

頰椎疾患患者の術前オリエンテーションの検討

—術後の症例を通して—

5階東病棟

中山 みゆき 岩村 志津子 山本 里代

○多場 真弓 秋山 佳代

I はじめに

頰椎は可動域が広く、構築的にも不安定である。手術の際には、脊髄や神経根の近くを操作しており、術後の安静の如何によっては、症状の悪化や生命の危険を伴うことにもなる。その為術後、頰部の安静は重要であり、軟部組織が安定する約2～3週間という間、頰の両側を砂のうで固定し、仰臥位で過ごさなければならない。自由に体位を変える事が出来ない状態で長期間過ごす事は、患者にとって非常に苦痛であり、安静を保持する事は大変な努力を要する。予測し得る術後の問題点に対し、術前から適切な指導、援助を行わなければならない。今回、当病棟で手術を受けた患者4例に行ったオリエンテーションの内容と看護婦の指導方法について検討した。

II 研究目的

頰椎疾患患者の症例を通し、術前オリエンテーションの指導方法について考え、内容を充実させ、指導要項を作成する。

III 研究内容

研究期間：昭和60年9月上旬～11月下旬

方法及び対象

- 1) 今まで頰椎疾患患者に対し行っていた術前オリエンテーションを文章化し、〈頰の手術を受けられる方へ〉と題するパンフレットを作成する。(資料1)
- 2) 上期期間中に頰椎手術を受けた患者4例に対し、パンフレットを用いて術前練習を行う。
- 3) 手術3日前には、各科共通の一般の術前オリエンテーションを行う。

4) 症例紹介 (資料2)

Ⅳ 結果及び考察

今までの術後の問題点として、①仰臥位安静が守れない (不眠等のため) ②排泄困難③仰臥位による洗面, 食事, 含嗽等の困難④排痰困難⑤筋力低下等があげられた。

今回4症例の術後の経過から術前練習の指導上問題となった項目は、臥床, 深呼吸, 排痰, 含嗽, 運動等であり, 指導内容が不十分と思われた。

〈臥床について〉

術後の安静の必要性は、患者自身感じており、個々の差はあるが臥床練習に対する受け入れは良く、A, B, C氏は積極的に練習する姿がみられた。しかし、D氏はこれまで手術の経験があり、術後の経過を軽視して、術前オリエンテーションで練習を促しても本人の協力が得られなかった。術後は臥床の苦痛に耐えられず側臥位をとる事もあった。また、A氏は術前より練習も積極的に行っていた。しかし、神経質な面があり、術後は頸部の安静に対する緊張が強く、良眠が得られなかった。術後2日目に無意識に、自力で側臥位をとってしまった。このことより、術前練習が充分であっても、術後は性格的条件も大きく関係する事があり、術前より患者個々の性格を充分理解し、術前オリエンテーションを行う必要がある。また、術後熟睡できにくく、ストレスが溜まり側臥位をとる事も多いので、医師の指示のもとに睡眠剤等の使用により、熟睡させる事も必要である。頸椎の術後では、家族が付き添う場合もあり、家族による患者への精神面の支えが、患者の心の開放にもなる事から、家族を交えた術前オリエンテーションを行う事が望ましい。

〈深呼吸, 排痰について〉

B氏は、術前より肺機能が69.1%vcと低値であり、軽い肺気腫を指摘されている。手術前3日前より吸引瓶を利用した呼吸訓練を行ったが、術後呼吸苦及び排痰困難があり、ネブライザー等を用いなければならなかった。患者からは「喉が痛い」「胸が押さえられる様で息ができない」という訴えがあった。これは、術後の体位によるもの及び、術中の麻酔操作による咽頭部への刺激、麻酔による肺

機能への影響が考えられる。また、頸椎3～5を操作している事より、術後組織の浮腫による横隔膜神経への影響等が考えられる。この症例以外でも、頸部の手術では一般的に手術時間が約7時間と長く、一時的な呼吸機能低下をもたらす。この事より、頸椎疾患患者では、特に術前の呼吸練習が大切であるといえる。

