

狭心症患者の看護の再検討

南7階：発表者 矢野 礼子・上条 薫・笹井 三枝
他南7階病棟一同

I はじめに

近年、我が国では人口の高齢化及び生活の欧米化に伴い循環器疾患患者の増加をみている。当科でも、昭和62年の1年間で185名、昭和63年1月から7月までに、140名の患者の入院があった。入院の目的は、心臓カテーテルを含む諸検査と治療方針の決定、生活指導が主である。

従来より心筋梗塞の看護や看護基準については多くの文献で取り上げられているが、今回当科入院の循環器疾患患者の中で最も多くを占め、心筋梗塞への移行の危険性のある“狭心症患者の看護、に焦点をあてた。

狭心症患者のよりよい看護援助を行なうため昨年度から使用している退院時サマリーの分析を行ない“狭心症看護基準”を作成に取り組んだのでここに報告する。

II 目的

- ① 循環器疾患患者の実態を把握する
- ② 狭心症患者が自己管理できるように援助していくため看護基準を作成する

III 期間

昭和63年3月～7月

IV 方法

- A 入院した循環器疾患患者の実態把握
- B 狭心症患者の退院時サマリーの分析

V 結果及び評価

資料1を参照して下さい。

VI 考察

循環器疾患患者の実態調査により明らかに狭心症患者が増加傾向にあり、40代から60・70代と幅広い年齢層にわたっていることがわかった。

狭心症患者の退院時サマリーの分析では、個々の問題点をふまえた、実践的な指導がなされていないことがわかった。

服薬については、患者の状態・生活に合わせて医師と相談し時間を変更する、諸検査後内服薬の決った患者には薬の管理ができるよう入院中より指導していくことが大事である。

食事については、入院時塩分・カロリー制限の数値を書いた用紙をオーバーテーブルの上に張り、さらに間食しないよう説明している。また日々患者とのコミュニケーションの中で必要と思われる

ことは指導し、食生活についての理解を深めてもらっている。

退院前には患者と家族が栄養指導を受けているが、どこまで理解できているかを看護婦側で把握しきれていないのが現状である。

生活については、男性では肉体労働の範囲、仕事外での付き合いの程度、女性では雑布がけ、布団の上げ下ろしなどの家事についてトレッドミルの結果をふまえた、退院後の具体的な指導がなかった。

従来ある心筋梗塞のリハビリテーションでは、適切な指導ができない為、医師と狭心症患者のリハビリテーションについて話し合いをもち、狭心症患者のリハビリテーションプログラムを作成した。

狭心症患者は、働き盛りに多く社会的、家庭的に中心的な立場にある。そのため自己管理のできる生活パターンを身につけ、退院後発作を起こさないことが重要である。

また、入院時より個人的背景を把握し、自己管理を目標とした看護援助の必要性を感じた。

以上のことにより退院時サマリーの分析の結果をもとに“狭心症看護基準”を作成した。(狭心症看護基準については、後の資料2を御覧ください)

Ⅶ おわりに

今回、退院時サマリーを振り返り、看護基準を作成したが、看護基準作成した後、症例数が少なく評価には至っていない。今後も看護基準を活用しながらよりよい看護ができるよう努力していきたい。

