眼科術後腹臥位安静患者の苦痛緩和への取り組み

Effective Nursing for palliation of prone position patients after vitreo-retinal surgery

東５階病棟
丸山智沙登　市村美香　田畑理沙　大曽契子

〈要旨〉網膜硝子体手術を受ける患者は，手術後約2週間程度の腹臥位安静を強いられることにより，首・肩・腰などの苦痛症状を訴える。そこで，術後腹臥位安静となる患者へ，肩こりに効果のあるのびのび体操の方法を取り入れ，腹臥位安静による苦痛の軽減に有効であるか調査を実施した。先行研究で行った腹臥位安静による苦痛の調査と，今回の，のびのび体操実施群の調査結果を比較して検討した結果，実施群では首・肩への苦痛を感じている患者が減少した。のびのび体操を実施することで，腹臥位安静による首の痛みや肩こりの苦痛軽減に効果があった。一方で腰への苦痛を感じている患者の減少は見られなかったため，今後は腰痛改善を目指した体操の方法を考案し提示していく必要があると考える。

キーワード：腹臥位安静，肩こり，のびのび体操

Ⅰ．はじめに

当院の，網膜硝子体手術後で腹臥位安静が必要になる患者は年間約340人である。腹臥位安静は，診察・トイレ・食事以外は睡眠中も下向き保持が必要となり，腹臥位安静を強いられる患者の苦痛は大きい。（資料１）。腹臥位安静中の患者から安静による身体の痛みの訴えを聞く機会も多く，これまでは，枕やクッションを使用し，患者個々の体型に合わせた安楽な体位の工夫を行ってきたが，苦痛への効果は充分でなかった。先行研究では，術後2日目から3日目が最も苦痛が強い時期であり，安静時の苦痛は首・肩・腰の痛みが多く挙げられていた。また，肩をまわすなどの運動やマッサージ等を，患者自身が苦痛の軽減のために工夫していることが分かったが，苦痛への効果は様々で顕著に改善できるものはなかったと考察している。腹臥位のまま行う自動運動を実践した研究では，80％以上の患者の苦痛軽減に効果があり，特に肩こりへの効果が高かったと報告している。

資料1　腹臥位安静の様子

作田[1]は，「うつむき姿勢を強めるにつれて，筋肉の収縮が強まり，筋肉の血流量が低下する。長時間続けると乳酸やビリルビン酸などの疼痛物質が出て神経を刺激し，後頭部，肩の痛みが出現する。また緊張やストレスが血液の減少を助長する」と述べており，姿勢による肩こりだけでなく安静によるストレスからも肩こりが出現してきていると考えられる。そこで，腹臥位安静によって生じる身体的苦痛には運動が効果的であると考え，特に苦痛症状が強いと言われている肩こり改善の運動を患者へ提示して，腹臥位安静による苦痛の軽減を目的とし，その程度を調査したので報告する。

Ⅱ．方法

１．研究期間：平成23年７月～12月

２．研究対象：眼科手術目的で入院し，網膜剥離，黄斑円孔，糖尿病性網膜症等の疾患で硝子体手術を受け，手術後腹臥位安静が指示され，研究参加に同意の得られた患者30名。

３．実施方法

１）のびのび体操のパンフレット作成：患者が運動を実施するうえで，術後の安静度や治療効果の妨げにならないよう眼科医師からの注意点を確認し，下向きを保持したまま座位又は立位で行える体操方法を検討した。常に下向きの姿勢を保持することで頭部や頸椎を支持している僧帽筋や肩甲挙筋の筋肉の疲労は大きい。それらの筋肉をストレッチし，肩こりの軽減に効果のある体操方法を理学療法士の意見を参考に検討し，のびのび体操のパ

ンフレットを作成する。

2）のびのび体操の導入：看護師がパンフレットを用いてのびのび体操の方法を説明し体験しながらオリエンテーションを行う。手術前から術後腹臥位安静を指示されている患者は，担当看護師が手術前日にのびのび体操の説明を行う。術後に腹臥位安静を指示された患者は，手術後当日又は，手術後1日目に担当看護師が説明する。

