

脊髄損傷合併妊婦の看護

Nurse management of the pregnant patient with spinal cord injury

信州大学医学部附属病院 池田美恵 宮澤美由紀 斉藤昭子 下村陽子

脊髄損傷合併妊婦は、妊娠に伴う体の変化により、合併症の増悪や日常生活の面で、問題が生じる。今回、脊髄損傷後第一子を帝王切開にて出産し、第二子を予定帝王切開のため入院された妊婦に関った。患者と共にケア計画を立案することや専門看護師の介入、医師やNICUスタッフとの連携等チーム医療の重要性を改めて認識した。そこで、入院時から産褥期までの看護について振り返り報告する。

キーワード：脊髄損傷合併妊娠 個別的看護 チーム医療

はじめに

脊髄損傷患者は、妊娠に伴う体の変化により、合併症である自律神経過緊張症状の増悪や褥瘡等のリスクが高くなる。しかし、一方で脊髄損傷者の出産例は少なく、支援する専門家側のデータや知識が不十分である。今回、脊髄損傷後第一子を帝王切開にて出産し、第二子を予定帝王切開のため入院された妊婦に関った。第一子分娩の際は、患者も看護者も初めての体験であり、試行錯誤しながらの入院生活であった。今回はその体験を元に患者と共にケア計画を立案し、援助を行った。そこで、入院時から産褥期までの看護について、貴重な体験を報告する。

<倫理的配慮>この症例をまとめ発表するにあたり、看護研究倫理委員会の承認と本人の了承を得ている。

I 対象

年齢：34歳

家族構成：両親、夫、長女

現病歴：平成9年4月 交通事故で胸髄4損傷、下半身麻痺のため車椅子での生活

平成12年 結婚

平成13年2月 脊髄損傷合併妊娠と骨盤位のため予定帝王切開にて第1子出産

II 第一子妊娠時の経過と看護

妊娠 16 週：尿路感染のため発熱あり、抗生剤内服、入院にて点滴行う

19 週～21 週：血小板 10.5 万まで減少し、管理入院

20 週：水腎みられ、尿留置カテーテル挿入

36 週：脊髄損傷合併妊娠・骨盤位のため予定帝王切開目的で入院

38 週：予定帝王切開にて第 1 子分娩

硬膜外麻酔使用、術後入院中に自律神経過緊張による発熱みられる

産後 11 日目母児共に退院

第一子入院時の看護問題と看護の実際

a 起立性低血圧

計画：どのようなときに症状がでやすいか 1 日血圧測定を行う。その後適宜血圧測定。

実際：午前中、座位時に症状出現

症状が軽減するまで待って、患者が判断し、洗面行っていた。

移動時等に症状みられるが、日常生活はほぼ自立していた。患者自身がどのようなときに症状が出やすいか把握し、予防行動をとれていた。

b 自律神経過緊張による症状

計画：術後は皮膚からの不快な刺激を最小限にするために、硬膜外麻酔使用

実際：排便前後に軽度症状出現、頭部下げ軽快していた。

腹部緊満時に額に汗が出る、頭が締め付けられる、顔面紅潮等の症状あり。

腹部緊満時、自律神経過緊張による症状がみられるが、患者にとって腹部緊満は初めての体験であり、目安にはならなかったため、直接腹部に触れたり、出血や破水の有無を確認したりしていた。

手術直後は硬膜外麻酔にて症状みられず。

c 血栓塞栓症

計画：弾性包帯・ストッキング検討、下肢の他動運動

実際：弾性包帯・ストッキングは麻痺のある下肢に圧迫を加えることに不安あり使用せず。

下肢の他動運動、ハドマー施行。

d 褥瘡

計画：フローテーションマット使用

術直後は体位交換と仙骨部・下肢のマッサージを1時間毎施行

足浴

実際：患者の希望あり、フローテーションマットを貸し出し、使用した。術前は患者自身で体位交換を行う等の予防行動がとれた。術後は、こちらで1時間毎に体位交換とマッサージを行い、予防できた。

