

第一外科

脳動脈 患者の看護のポイント

発表者 遠藤 みよし

第一外科 一同

発表順序

1. はじめに
2. 脳動脈瘤について
3. 看護のポイント
4. 考察

1. はじめに

脳の血管性障害は、我国死亡原因の第1位を占めている。その中でもクモ膜下出血によるものが約10%を占めており、クモ膜下出血の約70%が脳動脈瘤の破裂によるものと指摘されている。以前は脳動脈瘤は内科的治療に終始していたがここ2～3年の脳動脈瘤の外科的療法は著しく進歩した。当科においては、この1年間に2例と少ない症例であったが最近手術により好成績を得られた機会に脳動脈瘤患者の看護のポイントとなるものをまとめてみた。

2. 脳動脈瘤について

脳動脈瘤とは脳の血管の一部に瘤が出来たもので、何かのストレスで破裂出血しやすい。原因として ①先天性 ②梅毒 ③動脈硬化があり、症状が出現するのは動脈瘤破裂の場合で、①突発性の激しい頭痛 ②項部強直 ③嘔吐 ④意識消失 ⑤ 痺れを伴う。診断として①ルンバール ②脳血管写を必要とする。

<脳動脈瘤の手術について>

脳動脈瘤の初回出血量は比較的少ない事が多いが、2回目以後は大量出血で致命的となる。2回目出血は初回出血から1～2週間の血管れん縮をおこす時期におこりやすい。手術時期を再出血前の7～10日頃にするか出血がなければ2回目の出血時期をすぎた3週間以後の意識状態が最も良い時期にするかはむずかしいところであるができるだけ手術時期を遅らせることが手術成功率が良好のようである。そのために、初回発作から手術までの期間の加療及び看護が予後を左右する鍵となっている。根治手術には①クリッピング ②トラッピング ③ コーティングの技法があり開頭し顕微鏡下で行なわれる。

3. 看護のポイント

{手術前}

先にも述べたように初回発作のあった脳動脈瘤患者を手術適応の安全時期まで導くことは非常に大切な事であり、手術前の看護も大きなウエイトを占める。術前動脈瘤破裂を予防するために

治療としては ①止血剤の投与 ②血圧のコントロール ③ 鎮静剤の投与 ④下剤投与 ⑤絶対安静の処置がとられる。「動脈瘤破裂の危険をくいとめ手術にのぞませる」事を術前の看護目標とし脳動脈瘤患者に共通する問題点をあげてみた。

① 破裂の危険をいつも持っている

精神的安静のために部屋は個室とし面会人は制限し可能ならば付添人をつける。精神安定剤も1日3回服用させていたが長時間の会話，読書，ラジオ聴取など避けるように指導する。部屋は薄暗くして刺激を避ける方がよい。

身体的安静のため絶対安静とし全てベット上で行なうようにする。運動不足のため便秘となりやすいが排便時の努責は脳圧を亢進させ、危険である旨を話し緩下剤の投与，又は、かん腸をする。一般状態の4検ことに血圧上昇，脈拍の怒張に注意し患者の訴えを聞く。

② 病識がない

発症時激しい頭痛，意識消失があるが緩快期に向くと自覚症状が少ないため，体力を誇示しようとする。生来健康な人でも，突然襲ってくるため病識がない人が多い。医師からも危険な状態であることは説明されるが看護側でもよく指導し指示を守るようにしなければいけない。

③ 術前検査

術前の一般検査の他に脳血管写が行われる。検査時は刺激を最小限にとどめるよう努力する。検査のオリエンテーションをきちんとし患者の協力を得る。脳血管写は動脈瘤破裂をおこす可能性があり，患者の不安および身体的苦通も強い。

④ 手術に対する不安

頭の手術という事で患者はもとより家族の不安は強い，手術に対しての説明は医師が行なうが患者に必要以上に不安をおこさせないよう会話などにも注意する。

⑤ 術前オリエンテーション

手術の必要物品，排泄の練習，含嗽，深呼吸の練習，術後神経チェックの際頻回に質問するが協力して欲しい事など話しておく。

⑥ 剃毛

必ず頭髪の全剃毛をする。頭部の感染は非常に危険であり頭髪の全剃毛は技術を要するので，手術前日の夕方理髪の人に出張してもらっている。後熱いタオルで清拭しストックネットの帽子をかぶせている。初回出血があったと考えられる人に対しては寝たままで行ない体の振動をなるべく最小限にする。

⑦ その他

術前の患者の状態をチェック用紙に添い記載しておく。患者の背景や性格を知るため家族と面接する。病棟スタッフ全体で疾患についての知識を深めることも大切である。

{手術後}

脳外科の術後患者では急激に状態の変化する 경우가多く，15～30分以内に重篤な症状を呈することがあり症状発見が遅ければ生命の危険を生ずる。術後の看護目標に「異常の早期発見，

術後合併症の予防、不快症状の緩和に努め患者の回復を助成する」という事をあげ、以下のよう
にまとめてみた。

① 術後ベットサイド

術後ベットサイドの準備としてはギャッチベット、酸素テント、吸引器、血圧計、膿盆、点滴
スタンド、懐中電灯、体位交換時用の坐布団2枚を用意しておく。

② 異常の早期発見のために

神経チェックは入室時～2時間までは15～30分毎に、それ以後術後24時間は2時間毎の
チェック、術後2日目までは4時間毎、術後3日目より1日4検チェックするようにし、経過が
よければ5日目頃からチェック用紙ははずし看護日誌に記載している。術後状態が落ちつくまで
は夜中であって患者が眠っても必ず起こしてチェックしなければいけない。チェック用紙は当科
で作成したものを使用し項目について毎回チェックしている。

