

慢性呼吸器疾患患者の急性増悪回復期の看護

—— 体力、気力の低下している患者の自立への

援助を振り返って ——

北7階病棟 発表者 山下松美

由上恵子 小林由香里

I はじめに

慢性呼吸器疾患患者は、気道感染の反復により、急性増悪を起こしやすい。このような患者は長期療養により、肺の予備力が低下しているため、回復には長期間を要する。高齢者の場合、その傾向は著しい。

今回私達は、高齢の上、慢性呼吸器疾患患者で急性増悪により人工呼吸器装着、その後十二指腸穿孔を併発し、緊急手術を受けた患者の看護を体験した。この患者は急性期脱出後も呼吸困難が続きADL拡大が思うように進まなかった。そこで、この患者の回復期で、一応の自立が見通せる時期までの看護を振り返ってみた。

II 事例紹介

患者：S氏 69歳 男性

病名：肺気腫、慢性気管支炎、気管支拡張症、肺性心

家族：妻は10年前に死亡し、入院前は離婚した長女と孫2人の4人暮らし。入院後1～2週間に1回位長男の嫁が洗濯物を取りに見えていた。急性増悪後、1週間程付き添ったが、その後は2～3日に1回長男と長女が交互にみえるようになった。しかし、患者と会話がもてないため、しばらく傍にいて帰っていった。

人柄：元会社員。自己主張の強い人。同室者の事を心配し、コールをしてくるような世話好きな人

アプローチまでの経過：

S45年頃より咳嗽、喀痰出現し、S55年12月呼吸困難、咳嗽強くなり某院入院。在室での酸素療法がうまくいかず、7年間入退院を繰り返していた。S61年の始め頃までは歩行していた。6月感染が悪化し当院へ転院となる。入院時には、わずかな体動でも呼吸困難が強くなるため動こうとせず、一日中ほとんど起坐位で過ごしており、身の回りの事も食事摂取、歯みがき程度しかできなかった。当初よりADL拡大を目標にして、在室酸素療法による自室療養を目ざした。上下肢の筋力アップの訓練など計画し、シャワー浴、車椅子による散歩ができるようになり、ベット周囲のみの短い距離の歩行ができるようになった。しかし、体調に波があるため、一進一退であった。12月下旬、再感染を起こし、呼吸困難の訴えが多くなって、再びベット上の生活となった。同時に食欲低下、尿失禁がみられるようになり、1月25日CO₂ナルコーススとなり、挿管、人工呼吸器装着となり、2月4日ストレスによる十二指腸穿孔をおこし、緊急手術後ICU入室となった。1週間のICU入室後人工呼吸器装着のまま病棟に戻ってくる。

Ⅲ 看護の実際

Ⅰ期の看護

ADLが急性増悪をおこす以前の状態にまで拡大できると考え援助を展開した時期。

- (1) 期間：2月10日～4月30日
- (2) アプローチを開始した時点の患者の状態
人工呼吸器を装着していたが、呼吸困難の訴えが多く夜間は不眠で人工呼吸器を外してしまったりする。Sチューブ、ベンローズドレーンなどを抜去してしまうこともあった。IVH、尿留置カテーテルが挿入され、便失禁があるため紙おむつを使用していた。痰は粘稠で頻回に吸引を行っていた。
- (3) 問題点：排痰がうまくいかないため呼吸困難があり、ADL拡大ができない。
- (4) 目標：有効な排痰ができるようになる。筋力をつけるため体力アップをはかり、ベッド上の生活動作が一つ一つできるようになる。

★援助経過は表1に示す。

Ⅱ期の看護

S氏の状態にあわせてADLを一つ一つ拡大していった時期。

- (1) 期間：5月1日～6月30日
- (2) アプローチを開始した時点の患者の状態
カヌラでO₂ 2ℓ吸入している。排痰は口からも時々おこなえたが、吸引することが多かった。食事摂取量少なく、IVHは挿入されたまま。体動は多くなってきたが、仰臥位でいる事が多く、調子のいい日と悪い日が数日毎交互にあった。レティーナ・スピーチバルブが装着されていたが自分から話す事はほとんどなく、動作で要求を表していた。
- (3) 問題点：体力、気力が十分でなく、ADL拡大が進まない。
- (4) 目標：自分で排痰をする。食事を自分で食べる。尿留置カテーテルを抜去する。坐位の時間を増やす。

