

社会復帰をめざした脳血栓患者の看護を通して

南7階病棟 発表者 塩原泰代

丸山ひさみ・渡辺敬子・下条美芳・有賀通孔
滝沢信子・滝沢多美子・田中幸子・一志静香
土橋玲子・田中泰子・上條光子・安田敦子
唐木田裕子

研究期間 S53年12月14日からS54年3月26日

はじめに

近年医学のめざましい進歩にもかかわらず脳血管障害の患者があとをたない。そんな中で発作後の管理やリハビリテーションの問題に関心が集まってきている。当科においても発作からリハビリテーションへと社会復帰に向けて加療を受ける患者が年々増加してきている。そこで今回は一人の脳血管障害の患者に接し、発作後の管理と社会復帰へ向けての援助を通して問題点を再検討してみる事にした。

病態生理

原因…動脈硬化、又はアテローム変性が主な基礎的疾患、梅毒性閉鎖性動脈炎、その他まれに急性伝染病、悪液質、産褥中毒、外傷が原因となる。

症状…一般に高令、既往に一過性脳虚血発作が先行する事があり、安静時（睡眠中）に発症する事が多い。意識障害は軽度で徐々に出現、時に長期に及ぶ。高血圧は必ずしも伴わない。外貌は、顔面蒼白、脈拍頻数、体温下降、血糖上昇、白血球増加などないが、片麻痺、その他単麻痺、失語症、半盲症がしばしばある。遺伝あり。心拡張、心肥大、大動脈硬化多く、尿蛋白しばしばあり、眼底では網膜動脈硬化あり。小発作頻回前駆し、項部強直はない。髄液清澄、精神症状しばしば著明、(せん妄、興奮、痴呆など)

患者紹介 栢〇 つ〇よ氏 54才 女性

S52年4月1日項より右首筋がはり、疼痛があった。4月5日、右眼複視出現し、頭重感、嘔気あり
4月6日、家人に右眼球運動のない事を指摘される。左上肢の重い感じもあり。4月9日、当科受診し入院すすめられ、4月12日入院となる。入院中、右一椎骨動脈造影、腰椎穿刺などの諸検査施行し内服治療後5月8日退院する。その後外来にて通院治療していたが、家にいて家事をしたり、買物にも自分で行っていた。S53年12月13日入浴後嘔気出現したが嘔吐はなかった。左手の脱力感出現、左下肢にも脱力感あったが朝まで入眠できた。12月14日、歩行入院し、即、腰椎穿刺、CTスキャン施行する。

入院時所見…身長 150センチ 体重 63.5キロ 体温 36.1度 脈拍 72 血圧118-72

家族構成…夫と本人の二人暮らし。長男は東京にて下宿暮らし、長女は東京へ嫁いでいる。

性格は明るく、きちょう面で努力家。

趣味は盆栽。

栢〇 つ〇よ氏経過

S53 12 14 | 歩行入院。

12 15 | 8:30嘔気嘔吐あり、午後より1時間チェック。バックカテ挿入。(尿意あるも排泄

- なし。)
- 12 16 呼吸不規則で浅表性となり，呼吸数10/min。個室へ転室し，挿管，血管確保（ベニユーラ針にて）施行。右顔面，左半身麻痺あり。11：45呼吸困難のため，パナバックで補助呼吸開始。12：15レスピレーター装着。バイタルサイン1時間チェック。
- 12 17 エアーマット挿入。意識はあり，筆談可能。
- 12 18 呼吸抑制改善されず，気管切開施行。
- 12 20 2時間チェック（バイタルサイン，吸引，体位交換，カフ交換，輸液量，尿量，瞳孔不同有無，レスピレーター）
- 12 22 鼻腔ゾンデ14号挿入し，流動食開始。その後，血圧変動時期あり。血液ガス分析施行し，レスピレーターの管理にあたる。
- S54 1 1 「家に帰りたい。」など興奮状態時々出現するも，家族の励ましにて闘病意欲回復する。
- 1 4 患者がかなりレスピレーター管理に関与し始め，家族もレスピレーターの調節に加わる。
- 1 6 内服薬（アスピリン）により出血傾向出現。
- 1 7 バイタルサイン1時間チェック。
- 1 8 バイタルサイン2時間チェック。
- 1 17 バイタルサイン3時間チェック。リハビリテーション開始。ベット上で自己他動運動をし，付添いに他動運動指導。
- 1 22 バックカテ抜去するも自尿あり。
- 1 26 経口摂取（プリン3口）。
- 2 15 レスピレーター除去。
- 2 22 鼻腔ゾンデ抜去。経口流動開始。
- 2 25 3分粥，軟菜刻み食となる。
- 2 28 1日3検となる。
- 3 7 チルトテーブル開始。
- 3 10 マット上訓練開始。
- 3 12 平行棒訓練開始。
- 3 18 ベットサイドに立ち車イスでトイレに行く。
- 3 26 1本杖歩行訓練開始。

