

大動脈ステントグラフト挿入術における 患者用クリニカルパス導入に向けた術後経過の現状把握

西病棟 6階 ○池本和代 堀真理子 出野恭子 清水真佐子
安達直子 清水沙也香 覚知奈緒 鈴見由紀

Key word : 大動脈ステントグラフト、術後経過、
クリニカルパス

I. はじめに

近年、大動脈瘤及び大動脈解離の疾患に対し、開胸や開腹による人工血管置換術を中心とした手術と、侵襲の少ないステントグラフト(以下、ステントとする)挿入術が行われている。ステント挿入術は1990年代前半から始まった新しい治療法であり、鼠径部を小切開し動脈内にカテーテルを挿入してステントを留置するため開胸や開腹を行わない。当科においても2000年から導入されている。

また、当科ではステント挿入術を受ける患者の術後管理を目的に医療者用クリニカルパスを医師及び看護師間で使用している。しかし患者用クリニカルパスはなく、手術オリエンテーションは個々の看護師の知識や経験により行なわれてきた。

開胸や開腹をしない治療ということから、患者は早期回復を期待しているが、ステントという異物挿入による反応熱の過程の中で、倦怠感が続き「いつまで熱が続くのか」「思っていたよりつらい」など、不安を訴える患者が多かった。

これらのことから術後経過に対する患者のイメージが十分でなく、これまでの説明方法を見直す必要を感じた。統一された説明や情報提供によって患者・家族の術後経過の理解を図り、看護の標準化、ケアの向上につなげるために、患者用クリニカルパスの作成を考えた。その一段階として、ステント挿入術の術後経過の現状を調査した。

今回の研究では、患者の視点でパス横軸の経過を把握するために、日数に焦点をあてた。また、医療者用パスは全身麻酔(以下、全麻とする)と局所麻酔(以下、局麻とする)に分かれており、術後経過に差があるのではないかと考えていたが、現状は明らかでないことから麻酔に焦点をあてた。

II. 目的

大動脈ステント挿入術における患者用クリニカルパスの導入に向け、術後経過の現状を明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査期間 : 2007年1月~8月
2. 対象 : 2005年10月~2007年7月に入院し、

ステント挿入術を受けた患者30名。

3. 研究デザイン : 記述的実態調査研究。
4. データ収集方法 : カルテ・看護記録から、医療者用パスを参考に項目別(発熱、抗生剤投与、離床、疼痛、食事、酸素投与、シャワー浴、抜糸・抜鉤、手術後の退院までの日数)に術後経過を抽出した。
5. 分析方法 : 術後経過の項目別にデータを記述的統計により術後日数、全麻と局麻別に実態を分析した。
6. 倫理的配慮 : カルテ・看護記録から得られたデータはコード化し、個人が特定されないよう配慮した。

IV. 結果

1. 対象概要

平均年齢67.9歳。局麻23名(緊急手術2名)、うち胸部ステント14名、腹部ステント9名であった。全麻7名、うち胸部ステント+バイパス5名、(ステント部位に分岐血管がある場合は血流確保のバイパスを造設するために全麻となる。)胸部ステントのみの2名は緊急手術であった。

2. 項目別に見た術後経過の現状

1) 発熱(表1. 2)

局麻では38℃以上の熱は第1病日に最も多く、19名(82.6%)であり、平均2.3日間持続していた。37℃台の熱は第3病日に最も多く、13名(56.5%)であり、平均8.4日間持続していた。第14病日以降も37℃台の熱が持続していた患者は3名(13.0%)であった。

全麻では38℃以上の熱は第1病日に最も多く、5名(71.4%)であり平均1.6日間持続していた。37℃台の熱は第3病日に最も多く、7名(100%)であり、平均12.5日間持続していた。第14病日以降も37℃台の熱が持続していた患者は2名(28.6%)であった。