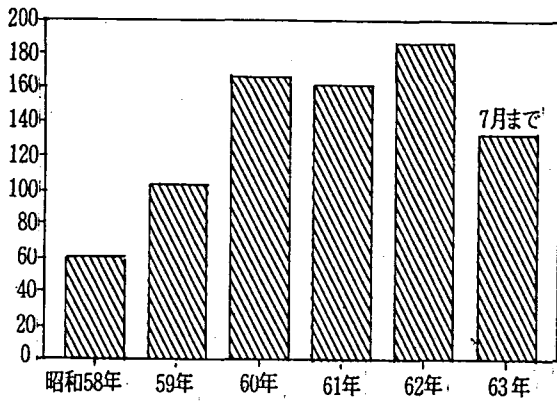
Ⅷ 謝 辞

この研究を発表するにあたり、御協力下さいました方々に感謝いたします。

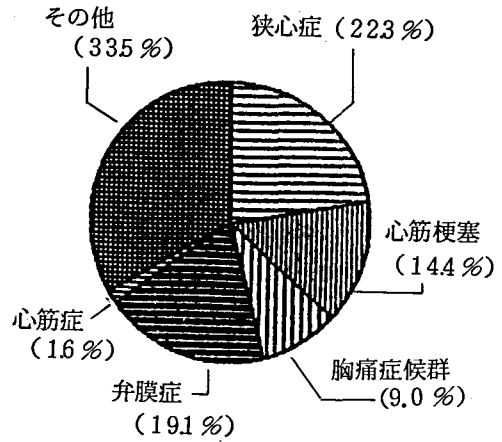
参考文献

- 1) 正津 晃他：図説臨床看護シリーズ1，成人内科①，学研，第8版，1985，P 106～111.
- 2) 和田 攻：臨床看護マニュアル，第2版，医学書院，1983，P 359～362.
- 3) 日野原重明：ナースングマニュアル，第3巻，学研，1988，P 21～28，P 173～191.
- 4) 木全 心一：狭心症・心筋梗塞のリハビリテーション，初版，南江堂，1984，P 15～30，P 49～75，P 161～171.

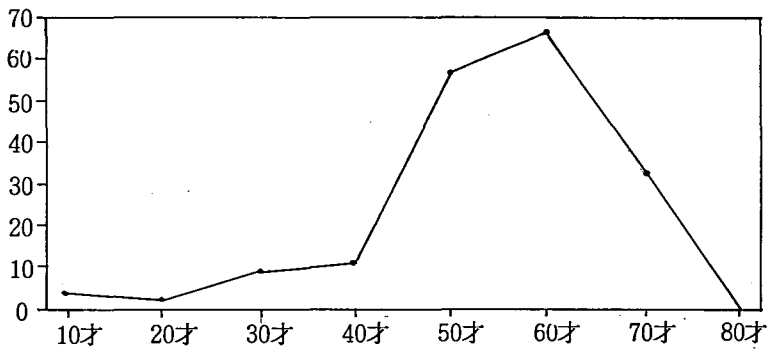
資料-1



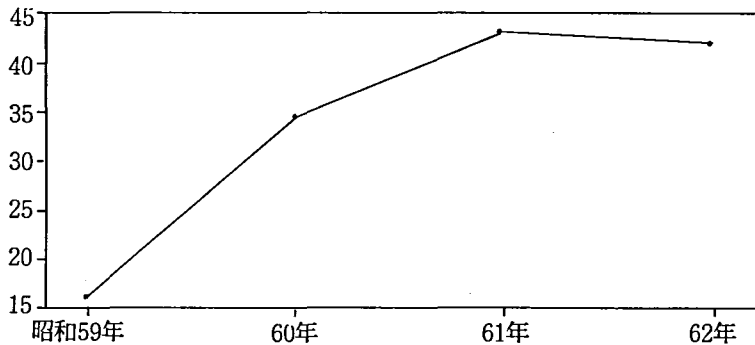
(図1) 入院患者数の推移
総数817名



(図2) 三内循環器患者動態
昭和62年



(図3) 昭和62年循環器入院患者
年齢分布



(図4) 三内循環器患者動態
狭心症

[狭心症]

<狭心症とは>……………一過性の心筋虚血により胸部症状をきたす状態

分類

A 狭心症の誘因

1. 労作性狭心症

冠動脈に器質的狭撃があり，労作により心臓が多くの酸素を用いる時に狭心症が生じる。
多くは労作を中止すれば すぐとまる。

2. 安静狭心症

労作に関係なし

①異型狭心症

冠状動脈のスパズム

- 1) 安静時 夜～明け方に多い
- 2) STの上昇
- 3) 労作には起こらない
- 4) NTGに著効
- 5) 不整脈 AVブロック → VT → VF

B 狭心症の経過

1. 安定狭心症

労作によって狭心症を生じるが 心筋梗塞にすぐなりそうもない

2. 不安定狭心症

心筋梗塞になりやすい（3週間以内に発作が生じたもの 入院1週間以内に発作があり）

①新規発症型

狭心症のなりたての時期，あるいは半年以上狭心症を起こさなかったが，再び狭心症が始まった時期。労作狭心症でも安静狭心症でも起こる。

②増悪型狭心症

狭心症の発作の回数が増し，発作が強くなり，長くなり冷汗などを伴い わずかな労作でも発作を起こすようになる

<狭心症患者の看護>

看護目標

心筋梗塞に移行しないように 患者のもつ問題点を把握して，退院に向けて治療がすすめられるなかで，患者自身・家族が病気を理解し，生涯にわたり病気をそれ以上悪化させないための自己管理ができるように指導・援助していく。

