

急性心筋梗塞患者の看護について考える

—胸痛発作を起こし離床の遅れた患者の

リハビリテーションを通して—

7階西病棟

○松下 薫・吉岡 寿美・山崎あゆみ

岩目地啓子・植本 みわ・岡島 寿子

I はじめに

「急性心筋梗塞患者のリハビリテーションは、精神的負担を倍増させる」と言われている。したがって看護婦はリハビリテーションを進める前に患者の社会的背景を把握し、患者の理解力も考慮にいれて段階を追ったリハビリテーションの必要性及び、その方法について十分に説明することが望ましい。また、梗塞の部位、程度、合併症の有無、年齢によってその治療、リハビリテーションの進め方は大きく異なる。今回、重度心筋梗塞の患者が再発作を起こして入院し、その援助を行った。患者は高齢でかつ、糖尿病を合併しており、入院中も胸痛を繰り返し、リハビリテーションに長期を要した。この症例を通じ、リハビリテーションのあり方について考察したのでここに報告する。

II 患者紹介

患者：72歳，男性

病名：急性心筋梗塞

入院期間：平成3年4月30日～平成3年8月19日

職業：無職（以前・会社員）第二次世界大戦中は軍人（大佐）であった。

性格：温厚ではあるが、神経質で頑固な面もある。軍人であったことを常に誇りとし、繰り返し話題に出す。

家族構成：妻と2人暮らし（息子3人は独立している。）

既往歴：53歳より糖尿病

61歳より右眼白内障

病態：平成3年4月30日，心臓カテーテル検査実施

結果 LMT⑤ 99%閉塞

LAD ⑦ 100 %閉塞

LCX 12 100 %閉塞

上記結果にて、広範囲閉塞があり手術の適応とならず、極めて危険な状態にある。

医師よりのムンテラ

本人へ：血管が細くなっている、心臓の機能も悪くなっている、あまり無理をしてはいけない。

妻 へ：重要な血管が狭くなっており、細い血管が通っているだけである。器械(IABP)をつけた入院時の状態になれば、危険なので無理をしないように。

Ⅲ 今回入院後の経過

入院後、直ちに心臓カテーテル検査実施し、体外式ペースメーカーの植え込み、IABP 挿入、IVH による輸液管理を開始する。5月3日、作動不良のため抜去したが、輸液療法のみでコントロール出来た。5月13日、車椅子の使用を開始する。5月17日、歩行器を使用し、トイレ歩行可能となる。しかし、5月19日昼食後、面会人との会話中に胸痛発作が出現する。血管確保し、安静度は再び1度となる。

5月23日、夜間になると不穏状態見られ安静度1度であるがベッド上坐位になり、「もう死んでもいい」という言葉が聞かれた。5月25日より、ベッド上半身45度挙上可能となる。

5月27日より、ベッド上半身90度挙上可能となり、同時に食前、床上排泄前にニトログリセリン舌下の指示があった。また怒責をかけないようにし、レシカルボン座薬を使用し排便のコントロールを行った。ベッド上フリーになると、〇〇さんと声をかけると以前の軍人の習慣が抜けず、ベッドより「ハイ」と勢よく起き上がることがあり注意することもあった。

6月3日より、朝昼1回ずつ自力坐位訓練を約10分間施行するが、バイタルサイン、心電図モニターの異常や胸痛、胸部絞扼感、胸部重圧感などの自覚症状は見られなかった。

6月4日には、車椅子にて1階まで行くが胸痛、胸部不快、冷感等出現なく、5日よりポータブルトイレ使用可能となる。

6月10日より、ベッドより降り、車椅子での坐位訓練可能となる。

Ⅳ 看護の実際(回復期)

1. 問題点

6月19日 1) 重症の心筋梗塞であるため、再梗塞により、生命の危険がある。

2) 高齢でもあり、長年の生活習慣が安静度を進める上での障害となっている。

2. 目標

1) に対して

再発作を起こさず、リハビリテーションが順調に進行する。

2) に対して

指示された安静度が守れ、ストレスのない入院生活が送れる。(オペラント条件づけ)

