

おります。それに加え高令で入院する患者がふえたため精神面での老人性痴呆等も併せてこれからのオリエンテーションを改善してゆきたいと思ひます。

3) 男女の差については女性は日常他力本願であることが大きい原因ではないかと思ひれます。以上各々について考察して参りましたが此の調査を行った時の患者からの要望の中に廊下に手すりがあったら。ベットがもっと低かったら。目が見えるようになってからもう一度場所の説明をしてほしい等と大変切実なる意見が出まして私達も大変参考になりました。

特に廊下に手すりという意見には以前より考へていたことですが高度の視力障害を伴ひしかも高令者にとって唯壁を伝へて歩くよりどれだけ支えになるかわかりません。又手すりに凹凸をつけて各部屋の号数診察室等を区別することも考へていますので是非取付けていただけるように病院側に再度お願いしてゆきたいと思ひます。

終りに日常忙しい病棟勤務に於て患者に何かを説明する場合、看護婦より患者への一方的な会話になってしまいがちでそれがどの位患者に理解されているか多くの場合把握されずにいます。特に老人に於ては返事はされて居ても理解されていない場合が多いのです。その意味からも今回の調査は有意義だったと思ひます。そして看護婦が行つてしまえば早くすむものでも患者自身のためにも根気良く教え励まし意欲を持たせなければなりません。これから此の様に一つ一つの看護行為の中で患者からの反応を直接確かめながらより良い看護を行つていきたいと思ひます。

麻酔科

くも膜下フェノール ブロック施行時に 於ける体位への考察

発表者 溝上みつ
麻酔科一同

発表順序

I、はじめに

II、導 入 くも膜下フェノール、ブロック(P、B)について

A、くも膜下P、Bとは

B、必要物品

C、体 位……………表2

D、合併症

E、適 応

F、本院の統計……………表3

III、体位への考察

- A. 念頭におくべき問題点
- B. 対策
- C. 確実、安楽な体位への工夫……………表 4
- D. 掃室に当って……………表 5

IV、ま と め

V、おわりに

VI、参 考 文 献

○表……………後掲

I、はじめに

麻酔科の業務内容には次のようなものがあげられます。

- イ、手術患者管理及麻酔
- ロ、回復室及 I. C. U. 管理
- ハ、救急蘇生
- ニ、検査及産科の麻酔
- ホ、難治な疼痛の除去

この中の「疼痛除去」の分野が近年脚光を浴び出し、いわゆるペイン・クリニック（疼痛外来）として独立部門を形作るまでとなりました。

我が国に於ては東京大学が昭和 38 年に全国に先がけて独立し、現在では各大学の重要部門となっております。当科に於ても本年 1 月ようやく外来の新設をみ、疼痛についての中央化された診療部門としての機能を発揮出来るようになりました。（以前は中央手術部で行っていた）

疼痛治療法としては種々ありますが、今回はその中、最も大がかりであり看護上も問題点の多い、くも膜下フェノール、ブロックについて取り上げ紹介を兼ねながら治療成否のかぎとなる体位の問題に焦点をあて研究してみました。

II、導 入 くも膜下 P. B. について

A. くも膜下 P. B. とは

1955 年に開発された、脊髄のくも膜下腔に高比重液であるフェノール、グリセリン（石炭酸をグリセリンに溶いたもの）を注入し、知覚神経を長期間破壊する方法であり悪性腫瘍等のきわめて難治な疼痛に主として用いられる。正しく規定量（1cc 以下）が注入された場合その効果は 3～6 ヶ月間（又は 6～9 ヶ月）持続する。

B. 必要物品

- ① 手術台(可動自由なもの)⊕付属品
- ② 麻酔器及吸引器
- ③ 血圧計
- ④ 輸液の用意
- ⑤ ブロック・トイレ
- ⑥ 薬 剤 フェノール、グリセリン各種(5%, 7%, 10%)

