

## 原著論文

# 術後ICUにおいて不穏症状を呈した患者の看護 —不安に伴う軽減行動に着目して—

橋 香織里、小林由美子

## 要 旨

臨地実習で腹部大動脈瘤、右総腸骨動脈瘤、左閉塞性動脈硬化症により、Y型人工血管置換術、下腸間膜動脈再建術を施行した患者を受け持った。術前の患者は、自分の疾患を良く理解しており、表面上は治療に対して不安を抱いていないように見えた。しかし術後、集中治療室（以下ICUとする）入室といった環境の変化に伴い、不眠の訴えが聞かれるようになった。術後3日目の夜には、一時興奮状態となり、術後4日目になると創部痛があるにも関わらず、看護師の指示なしにベッドから降りようとするなど不穏症状がみられた。このため、患者がなぜこのような不穏症状がみられたのか考察した。その結果、患者は侵襲の大きい手術であり、不穏症状が出現しやすいリスクを抱えていた。また不穏症状出現の要因として術前から軽度の不安を抱え、患者はその不安を自ら軽減するための軽減行動を行っていたことがわかった。軽減行動は、不穏症状出現の危険信号でもあり、不穏予防のポイントでもある。患者がとる行動には、一つ一つに意味があると考え、看護師はそれらを見逃さないよう患者をよく観察し、理解できるように努めることが大切であると考えた。

キーワード：不安、不穏症状、軽減行動

所属：Kaori Tachibana, Yumiko Kobayashi

岩手看護短期大学 看護科

## 序 論

「不安は特定の状況の中で本人が気づいていると否に関わらず心に生じ、はっきりしてくる期待が満たされなかった場合に、そのことが引き金になって起こること」とペプロウ<sup>1)</sup>は定義しており、「不安の軽減をもたらす行動が行われ、それが正当化、合理化される」ことも多くみられる。この軽減行動は、不安が出現した場合、快適状態を回復し、生存を確保するための即時的な人間反応（自動的に起こる生理的反応以外の反応）のことで、不安を軽減し、その増大を防ぐものである。術後に精神症状が高じて落ち着きがなく、意味不明の言動が入り乱れて表出されること、逸脱した危険な行為が現れたりすることは不穏と呼ばれ、「意識変容を伴わない不安・焦燥・抑うつ・不眠・興奮・幻覚などの症状が現れること」と定義される。

私は、臨地実習で腹部大動脈瘤、右総腸骨動脈瘤、左閉塞性動脈硬化症により、Y型人工血管置換術、下腸間膜動脈再建術を施行した患者を術前から術後までの2週間を受け持った。術前の患者は、自分の疾患を良く理解しており、表面上は治療に対して不安を抱いていないように見えた。しかし良く観察すると術後の疼痛などについて心配している様子が何われ、患者が積極的に手術に臨めるよう、術前オリエンテーションを患者と一緒に聞き、不明な点がないか確認し、不安の軽減に努めた。術後、集中治療室（以下ICUとする）入室といった環境の変化に伴い、不眠の訴えが聞かれるようになった。術後3日目の夜には、一時興奮状態となり、術後4日目になると創部痛があるにも関わらず起き上がったり、看護師の指示なしにベッドから降りようとするなど不穏症状がみられた。

術前からオリエンテーションなど、不安の軽減に努めてきたにも関わらず、患者の不安は徐々に増大し、不穏症状を示すようになった要因は何であったのかを明らかにするため、行ってきた援助を振り返り、術後不穏症状を予防するためにはどのような援助が必要であるかを考察した。

## 事例 患者について

年齢、性別：70歳代 男性

家族構成：妻と二人暮らし。子供は長女と長男の二人。兄弟は六人いたが全員死亡。長女を頼りにしている。

仕事：55歳までボイラーマン、56～67歳まで出稼ぎ、現在無職。

性格：明るく、穏やか。頑固な一面もある。

診断名：腹部大動脈瘤、右総骨動脈瘤、左閉塞性動脈硬化症

既往歴：42歳 尿毒症、58歳 高血圧、62歳 難聴、71歳 眼底出血

現病歴および入院までの経過：平成15年秋頃から腹部に拍動性の腫瘍を自覚したが、症状がないために放置していた。58歳から高血圧のため通院していたかかりつけの医師に、腹部の拍動性の腫瘍について相談したところ、別の病院を紹介され受診した。腹部コンピュータ断層撮影 Computed Tomography（以下CTとする）で34mmの腹部大動脈瘤と、41mmの右総腸骨動脈瘤を認め、平成17年2月、実習先の病院へY型人工血管置換術、下腸間膜動脈再建の目的で入院となった。