2) 抗生剤投与

局麻では抗生剤の使用は平均第9病日まで継続していた。第7病日に終了した患者が最も多く、10名(43.5%)であった。

全麻では平均第13病日まで継続しており、第7病日に終了した患者が最も多く3名(42.9%)であった。

表1. 局麻と全麻の違いでみた 37°C台の発熱者の経時的变化

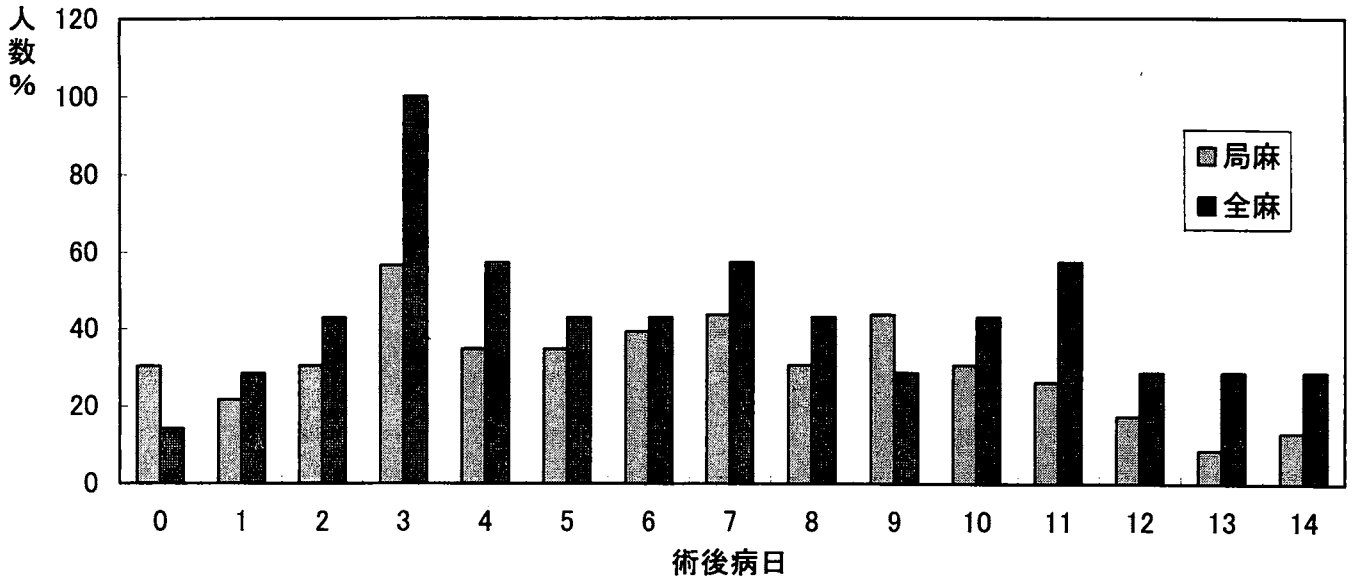
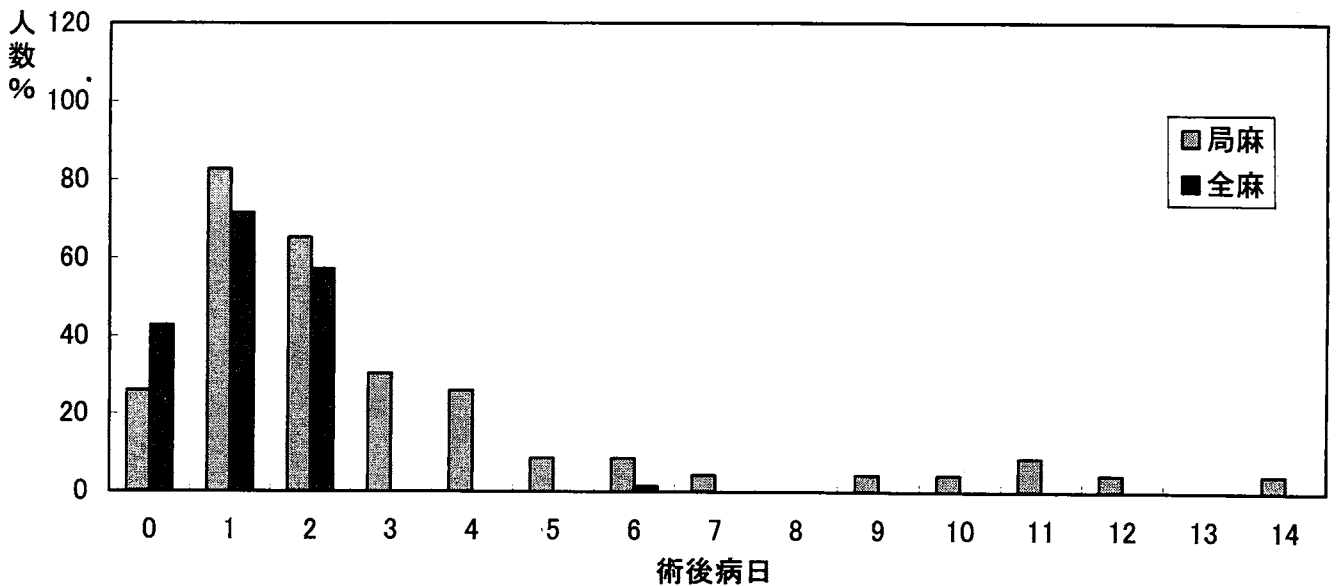


