

脳動脈瘤術前・術後の看護

— 内頸動脈巨大動脈瘤患者の一例を通して —

中病棟3階

○太田美八子・青山美紀子・滝沢 圭恵・戸田ひとみ
筒井かおり・久保田智恵・海川いずみ・下井 春枝

I. はじめに

私達は今回、左内頸動脈巨大動脈瘤で、術前に破裂をきたし、内頸動脈とラッピング術、浅側頭動脈-中大脳動脈の血管吻合術を行い、術後、失語症と、尿崩症の出現した症例を経験したので、その術前、術後の看護について報告する。

II. 事例紹介

1. 患者紹介

患者：50才 女性 身長153cm 体重80kg

診断名：左内頸動脈巨大動脈瘤

入院期間：平成元年8月5日より9月21日

既往歴：昭和63年より高血圧にて内服治療中

性格：心配症

2. 現病歴と入院経過

平成元年8月2日頭痛出現、翌3日嘔吐、左側頭部痛、頸部痛、左眼痛、左顔面知覚鈍麻、左眼瞼下垂が出現し、4日には左眼瞼下垂が著名となり、某医入院となった。MRIにて上記診断され、精査、手術目的で当科入院となった。

入院当日、脳血管造影が行われ、左海綿静脈洞部に最大径35mmの動脈瘤を確認した。8月8日、ベッドから転落。その後便意有り、看護婦の介助にてトイレまで歩行し、トイレのなかで意識消失し倒れているのを発見した。CT上出血を認め、ICU入室となった。再出血防止のため鎮痛剤を使用、血圧をコントロールし8月9日内頸動脈トラッピング術、浅側頭動脈-中大脳動脈血管吻合術が施行された。術後ICU再入室、GCSE₃、V₄、M₆、血圧は120~140/70~80mmHgを保ち、全身状態は安定していた。術後2日目から突然失語症と尿崩症が出現した。失語症については左大脳半球の血流低下を疑い、循環血液量を増加させ、ドブタミンによる昇圧療法、ステロイド大量投与がなされた。血流低下を裏づけるCT上の梗塞像、血管造影上の脳血管攣縮や吻合部の狭窄の所見は得ていない。尿崩症については、水溶性ピトレスシン、デスマプレシンにてコントロールし、術後28日目には抗利尿剤未使用で尿量は1500ml前後と安定した。その後徐々にADLを拡大し、術後6週間目で左動眼神経麻痺残存の状態にて自宅へ退院となった。

III. 看護援助の展開

入院期間を次の4期に分類する。

① 術前看護

第1期：緊急入院からICU入室まで

第2期：ICU入室から手術までの鎮静期間

② 術後看護

第3期：手術直後から、失語症、尿崩症の出現を経て症状安定まで

第4期：症状安定から退院まで

*本研究では入院期間中の第1期、第3期について、1) 目標 2) 問題点 3) 看護援助の実際について報告する。

1. 術前看護：第1期（緊急入院からICU入室まで）

1) 目標

- ① 動脈瘤の破裂を防止する。
- ② 身体的苦痛を軽減し、精神的に安定した状態で手術に臨めるよう援助する。

2) 問題点

- ① 入院直後から脳血管造影があり、検査に対する不安が強い。
- ② 脳神経症状が強く、身体的苦痛が大きい。

3) 術前看護援助の実際

動脈瘤破裂予防については、脳神経症状の観察を密にし、トイレ歩行以外は安静を保ち、精神的にも安定した状態を保つよう心がけた。

◎問題点①について

患者、家族等が不安を表現しやすいような人間関係を作るため、訪問時などに声掛けをするように心がけた。脳血管造影については医師からの説明後に、気分不快時にはすぐ知らせること、撮影中は安静を保つこと、検査後12時間は臥床安静であることなどを説明し、不安を抱かせないようにした。身体準備の剃毛、更衣、血管確保などは説明をしながら行った。血圧は入院直後から最高血圧170 mmHg前後と高く、アダラート5 mgの舌下内服にて目標最高血圧110～130 mmHgを保っていた。