1 発作直後の看護

目標……発作状態のチェックと回復に向けての援助。

問題点	計画	実施
1. 脳血栓発作直後である。	1.バイタルサイン 30分毎にチェック	1.状態急変しやすく，30分毎にバイタルサインチェックする。特に呼吸，意識レベル，瞳孔不同，麻痺の程度に注意し，チェックリストを使用した。
2. 脳幹部障害により呼吸抑制がくる。	2.呼吸管理	2.パナバックでも呼吸抑制の改善みられず気管切開施行し，レスピレーター装着したため，状態観察を1時間毎に行った。（流量計による酸素供給量，蒸留水の有無 ネブライザー，カフ交換，換気量，自発呼吸，深呼吸

3. 排泄障害。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自然排便を促す。 2. バックカテ留置。 3. 感染予防。 	<p>との関係)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 努責を防ぎ、緩下剤と薬できないため、定期的に温湿布、マッサージ、排便を施行した。 2. 補液との関係を見て尿量、性状、比重、の時間チェックを施行した。 3. バックカテを週一回交換した。 膀胱を毎日施行した。 便失禁時のオムツ交換に伴う陰部清拭を施行した。
4. 嘔気嘔吐がある。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 吸引。 2. 口腔内清拭。 3. 口内炎、耳下腺炎予防。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ヒビテン液、吸引用チューブを毎日交換し、清潔操作の中で頻回吸引を、気管、口腔ともに行った。
5. 栄養、水分摂取不可。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 補液。 静脈炎予防。 2. 鼻腔ゾンデ挿入。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ベニユーラ針挿入部の清潔操作と三方活栓部のガーゼ交換を施行し補液量のチェックを行った。 麻痺側で点滴施行時感覚がないため、局部観察を行った。昇圧剤、呼吸促進剤、利尿剤、強心剤、安定剤、抗生剤などによる状態観察。 2. 嘔気、排便、与薬の管理、観察と家族指導。
6. 麻痺がある。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 褥創予防。 2. 尖足予防。 3. 肺炎予防。 4. 角膜保護。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. エアーマットやフローテーションパットを使用し羽根枕による2時間毎の体位交換を施行した。 2. 尖足予防用の箱を使用し良肢位の保持をはかった。 3. 体位交換時にドレナージをして肺を聴診した。 4. 麻痺側の眼球にガーゼをあて、テラマイ点眼薬などで保護した。
7. 心身の絶対安静が必要である。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 闘病意欲を持たせる。 2. 精神的慰安のため家族に付き添ってもらう。 3. 家族指導。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 文字板や書字の使用などで、精神的苦痛の緩和をはかった。 チェック時、機械的でなく意識がはっきりしているので、声をかけ患者の反応をみて常に励ました。 2. 家族に24時間付き添ってもらった。 3. ④ 状態に変化がみられた場合について。 ⊕ レスピレーターについて一応説明する。 ⊖ 吸引の方法。 ⊖ 流動食の注入について。 ⊕ 体位交換の必要性について。
8. ベッド上の生活を長時間必要とされる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 環境整備（換気、すきま風禁、照明、室温17～18℃） 2. 清拭。 3. 面会人の制限。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 兎眠があるため、全体に室内の照明を落とし、カーテンをひいた。 2. 毎日部分的に清拭を行った。 3. 興奮をさけるため、面会人を制限した。

評価・考察

患者、家族とも突然の発作のショックから看護処置に対して異常に敏感となり、看護者側の言う事はわかって、しばしばカフ交換時の声のもられ、喀痰の有無、レスピレーターと自発呼吸との関係、体位交換時の呼吸の乱れなどで興奮状態におちいった。さらに家族が患者を思うあまりに検査、処置あるいは、予後に対する不安から医療従事者との間のコミュニケーションがうまくとれず、家族の協力を得る事のむずかしさと、くり返し納得のいく説明の必要性を思い知らされた。

患者に対しては、器械の管理に常に注意を払うとともに、検査、処置に対する声がけと文字板、書字の使用で動揺と不安の緩和に努め、異常に際しても落ち着いた態度で接する様に努めた。

家族に対しては、その都度、理論だてた説明を行い意志統一をはかった。そして「必ず社会復帰ができるんだ。」という確信と励ましとで、患者家族とも勇気と希望を持って一層の協力を得る事ができた。