〈食事について〉

術前練習に応じたのは、B、C氏であり、2例共に家族を交えての指導を希望するなど積極的に試みていたが、手指の巧緻障害が強くスプーンや鏡をうまく使用することができず、じれったさに頭を持ち上げてしまう事が多かった。この事を考慮し、術後は強いて食事の自己摂取を促す事はせず、本人の意志にまかせ、希望により臥床期間中は介助を行った。A氏は、手指の障害が軽い事から術後自己摂取を試みさせたところ、うまく行えた。この事は、術後安静が守れず不安に陥っていたA氏にとって、精神的効果も大きく、気分転換を図るきっかけとなった。食事に関しては、手指の障害の程度が大きく関係しており、各個人の能力に応じ食器などを考慮し指導する必要がある。また、B、C氏のように、積極的な態度で術前練習に応じていても、高齢者では鏡を使って細かい動作をするという巧緻性に乏しく、自分で充分食事をするまでにはいたらず、結果的には介助を要した。

〈含嗽について〉

看護婦は、術前練習において説明を行い声かけをするだけであった。その為に、術後は口角から水を流し出す事が難しく、吹き出したり、飲み込んだりする例が多く、結果的に含嗽を嫌がる事となった。この事より、術前のオリエンテーションが充分ではなかったと思われる。

〈運動について〉

術前には4例共あまり関心を示さず、積極的に運動を行おうとはしなかった。その原因は、術前の安静度が比較的自由であり、術後の運動の必要性を感じていないのではないかと思われた。しかし、術後早期から行う運動は、筋力保持、血行改善、関節拘縮予防等の目的の他に、術後の拘禁状態からの開放の効果もあり、術後は患者自ら運動を実施した。

V まとめ

頸椎手術を受ける患者のオリエンテーション用紙を作成し、4例の頸椎手術を受けた患者に使用し、看護婦の指導のあり方を検討した。その結果、看護婦間での統一したレベルでの指導が必要である事、オリエンテーション用紙の一つ一つの項目を説明するだけでなく、患者の個別性をふまえた具体的な練習の指導が大切である事を再認識した。今後、指導内容の充実及び、看護婦間の指導レベルの統一を図る必要があると考え、前記の結果から看護婦の指導する要項を作成した。(資料3)

VI おわりに

今後、指導要項にそって指導を進めていき、術後の長期臥床期間を心身共に安楽に過ごす事が出来る様に、精神面を含めたオリエンテーション要項を充実していきたいと思う。

〈参考文献〉

- 1) 津山直一他：総合リハビリテーション，医学書院，8，1980。
- 2) 中山知雄：解剖学，メヂカルフレンド社，1980。
- 3) 浅野達雄：理学療法と作業療法，頸椎手術後の理学療法，11，1980。
- 4) 金子光編集：成人看護学整形外科編，真興交易医書出版部，1985。
- 5) 益子秀子他：術前オリエンテーションの評価，四大学看護学研究会雑誌，29-39，1981。

資料1

〈頸の手術を受けられる方へ〉

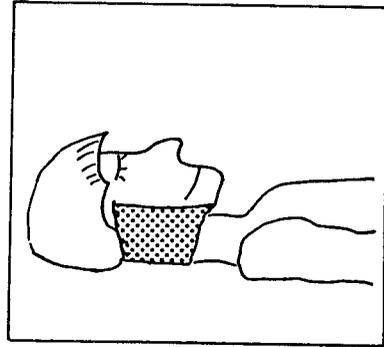
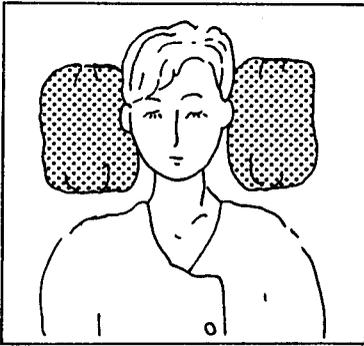
頸の手術後は、2～3週間という長い期間を仰向けで過ごさなければなりません。治療を理解して頂き、少しでも苦痛を和らげて頂くために以下のパンフレットを参考に頑張って下さい。