表2. 局麻と全麻の違いでみた 38°C以上の発熱者の経時的变化



3) 離床

局麻では手術当日の歩行開始はなかった。13名(56.5%)が第1病日に室内トイレ歩行を開始していた。2名は第10病日以降に歩行を開始していた。

全麻では手術当日の歩行開始はなかった。1名(14.3%)が第1病日に、4名(57.1%)が第2病日にトイレ歩行を開始していた。2名は第5病日以降に歩行を開始していた。

4) 疼痛

局麻では11名(47.9%)が鎮痛剤を使用し、平均第3病日まで使用していた。うち創部痛に対して使用したのが9名であり、2名は腹痛と胃痛に

対して使用していた。

全麻では4名(57.1%)が鎮痛剤を使用し、平均第4病日まで使用していた。うち創部痛に対して使用していたのは2名であり、1名は腰背部痛、1名は手術当日の不眠に対して使用していた。

5) 食事

局麻では手術当日に1名(4.3%)が軟飯を開始していた。第1病日に11名(47.8%)が5分粥を開始、2名(8.7%)が7分粥を開始、8名(34.8%)が全粥を開始、1名(4.3%)が普通食を開始していた。

全麻では手術当日の食事開始はなかった。第1病日に1名(14.3%)が流動食を開始、2名

(28.6%) が 3 分粥を開始、2 名 (28.6%) が 5 分粥を開始、1 名 (14.3%) が 7 分粥を開始していた。第 1 病日に食事開始していないのは 1 名 (14.3%) であった。

6) 酸素投与

局麻では手術直後に 8 名 (34.7%) が加湿加温式酸素マスク (以下、マスクとする) を使用し、14 名 (60.9%) が経鼻酸素カニューラ (以下、カニューラとする) を使用していた。1 名 (4.3%) は酸素投与していなかった。マスクを使用していたうち 1 名は手術当日にカニューラへ変更しており、5 名が第 1 病日に、2 名が第 2 病日に変更していた。酸素投与は平均第 5 病日まで継続していた。

全麻では手術直後に 7 名 (100%) がマスクを使用していた。5 名が第 1 病日にカニューラに変更し、1 名が第 3 病日に、1 名が第 15 病日に変更していた。酸素投与は平均第 6 病日まで継続しており、第 19 日病日まで 6 名が継続していた。

7) シャワー浴

局麻では平均第 11 病日にシャワー浴を実施しており、最短で第 3 病日、最長では第 18 病日の実施であった。

全麻では平均第 13 病日にシャワー浴を実施しており、最短で第 11 病日、最長では第 14 病日の実施であった。

8) 抜糸・抜鉤

局麻では平均第 12 病日に抜糸し、最短で第 7 病日、最長では第 17 病日であった。抜鉤は平均第 9 病日に実施しており、最短で第 6 病日、最長では第 12 病日であった。

全麻では平均第 12 病日に抜糸し、最短で第 11 病日、最長では第 12 病日であった。抜鉤は平均第 11 病日に実施しており、最短で第 8 病日、最長では第 12 病日であった。

9) 術後の退院までの日数

局麻では術後の退院までの日数は平均 17.3 日、最短 11 日、最長 42 日であった。全麻では平均 23.7 日、最短 14 日、最長 35 日であった。

V. 考察

1. 発熱

発熱に関して全麻、局麻の違いはないと考えていたが、結果から全麻の方が熱の持続日数が長いことが分かった。全麻での熱の持続は、バイパス造設による侵襲とその炎症の影響が一因と考えられる。

しかし、全麻も局麻同様に 38°C 以上の熱は第 1・2 病日に多く、37°C 台が術後 1 週間以上持続している。患者は熱の持続を心配するが、熱の持続はステント挿入術の一般的な経過であることが結果より分かった。また、患者の訴えであった倦怠感も熱の持続が影響していると考えられる。

2. 抗生剤

抗生剤投与は、全麻、局麻とも第 7 病日に終了した患者が最も多く、麻酔による継続日数に差はなかった。人工物を埋め込む手術である以上、感染徴候としての発熱がある限り、抗生剤投与が継続されている現状である。

3. 離床

安静度の指示は全麻、局麻とも第 1 病日に膀胱留置カテーテルを抜去、歩行開始可の指示がある。

局麻では過半数である 13 名が指示どおりの経過を辿っていた。第 10 病日を経過しても歩行していなかったのは 2 名で、うち 1 名は緊急手術、1 名は術前より歩行困難な状態であった。