I. 入院時のデータ収集

◆主訴及び症状について

①どんな痛みか（患者が表現する言葉どおりに記録する）

例：胸が痛む・締め付けられる・押される・もやもやする・むかむかする・チクチクする・
背中が痛い・食道がやける・のどがつまるなど種類がある

②痛みの程度 最大の痛みを“10,, とすれば現在の痛みは？

部位・痛みの持続時間, 出現時の対処方法は（NTG 舌下の有無）

③発作はどんな時に起きるか（安静時・仕事中など）

◆既往歴について

とくに 心臓病と関係のある高血圧・糖尿病・高脂血症など

◆日常生活について

①一日の過ごし方・生活リズム：起床時から就寝まで

②食事：食習慣（時間・回数・食事に要する時間） 好き嫌い, 外食の頻度やその内容, 味付けの好み（塩分などの取り方） アルコール・コーヒーの摂取量

③喫煙習慣：いつごろから, 1日何本か

④排せつ習慣：便秘の有無（下剤を常用しているか）

トイレは和式・洋式

⑤休息・睡眠：休息の取り方, 睡眠時間

◆個人背景について

①職業：仕事の内容（肉体労働・事務仕事・管理職・自営業・専業主婦など）具体的に

②家族構成：家庭内における患者の役割など

◆内服薬について

①NTGは常に身につけておく。持っていない場合は処方してもらう。

②今までの内服薬を医師に確認し, 継続または中止の指示を受ける

II 発作時の看護

①発作（おかしいなどおもったら）が起きたら迷わず, 夜間でもナースコールを押すように説明する。

②胸痛の軽減（入院後の最初の発作に対してはEKGの確認をとる目的で, NTGを使用しない）この点については患者に十分説明し, 協力を得る。

③胸痛症状の観察とバイタルサインのチェック

痛みの時にどんな波形がでるのかモニターと合わせて観察

④主治医または当直医に報告

⑤EKGをとる準備をする

⑥12誘導EKG電極がついている患者はモニターと接続し, スイッチを入れる

⑦NTG 舌下前後の胸痛の変化を聞く

8/10 → 3/10 → 0

⑧不安の軽減に努める

⑨安静・保温に努める

⑩看護記録に記載する（EKG変化の有無）

Ⅲ EKG モニター装着について

- 入院時，狭心症発作が頻回に起こっている人
- 夜間に発作が起こる人
- 意識消失発作が入院前にあった人

①装着時，電極をはる位置にマジックでX印を付けて置き，電極の場所が変わらないようにする。電極の位置を変えた時は記録に残す

②波形が出ない場合

患者の所について確認

電極がしっかりついているか，電池がきれていないか，OFFになっていないか，コードがしっかり差し込んであるかなど，十分注意する

*不整脈がでたら，記録 → Dr. Call → バイタルサイン・症状の観察 → 医師の指示を受ける

Ⅳ 検査について

第3内科の看護手順に準じる。

Ⅴ 安静・清潔について

安静は，心臓の負担を軽くし，心筋の酸素消費量を軽減するという目的で重要な事であるが，患者にとっては苦痛になる。医師の指示のもとに患者に説明する。（不安定狭心症のリハビリテーション表を参照）

Ⅵ 内服薬について

①薬の効果と時間薬（血中濃度を一定に保つため）の必要性を説明する

②内服薬の確認

患者の状態（意識レベルなど）に応じ，また特に夜間は飲み込むまで確認

③諸検査が終わり 薬物療法の決まった患者には自己管理ができるように指導していく

[不安定狭心症のリハビリテーション]

