

網膜剝離患者の看護

— ガスタンポナーデ術後の安楽援助について —

3 階西病棟

中山文代 山中なぎさ

○高尾恵子 青山裕子

古谷則子 橋本佳世子

I はじめに

網膜剝離の治療方法には、ジアテルミー凝固術、冷凍凝固術、光凝固術、強膜短縮術、ガスタンポナーデ法等がある。その中でもガスタンポナーデ法は、黄斑部裂孔に対して行われ、その結果が良好であることにより、近年注目されている。これは硝子体腔内にガス（空気・六弗化硫黄ガス）を充満させることにより、網膜裂孔に対してタンポナーデ効果が得られ、癒着手段（冷凍凝固、ジアテルミー）が適当な強度になるまで網膜を押しつけることができるためである。術後は、気体によって裂孔が圧迫される様に裂孔部を上にする腹臥位及び坐位による face - down - position の体位をとる。

この術後は、頭部の安静が大切であり、これに伴う苦痛は大きいと考えられる。最近、当病棟でも3症例行われたが、1症例目では十分な用具、知識がなく安楽援助が出来なかった。このため2、3症例目において、いくつかの用具を考案・試用し、face - down - position の安楽援助について検討したのでここに報告する。

II 事例紹介

（資料1参照）

III 経過及び看護

術後は、腹臥位で気体が裂孔部を圧迫するようにという医師の指示により、頭部の安静に重点をおいた。

日常使用している枕では、頭部安静は得られがたいため、看護用具を工夫し作成する。1症例目では、資料2、図1のものを作成し使用した。への字の部分を健

眼側に当て、患眼の圧迫をさけた。しかし、患者は前額部接触面の疼痛及び胸部の圧迫痛を訴えた。

2症例目では、前額部の疼痛を緩和するために、1症例目で使用した用具に綿花を加え、通気性弾力性を図った。しかし、患者は前額部の疼痛を訴えた。

3症例目においては、桜間らの用具の工夫を参考に、新しく用具を考案し作成した。(資料2, 図2参照)

型は、より安定感を増すため前回に比べ大きくし、接触面を広くした。頭部の固定を確実なものとするために、両側にマジックテープをつけた。しかし患者が、束縛感を訴えたため除去する。

腹臥位時の患者の訴えには、前胸部痛、腰部痛がある。そこで、実際自分達でいろいろな物品を試用した結果、最適とされたスポンジ製のざぶとんを2つ折りにしたものを患者の胸下に、下腹部には安楽枕をおいた。苦痛の訴えも少なく、最も安楽とされた。(資料3. 図1参照)

3症例目、第2回目の手術後では、オーバーテーブルに今まで使用していた用具をおき、坐位によるface-down-positionをとった。前胸部が、オーバーテーブルに当たるためバスタオル、クッションで保護した。下肢は術後3日目までは、ベットサイドにおろすことができなかつたため、下腹部圧迫感があり腹臥位をとることもあった。術後3日以後よりベットサイドに、下肢を垂らすことも可能となり、下腹部圧迫感も消失した。また足底が、地につくことで安心感をもたすため足台を使用した。

IV 考 察

看護を行う上で、安楽への援助は不可欠なものであり、それについての研究も盛んに行われている。術後の苦痛は創部痛と安静による苦痛が主とされている。創部痛に対しては、鎮痛剤の使用などにより軽減を図ることが可能であるが、安静によるものは、看護婦の働きかけにより増強させることも軽減させることもできるといえる。どんな体位でも長時間同一体位をとることは苦痛を伴う。今回の症例においては、腹臥位でも坐位でも主とされる苦痛は、前額部痛と胸部圧迫痛であった。

患者の頭部固定と苦痛軽減は相反する関係にあり、固定を徹底すれば患者の安楽

感を損い、逆に苦痛の観点から、一般の柔軟な枕を使用すると頭部の安静が得られにくいため、剝離部に負荷を与える結果となる。この点から考えて今回の物品が、素材、形状の面で前額部痛に対して効果が得られた。

圧迫の強い胸部には、スポンジ製の坐ブトンを使用することが最適となった。生理的に呼吸は、肋間筋及び横隔膜の協調運動によって行われている。それを圧迫する事は、呼吸苦や胸部痛などの症状がでる。その面でいえば圧迫部が少なければよいが、一部分への体重負荷は循環障害と疼痛を誘発する事になる。その両面から考えて安定感のある柔らかい物品を当てる事が最適である。また、側胸部の両側を圧迫した場合、肺活量、発汗は減少し体温は低下、血圧は下降するなどの実験結果が得られている。そのため側胸部を包み込み軽く圧迫する程度の物が心身の活動を鎮静させる効果があるといえる。

