

クモ膜下出血術後の排尿自立への援助  
—高齢で長期臥床を強いられた一症例を通して

3階西病棟

○小松 恵・西田 京子・安岡しずか  
宮田 美紀・大家 里美・矢野 真美  
小松 誓子・川村美奈子

I. はじめに

近年、医療の発展、進歩にともない高齢者に対する手術も積極的に行われるようになり、当病棟においても脳血管障害のある高齢者の手術が増加している。

今回、73歳の女性でクモ膜下出血術後、脳血管攣縮の治療による長期臥床から、離床ADL自立の遅延を余儀なくされ、また神経因性膀胱により尿閉をきたし、バルンカテーテル抜去に時間を要した症例を経験した。

この症例の排尿自立までの過程を検討した結果、日常生活全般への積極的な働きかけが排尿の自立を促す事を再認識したので報告する。

II. 患者紹介

1. 氏名 M・H
2. 年齢・性別 73才. 女性
3. 疾患名 クモ膜下出血（前交通動脈動脈瘤破裂、未破裂右内頸後交通動脈分岐部動脈瘤）
4. 既往疾患 高血圧、胃潰瘍
5. 家族構成 息子夫婦と孫2人の5人暮らし
6. 入院期間 平成8年1月27日～5月7日
7. 現病歴と入院後の経過

平成8年1月27日畑で倒れているところを発見され、某病院に救急車で搬送される。CT上クモ膜下出血と診断され当院へ緊急入院となる。入院時意識レベルII-10(J.C.S)、瞳孔左右同大3.0mm、対光反射スムーズ、四肢麻痺、しびれみられず経過観察となる。翌日頭部血管造影にて前交通動脈動脈瘤破裂が認められ、前交通動脈動脈瘤、右内頸後交通動脈分岐部動脈瘤ネッククリッピング術、脳槽ドレナージ術を施行。発症6日目のCTで右前頭葉の出血性梗塞を認めた。発症

8～9日目より脳血管攣縮による意識レベルの低下と左上下肢不全麻痺が出現した。発症23日目に脳槽ドレナージ抜去、発症27日目（2月23日）のCTで水頭症の進行が認められ同日脳室腹腔シャント、開頭血腫除去術施行。その後のCTで脳室スリットでオーバードレナージが考えられ、ベッド上フラットで過ごしドレナージ良好となる。発症34日目（3月1日）より徐々にベッドアップ開始となり、発症48日目（3月15日）に車椅子に移動、発症57日目（3月24日）には歩行器で歩けるようになった。左上下肢不全麻痺も改善みられ4月上旬には杖歩行ができるまでに回復し、5月7日退院となる。

### Ⅲ. 看護の展開

#### 1. 看護の実際

今回の症例の排尿の自立に至るまでの期間を第Ⅰ期：クモ膜下出血発症から膀胱訓練開始までの時期、第Ⅱ期：膀胱訓練を開始しバルンカテーテル抜去までの時期、第Ⅲ期：排尿自立ができた時期の3段階に分けた。それぞれの看護の実際に関しては表1に示す。

#### 2. 結果

第Ⅰ期：クモ膜下出血発症から膀胱訓練開始まで（発症当日～41日目）

この時期患者は自発的発語がほとんどなく傾眠が強かったため、顔回の声かけや拘縮予防の他動運動を行った。

シャント術後意識レベルの改善がみられたため、経口練習を行った後、全面介助で食事を開始した。その頃より開眼し自発的発語が聞かれはじめた。

排尿に関してはバルンカテーテル留置中の感染予防に努めた。

第Ⅱ期：膀胱訓練開始からバルンカテーテル抜去まで（発症42日目～56日目）

この時期より日中の覚醒時間が長く、自発的な言動も多くなった。そして坐位も許可され、日中車イスで過ごすようになるがまだ筋力低下があり移動には介助を必要とした。

食事は自力摂取を働きかけた結果、箸を使いほぼ5割摂取できるようになった。清拭時は、手の届く範囲を自力で拭くように促し、徐々に麻痺の改善がみられた。

発症42日目より膀胱訓練を開始するが尿意はなく、3時間毎にバルンカテーテルを開放し、100～200mlの流出があった。発症44日目と50日目にバルンカテーテルを抜去し、ポータブルトイレに移動させたが自尿はなくバルンカテーテル

