

# 脳外科における消化管出血患者の看護

—看護基準作成に関して—

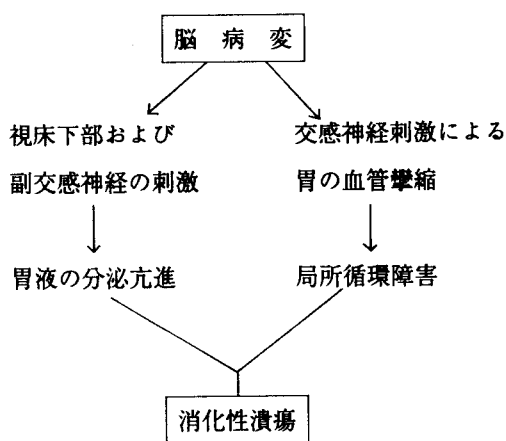
## 3階西病棟

○岡崎 ゆか      新居 美智子      三谷 美喜子  
中山 文代      川村 節子      国見 ゆり  
山中 なぎさ      上田 富美

### I はじめに

重篤な脳病変に合併する上部消化管出血は、クッシング潰瘍といわれ、1932年、クッシングにより発表されて以来注目されてきた。これは、救命医療や、外科的治療の進歩と共に増加しており、脳外科領域において、重篤な合併症の一つとして、問題となっている。近年、制酸剤、胃粘膜保護剤の開発はされてきてはいるが、完全な治療法は確立されておらず、早期発見、早期治療が最も重要であるといわれている。

図1 脳病変に起因する消化管出血の発生機序



そこで、私たちは、特に集中ケアを要する術後患者に注目し、開頭術102例について検討した。その結果、102例の看護過程より得たものを基に、早期発見、予防にむけて、適切な看護を行なうため、看護基準を作成したので報告します。

### II 対象及び方法

昭和56年10月から、昭和59年11月までに開頭術を受けた102例を対象とした。内訳は、脳腫瘍54例、脳動脈瘤など脳血管障害48例であった。なお、脳腫瘍の中には、

脳出血、梗塞を起こした例があることを加えておく。

方法とし、まず以下の点について調査した。

1. 消化管出血の発生率及び死亡率
2. 意識レベル
3. ステロイド剤使用の有無
4. 既往疾患との関連性
5. 消化管出血発生の術後病日
6. その他、看護上で気付いた点

図2 調査項目

1. 消化管出血の発生率及び死亡率
2. 意識レベル
3. ステロイド剤使用の有無
4. 既往疾患との関連性
5. 消化管出血発生の術後病日
6. その他、看護上で気付いた点

消化管出血の判定は、

1. 吐物及び胃チューブからの肉眼的出血がある。又は、試験紙の潜血反応が陽性である。
2. 便潜血反応が陽性である。又は下血がある。

意識レベルについては、3-3-9度方式を用いた。

次に、看護基準をどのようにまとめていくかについて検討した。

### Ⅲ 結果

まず、調査項目については、次のような結果を得た。

#### 1. 消化管出血発生率及び死亡率

102症例における消化管出血発生率は、22.5%であり、丹羽らの報告による11%に比べ高率であった。そして、その発生中の死亡率は47.8%を占めている。疾患別で比較すると、脳動脈瘤など脳血管障害が51%であり、病変部位は、視床下部周辺に多かった。

#### 2. 意識レベル

消化管出血発生時の意識レベルを比較すると、Ⅲ桁の意識障害69.4%、Ⅱ桁17.5%、Ⅰ桁13.1%であり、意識障害の程度が強い程、頻度が高くなっている。

#### 3. ステロイド剤使用の有無

外科的侵襲が強く加わり、術後も意識障害が続く例は、ステロイド剤も多量に使用されている。

#### 4. 既往疾患との関連性

胃潰瘍など、消化器疾患の既往がある患者のうち、出血を起こした例は意識レベルⅡからⅢ桁に多かった。

#### 5. 消化管出血発生の術後病日

意識障害が続く患者では、7日前後に胃チューブが挿入され、出血を知る例が多かった。

#### 6. 看護上気付いた点

消化管出血に対する意識が薄く、胃液の観察方法、時間が一定していないなど、胃チューブ挿入患者に対する手技が徹底していなかった。

また、看護基準のまとめ方であるが、当病棟には、看護基準の中に、「開頭術を受ける患者の看護」の項目がある。これに上記で得られた結果を加え、基準の作成を試みた。

### Ⅳ 考 察

私たちは、開頭術を受けた102例について検討し、術後消化管出血は頻度の高い合併症の一つであることを認識した。そして、調査結果から、術後消化管出血を起こしやすいのは、