また、今回の3症例及び私達が行った結果、腹臥位よりもベット上坐位、またはベットサイドに下肢を垂らした状態で face-down-position をとる方が安楽であるという結果が得られた。しかし、全身麻酔の場合は、呼吸循環などに及ぼす影響を考えると、術直後からの坐位は適当でなく、すべての症例に対して施行することはできない。

安楽への援助を行う上で、身体的苦痛を除去するだけでは真の安楽への援助はできているとはいえ、精神面での援助が加わらなければならない。今回私達が行った援助は身体面での安楽に重点をおき、精神面での援助が不十分であったと思われる。術後長期間床上安静を強いられる網膜剝離では、精神的安静が図れる様に援助していくことが大切であるといえる。痛みや苦痛の訴えは、個人差が大きく、訴え方も千差万別である。精神面で主となる要求は他人との意志疎通であり、患者の訴えに耳を傾けること自体が、患者に安心感をもたらすことにつながるといえる。

V おわりに

実際に物品を使用し、ガスタンポナーデ術後の安楽援助を行ったが、今回は3症例だけであったため、苦痛部位やどんな物品が最適であるかは一様ではない。そのため、今回援助を行った側の自己満足のみで終わってしまった様にも思われる。

今後は、これらを検討し、患者の個別性に適した方法を試行錯誤しながら、安楽

援助について考えていきたいと思う。

最後に、この研究に関して御協力下さいました諸先生方に深く感謝致します。

<参考文献>

- 1) 菅原美代子他：基本的体位における安楽への援助に関する検討. クリニカルスタディ Vol.4. No.12. 56～67 1983.
- 2) 中島章：眼科医療の現状と将来, 臨床看護 Vol.5. No.13. 48～53 1979.
- 3) 桜間美代子他：看護用具の工夫. 臨床看護 Vol.11. No.4. 584～585 1985.
- 4) 荒井蝶子他：基本的ニードと援助. 看護の原理と実際Ⅲ. メヂカルフレンド社. 1980.
- 5) 山中昭夫他：ガスタンポナーデ. 眼科 Mook. No.21 1984
- 6) 浅山邦夫他：黄斑円孔による網膜剝離のビトレクトミーとガスタンポナーデによる治療. 臨床眼科全書 1984.

資料 1 患者紹介

氏名・年齢・性別	病名・術式	入院期間	性格その他	術後から安静期間の経過
事例 1 K・M 63歳 女性	右) 裂孔原性網 膜剝離 右) 硝子体基離 断術 <i>air</i> 3ml 注入 (全麻)	昭和60年 5月25日 ～7月14日	気が小さい 神経質で 几帳面	術直後は仰臥位 術後1日目の回診で <i>air</i> 入り確認後2日目までは腹 臥位安静とする。 (食事・排泄・睡眠は仰臥位とする)
事例 2 T・O 64歳 女性	右) 裂孔原性網 膜剝離 右) 硝子体基離 断術裂孔閉鎖 術 <i>air</i> 3ml 注入 (全麻)	昭和60年 7月2日 ～10月2日	明るく開放的 である他人へ の依存心が強 い	同 上
事例 3 A・Y 60歳 女性	左) 裂孔原性網 膜剝離 第1回 左) 裂孔閉鎖術 (全麻) <i>air</i> 1 ml 注入 第2回 左) 裂孔閉鎖術 (局麻) (六弗化硫黄ガス0.5ml ⁴ (ラクテック0.5ml ⁴ 注入)	昭和60年 11月1日 ～現在も 入院中	神経質である 考えこむタイプ	第1回目 同 上 第2回目 術当日仰臥位 術後1日目ガス入りを確認後より6 日目までベッド上坐位による face down 又は腹臥位 安静 3日目よりは食事は坐位にし頭部うつぶせにて摂取 可。排泄はベッドサイドにてポータブルトイレで行 う。

