

脳神経外科患者の看護における抑制の実態

3階西病棟

○横山 好美・矢部 晶子・岩崎 恵
三好 千晶・小松 誓子・古谷 則子
川村美奈子

I. はじめに

脳神経外科患者は、意識障害や不穏状態、四肢の不随運動などがみられる事が多く、患者の安全を確保するために抑制をすることがある。特に術後は、脳室や頭皮下のドレナージ留置や、気管内挿管、各種の点滴ルート確保が行われており意識状態がほぼ清明であるI-1（JCS）でも無意識のうちに抜去することがあるので抑制を行うことが多い。また術後意識障害があり安静を保持することができない症例では、急激な体動による脳圧の変化や再出血の防止のために抑制を行う場合もある。

抑制は患者の安全を確保し危険を回避する看護の方法のひとつであるが、患者の意志とは関係なく行われるためそれにより不安をつのらせ、興奮状態や不穏状態を助長することもみられる。また、抑制により四肢の運動を制限することになり術後のリハビリテーションの遅れや機能障害につながる可能性も高い。

今回、抑制を行った患者について実態調査を行い、患者の安全面から抑制の必要性を再認識したので報告する。

II. 研究方法

1. 調査期間

平成6年9月1日～平成7年3月31日

2. 対象及び方法

調査期間中、脳神経外科で当病棟に入院し、術後及び検査後と慢性期に抑制を行った15症例を対象に下記の項目について看護記録より抽出した。（表1参照）

3. 調査内容

- 1) 抑制期間
- 2) 抑制理由
- 3) 意識レベル
- 4) 方法（抑制部位、使用した抑制材料）

5) 抑制による運動機能および麻痺の状態

表1 患者紹介

意識レベル: JCS

氏名・年齢・性別	病名	術式	抑制の期間	抑制方法	抑制部位	意識レベル・麻痺等	その他
N.N 70歳 女	クモ膜下出血	クリッピング 脳槽ドレナージ (10/4-10/10)	10/4-10/10 (7日間)	抑制帯と タオル	右上肢	I-2 10~20	四肢動き活発で起き上がりたりする
K.N 60歳 女	左被殻出血	開頭血腫除去術 脳室ドレナージ (10/7-10/17)	10/7-10/18 (17日間)	抑制帯と タオル	左上下肢	I 右上下肢麻痺	術後不穏、興奮状態あり、10/6 気管内チューブ自己抜管する。ドレーン 抜去後も胃管が抜去あり抑制する
S.M 60歳 女	クモ膜下出血	クリッピング 脳室ドレナージ (11/7-12/3)	11/7-12/3 (27日間)	抑制帯と タオル	両上肢	I-1~2	術後不穏、興奮状態あり、気管内チ ューブ自己抜管する。抑制中も抑制帯 をはずしベッドの下に降りたりする
S.H 79歳 女	クモ膜下出血	クリッピング 外減圧 脳槽ドレナージ (2/8-2/14)	2/8-2/14 (7日間)	抑制帯と タオル	両上肢	I-1~3	創部に手をもっていくことがあり、 家人の付き添いがあるが不在時の み抑制する
H.M 82歳 女	小脳出血	脳室ドレナージ (2/16-3/8)	2/16-3/16 (28日間)	抑制帯と タオル	両上肢	II-10~20	ドレナージ抜去後も胃管カテー テルあり抑制する
K.O 59歳 男	右視床出血	脳室ドレナージ (12/27-1/8)	12/27-1/8 (13日間)	抑制帯と タオル シーツ	右上肢 体幹抑制	I-1~3 左上下肢不全麻痺	不穏強く体動が激しいため抑制す る。ドレナージ抜去予定の前日に 自己抜去する
T.S 59歳 男	硬膜下血腫 左前頭葉脳内出血	V-Pシャント	2/7-2/12 (6日間)	抑制帯と タオル シーツ	両上肢 右下肢 体幹抑制	I-3 左上下肢不全麻痺	不穏強く、理解力不十分。 シャント後の安静解除まで抑制す る
T.S 36歳 男	脳腫瘍	脳腫瘍摘出術	3/3-3/7 (5日間)	抑制帯と タオル	両上肢	100	痙攣発作予防治療のため、バルビツ レート療法中で気管内挿管中である
T.H 65歳 男	髄膜腫	脳腫瘍摘出術	1日	抑制帯と タオル	両上肢	I-3~10	術後痙攣出現し、セルシン使用後 不穏状態となり抑制する
M.K 72歳 男	脳梗塞	血管造影		抑制帯と タオル	両上肢	I-3	
S.O 72歳 男	脳梗塞	血管造影	検査後12時間 のみ抑制する	抑制帯と タオル	右下肢	I-3	理解力不足のため穿刺部の安静が 保てず抑制する
Y.U 69歳 男	脳梗塞	血管造影		抑制帯と タオル	右上肢	I-3	
Z.K 72歳 女	側頭葉脳腫瘍 悪性リンパ腫		3/19-3/31 (13日間)	抑制帯と タオル	左上肢	I-3~10 右上下肢不全麻痺	点滴ルート等を抜去しないよう 抑制する
T.K 47歳 男	脳腫瘍	脳腫瘍切除術 (調査開始時術 後1ヶ月)	9/1-3/31 (7ヶ月)	抑制帯と タオル	右上肢	I-2~3	夜や家人不在時、胃管カテーテル を抜去しないように抑制する
H.Y 66歳 女	右視床-被殻出血	穿頭血腫除去術 (調査開始時術 後6ヶ月)	9/1-1/6 (4ヶ月と6日)	抑制帯と タオル	右上肢	I	度々胃管カテーテル抜去するのと 陰部、臀部を掻爬するため抑制す る