患者の努力はさることながら、家族の精神面での細部の心使いがあった事は患者にとっては心強い事であり、闘病意欲への励みとなった。

なお発作直後より良肢位を保持し褥創予防にあたった事はリハビリへの基本的第一歩であった。

2 一般状態の改善と社会復帰に向けての援助

目標……リハビリテーションプログラムにのせ訓練意欲を持たせる。

嚥下及び会話を含む日常生活動作を拡大する。

問題点	計画	実施
1. 一般状態の改善みられるため 2時間チェックの必要性が検討される。	1. 医師とのカンファレンスを持つ。	1. 急激にチェック回数を減らす事は精神的状態から考慮して良くないので、3検にするまでに10日間の3時間チェックを行ってみた。
2. 気管切開をしているが補助呼吸に抵抗を持つ様になる。	1. カニューレ部を湿潤させる。 2. 呼吸状態をみながら何時間かレスピレーターをはずして自発呼吸の維持に努める。 3. 深呼吸の練習をさせる。	1. 茶こしや湿潤させたガーゼをカニューレ部に置いた。 2. 血液ガス分析を頻回（1日3回）に行い結果をみて医師と器械除去の時間と時刻を検討し、6時より21時まで中止してみた。
3. バックカテを長期に挿入している事により排泄障害の改善がみられない。	1. 時間開放にて膀胱容量を増す。（2時間ごとより3時間ごとへ） 2. 尿意開放。 3. バックカテ抜去。	1. 時間開放3時間後、膀胱訓練開始し尿意を感じたら陰部を3回たたき事を決め、時間、時刻、量、性状のチェックを施行した。（1月20日） 2. 1月22日バックカテを抜去した。

<p>4. 鼻腔ゾンデ挿入により味覚の低下、咀嚼運動の減退がある。</p>	<p>1. 鼻腔ゾンデ挿入したままで番茶やプリンを摂取させてみる。 2. 経口流動から粥食</p>	<p>1. 唾液を飲ませてみたが可能だった。 2. 坐位にし吸引の用意をして誤飲に注意しながら、少量ずつお茶を摂取させ増量させていった。 3. 2月22日豆腐を¼摂取でき、お茶も150 ml飲め、本人の希望もあり鼻腔ゾンデを抜去してみた。経口流動300 mlと、薬をお茶のとき摂取したが誤飲はなかった。 4. 2月25日、3分粥軟菜刻み食にしたが、誤飲なくスムーズに摂取できた。</p>
<p>5. 麻痺があり後遺症として残る可能性がある。</p>	<p>1. 会話の練習をするため、カニューレを金属のものにし、栓をして発声させる。 2. 理学療法士の指示のもとでリハビリをすすめ麻痺の改善に努める。</p>	<p>3 / 1 金属カニューレ8号に交換し会話に努め、リハビリに行くときは吸引の準備を怠らなかった。 3 / 7 60° - 15' (チルトテーブル) 3 / 8 70° - 20' (") 3 / 9 80° - 30' (") 3 / 10 車イスにてリハビリに行きマット上訓練開始。 3 / 12 平行棒にて歩行練習開始。 3 / 26 1本杖歩行訓練開始。 病室でのリハビリ。 1. ボールにぎり。 2. パジャマのボタンかけ。 3. 浴衣の紐むすび。 4. 箸、スプーンを持ち、ハミガキは自分でする。 5. 車イスへの乗り降り。 6. ベットへの昇り降り。 7. 病棟での平行棒練習など。</p>

評価・考察

患者の社会復帰に向けての意欲は強く努力が実り、リハビリ開始によりスムーズに日常生活が営まれ歩行練習に到達できた。

膀胱訓練開始より2～3日でバックカテを除去できた事は幸運だった。抜去時間は個人により違ってくると思うが、もっと早期に膀胱訓練の開始を試みれば良かったと反省する。

鼻腔ゾンデの抜去は計画通り比較的スムーズにできたと思うが、ゾンデの交換日に抜去して経口摂取を試みる方法も良かったのではないかと。2ヶ月間で経口摂取が可能となったのは、患者の意欲とともに段階をふんだ看護が効果を上げ早期の自立に役立ったと考える。いずれも家族、患者の意欲と看護者の働きかけがうまく合流し、社会復帰の一段階として良い方向へ持っていったのではないと思う。

また会話練習をするために金属カニューレにした事は意志の疎通をいっそう進展させた上、患者のリハビリへの意欲を大きなものにした。筆談から会話への転換が可能となる事は看護者にも非常に大きな喜びとなった。

おわりに

突然の発作で死そのものに直面した時の人の気持ちは憶測の域を脱するものであろう。この症例を通して医療従事者の適切な判断、治療、看護の重要さもさることながら、家族の愛情に支えられた患者の精神力が社会復帰への大きな力となっている事をあらためて思い知らされた。日頃忘れられがちな家族の愛情や患者自身の生命力をもう一度ふりかえり、今後の看護に役立たせるよい機会を得られたと思う。

参考文献 脳卒中=その発病からリハビリテーションまで
 監修 相沢 豊三 日本メルク萬有株式会社
 国民衛生の動向 厚生統計協会
 看護技術 1979年5月号 メヂカルフレンド社
 看護研究の方法とまとめ方 医学書院 土屋健三郎著

第三内科における脳血管障害患者統計