局所麻酔剤

消 毒 液

静脈、筋注麻酔剤

強心、昇圧剤、その他

- ⑦ 水平器及角度計
- ⑧ 物差及マジックインキ、ピオクタニン
- ⑨ リカバリーベッド

C. 体 位……………(表2参照)

- ① 疼痛側を下に45°の半側臥位とする。(ベッド操作)
これは脊髄の後根(知覚神経)にのみ薬液を作用させるため。
- ② 頭を高くし、ブロック部位を最低位として(130°内外)体を上下に折る。(ベッド操作)
- ③ 薬液注入後45分~1時間手術台上でこのままの体位保持。
- ④ 45分~1時間後、同体位のまゝリカバリーベッドへ移し入室する。
- ⑤ 病室で更に8時間位リカバリーベッドのまゝ同体位保持し以後仰臥位とする。(病室ベッドで)

D. 合 併 症

- ① 膀胱、直腸障碍
失禁状態よりも尿閉、便秘の場合が多く、腰仙髄の下位のブロックに多い。数週間で治る場合もある。
- ② 運動麻痺(四肢)
脊髄前根、脊髄自体がおかされた時起こり、頸髄、腰仙髄のブロックの問題となる。
- ③ 髄膜炎
- ④ 頭 痛

E. 適 応

- ① 疼痛が脊髄神経支配の範囲内であること。
- ② 疼痛範囲が限定していること。

- ③ 体位がとれること。
- ④ 最終的療法であること。
- ⑤ 本人の承諾が得られること。
- (⑥ 生存期間が短いこと)

F. 本院の統計……………(表3参照)

Ⅲ、体位への考察

A. 念頭におくべき問題点

先に述べた導入部から了解できるように、くも膜下P.B.に於ては何よりもまず体位が重要なポイントである。その良否は治療の成功、不成功を左右し更には重とくな合併症への別れ道ともなる。その結果として患者に対しては、あらゆる面からきわめて困難で過酷な体位が要求される。私達はこの点に注目し第一に患者の体位管理に全力投球しなければならない。そのためには先ず本対象患者をとり巻く問題点を次のように把握し適確な対策への基礎とする必要がある。

- ① 激痛に苦しんでいる。
- ② 長期臥床の患者が多い。
- ③ 悪性腫瘍末期の衰弱患者が多い。
- ④ 長時間同一体位をとらねばならない。
- ⑤ 一回の治療では済まない場合もある。

B. 対策

前記の問題点が確認されると次のような基本的対策へと結びつく。これらは、体動～施行～体位保持の全般につながるものである。

- ① 不安を除去し協力を得るため十分なオリエンテーションを行う。
- ② 観察を重視し一般状態、その他に常に気をくばる。
- ③ 疼痛部を常に念頭に置き必要以上の苦痛を与えない。
- ④ 十分に必要物品を用意し能率化をはかる。
- ⑤ 移動、体位変換に当っては十分な人数で静かに行う。
- ⑥ 患者自身体動可能の場合は本人の意志を尊重し無理じいしない。
- ⑦ 看護者は患者のそばを離れず、なるべく視野の中に居るようにする。
- ⑧ 騒音その他の刺激は最少にとどめる。
- ⑨ 保温に十分気をつける。(発汗等も)
- ⑩ 疼痛の訴え方には個人差のあることに注意する。

0. 確実、安楽な体位への工夫……………(表4参照)

狭くて硬い手術台の上で患側を下に一時間以上も特殊な体位を強制されることは、問題点の多い重症患者にとっては想像を絶する苦しみであろう。フェノール、グリセリン注入後完全に痛みの神経が遮断された場合、患者は一転して安楽となりスヤスヤ眠り出すのが本療法の特徴だと云われているが、過去の症例からみてもそのような場合は、むしろ少なく多くは必要時間前に限度に達し冷汗を流したりして苦痛を訴える。このような状態を、いくらかでも改善したいと考え自分達がモデルになって実験を重ね次のような工夫をみ出した。

