

5～1 術後における看護度の推察

－肝切除例からの一考察－

中4病棟 ○北澤直美 芦谷原 秋元 田中(千) 井原
田中(真) 小林 上堀内

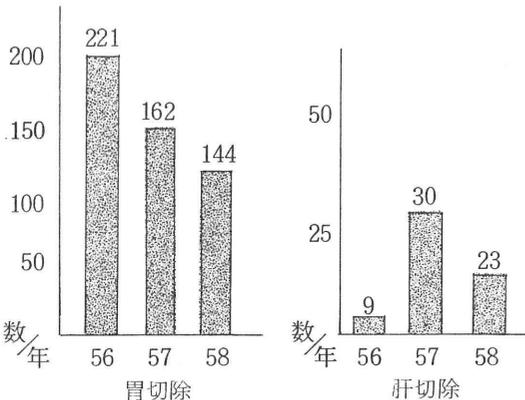
はじめに

医学は常に進歩し、高度な技術を要するものであり、また、看護に対する要求も高まってきている。ここ数年増加の傾向にあるヘパトーマは、現在その治療として、他の悪性腫瘍と同様に、より早期に発見し、外科的切除を施行するという根治的方法を選択する傾向になっている。当院においても、消化器の主流であった胃切除の減少と共に、この肝切除が行なわれる頻度が多くなった。今だ当病棟での肝切除の数は、胃切除の数に及ばないが、その術後の患者の状態、経過は前者よりもはるかに複雑な看護が必要となってきている。このことから、私達は、肝切除の一症例を通して、看護度について考えていきたいと思う。

I 肝切除と胃切除の比較検討

1) 本院における、ここ3年間の手術台帳をもとに、肝切除と胃切除の割合を調べてみた。図Iより、肝切除が、徐々に増加していることが分かる。その反面、胃切除が、ほとんど比率を占めていたのに対し、S 58年になると、その比率も減少していることが分かる。

図I 手術台帳による肝切除と胃切除の年度別比較



2) 肝切除と胃切除におけるそれぞれの術後の状態
<肝切除>

術式：肝石葉切除 留置ドレーン：横隔膜下3本、直腸肝曲1本、胃チューブ、高カロリー中心静脈栄養（以下I V Hと略）、動脈ライン、末梢継続点滴ライン2本 O₂ ベンチュリーマスク 8ℓ 35%、バルン16号留置
<胃切除>

術式：胃亜全摘、留置ドレーン：ウインスロー孔1本、胃チューブ、末梢点滴ライン（終了抜去）、O₂ マスク 3ℓ、バルン16留置

3) 肝切除後は、胃切除後と比べ、留置ドレーン、点滴ラインの数、血糖コントロール、抗生物質製剤の時間投与、筋肉注射、その他の時間指定の処置において、必要とされる時間が多い。日常生活においては、胃切除後の場合、約1週間で、歩行が開始され、日常生活動作の自立も早い。しかし、肝切除は、肝再生、肝不全予防のため、臥床安静が必要であり、ドレーン留置期間、I V H、末梢継続点滴ラインによる拘束も長い。又、それによる精神的ストレスも強く、両者の間に大きく違いが出てくる。

II 肝切除と胃切除の術後の看護屋(各一症例を通して)

肝切除と、胃切除を比較すると、離床に至るまでの期間が異なり、その理由の一つとして、安静度の違いがある。この調査は、看護度測定のスケールとして、一般的に知られている看護協会のものを使用した。

1. 看護観察程度

- A：絶えず観察しなければならない。
- B：1～2時間ごとに観察しなければならない。
- C：特に観察を継続する必要がない。

2. 生活の自由度

- I：常に寝たまま
- II：ベッド上で体を起こせる
- III：病室で歩行が出来る
- IV：日常生活にほとんど不自由がない

以上を参考にして、それぞれの術後の退院までにおける安静度の経過を図IIに示した。

図Ⅱ 肝切除後と胃切除後の退院までの安静度

肝切除	A-I (1日)	B-I (5日)	C-II (11日)	C-III (11日)	C-IV (75日)
胃切除	B-I (1日)	C-II (2日)	C-III (4日)	C-IV (26日)	

この図により、C-IV（患者が、ベッドから離れて、身の周りのことが出来るようになる）まで、胃切除では、7日間であるのに対し、肝切除では、28日間を要しているのが分かる。

次に、安静度の各期間において、1日に要した看護行為を13項目について、時間的に算出してみた。尚、測定した看護行為の内容は、下記の通りである。

バイタルサインチェック（ドレーン、創の観察を含む）、
 血圧測定、中心静脈圧（以下CVPと略）、点滴管理、
 輸血の確認、動脈ラインの管理、包交、清拭、筋肉注射、
 採血、排泄介助、洗面介助、各種検査介助

図Ⅲ 肝切除、胃切除の1日に要する看護行為時間

肝切除	A-I 約220分	B-I 約220分	C-II 約100分	C-III 約55分	C-IV 約30分
胃切除	B-I 約80分	C-II 約50分	C-III 約40分	C-IV 約20分	

図Ⅲより、B-Iについては術後の状態から分かるように、肝切除後は管理するドレーン、点滴の数、I V HラインによるCVP測定、血糖測定、インスリン臨時投与などが多く、それらにより清拭、包交、体位交換などが困難となり、各看護行為に時間を要する。C-IIへの移行については、各ドレーンのカット、末梢継続点滴ラインの減少、そして、血糖値の安定化による血糖測定の減少、水分出納の均衛化によるCVP測定の減少等の理由により、看護行為に要する時間が変化して行く。

Ⅲ 考察

今回の研究から、肝切除後は一人の患者に対するケアが、より多くなっていることがわかった。また、私たちの質出してきた看護行為の内容のほとんどが、診療の補助で占められているのもわかる。患者のベットサイドは頻回に訪室するものの、ニーズを十分に満たしているとはいえないのではないかと。その為、他患への看護サー

ビスの低下という問題が生きている。

以上のことから、一人の看護婦に対する看護量が、増加してきているのがわかる。現在、看護要員数の基準は満たしているものの、医療の進歩に伴う看護婦の量的増加は、比例しているといえないのではないだろうか。看護要員の増加は、今後検討されてよい問題である。しかし、量的に満たされたとしても、一方質の向上もなければ看護の質的な保障は困難であろう。そこで私達は、卒後教育、勉強会、各看護講座などに積極的に参加し、各人の意識を高め、知識と技術を向上させていかなければならない。

おわりに

今回は医療従事者側からの研究に終わり、患者の意見を聞けずに終わってしまったことを反省し、今後の課題としていきたい。

この稿をまとめるにあたり、御指導、御協力いただいた方々、及び病棟スタッフ一同に感謝いたします。

参考文献

- 1) 門屋久美子、他：臍全摘術を受けた患者の看護臨床看護 1984年9月号
- 2) 安田千代子：続疾患別看護計画のための基礎ノート 肝疾患の看護より 1981年5月
- 3) 大久保高明：胃部分切除術 術後一週間の患者管理 1981年
- 4) 看護学総論 1979年2月
- 5) 国民衛生の動向 S 58年度版

