

10. A-Cバイパス術の看護基準作成にあたり

—術前オリエンテーションと リハビリテーションを考える—

4 階東病棟

藤丸香代子	川村和子	南郷初江
○釣井美枝	斉藤孝子	原敏江
有瀬和美	田中啓美	村井真弓
市川美弥	時久三紀子	山中薫子
大石長美	中屋康子	山中博子
川崎美晴	鍋島曜子	

I はじめに

近年人口の高齢化・食生活・各種ストレス・生活様式・喫煙等，種々の要因により，虚血性心疾患は増加の傾向にあり，応じてA-Cバイパス施行患者も増えてきている。

当第2外科病棟に於いても，昭和57年9月よりA-Cバイパス術開始となり，ここ一年間の心臓手術（46件）中25%を占める。このような中で，患者に対する援助はますます必要となってきた。心臓手術となると，患者に与える精神的圧迫が大きく，不安はおしはかれないものと思われる。加えて，動脈硬化，心不全などの合併症を持った者が多く，リスクも高くなる。そこで，患者が手術を受容，理解できるように援助し，手術が円滑に行える様に看護基準を作成した。各病棟に配布した「A-Cバイパス術を受ける患者の看護」を参考とし，特に患者アプローチに重要な術前オリエンテーション及びリハビリテーションについて発表する。

II 方法

1. 期間：昭和58年9月1日～同年11月中旬
2. 対象：A-Cバイパス適応患者

3. 作成過程

① 術前オリエンテーション

本院術前オリエンテーション用紙を症例毎に検討し、各原案（第1～第3）を、3症例に実施作成。

② リハビリテーション

過去の症例と、他院のリハビリテーションプログラムを参考に、医師と相談の上プログラムを作成。

Ⅲ 本 論

1. 術前オリエンテーション用紙作成について、術前オリエンテーションを実施するにあたって、“当院の手術を受けられる方へ”のパンフレットを手術1週間前より使用開始した。そのパンフレットには、心臓手術独自のものが含まれておらず、当科の第1原案を作成した。第1原案では、深呼吸の具体化と感染防止の為に剃毛後のブラッシング、病棟回復室の見学などをおり込んだ。しかし、看護婦側の指導内容が統一されておらず、具体性にかけており、図示化と必要性を加えて第2原案を作成し、患者指導にあたったが、くわしすぎる為、患者の不安を増強させるのではないかと推測し、第3原案を作成した。（資料1，2参照）

術前オリエンテーションで重要なことは、患者自身がその内容を理解し、手術に対する不安を少しでも軽減できるものでなくてはならない。入院時より患者の理解力を認識し、個人にあった具体的な指導が必要となる。その為にも日常よりコミュニケーションを保ち患者とスタッフ間の信頼関係を確立したのちに看護側からの一方的な指導ではなく、患者との同時進行を心がけなければならない。しかし、早期よりオリエンテーションを開始するとかえって患者を神経質にさせ、不安を増すのではないかと考えられるケースもあり、個人指導の難しさを感じさせられた。

今回取り上げたバイパス適応患者には、呼吸、排痰、体位等、実際の指導を行い、術前よりマスターしておくことによって術後の回復に影響をもたらず点が多い為、看護婦側では今後オリエンテーションに重点を置き、実施検討を加

えていくことが重要である。作成した術前オリエンテーション用紙は項目別にまとめてあり、専門用語を避け図示する等わかりやすい方法を取り、また特に不安な術後についても若干の説明を加えることができた。今回は特に家族指導の統一まで目を向けられなかったが、その必要性は大であり、今後の課題として取り上げていく必要があると思われる。

2. リハビリテーションプログラム作成（資料3参照）

心臓手術後のリハビリテーションとしての運動は局所的なものではなく、心臓ないしは循環系に対して負担をかける意味での運動であり、特にA-Cバイパスの手術後では、全身機能の早期回復に加えて冠動脈血流量を増すという利点が重視されている。そこで私達は、早期からの心臓への負荷と運動内容の統一をはかりスムーズに取り組むために、日常生活動作などを取り入れたスケジュールを作成した。