## 疾患について

動脈壁の病変によって動脈が異常に拡張し、腫瘍状となったものを動脈瘤という。原因は、先天性・外傷性・梅毒性・動脈硬化性・感染性などがあげられるが、動脈硬化性のものが最も多い。部位によって、胸部大動脈瘤、腹部大動脈瘤などとよばれる。症状は、発生部位によって異なるが、一般に異常な拍動を感じ、腫瘍による圧迫によって神経麻痺・疼痛・運動障害をきたす。また内腔に血栓を生ずることが多く、

血流障害による症状をきたす場合も多い。また、破裂によって激痛を示したり、瞬時にして出血死したりすることもある。治療は、内科的には、血圧の上昇を防ぐ治療が行われる。外科的には、動脈瘤の切除と人工血管置換術が標準的に行われている。<sup>2)</sup>

閉塞性動脈硬化症とは、動脈の粥状(アテローム状)硬化による狭窄が下肢の動脈に生じたもので、糖尿病・高血圧・脂質異常症などの動脈硬化をおこしやすい症例に多くみられる。病変部の末梢には慢性的な阻血症状があらわれ、間欠性跛行がみられる。治療は、抗凝固薬や血管拡張薬・側副血行促進薬などが投与される。狭窄部位が限局的であれば、バルーンカテーテルによる拡張やステント留置などの経皮的血管形成術が試みられる。外科的治療としては、バイパス手術の適応があれば行われる。<sup>3)</sup>

患者は、腹部に拍動性の腫瘍があったが、疼痛などはみられなかった。下肢の閉塞性動脈硬化症に関しても、跛行の症状はなかったが、検査で診断されたため外科的手術となった。

## 術前、術後の患者の観察 不穏症状出現までの経過

手術3日前、動脈瘤の破裂を起こさないよう、血圧変動因子と考えられる急激な運動や排便時の努責は避けるように患者に説明した。また、不安から引き起こされるストレスも血圧変動因子と考えられることから、患者の不安言動に注意し、手術を受けることでわからないことはないか、確認した。患者は左耳の難聴であるため、左側から大きな声で離し、目を合わせながらコミュニケーションを図ることに努めた。手術2日前になると、表情は比較的穏やかに見えたが、「命に関わることだしな。まあ、心配してもしかたないよ。あきらめた。」と手術に対する不安は増強し、不眠を訴えるようになった。また「トイレは和式じゃないとできない。」と言って、夜間消灯時間が過ぎてから一人で他の階を徘徊し、さらに「ICUの入口まで一人で行って来たんだよ。中は見えないっけな。」と言ってICUを訪れ、不安に対する軽減行動が見られた。手

術前日には、ICU看護師から術前オリエンテーションが行われ、患者はICUでの治療および術後の経過予測について説明を受けた。患者は術後の疼痛などを心配している様子で、手術についてICUの看護師に繰り返し質問していた。それに対し看護師は、表現方法を変えながら患者に説明していた。

手術の当日、患者は病室で待機している時に、「痛いのかな。」「きっと今血圧高いな。気持ちが体に影響してさ。」と不安を訴えていた。そして、ICUに誘導している際には口数も減り、緊張している様子がみえた。硬膜外チューブの挿入の時、患者から疼痛の訴えはなかったが、看護師は退室すると私に対し、チューブ挿入時は痛かったことを訴えた。