	労作度・負荷試験	洗面・排便・清拭	食 事	娛 楽
ステージ 1 A (床上安静期) (点滴施行中のみ)	自力坐位不可 寝返り可 ベッドブロック可	介助で床上排泄 全面介助清拭 口ゆすぎのみ (これらの動作前に NTG 舌下) *	ベッドブロックとオーバーテーブル 全がゆ(カロリー制限 800 キロ) (食前に NTG 舌下)	音楽のカセット
ステージ 1 B (床上安静期)	(自力坐位15分負荷) ** 自力坐位可	ベッドサイドで排泄(立位可) (カモード使用) 一部自力清拭・自力洗面可 (但し動作前 NTG 舌下の有無注意)	常食(1200 キロ) (食前の NTG 舌下の有無)	ラジオ・TV 可
ステージ 2 A (離床期)	(100 m 歩行負荷合格) 検査のみ車椅子 病棟内フリー (1日3回は 100 ml をすすめる)	トイレ・洗面歩行可 自力清拭可 洗髪介助	本来の入院食	新聞・雑誌・小説可
ステージ 2 B (離床期)	(階段負荷合格) 病院内フリー	入浴のみ禁止	本来の入院食	制限は特にない
ステージ 2 C (離床期)	(入浴負荷合格) 病院内フリー	入浴可(洗髪)	本来の入院食	制限はない
ステージ 3 (社会復帰)	トレッドミル検査	制限なし	本来の入院食	制限はない

* NTG 舌下: ステージ 1 の段階では, 種々の動作時の NTG 舌下に関して, 明確に規定する必要がある。

** 負荷試験: 12誘導を施行前後でチェック。発作出現すればその時点で負荷を中止し, 血圧・脈拍をチェックするとともに, 心電図変化消失まで経過を追う。

<注> 不安定狭心症の一般的な治療指針

1. 入室時の安静度ステージの決定

臨床症状より, 15分以上の胸痛があった群(重症胸痛群)と, 入院3日前に毎日3回以上胸痛のあった群(高頻度胸痛群)の2群を特に分別する。

これらの2群を念頭におき,

A. 入室時の心電図が, 正常なもの

ステージ 2 A より始め, 発作時の心電図変化をとらえることを, 最大の目標とする。

B. 入室時の心電図に, ST 低下, または, OMI を認めるもの

B-1: 重症胸痛群と高頻度胸痛群は, ステージ 1 に準じる。

B-2: その他のものは, ステージ 2 A + 労作時 NTG 舌下扱いとする。

2. ステージ進行基準

心電図変化を伴う胸痛発作が, 72時間ない状態が続けば, 次のステージの負荷試験を施行する。

→ 負荷試験で陽性なら, CAG を早期に施行

→ 72時間以内に発作が出現すれば, 1つステージを下げるか, 即 CAG を施行。

各種労作の運動強度表

METs	リハビリ労作	運動負荷試験	日常労作および家事等	職業労作など	レクリエーションなど
1～2	臥床安静 坐位, 立位 ゆっくりとした歩行 (1～2 km/h)	注意 「トレッドミル：センタープロトコール 自転車エルゴメーター： 体重60kgの人で」	食事, 洗面 編み物, 裁縫 自転車の運転 乗り物に座って乗る	事務仕事 手先の仕事	ラジオ, テレビ 読書 トランプ, 囲碁, 将棋
2～3	ややゆっくりした歩行 (3 km/h) 自転車 (8 km/h)	ステージ0 (2.2)	乗り物に立って乗る 調理, 小物の洗濯 床拭き (モップで)	守衛, 管理人 楽器の演奏	ボーリング 盆裁の手入れ
3～4	普通の歩行 (4 km/h) 自転車 (10 km/h)	マスターテスト ¹ / ₂ 25W (3.6)	シャワー 荷物を背負って歩く (10kg) 炊事一般, 洗濯, アイロン ふとんを敷く 窓拭き, 床拭き (膝をついて)	機械の組立て 溶接作業 トラックの運転 タクシーの運転	ラジオ体操 バトミントン (非競技) 釣り ゴルフ (バッグを持たずに)
4～5	やや速めの歩行 (5 km/h) 自転車 (13 km/h) 柔軟体操	ステージ1 (4.3) 50W (4.7)	荷物を抱えて歩く (10kg) 軽い大工仕事, 軽い草むしり 床拭き (立て膝で) (夫婦生活), (入浴)	ペンキ工	園芸 卓球, テニス (ダブルス) バトミントン (シングルス) キャッチボール
5～6	速めの歩行 (6 km/h) 自転車 (16 km/h)	マスターテストS ステージ2 (5.7) 75W (6.0)	荷物を片手にさげて歩く (10kg) 階段昇降 庭掘り, シャベル使い (軽い土)	大工 農作業	アイススケート 溪流釣り
6～7	ゆっくりしたジョギング (4～5 km/h) 自転車 (17.5 m/h)	マスターテストD ステージ3 (7.0) 100W (7.3)	まき割り シャベルで掘る 雪かき, 水汲み		テニス (シングルス)
7～8	ジョギング (8 km/h) 自転車 (19 km/h)	ステージ4 (8.3) 125W (8.7)			水泳, エアロビクスダンス 登山, スキー
8～	ジョギング (10 km/h) 自転車 (22 km/h)	ステージ5 (10.2) 150W (10.0)	階段を連続して昇る (10階)		なわとび 各種スポーツ競技