を再挿入した。このため泌尿器科を受診し神経因性膀胱と診断された。膀胱訓練を続行し、発症55日目にはあいまいながら尿意の訴えがあり、翌日にはバルンカテーテルを抜去しポータブルトイレで排尿がみられた。

表1 看護の実際

	看護診断	期待される結果	看護計画
第I期 発症当日 41日目	#1 クモ膜下出血後の脳血管攣縮、脳浮腫に関連した脳組織循環の変調	1. 症状の改善、悪化の早期発見	1. バイタルサイン、神経学的兆候の観察、水分出納を1時間毎に行う 2. 点滴を指示通り行う
	#2 クモ膜下出血後の脳血管攣縮、脳浮腫による意識レベルの低下、安静制限に関連した思考過程の変調	1. 認知機能が正常または悪化しない	1. 安静の範囲内でベット挙上を行う 2. 日中できるだけ覚醒を促すため頻回に訪室し、呼びかけやケアにて刺激を与える 3. ラジオやテレビの視聴を勧める 4. 面会者があればできるだけ話しかけるよう協力を得る 5. 毎日、日時と場所について質問し正しい情報を提供する 6. 関節運動を行い感覚的な刺激を与える
	#3 意識レベルII-20~10、左上下肢不全麻痺に関連したセルフケアの不足	1. 身体的制限、又活動制限範囲内でセルフケア活動ができ徐々に行動の拡大ができる	1. 傾眠時は経管栄養による栄養補給を行う 2. 覚醒時は経口練習を開始する 3. 食事を患者の状態に合った物に変更していく 4. 安静制限中は食事介助をする 5. 安静制限中はベッド上で清拭を行う 6. 覚醒時は自分のできる範囲は拭くように勧める 7. 排便後の後始末を介助する 8. 陰部の保清（1日1回陰部洗浄）
第II期 42日 56日目	#1 クモ膜下出血後の神経因性膀胱に関連した尿閉	1. 自尿が得られる	1. 膀胱訓練を行いバルンカテーテルは2~3時間毎に開放し、尿意の有無と尿量を確認する 2. バルンカテーテル抜去後自尿が出なければポータブルトイレへ移動し可能なら腹筋を収縮させていきむよう指導する
	#2 意識レベルII-10~I、左上下肢不全麻痺、筋力の低下に関連したセルフケアの不足	1. 食事が自力で摂取できる 2. 自力で保清ができる	1. 自力摂取できるように指導する。又家族の協力を得る 2. スプーン、フォーク、箸を使用する。食事のセッティングを行う 3. 上半身は自分で拭くよう促す 4. 入浴が可能となれば、背部等できない部分の介助を行う
第III期 57日	#1 左上下肢不全麻痺、筋力の低下に関連したセルフケアの不足	1. 食事が自力で摂取できる 2. 入浴が自力でできる 3. トイレで排尿ができる	1. 食事に関しては第II期に準ずる 2. 浴室で週2回入浴する 3. 危険の内容を観察しながら洗えないところを介助する 4. 日中は2時間毎に訪室し尿意の有無を確認する 5. 誘導時以外でも尿意を訴えた時にはポータブルトイレ又はトイレに移動させる
退院まで	#2 左上下肢不全麻痺、筋力の低下に関連した身体運動性の障害	1. 転倒などによる身体損傷をきたさないように安全確保する方法を用いる事ができる	1. 環境整備、危険物の除去 2. 足踏み練習など行い日中の活動を増やす 3. 歩行時は付添いゆっくりに歩行させる 4. 無理せず、必要時は援助を求めるように指導する

### 第Ⅲ期：排尿自立ができた時期（発症57日目～退院まで）

この時期も患者は見当識障害が残っていたが時間的な排尿誘導により次第に尿意が明確となり、ポータブルトイレで排尿できるようになった。

麻痺の改善とともに食事を自力で全量摂取でき、入浴もほとんど介助を必要としなくなった。この頃よりトイレへの移動も歩行器から杖歩行となり、自力で下着の上げおろしや排泄後の後始末もできるようになった。