III. 結果

調査期間中の手術件数は78例、血管造影（塞栓術、拡張術を含む）は125例であった。このうち抑制を必要としたものは術後9症例、血管造影後3症例、慢性期の患者3症例の計15症例であった。また術後9例中6症例に脳室または脳槽ドレナージが留置されていた。

抑制期間はドレナージ挿入中は抜去までの6~29日で平均15.8日、術後や検査後の安静保持のために行った場合は0.5~6日で平均2.4日、慢性期におけるカテーテル類抜去予防においては平均3カ月であった。

抑制理由は、無意識にドレナージに手をもっていたり、不穏が強く体動が激しかったり、脳血管障害による理解力不足のためであった。また術後気管内挿管中であった症

例2例（うち1例は脳室ドレナージ挿入中）、痙攣による外傷の危険があった症例2例（うち1例は気管内挿管中）、慢性期だが意識障害のため胃管カテーテルやIVHカテーテルを抜去する恐れのある症例3例であった。

意識レベルは痙攣発作予防のため、バルビツレート療法中であった1症例以外はほぼIクラスであった。

抑制方法は布製の10cm×200cmの抑制帯とタオルを使用し8字法で行った。タオルを手関節、足関節に巻き、その上から抑制帯にて固定する方法を行った。抑制部位は麻痺のある場合は健側を、体動が激しい患者は四肢とシーツを幅約20cm程度に長くたたみ、上半身を固定する体幹抑制を行った。

調査期間中抑制を行っていたにもかかわらずドレナージや気管内チューブの自己抜去、またベッドサイドにおいた症例が3例あったが、抜去後状態の悪化は認められなかった。

今回の15症例については抑制による運動機能障害や循環障害、皮膚障害はみられなかった。

IV. 考察

脳神経外科患者においては術後は興奮状態や不穏状態がみられる事が多く、脳室や脳槽ドレナージ挿入中は患者が無意識のうちにドレナージに手をもっていったりするため、患者の意識状態に関係なく全症例抑制を行っている。また家族の付き添いがあっても、スタッフや家族だけで体動を押さえることが難しい症例も抑制を必要とした。ただ、意識状態が落ち着いてくると、家族の協力により抑制の期間を夜間のみにする事もできた。

