

破裂性脳動脈瘤術後患者における 標準看護計画の作成

—記録用紙の充実を図って—

3階西病棟

○中村 弥生・森岡 優子・橋本佳世子

彼末 京子 川村美奈子

I. はじめに

破裂性脳動脈瘤によるクモ膜下出血において、脳血管攣縮（以下スパズムとする）が出現すると、意識レベルの低下や神経症状が出現し症状が悪化する。また最悪の場合は死の転帰をとることもある。

今回、スパズム出現に伴い意識レベルが低下し、死に至った症例を経験した。その時点で使用していた看護基準では、スパズム期に活用できる内容が不足していた。そこで問題点を抽出し、スパズム期の密な看護を行うために記録用紙の活用方法の検討を行い、標準看護計画を作成したので報告する。

II. 研究期間

平成5年8月から6年9月下旬まで

III. 研究方法

1. クモ膜下出血の文献学習
2. スパズム期における問題点の抽出
3. スパズム期における標準看護計画の作成
4. 標準看護計画作成後の使用結果の検討

IV. 結果および考察

1. 意識レベル低下や死に至った症例を検討した結果、4つの問題点を抽出した

- 1) 経過記録2（重症用）では患者のバイタルサインが把握しにくい。

（資料1，2参照）

スパズム期においてバイタルサインは症状出現・悪化を示す重要なバロメーターで

あり1時間毎に観察を行う必要がある。その中でも、クモ膜下出血後は、脳循環の自動制御能力が低下し血圧に依存していることもあり、血圧の管理が重要である。担当医に必ず最高血圧の維持値の確認をして脳神経外科重症用看護記録用紙に維持値の上限、下限の線を引いておくことで、維持値からの逸脱を把握しやすいようにした。また発熱に対して、解熱剤使用時には収縮期圧で20mmHgないしそれ以上の血圧低下をきたし、一気にスパズムの進行をみることがある。そのため慎重に投与し、症状の悪化に注意する必要がある。記録用紙には血圧上昇に対する与薬を赤色、発熱に対する与薬を青色で記載することにした。

2) 輸液管理が確実に行われていない

スパズム期には高ボリューム療法が施行される場合が多く、輸液管理は重要である。今までの点滴クレンメでの調節では1日指示量の輸液総量に変動がみられたため輸液ポンプを使用することにした。また循環血液量が適正に保たれているか確認するために、当病棟で行っている10時の1日分の水分出納チェック時に中心静脈圧を測定することにした。

3) 神経学的徴候の詳細な記載に欠け、状態の変化が把握しにくい

スパズム発現前に傾眠、不穏が認められることや、またバビンスキー反射が麻痺出現の半日前より出るという報告があり、スパズムの前駆症状を見逃さないようにする。傾眠傾向の現れとして無欲状態、無関心になることがある為、意識レベルを3-3-9度方式で示すだけでなく、評価した詳細を記載し変化の程度をわかり易くする。その為記録用紙に不穏状態時は意識レベルの欄にRestlessnessのRを記入し、バビンスキー反射と傾眠傾向については記入欄を新たにつけ加えた。

4) 検査データが確実に明記されていない

術前のCTは、発症時の出血が広く高吸収域値を示すものほどスパズムの発生頻度が高い。またスパズム発現前には白血球の上昇がみられることもある。以上のことから、CT所見に関しては看護処置欄、血液データに関しては検温表欄の下方に記載することとした

2. スパズム期の標準看護計画の作成(資料3参照)

スパズム期における看護目標を、意識レベル・神経学的徴候が発症時より悪化せず、スパズム期を乗り越えることができるとあげ、スパズム期の問題として脳血管攣縮の為、身体的諸機能および生命予後が悪化する可能性があるとした。

3. 標準看護計画結果（資料4参照）の検討

今後、活用していくために従来の記録用紙にスパズム期の専用の観察項目の追加を行い準備をしておく。また意識レベルが清明で不穏、傾眠もなくバイタルサインが安定している症例では十分な安静をとってもらうためにも2時間毎に観察することにした。

V. ま と め

1. バイタルサインの小さな変化を見逃さないために、スパズム期患者専用の脳神経外科重症用看護記録用紙を用い、1時間毎に観察を行う。
2. 治療効果の向上を図る為、輸液管理が正確に行われるよう、輸液ポンプを使用する。
3. スパズムの前駆症状である不穏、傾眠傾向、バビンスキー反射などの症状を記載する。
4. 検査所見は記録用紙に記載する。
5. 意識レベルが清明で不穏傾眠もなく、バイタルサインの安定している患者は2時間毎の観察とする。

VI. お わ り に

クモ膜下出血術後のスパズムによる、予後不良の転帰を少しでも減少させるうえで、看護サイドの観察の視点が重要である。

今回、作成した標準看護計画をして、よりよい看護を実践していきたい。

参考文献

- 1) 戸田昌子：破裂脳動脈瘤術後患者の看護ポイント，看護技術，Vol.37，No.1，p.16～21，1991.
- 2) 丹尾八千代他：破裂脳動脈瘤患者の脳室ドレーンの管理・スパズム予防の看護，看護技術，Vol.37，No.1，p.33～36，1991.
- 3) 松本信子他：クモ膜下出血急性期の合併症の看護，BRAIN NURSING，Vol.7，No.7，p.75～79，1991.
- 4) 藤巻高光・佐々木富男：クモ膜下出血の術後管理，BRAIN NURSING，Vol.9，No.7，p.13～17，1991.
- 5) 原田博子他：破裂脳動脈瘤患者の脳血管攣縮期における現状と看護，BRAIN NURSING，Vol.5，No.4，p.85～88，1989.

