

末期肝臓癌をあきらめないで

家族愛の医療、生体肝移植術への挑戦

医療法人社団愛優会 副理事長 岩下由加里

第三回 落ち着いたICUと創痛との戦い

ICU入室

レシピエントの父は、夜中の3時にICU（集中治療室）に入室となりました。古い建物である病室とは異なり、新築と見違えるばかりのきれいなICUは、最新の医療機器と共に、気管挿管されたまま眠っている父を迎えていました。

母と、遅くまで待っていた叔母夫婦の4人で面会に行きました。父の手を握り、声をかけ、モニターに表示されているデータや数多くのチューブ類を確認します。教授の説明によると、手術直後は合併症として出血が心配されるとのことでしたが、出血量は安定している様子でした。教授はICUでも、父の病状が安定していることを丁寧に説明してください、母も叔母夫婦も安心していました。まだ意識はない状態でしたが、手術が無事終了し、「ああ、父は生きているんだ」と安心した瞬間でした。

父の第1病日

一晩明けて手術翌日の面会では、気管挿管のままでしたが意識は回復しており、家族の声に目を開け、うなずいたり首を振ったりして、「YES」「NO」が理解できている様子でした。手を握り返す力にも左右差はなく、力強いものでした。「よかった。脳に障害はなさそうだね」と冗談を言いながら、母と妹、義妹、私は、父の全身に触れ、手足をマッサージします。昨晩とは違う温かい皮膚に、再度、安心しました。

肝移植で手術後に最も注意が必要なことは、出血です。低圧吸引バッグの中に血液がたまっていますが、ICUの記録を見てもさほど多量に出血していない様子ですし、血圧低下もないようです。また、出血とは対しますが、血栓も恐ろしい合併症です。ドナーから移植した肝臓の血管と、レシピエントの体内に残された血管をつないだ吻合部に血栓が詰まり、移植された肝臓への血液が不足してしまうことがあります。

医師たちは、数時間ごとにこの血流に問題がないかを、超音波を使って確かめます。父の場合は、血栓による問題もなく、順調に経過しました。

父の第2病日

手術後2日目の父は、気管挿管が外れ余裕の表情をしていました。ICUに持参した聖歌のCDをかけながら、鼻歌を歌っているのです。創痛もなく、たくさんのチューブ類に囲まれていることにも「別に」とすまし顔で、感染予防のためのイソジン付き歯ブラシで歯磨きをしていました。

実は、手術前に父と私が賭けをしていました。一般的に、自信家でわがままなタイプの男性は、ICUシンドロームといわれるせん妄状態になりやすいといわれており、自分のやりたいようにしか行動しない父は、ICUに入ったら絶対にICUシンドロームになると私は思っていました。一方父は、「俺は環境適応能力が高いから、そんなことはならない」と言い張り、2人の意見は対立していたのです。しかし残念なことに、父はまったく平気で、「ほらみろ。俺は平気だ」と威張っていました（本当は、気管挿管中に少しバタバタと暴れた様子でした。本人は「そんなことはない」と信じていますが…）。

その後、父の場合は病状が落ち着いていたのと、意識がはっきりしていたので、このまま長い間ICUにいると本当にICUシンドロームになりかねないという主治医の配慮により、予定より早めにICUから病室に戻ることになりました。

ところがこの手術後2日目に一度だけ、平然としていた父が「ギョエー！」と悲壮な声を上げました。父の後頭部に、500円玉大の褥創らしき傷ができていたのです。黄色い液体が出ており、枕が汚れています。

長時間の手術では、褥創が手術中にできやすいのでさまざまな予防の工夫がなされますが、その予防が最も不十分になりやすいのが頭部なのです。頭部は、全身麻酔の影響で、麻酔科医が管理しています。手術室の看護師は褥創ができるないように全身に工夫をするのですが、頭部は除圧をする用具を使用したとしても、頭部自体の角度を定期的に変える注意を払っていないと、褥創ができる可能性があるのです。この褥創は、肝移植のような高度医療の落とし穴でもあります。

褥創ができたのが手術中なのかICUに入ってからなのかは不明ですが、心配なのは、褥創が深い場合は毛穴が再生しないので、円形脱毛の状態になってしまうかもしれないことです。浅い褥創であることを祈るのみです。悪化を防ぐために、褥創が枕で2時間以上圧迫されないよう頭の角度を変えることと、感染予防も重要なので、自分の手で触らないようにすることを父に説明しました。