看護婦側としては、このプログラムはあくまでも目安であり、リハビリテーションが患者に過大の心負荷となり逆効果をまねく事も考えると、不安の中で患者を指導することにもなりかねない。そのため、患者の個人差を知る上で、

- ① 閉塞を起こしている部位とその程度、梗塞の既往の有無
- ② 術後完全な血行再建がなされたのか否か
- ③ 合併症の有無とその程度
- ④ 術後の主な経過

等の状態を充分把握しておく事が原則である。

実施に際しては、

<リハビリテーションを行う時間帯として>

- ① 冠動脈の攣縮を起こしやすい早朝はさける。
- ② 心筋酸素消費量が増す食後2時間以内はさける。

<運動量として>

- ① 運動終了後10分経っても心拍数が安静時心拍数の3～4割以上あるとき
- ② 疲れが翌日まで残る運動量

などを過剰な量と判断できる基準としている。これらを客観的に把握するため

に、リハビリテーション施行前後のバイタルサインのチェック、一般状態の観察、モニター装着による監視及び特に心負荷の強いと思われる歩行開始、入浴開始の時期には心電図をとることにした。患者側としては、不安や創痛もあり、どうしても消極的になりがちであったが、その必要性を説明し励ます事により、病棟内を歩行できる頃には、患者自身も体力の回復を自覚し、自信を持ち始め、精神面においてもリハビリテーションの進行は大きなささえとなったと思われる。

現時点では、このリハビリテーションの成果あるいは心臓への負荷の度合いを科学的、医学的に分析するところまでは至っていないが、今後はこのプログラムに加え、トレッドミル、マスター法等による心電図上の変化を追跡し、なお確実なものにしていく必要があり、今後の課題としたいと思う。

IV おわりに

今回看護基準作成にあたり、患者へのアプローチの中で最も重要でかつ大きな位置を占める術前オリエンテーションとリハビリテーションについて検討してきた。術前オリエンテーション、リハビリテーションを相互に置きその効果は徐々にあがってきている。これから当院第2外科病棟においても、A-Cバイパス術症例はますます増えるものであり、術前オリエンテーション及びリハビリテーションを含めた看護基準の充実は尚一層重要になってくる。現時点ではまだ検討の段階であり、これを最終的な看護基準とするにはまだ未熟であり、今後研鑽が必要である。

最後に、この看護基準作成にあたり、御多忙中にもかかわらず、御協力下さいました第2外科諸先生方に、厚く御礼申し上げます。

< 参考資料 >

- 1) 日野原重明監修，西崎統他編集：ナースのための薬剤ハンドブック．医学書院，東京，1982．
- 2) 中江純夫，中村恵子：ベットサイドナーシング心臓外科．医学書院，東京，1982．

- 3) 森本和人他：心臓外科チームの為の患者管理の実際。メディカルサイエンス
インターナショナル 医学書院，1979.
- 4) 道場信孝，波多野義郎著：心臓病と運動。朝倉書店，東京，1983.
- 5) 和田寿郎，中島由美子：心臓外科の専門看護。メディカルフレンド社，東京，
1979.
- 6) 吉利和，戸嶋裕徳：狭心症，心筋梗塞ハンドブック。メディカルフレンド社，
1980.
- 7) 佐藤充男，茅稽二他：ICU看護技術。第2版，医学書院，1983.
- 8) 4階西病棟：看護基準第2外科。高知医科大学医学部附属病院看護部，1981.
- 9) ICUとCCU，心臓手術と術後管理：Vol. 5，6月号，医学図書出版株
式会社，1981.
- 10) 国立循環器病センター看護婦自治会：国立循環器病センター看護業績集，創
刊号，1979.
- 11) 同上，第2号，1980.
- 12) 心筋梗塞の外科治療と看護，Vol. 27，No. 16，メディカルフレンド社，
1981.