★援助経過は表2に示す。

★5月下旬にDr、OT、PT、CWとおこなったりハビリのカンファレンスについて

- (1) カンファレンス目標
それぞれの立場から意見を出し合い短期目標を決める。
- (2) 内容：Drより、S氏の病状説明。
PTより、以前は補助呼吸・胸郭の柔軟性維持の他動的運動を中心に援助していたが、現在は腹式呼吸、坐位によるポジショニングをすすめている。
OTより、将棋を通してコミュニケーションをとっている。最近具合の悪そうな時でも声をかけてみると、やる事が多い。
Nsより、なかなか口から痰を咯出さないため吸引する事が多い。
- (3) 結果：口から排痰できるように補助呼吸など取入れて援助する。予備力を増やせるか、もう少し負荷をかけてみる。将棋などを勧めてみる事により生活に活気ができるように援助する。

以上のように違った立場に立つ者同士が同一の視点でS氏を見る事ができ、有意義なカンファレ

ンスになった。

<表1> 第1期 援助 経過

月 日	呼 吸	酸素条件	食 事	患 者 の 言 動
2月 10日	人工呼吸器 装着	FiO ₂ 0.5 アストラップ PH: 7.461 PaCO ₂ : 53.0 PaO ₂ : 83.9 BE: 11.3	IVH 1200 cal 流動食開始 胃底護食 1 度に変更	<ul style="list-style-type: none"> ・ Sチューブ, 留置カテーテル, IVHを抜こうとしたり人工呼吸器を外そうとしたりする。必要性説明しても同じような動作が続く。 ・ コミュニケーションは筆談で行う。単語を並べるだけ。
下 旬	IMVによる 離脱開始	FiO ₂ 0.4 アストラップ PH: 7.421 PaCO ₂ : 61.2 PaO ₂ : 80.5 BE: 11.6		<ul style="list-style-type: none"> ・ 「機械とあわない」というコールが頻回にある。
3月 上旬	人工呼吸器 の離脱完了	インスピロン 38% アストラップ PH: 7.431 PaCO ₂ : 43.0 PaO ₂ : 92.3 BE: 3.6	IVH 1200 cal 胃底護食 2 度に変更	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間不眠の訴え多く, 「苦しい所からすぐに抜け出したいので注射をして欲しい。」と安定剤などの薬の希望が多い。 <p>「孫がかわいくて死ねないね。」と言ったり, 「今まで一生懸命やったからもういい。」と言う発語もある。</p>
4月 上旬	レティーナ スピーチバル ブに変更	O ₂ カヌラ 2ℓ アストラップ PH: 7.412 PaCO ₂ : 43.5 PaO ₂ 77.7 BE: 2.6	IVH 1600 cal 全粥きざみ 食に変更	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個室から大部屋に移り, 電動ベットに変える。 ・ 「苦しいから一回でいい。頼む引いてくれ。」と吸引を希望する事が多い。