3）痛みの評価：苦痛症状は，首こり，肩痛，腰痛の3症状とする。独自で作成した苦痛評価表を用いて手術当日から術後6日目まで担当看護師が苦痛の程度を調査する。苦痛スケールは，0「まったく痛みがない」，1「痛まない」，2「少し痛い」，3「痛い」，4「とても痛い」，5「最も辛い状態」とする。

4）分析方法

(1) 苦痛評価表から得られた結果を通し番号で整理し，術後経過日数毎に苦痛スケールを集計する。

(2) 今回得られたのびのび体操実施群30名のデータと，先行研究の苦痛の程度を測定したのびのび体操未実施群30名のデータと比較検討する。

Ⅲ．倫理的配慮

研究の意図及び内容について患者へ文章で説明を行い，プライバシーの保護を保障すること，研究への参加・不参加，途中辞退については患者の意思によるものとすること，治療や看護に不利益が生じないことを説明したうえで同意を得た。また，得られたデータは院内から持ち出さず，個人が特定できないように通し番号で整理し管理した。尚，この研究は平成23年8月信州大学医学部付属病院倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅳ．結果

1．調査期間：平成23年7月～12月

2．対象：網膜剥離，黄斑円孔，糖尿病性網膜症の疾患で硝子体手術を受け，手術後腹臥位安静が指示された患者で，研究参加に同意の得られた患者30名。

3．実施結果

1）のびのび体操パンフレットを作成：腹臥位安静を必要とする患者が特に苦痛を強く訴える肩こりは，常に下向き保持を酷使することで頭部や上肢を支持している僧帽筋や肩甲挙筋の筋肉への疲労が大きいことが原因の一つである。それらの筋肉をストレッチすることが，肩こりに効果があると言われているため，肩こり改善の体操を理学療法士の意見を参考に検討した。眼科医師から，患者が下向きで自動運動を行ううえでの注意点を確認し，安静の妨げにならないのびのび体操の説明許可を得た。患者が短時間の間に下向きを保持したまま座位や立位で行えるのびのび体操の方法を5パターン考案し，看護師が実際に体操を行っている写真と体操方法を書面にしてパンフレットを作成した。（資料2）

資料2　のびのび体操のパンフレット

①腕の上下運動

右手で左手を持ち，頭の上に引っ張るように伸ばす。10秒

脇を閉め，肘が肩より後ろになるように後ろに引く。10秒

（肩甲骨を寄せるように意識して！）

②肩回し運動

背すじをピンと張り，両肩のつけ根を指で触れる。

そのまま肩を大きく回す。（胸を張るように意識して）　10回

2）のびのび体操の説明：研究担当看護師3名が，病棟看護師へのびのび体操のパンフレットを用いて，体験型説明を行い患者へのオリエンテーションの方法を説明した。

研究担当看護師が腹臥位安静を必要とする患者の把握漏れがないよう，眼科疾患患者の入院時に硝子体手術を受ける患者のリストアップを行う。また，緊急入院で硝子体手術を受け，術後腹臥位安静を指示された患者の有無を毎日確認し，対象患者へ研究の主旨と方法を説明した。手術前から術後腹臥位安静を指示されている患者へは，手術前日，又は，手術当日の入室前までにのびのび体操

をパンフレットを用いて体験型オリエンテーションを行った。手術後に腹臥位安静が指示された患者へは，手術後当日，又は，手術翌日にのびのび体操の方法を説明した。

調査開始当初は，研究担当看護師が分担して対象患者へののびのび体操の説明を行ったり，研究担当看護師が受け持ち看護師へのびのび体操の説明を行うよう依頼していたが，のびのび体操の看護介入が周知してからは，受け持ち看護師が率先して患者へ指導するようになった。

