

# クモ膜下出血術後患者のADL自立に向けての看護

—長期臥床を要した症例を通して

## 3階西病棟

○矢部 晶子・宮川志津代・三好 千晶  
北川 八重・西川 朝子・横山 好美  
古谷 則子・小松 誓子・川村美奈子

### I. はじめに

当院脳神経外科病棟においてはクモ膜下出血重症例では、脳槽、脳室ドレナージが挿入され、合併症の早期発見のため様々なモニタリングが行われている。そのため臥床安静を必要とする期間が長期となり、また体動も制限されがちである。

今回、長期臥床を余儀なくされたクモ膜下出血術後患者6症例のADLに焦点を当てその自立に向けた看護について検討したので報告する。

### II. 研究期間および対象

#### 1. 研究期間

平成7年12月から平成8年11月

#### 2. 対象 (表1)

表1 症例紹介

破裂脳動脈瘤によるクモ膜下出血患者のうちドレナージ留置などにより長期臥床を要した6症例、その内訳は男性3名、女性3名で年齢は51才か

症 例	手術直後意識 (JCS)	麻 痺	ドレナージ抜去までの日数	離床(車椅子)までの日数
A 男性(56歳)	10~20	入院時より左不全麻痺	30日	40日
B 女性(74歳)	10	血管攣縮後左不全麻痺	22日	48日
C 女性(78歳)	3	両膝関節症 麻痺なし	13日	14日
D 女性(65歳)	10	血管攣縮後右不全麻痺	13日	19日
E 男性(51歳)	10~20	入院時より左不全麻痺	30日	43日
F 男性(61歳)	3	入院時より両下肢対麻痺	11日	25日
平 均			19.8日	31.5日

日数は手術日からの経過日数

ら78才(平均64.2才)、入院時の状態はH&Kのgrade IIIで緊急手術となった。

### III. 看護の展開

6症例のADL自立に向けた看護援助は、それぞれ手術後から以下の問題点・目標をあげて実施した。

### 1. 看護上の問題点

- 1) 身体運動性の障害
- 2) セルフケアの不足：食事、排泄、清潔

### 2. 看護目標

問題1) に対して

- (1) 損傷の可能性を最小限にするために安全な方法を用いることができる。
- (2) 運動性を増す方法を実践することができる

問題2) に対して

- (1) 独力で食事をする能力が増したことを示すことができる。  
(自力坐位を保ち、摂取する事ができる。)
- (2) 自分で排泄行為を行う能力が増したことを示すことができる。  
(トイレで排泄ができる。)
- (3) 期待される最適レベルで入浴活動を実施することができる。  
(自分でシャワー浴ができる。)

### 3. 看護の実際

脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血のもたらす病態は主として脳血管攣縮と水頭症といわれている。今回、全症例とも脳槽、脳室ドレナージが留置され（留置期間は平均 19.8 日）、またこの期間はバイタルサイン、意識レベルも不安定な状態であるためモニタリングが重視される。このため臥床安静期間が長期となり、平均 31.5 日と 1 カ月以上を要した。

次に自立への看護援助について看護目標に沿って経過を述べる。（表 2）

身体運動性の障害  
に対して：脳槽、脳室ドレナージ（以下ドレナージとする）の留置や、心電図モニター、輸液、動脈ライン等の各ルートにより特に体動が制

表 2 ADL自立までの期間

症例	離床開始時意識	麻痺	歩行	食事(自力)	排泄(トイレ)	入浴(介助)
A	2~3	左不全麻痺	20日	10日	24日	10日
B	1	左不全麻痺	30日	26日	58日	48日
C	3	両膝関節症 麻痺なし	不可	17日	不可	不可
D	2	右不全麻痺	50日	7日	47日	47日
E	2	左不全麻痺	20日	15日	20日	8日
F	1	両下肢不全対麻痺	30日	14日	34日	59日
平均			30日	14.8日	36.6日	35.8日

日数はドレナージ抜去後、離床訓練開始からの日数

限される急性期は、

良肢位の保持とともに、四肢の他動的関節運動を 1 日 4 回行い、関節の拘縮予防に努めた。医師の離床許可後はベッド上での坐位練習を開始し、車イス移動へと勧めていった。

移動時は下肢に体重をかける事で立位訓練を開始した。症例B、D氏は脳血管攣縮発症後、片麻痺が出現し、また他の3症例も入院時より片麻痺や両下肢の麻痺をきたしていたため、リハビリテーション部への紹介がなされ、プログラムに沿って病棟でも関節運動や歩行練習などを実施した。離床開始後平均30日で6症例中5症例が歩行可能となった。うち1例(症例C氏)は両変形性膝関節症のため自力歩行まで至らなかった。

セルフケアの不足(食事)に対して:6症例とも、術後3~5日より経口摂取を開始した。しかしE氏を除いた5症例は、脳血管攣縮による意識レベルの低下のため、経口摂取困難となり経管栄養に変更された。脳血管攣縮期を脱し、意識レベルがJCS(Japan Coma Scale)一桁まで改善すれば直ちに氷片やプリン、アイスクリームなどの経口摂取を再開した。ドレナージ挿入中であっても医師の許可があれば、食事時にはドレナージをクランプしてベッドアップし、スプーンを持たせて口へ運ぶ動作を繰り返し行った。この働きかけによりスプーンは使用できなくても、おにぎりなどであれば口まで運べるようになり、また声かけと道具を使うことを習慣づけていくことにより全症例が自力摂取可能となった。食事の自立には離床訓練開始後平均14.8日を要した。