- 6) 中村愛子他：看護に生かす画像診断—脳血管攣縮を予測する, BRAIN NURSING, Vol.6, No.2, p.4~8, 1990.
- 7) 太田富男：脳血管攣縮期の病態と治療についてのOverview, Neurosurgeons12, p.269~277, 1993.

【資料1】

1

時 間		日 間											
	190	42											
	170	41											
	150	40											
50	130	39											
40	110	38											
30	90	37											
20	70	36											
10	50	35											
R	P	T											
	BP												
O ₂ ()													
意識レベル													
瞳孔	瞳孔直径	瞳孔差											
睫毛反射													
C V P (cm)													
in take	輸液												
	計												
	輸血												
out put	栄養()												
	尿量・比重												
	便												
	吐物												
	レベル												
バランス													
呼吸N・嘔吐V													
頭痛													
けいれん													
硬直													
運動麻痺													
知覚麻痺													
看護処置													
経過記録													
喘引													
体位交換													

【資料3】

スパズム期における標準看護計画

#脳血管攣縮期のため、機能および生命予後が悪化する可能性がある

(患者目標)

意識レベル・神経学的徴候が発症時より悪化せずスパズム期を乗り越えることができる。

(期待される結果)

- a. バイタルサインが正常範囲内である
- b. 意識レベルが通常または改善される
- c. 瞳孔の大きさと反射が通常である
- d. 運動機能が安定または改善される
- e. 頭痛・嘔気・嘔吐の訴えがない
- f. CVPが正常範囲である
- g. 髄液量が正常範囲である

D-P

1. バイタルサイン

- a. 体温
- b. 呼吸：パターン、数、深さ
- c. 循環：血圧、脈圧、脈拍（数・リズム・強弱）、尿量、水分バランス、CVP

2. 神経学的徴候

- a. 意識レベル（J. C. S.）
- b. 瞳孔：大きさ、不同の有無、対光反射の有無
- c. 麻痺の有無
- d. 痙攣の有無
- e. 自覚症状：頭痛、嘔気、嘔吐
- f. 前駆症状：傾眠・不穩の有無、バビンスキー反射の有無

3. a. 検査データ：CT、血液

- b. ドレナージの状態、流血量、性状
- c. 外減圧の状態

T-P

1. バイタルサインの測定

*スパズム期は脳神経外科重症経過記録用紙を使用

検温表上、発熱に対する投薬は青色で

血圧に対する投薬は赤色で記載する。

a. 体温：2時間毎

発熱時は氷枕使用

医師の指示により、解熱剤の使用

b. 呼吸：1時間毎

頭蓋内の低酸素状態の予防

c. 循環：1時間毎

血圧：医師に維持値を聞いておき、その値を逸脱した場合は指示された薬を的確に投与する（検温表に維持値の線を引いておく）動脈ライン挿入時は、モニタリングを行っておく解熱剤使用時には前後に血圧を測定する

水分出納・CVP・輸液管理：

輸液ポンプを使用する

輸液内容、速度を輸液欄に記入する

CVPを10時に測定する

2. 神経学的徴候の観察1時間毎

a. 意識レベル：J. C. S. で確認をする

b. 瞳孔異常、麻痺出現・悪化時、痙攣出現時は医師に報告し対処する

c. 自覚症状：他の神経学的徴候と照らし合わせて医師の指示により、処置薬を使用する

e. 前駆症状：傾眠・不穏の有無、バビンスキー反射の有無を記録用紙に記入し、不穏状

態時には意識レベルの欄に「R」と記入する

バビンスキー反射と傾眠傾向の欄を作成する

3. 検査データ：CT、脳血管造影所見、血液データは詳しく看護処置欄に記入する

E-P

頭痛・嘔気等は我慢せず、すぐ訴えてもらうように説明する。不安を抱かないように検査・処置に対して説明する

【資料4】

項 目	結 果
1 時 間 毎 の 観 察	<ul style="list-style-type: none"> 意識レベルが1～10（JCS）と比較的良く、バイタルサイン（特に血圧）が安定している場合早期に2時間チェックになる場合がある。
血圧上昇に対しての 与薬を赤で記載	<ul style="list-style-type: none"> 何らかの形で記載はされているが、黒字であったり処置欄にのみ記載のことがある。 持続的に降圧剤を使用している時は、輸液欄へ赤字で記載できている。
体温上昇に対しての 与薬を青で記載	<ul style="list-style-type: none"> 黒字での記載であったり処置欄にのみ記載されている。
輸血ポンプの使用	<ul style="list-style-type: none"> 降圧剤・抗痙攣剤などの使用に輸血ポンプが必要となり、台数の関係によりメインの点滴はクレンメの調節となることがある。
10時のCVP測定	<ul style="list-style-type: none"> 意識レベルがよく早期離床をされた患者の場合ほとんど測定できていない。
バビンスキー反射	<ul style="list-style-type: none"> 観察できている時とできていない場合がある。
傾 眠 傾 向	<ul style="list-style-type: none"> 傾眠傾向については経過記録の欄に記載されていることがある。
術前のCT所見の記載	<ul style="list-style-type: none"> ICUへ緊急入院となり術後転科となることがあり医師に確認がとれていないことがある。
血液データの記載	<ul style="list-style-type: none"> 採血後のデータは主にリーダーが確認するため受け持ち看護婦にまで伝わらないことがある。
重症経過記録用紙の使用	<ul style="list-style-type: none"> 意識レベルが清明でバイタルがおちついていたり、医師より指示があれば使用しない。
血 圧 の 維 持 値 に 対 す る 記 載	<ul style="list-style-type: none"> 医師より確認がとれている場合は出来ている。