3）のびのび体操は，1日5回から6回，5分間隔で実施している点眼の待ち時間など空いている時間を利用して行うことを患者へ説明した。実際に患者は，点眼の待ち時間や食後など座位でいる時間を利用したり，身体の痛みが出現し始めた時に自主的に体操を行っていた。また，看護師が患者の症状を観察する際にのびのび体操の実施状況も併せて確認し，患者が痛みを訴える時は，のびのび体操を勧めた。運動の最多回数は，手術当日は3回，術後1日目は5回，術後2日目は9回，術後3日目は7回，術後4日目は5回，術後5日目は5回，術後6日目は4回であった。（表1）

表1　のびのび体操の一日の平均実施回数

	手術当日	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目
最大回数	3	5	9	7	5	5	4

4）のびのび体操を説明した患者数：男性17名　女性：13名　　平均年齢　58歳

首の痛みについて：手術当日は，全く痛まないが実施群19名，未実施群20名。痛まないが実施群4名，未実施群4名。少し痛いが実施群4名，未実施群0名。痛いが実施群3名，未実施群4名。とても痛いが実施群0名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群0名，未実施群2名。

術後1日目は，全く痛まないが実施群15名，未実施群18名。痛まないが実施群5名，未実施群1名。少し痛いが実施群4名，未実施群4名。痛いが実施群6名，未実施群6名。とても痛いが実施群0名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群0名，未実施群1名。術後2日目は，全く痛まないが実施群12名，未実施群14名。痛まないが実施群6名，未実施群4名。少し痛いが実施群5名，未実施群4名。痛いが実施群6名，未実施群6名。とても痛いが実施群1名，未実施群1名。最も辛い状態が実施群0名，未実施群1名。術後3日目は，全く痛まないが実施群10名，未実施群13名。痛まないが実施群8名，未実施群5名。少し痛いが実施群5名，未実施群2名。痛いが実施群5名，未実施群8名。とても痛いが実施群2名，未実施群2名。最も辛い状態が実施群未実施群ともに0名であった。術後4日目は，全く痛まないが実施群12名，未実施群13名。痛まないが実施群10名，未実施群4名。少し痛いが実施群3名，未実施群2名。痛いが実施群2名，未実施群9名。とても痛いが実施群1名，未実施群2名。最も辛い状態が実施群2名，未実施群0名。術後5日目は，全く痛まないが実施群12名，未実施群15名。痛まないが実施群9名，未実施群7名。少し痛いが実施群3名，未実施群1名。痛いが実施群4名，未実施群5名。とても痛いが実施群1名，未実施群2名。最も辛い状態が実施群1名，未実施群0名。術後6日目は，全く痛まないが，実施群14名，未実施群15名。痛まないが実施群8名，未実施群8名。少し痛いが実施群2名，未実施群1名。痛いが実施群3名，未実施群6名，とても痛いが実施群2名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群1名，未実施群0名であった。（図1）