3. 看護の実際

患者の状態を細かく把握し、徐々にリハビリテーションをすすめていくために私達は、チェックリストの作成を行い活用していった。その内容としては、安静度の範囲、運動時、その前後の状況、ニトログリセリン舌下の有無と効果、患者の訴え、精神症状の観察を項目としてあげた。以上の項目について早出が朝食、日勤が昼食とリハビリテーションを、遅出が夕食時に観察を行い表に書き込んで申し送っていた。

6月15日より、午前、午後に自力坐位10分間ずつ、毎食前後に1時間ベッド上半身90度挙上し、車椅子散歩は15分～40分を1日2回行う。排便はポータブルトイレが許可される。

6月17日より、車椅子で病院内フリー(ニトログリセリン携帯)が許可され、清拭後は、直ぐ臥床しその後、看護婦が付き添い車椅子で1階まで(10～15分間)行くなど運動負荷が重ならないように留意した。

6月19日より、ベッド柵を持ってベッドサイド歩行が許可され経過するうちに、ベッド柵を持たずに病室内歩行がみられた。そのため、安静の必要性の説明を根気強く行い、理解が得られなければ医師からも説明をしてもらい、その都度、話し合いをしていくようにした。

また、各段階で初回の運動を行う時は、医師または看護婦が付き添うようにし、運動前後のバイタルサイン、心電図モニターのチェックをし、自覚症状の有無を確認していった。

ベッド周囲を10往復したときに、軽度動悸、下肢のふらつきがみられた。患者からは「早う歩行器で歩きたい」との訴えがあった。

6月25日より、歩行器を使用し談話室までの10分間を1日2～3回、トイレ歩行(排便はポータブルトイレ)が許可される。このことは、患者にとっては大きな喜びであつたらしく表情も豊かとなり、笑顔が見られた。しかし、患者は、排尿のみのトイレ歩行に満足できず、排便をトイレですることもあった。患者からは、「早く便がトイレでできるようになりたい」「談話室へ行くだけでは物足りない」との言葉が聞かれる。

6月28日より、歩行器使用しトイレ歩行が許可される。患者は「先生から、一生家には帰れんと言われたのが残念です。外泊はさせてもらえるかも知れんけど」と言い、今後の生活に対しての不安も感じられた。

安静の必要性を説明しても、行動が制限されることからくる不満の言葉は頻回に聴かれ、それに対して私達は、患者を頻回に訪室し、会話の機会を多く持つように心がけた。そして、一段階リハビリテーションがすすむたびに、患者と共に喜び、励まし、リハビリテーションが順調に進んだ時は、その結果について評価し、誉め、次の段階へ進むことができるよう勇気づけを行い、行動の強化を行った（オペラント条件づけ）。この患者の場合は特に性格、生活習慣を考える上で、この強化過程は効果があったと考える。又、妻は患者の大きな心の支えであり、指導や説明は妻にもいっしょに行い、協力を得ることで患者とその家族、及び医療者側とが一体となってリハビリテーションをすすめた。

7月3日には、安静度4度、病棟内歩行が許可され、さっそく歩行器を使用せず歩行を始めるが胸部症状なく、不満の言葉も殆ど聞かれなくなり、順調に経過する。

7月13日、入浴後に入院後3度目の胸痛が出現し、ニトログリセリン舌下の効果なく、ニトロールの輸液療法、O₂療法を開始する。以後状態は徐々に回復し、安静度もupされ、リハビリテーションをすすめた。以後胸部症状の出現がなく、8月19日、自宅の近医に転院となる。