ドナーの創痛

大変安定していた父と比べ、ドナーの弟には、彼の想像を超える創痛が待っていました。主治医の説明では、通常のドナーより腹部の筋層が厚く、手術創を閉じる時にかなり強い力が必要だったとのことでした。それに、手術創は横に大きく、まるでベンツのマークのようでしたから、かなり痛みが強かったのでしょうか。

とにかく、看病している側も見ているだけでつらくなるほどのが創痛でした。

主治医は、当たり前ですが「どんどん動いてください」と指示を出します。手術の翌日には、特に手術後の出血もなく、大した発熱もありませんでした。そこで、一晩弟に付き添っていた母と私で、弟の早期離床に向けて行動が開始されました。

まずは、明け方に除痛のための筋肉注射を打ってもらいます。その効果で熟睡した後、教科書どおり、ベッド頭部側のギャッヂアップの角度を少しづつ高くしていきます。自分で足や手を動かしたり、足首の運動をしたりするように促します。義妹にもマッサージの方法を教えます。

長時間の安静後は、寝ている間にふくらはぎに血栓が作られるので、足のマッサージが大切です。飛行機のエコノミー症候群も、ふくらはぎで血栓が作られ、その血栓が肺や心臓や脳に移動して詰まることで、肺梗塞や心筋梗塞、脳梗塞が起きます。このエコノミー症候群と同じ現象が、大手術による長時間の安静や、高齢者の寝たきり後のリハビリテーション開始時に生じやすいのです。そうならないように、飛行機に乗っている間やベッドに寝ている間に、ふくらはぎのマッサージや足首の運動などを実施してから歩いたりすることが大切なのです。

ベッドギャッヂアップの角度をどんどん高くして、起立性低血圧に注意しながら、座位まで挑戦してみました。普段は姉の私の話など、ほとんどともに聞いたことがない弟でしたが、さすがにこの時ばかりはとても素直に私の指示に従います。創痛のために浅い呼吸になりますが、深呼吸を促しながら体を動かします。そして、手術後1日目でベッド端座位までできるようになりました。私としては、1日目にここまでできれば十分だと考えましたが、弟は「次はどうするんだ？」と聞いてきます。痛みをこらえながらも、積極的な発言です。「立ってみる？」と聞くと、点滴棒につかりながら、立位ができました。もうここまで十分です。当たり前ですが、その後創痛は強くなり、またまた鎮痛剤のお世話になるのです。

それからしばらくすると慌てて主治医が飛び込んでき、「あんまり無理はしないでください」と言いました。「先ほどまでは『どんどん動いてください』と指示していたのに、今度は止めて来るなんて」と義妹が呆れています。

手術の前に、書店に並んでいる肝移植に関する書物を読み漁っていた私は、海外で移植手術を受けた方の手記を読み、海外での早期離床の考え方方が日本とあまりにも異なり、早い展開であることに共感していました。私が病院で働いていた頃も、あえて早期に歩いていただいた方ほど回復が早く、入院期間も短くて済んでいました。これを看護師が率先して実行すると、必ず医師からクレームが出ていましたが、本当にびっくりするくらい効果があるのです。

海外では、レシピエントの方でも手術の翌日からどんどん歩いていることを知っていましたから、ドナーで若い弟が安静にしておくことなんてナンセンスであり、あえて立たせてみようと考えたのです。できることなら、手術の翌日に歩かせてみたかったのですが、そこまでやると主治医から嫌われますのでやめました。

その後、創痛は続きましたが着実に早期離床を実施し、さらにトイレに自分で行きたいということで何度もトイレまで歩き、どんどん回復が早くなりました。後で弟に話を聞くと、病院のトイレが2つの一人部屋の間に1つという構造で、落ち着いてトイレができなかったので、早く落ち着いてトイレのできる大部屋に

行きたいと思い、頑張って歩いたのだそうです。不自由な病院の構造が弟の回復を早める結果になったとは、面白い話です。

義妹の怒り

義妹は、かいがいしく弟の看病をしていました。母や私から看護の方法を教わり、それを忠実に実行していました。優しい義妹がとても力強く感じたのは、主治医が手術後に創部の消毒をして、病室を出ていった後の事でした。大きな鋸子が布団の間に残っていたのです。すぐに気がついたので弟の体に害はなく済んだのですが、義妹の怒りは強く、すぐにナースステーションにクレームを言いに行ったのです。実際に病院で働いていた私は、病院の職員がよくやることだったので、あまり怒りを感じませんでしたが、よく考えると、大きな器具で先もやや尖っていますから、寝返りの際に皮膚を傷つけてしまうかもしれません。患者の家族にとっては、怒って当たり前のことです。自分自身が医療従事者として、正常な感覚が麻痺しているなど反省させられた場面でした。