排 痰 法	A D L の 拡 大		
	食 事	排 泄	運 動
<p><状態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸困難が改善されないため不安が強い。 ・痰が粘調で吸引しにくい。 ・体動が少ないので痰が貯留しやすい。 <p><援助></p> <ul style="list-style-type: none"> ・2時間毎の体位変換。 ・タッピング、リラクセーション。 ・気管内洗浄。 <p><結果></p> <ul style="list-style-type: none"> ・体位変換、タッピングは呼吸困難が増強するからと行えないことが多かった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベットアップすると起坐位になり自分で食べる。2～3口食べると疲れてしまいその後は介助して食べるよう勧める。 	<p><排便></p> <ul style="list-style-type: none"> ・便意はあるが排便があっても訴えない。紙おむつを使用。 <p><排尿></p> <ul style="list-style-type: none"> ・留置カテーテルを使用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・仰臥位を好み側臥位をとれない。 ・足浴を行うと自力では膝が立たない。 ・ペンは持てるが力が入らず手が震える。
<p><状態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・痰が粘調なため、無理に咳嗽を誘発させ吸引している。 <p><援助></p> <ul style="list-style-type: none"> ・水分摂取量を知るためチェック表を作成。 ・清拭を行いながら肺理学療法をする。 (1) 肺音の聴取。 (2) アシスト・タッピング。 (3) リラクセーション。 (4) 吸引—— 催咳法を利用する。 <p><結果></p> <ul style="list-style-type: none"> ・清拭を組み合わせた事により毎日行えた。 ・腹圧がかけられるようになり、吸引しやすくなった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取量変わらず。 	<p><排便></p> <ul style="list-style-type: none"> ・留置カテーテル抜去に向けて、尿意開放始める。尿意わかるが、本人がいやがる。 <p><排便></p> <ul style="list-style-type: none"> ・便意訴えるようになり便器を挿入するが、咳嗽時便が出てしまったり、便意を訴えない事もあったので、紙おむつの使用をやめられなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・調子の良い時は、自力で側臥位がとれる。 ・歯ぶらしを持って歯みがきができる。 ・床頭台の水飲みが取れる。 ・便器挿入時、でん部を自分で上げる事ができる。
<p><状態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・気管切開口閉鎖目的で、口内から痰を出すように話す、気管切開口から吸引する事が多い。 <p><援助></p> <ul style="list-style-type: none"> ・腹圧をかけやすくするため起坐位をとる。 ・ネブライザー使用。 ・催咳法の利用。 ・腹式呼吸の練習。 <p><結果></p> <ul style="list-style-type: none"> ・口からの排痰には、体力を消耗するため吸引する事が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分からベットを上げ、入れ歯を入れ食事を食べるが、食事は変わらない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・留置カテーテル抜去するが頻尿で失禁もあるため、S氏の希望もあり再挿入する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・起坐位を取る時間が増える。 ・PTによる上下肢の筋力アップの運動を開始する。

<表2> 第2期 援助経過

月 日	呼 吸	酸素条件	食 事	患者の言動
5月 上旬 中旬	レティーナ・スピーチバルブ	O ₂ カヌラ 2ℓ アストラップ PH: 7.461 PCO ₂ : 37.2 PO ₂ : 69.0 BE: 2.6	IVH 1600 cal 全粥きざみ食 IVH抜去	<ul style="list-style-type: none"> ・同室者が話しかけても閉眼したまま答えないが、散歩の時は目を開け、あたりを見回す。 ・ティッシュが床に沢山置いていて「○○回も自分で喀出したから1回でいいから吸引してくれ。」と吸引を希望する。 ・主治医が「6月上旬に気管切開口を閉じる予定。」と話す。 ・同室者の気分が悪い様子を見てコールしてくる。
6月 上旬	レティーナ・スピーチバルブ抜去	O ₂ カヌラ 2ℓ アストラップ PH: 7.440 PCO ₂ : 35.9 PO ₂ : 88.6 BE: 0.5		<ul style="list-style-type: none"> ・車椅子に移ると「今日は1内の外来へ行きたい。」「売店へ行きたい。」と希望する。 ・散歩中知りあいに会うと「元気か!」と声かけをするようになる。

IV 評価・考察

この患者の回復期を2期に分けて検討する。

1期: 「またコールがなっている。いま吸引したばかりなのに。」この時期S氏からのコールは頻回であった。私達はS氏の苦しいという訴えをそのまま受けとめる事ができず、意志表示もはっきりつかめない事から、S氏に接する事がストレスになってイライラしながら対応し、どのように援助していったらよいのかわからなかった。まず、S氏とかかわりを持つと、排痰の援助に