資料 1

心臓の手術を受けられる方へ

1. _____ 様の手術は、()月()日()曜日、()時()分からの予定です。麻酔は()麻酔で行います。
2. 手術前日までの準備
 - 1) 手術に必要な次の物品を用意して下さい。
 - ・腹帯… 3枚 ・ティッシュペーパー ・目盛り付吸いのみ ・T字帯… 3枚
 - ・紙オムツ（手術後必要時には、言いますので買って下さい）()月()日には、腹帯、T字帯を各2枚ずつ詰所に持って来て下さい。
 - 2) 今日からベッド上で、次の練習をしておきましょう。
 - ① 個人衛生（日常生活）
 - ・うがい，手洗い，はみがき
 - ・入浴後の保温
 - ・傷をつくらない
 - ・爪切り，散髪
 - ② 排尿，排便の練習
上手にできるように何度も練習して下さい。出たあとは、看護婦に報告して下さい。
 - ③ 呼吸練習
 - ・深呼吸…腹式
 - ・痰の出し方 咳の仕方
 - ・寝たままでのうがいの仕方
 - ④ 手術後の体位
 - ・あお向けで寝る練習
 - ・身体を動かすコツ
 - 3) その他
 - ・禁煙は守られていますか。
 - ・輸血については、医師より説明があります。

・付添いがかかる場合は、手続きがいきます。

・手術承諾書には、印鑑がいきます。

3. 手術前日

1) 手術準備がありますから、出来るだけお部屋にいる様にして下さい。

2) 消毒を完全にする為に手術部位の毛ぞりをします。

その後入浴出来る方は、入浴、散髪して下さい。入浴時には、ナイロンブラシを使って洗って下さい。出来ない方は、清拭、洗髪を致します。寝衣は新しいものに替えて下さい。

3) マニキュアを落とし、爪を切って下さい。

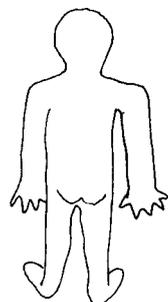
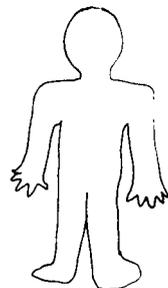
4) 食事その他の指示された事は、その指示に従って下さい。

食事 ()月()日 ()時
水分 ()月()日 ()時 }迄

これは、麻酔科の医師の話聞いて下さい。

5) 前日は早く就眠し、眠れない場合は早目に申し出て下さい。

6) 病棟回復室の見学をします。



4. 手術当日

1) メガネ、コンタクトレンズ、時計、指輪、ヘアピン、その他身につけているものは、取りはずして下さい。

2) 髪の毛の長い方はまとめ、化粧はしないようにして下さい。

3) ()時頃浣腸を行います。

4) ()時()分頃、注射又は内服薬がありますから、排尿をすませて、ベッドで休んでいて下さい。

5) 手術室には、()時()分頃行く予定です。

5. 家人の方々へ

1) 手術が終了しましたら、お知らせしますので、談話室でお待ち下さい。

手術中は、4階の談話室に必ず1名はいる様をお願いします。

2) 面会は許可がある迄御遠慮下さい。回復室に於いては、家族の方は、医師又は、看護婦の許可が必要です。患者さんを休ませてあげましょう。

- 3) 酸素使用中は、火気厳禁です。御注意下さい。
- 4) 家族の方が血液を準備する必要がある時は、お知らせします。
- 5) 付添いされている方に…面会者には、医師又は、看護婦の許可が必要です。
必ず申し出て下さい。

わからない事がありましたら、御遠慮なくお尋ね下さい。

資料 2 (NS 用)