★入院から手術まで

手術前

頸の安静を守るため手術後は枕はせず、頸が動かないように頭の両側に砂袋を置いて寝ることになります。そのために手術までに次の練習をしておきましょう。

●寝る練習



●排尿・排便の練習

寝たままでも排尿できるよう少なくとも2回以上は練習して下さい。

●うがいの練習

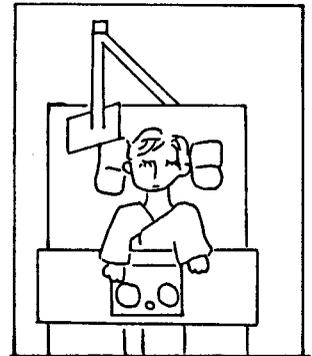
うがい盆を頸の横にあて、ゆっくりと流すように吐き出します。

●鏡を使ってテレビを見たり、装具をつけたりします。

●食事の練習

オーバーテーブルに膳をのせ、鏡を使って食べます。

フォークやスプーン、曲がりストロー等があれば便利です。



●呼吸練習

- ① 仰向けに膝を曲げて寝る。
- ② 胸とおへその上に手を置く。
- ③ 胸の上の手が動かず、お腹の上の手が動くよう深呼吸する。



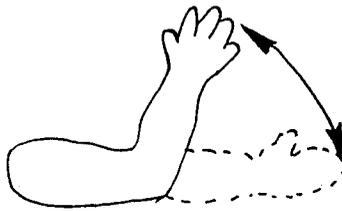
(大きく息を吸い込みゆっくり吐き出す)

- 痰はお腹に手を当て力を入れて一気に出しましょう。
- 煙草はひかえ手術前3日間は絶対禁煙しましょう。
- 手術前より手術後の筋力低下を防ぐため、下記の運動を行いましょう。