排 痰 法	A D L の 拡 大		
	食 事	排 泄	運 動
<p><状態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・気管切開口からの吸引が多く、口内からの咯出は数回のみ。 <p><援助></p> <ul style="list-style-type: none"> ・1日の口内からの痰咯出と吸引の回数を表にして、S氏の励みとする。 ・1時間毎5分間のネブライザーを行う。 ・起坐位で腹式呼吸の練習。 <p><結果></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中は口内から咯出していたが、夕方になると咯出できなくなり、吸引を頻回に行っていた。 ・1日に4～5回の吸引に減少。有効な咳ができ、痰が口の方まで上がってくる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で起坐になり摂取しようとするが「おなかですいていない」と数口しか食べない。 ・IVH抜去後1週間位すると、食事が1/4から2/3に増える。 	<p><排尿></p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿留置カテーテルを抜去。頻尿で介助が間に合わず、もらす事が多かったためウロシースを使用したり尿器をあてっ放しにしたため、陰部がただれてしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全介助で車椅子に移り1週間に1回は散歩する。 ・起坐になる時間を増やし、気分転換をはかるため、OTによる将棋を勧める。 ・胸背部の筋力をつける目的で毎日車椅子に移る。 ・ストレッチャーでシャワー浴を行う。
<p><状態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・痰が粘調で、口から咯出するのに時間がかかる。 <p><援助></p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲水をすすめる。 ・ネブライザー使用。 ・タッピング・リラクセーション。 ・咯出できない場合は口から吸引する。 <p><結果></p> <ul style="list-style-type: none"> ・口内からの吸引は2～3月すると希望しなくなり、自分で咯出できる。 ・咯出できない時は自分から起坐になり、ネブライザーを使ったり、飲水をしたりして痰を出そうと努力する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヨーグルト、プリンなどの間食をするようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・尿意があったらコールするように話しベットサイドに尿器を用意すると、自分で尿器を使用したり介助したりで失禁みられず。 ・自分で尿器が使用できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・支えがなくても起坐位になる。 ・立位になった時、支えれば介助なしで車椅子に移る。 ・散歩時間が30分に伸びる。

取り組んだ。清拭に催咳法を組み入れた事から、S氏に援助が受け入れられ、排痰がうまくいくようになった。また、この事はS氏が体を動かすきっかけとなり、動く事への不安の軽減にも効果があった。しかし、いま振り返ってみると、私達の中でS氏の状態について正しく受けとめられていなかった事がわかる。

(1) S氏の状態を血液ガス値で判断していた。

血液ガスの値は、PaO₂ 80～90mmHg・PaCO₂ 30～40mmHgであった。呼吸困難の原因は痰

貯留によるもので、ADL拡大が進まないのはS氏にやる気がないからだと思っていた。

しかし、血液ガスの値は安静時のものであった。経皮的酸素分圧測定では安静時90%であるものが、上肢を挙上しただけで80%になる。つまりPaO₂では90mmHg代より50～60mmHg代に低下していたのにもかかわらず、この事に注意がはられていなかった。

S氏のような患者では血液ガスの直は、一応の目安にしかならない。

- (2) 一般の回復期の患者と同じようにとらえていた。人工呼吸器から思ったより早く離脱する事ができたので、順調に経過していると考えた。しかし、離脱の時期に呼吸困難の訴えが増えていくことに気がつかず、離脱がS氏にとってとても大変であった事を見落してしまい、ADLも順調に拡大していけるとしてしまった。

2期：1期では自立への援助を手探りで行っていたが、自立を勧める時には何から取り組んでいけばよいのかが問題である。S氏がペニスの痛みを訴えた事から、尿留置カテーテルが抜去となり、数日後には感染が疑われて、IVHも抜去となった。体力が少しずつ回復してきていた時期でもあり、少しずつ食事の摂取量が増えていた。S氏にとっては自分で食べるという事が気力をつくり、行動するということにつながっていった。そこで、(1)他の事にも目を向けられるようになっていき、「将棋をしよう。」「散歩をしよう。」と、自分から言い出すようになった。(2)体力がついて支えがなくても座っていられるようになり、車椅子での散歩時間も増え、筋力アップにつながった。この様な状態も、毎日見ていると一進一退で、どこまでS氏ができるのか予想がつかなかった。また、感染を起こしADLが後退してしまう事もあった。しかし、1月という単位で見ると、徐々にADLが拡大しているのがわかった。

以上のような援助過程およびその結果から、このような患者が急性増悪から回復するにはどのような援助が必要であったかを考えてみた。

- (1) 患者像（病像・人間像・生活像）の把握

このためには、1)患者の訴えをよく聴く。2)訴えを客観的に判断する。3)判断のためにいろいろな情報をあらゆる人達から集める。などが必要となってくる。しかし、それが適切に行われていない場合には、看護婦と患者の間のズレとなってあらわれる。援助がうまくいかない、患者との間にズレがあると気がついた時には、再び1)、2)、3)と行い、患者像の修正を行う。ADLの拡大は1月位の大きな単位でどう変わっているかを見直しをする。