e セルフケア不足

計画：①清潔：必要時シャワー浴介助

②移動：診察時、内診台へ移動の際に援助

実際：調子が良ければシャワー自力で行なっていた。

夫の援助が得られるときに入浴。2回/週

f 育児支援

計画：児との早期面会

病室での育児はコットを病室と新生児室に1つずつ置き、移動は抱っこヒモを使用し、車椅子にて行うことを患者と話し、決める。

実際：術前に、児との早期面会を希望されていたが、術後の発熱のため行えていない。

病室での育児を上記の方法で行った。

Ⅲ 第二子妊娠中の経過と看護

入院年月日：平成16年4月23日～5月3日

妊娠中の経過：妊娠17週 水腎みられ尿留置カテーテル挿入

24週 尿路感染による発熱あり、抗生剤内服

26週 貧血あり、鉄剤内服開始

32週 血小板減少(11.7万)と羊水過多あり、1週間毎に外来にてフォロー、その後血小板横ばい。

羊水過多については75g OGTT 施行、問題なし

34週 破水感にて来院、破水は否定。血小板減少あり、管理入院勧められ、入院

37週 予定帝王切開にて男児出産 硬膜外麻酔使用、術後経過順調

児は一過性多呼吸のため小児科入院

母のみ10日目退院

児は16日目退院。

第二子入院時の看護問題と看護の実際

【術前】

a 起立性低血圧

症状：めまいが特に朝方から午前中にかけて著明。また、急に起き上がったり、動いたりすると出現。転倒転落スコアが危険度Ⅱ

目標：全身への血液循環が保てる。転倒、転落しない。

計画：体調に合わせて、清拭などのケアを午後に計画する。

診察時等の移動の際は、下肢を徐々に動かしゆっくり移動。

症状出現時は、頭部を低くする。車椅子上の場合は持ち手を下げる。

転倒防止のために、ベッド周囲の整頓、車椅子とベッドの高さの調節を行う。

ベッド策をつかまりやすいものに変更。

実際：起立性低血圧に対して、前回に比べ、移動の際に著明な低血圧症状みられ、患者は移動に不安があった。そのため患者と話し合い、移動の際は下肢を徐々に移動することや清潔援助は症状が出やすい午前中を避けて行うなど、ケアの統一をはかった。また、症状出現時だけではなく、移動の際はコールする等、患者も予防行動がとれていた。それにより、起立性低血圧の予防、早期発見、転倒転落の予防ができた。

b 自律神経過緊張による症状

症状：顔面紅潮、冷汗（わきの下、胸）、鳥肌、頭が締め付けられる感じ。

目標：異常の早期発見、対処がされる

計画：症状の出現や程度、血圧や体温等注意し、異常の早期発見に努めていく。

今回も硬膜外麻酔挿入

実際：自律神経過緊張症状に対しては、血圧上昇等に注意していく必要があったが、患者に自律神経過緊張症状の中でよく出る症状を聞き、顔面紅潮や冷汗等の症状には特に注意したり、自律神経過緊張症状を誘発する要因が考えられるときは、血圧等測定したりすることで、自律神経過緊張症状の早期発見、予防ができた。手術後も手術創等からの不快な刺激を最小限にするため、前回同様に硬膜外麻酔使用し、コントロールされていた。

c 血栓塞栓症

目標：血栓塞栓症が起きない

計画：体調良く、ご本人の希望があれば、足浴を1回/日行う。

体位変換と下肢の運動は2～3時間毎に自分で行ってもらう。

35週よりカプロシン皮下注射開始

実際：血栓に対しては、自宅では夫が毎日マッサージを行っていた。当院では入院された妊婦には全例弾性ストッキングを勧め、入院時、医師より弾性ストッキングとAVインパルスを勧めた。しかし、患者は麻痺のある下肢に圧迫を加えることに不安があった。そのため患者、医師と話し合い、まず血栓のスクリーニングを行った。その後、血栓の危険性や予防の必要性について患者は納得し、35週より血栓予防のため、カプロシンの皮下注射開始となる。適宜ベノダインの使用も検討したが、使用に当たり患者は褥瘡に対する不安もあり、医師とも検討した結果、使用しなかった。その代わりに、看護サイドにて1回/日の足浴とマッサージの援助を行った。術前より患者と医師と話し合い、手術後は1～2時間毎に下肢の他動運動行ったり、早期に動静の拡大を行ったりし、血栓なく順調に経過できたと考える。

