

胸骨正中切開による心臓血管手術後の患者に対する 起き上がり方の指導の有効性

Sitting Up Instruction for Patients Following Sternotomy

西8階病棟：篠原 弘枝・内田 緑・堀内千恵子
武田 浩子・鰐川 洋子

〈要 旨〉

胸骨正中切開術後の患者の起き上がり方はまちまちで、起き上がり方によっては胸骨に負担をかける。これらの負担から胸骨の動揺や離開をきたし創痛の増強や創感染、縦隔炎を起こすこともある。本研究では、胸骨正中切開術を受ける患者に対し、統一した起き上がり方のビデオを作製し術前オリエンテーション時に指導をすることで、胸骨の動揺や離開に起因する創痛の軽減ができるのではないかと考え、この指導の有効性について検討した。ベッドから起き上がる前後の痛みを Visual Analogue Scale (以下 VAS とする) を用いて調査したところ、指導した患者は指導しなかった患者に比べ VAS 値は低値を示した。このことにより指導は有効であると考えられた。

〈Key Words〉

心臓血管手術 術後創痛 術前オリエンテーション

I. はじめに

当病棟では年間約100例の心臓血管手術が行われ、そのうちの約9割の患者が、胸骨正中切開による手術を受けている。これらの患者は、手術終了時胸骨ワイヤーによる胸骨の固定を受けるが、胸骨が治癒するまでには約3ヶ月が必要とされている。この間、上半身への無理な負担から胸骨の動揺や離開をきたし、創痛の増強や創感染、縦隔炎などを起こすことがある。特に術後のベッドの起き上がり方によっては胸骨へ強い負担がかかり胸骨の動揺や離開をおこし創痛が増強することが考えられる。実際に患者の起き上がり方を見てみると、それはまちまちで、胸骨への負担が強い起き上がり方も見られた。そこで今回、胸骨への負担の少ない起き上がり方のビデオを作製し、術前オリエンテーション時に指導を行うことにより、胸骨の動揺や離開に起因する創痛の軽減が図れるのではないかと考え、この指導の有効性について明らかにするために、本研究にとりくんだ。

II. 研究方法

1. 期間

平成11年5月1日～同年10月31日

2. 対象

期間中、胸骨正中切開による心臓血管手術を受けた21例

これらの症例を、術前に、ビデオによるベッドからの起き上がり方の指導を行った指導群8例(以下指導群とする)と、指導を行わなかった対照群13例(以下対照群とする)の2群に分けた。2群間の年齢、性別、手術術式、手術時間などに有意差は認められなかった。

3. 方法

1) 胸骨への負担の少ない起き上がり方のビデオの作製 (以下ビデオとする)

当院第2外科循環器の医師の協力を得て、約3分間のビデオを作成する。ビデオには胸骨への負担の少ない起き上がり方を良い起き上がり方、胸骨への負担の強い起き上がり方を悪い起き上がり方として紹介した。

・良い起き上がり方→ベッドサイド起立可能になるまでは、電動でベッドアップし起き上がる。ベッドサイド起立時は横を向き下になったほうの肘をつき、肘をてこにして起き上がる。この時足をベッドから垂らし振り子のようにして起き上がる。

・悪い起き上がり方→柵を両手でつかんで起き上がる、片柵をつかんで起き上がる、力ひもを使って起き上がる、横を向き上側の手だけをついて起き上がる。

2) 術前オリエンテーション

対照群については、従来当病棟で行っている術前オリエンテーションを行った。

従来の術前オリエンテーションはオリエンテーション用紙を用いて、術前1週間前より、日々の受持看護婦が行った。内容は、準備するもの、術前訓練について、術前日・当日・術後にすることなどであった。指導群については、従来の方法に加えて、術前3日前より、ビデオを見てもらい、その後、実際にベッドで良い起き上がり方の練習をした。起き上がり方の練習は正しくできるといい、その日の受持看護婦が評価した。

3) 痛みの評価

両群ともにICUより帰室した日から、10日目まで起床時、10時、16時30分に、臥床した状態の痛みと臥床から坐位になった直後の胸骨創の痛みを Visual Analogue Scale=全く痛みのない状態を0、我慢の出来ない痛みを10とした10cmのスケール上に垂直の線を入れる測定法 (以下VASとする) を用いて記入してもらった。その都度看護婦が付き添い、起き上がり方の評価、痛みの訴え方などをチェックした。