術後はY型人工血管置換術による開腹および腸間操作の影響の為、腸蠕動が低下して術後腸閉塞を起こしたり、便秘になる可能性があり、その予防のため術後早期離床の援助を行った。術後1日目、後腹膜ドレーンをはじめ、7本のチューブにつながれている患者に挨拶すると、術前と変わらない穏やかな表情で迎えてくれた。手術の疲労もあり、日中は眠っていることが多かった患者に睡眠状態について尋ねると、「ここ(ICU)は夜、けっこううるさいんだよ。」と話していた。体動時や咳嗽時に疼痛の訴えがあったが、硬膜外チューブから局所麻酔剤が持続的に投与され、疼痛はコントロールされていた。午前から心臓リハビリテーションが開始され、起き上がり動作時には患者からは疼痛の訴えはあまり聞かれず、座位、立位負荷試験に合格した。午後には100m歩行負荷試験が行われたが、ふらつきがみられ、40m歩いたところで中止となった。患者は「なんだか、ふらふらするね。目がちかちかする。」と訴えた。

### 不穏症状出現時の様子と経過

術後3日目に、鎮痛のため挿入されていた硬膜外チューブが抜去され、夜間に疼痛を訴えるようになった。患者は座位を取ろうとしていたが、点滴ルートが邪魔して思うようにならないため、興奮状態が続き、看護師がいくら説明しても受け入れようとしなかった。座位をとった

後は落ち着きを取り戻したが、眠ることはできず、鎮痛剤(ロキソニン)を内服した。

術後4日目、「寝ても起きても腹が痛てえなあ。押すのどこ行った?注射はあんまり効かねえ。」と、硬膜外チューブの、疼痛時に薬剤を追加注入できるための押しボタンを探しており、硬膜外チューブを除去したことを覚えていなかった。そして疼痛があるのも関わらず、急に起き上がったたり、ベッドから降りようとしていた。また、ベッド周囲の器械や点滴チューブに興味を示し、手にとって見ようとする行為もみられた。心臓リハビリテーションでは外科病棟の廊下に移動し、200m歩行を行った。ややすり足気味であるが、歩幅は広くスピードも速く、ふらつきがなく行えていた。歩行した時、「早く病棟へ戻りたい。」と訴え、以前いた病室を覗いて自分のスペースがないことを発見して落ち込む様子が見られたため、「部屋は違っていても、看護師さんや病室の方とは会えますよ。」と声をかけた。患者は聞こえていなかったのか、その言葉に対しては反応を示さず、しきりに以前いた病室の様子をうかがっていた。

術後5日目、清拭中に「早くこれを取りたいんだよ。この部分がいたくてさ。」夜になると痛むんだよ。」と膀胱留置カテーテルを触ろうとしていた。体動が活発となっており、自ら抜いてしまう危険性が考えられたため、「今はまだはずせません。触らないようにして下さい。」とまだ、はずすことができないことを説明した。しかし、患者をICUから病棟へ移し、しばらくして患者を訪室すると、患者の訴えにより膀胱留置カテーテルは抜去されていた。患者は下腹部の不快感がとれ、「最高だよ。」と話し、表情も良くなっていた。病棟に戻った後は不穏と考えられる症状は見られず、リハビリに積極的に取り組む患者の姿が見られた。

### 考 察

不穏症状出現の要因を明らかにし、とりうる看護援助について考えるために、ペプロウの分類を用いて不穏要因17項目と、患者の経過と照らし、不安やそれに伴う軽減行動について考察

した。

## 睡眠と不穩

術後、ICUでの騒音や照明などの環境条件に加え、手術や予後に対する不安、疼痛などの身体機能の変化が患者の睡眠状態に影響して、睡眠一覚醒リズム障害を起こしていたと考えられる。そしてこの障害が不穩行動を引き起こす原因の一つとして挙げられる。安達ら<sup>4)</sup>は、「不眠状態は、睡眠一覚醒リズム障害を起こし、調整が不可能になった時、知覚・思考・感情のコントロールが乱れて精神不穩を発症する」と述べており、これと患者の状態は合致していた。患者の睡眠状態は、環境要因としてICUでの騒音と照明、身体的要因として術後疼痛、精神的要因として不安により、睡眠一覚醒リズム障害を起こしていた。