セルフケアの不足(排泄)に対して:6症例とも、時間毎の水分出納のチェックが不要となれば膀胱訓練を行った。尿意は曖昧でもバルンカテーテルを抜去したが、全症例に尿失禁がみられた。これに対し1日水分摂取量を決め、時間毎に水分摂取を促すとともに患者個々の排尿サイクルを把握し、排尿誘導を行った。同時に尿意を伝達する方法も繰り返し指導した。そのことにより失禁の回数が減り、尿器又はポータブルトイレでの排尿ができるようになった。ポータブルトイレに移れるようになれば、おむつからトレーニングパンツ、下着へと変更し、着脱時に声かけを行い、歩行ができるようになればトイレでの排尿へと勧めていった。排泄の自立には離床訓練開始後平均36.6日を要した。

セルフケアの不足(清潔)に対して:意識レベルがⅡ-1以上であれば臥床安静中でも、モーニング・イブニングケア、清拭時には患者にタオルを持たせ顔や前胸部を自分で拭くように促した。この時歯ブラシを持たせたが全症例とも磨く動作が十分できず、また、含嗽させても嚥下するののでうまくできなかった。しかしこれらの動作を繰り返し促すことで徐々に動作の確立ができた。臥床安静中は毎日の全身清拭、週2回の手足浴、洗髪を行い、車椅子移動が可能となると浴室でシャワー浴を介助した。その結果、5症例は看護婦の付き添いのみで入浴できるようになった。これには離床訓練開始後平均35.8日を要した。うち一例(症例C氏)はほぼ全面介助を要した。

#### IV. 考察

クモ膜下出血の看護においては、意識レベルやバイタルサイン等の観察に加えて、合併症の早期発見のため輸液、心肺機能、循環、頭蓋内圧等の各種モニタリングの管理が重要である。

今回、クモ膜下出血患者のADLに注目して看護を考察した。モニタリングやドレナージ留置のために臥床安静が長期に及んだ6症例と、今回の研究以前のクモ膜下出血患者と比較しても離床開始後のADL自立に要する時間に大差はみられなかった。このことより、臥床安静期間中に行った良肢位の保持や、関節拘縮予防に対する他動運動がADL自立にむけての援助をすすめていくうえで有効であり、早期よりの看護婦の積極的な働きかけが大切であると考えられる。

食事に関しては早期より氷片などによる経口摂取をすることは、脳への刺激を与えるうえで大切であるが、意識レベルの低下があり誤嚥の危険性が高く、患者の状態を十分把握した上で適切な時期に経口摂取を開始しなければならない。

同様に排泄に関しても急性期では時間毎の水分出納のチェックが必要であるためバルンカテーテルの留置もやむをえないが、カテーテル抜去後は、時間毎の排尿誘導と失禁の時間から排尿パターンを把握し、患者にあった時間に誘導をすることで排尿の自立につながったと思われる。排泄は坐位バランスより始まり歩行までの一連の運動能力が必要とされる行為であるため、排泄の自立には時間を要したが、排泄行動を繰り返すことにより筋力が増強し、さらには患者の活動範囲が拡大され、心理的にも意欲の向上へとつながった。

入浴は患者に爽快感や脳への刺激を与えるだけでなく、適度な疲労感により夜間は良眠が得られ、生活パターンの確立につながった。

排泄と入浴の自立は食事の自立に比べ倍以上の日数を要している。これは食事摂取に必要な動作と比較して、排泄や、入浴はより多くの動作から成り立っていることと、長期臥床による筋力低下があり歩行に時間を要したためである。

リハビリテーション医学界の概念として「ADLは1人の人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に繰り返される一連の身体動作群をいう。この動作群は、食事、排泄などの目的を持った各作業（日常動作）に分類され、各作業はさらにその目的を実施するための細分動作に分類される」<sup>1)</sup>と述べられている。今回の症例においても食事の摂取動作や体を拭く動作など、同一動作を繰り返す事により患者の能力を最大限に引き出し、またそれが刺激となり生活行動の確立につながったと思われる。

## V. 結語

1. クモ膜下出血急性期看護において、バイタルチェック、モニタリングなどの管理にとどまらず、積極的に日常動作訓練を繰り返すことが有効と考えられる。
2. 適性運動開始時期、運動量の設定について、医師・リハビリテーション部門との検討が重要である。
3. 同一動作をくりかえし行うことが最終的にADLの自立につながった。

## VI. おわりに

今回の研究では長期臥床となってもADLの確立に支障はきたさなかったが、今後、より細かい看護計画にもとずき、各機能活動の促進と効果的な看護援助につとめてゆきたい。

## 引用・参考文献

- 1) 長谷川幹編著：脳卒中患者のリハビリテーション，医事新報社，P4，1995.
- 2) 塩中雅博：ベッドサイドでのリハビリテーション，BRAIN NURSING，Vol. 11，No. 12，1995.
- 3) 笹岡俊一：脳出血後遺症のリハビリテーション，BRAIN NURSING，Vol. 10，No. 7，1994.
- 4) 平山晃康：破裂脳動脈瘤の術後管理—急性期—，BRAIN NURSING，Vol. 12，No. 9，1996.
- 5) 林 祐子：脳卒中患者のリハビリテーション，臨床看護，Vol. 18，No. 1，1992.

〔平成9年2月9日，高知市にて開催の第30回四国脳卒中研究会  
で発表〕