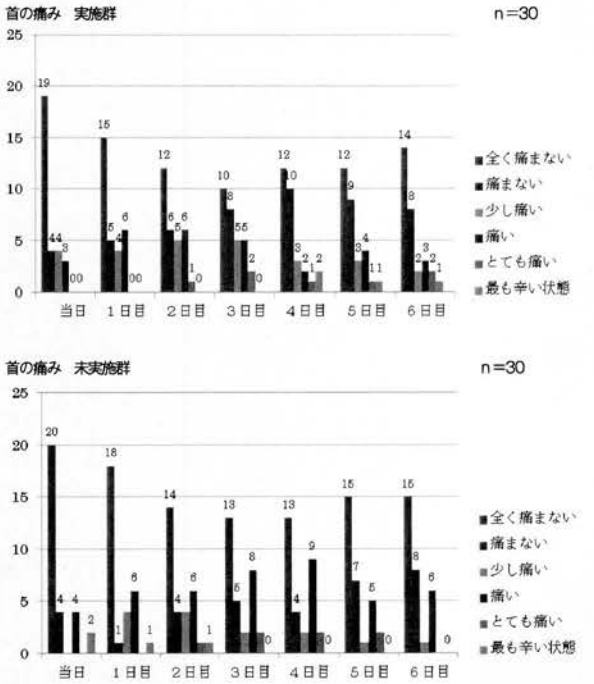

図1　首の痛み

肩の痛みについて：手術当日は全く痛まないが実施群18名，未実施群23名。痛まないが実施群4名，未実施群1名。少し痛いが実施群4名，未実施群1名。痛いが実施群2名，未実施群4名。とても痛いが実施群2名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群0名，未実施群1名。術後1日目は全く痛まないが実施群14名，未実施群15名。痛まないが実施群4名，未実施群5名。少し痛いが実施群4名，未実施群6名。痛いが実施群5名，未実施群3名。とても痛いが実施群3名，未実施群0名，最も辛い状態が実施群0名，未実施群1名。術後2日目は全く痛まないが，実施群13名，未実施群14

名。痛まないが実施群4名，未実施群3名。少し痛いが実施群5名，未実施群5名。痛いが実施群5名，未実施群5名。とても痛いが実施群3名，未実施群2名。最も辛い状態が実施群0名，未実施群1名。術後3日目は全く痛まないが実施群10名，未実施群11名。痛まないが実施群8名，未実施群5名。少し痛いが実施群5名，未実施群6名。痛いが実施群4名，未実施群4名。とても痛いが実施群2名，未実施群3名。最も辛い状態が実施群1名，未実施群1名。術後4日目は全く痛まないが実施群10名，未実施群10名。痛まないが実施群10名，未実施群6名。少し痛いが実施群4名，未実施群5名。痛いが実施群4名，未実施群7名。とても痛いが実施群1名，未実施群1名。最も辛い状態が実施群1名，未実施群1名。術後5日目は全く痛まないが，実施群13名，未実施群13名。痛まないが実施群8名，未実施群3名。少し痛いが実施群3名，未実施群5名。痛いが実施群2名，未実施群5名。とても痛いが実施群3名，未実施群3名。最も辛い状態が実施群1名，未実施群1名。術後6日目は全く痛まないが実施群14名，未実施群11名。痛まないが実施群8名，未実施群6名。少し痛いが実施群4名，未実施群2名。痛いが実施群0名，未実施群9名。とても痛いが実施群4名，未実施群1名。最も辛い状態が実施群0名，未実施群1名。（図2）

