

不安定狭心症におけるクリティカルパス時代の看護

山下美由紀

当院では、10年程前からクリティカルパス(以下パス)を使用しており、CCUでは、急性心筋梗塞、不安定狭心症患者に対してパスを使用している。不安定狭心症の場合、CCUの平均滞在日数は1~2日である。入室直後に確定診断を行い、患者の生活背景を考慮しながら、薬物療法により発作を安定化させるのか、カテーテル治療を行うのかが選択される。そのため、選択された治療に合わせて、循環動態、心筋梗塞への移行や合併症をチェックし、トイレ歩行またはポータブルトイレでの排泄負荷テストを行って、安静度を拡大するまでの観察と看護を行う必要がある。CCU入室時から一般病棟転出までの間、このパスを使用することにより、一定の基準をもって患者の状態把握とそれに合わせた看護展開が行えると共に、患者の安静度が安全に拡大できる。

KEY WORDS: unstable angina, critical path, clinical diagnosis

Yamashita M: **Critical path age of care in unstable angina.** J Jpn Coron Assoc 2010; 16: 207-209

I. はじめに

当院は2003年に渋谷区から府中市へ移転し、2008年12月で5年が経過した。10年程前からクリティカルパス(以下パス)の運用を開始しており、現在では、各病棟の特色に合わせたパスを作成し使用している。CCUでは、急性心筋梗塞・不安定狭心症・電氣的除細動治療に対してパスを使用している。

今回は、不安定狭心症患者の看護におけるパスの運用状況、使用における問題点、および今後の課題について述べる。

II. CCUの背景

病院移転後、CCUの病床数は増床され、それに伴い多くの新入職者を迎え入れることとなった。このため、経験年数の浅いスタッフが多くなったが、そのような背景の中で、年間1000~1400人の救急患者を受け入れてきた。入室患者の主な疾患は、急性心筋梗塞(AMI)・心不全(CHF)・不安定狭心症(UAP)・大動脈疾患(DA, TAAおよびAAA破裂)である。2004~2007年度における「疾患別患者搬送状況」の内訳は、図1に示す。2007年度は、1591件の救急搬送があり、その内1017名の患者がCCUへ入室している。

III. 不安定狭心症の治療背景(図2, 3)

通常、不安定狭心症を発症した患者は、CCUへ入室し酸素療法、薬物療法、安静療法により72時間かけて安定化を図り、その後、待機的に冠動脈造影を行う。しかし、安定化中に発作のコントロールができない症例については、早期に冠動脈造影を行う。また、CCU入室後も胸痛などの狭心症発作に伴う症状が持続する症例については、入院当日に緊急で冠動脈造影を実施する¹⁾。

その他、以下のような条件がある場合にも、緊急で冠動脈造影を実施する。

- ・経皮的冠動脈形成術後6カ月以内
- ・冠動脈バイパス術後
- ・6カ月以内に陳旧性心筋梗塞の既往がある
- ・重症冠動脈病変が示唆される

そして、いずれの場合も、冠動脈造影後に今後の治療方針を決定する。

しかし、近年CCUへ入室する患者は、若年化または高齢化している傾向にあり、患者の社会的背景や生活の質(QOL)を考慮し、入院当日に冠動脈造影を実施し、早期退院を目指す症例が増えているといえる。

また、不安定狭心症の治療と看護においては、以下のような特徴があるといえる。

・入室時は、治療方針を迅速に決定するために、検査や処置を20~30分の間に実施しなくてはならない。

・緊急で冠動脈造影が必要となった場合には、20~30分で必要な処置を行わなくてはならない。

・心筋梗塞への移行を予防することが最も重要であり、そのために、的確な観察と判断が必要とされる。

財団法人日本心臓血圧振興会付属榊原記念病院(〒183-0003 東京都府中市朝日町3-16-1)
(2009.6.26 受付, 2010.6.10 受理)