VASを痛みのスケールとし、垂直の線が0から何cmの位置にあるかを測定した。指導群、対照群の測定時間毎のVASスケール値 (以下VAS値とする) の平均値について2群間で有意差検定を行った。検定はスチューデントt検定を用い、 $P < 0.05$ を有意とした。

III. 結果

対照群の術後の起き上がり方の例としては、両手で柵をつかんで起きる、腹筋だけで起きる、両肘をついて起きるなどどれも胸骨に負担のかかる起きかたをしている例が多かった。

指導群については、ビデオでの指導により、全ての患者が良い起き上がり方を実践していた。

術後の痛みについては、両群とも臥床した状態よりも、坐位になった直後の方が高値を示す例が多かった (表1, 2)。また、測定時間毎の臥床時と坐位になった直後のVAS値の差の平均値を見ると、対照群に比べ指導群の方が術後6病日以降に低値を示す傾向があった (表3)。術病日毎のVAS値の平均を、両群間で比較すると、両群とも日がたつにつれてVAS値は低下傾向を認め、対照群と比較し指導群の方でよりVAS値が低値である傾向を示した。特に術後8, 9, 10病日では有意に指導群でVAS値が低値であった (表4)。

非ステロイド抗炎症薬 (ロキソニン) の内服についてみると、指導群は8名中5名 (62.5%) の

患者が鎮痛剤を内服していたのに対し、対照群は13名中12名(92.3%)と多かった。また、創感染(創離開、縦隔炎)をおこした例では、指導群8名中0名(0%)に対し、対照群13名中4名(31%)で、創感染をおこした患者は対照群の方が多かった。

IV. 考 察

測定時間毎の臥床時と坐位になった直後のVAS値の差の平均値が、対照群に比べ指導群の方が術後6病日以降に低値を示す傾向があること、また術病日毎のVAS値の平均を、両群間で比較すると、指導群の方がVAS値は低値を示し、術後8,9,10病日目に有意差が認められたこと、などから指導群では術後の創痛は軽減され、指導は有効であったと考えられた。またこの結果は、術後の心嚢縦隔ドレーン、胸腔ドレーンなどの抜去日が3～5病日目であることが、胸骨創の痛みに影響していると考えられ、ドレーン抜去後の方が、指導の効果が現れているのではないかと考えられた。

V. おわりに

小松田らは、痛みの感じ方と不安について、「術前は女性の方が不安が強く、痛みの予想も高いが、術後は男性の方が不安が強く、痛みも強く感じている」「術前の不安の高い人は、痛みの予想も実際の痛みも高い」「術前におこるであろう痛みに対する心構えをしておくことで、術後実際の痛みに直面した時に対処機制が働く」¹⁾と述べている。痛みの感じ方は不安があるとないとは、その感じ方に大きな違いがあるため、起き上がり指導以外に不安を軽減する十分な術前オリエンテーションが必要であると考えられる。今回の研究では、緊急手術の症例は対象外としたが本研究では術後の起き上がり方の指導は術後の創痛の軽減に有効と考えられ、今後こうした患者へも術後に指導を取り入れて行く方針である。また高齢者では理解力が乏しいこともあり術前・術後を通して指導を徹底する必要があると感じた。今後は、個々の患者の不安の強さ、痛みの感じ方の違いなどの調査や、臥床の仕方に関しての指導の有効性についても検討していきたい。

引用文献

- 1) 小松田布美子他：手術を受ける患者の痛みに対する不安と術後の痛みの関連性—STAIを用いての検討—, 第28回 成人看護Ⅰ, 149—151, 1997, 日本看護協会出版会

参考文献

- 1) 相澤千草：術後疼痛に関する術前オリエンテーションの現状と課題, 日本看護学会誌第28回 成人看護Ⅰ, 146—147, 日本看護協会出版会, 1997.
- 2) 越久村まゆみ：胸骨正中切開術後患者の創痛軽減への小枕抱き動作の有効性, 日本看護学会誌第28回 成人看護Ⅰ, 152—154, 日本看護協会出版会, 1997.
- 3) 深井喜代子：痛みの測定・評価とケアに関する看護研究, 看護研究Vol.26, No5, 2 (398) — 9 (405), 1993.
- 4) 荒川唱子：痛み緩和のための看護ケア, 看護技術 Vol.45, 45—49, 1999.
- 5) 佐々木千湖他：疼痛を体験する患者の理解と看護—疼痛質問表・疼痛スケールによる疼痛表現の傾向—, クリニカルスタディ Vol.14(14) 1244—1251, 1993.

