

# 失禁患者の排尿自立への援助

## —失語・失認・失行のある患者を通して—

### 3階西病棟

国見ゆり ○宗石美和  
横山道佳 松崎好江  
浜田三紀

#### I. はじめに

排泄は、人間の基本的行動の一つであり、脳神経外科病棟においては、脳内出血、脳腫瘍などによる大脳皮質障害や、大脳皮質下障害によって、排尿障害が生じてくることがある。これらの場合、意識障害、麻痺、失語、失認、失行を伴っていることが多く、失禁患者への援助を、より困難なものとしている。この状態を放置することは、患者の不快感を増強させ、自立心を低下させることにもつながる。今回、当病棟における失禁患者の、排尿の自立への援助を、症例を通して再検討したので、その結果を報告する。

#### II. 事例紹介

##### 1 症例1

患者：○居○子 59才 女性

病名：左前頭葉星細胞腫

経過：昭和56年発症し、同年、脳腫瘍部分摘出術施行。以後、入退院を繰り返す。再発にて、昭和60年11月再入院となる。脳腫瘍部分摘出術は、計3回施行されているが、1、2回目の手術の際、失禁はみられていない。今回は、失禁があるため他院より、バルンカテーテルが留置された状態での入院であった。意識レベルは、3-3-9度方式で、Iの1の状態であった。（以後、意識レベルについては、3-3-9度方式によるものとする。）入院後、直ちに膀胱訓練を開始し、一回尿量も、200~300 mlにて、本人から尿意の訴えもあり、入院後2日目にバルンカテーテル抜去を試みた。

抜去後、トイレで排尿することもできたが、尿失禁もみられた。発語は比較的スムーズで、「おしっこ」という言葉で、尿意を訴えることも時々はできていた。しかし、ナースコールで尿意の訴えがあり、便器を持っていくと、すでに失禁しているという状態もみられた。又、頻尿で、尿失禁の30分後に再度尿失禁があったり、ベッドサイドで放尿していることもあった。そこで2時間毎に排尿誘導を行ったが、失禁は続いた。

12月4日、脳腫瘍部分摘出術、術中照射を施行。術後の意識レベルは、Iの2からIの3であり、点滴を自己抜去したり、素足で廊下を歩いたりという行動が、再三見られた。又、発語は、意味不明な言語の羅列であったり、急に笑いだしたりと、失語、失認、失行の状態は、やや増強がみられている。術中よりバルンカテーテルが留置されており、術後2日目より、膀胱訓練を開始した。本人からの尿意の訴えはなく、尿意の有無を問うが、「そうね」とか、笑うのみであったり、答えは曖昧であった。そこで、時間的考慮をしたうえで、言動に注意を向け、バルンカテーテルを開放していくことにした。約3時間の間隔で、尿量も300～400 ml 前後であった。術後6日目にバルンカテーテルを抜去したが、失禁状態が持続していたため、2～3時間毎に排尿誘導を行い、排尿時間をチェックし、時間的間隔を調べた。しかし、トイレ歩行が可能となっても、失禁状態は全く改善されず、術後2週間目には、髄膜炎を併発し著明な発熱が持続した。失禁によるIVH挿入部の汚染が頻回となったため、汚染防止のためバルンカテーテルが再留置された。バルンカテーテル留置後、1ヶ月目に抜去するまで、膀胱訓練を続けた。術後の膀胱訓練と同様に、約2時間の間隔で開放し、1回尿量は、150～500 ml 程度であったが、尿意は、曖昧であった。今回のバルンカテーテル抜去後も、尿失禁は改善がみられていない。

現在に至るまで、37.0～38.0℃の発熱が持続しており、体温上昇時には、ベッドにうずくまる様にしている状態が多く、排尿誘導に応じなかったり、動作も緩慢となり、失禁回数も多くなっている。ナースサイドからの働きかけは、以前から2～3時間毎の排尿誘導を続行している。この患者に対

しては、失語、失認、失行があるため、尿意を言葉で訴えることができない点を第一に考慮し、頻回に訪室し、患者の言動に注意を向け、いつもと違う動作、例えば、ベッド上に起きあがりごそごそしたり、ベッドサイドに立ったりという動作が見られたとき、排尿誘導の予定の時間でなくても、誘導するようにした。

又、毎日全身清拭と、陰部洗浄を行い、感染防止に努めた。

## 2 症例 2

患者：○崎○輔 56才 男性

病名：被殻部出血

経過：昭和61年2月1日発症し、緊急入院する。当日、穿頭脳内血腫除去術、血腫腔内ドレナージ術を施行。術前より、意識レベルはⅠの2であり、術後もレベル低下は認められなかった。右上下肢不全麻痺があり、運動性失語症を認めたが、バイタルサイン等の一般状態は落ち着いており、術後の経過も良好であった。