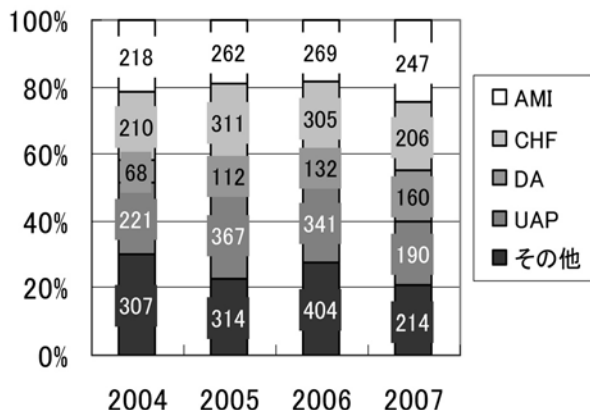


図1 2004年度～2007年度 疾患別患者搬送状況

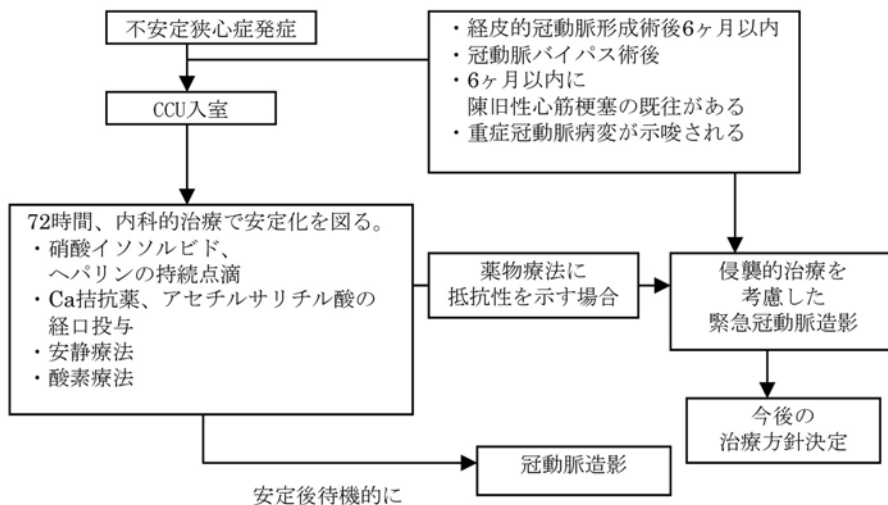


図2 不安定狭心症の治療原則

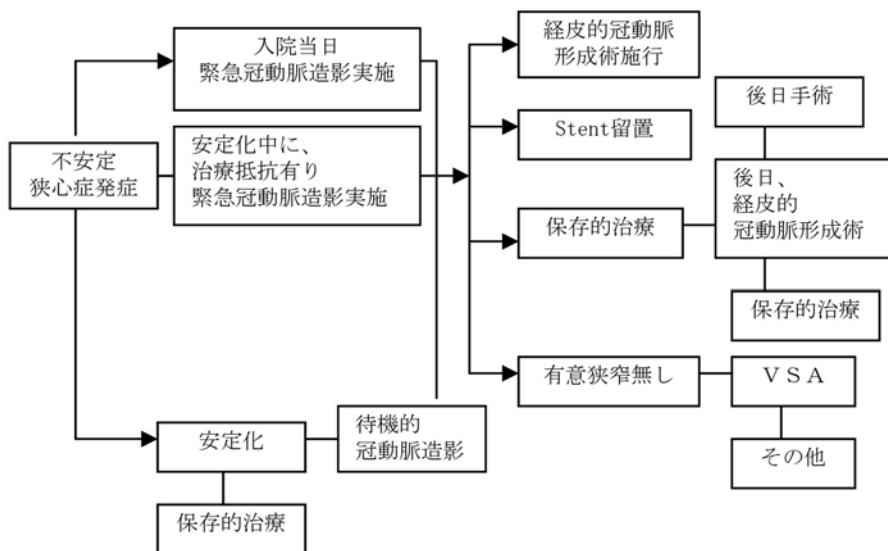


図3 不安定狭心症の治療過程

IV. 不安定狭心症治療と看護における課題

以上のような、CCUの背景や不安定狭心症の治療背景を考えた場合には、次の2つのことが課題といえる。

1) 看護師の経験値に関わらず、患者に一定の基準を持って治療経過に合わせた観察と看護が提供できる。

2) 新人教育において、必要な観察と看護を誰もが同じように指導できる。

同時に、記録に要する時間の短縮と簡略化を図ることができる。

このような課題を解決するために、パスを使用している。

V. パス運用の実際

入室時は、まず不安定狭心症(安定化)急性期パスを使用する。入室後すぐに心電図モニターを装着し、胸部症状などの狭心症発作に伴う症状を確認する。それと同時に12誘導心電図検査、バイタルサインの測定、末梢循環の確認を行う。それらが終了すると、約15~30分間で静脈ラインの確保、血液検査、胸部X線検査、心臓超音波検査などを行い、治療方針を決定する。

1. 安定化を図る不安定狭心症の場合

CCU滞在は通常1~2日であり、不安定狭心症(安定化)急性期パスの各項目に沿って必要な観察や看護を行っている。酸素投与、薬物療法、安静療法といった治療が開始され、およそ72時間をかけて安定化を図る。その後、持続点滴を中止し、トイレまたはポータブルトイレでの排泄負荷テスト(以下ステージ)を行う。ステージを問題なく行うことができ、安静度が拡大できたら一般病棟へ転出となる。

2. 緊急で冠動脈造影が実施される不安定狭心症の場合

緊急で冠動脈造影が必要と判断された場合は、ACS急性期カテーテル検査・治療のパスを使用する。〈カテ前日・当日〉に挙げられている処置や観察を行い、およそ入室から20分前後で緊急冠動脈造影に向かうこととなる。

その後、冠動脈狭窄部位に対する治療成功例では、〈カテ帰室~シース抜去まで〉〈シース抜去からステージまで〉〈翌日病棟転出〉に挙げられている処置や観察を行い安静度を拡大して一般病棟へ転出となる。

また、安定化中に発作が起きることがあれば、緊急で冠動脈造影を実施するため、同じくACS急性期カテーテル検査・治療のパスを使用し対応できるようにしている。

その他、パスには病棟と情報共有ができるように、患者の入室時の状況や、CCU転出時の看護サマリーなどを記入できるような欄を設けている。

VI. おわりに

上記のように、パスを使用することは、治療経過に合わせた標準化された観察項目や看護がすぐにわかり、パスをチェックすることで最低限必要な観察と看護を実施できるというメリットがある。その一方で、臨機応変な対応が難しいというようなデメリットもある。たとえば、パスを使用している際にバリエーションが発生した場合に、バリエーションを解決するために必要な患者の情報収集をする。その後、得られた情報から統合的なアセスメントとアセスメントの結果に基づいた看護を行うといった対応は難しくなっていると感じている。しかし、このようなデメリットを解決するためには、パスに記載されている観察と看護を行う根拠を一つ一つ説明し、コーチングしていくことが必要なのではないかと考える。また、臨床の現場でOJT教育の充実を図り、症例検討会などを繰り返し行いながら、前述のような臨機応変な対応ができる能力を養っていくことも必要であると考えられる。

文 献

- 1) 山口 徹(班長)：急性冠症候群の診療に関するガイドライン。Circulation 2002; 66: 1132