## IV. 考察

第Ⅰ期は、シャント術を行うまで脳血管攣縮の治療のため1時間毎の尿量チェックが必要であり、バルンカテーテル抜去に向けての援助を行うことができなかった。これは意識レベルがⅡ-10~20(J. C. S)と傾眠がみられ、症状の変動する可能性がありまだ急性期を脱していないと判断したからである。しかし、早期から関節の他動運動や経口的な食事を開始したことは、覚醒を促す要因となった。

第Ⅱ期は、自発的な言動が増し日中の覚醒時間も長くなった。しかし膀胱訓練で尿意を訴えることもなく、尿意を示すサインもなかった。これは、クランプ時間が2~3時間と短く尿意を感じる前に開放していた可能性が大きい。またバルンカテーテルを抜去後も自尿がみられず再度留置したが、このこともすぐに留置するのではなく間欠的に導尿を行う方法もあったと思われる。さらに、バルンカテーテル留置期間が55日間におよんだことは、排尿に対しての一連の機能低下を助長させた。反面、安静制限がなくなり、日中車椅子で過ごしたことが刺激となり覚醒時間の延長につながった。また、食事摂取がスプーンから箸へと移行したことは機能回復、意欲向上につながったと思われる。

第Ⅲ期は、急速な意識レベルの回復、ADLの拡大がみられた。これは坐位、立位、歩行、さらには下着の上げおろしや手洗いなどの排尿動作が細かな運動機能を高めそれが刺激となったと考えられる。

今回の症例は治療のため47日間の臥床安静が必要であった。このことは、高齢であるこの患者にとってより一層の機能低下をきたした。クモ膜下出血による中枢性障害とともに、これらの機能低下により排尿メカニズムがスムーズに働かず、バルンカテーテル抜去に長時間を要したものとする。そのため、高齢者においては早期より計画的アプローチが必要である。特に日常生活動作への援助は高齢者において知覚、運動機能の回復を図るとともに排尿に必要な筋力や機能の回復に大きく関係していると思われる。橋本ら<sup>1)</sup>が「リハビリテーションによる運動機能の回復、刺激によるメンタリティの改善に伴う排尿自立の相乗効果は著しい」と述べているように、意識レベルとADLの

拡大は密接な関係で結びつき、排尿自立を促す要因となっている。だからこそ患者は一部介助を受けながらも自力で食事を摂取し、衣服を着脱し、排尿行動をとることが重要であると思われる。

排尿自立への援助をしていく過程で何か小さなことでも成功できたとき、これをきっかけに日常生活にも積極性がみられたり、意欲向上を引き出せることもある。私たちは、排尿自立を含むADL拡大の援助をするときは根気強く、また積極的に行っていく必要性を実感した。

## V. おわりに

今回の症例を通して排尿自立に向けて日常生活全般へ働きかけをすることが、ADLの自立、意識レベルの改善へとつながっていることがわかった。今後もこの結果をもとに排尿自立に向けて積極的な援助を展開していきたい。

## 引用・参考文献

- 1) 橋本典子他：脳血管障害患者の排尿自立への援助（その2）排尿手順を考えるー第14回日本看護学会集録，日本看護協会出版会，1983.
- 2) 牛山武彦：排尿メカニズムと排尿障害，月刊ナーシング，Vol. 16, No. 5, P62-66, 1996.
- 3) 小森慶子他：脳神経外科患者の排尿自立への援助ー第16回日本看護学会集録，日本看護協会出版会，P50-53, 1985.
- 4) 家本美佳他：排尿自立と意識レベル，日常生活動作との関係ー第21回日本看護学会集録，日本看護協会出版会，P188-193, 1990.
- 5) 伊藤紀子：高次脳機能障害患者の排泄行動自立への援助の一考察，第18回日本看護学会集録，日本看護協会出版会，P82-84, 1987.

平成8年7月6日，徳島市にて開催の第6回四国脳神経外科看護研究会で発表