V 考 察

急性心筋梗塞の患者は、急性期を経て社会復帰を目指したリハビリテーションが行われる。今回の症例は、冠状動脈が99%以上閉塞し、心臓の収縮機能が著しく低下し、予後不良であった。しかし、奇跡的に急性期を経て、ADLの拡大を計画することができた。そこで私達は、基本的な生活動作である、食事、排泄、体動等について、状態を綿密に把握するため、チェックリストを作成し、労作とその労作による心負荷及び、患者の精神面の経過を追い、リハビリテーションをすすめた。しかし、この症例の場合、安静度が守れない事もあり、胸痛発作を起こし、離床が遅れた。吉村豊子¹⁾らは「心筋梗塞においては、急性期から慢性期、リハビリ訓練へと治療が進められるなかで、患者にとって一番大切なことは患者自身が病気を理解し、自身の危険因子を把握することによって、生涯に渡って自ら治療に参加することである」と述べている。そこで今回の様な、重症で、かつ長期的なリハビリテーションを強いられる患者には、安静度を守る必要性をそのたびに説明し、協力を得る様に働きかけた事

は、効果があったと思われる。

又、リハビリテーションを行っていく時期に、特に重要視される精神的問題として、再発作への不安と安静度に対するストレスがある。今回の症例もADLの拡大に不満があり、自覚症状がなくなった時期に病気そのものを安易に考え、安静度を守りにくかった例であると考えられる。そこで、安静度を制限されるという、ストレスをもっと重視し、計画を立てていく必要があったと思われる。

長期療養を要する患者の場合、家族の支えは患者の闘病意欲を高めるために重要な要素となってくる。今回の症例の場合にも妻に病状と段階的リハビリテーションの必要性を説明し、リハビリテーションを進めていった。この事は、患者の予後への不安や離床が思う様に進まない事への苛立ちを、和らげる役割を果たしていたと考えられる。家族と歩調を合わせ、本人を励まし、リハビリテーションを進めていった事は、幸いにして、転院という転帰に至った大きな誘因になったと思われる。

Ⅶ おわりに

今回の研究において、胸痛をくり返す患者のリハビリテーションの難しさを経験した。この症例を通し、学んだ失敗や新たな経験を今後に活かしていきたいと思う。

引用・参考文献

- 1) 焦点 患者の生活指導とセルフケア, 急性心筋梗塞患者の看護, 看護技術, Vol. 34, No. 9, p. 37~59, 1988.
- 2) 鶴田和子編: 看護のための臨床医学大系(3)循環器系, (8)リハビリテーション医学, 情報開発研究所, 1983.
- 3) 山口瑞穂子他編: ベッドサイドの看護過程(1)疾患別看護過程の展開 成人編1, 学習研究社, 1989.
- 4) 石川稔生他編: クリニカルナーシング(3)循環器疾患患者の看護診断とケア, 医学書院, 1990.
- 5) 特集・虚血性心疾患一病態の理解と適切な患者ケア, 臨床看護, Vol. 17, No. 8, 1991.

【資料1】

今回入院するまでの経過

（第一回入院）

昭和47年8月、突然胸痛が出現し、第一病院で心筋梗塞と診断され1カ月間入院する。以後、転勤先の広島で入退院を繰り返す。平成1年、帰郷し精査目的で当科入院する。心臓カテーテルの結果、手術適応となる。

（第二回入院）

平成2年1月17日、A-Cバイパス術を受け経過良好で退院する。平成3年1月頃から胸部絞扼感が出現し、ニトログリセリン舌下で症状消失する。

（第三回入院）

平成3年3月3日、手術後1年目の精査目的で入院する。心臓カテーテル中胸痛が出現するがニトログリセリン舌下で症状消失し、内服コントロールで退院する。

（今回入院までの経過）

退院後も入浴時に時々、胸痛出現するがニトログリセリン舌下で症状消失する。4月29日、囲碁大会観戦中に胸痛出現し、ニトログリセリン舌下するが胸部絞扼感消失せず、4月30日、救急車で緊急入院となる。