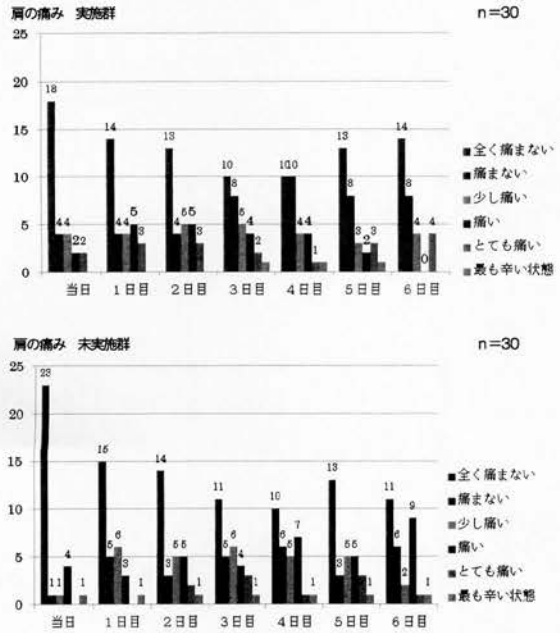

図2　肩の痛み

腰の痛みについて：手術当日は全く痛まないが実施群16名，未実施群が24名。痛まないが実施群3名，未実施群1名。少し痛いが実施群3名，未実施群4名。痛いが実施群6名，未実施群0名。とても痛いが実施群1名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群1名，未実施群1名。術後1日目は，全く痛まないが実施群11名，未実施群16名。痛まないが実施群6名，未実施群6名。少し痛いが実施群6名，未実施群1名。痛いが実施群3名，未実施群4名。とても痛いが実施群3名，未実施群2名。最も辛い状態が実施群1名，未実施群1名。術後2日目は，全く痛まないが実施群4名，未実施群15名。痛まないが実施群9名，未実施群7名。少し痛いが実施群9名，未実施群3名。痛いが実施群4名，未実施群3名。とても痛いが実施群2名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群2名，未実施群2名。術後3日目は，全く痛まないが実施群6名，未実施群16名。痛まないが実施群9名，未実施群1名。少し痛いが実施群6名，未実施群6名。痛いが実施群4名，未実施群4名。とても痛いが実施群3名，未実施群2名。最も辛い状態が実施群2名，未実施群1名。術後4日目は，全く痛まないが実施群8名，未実施群18名。痛まないが実施群12名，未実施群1名。少し痛いが実施群3名，未実施群4名。痛いが実施群4名，未実施群4名。とても痛いが実施群1名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群2名，未実施群3名。術後5日目では，全く痛まないが実施群10名，未実施群17名。痛まないが実施群11名，未実施群5名。少し痛いが実施群3名，未実施群3名。痛いが実施群1名，未実施群2名。とても痛いが実施群3名，未実施群0名。最も辛い状態が実施群2名，未実施群3名。術後6日目は，全く痛まないが実施群13名，未実施群19名。痛まないが実施群10名，未実施群1名。少し痛いが実施群2名，未実施群3名。痛いが実施群1名，未実施群3名。とても痛いが実施群4名，未実施群1名。最も辛い状態が実施群0名，未実施群3名。（図3）。腰の痛みについては，術後4日目の「最も辛い状態」が未実施群3人であるのに対して実施群は2人であったが，術後6日目には実施群は0人へ減少した。

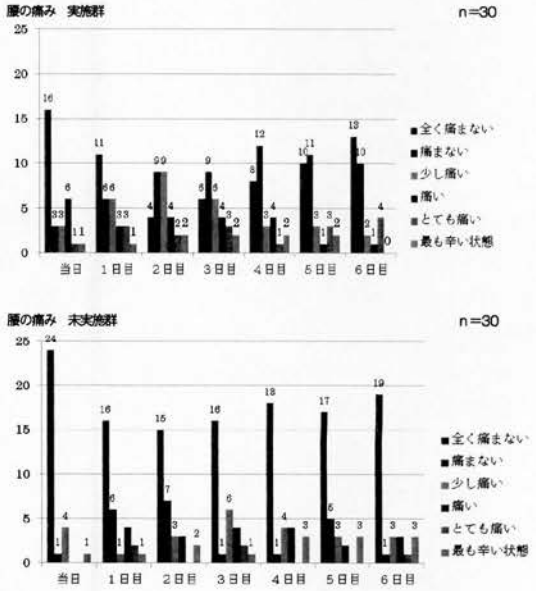

図3　腰の痛み

その他：のびのび体操を実施した患者から回収した苦痛評価表の自由記載欄には，「前回は肩が痛くて湿布を貼っていても辛かったが，今回は湿布を使用しなくても体操のおかげで楽に過ごせた」「身体を伸ばすことでリフレッシュ感があり，気持ちがよくなる。同じ姿勢から血液の流れが悪くなるところから発生する痛みに良好であった。」「肩周囲の筋肉の血行が良くなったのか肩が軽くなった」，「術後便通が無くて困っていたが，体操の初日の夕方には便通があり4日ぶりにすっきりした。体操のおかげと感謝している」との感想が書かれていた。一方で，「首，肩には効果があったが腰痛の軽減には至らなかった」との感想が書かれていた。

