ってしまった。患者は抜管後、強度の呼吸困難を経験し、その時の苦痛、恐怖がどれだけ大きいものだったかを語ってくれた。再挿管に至った患者の一人は、再度の抜管時には、抜管の説明にも応えず抜管拒否の態度がみられた。抜管、再挿管が患者に与える肉体的・精神的ストレスは、私達が考えていたよりも、はるかに大きいものだったと痛感した。抜管の遅延は、それだけ術後の回復を遅らせるものである。それ故に患者が再度の抜管にも、スムーズに受け入れられるような態勢をとらなければならない。抜管時期の判断、抜管前後の管理はもちろんのこと、気道狭窄から再挿管

に至る間の患者への精神的ケアが重要になってくる。その精神的ケアの密度によって、再び挿管する際の患者の不安や恐怖の程度が決まるのではないか。改めて、考えさせられた症例であった。

5. おわりに

今回まで経験した 7 症例を通して、反省すべき点として残されたものを今後の課題とし、他に、患者への働きかけとして、患者自身にも、現在おかれている状況を、出来るだけ早期に受けとめてもらい、看護処置の重要性を自覚させ、自ら回復意欲をもって積極的に協力してもらうことなども、あわせて考えていかなければならない問題である。

尚、本稿の要旨は第 13 回日本集中治療医学会総会(於東京)において発表した。

文 献

- 1) 木本誠二, 三枝正裕: 術中術後の処置, p.299, 真興交易医書出版部, 東京, 1977.
- 2) 佐藤光男, 茅 稽二, 加藤ちさと他: ICU の看護技術(第 2 版), p. 22~51, p. 221~224, 医学書院, 東京, 1983.
- 3) 五十嵐正男: 集中治療室における患者および家族との意志疎通の問題, ICU と CCU, **9**, P. 733, 1984.
- 4) 原田和子: ICU 入室患者の意志疎通について, ICU と CCU, **9**, p. 783, 1984.
- 5) 酒井 祐, 加藤文江, 相沢芳子他: 食道癌手術患者の看護, 月刊ナーシング, **2**, p. 47~53, 1983.
(昭和 61 年 10 月 21 日 受理)