① 角度の型紙

45°のもの120°～140°のものと各種型紙を作製し、側臥位及身体屈曲のベッド操作の際使用した。これにより角度計使用の場合より、はるかに確実かつ能率的に体位がとれるようになった。

② スポンジマット

厚さ6cmのスポンジをベッド大に切りカバーをかけマットとして用いた。これにより患側の圧迫痛(肩その他)が緩和され保温にも役立った。

③ ひも付枕(耳型くりぬき)

スポンジで厚さ12cmの高い枕を作り、耳の接触部分をくりぬき更にカバーに、ひもを付けベッドへ固定した。スポンジは当りも柔らかく更に側臥位による耳の疼痛が改善され枕の移動防止の目的も達成された。

④ 側板(胴支え)⊕スポンジ

硬い側板にスポンジを当てその上をストッキネットで覆った。ベッド横転の場合、患者の体重は殆んど二本の側板で支えられるため、その部分の苦痛も大きい。今までは覆を適当の厚さに折って当てていたが、これは硬い上に移動し易く更に術野の妨げとなり易い。側板自体にスポンジをかぶせたことにより、これらの諸点が改善された。

⑤ 巾広抑制帯

晒を三重にし必要な長さに切り両端に切り込みを入れて腹帯式の抑制帯を作った。これを膝下の固定に用いることにより身体に^く^い^込^むこともなく不安定な足の移動防止に役立った。

⑥ その他の用具

頭の固定、両足の重なった部分、腕の下等にスポンジをふんだんに活用し、更に踵へは円座を使用した。

⑦ マッサージ、指先の運動、深呼吸など

足、腕等は十分配慮しても尚圧迫により冷感、しびれ等をきたし易い。そこでフェノール

グリセリンの移動を招かない程度に静かにマッサージし、指先の運動を、又胸部圧迫感には、深呼吸をすすめた。これらの方法は心理的にも安心感を与えるのに役立った。

D. 帰室に当って

手術台上での時間が完了すると、ようやく帰室の段階となるが移動の際は勿論、その後も更に病室で運搬車のまま何時間か同体位保持等の入念な体位管理がされなければならない。そこで問題となるのは、ベット代りの運搬車への配慮及び十分な申し送りである。

① リカバリーベッドの活用

最初の頃は普通の運搬車を用い、病室より持参の毛布、枕等を数多く使いブロック体位を設定し抑制帰室させた。しかしこれは、きわめて不安定で安全確実、安楽安定という体位の基本条件を満たしにくく、最悪の場合は転落等の事態も招きかねない。そこで外来発足と同時に可動自由なリカバリーベッドへの、きり替えをはかった。その結果、病室から毛布等を持参する必要もなくなり、一方患者側は巾広でマットも厚いため寝心地も良く、更に抑制の苦痛と転落の不安から開放され病室管理上も、きわめて良好になったと思われる。

② 申し送り票の作製……………(表5参照)

帰室時、医師より看護婦に「このままで～時迄、後は仰臥位」等の指示が出され、それが書類もなく口頭で伝達された場合はコミュニケーションの誤りが生じ易く、ひいては治療の目的が達成出来ない。そこで、治療方法、経過、今後の対策等を記録として病室へ申し送る必要が生じて来る。その方法として最近までは白紙状態の罫紙を用い、必要事項を記入し渡していたが、これでは看護者による個人差が生じ又要点も洩れ易い。そこで申し送りに十分役立つことと、多忙な外来業務の間にも記載可能なことという観点から病室側の意見もミックスし別紙のような書類を作った。

IV、ま と め

以上、体位に関し各方面から考察を加えてみた。実験途上で最も注意したことは安楽ではあっても確実性に欠けるのでは、むしろ逆効果だということ、そこで自分達の一人よがりにならないよう医師にも協力を求め、その指示及助言を積極的に取り入れるようにした。ただ残念だったのは本研究に着手してから発表までの間、該当患者がなく実験のみに終わってしまったことである。しかし各工夫用具は、その他の患者に適用し一応良好な成果をあげている。尚ここでの記述は省いたが、その他実験で得られたものとして、快よいベッド操作の順序等があげられる。反面輸液時の苦痛等はかり知る事が出来ない。申し送り票に関しては同様に、他の二、三の症例に使用したが時間の関係からも、なかなか納得のゆく記載が出来ず、まだまだ今後検討の余地が残されている。