d 褥瘡

症状：ブレデンスケール15点

低血圧症状あり、ベッド上で過ごす時間が長い。下半身の麻痺。

目標：褥瘡ができない

計画：ソフトナース使用。仙骨部と踵にフローテーションマット使用。

夫の協力が得られる場合は入浴、その他の日は清拭等行い、皮膚の清潔を保てるよう援助。

各勤務で褥瘡のチェック。

実際：褥瘡に対しては、患者は踵部に褥瘡の既往あり、褥瘡に対して重要視し、ソフトナースやフローテーションマットを使用したり、患者は自分で下肢を動かしたり、予防行動がとれた。

e、感染のおそれ

症状：脊髄損傷合併による易感染状態、尿留置カテーテル挿入による感染のリスク

目標：感染が起こらない

計画：外陰部洗浄を毎日行い、清潔を保つ。

夫の援助が得られるときは入浴。

入浴できないときは、清潔援助。

実際：セルフケア不足と褥瘡に統合しケアを行い、感染なく経過。

f 切迫早産

症状：羊水過多、易感染状態、脊髄損傷患者は破水を尿漏れと誤りやすい

目標：安全に妊娠継続される

計画：腹部緊満、出血、破水の有無の確認

感染予防に対する援助

実際：患者は自律神経過症状を腹部緊満の目安にしており、腹部緊満時は気づくことができていた。

実際、こちらでも患者の腹部に触れたり、破水や出血を確認したりすることで切迫早産や分娩徴候等の発見につながったと考える。

g セルフケア不足

症状：入浴行為、移動等に介助が必要

目標：適切な援助が得られ、入院生活を安全安楽に過ごすことができる。

計画：

①清潔

夫の介助が得られるときには入浴。その他は適宜清拭と足浴、シャンプー行う。1回/日陰部洗浄。洗面介助。

②排泄

排便調整は、レシカルボン坐薬、カマ内服により時間をかけて自力で排泄。できるだけ自分でやりたい希望あり。必要に応じて援助行う。排尿は尿留置カテーテル挿入中。

③移動

ベッドと車椅子の移動は自力で行っている。移動時、介助が必要なときはコールしてもらう。介助するときは低血圧症状に注意し、ゆっくり行う。ベッド周囲の環境整備。

実際：セルフケアの不足に対しては、患者と話し合い、できるだけ自分で行えるように検討した。入浴に対しては、外来にて入院後どのような援助が可能か話し合いを持った矢先、患者が緊急入院となった為、準備不足となってしまった。患者は全身の血液循環を良くするためにも入浴は毎日行いたい希望があった。しかし、看護者の移動に不安が強く、夫の援助がないと入浴できなかったが、夫の援助が得られるときは必ず入浴できるように配慮した。しかし、入浴方法の検討やスタッフの移動手技の学習訓練とその統一、外来にて早期から、入院生活を想定した話し合いが必要であったと考える。

【術後】

以下は術前の看護問題に追加とする。

d 褥創

症状：ブレーデンスケール 13 点

術後の安静

目標：褥創ができない

計画：ソフトナース使用。仙骨部と踵にこんにやくマット使用。

術後1～2時間毎の体位変換と褥創のチェック。

実際：手術後はそれに加え、下肢の他動運動を1～2時間毎に行うことで、予防できた。

h 術後の呼吸機能低下

症状：肺活量の低下、本人より術後の喀痰に対する不安の訴えあり。

目標：術後喀痰が有効に行える 効果的な呼吸パターンを維持できる。

計画：呼吸器専門ナースの術前・術後訪問の依頼。

インスピロン使用し、加湿することで喀痰促す。

自力で喀痰できない可能性考え、吸引の準備。

帰室後早期に半側臥位へ体位変換、就寝前まで1時間毎の体位変換により、喀痰促す。

含嗽介助や口腔内保湿の援助行う。

インスピロンが有効でない場合、ネブライザー使用する

実際：術後の呼吸機能に対しては、患者は前回帝王切開時よりも肺活量の低下みられたことと以前の手術の経験上、喀痰に不安があった。手術前より、患者の不安を聞き、医師や呼吸器専門看護師と話し合い援助が行えた。術後1～2時間毎の体位変換とインスピロン使用し、自力で喀痰できていた。手術当日は呼吸器専門ナースよりアドバイスあり、呼吸がよりしやすいようにベッドギャッチアップし半坐位とり、呼吸苦等なく順調に経過した。