術直後は特に血圧の変化、脳浮腫、呼吸管理に充分注意する必要がある。

術後の偶発症としては ①再出血 ②血管れん縮 ③脳浮腫 ④ 瘻れんがある。再出血の原
因としてはクリップがはずれたためにおこる動脈瘤破裂と硬膜下(外)血腫によるものがあり前
者はクモ膜下出血と同様で激しい頭痛、頸部硬直の症状を呈し、後者は意識障害と麻痺を呈する
術後5日目くらいまでクリップがはずれなければほぼ安全と考えてよい。血管れん縮によっても
意識障害、頭痛、コルサコフ症候群をおこしやすい。術後脳浮腫の傾向は全体に見られる。

ステロイドやマンニトール、フルクトンM3の高張利尿液による脱水療法が行われるが点滴静
注の速度には充分注意が必要である。

その他術後2～3日におこりやすいものとして術後症候群がある。術後症候群とは ①精神症状
(記銘力障害) ②神経症状(運動麻痺、異常反射の出現等) ③視床下部下垂体障害(尿量の
異常)があげられる。又神経過敏な人に見られやすいものとして過呼吸症候群がある。自律神経
失調により興奮し過呼吸となり呼吸性のアルカローシスをおこしそのためテタニー様症状を呈す
る。

実際例として某患者は術後しばらく尿量が3ℓ以上でありしばらく尿量チェックをしたところ
術後5日目頃より落ちついてきた。同患者は術後2日目突然手足のしびれを訴えテタニー様瘻れ
んをおこし興奮状態となり顔面紅潮し過呼吸状態となる。深呼吸をさせて精神状態を落ちつかせ
ようとするも効果なくCO₂吸入を約10分間続けおさまる。その間15分位の記銘力障害ある
もその後は完全におさまっている。こういう場合ナイロンの袋で顔全体をおおいCO₂吸入をさ
せることが適切といえる。又術後3日目激しい頭痛を訴え出す。クリップがはずれたためではな
いかと心配し頭部X-Pをとるも異常なし。術後5日目頃まではクリップのはずれる危険性もあ
るといわれている。

③ 包帯交換

頭部の創感染は致命的ともなりかねない。包交時は厳重な無菌操作を必要とする。抜糸までの
術後1週間は滅菌手袋をして包交している。創部の当てガーゼは広いガーゼを多く使用しなると

く絆創膏の使用は禁じ、ガーゼの上を弾性包帯で固定している。抜糸以降は当てガーゼをストックネット又はスピード包帯で固定する。状態がよければ術後1日目より起坐させて包交している。洗髪は創感染がなければ術後2週間でなくてもよいが創傷部を強くこすったり皮を爪ではがすことは禁じるよう指導する必要がある。

④ 術後の体位

患者をベットに移す時やベット上でも急激に患部を動かすことをさける。麻酔覚せいまでは水平仰臥位とし麻酔覚せいしたらセミフアーラーの体位とし少なくとも2時間毎に体位交換する。手術当日は両側臥位にしている。術後1日目から包交時は坐位をとらせる。その後少しずつ坐位をとらせる時間を延ばし、術後3日目頃より食事は坐位でさせる。術後5日目室内歩行、術後6日目トイレ歩行と運動範囲を徐々に広げる。術後1週間位は頭痛の時は起坐および歩行は禁じ体位及び運動の進め方についてもその都度医師の許可を得て行なっている。意識レベルの良い患者は早期から自分で体位交換が出来る。しかし動脈瘤が破裂し意識状態が低下し半身麻痺の障害があり一般状態の悪い人は充分体位交換をしていたつもりであっても褥創をつくりやすい。

⑤ 術後の経口摂取について

術後1日目の朝より水分摂取がはじまり、夕食よりおまじり、徐々に食事をあげていく。空腹感はあるのだが手術のためと包帯の圧迫による開口困難があり思うように食事がとれなくイライラしがちであるが柔いものを時間をかけて摂取させる。術後3日目頃より開口障害もなくなる。運悪く動脈瘤が破裂し意識状態も悪く半身麻痺、嚥下障害、開口障害のある人に対しては胃ゾンデにて経管栄養をする事もある。

4. 考 察

脳動脈瘤患者に対して初回出血があったと考えられる者に対しては手術前は動静に対して非常に慎重を要する。初回出血から7~10日後に次回出血がおこりやすく次回出血では致命的となる。この7~10日の時期をのりこえ、しかも手術の安全時期ともいえる3週間以後まで瘤を破裂させないように持っていくことが患者の人生を二分する。それ故に術前看護の意味は大きい。反面ある神経症状が徐々に進行しそれが動脈瘤の圧迫のためにひきおこされたものと診断され、初回発作がなかった者に対してはその限りではない。

脳外科においては手術そのものの影響が判然とすることが多く術後看護において最も注意を要する時期は通常術後24~48時間であって術後意識を回復するような症例はさして困難な問題はない。そして脳動脈瘤患者の場合手術がうまくいけば発症前と同じ生活に戻ることができる。今回は手術成功に終わった人を中心にまとめてみたが脳神経外科学の進歩のかげに術前又は術中に瘤が破裂してしまい意識障害麻痺などをまねき植物人間となり余生を送らねばならぬ不幸な問題を忘れてはならない。このような不幸におちいらぬよう、きめ細かく心を配り正常人として社会復帰できるよう援助することが私共の努めでもある。

以上

参考文献・脳神経外科学の術前術後管理（医学書院）

看護学雑誌 73年5月号