## 不穩と不安

一般的に、術後に不穩を引き起こす要因として、先行研究から以下の項目があげられていた。①年齢：高齢で特に70歳代の男性、②疾患：手術侵襲の大きい疾患③既往歴：精神疾患、認知障害など④家族関係：家族との離別⑤性格：頑固⑥不安：手術への不安、手術や疾患に対する不十分な需要⑦入院から手術までの日数：手術当日から3日目⑧病名などの説明⑨術式：開腹術、開胸術など手術侵襲が大きいもの⑩ICU入室の期間：6～7日⑪挿入されているチューブ：本数が多い⑫睡眠：不眠、睡眠一覚醒リズム障害⑬疼痛：あり⑭排泄：便秘⑮腹部膨満感：あり⑯薬剤精神安定剤や睡眠導入剤などの使用⑰気になる言動：あり。本事例において術後不穩を引き起こしうる要因を検証したところ、①年齢：73歳②疾患：腹部大動脈瘤⑥不安：疾患や手術に対し「命に関わること」という言動や、手術前に一人でICUの入口まで行く行動がみられたこと⑨術式：Y型人工血管置換術、下腸間膜動脈再建術⑩ICUの入室期間：6日間⑪挿入されているチューブ：硬膜外チューブ、胃経管チューブ、膀胱留置カテーテル、中心静脈栄養カテーテル、末梢静脈留置カテーテル、末梢動脈留置カテーテル、後腹膜ドレーン、心電図モニター、酸素チューブ⑫睡眠：ICUで「夜は器

械の音がして眠られない」と訴えあり⑬疼痛：創部痛あり⑭排泄：硬便であった⑮腹部膨満感：あり⑯薬剤精神安定剤や睡眠導入剤などの使用：硬膜外チューブから局所麻酔剤⑰気になる言動：「命に関わること」「早くこれとりたい」ベッド上安静時に「ここから降りる」などの12項目が合致していた。

これらのことから、患者は不穩を引き起こしやすい状態であったと考える。不穩の予防策として、栗生田ら<sup>5)</sup>は、「環境を整える、明確で簡潔なコミュニケーション（心理的に不安定な状況がないかどうか）、手術や処置などの治療時の対応の仕方（ICUオリエンテーションなども含む）、疾患や身体状態の管理（不穩徴候の観察など）、十分な睡眠の確保とコントロール」を挙げている。私が患者に対して行った援助を振り返ると、栗生田ら<sup>5)</sup>のあげる予防策とほぼ一致して行っていたと考える。不穩の予防策は、不安の軽減対策と類似しており、不穩と不安は密接に関わっていることが考えられる。また、不安は不穩の一症状として定義されているが、患者の経過をみると術後不穩の着目をするだけでなく、術前の不安や軽減行動に着目して援助する必要があったと考える。このことから、ペプロウの不安の程度のカテゴリを用いて、不安とそれに伴う軽減行動について考察していく。

## 不安と軽減行動

ペプロウのカテゴリにおいて、患者の表出した術前術後の不安のレベルは軽度から重度へと変化していた。軽度とは、不安を認識し、それが何であるか容易に言える状態であり、重度とは、不安に気づくことが出来なくなっている状態である。患者は術前オリエンテーションの際に、術後疼痛の程度を何度も質問し、不安を表出していることが観察できた。そのことから、自分の抱いている不安が何であるかを認識し、注意を向け、よく見、聞き、把握することができ、不安のレベルは軽度であったと判断した。しかし術後三日目に、硬膜外麻酔の中止により疼痛が増強したことで一時興奮状態となり、点滴ルートが引っ張られているのにも関わらず自分で座位を取ろうとし、看護師の制止を聞き入れ

ようとしなない場面がみられた。この時点で患者は、注意がある特定の物事に集中し、今までよりも、見る、聞く、把握する能力が低下していたと判断できた。この不穏は重度の不安によって発症したと考えた。

術前、患者は一人でICUの入口まで行ったり、消灯時間が過ぎてから一人で他の階のトイレに行ったりといったように、不穏発症までの経過において様々な不安の軽減行動がみられた。しかし、これらの軽減行動では不安が解消せず、その結果不安がエスカレートすることで、不穏症状が現れたのではないかと考える。これはペプロウが提唱している「不安を抱いている人が用いた軽減行動が意図した効果をあげない場合には、不安は軽度のものからより重度のものへとエスカレートする。」という考えと合致する。このような不穏行動に対して看護師は、不安に伴う軽減行動を見守ったりするだけでなく、ど