i 弛緩出血

症状：脊髄損傷による筋弛緩と運動麻痺のため、子宮復古不全や弛緩出血を起こしやすい。

羊水過多

目標：弛緩出血を起こさない。

計画：子宮収縮、出血量の確認

実際：子宮収縮・出血量問題なし。

j 育児支援

症状：前回、1日経ってからの児との面会に後悔が残っている。

コットの高さ等工夫し、病室で育児行っていた。

今回：児小児科入院クベース管理となり、NICU まで面会に行く必要があった。

目標：育児がスムーズに行える。

計画：NICU スタッフとのカンファレンス

児の状態良ければ早期に面会してもらおう。

育児についても児の状態と母の体調に合わせて行っていく。

面会時、移動の際は付き添い、ドアの開閉や手洗い介助行う。

クベースを高さの調節できるものに変更

実際：育児支援については、児が小児科入院となり、クベース管理となったため、NICU への訪室が必要となった。車椅子とクベースの高さが合わず、授乳等の育児行動が制限される状況となった。NICU スタッフと話し合い、クベースを高さの調節できるものに変更したり、ガウンのかける高さを調節したりし、自分で行えるよう配慮した。また、できるだけクベース外で育児が行えるように医師と話し合うことで、児に関わることができたと考える。児が入院となったため、患者の希望であった早期の面会は実現できなかったが、入院中も毎日 NICU スタッフとカンファレンスを行い、できるだけ患者が児に関われるような援助が行え、患者の意向に沿えたと考える。

IV 考察

脊髄損傷妊婦には、合併症の増悪に関する問題や日常生活活動の面での問題が生じる。それにより、妊娠管理の為に早期入院が必要になる場合もある。そのような経過の中での妊婦の不安はとても大きいものとする。今回の関わりの中で、特殊なニーズを持つ妊婦に対しては、一般的な妊婦指導に加え、個別指導、個別的な援助がより重要であり、しかも早期からの関わりが必要であった。早期から今後起こりうる問題を予測した看護計画を話し合うことで、患者の不安を軽減し、継続した個別的な援助が可能となる。

また、患者は、前回の妊娠経過以上に起立性低血圧症状強く、母体の負担が大きいことから、今回の妊娠・出産への不安が強かった。それに対して前回の体験を活かし、看護スタッフが患者との十分な話し合いを持った上で、医師や専門看護師などの他職種に介入を依頼したことが、不安の軽減や合併症の予防、早期発見につながったと考える。医療チームの連携を強く感じた場面であった。今回は児が小児科入院となってしまったため、患者の希望であった早期面会と病室での育児が行えなかった。しかし、当院は周産期病棟であり、母親と児が同じフロアにいることから母児の情報が交換しやすいというメリットがある。それを活かし、毎日NICUスタッフとカンファレンスを行うことで、育児環境の配慮など母児の関わりがスムーズに行えるよう援助した。それにより、患者

からの満足できたという言葉をきくことができた。これらの関わりから、チーム医療の重要性を改めて再認識することができた。

まとめ

前回出産時は、患者も看護者も初めての経験であり、不安を抱えたままの入院生活であった。今回は、その経験からお互いが歩み寄れるよう、患者と共に話し合うことを大切にして関わりをもった。このことは、私たちにとって脊髄損傷合併妊婦に起こる問題や必要な援助を学習する貴重な体験となった。また、脊髄損傷妊婦のような特殊なニーズを持つ妊婦に対しては、早期からの個別かつ継続的な看護が重要であることを再認識した。今後もハイリスク妊婦と関わる機会が多いと思うが、今回実感した個別かつ継続的な看護の重要性をこれからの看護援助につなげていきたい。

参考文献

海野信也他：脊髄損傷、周産期医学：24、1994

道木恭子他：脊髄損傷者の妊娠・出産に関する保健指導、日本脊髄障害医学会雑誌：16 卷 182 - 183：2004.4

森治彦他：高位頸髄損傷者の妊娠分娩の1例：産婦人科治療：61 - 3：1990

山本明広：手術後におきる肺塞栓症の予防について：倉敷医療生活共同組合健康シリーズ：2004

脳・神経疾患患者の看護：医学書院：1999