

# 長期にわたる不穏患者への関わり

～セルフケア拡大に向けて～

Care for the patient with long-term irritability after clipping surgery.

—to obtain Self-Care—

東5階病棟：早川 美紀・荒井さくら・降旗いずみ・牧野 浩子

## 〈要 旨〉

クリッピング術後の長期不穏患者に対し、セルフケアの拡大と生活リズムを整えるための看護を行ってきた。不穏が強いため、鎮静のために薬剤使用をせざるを得なかったが、生活レベルを低下させないために、日常生活の中で実施可能な目標を日々設定して、刺激を与え続けた。結果、昼夜逆転の改善、不穏状態の軽減によるコミュニケーションの変化、セルフケアを拡大することができた。

## 〈キーワード〉

不穏患者・セルフケア・クリッピング術

## 1. はじめに

脳外科病棟では、手術後不穏になる患者が多く、そのほとんどは短期間で症状の改善が見られる。今回私たちは、クリッピング手術後から脳梗塞と長期にわたる治療上の制限により不穏状態が続いている患者を約一年間にわたり援助してきた。不穏患者への対応に苦慮しながらも、その人らしい生活を再び取り戻せることを目指して、日々試行錯誤し取り組んできた。この事例からの学びを今後に生かすために、看護を振り返った結果を報告する。

## 2. 事例紹介

患 者；O氏 女性 60歳

病 名；未破裂動脈瘤クリッピング術後硬膜下出血・硬膜外膿瘍

家族構成；夫・娘と同居，息子は別世帯

毎日、朝夕に夫の面会がある。

現病歴 ；H11年頃より眩暈出現，健康診断のMRIにて未破裂脳底動脈瘤認められた。H12年2/21クリッピング術施行。術後，硬膜下出血を起こし血腫除去術 外減圧術施行。右視床梗塞のため高圧酸素療法施行。4/5 骨入れ（右頭蓋骨形成術）施行。4/27リハビリ目的にて他院へ転院となる。硬膜外膿瘍のため，5/18 再入院。5/26頭蓋骨除去・硬膜外洗浄術施行。創部洗浄を連日施行するが感染改善されず一部皮膚欠損状態となる。9/13 デブリードマン，2週間の持続洗浄開始。9/27 広背筋皮弁移植術施行。H13年2/14 人工骨を用いて頭蓋骨形成術施行。その後，経過良好。3/20リハビリ目的にて他院へ転院となる。

### 3. 看護の経過

全経過を、入院から感染創のデブリードマン施行まで（5月18日～9月12日）をⅠ期、皮弁移植部の生着のため、安静が必要であった時期（9月13日～10月4日）をⅡ期とし、不穏状態を軽減させつつセルフケアの拡大を目指した時期（10月5日～3月20日）をⅢ期とする。

このうちⅡ期とⅢ期は、不穏の増強、治療上の安静や鎮静剤の調整、または積極的なセルフケアの拡大など、変化が大きかった時期であった。チーム内にとどまらず、病棟スタッフ全体で関わった時期であったため、取り上げて述べることにする。

#### （Ⅱ期）

この時期は、皮弁生着のため創部の安静が重要であったが、不穏が強く興奮状態が続き、鎮静剤投与に頼らざるを得なかった。

問題1)皮弁移植部の感染・創離開のリスク状態：不穏により創部の安静が守れないことに関連した  
目標：皮弁移植部の感染・創離開が予防される

看護の実際：創部への自己損傷予防でミトンを着用していたが”はずして欲しい”と訴えてははずそうとする行動が頻回にみられた。そこで、医師とカンファレンスを行い、継続して使用していたグラマリアル・ユーロジン・ロヒプノールに加え、夜間はセレネース筋注で鎮静をはかった。ミトン着用はストレスが強いため、なるべく傍にるようにした。看護婦が傍にいるときにははずすようにした。皮弁移植術後2週間のベッド上安静中は、鎮静剤の使用量は一定で問題はなかったが、活動制限が解除されてからは、鎮静剤の効果が不安定になったため、生活のリズムが狂ってしまった。それと同時期に、拒否・依存的行動が増えてきた。そこで、生活リズムを整えつつ不穏が増強しない様に週一回医師と薬剤量を検討した。不穏状態・睡眠パターン・鎮静剤の使用効果を把握するために、入眠時間・中途覚醒時間・朝の覚醒時間・合計睡眠時間、内服・注射の使用時間、薬剤の効果出現・持続時間について記載する表（表1）を作成し、利用した。これにより不穏の状態が把握でき、その後の看護に反映させることができた。

このほかにテレビモニターで継続的に観察したり、創部の保護方法を工夫しガーゼが容易にはずれないようにした。これらの看護援助・鎮静剤の使用により、創部の自己損傷は予防できた。

（表1）

	入眠時間	中途覚醒時間	朝の覚醒時間	合計睡眠時間	薬剤の効果出現時間・ 持続時間
月日					

問題2)身体可動性の障害；長期臥床による活動量の低下・筋力低下に関連した

目標：介助歩行ができる

看護の実際：2週間の持続洗浄中は、ベッド上でROMを1日3回施行し関節拘縮の予防に努めた。活動制限解除後、徐々にベッドアップからすすめた。車椅子乗車時に「背中痛いよ。助けて。」などと訴えたため、クッション等を用いて創部の接触を防いだり、鎮痛剤を使用した。私たちは毎日、車椅子乗車・立位訓練を繰り返して施行し、1週間で介助歩行が可能となった。しかし、転倒のリス