V、おわりに

くも膜下フェノール、ブロックという治療法が恐らく皆様大部分の方々にとって耳新しい言葉であり、かつ頻度も少ない点からすればテーマ選択の良否が云々されるかもしれませんが。けれども私達はこのテーマに取り組んでみて、自分達にとっても尙かつ未知であった分野の知識を深め得ることが出来、更には体位の実験による体験を通して患者の心理及肉体両面の苦痛を予想以上にキャッチすることが出来ました。

この結果、培われた看護の目は、ささやかな用具の工夫等と共に今後他の麻酔及手術の分野にも広く応用され得るものだと思います。

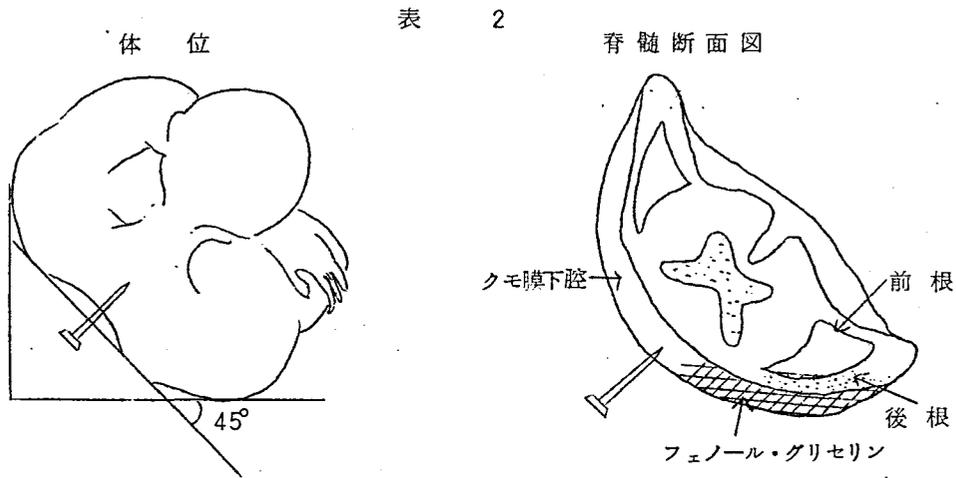


表 3