のような不安によって起きているのかを理解する必要がある。そして、可能であれば、その軽減行動の手助けをし、その目的を満たすことで、不安は軽減され、不穏症状の予防につながると考えた。さらに看護師は、不安やそれに伴う軽減行動を理解する必要があると考える。軽減行動は、不穏症状出現の危険信号でもあり、不穏予防のポイントでもある。患者がとる行動には、一つ一つに意味があると考え、看護師はそれらを見逃さないよう患者をよく観察し、理解できるように努めることが大切であると考え

## 謝 辞

最後になりましたが、本研究に協力してくださいました患者・家族の皆様、スタッフの皆様に感謝いたします。

## 引 用 文 献

- 1) 編集：アニタWら，ペプロウ看護論 実践看護における対人関係論，p241
- 2) 編集：吉田俊子ら，系統看護学講座 専門分野Ⅱ 循環器 成人看護学③ 医学書院，p220
- 3) 編集：吉田俊子ら，系統看護学講座 専門分野Ⅱ 循環器 成人看護学③ 医学書院，p233～p224
- 4) 安達祐子ら，術後に精神症状をおこした患者の発症誘因についての一考察，日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要4，p58～67，1991
- 5) 栗生田友子ら，高齢者の不穏への看護，看護技術 98-8 Vol,44 No11，p23～24

## 参 考 文 献

- 1) 大川匡子ら，睡眠障害の分類 睡眠リズムとその発生機構，ICUとCCU，Vol10(2)，p105～107
- 2) 大橋優美子ら，看護学習辞典，学研，p177
- 3) 訳：長谷川 浩ら，トラベルビー人間対人間の看護，医学書院，p287～306
- 4) 森美智子ら，精神不穏発症に関する看護視点からの研究について，看護技術 98-8 Vol,44 No.11，p7～8
- 5) 岸 光子ら，術後の不穏を引き起こす要因と看護介入の視点，看護技術 98-8 Vol,44 No.11 p98～14
- 6) 北村実重ら，高齢者の術後精神症状を予防するための看護，臨床看護，1990，p1281～1286
- 7) 後藤明美ら，術後不穏に関する研究—ICU入室患者の不穏とその関連要因の検討—，第27回 成人看護Ⅰ 1996，p86～92
- 8) 藤野智恵美，高齢者の術後不穏症状への関わり，看護技術 98-8 Vol,44 No.11 p67～71
- 9) 片岡みつゑら，術後精神症状をきたした高齢者の看護，臨床看護，1990，p1292～1298
- 10) 岡谷恵子，手術を受ける患者の術前術後のコーピングの分析，看護研究 Vol,21 No.3，1988 4，p53～59
- 11) 市原多香子ら，開胸・開腹術後に持続硬膜

- 外麻酔を行った患者が体験する術後疼痛の変化, 第31回 成人看護 I 2000, p144~146
- 12) 江間多江子, 術後精神症状をきたし問題行動を起こした高齢者の看護, 臨床看護, 1990, p1287~1291
- 13) 大畑悦子ら, 術前不安とICU入室後の精神症状発症の関連性の検討—樹木画とMASテストを用いて—, 第29回 成人看護 I 1998, p98~100
- 14) 寺下千代美ら, 環境変化による高齢者の不穩の検討—入院前の生活環境、習慣を考慮したかかわり—, 第32回 老人看護 2001, p143~145
- 15) 竹本明子ら, 術後精神症状を起こした患者の背景と要因分析—術後精神症状に対する援助内容の再検討—, 第25回 成人看護 I 1994, p46~48
- 16) 神垣町枝ら, ICUの環境が患者の精神面に及ぼす影響—ICU退室後の患者に面接を行って—, 第25回 成人看護 I 1994, p49~51
- 17) 水野雅文ら, 術前・術後の患者心理と術後精神症状, 臨床看護 1990, 8, p1309~1313