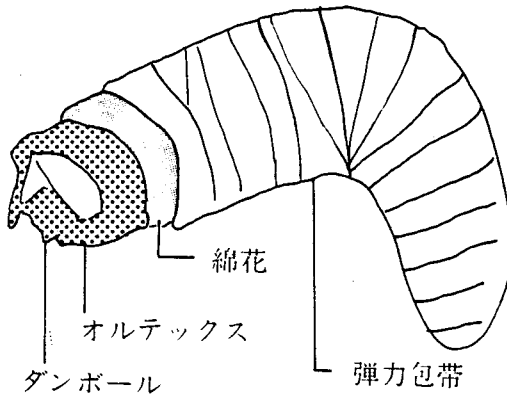


図 1 額当て

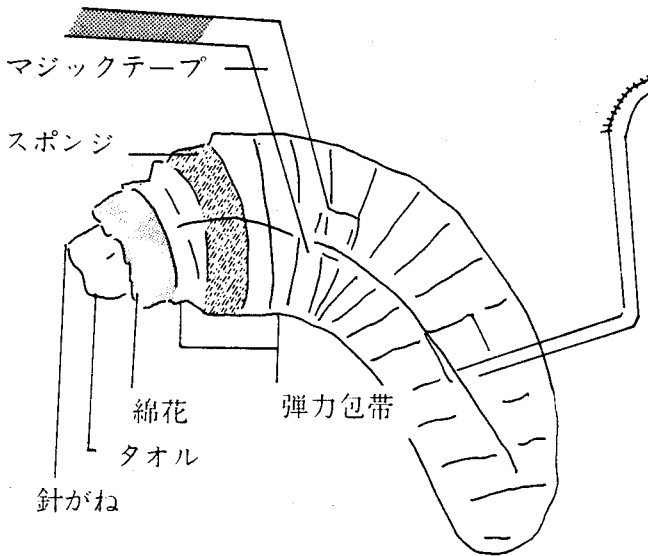


図 2 額当て

資料 3

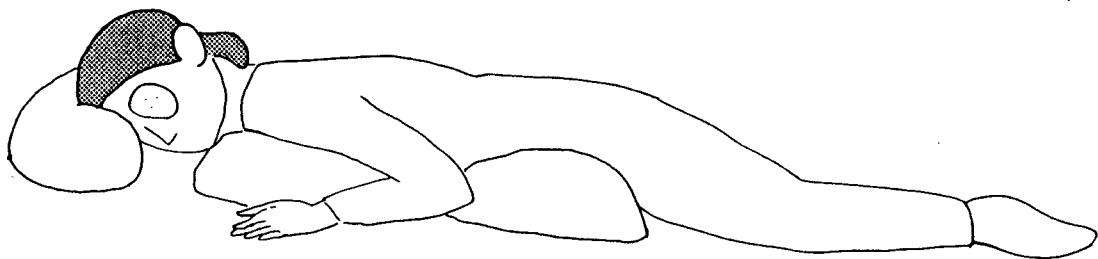


図 1 腹臥位におけるフェイスダウンポジション

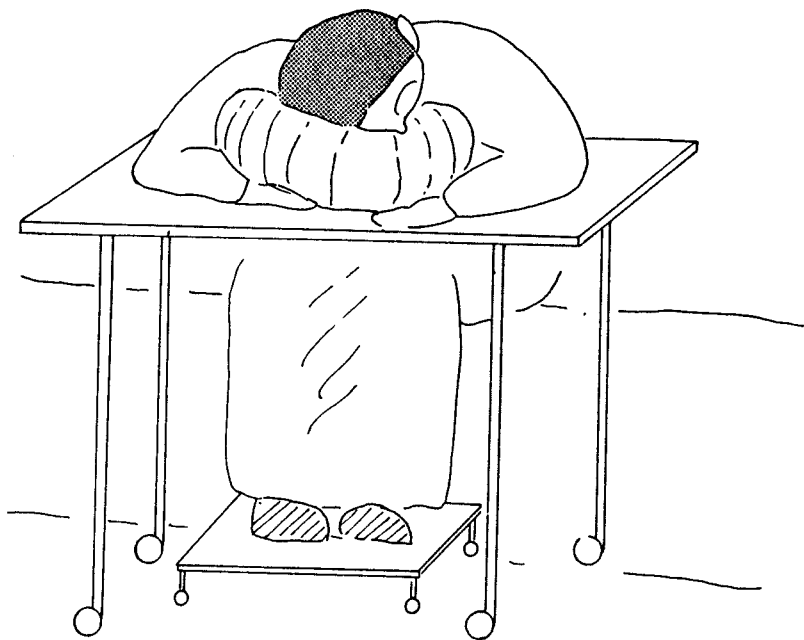


図 2 坐位におけるフェイスダウンポジション