P. B. 統計

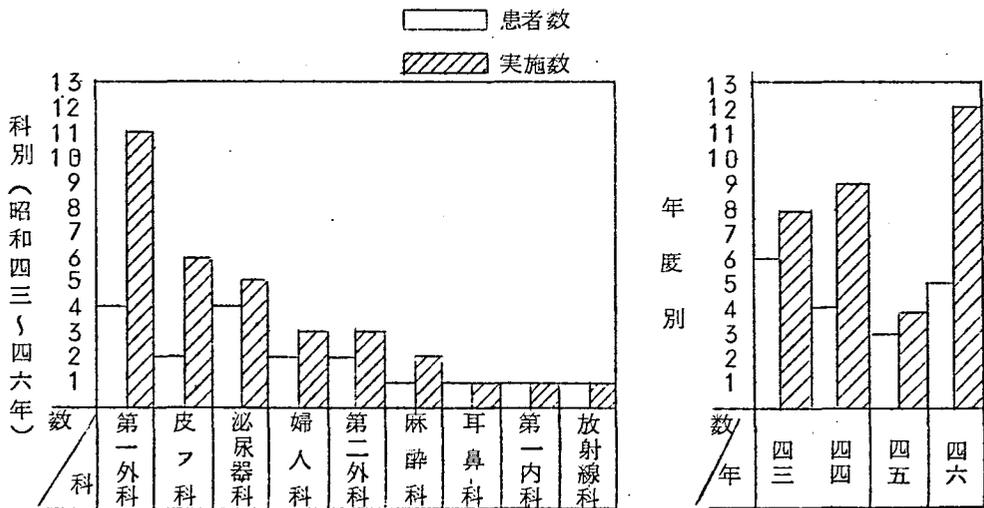


表 4

确实、安楽な体位への工夫

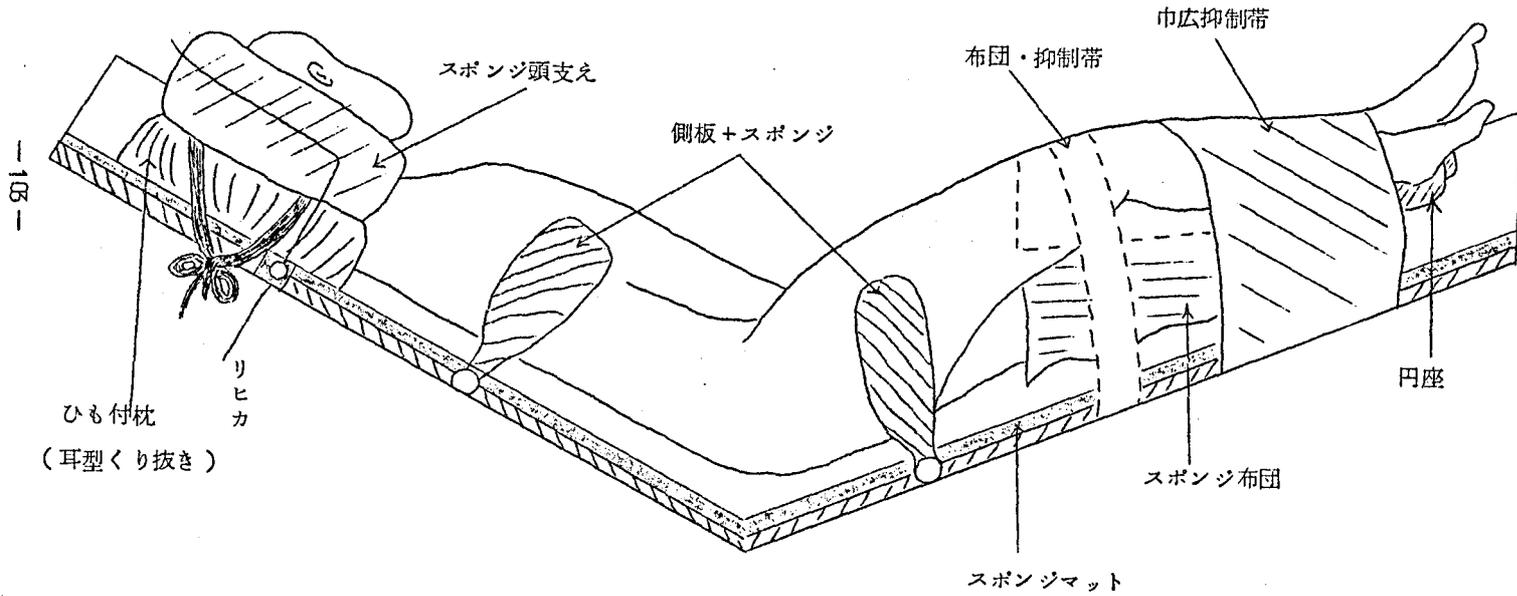


表 5

申 し 送 り 状

麻 酔 科

施行年月日		科	氏名	体位
疼痛部位			ブロック 方 法	
術 者			看護婦	
術 中 経 過				
時 刻	処 置		観 察 事 項	
申 し 送 り 事 項				
項 目	医師オーダー及看護内容			
薬剤の特性				
疼痛時				
体位及 運 動				
食 事				
排 尿				
排 便				
そ の 他				
注意事項				