注：METs とは、安静坐位を1として、その何倍の酸素消費量に当るかを示します。

[退院に向けての援助]

(日常生活における注意事項及び発作予防心得)

◆仕事・運動

発作がコントロールされた後は運動負荷テスト、トレッドミル検査をおこなったうえで運動容量が決められる。その範囲での運動を行なうことは、心負荷となる体重増加やストレスの予防ならびに解消につながる。(各種労作の運動強度表を参照)

* 看護婦は治療方針を十分理解したうえで、異常の発現や状態を観察しながら援助していく。

◆内服

亜硝酸剤：発作が起きた時に冠状動脈を広げて、発作を止める

薬品名 NTG・ニトロール・フレンドールなど

* NTGは必ず携帯させる

β 遮断剤：運動により心臓が働き過ぎ、酸素をあまり使いすぎないようにする

薬品名 インデラル・アプロバル・カルビスケンなど

Ca拮抗剤：冠れん縮の予防

薬品名 アダラート・ヘルベッサー・ワソランなど

説明を十分し、理解してもらう

確実に飲むこと 自己判断で止めない

(過去に経歴のある患者にはよく説明する)

◆入浴

- ①入浴はぬるめのお湯に短めに入る
- ②入浴時は脱衣場・ふろ場が暖まったら入る
- ③洗髪後、必ずドライヤーで乾燥させる
- ④湯冷めをしないようにする

◆食事

標準体重を理解してもらう

[概算値は(身長-100)×0.9でえられる]

20%以上オーバーが病的肥満とされる

* 栄養指導の必要な患者には、指導を受けてもらい、退院までに不足していることを補う

◆排便

怒責を避ける(あれば洋式トイレを使用)

◆便通を整える

- ①牛乳を飲む
- ②繊維の多い野菜を食べる(芋・キャベツ・ごぼう etc)
- ③腹部マッサージ
- ④便秘時、緩下剤の使用(医師と相談)

◆睡眠・休息

- ①充分とるようにする

- ②規則正しいゆったりとした生活を送る
- ③くよくよと考え込まないようにし、ストレスのない生活を心がける
- ④散歩・趣味などで気分転換を図る

◆温度差

- ①急に寒い風に当たらない 暖かい服装をする
- ②急に冷たい物を飲んだり，食べたりしない

◆嗜好品

①たばこ

禁煙の必要性（ニコチンにより血圧の上昇，脈拍増加を引き起こし，心臓に負担をかけた動脈硬化を促進させてしまう）を理解してもらう

②アルコール

カロリーが多くなり肥満の原因になるのでひかえる

③コーヒー・紅茶

カフェインが心臓の働きを増大させるのでひかえる

* 合併症のある患者は それに対する指導を行なう

- 退院前（2～3日前）に退院時サマリーにもとづいて ポイントが理解されているかチェックし，残された問題点について医師にも相談し，解決していく

食事	カロリー・塩分制限の有無，料理をつくる人と共に栄養指導を受け理解できたか
運動	仕事はするのか（いつ どんな内容） 入浴
内服	種類 量 時間はわかっているか 発作時の対処の仕方
方針	PTCA 内服フォロー
生活	家族の協力が得られるか 不安 疑問点はないか