今回、血管造影後の3例に抑制を行っているが、これは意識レベルがI-3であり理解力が不十分で穿刺部の安静保持ができないからであり、出血を予防し患者の安全を保つためには必要であった。

術後は脳圧亢進予防のためベッドを挙上している。そのため身体がずれて抑制がゆるみ、ドレナージや気管内チューブに手が届き自己抜去した症例が3例あった。これは1時間毎の訪室にもかかわらず、ベッドの挙上により、患者の体位保持が不十分となり確実な抑制とならなかったためである。

抑制法に関しては、現行の方法は容易に行え、抑制部位のマッサージなどにより循環障害や皮膚障害を起こすことが少ない。抑制期間中は運動障害をおこすことも考えられ、全身清拭や体位変換時など抑制帯を除去する時は他動的に関節運動を行っている。

慢性患者の抑制は胃管カテーテルや点滴の留置を維持するためであり直接生命を左右

するものではないが、カテーテルの再挿入は患者にとって苦痛を伴うものである。当病棟においては胃管カテーテルを留置していても患者の状態をみながら経口練習を開始する。少しでも嚥下ができ、意志の疎通をはかれる患者であれば口腔ネラトン法を試したり、できるだけ胃管カテーテルを抜去する方法で看護ケアを行うことにより最小限の抑制となるよう努めている。

患者の安全を確保し危険を防止することは看護ケアの基本である。アブデラの21の看護問題点においては「事故、外傷およびその他の障害を予防し、病気の感染予防を通して行う安全策の強化」と述べられている。脳神経外科においては、術後のドレナージや気管内チューブの抜去は患者の生命危機につながる事である。抑制は安全を確保しまた安静を守ることで、速やかな病状回復に必要であると考ええる。また、慢性期においても意識障害があり、外傷や転落の危険性がある症例には抑制が必要とされる場合がある。

全ての症例において抑制は患者の意志に反して行われることであり、精神的、肉体的苦痛となる。高齢者においては長期臥床により筋力の低下をきたしたり、痴呆症状をおこすことも考えられるため、抑制はできるだけ短期間とし、十分な考慮のもとに行われるべきである。家族の協力が得られ、かつ患者の状態が落ち着いているときは抑制の除去も可能と思われる。また、抑制は医療者側の判断で行っているが、これは最小限の期間、部位とすることが望ましい。不用意で安易な抑制を予防するためには病棟におけるスタッフの意識を一定基準とすることが重要である。

V. おわりに

抑制は患者の生命への安全と患者の精神的、肉体的苦痛という相対する事を選択であるが、今回の調査により、抑制は患者の生命の危機を回避するという点からその必要性を再認識することとなった。今後は抑制に使用する物品の工夫や、慢性期における抑制方法の改善などの課題に取り組みたいと思う。

参考文献

- 1) 窪園美津子他：抑制の必要な患者の早期リハビリテーション, BRAIN NURSING, Vol. 9, No. 8, 1993.
- 2) 井部俊子他：抑制, ナーシング・トゥデイ, No. 1, 1992.
- 3) Journal of Gerontological Nursing, Vol. 17, No. 2, 1991.
- 4) 小山恵子他：老人性痴呆の治療と看護, 臨床看護, 第15巻, 第14号, 12月臨時増刊号, 1989.

- 5) 三島三代子他：嚥下障害のある患者の経口摂取能力のためのアプローチ，BRAIN NURSING，春季増刊，1994.
- 6) 看護Mook. 35，看護理論とその実践への展開
- 7) 看護Mook. 27，意識障害と看護

〔平成7年7月1日，徳島市にて開催の第5回四国脳神経外科
看護研究会で発表〕