

排尿自立への援助

—視床出血後の排尿障害から、訓練により排尿自立ができた症例の報告—

3階西病棟

○川村 和子・近安 久美・弘瀬 裕子

I はじめに

今日、排尿障害は、専門看護の一分野として、取り組みが行なわれてきています。

私達は、今回、高血圧性左視床出血の患者で、回復期に排尿障害をきたした症例に関わる機会を得ました。排尿障害の回復、排泄動作の自立を目標に看護を行なった結果、徐々に尿意を自覚し、介助によってポータブルトイレに移動し、排泄することも可能となった症例について報告します。

II 症例紹介

M. A氏、80歳、小柄な女性

既往症は、高血圧症と、6年前に胃癌の為に胃 $\frac{2}{3}$ 切除術を受けています。

現病歴は、昨年10月、朝食後に自宅前の道路清掃中に倒れ、救急病院を經由し、当院に入院。高血圧性左視床出血と診断され、入院当日に穿頭血腫除去術を受けました。症状の安定した15病日目には意識レベルの回復はI₂~I₃、右上下肢の不全麻痺の残存と、軽度の構音障害をきたす状態でした。この頃、2日間の膀胱訓練後、尿意はあいまいのままに、早期に抜く利点を考慮し、バルンカテーテルを抜去しました。その後、ナースコールで自分のニーズを伝える方法を理解できない意識レベルも重なり、尿失禁を繰り返す状態となりました。

III 看護の実際

そこで私達は、退院時の目標を、

1. 尿意を自覚し、それを伝えることが出来る。
2. 介助を得て、ポータブルトイレに移動し排尿が出来る様になる。

の2つに設定しました。

看護計画は、3段階に大別し、1、2段階は、床上排泄で経過した段階としました。飲水と排尿の時間的関連を見つける為に、定時的飲水の促進と、飲水後2時間後に排尿を誘導し、飲水と排尿のチェック表を作成しましたが、うまく排尿時間は予測できませんでした。その為、第1段階の看護計画は、飲水量は、日中1,000ml以上を確保し、飲水時間に関係なく、食前と、日中2時間毎に排尿を誘導し、習慣づける様にしました。この頃は、失禁することが多く見られました。入院20日目頃から、失禁後の汚染による不快感や、排尿終了感を認識していると思われる動作が眼につく様になりました。この頃に第1段階の看護計画に修正を行ない、第2段階の看護展開を開始しました。日中は1時間毎、夜間は2時間毎に訪室し、観察することで、排尿を認識しての動作を詳細にキャッチし、排尿誘導への指針としました。一回でも排尿がうまく出来れば、一緒に喜び、誉める等のアプローチを行ないました。その結果、

尿失禁も徐々に減少していきました。入院31日目頃には、自力坐位保持練習を始め、病棟でも車椅子で過ごす時間を増やす様になりました。左下肢の脚力も増強し、介助すれば立位保持可能な状態となった時点で、ポータブルトイレ使用に踏み切りました。この時点で第3段階の看護計画を立案し、実施しました。しかし夜間は安全面を考えて、床上排泄とし、排尿を促す時間も、それまでの情報から3時間毎としました。夜間は、尿意の有無はあいまいで、タイミングが合わずに失禁が続きました。入院87日目で転院となりましたが、その時点では結局、ナースコールを押すことは出来ない状態でしたが、起床から就寝までは、訪室回室を増やした為に、本人からの「おしっこ」と言う声かけで知らされたり、排尿後2時間毎に排尿を促すことで1回100～200 mlの排尿が得られ、失禁の回数は数回の夜間のみまで回復していた。

IV 考 察

この症例は、回復期の状態からも、排尿中枢の障害は考えられず、尿意は必ず回復すると判断しました。また社会復帰を考えた場合、自己のニーズを表現する必要性から、目標1. を設定しました。失禁期間中の排尿日誌から、排尿能は約2時間であると予測し、また蓄尿能は、排尿毎の用手圧迫での残尿量も加えて、1回200～300 ml程度と予測をたてました。これらのデータから、尿意の自覚として、膀胱充満感や排尿終了感は感じとっていた様子で、その結果、目標1. の尿意を自覚することは達成できました。しかし、次の段階のトイレで排尿するという、社会的な排尿自立への認識は欠落しているように推測されて、このことが、尿意を人に伝えるという目標を達成出来ない原因になったと思われます。そこで私達は、次に目標2. を設定しました。日中では、目標2. は、殆んど達成出来ている状態でしたが、夜間では、意識レベルI₂～I₃の患者が熟睡すると、完全な覚醒は望めず、看護婦一人で立位をとらせることは安全面からも困難で、加えて排尿レベルに日内変動も見られ、夜間の排尿自立は十分な効果をあげられずに終わりました。また、自発性の低下が見られ、外泊や入浴、散歩等、精神面へのアプローチで再び意欲回復を図ったり、入院前からと思われる腹圧性尿失禁も認められた時期もありました。これらの問題に対しては、入院前の生活歴や性格等の情報を家族から継続して得ていく必要があります。

排尿障害の回復は、患者の障害されている全ての機能に働きかけて始めて成立するもので、今回も構音障害に対するアプローチや、車椅子の使用によって社会との接点をもたせ、脳への視聴覚からの刺激を加えることも並行して実施しました。現在、尿失禁への専門的ケアが注目されてきていますが、脳卒中後遺症者の45%が神経因性膀胱患者であるにもかかわらず、大半は患者がその症状に無自覚であるという文献があります。脳障害が重度であることもその原因ですが、逆に排尿、排便を誘導していくアプローチを怠ることが、2次的に脳の賦活化を抑制したり、脳機能低下を招く原因となる場合もあります。今回の症例も失禁を意識することからとり組みました。

今後も患者の最も身近にいる看護婦として、排尿障害を患者に意識づけることで回復への意欲をもたせ、かつ、専門的分野としての情報を常に得ながら、排尿自立へのアプローチを行なっていく必要があると感じています。

資料 1.