そのクレームの後も、医師や看護師は病室に入るたびにいろいろな道具をベッドやテーブルに忘れてきます。しばらくして慌てて取りに来ることもありますが、いつまでも取りに来ないこともあります。どんどん忘れ物がたまっていきます。ある時は、血圧計が弟のベッドの周りに3つもありました。これでは、ナースステーションに常備されている備品がいつも不足しているはずです。患者の家族になって、発見したことの一つでした。

看護師の行動

病室には多くの看護師が出入ります。患者の家族として観察していると、いろいろな看護師がいることがわかります。「看護が好きなんだな」とすぐにわかる看護師もいれば、完全にミニドクターになっている看護師もありますし、決められたことだけしかやらない看護師もいました。手術の前後の看護を任せている看護師は、どうしても診察の介助が中心となり、ミニドクター化しやすくなります。もちろん診察の介助も看護師の役割ではありますが、本来の看護をもっと実践すべきです。看護の定義はさまざまですが、今回の体験を経て、「看護的ケアとは、病者の内で起こっている“自然の治癒過程”が順調に進むように、またそうしたプロセスを妨げないように、その人の持てる力に力を貸すことである」¹⁾という、金井一薰氏の看護の定義が最も適切であると改めて感じました。

ドナーの弟の場合を考えてみます。弟の内で起こっている“自然の治癒過程”が順調に進むような看護とは、この手術後1日目、2日目の場合は、どのようなことでしょうか。私は、早期離床をすることで、手術後の肺炎予防や腸管の動きの回復、筋神経系の回復などさまざまな回復過程を促すことができました。もちろん創痛との兼ね合いがありますが、創痛コントロールを行うことは、手術後のストレスが軽減し、回復にも影響があるといわれています。創痛を我慢することより、いかに除痛するかが重要なのです。

創痛コントロールの中心的役割を担うのは医師なので、看護師は医師との協働によりコントロールを実施する必要があります。

弟の場合は、ガスが出そうで出ないという状況がありました。看護師にその旨を伝えると、「先生に聞いて、お薬を出してもらいましょうか」という返事を受けました。もちろんさまざまな看護の結果、どうしても改善しないのであれば薬剤に頼るしかないでしょう。しかしその前に、看護をしてほしいのです。ガスが出そうという“自然の治癒過程”が順調に進むように、なぜ腹部マッサージをしないのでしょうか。家族に指導することもありませんでした。仕がないので、私が腹部マッサージをし、義妹に教えました。

薬を使ってほしいと医師に依頼することが看護の仕事ではありません。薬を使わずに、どうにかこの“自然の治癒過程”を助けることができないかと考えるのが看護なのです。採血をする、創部の消毒をする、注射をする、血圧を測る、体温を測る、点滴を交換する、点滴ポンプを作動させる、医師に患者の状態を報告する。それだけが看護師の仕事だと世間からも思われていますし、実際に患者の家族として観察してみた結果、本当にそれ以外のことをしていましたかと感じました。

高度医療のなかで期待されている看護師には、このままでは本当に診療介助師という名前が付けられてしまいそうです。肝移植のような高度医療では、情報不足や手術後の経過に対する不安が常に付きまといます。それらの不安の除去も医師だけの仕事ではなく、看護師の重要な仕事なのではないでしょうか。強い不安は、“自然の治癒過程”的回復を妨げるのです。

2004(平成16)年1月から肝硬変や肝臓癌の肝移植が、医療保険の適応となりました。経済的な理由で肝移植を諦めていた方々が、この手術に挑戦できる時代となりました。移植医の数も増え、実力も向上してきました。それに伴い、看護師の役割も期待されることになります。看護本来の役割を見誤ると、ただのミニドクターがたくさんいるだけになってしまいます。

今回の体験では、大学病院の高度医療の素晴らしさと、そこで働く看護師の役割についてを考えさせされました。肝移植で命を救われる人々に対する看護がもっと発展することを祈って、この連載を続けていきます。

次回は、弟のドナー体験記をお届けします。

国際移植者組織トリオジャパン

<http://square.umin.ac.jp/trio/index.html>

引用・参考文献

1) 金井一薰：ケアの原形論 看護と福祉の接点とその本質、P.130、現代社、1998.