全麻では第 2 病日に過半数である 4 名が歩行しており、局麻と比べて離床が 1 日遅れていることが分かった。第 5 病日を経過しても歩行していなかったのは 2 名で、うち 1 名は緊急手術、1 名は術後の下肢筋力低下が著しい状態であった。

これらのことから局麻、全麻とも第 2 病日には半数以上が歩行しており、緊急手術や身体的な要因がなければ、歩行可能であるといえる。

4. 疼痛

鎮痛剤は局麻 11 名、全麻 4 名と約半数が使用しており、3~4 病日の使用であった。術後痛みが継続し、どのあたりから楽になるのかという体験的知識の情報を提供することで患者の漠然とした不安も軽減されると考える。

5. 食事

局麻では食事開始日と食事形態にばらつきがあった。

全麻では手術当日絶飲食であったが、第 1 病日以降の食事開始日と食事形態にばらつきがあった。

患者にとって食事は重要な要素であり、患者用パス作成時には食事開始時期と食事形態について医師と検討する必要がある。

6. 酸素投与

局麻では酸素投与なしという場合からマスク使用まで幅があった。

全麻では一般的な術後管理として全員がマスクを使用していたと考える。

7. 抜糸・抜鉤とシャワー浴

シャワー浴は全麻、局麻とも平均第 10 病日以降の実施となっていた。これは、抜糸・抜鉤が第 10 病日前後の実施であり、その 2 日後にシャワー浴の許可されているからである。最短の実施は第 3 病日であり、これは患者の強い希望で、創部を防水保護しシャワー浴を実施した。このようにして許可される場合もあるが、一般的なシャワー浴許可の基準が必要だと考える。

8. 手術後の退院までの日数

退院までの日数は、局麻では平均 17.3 日、全麻では平均 23.7 日であり、6.4 日の差があった。手術が直接的な要因ではなく、術後日数が経過して

からの発熱や、緊急手術が理由であると考え。

今回、日数に焦点を当て術後経過をみたことで、術後の発熱や離床など各項目の具体的な経過を数値で捉えることができた。

また、全麻、局麻で経過をみると、全麻がほぼ1日遅れで局麻と同様の回復経過を辿ることが明らかになった。

菅野はパス使用により「患者は自らの治療の経過、ゴールが分かるので、理解が得られやすく、患者の治療への参加が積極的になる。」¹⁾と患者参画の重要性を述べている。また、患者用パスを導入し、使用していくことで、患者と医療者間のコミュニケーションが図られ、信頼関係が構築できるとも言われている。今後明らかになった現状を元に、パスを導入していくことで患者の不安の軽減と看護の標準化、ケアの向上につなげることができると考える。

VI. 結論

1. 熱の経過では、全麻、局麻共同じパターンを示した。
2. 抗生剤、疼痛、シャワー浴、抜糸・抜釘の項目では、全麻、局麻共、同様の日数経過を辿った。
3. 離床では、全麻は局麻の一日遅れであった。
4. 食事、酸素投与の項目では、全麻、局麻とも術後経過にばらつきがあった。
5. 手術後の退院までの平均日数は、局麻の方が全麻より早かった。

VII. おわりに

今回の研究で、ステント挿入術の患者用クリニカルパス導入の第一段階として、術後経過の現状が分かり、看護の標準化・ケアの向上につなげることができると思われる。

しかし、本研究は情報収集を過去のカルテ・看護記録から行っているため、データに不十分な点がある事は否めない。また、記録から患者の気持ちは汲み取りにくく、患者は看護師の現状の説明で何が分からなかったのか、何を知らなかったのか、どんなところに不安感を抱いたのか、などが明らかにされていない。

今後、患者の生の声を聞き、分かりやすい患者用クリニカルパスを作成し、それを効果的に用いることで、ステント挿入術の周手術期を充実して過ごせるようにする事が課題である。

<引用文献>

1. 菅野由紀子：医療安全とクリティカルパス. 看護実践の科学. 31(12). 10-15. 2006.

<参考文献>

1. 副島秀久：決定版クリニカルパス. 医学書院. 2006.
2. 白鷹雅美、石田由紀子、谷川和代、道端由美子：クリティカルパスを活用することで重視される個別介入. 看護実践の科学. 31(12). 16-23. 2006.
3. 松島照夫：クリティカルパスを導入する意味を再検討する. Nurse Date. 22(5). 8-17. 2001.
4. 岩瀬貴子、清水容子、根性とき子：ベッドサイドミーティングとクリティカルパスによる患者参画の取り組み. Nurse Date. 26(11). 5-14.
5. 和田ちひろ、瀬戸加奈子、瀬戸僚馬：クリティカルパスと患者参画型医療の実際. 月刊ナーシング. 25(12). 25-31. 2005.