入院日数	分類	治療・看護	排尿状態経過	リハビリテーション
当日	急性期	穿頭・血腫除去術 血腫腔ドレナージ 脳室ドレナージ	Baカテーテル挿入中 平均 { intake 2,500 output 尿量 2,000	
2日目		経口摂取開始 血腫腔ドレーン抜去		左手でスプーンを持って、食事摂取を開始する。
8日目	回復期	IVH抜去 脳室ドレーン抜去		
16日目		Baカテーテル抜去	尿失禁が始まる。	
20日目		日中2時間毎の排尿誘導 (1,000ml/日以上) 飲水促進)	尿失禁で濡れた寝衣をはぎとる。濡れた寝具を放り出す。等の行動が見られる。 (床上排尿, ベッドパン使用し排尿誘導)	自力坐位保持練習
31日目		夜間は3時間毎排尿誘導		
35日目	回復期	日中ポータブルトイレ使用開始	ポータブルトイレに坐っての排尿, 身体のバランスがとれ始め, 誘導の際, スムーズに出れば4~5分で終了。 (ポータブルトイレに1回200ml~100ml排尿)	病棟で日中車椅子で4~5時間すごす。 入浴開始
39日目		日中パンツ着用開始 夜間は紙おむつ継続		
45日目	回復期	日中1時間毎の訪室 夜間2時間毎の訪室 尿意を示す動作, 行動に注意を払う。	ナースコールはおせないが, 1時間毎の訪室で患者の排尿前の動作をキャッチすることが可能。 時折, Ptから「おっこ」とNsに告げる時あり。	立位保持の練習
65日目			尿失禁と排尿誘導による排尿回数がほぼ同数 (尿失禁は夜間が多い) 失禁量 100~200g/回。	
77日目			排尿終末感は完全に自覚し, 尿失禁をしても頻回の訪室でNsに「出た」と告げる。	外泊(3泊4日)
87日		転院		

資料 2. 看護計画

<p>#1. 左視床出血の血腫除去後回復期に入ったが、尿失禁が続いている。</p> <p>目標 尿意を自覚し、それを伝えることが出来る。</p> <p>P-D</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 意識レベル 2) 四肢の運動状態 3) 飲水量、飲水摂取状態 4) 尿失禁の状態、量、時間間隔 5) 尿失禁前後の患者の動作や変化 6) 排便状態 <p>P-T</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 飲水は1日1,000mlを目安に、本人の手元に常にお茶を入れた吸い飲みを準備し、飲水をすすめる。
--

- 2) 飲水を排尿毎にすすめる。
- 3) 飲水と排尿量、排尿時間のフローシートを作成する。
- 4) 日中は2時間毎に排尿誘導
- 5) 夜間は3時間毎に排尿誘導
- 6) 日中は1時間以内の訪室を行ない、患者の尿意自覚を示す動作や行動を詳細にキャッチしていく。
- 7) 家族から、入院前の排尿状態についての情報を得る。

P-E 1) 家族指導

飲水をすすめて下さい。

尿を作る為に、少しずつ飲水量を増やしましょう。

飲んだ場合には、飲水摂取表に記入して下さい。

尿はないか、と、時折声をかけて、排尿を促して下さい。

2) 患者指導

退院にむけて、自分で排泄していくことを目標に飲水の必要性を説明する。

資料 3. 看護計画

＃2. 社会復帰を目指す時期であるが、床上安静が長く、まだ床上排泄を行なっている。

目 標 介助を得て、ポータブルトイレに移動し、排尿が出来るようになる。

P-D 1) リハビリテーションの進行状況

- 2) 本人のリハビリテーションへの意欲、意識レベル
- 3) 脚力、握力
- 4) 立位、坐位時の気分不快の有無やバイタルサインの変化

**P-T 1) 日中は座位保持練習の一環として、車椅子の時間を長くもつようにする。
(10時～15時)**

- 2) 日中は脳への刺激を与える為、車椅子の散歩、人の集まる所への参加、ラジオを聴く、テレビを見る等をすすめていく。
- 3) 紙おむつから日中はパンツにかえて、移動し易い態勢を作る。
- 4) 患者の体型に合う、肘かけ部分のある背もたれのついた安定した高さのポータブルトイレを使用する。
- 5) 右片麻痺である為、ポータブルトイレの設置はベッド左側とし、立位時、左下肢を支点として、180°回転した位置とする。
- 6) 夜間は、安全面を考慮して、床上排泄を継続する。

P-E 家族指導

社会復帰に対して、ポータブルトイレの使用を試みていることを説明し、協力を得る。

V 結 論

私達は、今回の研究をもとに、脳血管障害患者における排尿障害の回復への援助について、以下の3つの看護方針をたてました。

1. 排尿障害を患者に認識させ、回復への意欲をもたせていく。
2. 排尿障害の回復には、患者の障害されている全ての機能に働きかけを行なっていく。
3. 排尿障害を専門的なケアの中に位置づけて、回復過程に、予測をたててアプローチを行なっていく。

これら3項目の看護方針に添って、排尿自立への援助を、実施していきたいと思えます。

(平成2年4月14日。徳島にて開催の第23回四国脳卒中研究会で発表)