◎問題点②について

意識は清明で、左眼瞼下垂、左顔面知覚鈍麻、左眼痛、頭頸部痛は持続していた。左眼瞼下垂により遠近感と視野に対する違和感が強く、事故防止のため、手摺を使用し、介助にてトイレ歩行のみ行っていた。食事は、粥、刻み食に変更、右健側で咀嚼をするように指導し、摂取量の増加をみた。痛みは1日3回の鎮痛剤の内服により軽減した。排便は緩下剤を使用していたが、排便コントロールはできていなかった。

入院3日後にベッドより転落した。転落後数分間は呼名に回答がなかった。その45分後、便意があり、看護婦の介助によりトイレ歩行し、5分後トイレ内で意識消失のところを発見された。CT上出血を認めICU入室となった。

2. 術後看護：第3期（手術直後から失語症、尿崩症の出現を経て症状安定まで
—失語症、尿崩症の出現後、ICU入室期を中心に—）

1) 目標

- ① 異常の早期発見に努め、全身状態の安定化を図る。

2) 問題点

- ① 左大脳半球の血流低下による失語症が出現している。
- ② 内頸動脈閉塞により、視床下部の血流低下による尿崩症が出現している。
- ③ ベッド上での生活を強いられている。

3) 術後看護援助の実際

◎問題点①について

脳血流量を保持するため、目標最高血圧150~180 mmHgとし、昇圧療法、循環血液量の保持、ステロイド大量療法を行った。尿崩症による循環血液量低下のための血圧低下、血圧の過上昇による高血圧性脳内出血には注意した。体位は約10度の頭部挙上の臥床安静とし、左側頭部にある創部を圧迫するような体位は禁止した。

◎問題点②について

1時間尿量、尿比重、補液量、経口量などから1時間毎の水分出納を確認し、水分バランスは1日±500mlを目標とした。水溶性ピトレスインの使用は、医師の指示により、尿比重1.006以下、時間尿量250ml以上を目標にした。使用量は2~6 Uを皮下注射し、持続点滴注入も並行して行った。尿比重はステロイド使用のため、尿糖の排出があり、上記の限りではなかった。脱水と水中毒を念頭に血中Na, K, Cl 浸透圧を中心に検査値を把握し、患者から口渇等の訴えは少なかったため、皮膚、粘膜の観察は頻回に行った。

◎問題点③について

保清は手術翌日から全身清拭、陰部洗浄を行い、この際血圧モニターに注意し、患者の反応を確認しながら行った。食事は術後7日目から開始した。家族に介助してもらうなどしたが食欲不振であり、尿崩症にもかかわらず、口渇の訴えはなく、高カロリー輸液もおこなわれた。

IV. 評価及び考察

術前看護では動脈瘤破裂予防が最大の目標となる。本症例では、破裂の経過をたどったが、破裂原因は排便コントロールの失敗も一因であると考えられる。破裂は発症後6日目、この間の食事摂取量は少なく繊維分の少ない食事内容で、安静も強いられ、加えて肥満もあり、脱水もあったと思われる。緊急入院した場合、局所症状ばかりに目を向けず、全身観察の重要性を学んだ症例である。

血圧管理は、術前は脳動脈瘤破裂予防のため血圧が高くならないように注意し、本症例のように、血管吻合術の術後は、脳血流量保持のため血圧を高め保つ必要がある。同一症例でも、術前術後は相反する血圧管理となり、術後いかに早く脳血流量低下の前駆症状を捕らえるかは、観察によるところが大きい。

尿崩症については、患者自ら訴えることが少ない場合もあるので、全身状態を十分観察し、下垂体腫瘍の術後の尿崩症同様、総合的に判断することが重要である。

V. おわりに

内頸動脈瘤の術前に動脈瘤破裂をきたし、内頸動脈瘤トラッピング術、血管吻合術を施行後、術後合併症として、失語症と尿崩症の出現した症例の術前術後の看護を報告した。看護の基本の安全、観察について見直す機会を得、その重要性について思いを新たにしたい。

〈引用文献〉

- (1) 太田富雄, 他: 脳神経外科学, 改定3版, 金芳堂, 1983, P331~352.
- (2) 松井千世子, 他: 脳血行再建術を受けた患者の術前・術後の看護, プレインナーシング, 5 (12): 52~56, 1986.