1. 意識障害Ⅲ桁の患者
2. 視床下部周辺に障害のある患者
3. 胃潰瘍など、消化器疾患の既往がある患者
4. ステロイド剤を多量に使用している患者

であることがわかった。

まず、意識障害の程度が強い程多く発生している点を考えると、脳血流及び全身の循環動態を管理し、脳虚血を予防することが必要である。主な観察点として、1)バイタルサイン、2)意識レベルの推移、3)神経症状、4)頭蓋内圧亢進症状、5)その他一般状態があげられる。また、脳血流を改善するものとして、体位や輸液の

#### 図3 観 察

1. 全身状態
  - 1) バイタルサイン、他一般状態
  - 2) 腹部症状
  - 3) 胃液、排便
  - 4) 水分出納のチェック
2. 意識レベル (3. 3. 9度方式)
3. 脳病変の部位とその程度
4. 検査データ
5. 既往疾患の有無
6. ステロイド剤の使用量

管理等も大切である。

クッシング潰瘍は、視床下部を中心とした交感神経、副交感神経系の障害が、消化管出血発生に大きな影響を与えているといわれている。これを、調査結果からも確認し、脳病変の部位や程度を把握して、看護を行なう必要があると考えた。

また、ステロイド剤使用の有無、既往疾患との関連性も予測をもった看護をするために必要な観察項目であることは、丹羽らによっても報告されている。そして、外からのストレスを最小限にし、精神的安静を図ることも術後管理上留意しなければならない。

消化管出血は、術後7日以降に多く発生しているが、これは意識障害のある患者については、流動食開始時期に胃チューブを挿入し出血を知る例が多かったためと、脳動脈瘤については、脳血管攣縮の時期に相当するためと考えられる。現在は、意識レベルが悪い症例は早期に胃チューブが挿入されている。

また、早期発見の方法として、胃液の酸度や潜血反応の測定が考えられている。

図 4

制酸薬と薬法

胃液潜血反応	胃液酸度	観察時間	マーロックス 使用量
反応に 関係なし	pH 6 ↓	30分毎	40ml
	pH 6 ↑	60分毎	40ml
	pH 7 ↓	60分毎	40ml
	pH 7 ↑	2時間毎	40ml
陽 性	pH 7 ↑ 又は同じ	2時間毎	40ml
陰 性	pH 7 ↑ 又は同じ	4時間毎	40ml

現状では、胃チューブから胃液が吸引できない場合や、制酸剤そのものが吸引される場合など、どのように取り扱うかは看護婦の判断にまかされていた。しかし、正確な測定をするためには、統一した手技でなければならない。この点を検討し、注意点としてまとめた。測定の間隔については、医師側から指示が出されたので、現在は医師の基準にそって観察している。

## 図5 制酸薬と薬時の注意点

### 1. 胃液の観察

#### 1) 吸引できる場合

①できるだけ量を前吸引する。

(胃粘膜を傷つけないよう無理には吸引しない)

②前吸引した胃液は、すみやかに pH, 潜血の有無を観察する。

#### 2) 吸引できない場合

①生理食塩水を20ml入れて吸引する。

②pH測定できなかった場合、マーロックスは注入する。

### 2. マーロックス注入に関して

1) 胃内容を空にしてから注入する。

2) 他の薬剤といっしょに注入する場合は、他の薬剤を先に注入する。

3) マーロックス注入後は、必ず白湯を通しておく。(最低15ml)