- (2) 何かをすれば苦しい、しかし動かないでいると筋力が低下しもっと苦しくなる。そのジレンマをどう乗り切るか。一般的には、個々にそなわった回復力により、時間の経過とともに状態もある程度回復してくる。その回復の状態をみながら、患者に適切な課題をひとつひとつ課していく事が必要である。このためには、医療チーム間で情報を交換し、チームが一体となって援助にあたる事が望ましい。筋力の低下を防ぐためには、毎日少しずつでもリハビリを行っていく事が大切である。この事が筋力の酸素消費量を減らし、呼吸困難を軽減させ、寝たきりの状態から抜け出すきっかけとなる。また、何かをするという事が不安の軽減にも役立つように思う。

- (3) 患者のそばにいて世話をしてくれ、心の支えとなり、看護婦への仲介役をつとめてくれる人が必要である。このような場合、家族の誰かがその役割を担う事が多い。しかし、S氏の場合、家庭の事情、これまでの状況から、家族にその役割を担ってくれる人がいなかった。私達は接

する機会を増やし、その役割を務めようと努力してみたが、S氏にずっと付き添っているわけにはいかず、その役割を果すところまでいかなかった。

V 終わりに

高齢化社会にともない、慢性呼吸器疾患患者の数は増加してくると思われる。事例ごとに難しさが違い、今回の援助方法が必ずしも次の事例にもあてはまるとは限らない。しかし、事例にぶつかるたびに何かを引き出し、次の事例に役立てるという事を繰り返して、看護を高めていきたい。

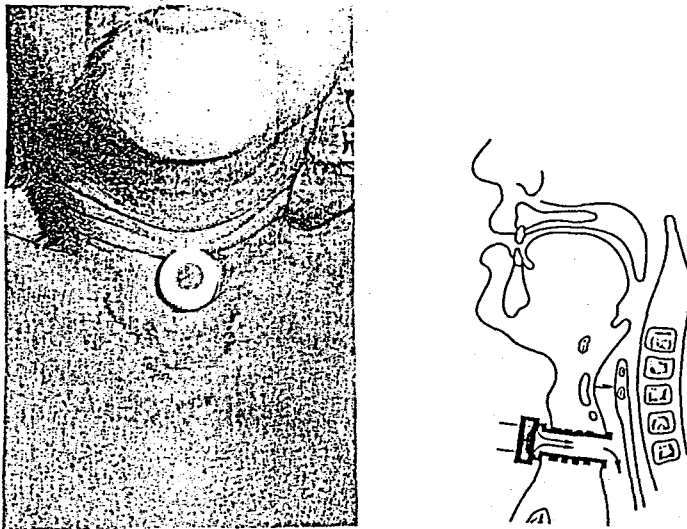
参考文献

- 1) 吉 利和：呼吸管理ハンドブック，メジカルフレンド社，第2版，小倉一春，1987，P 172
- 2) 山本美津子他：肺気腫症患者の看護，臨床看護，10(11)：1553～1560，1984
- 3) 天羽敬祐他：呼吸管理の技術と臨床，チーム医療，第1版，梅本和比己，1982，P 5
- 4) 新藤妙子他：肺気腫による慢性呼吸不全患者の看護，10(11)：1584～1592，1984
- 5) 川島みどり他：看護計画—立案過程と実践・評価，看護の科学者第1版

図1

- 1) レティナー・スピーチバルブ〔参考文献 2)より引用〕

先端の一方弁を通じて吸気は可能だが，呼気は不可能で，呼気は上気道を通じて行われる。



- 2) 経皮的酸素分圧測定

指先に機械をはめ、皮膚を一定温度に加湿し、皮下の毛細血管を拡張させ、その部位における血液中の酸素が皮下組織、皮膚を通して拡散してきたものを、皮膚表面でセンサーを用いて計測し、その値から動脈血中酸素分圧を類推する方法で、皮膚の状態などによって影響を受ける。