V．考察

眼科手術後に腹臥位安静が必要な患者の多くは，首・肩・腰の苦痛を訴える。先行研究でも術後2日目から3日目が最も苦痛の強い時期であったと報告されているように，今回の調査でも，のびのび体操の実施回数が，術後2日目は最大回数9回，術後3日目は最大回数7回であり，その他の術後経過で最も多く運動が実施されていたことから，腹臥位安静による苦痛が強く出現する時期に，患者が運動の必要性を感じ苦痛を軽減するためにのびのび体操を多く行ったと考える。のびのび体操は，患者へ体操の実施回数や時間帯を指定せず患者の意思によって体操を行ってもらった。「痛みを感じた時に体操をすると楽になった」という患者の感想から，患者が体操の必要性を感じ実施することで，体操の効果を実感することができたのではないかと考える。また，患者からは「手術後はずっと下向き安静でいなければいけないと思っていたが，体操の指導を受けたことで動いても良いことが分かり，日頃からやっていた体操を組み合わせてやるようになった」「身体を伸ばすことでリフレッシュ感があり，気持ちがよくなる」という感想が書かれていた。腹臥位安静を指示されている患者は，術後の体位制限は治療効果に影響を及ぼすため，常に下向きで安静にしていなければならないという安静への緊張感を抱えており，安静を強いられることによるストレスからも苦痛症状が出現していることが推察される。よって，腹臥位安静を必要とする患者へのびのび体操を提示し，患者が自主的に運動を実施することで，安静への緊張感やストレスから解放され，運動の効果を感じ苦痛の緩和につながったのではないかと考える。

首の痛みについては，術後4日目以降，痛みの程度を示す「少し痛い」以上の値が，のびのび体操未実施群と実施群を比較すると減少した。特にのびのび体操を実施した患者では，術後4日目以降「痛い」と感じている患者の数が大きく減少した。

肩の痛みについては，術後6日目も未実施群と比較すると実施群の患者が減少し，のびのび体操介入前後で最も差のある結果となった。これら首と肩の痛みの結果から，術後腹臥位安静を必要とする患者へのびのび体操を指導し，患者が実施することで首・肩への苦痛の軽減を減らすことができた。のびのび体操は，筋肉の血行循環を良くし，肩こりの改善に効果がある運動方法であったといえる。

腰の痛みについては，術前から腰痛のある人が多かったこともあり，痛みを感じている患者数は未実施群より実施群が増加した。さらに患者からも「のびのび体操の内容は腰にはあまり関係がなかったように思う」との意見が聞かれた。のびのび体操は主に肩こりの改善を目的とした僧帽筋や肩甲挙筋などの筋緊張を緩和させる体操であったため，腰痛軽減に対する効果はみられなかったと考える。なかには，「頸椎異常のため，痛みやだるさは常にある。股関節も悪いため腰痛も常にある。」という患者もいた。眼科疾患患者は，高齢者も多く頸椎や腰椎の変形，股関節症を患っていることもあり，慢性的な痛みに加え腹臥位保持による体位制限で強いられる苦痛は図りしれないと再認識された。安静制限によって脊椎や関節周囲の筋肉の柔軟性が低下し，腰痛や関節痛を助長してしまう。股関節骨盤周囲の筋肉を強化するため，今後は腰痛緩和や予防を目指した体操方法を新たに検討することと，腹臥位安静時の生理的な脊椎彎曲が保持できる安楽な姿勢の検討が必要である。

VI．結語

腹臥位安静患者への，のびのび体操の提示は，首の痛みや肩凝りの苦痛軽減に効果があった。今後は腰痛改善に向けた体操を新たに検討する必要がある。

引用文献

1）作田学：頭痛と肩こり（オンライン），入手先（http://taku1902.jp/sub72.pub）（参照2010―01―20）.

参考文献

伊藤節代　ほか：眼科術後の腹臥位安静の苦痛に対する援助の検討　山梨看護学会誌　2（1），31~34，2003