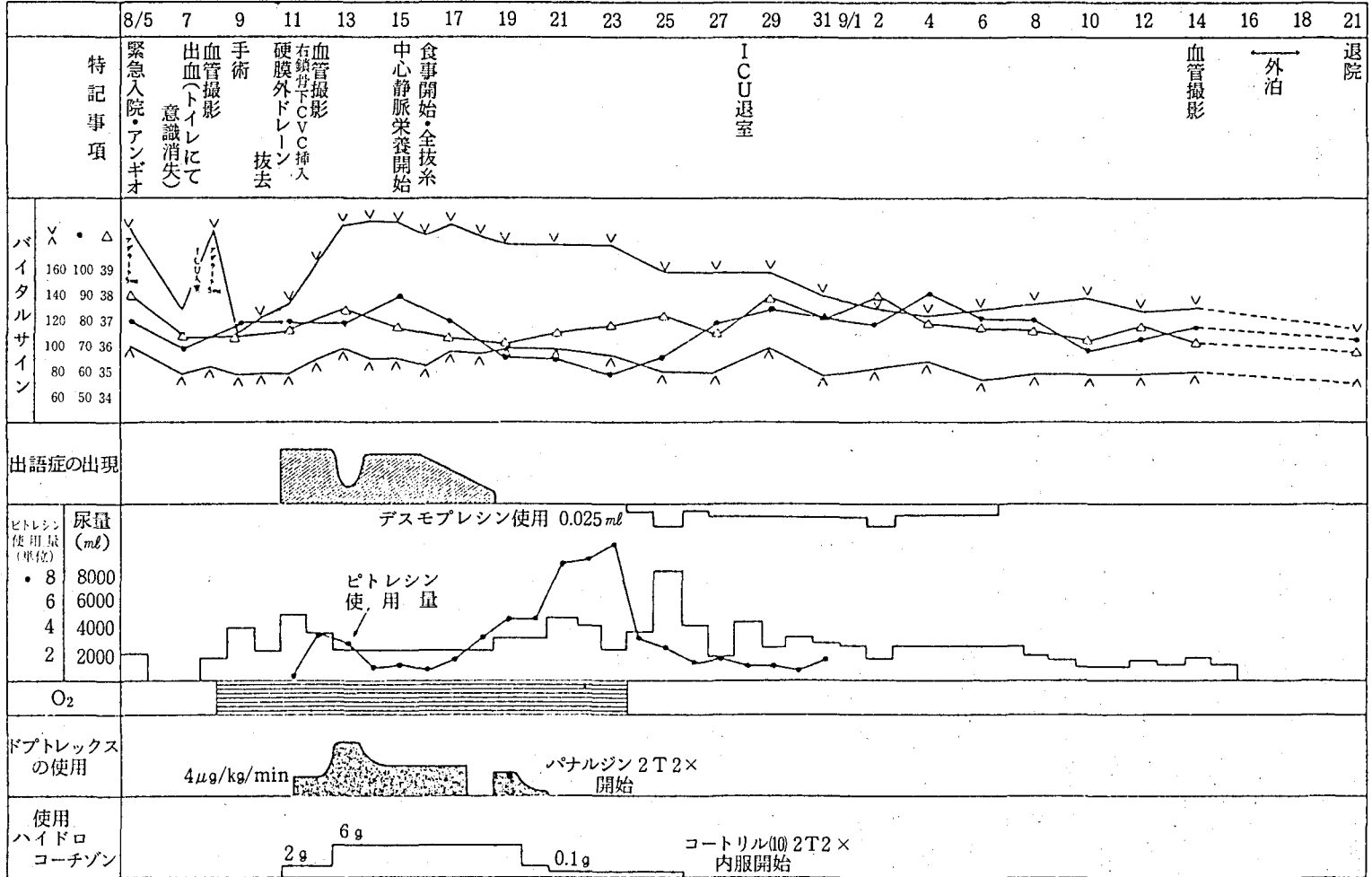


図1 入院中の経過表