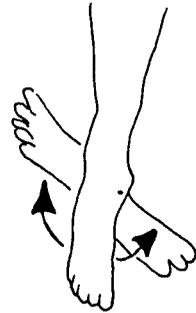
① ボール握り



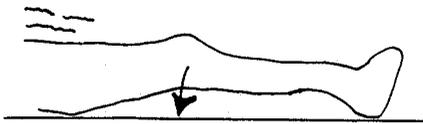
② 肘の曲げ伸ばし



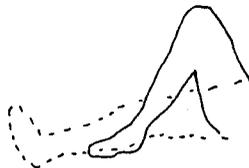
③ 足首を動かす



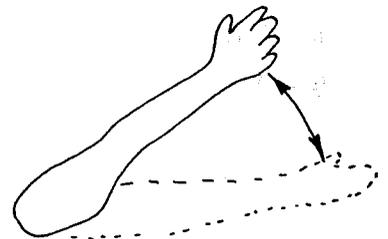
④ 膝をベッドに押し付ける



⑤ 膝の曲げ伸ばし



⑥ 腕の上げ下げ



手術後

●手術後、絶対にしてはいけない事

- ①自分で勝手に横向く事
- ②大きくうなづく事
- ③頭を持ち上げる事

●手術後は腸の運動が低下するのでお腹の動きが悪くなります。許可が出るまで飲んだり食べたりしないで下さい。

●適度な運動は循環を良くし、離床後のめまいやふらつきを防ぐこととなります。手術前に行っていた運動を、手術後1日目から始め、徐々に回数を増やして行いましょう。

例：1日目 ①の運動20回、2日目 毎食後、①②の運動各20回

●腰は軽く浮かす程度にして下さい。また、重りを持ったの運動は避けましょう。

●抜糸は手術後10日目頃の予定です。

2～3週間して装具をつけて起き上がることができます。

●装具のつけ方は医師が指導しますので、正しく覚えてしっかり装着しましょう。

●起き上がる時は装具をしっかりつけてから横になり、ベッドから足をたらして、ベッド柵につかまり、ゆっくり起き上がって下さい。

●装具をつけたままでシャワー浴ができます。

●骨が固定できるまでの約3ヶ月間は、装具の装着が必要です。

※わからない事がありましたら、看護婦に申し出て下さい。

資料2 患者紹介

氏名	年齢	性別	性格	疾患名	術式	機能障害	経過
A 氏	51 才	男	几帳面 神経質	頚椎症性 神経根症	前方除圧 固定術 (C ₅₋₆ , C ₆₋₇)	右前腕筋力低下(筋力3+)と右第1, 2指しびれ及び軽い運動障害がある。ADLには支障なし。	術後、緊張過度な面があり、良眠得られず2回無意識に側臥位をとる。幸い症状の悪化はみとめなかった。食事を自己摂取させ、気分転換に効果あり。
B 氏	74 才	女	明るく楽天的であるが、他人への依存心が強い。	頚椎症性 頸髄症 軽い肺気腫 69.1% _{VC}	頚椎々弓 切除術 (C _{3,4,5} , 6,7) 頚椎前方 除圧固定術 (C ₄₋₅) 骨移植術	頚椎3以下のレベル全身にしびれがあり(8/10)、右手で箸を用いて食事できるがぎこちない。左手は細かい作業ができない。下肢筋力の低下がみられ平地歩行でも杖または支持を必要とする。	上肢の巧緻動作に障害あり、練習中に食事摂取が上手に行えず、術後も介助をする。周囲の者とよく話しており、術後特にイライラも認めず安静は守れていた。軽い肺気腫があり、術前より病棟で工夫した肺呼吸練習をしたが、痰の咯出困難、呼吸苦がみられた。
C 氏	69 才	男	明るく順応性がある。気が小さい	頚椎症性 頸髄症 頚椎症性 神経根症	頚椎前方 除圧固定術 (C _{3-4,4-5} , 5-6,6-7)	右上肢筋力の低下及び右肩関節の硬縮あり。 右第4, 5指完全伸展不可、食事はスプーンにて摂取可能。	本人の希望あり家人と共に術前オリエンテーションに協力的。右手障害の為、食事介助する。難聴があり、説明を頻回に行った。
D 氏	52 才	女	話し好き。できることはやろうとするが、自己中心的な面がある。	RA 頚椎症性 頸髄症 環軸椎脱臼	頚椎前方 固定術 (C ₆₋₇) 頚椎後方 固定術 (C ₁₋₂ , C ₆₋₇) 骨移植術	四肢知覚鈍麻あり。(左上腕5/10, 右前腕~手尖3/10, 左下腿前面~足尖知覚鈍麻5/10) 諸関節の変形、拘縮強直及び下顎、頚椎左肘関節の脱臼がある。手先の細かい作業はできないが、スプーンを用いて食事は摂取可能。	術前から“手術は大したことない”と言い、術前練習を拒否する。オリエンテーションも充分聞こうとしなかった。術後苦痛に耐えられず自分で側臥位をとる。しばらく頻回に体位変換施行する。食事は鏡を使ってスプーンを用い自分でできる。

資料 3

〈頸椎疾患患者 術前オリエンテーション指導要項〉

項 目	患 者 へ の 説 明	指 導 法
臥 床	手術後は創が安定するまで約2～3週間仰向けで寝る必要があります。手術後の雰囲気をつかみ、寝る事に慣れるために頭の両側に、砂のうをおいて寝る練習をしましょう。頸が固定できておれば手足は自由に動かしても構いません。砂のうの位置は看護婦が説明します。周囲が見えるように枕元に鏡を取り付けますので鏡を通して見る事に慣れましょう。	バスタオル1枚、頸部用砂のう4個を準備し患者の所に持っていく。枕を除去し四つ折りのバスタオルを頭部に敷く。患者を臥床させ、両耳を圧迫しない程度に、両側に砂のうを2段重ねで置き、頭頂部で固定する。Bed上部の欄にペーシェントミラーを取り付け、患者の見やすいように自分で角度を調節させる。
体 位 変 換	手術後は創のガーゼを換えたり、背中を拭く時に1回/日医師と共に横を向きます。その時は、頸に力を入れないよう、指示に従ってゆっくりと向くようにして下さい。頸部の安静は最も重要ですので絶対に1人で横に向いてはいけません。手術後は必ず医師の介助で行います。	砂のう固定をした状態で仰臥位をとらず。側臥位をとる方向に看護婦は立ち、砂のうを肩の高さに調整し、医師が頭部を支え、看護婦が肩と腰を支え、ゆっくりと体変する。その際必ず、向く側のBed欄を取り付け、側臥位をとっている間、患者に欄につかまらせる。もとに戻る時は、前述と同様にしっかりと支え、ゆっくりと戻す。頸が前屈したり、後屈したりしないように注意する。
便器・尿器の使用 (床上排泄)	手術後は2～3週間という間、仰臥位で過ごさなければなりません。ですから、お小水や、お通じはBedの上で寝ているままでしなければなりません。今までの習慣でトイレでないと出ない、また便器をあてて周囲から漏れてしまうのではないかなど不安や、麻酔の影響や創の痛みのためにお腹に力が入らない等で、なかなか出にくいものです。経験がない方が多いと思いますので、便器のあて方は看護婦が指導します。寝ているままでのお小水やお通じは難しいので、上手に出来るようになるまで、何回も練習しておいて下さい。	Bedには、ビニールシート・横シートを敷いておく。最初は看護婦が便尿器をあてがい、排泄が済んだらナースコールを押すよう指導する。スムーズにゆかない時は気分を換えて、次の機会を待つよう指導したりする。スムーズに排泄がゆけば、あとはセルフトレーニングを繰り返させ自信をつけるようにする。後始末の指導もきちんと行う。手術前であり同室者に対する羞恥心も強く、機会を逃す事が多いので積極的に指導する。羞恥心に対する配慮を忘れない。
含 嗽	全身麻酔で手術を受けると、口の中が乾燥し長い時間水も飲めませんから、不潔で、また傷つきやすい状態となります。ですから麻酔が醒め次第うがいをし、口の中をきれいにして感染を防ぎ、また気分的にもさっぱりとさせましょう。うがいは麻酔が充分醒めてから、必ず、看護婦が手伝いながらします。頭を横に向けることができまませんので、仰向けのまま口を少し開けて、口の端からゆっくりと流し出すようにしましょう。必ず仰向けでうがい出来るように練習をしておきましょう。	患者を仰臥させ吸いのみで水を含ませる。“ブクブク”とゆすがせガーグルベースを頬にあて、口角より水を全部きれいに流れ出させる。“ガラガラ”とゆすがせないこと。口の中に水を残さないこと。少量でも残ればガーゼで拭き取る。術後創部のない方で行うよう、左右練習しておくとい。また同じ方法で歯みがきも行うことを話しておく。

