

# 脳神経外科領域における経皮的血管形成術を

## 受ける患者の看護のシステム化

—経皮的血管形成術適応患者の特徴とその対応—

### 3階西病棟

○二神 香世・北村 和枝・高橋 知里

川村 和子・若狭 郁子

#### I はじめに

PTCAに代表される経皮的血管形成術(以下PTA)の頭頸部血管への応用は1980年代からであり、本院でも本格的なPTAの施行は1990年からと言える。PTAの発達に不可欠な医療工学の発達と、より低侵襲的な治療を期待する社会の流れに沿ったPTAは今後、頭頸部血管の狭窄に対し、第一選択の治療法となるかもしれない。その未来像に対して、現状の本院のPTA看護基準を再考しPTA適応患者のプライマリ・ケアについて研究を行ったので報告する。

#### II 研究期間及び研究方法

1. 1992年6月～1992年9月初旬
2. PTA患者のプライマリ・ケアを実施するにあたって予想される問題点の抽出
  - 1) 10項目について過去2年間の患者看護病歴の統計処理、及び事例検討を行った。  
(表1)
  - 2) 対象患者及び社会的保護者からの聞き取り調査を中心とした情報収集とその情報の整理
  - 3) 看護診断を行うため、看護歴録への情報収集項目の追加

#### III 結果及び考察

本院におけるPTAでは、最初の3カ月で狭窄が無ければ、以後は定期受診によるフォローアップを行い、1年後確認の血管造影を実施している。

患者の年齢は60才以上が多く、過去2年間においては全員男性であった。又、「心血管系」を始め以下の既往がある(表3)。

過去にTIA発作や脳梗塞等を起こし、退院後の日常生活においても自己管理困難な患者が比較的多い結果がでている(表4)。従来の看護基準では初回PTA施行後に行う3ヶ月以内の生活指導や定期受診の重要性等の患者の理解状況について、看護サイドの評価が出来ていない現状であった。

そのためPTA後3ヶ月から約1年までの確認のための血管造影の期間、看護目標を「新たな血管病変を予防し、セルフケア能力のレベルにあった生活の向上をはかる」とした。しかし看護プランは不十分で、医師の定期診察時の指導や説明以外、患者にアプローチできていなかったのが現状である。今回PTA患者のうち問題を抱えていると考えられる患者U・Yを事例として選び、過去第1回入院時の退院指導の評価と、第2回目入院までの精神面の変化について、聞き取り調査を行った(表5)。

表6は、U・Y氏が1年半にわたって狭窄を発見すると同時に、PTAを実施してきた経過を示したものである。退院指導の評価基準は客観的資料となる食前血糖、コレステロール値、及び内服薬の残量状態、体重の増減について評価した。この患者では食前血糖の変動があり、コレステロールにおいては抗コレステロール剤服用にも関わらず、期待する値まで下がらなかった。これらより表7の項目に沿ったフローチャートの活用も大切となってくる。この患者は本院の関連病院で月1回の定期受診を行っており、診察、血液検査、内服処方等を受けており、この時の入院はすでに4回目であった。情報源である配偶者の年齢は今回65才であったが、資料では他の患者の介護者も同様の年齢である。第1回目のナースの退院指導、その後の生活内容、定期受診時の医師との会話内容、精神面における聞き取り調査等も行った。この患者もそうであるが、フォローアップのための入院が近づくと、病院からの入院連絡が待ちきれず、病棟に入院催促の電話が掛かってきた。このことはPTAの治療内容の理解や先の入院時の状況により3ヶ月或いは6ヶ月が長く感じると同時に定期受診時の医師とのやりとりにもその不安解消ができていないように考えられた。3ヶ月後、6ヶ月後の期間で患者も家族も各自の関心事が変化していることがわかり、私達の行った退院指導が十分に活用できていないことがわかった。これらより定期的な血管造影の短期入院に際しては、本院の一般看護歴録以外に「PTA適応患者専用」のデータベースの作成が必要である。PTA患者のプライマリ・ケアに対してこれらの情報の収集及び整理をシステム化することにより、標準看護計画の活用を考えた。病棟におけるPTA患者の看護は実察には入院を待って実施されるものである。今回PTA患者の看護を再考するにあたって、定期受診時の外来看護婦の役割もまた大きく、本来のプライマリ・ケアにおいては患者を軸として外来看護婦