### 3. マーロックス注入後の胃チューブの取扱いについて

1) 最低15分間はクランプする。

2) 通常は、次の注入までクランプとする。

## V おわりに

脳病変に合併する消化管出血については、種々の文献で報告されているが、私たちは、今回開頭術例患者を分析し、これらのことを再認識することができた。

特に、意識障害の強い例に多く、その看護は、看護側の予測をもった観察が必要であることを学んだ。

そして、その一段階として、看護基準を作成した。これを活用し、内容の充実を図れるよう研鑽をつんでゆきたい。

## VI 主要参考文献

- 1) 金谷春之, 大内忠雄: 出血性疾患の外科治療, 外科 MOOK, No32, 1983
- 2) 丹羽桜子他: NCU における開頭術後の消化管出血の現状 (NCU 開設1300例を通して), S 58年, 脳神経外科看護研究会, 東京発表用原稿
- 3) 松村雅彦他: 中枢性消化管出血に対する局所用トロンビンの効果について, 新薬と臨床, 第33巻11号, S 59年11月

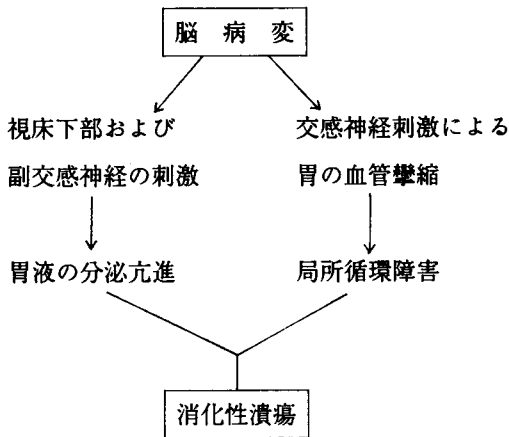
4) 田辺貴丸他：脳血管手術の術前術後管理について，看護技術1984年8月，VOL 3，No11

(昭和60年3月17日高知市にて開催の第18回四国脳卒中研究会にて発表)

## 参考資料

### 脳外科における消化管患者の看護

#### I. 脳病変に起因する消化管出血の発生機序



#### II. 観察

##### 1. 全身状態

- 1) バイタルサイン他一般状態（顔色，冷汗，末消冷感，チアノーゼ）
- 2) 腹部症状（排ガス，腸蠕動音の有無，腹部膨満，膨隆等）
- 3) 胃液（性状，潜血，PH等）  
排便（性状，潜血等）

##### 2. 意識レベル（3. 3. 9度方式）

##### 3. 脳病変の部位とその程度（術式，病名，CT所見）

##### 4. 検査値の把握

##### 5. 既往疾患の有無（消化器系，出血性疾患等）

##### 6. ステロイド剤の使用量

#### III. 安静

1. 環境の調査（面会人の制限，騒音等）

## 2. 精神面への援助

3. 必要時は、抑制帯を用い安静を保持する。

## IV. 体位

1. ベッドアップに関しては、医師の指示に従う。

2. 急激な動作はさけて安楽な体位とする。

## V. 輸液の管理

指示された薬剤の正確な与薬

(脳血流改善剤, 止血剤, 制酸剤等)

## VI. 処置

### 1. 制酸薬与薬法

胃液潜血反応	胃液酸度	観察時間	マーロックス 使用量
反応に 関係なし	pH 6 ↓	30分毎	40ml
	pH 6 ↑	60分毎	40ml
	pH 7 ↓	60分毎	40ml
	pH 7 ↑	2時間毎	40ml
陽性	pH 7 ↑ 又は同じ	2時間毎	40ml
陰性	pH 7 ↑ 又は同じ	4時間毎	40ml

### 2. 制酸薬与薬時の注意点

1) 他の薬剤といっしょに注入する場合は内服薬を先に注入する。

2) 胃チューブより胃内容を吸引できない場合

①生食を20ml入れて吸引する。

②胃粘膜を傷つけないよう無理には吸引はしない。

③PH測定できなかった場合はマーロックスは注入する。

3) 胃チューブよりマーロックスそのものが吸引される場合30~40ml胃内容を吸引してPHをチェックする。

4) 薬剤注入前にはできるだけ量を前吸引し胃内容を空にした上でマーロックスを注入する。

5) マーロックス注入後の胃チューブの取り扱いについて最低15分間はクランプする。通常は次回の注入までクランプとする。