表1

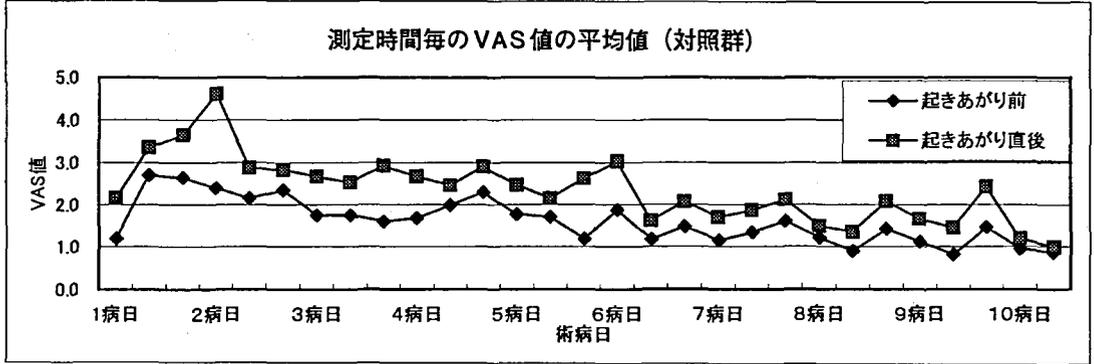


表2

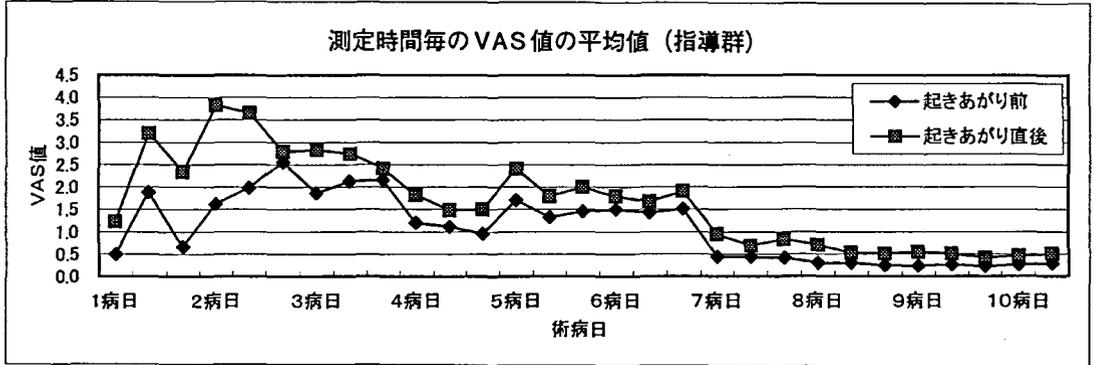


表3

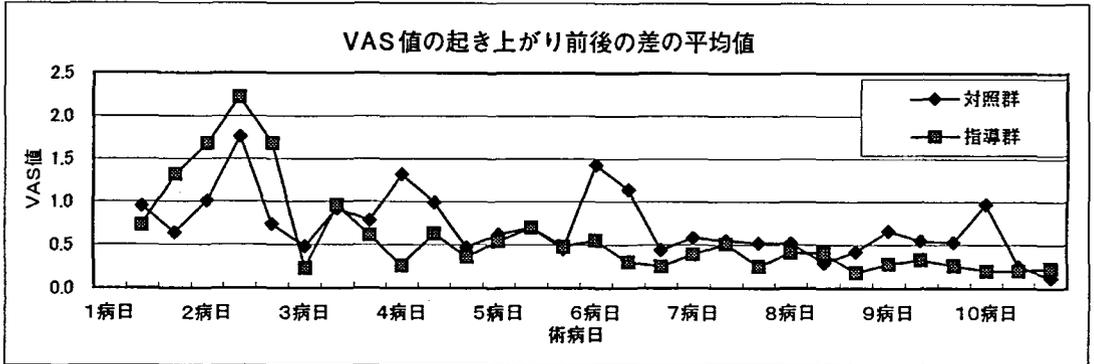


表4