心臓の手術を受けられる方へ

1. _____ 氏 手術日()月()日()曜日()時

2. 術前日までの準備

1) 必要物品

患者側：腹帯 3 枚，ティッシュペーパー，目盛り付き吸いのみ，T 字帯 3 枚，
紙オムツ（必要時）

※ 前日に腹帯 2 枚，T 字帯 2 枚を詰所へ持ってくる。

看護婦側：バスタオル 2 枚，寝衣 2 枚，ID カード，カルテ，フィルム，
メラ吸引器（作動確認したもの），ドレーンバッグ，除細動器，
手術検査患者記録用紙

2) ベッド上での練習

① 個人衛生

必要性：手術にそなえ，身体の調子を最も良い状態に整える。

方 法：含嗽 …………… 毎食後 眠前

手洗 …………… 毎食前 排泄後に石けん使用

歯みがき …… 毎食後 眠前

()月()日より手術前日まで続ける。

② 排泄練習

必要性：術後数日間，絶対安静のため，床上排泄が必要。

術後の床上排泄は、過度の緊張，創部の疼痛を伴い，身体を自由に動かせないため，患者にとっては，困難な事が多い。

方 法：便器，尿器を使用し，繰り返し練習する。

臥床で困難な場合には，起坐位での練習を促す。場所は自室又は検査室を利用する。

N S側は，必ず排泄の確認を行う。

③ 呼吸練習

イ) 深呼吸（腹式呼吸）

必要性：○呼吸のしかたにより創部痛の緩和をはかる。

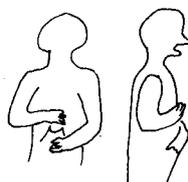
○肺合併症の予防

○呼吸筋運動を増強し，肺の膨脹不足を是正して，呼吸の効果を大きくする。

方 法：1) 脊柱をまっすぐにして，仰臥位にさせる。

2) 片手を胸骨上，もう一方の手を胃部において，横隔膜の動きを知る。

3) 吸気時に腹部を突き出し，呼気時に腹部をひっこめる動作をゆっくり，繰り返し行う。



ロ) 痰の出し方，咳の仕方

必要性：○喀痰による気道の閉塞，狭窄を排除し，楽に呼吸できるようにする。

○術後の肺合併症の予防

○長期臥床による肺合併症の予防

方 法：○両手を側胸部に置き，深く吸息したあと，一時息を止めさせ

る。呼吸にタイミングを合わせて、咳をさせる。

咳嗽時、創部の疼痛を緩和させる目的で、介助者は、創部を両手で軽く圧迫する。その場合、咳嗽と圧迫のタイミングをうまく合わせる。

ハ) 臥床状態での含嗽

必要性：口腔内の清潔，咳嗽の誘発

術後臥床安静が数日間続くため，どうしても必要となる。

方 法：仰臥位で顔を横に向け，ガーグルベースを頬部に密着させる。

誤飲しないように吐き出させる。

④ 手術後の体位

必要性：術後同一体位が強制される。

方 法：患者に，術後の状態を説明し，同一体位が必要である事を理解させる。

3. 手術前日

病棟回復室の見学

点滴ルート，バルンカテーテル留置，胸腔ドレーン等が入ること，及び回復室は医者と看護婦の出入りが病室に比べ多い事を説明する。

心電計に対しては，ベッドサイドで音がすることを説明する。

リハビリテーション・プログラム（A-Cバイパス術後）

4階東病棟

OP後日数	
1日目	午後より坐位（90°）可。自力で行ってよい。
2日目	坐位をとる時間をのばす。食事摂取は坐位とする。
3日目	ベッドサイド立位 ベッドから足を垂らし（ダングリング）、様子をみてから起立する。 始める前にB.P, P測定 EKGをモニタリングしながら行う。 終了時にB.P, P測定
4日目	室内歩行 ポータブル便器の使用。洗面や手洗い程度の生活動作をはじめ、回数を増やしていく。
5日目	トイレ歩行 病室からトイレまでの距離を歩行 排泄はトイレにて行えるよう援助 回数は限らず、状態に応じ、毎回行くことを目標とする。 歩行距離がのびるので、グラフト採取側の下肢の腫脹に注意する。 配膳、下膳も含める。
6日目	病棟内歩行 200m/日+トイレ歩行 病棟の東端まで（詰所から）約45mの往復を朝、夕の2回。 開始前にB.P, P測定 EKG（12ch）測定。 終了時に " "検査のため出棟時は車椅子使用。
7日目	病棟内歩行 400m/日+トイレ歩行。 病棟の東端まで、2往復を朝、夕の2回。
8日目	病棟内歩行 600m/日+トイレ歩行。 病棟の東端まで、2往復を朝、昼、夕の3回
10日目	病棟内歩行自由 レントゲン、EKG等検査時はエレベーターを使用。 売店へも歩行可。
14日目	階段歩行開始 シャワー浴開始 階段1F分を降りて昇る。 前後にEKG測定。B.P, Pの変化 胸部症状の出現に注意。
15日目以降	前日の状態に応じ階段2F, 3Fと徐々にのばしていく。