食 事	<p>仰向けで食事をするのは容易なことではありません。食べ物のがのどにつかえたり、むせこんだりしないか、あるいは創口が心配になる人もいます。まず、最初仰向けで水を飲んだり、たべるということから慣れ、次に鏡を使い、フォーク、スプーンなどを利用し自分で食事出来るように練習しましょう。</p>	<p>患者に仰臥位をとらせ、オーバーテーブルの上に膳を用意し胸元に準備する。こぼれても構わないように、タオルを胸元にかける。枕元の鏡を自分で調節し、スプーンやフォーク、食べ物の位置を確認させる。巧緻障害のある患者には介助を要するが、出来るだけ自分で摂取出来るようにもっていく。食べにくい魚はほぐしたり、大きな物は食べやすく切るなどの細かな配慮が大切となる。</p>
深 呼 吸	<p>手術後は麻酔を早く醒ますように深呼吸をして下さい。全身麻酔の充分醒めない時期には、肺がふくらまないの、酸素を充分取り込めず、また、ふだんは自然に出てくる痰も、気管支にたまりやすくなります。手術後は、意識的に深い息をして肺を充分にふくらませ、充分酸素を取り込み、痰の出を良くする助けをしましょう。</p>	<p>患者を仰臥させ、前胸部あるいは腹部に患者自身または看護婦の手を当て、胸部や腹部の動きを意識させる。呼気・吸気時にそれぞれに手に力を加え、より充分に深い呼吸が出来るようにする。胸式・腹式の両方を指導し、術後やりやすい方法を実施すればよい事を知らせる。老人や肺機能低下のある患者には、早くからイドセップ等を使い練習させる。</p>
咳 ・ 咯 痰	<p>深呼吸のところで話したように、痰がたまることにより、肺炎等になるおそれがあり、全身麻酔後、肺の動きが鈍くなっている時には、非常に痰がたまりやすくなっています。手術後の創の痛みや疲労のために、大きな咳をしたり、深い息をする事はなかなか難しいものです。しかし、肺炎防止のためには、少々の痛みは我慢して痰を出すことに努めなければなりません。そこで寝たまま咳をし、痰を出す練習をやっておきましょう。</p>	<p>患者を仰臥させ、術創（採骨部）があると仮定し、その両脇より手で押さえるようにして大きく息を吸って咳をさせる。痰はチリ紙で取り、出来る限り嚥下しないように言う。また、出にくい痰に対してはネブライザー等、方法のあることを加えておく。</p>
運 動	<p>Bed上で長く過ごす、運動不足によって身体の機能が衰えてきます。また、何もせずに寝たまましているとストレスがたまり、イライラしてきます。それらを防ぐために術前から、リハビリも兼ねて各運動を行います。手術前は毎食後約20回を目安として行い、手術後は1日目より始めましょう。</p>	<p>各運動の図を見せ、実際に看護婦がやってみせる。患者に自分で行わせ、不十分な点は再度わかりやすく指導する。</p> <p>* 効 果</p> <ul style="list-style-type: none"> 関節拘縮予防 筋力低下防止 ストレス解消 末梢循環改善