

脳神経疾患患者の観察と記録の改善について

南5階病棟 発表者 遠藤育子
鈴木奈美子・武内節子

発表順序

- 1 はじめに
- 2 研究経過
- 3 結果
- 4 おわりに

1 はじめに

当科は腹部外科、小児外科と共に脳神経外科も含み、患者の観察は特殊なものがあります。従来よりチェック用紙を使用してきましたが、判読、記載方法、実際の神経チェック方法に問題があるのではないかと疑問をもち新しいチェック用紙作製と看護婦間のチェック方法を統一しようと今回取り組んでみました。

2 研究経過（資料№1のⅡを参照）

- (1) 入院時オリエンテーション用紙作製（資料3を参照）
- (2) 入院時及び術前神経チェックの改善

初め「術前神経チェック用紙」を作製し、手術前日に受持医からの説明も含め記入してきましたが、脳外専用の用紙が多過ぎ煩雑に感じた為、この用紙はなくし、そのかわり看護日誌の一号用紙に必要な項目を付け加え、これを入院時の神経チェックとしました。そして手術前日には、資料№4の用紙には記入してありませんが、急性期神経チェック用紙の一番上の欄に術前の神経チェックを記入し、術後の状態と比較するようにしました。

- (3) 術前準備用紙の作製
- (4) 急性期神経チェック用紙の改善
- (5) 慢性期の観察記録の改善

急性期神経チェック用紙が不必要となった時、それを外すことを受持医から指示を受け、その時点での問題点を掲げ、看護日誌の二号用紙に列挙し、漸次看護日誌に記録することにしました。又、新たな問題点があがった時点では、普通の患者さんと同様に問題点一看護計画立案というように扱っています。

以上実施しました、(4)の急性期神経チェック用紙の改善を取り上げて発表したいと思います。
この用紙の改善を手がけた理由として（資料№1のⅢを参照）

問題点①

一見して、患者がどんな意識状態にいるか判読しにくい。

これの対策として、脳神経の分野で全国的に使われている339度の意識レベルを取り入れることにしました。その為、看護婦間にこの知識を浸透させる様、医師からの講義を受けました。

339度については資料№2を参照して下さい。簡単に説明しますと、どんな刺激に対しても全く反応を示さない「昏睡」の状態から「正常」までを数字で段階分けしたものです。300～100は刺激しても覚醒しない状態です。30～10は刺激すると覚醒するが、刺激をやめると眠り込む状態です。3～1は刺激しないでも覚醒していて見当識障害の程度によって段階分けしています。0は正常の状態です。左側の囲んだ文章は、医師に講義を受けた中の注意点です。

問題点②

患者の状態と処置を記載するスペースが狭く同一欄である為判読、記載しにくい。

これには資料№4の上下を比較してわかると思いますが、状態と処置を2つに分けスペースをとりました。その為血圧、脈拍などの欄から嘔吐までの欄の幅を狭め、瞳孔の欄では反射と大小を同一欄に記入する様にしました。又項目順序を少し整理しました。

問題点③

看護婦によってチェック、判断、対処に個人差があり、わからないまま終わってしまうことがありました。

これには前述した様に医師から講義を受け、看護婦間で討論し合い、意識状態判定の方法を統一することにしました。具体的には、以前では殆んど看護婦があやふやであった殊に見当識について勉強し、患者さんに質問する見当識の時・人・場所の三要素と、意識判定の注意点を説明してもらいました。また、以前から当科では術後医師から術野の図を看護日誌に図解していただき、説明を受けていました。引き続きこれを行い、術後予想される症状や注意点を必ず記入してもらうようにしました。そして神経チェックしながら、医師の判定した意識レベルと一致するよう、医師との情報交換を頻回に行い、情報もれを防ぐ為、看護日誌二号用紙のその他の欄に、医師の指示や情報を記入する様心がけました。看護婦間では上申の時、申し送る側の一方通行で終りがちであった従来の雰囲気をかえ、もっと互いに情報交換するよう話し合いました。

3 結果

- ① 339度方式を取り入れてみて、最初戸惑いがありました。患者を観てどのレベルに属するかすぐ判読しにくいとか、例えば、患者さんが覚醒している場合レベル<1～2>と判定されても夜熟睡している場合他覚的に覚 させても、寝ぼけた反応を示す為、レベル<10～20>となってしまう。そこでその通りに意識レベルの低下を示す<10～20>と記録すべきか否かを判断に迷うことがあります。その場合<10～20>と記録すると共に患者さんの状況を状態の欄に細かく記入し、後になって詳しくその状況を判読できるようにしました。記入回数を重ねるに従い、皆一見して数字を読み取る様になり、患者の状態変化を察知、理解できる様になった

と思います。

- ② 患者の状態と処置を別々の欄にした事は、見易くかつミスを少なくし特別な処置をした場合に於てもスペースに余裕があり、記録しやすくなりました。
- ③ 医師の講義を受け、それを看護婦間で伝達し合いその知識は次第に浸透されていったと思います。

患者さんからの情報はもちろん、医師からの情報をも多く受容し、看護婦間に伝達すべくそれを記入しておくことは、患者さんの安全と共に、看護婦のレベルアップの為にも重要だと思いました。

4 おわりに

頭部手術後の患者さんは、一旦正常に回復した様に思われても術後の浮腫や様々の原因から脳圧亢進症状が出現し、意識状態が悪化したり、痙攣を起すなど、状態急変が起こることがしばしばあります。その為に慢性期はもちろん、特に術後急性期に於ての詳細な観察、記録は大切であり、それを記録し易く読み易くする事は必要です。今回行なった試みはそれに一步近づいた様に思われますが、まだまだ検討改善の余地があると思います。又記録の上で看護日誌は最大限に利用していく価値があると言う事を改めて痛感しました。

この研究を通して私達看護婦は、患者さんの為に術後急激な変化を早急にとらえ、より効果的な治療を生かすべく努力を続けていきたいと思います。

最後に今回の研究にあたり、終始御指導下さった方々に感謝いたします。

参考文献は略させていただきます。