のサポートも考えていく必要があると思われる。

#### Ⅳ 結 論

1. PTAの特性は,
  - 1) 高齢の男性に多く、血管病変が全身性に及んでいる症例がある。
  - 2) 介護者も高齢化傾向にある。
2. 以下5項目をPTA看護プログラムとし、PTA患者のプライマリ・ケアを目的とした看護の展開を行っていく必要がある。
  - 1) 入院時にPTA専用データベースの収集
  - 2) PTA看護基準の活用及びPTA標準看護計画表の活用
  - 3) 個別退院指導
  - 4) 次回入院に際して客観的データの収録
  - 5) 再入院の際には前回退院時の退院指導の評価と指導の再検討。
3. 今後、外来看護婦等とのネットワークシステムの啓発を行っていくことが大切である。

#### Ⅴ お わ り に

本院におけるPTA適応患者のフォローアップ血管造影の為の入院は1992年7月現在で4回を重ねた患者が出てきた。最先端医療につきものの予期せぬ新たな問題点の出現に看護婦としても常に細心の注意を払わなければならない。また、高齢化社会が進む今日看護者へのニーズも変化しつつあり、これらを念頭にプライマリな看護の展開をはかっていきたい。

## 表1 研究方法

(1) 下記項目別過去2年間の患者看護病歴の統計処理, 及び事例検討

1. 現症
2. 発症時期
3. 既往症
4. P T A 前の狭窄割合とP T A 後の拡張の割合
5. ムンテラ内容
6. 患者の意識レベル, 理解度
7. 内服状況
8. 日常生活態度
9. 喫煙歴
10. 食事内容

表2 年 齢 ・ 性 別

年 齢 別	人数(人)
50才未満	0
51-60才	5
61-70才	7
71才以上	2

性 別	人数(人)
女 性	0
男 性	14

表3 既 往 症

既 往 症	人数(人)
心血管系	6
糖 尿 病	4
高血圧症	3
脳 梗 塞	10
T I A	1

嗜 好	人数(人)
健康時喫煙者	13
血管系疾患罹患後禁煙	5
罹患後も喫煙中	8

表4 退院後の日常生活

症 状	詳 細	人数(人)
運動障害	日常生活介護必要者	5
(計7名)	日常生活介護不要者	2
失語症		1
意識レベルに関与して援助を要する者 (脳血管性痴呆, 理解力欠如の者を含む)		4

表5 PTA施行患者個別データ

患者氏名	U・Y
年 齢(才)	67
性 別	男
体 重(kg)	68
身 長(cm)	170
病名及び既往症	脳梗塞, 糖尿病, 脳血栓, 高血圧症
喫煙歴	S48年まで10本/日以後禁煙
社会的保護者	妻
意識レベル	痴呆症
運動障害	四肢不全麻痺
失語症の有無	有
備 考	S58年, 左STA-MCA吻合術を受けた後, 長女夫婦と同居している

表6 U・Y氏 部位別狭窄状況

	狭窄部位及び%	PTA後の狭窄%
1回目	L I C頸 90 %	25 %
3ヶ月後	L I C頸 75 %	
6ヶ月後	L I C頸 90 %	25 %
12ヶ月後	L I C頸 0 - 25 %	
17ヶ月後	R E I腸 90 %	25 %
21ヶ月後	L C I頸 75 %	25 %
	L I C頸 0 - 25 %	
	R E I腸 25 %	

表7 U・Y氏 経過別血液データ

経過	RBC ( $\times 10^4/\mu\text{l}$ )	H T (%)	FBS (mg/dl)	CHO (mg/dl)	TRG (mg/dl)	HDL (mg/dl)	U A (mg/dl)
1回目(初回)	546	46.5	176	241	117	44	3.8
3ヶ月後	505	41.5	96	224	97	42	5.6
12ヶ月後	499	42.5	84	213	64	48	4.4
17ヶ月後	512	45	185↑	235	114	42	3.5
21ヶ月後	511	42	81				5.0

(平成4年11月14日、徳島にて開催の第19回日本脳神経外科看護研究会で発表)