術後2日目より、膀胱訓練を開始した。最初、尿意の訴えはなかったが、問えば「そろそろ」などと言い、1回量200 ml程で、術後6日目にバルンカテーテルを抜去した。抜去後、2～3時間毎に排尿を促した。尿器使用時排尿がなく、除去しようとした時失禁するなど、排尿のタイミングがつかめなかった。そのため1日の排尿時間をチェックした結果、排尿間隔が長く、回数も少ないことから、飲水を勧めることに努めた。当初、尿意の有無も曖昧であったが、術後10日目頃より看護婦の促しに対し、「うん、してみようか」と、何らかの言葉で看護婦に訴えるようになり、失禁回数も減少がみられた。リハビリテーションも開始となり、ADLも拡大され、失語もやや改善し、自分でナースコールを押せる様になり、失禁はみられなくなった。

## Ⅲ. 考 察

各個人の生活の中において、おおよそ排尿時間は、習慣づいているものである。それゆえ、入院前の患者の日々の生活を十分に把握し、できるだけその患者の、入

院前の生活に近い状態へと対処していくことが必要である。患者自身の排尿習慣を知った上で、各個人に応じた援助方法が必要となる。

排尿は、本来反射運動であり、膀胱に一定量の尿が貯留すると、知覚神経を介し、仙髄反射中枢にて、排尿刺激を運動神経に伝え、膀胱を刺激する。これらの排尿機序は、脳によって調節されるが、失認、失行のある患者においては、自分が、どこで排尿すれば良いのか認識できず、尿が充満すると、すぐに排尿行動をおこし、我慢することができない。このため、膀胱容量が減少する傾向をもち、頻回な失禁となるのが特徴である。

今回検討した2症例においても、その失認失行の程度の差が失禁回数に関与し、加えて意志を伝える最大の機能としての、言葉が十分に話せないことにより、その頻度を変化させていると考えられる。

症例1において、患者は、失認、失行に加えて、混合性失語症があり、尿意を看護婦に伝えることができず、失禁が持続している。又、髄膜炎の併発により、発熱が持続したことが、患者をより一層動作緩慢にしている。発熱は、全身衰弱の誘因となり、自発的行動を低下させるため、できるだけ感染の予防に努めなければならない。

症例2においては、術後、バイタルサイン一般状態、ともに落ちついていたことが、良い結果となった。又、意識レベルの低下がなかったことも、良い結果につながった。リハビリテーションが開始され、ADLが拡大したことが良い刺激となり、自発的行動を活発化させ、排尿に対しても、何らかの方法、言葉で看護婦に知らせるようになった。

以上、当病棟における、排尿自立への援助について検討してみた。2～3時間毎の排尿誘導、排尿時間のチェックを行うことは、画一化された個別性の少ないものであることを再認識した。今後、患者の意識レベル、失語、失認、失行の程度、疾患の部位、一般状態、一日の水分出納等を考慮し、各個人にあわせたプラン作りが必要となる。患者の安静に応じたADLの拡大をはかり、日常行われている清潔についての習慣、例えば現在援助している歯みがき、入浴、排尿後の後始末等患者が自立できる様指導していくことも、ひとつの方法ではないかと考える。これらの指

導にあたり、失語、失認、失行のある患者に対しては、看護婦の鋭い洞察力が、必要だと思う。

又、尿失禁が持続することは、陰部を汚染することになる。感染防止という点からも、現在行っている清潔ケアは意義があり、今後も続けていきたい。

#### IV. おわりに

失禁が持続する患者に対し、私たち看護婦は、つい苛立ちを感じたり、あきらめを感じたりすることも、多々あると思う。しかし看護婦自身の消極的態度は、患者の排尿の自立を遅らせることにもつながる。患者に対する積極的な根気強いアプローチを行い、各個人に応じた計画立案が、重要なポイントとなることを、これらの症例を検討し再認識した。今後失禁のみられる患者に対し、今回の研究を生かし、援助していきたい。

#### V. 参考文献

- 1) 大柴幸子：意識障害患者の看護をとおして学んだこと。クリニカルスタディ 4(5). 60～66, 1983.
- 2) 斎藤澄子他：意識障害。排尿障害のある患者の排尿自立への援助。クリニカルスタディ 4(3). 84～96, 1983.
- 3) 濱口勝彦他：意識障害。臨床看護 9(14). 2185～2191, 1983.
- 4) 河村信夫：尿失禁。排尿障害。臨床看護 9(14). 2223～2227, 1983.
- 5) 川出富貴子：排泄習慣とその文化的側面への考察。臨床看護 10(9). 1325～1333, 1984.
- 6) 松村悠子：意識障害患者の看護。臨床看護 9(10). 1493～1503, 1983.
- 7) 渡辺文子：脳血管障害患者の看護ケアのポイント。臨床看護 10(3). 351～356, 1984.