クが高く、落ち着きが無く目が離せない状態だったため、常に看護婦が一人付き添い、日中の殆どをナース・ステーションで過ごしていた。当病棟は2チームの固定チーム継続受け持ち制をしているが、担当チームだけでは対応しきれなかった。そのためチームを超えて病棟スタッフ全員で関わりを持った。

看護の評価：この時期の一番の目標は、皮弁の生着であった。しかし不穏のため創部の安静保持が困難で、看護の力だけでは及ばず、鎮静剤の使用は必要だったと考える。鎮静剤の効果に波があったが、頻回に医師とカンファレンスを行い鎮静剤の量を必要最小限になるようにした。

活動制限解除後、鎮静剤の効果が不安定になってきた頃より出現した拒否・依存的行動をいかに抑えつつ、セルフケアの拡大を目指していくかが次期への課題として残された。

### (Ⅲ期)

Ⅱ期は創部の損傷予防のため鎮静を図っていたが、この時期はセルフケアの拡大と、その人らしい生活を再び取り戻せるような関わりが必要になった。

問題1) セルフケア能力の欠如：不穏・拒否、依存に関連した

目標：セルフケアの自立がすすむ

看護の実際：自発的な行動を待ち、手取り足取り繰り返し自力で施行できるように働きかけるが、「お湯がかかるのが怖いから嫌だよ、頭は洗わないで!」、「できない! やって! やって! くれなきゃ、やらない。」など拒否・依存的言動があった。強く促すと興奮状態となった。そこで、私たちは、実施可能な目標を日々設定して取り組んだ。そして、実施できたことは認め、励まし、患者のペースに合わせながら次の段階へとすすめていった。夜間の睡眠が確立され、日中の覚醒状況に改善がみられるのと同時期に、拒否・依存に関連した言動は少なくなった。たとえば、食事の主食・お茶は促せば自力で摂取する、車椅子で看護婦と共に下膳をする、排泄時ズボンを上げ下げする、渡されたタオルで身体を一部洗う、などの行動ができるようになってきた。

問題2) 睡眠障害(入眠困難・早期覚醒)：不穏に関連した

目標：夜間に睡眠できる 日中は覚醒していることができる

看護の実際：睡眠パターンの確立を目指し、日中に覚醒してられるように、日課表を作成した。それにもとづいて、理学療法部との連携を取りながら毎日OT・PTを受けるように促した。病棟では教材を使用しながらの学習や本人の好きな文字を書くことをすすめた。また、本人の希望で一日に何度か散歩へ行くこともあった。これらに対しては、当初は拒否的言動も聞かれたが、毎日すすめていくうちに、根気よく取り組むことができるようになってきた。また、以前は声かけに対しての反応は単語だけのことが多かったが、自分からの発語や文章での会話が成り立つようになってきた。このように私たちは日中に刺激を与えることを続け、徐々に日中覚醒している時間を増やすことができた。しかし、一つのことに固執したり頻回に尿意を訴えたり、夕方になると大声を出すといった状態は続いていた。夜は鎮静剤で入眠できるが、途中1～2回は覚醒し、大声や唸声で尿意を訴える。トイレから戻るとそのまま再入眠することもあるが、頻回のナースコールや大声での訴

えが1時間程続くこともあった。しかし、次第に夜間3～6時間は連続して睡眠をとることができるようになってきた。医師と相談しながら鎮静剤を減量していくことができた。また、不穏状態はまだ残っているものの、日中覚醒している時間は多くなってきた。そして、徐々に攻撃的な言動も少なくなり、表情も豊かになった。

看護の評価：日中、覚醒していることが多くなるにつれ、拒否・依存なども含めた意志表示がはっきりしてきた。そのため、本人の意向に沿いつつセルフケアをどのように拡大させていくかが課題となった。介入により、昼夜逆転の改善、不穏状態の軽減によるコミュニケーションの変化、セルフケアの拡大がみられた。このことから、私たちの関わりは有効だったと考えられる。

#### 4. 考察

手術後の不穏は短期間で症状の改善がみられるが、今回はそれが長期間にわたったため、患者に対し、生活パターンの確立とセルフケアの拡大を目標として援助してきた。固定チーム継続受け持ち制の枠を越えて、病棟スタッフ全員で関わった。看護婦だけでは対応しきれず、その精神的興奮を抑えるために医師・理学療法部など様々な職種が連携し合って、対処していく必要があった。普段は業務に追われてなかなかできていなかったが、この事例のように医師も含めたスタッフ全員で考え、取り組む姿勢が欠かせない。その結果、昼夜のリズムが整い、夜間に十分な睡眠が取れるようになった。また、不穏に対して、長期に鎮静を図ったが、私たちは生活レベルを低下させないために、日常生活の中で刺激を与え続けた。これらのことが精神的・肉体的安寧につながり、人間の回復力を高めていくことにつながっていったのではないだろうか。私たちは、不穏がある場合でも、可能な限りその人らしい生活を取り戻すために、積極的に取り組んでいく必要がある。

#### 5. 終わりに

今回、この事例を通して不穏状態にある患者に対し、不穏を落ち着かせつつ、セルフケアを拡大させていくための看護介入を行ってきた。

今後もこの学びを生かして、個々の患者に合った看護が提供できるように努力していきたい。

#### 〈参考文献〉

- 1) 藤崎 郁：不穏患者の経験世界と介入の方向性，看護技術，44（11）1998
- 2) 大場 順子，森 真琴，箱山 由美：慢性期意識障害患者の全身管理，看護技術，41（1），33-37，1995
- 3) 井上 昌次郎：眠りは本当に必要か，心の科学，54，33-37，1994
- 4) 特集“抑制”はナースのジレンマ 後ろめたさを感じないために，エキスパートナース，24-51，1997（2）