

共同問題

RC : 術後疼痛

※あくまで一般的な内容なので、患者さんに応じて変更すること！ 4W1H

P→スクリーニングアセスメント→フォーカスアセスメント(E(S)→R)	関連	診断/目標	問題	看護計画	
<p>P 手術に伴う様々な疼痛が出現し増強するおそれがある</p> <p>課題)アセスメントを書きましょう。</p>	<p>関連 図 で 全 体 の 可 視 化</p>	<p>RC : 術後疼痛</p> <p>LG :</p> <p>(/ まで)</p> <p>LGの例文)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛によって日常生活行動が制限されない。 ・安静時のNRSが()、体動時のNRSが()になる。 ・疼痛が薬物などによってコントロールされ、自制内で経過する。 <p>など・・・患者に応じて評価しやすい表現で考えてください。</p>	<p>問題 リ ス ト の 確 認</p>	<p>0-P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 疼痛部位・程度・性質・持続時間・体動などの関係 2. 表情、顔色、発汗など 3. 痛みのスケールによる疼痛の程度(スケール名:) 4. バイタルサイン: 血圧上昇、脈拍増加、呼吸数増加の有無 5. 創部の発赤・腫脹・出血などの有無 6. 防衛的・保護的行動(疼痛部に手を置く、非常にゆっくりした対応など)の有無 7. イライラした動作、落ち着きのない動作、怒り、周囲への関心の欠如などの有無 8. 疼痛の誘因として不安・恐怖、睡眠不足、ドレーンの挿入部位の固定位置・状態など 9. 硬膜外持続注入時に注入される薬物、時間あたりの持続注入量、薬液残量() 10. 使用した鎮痛方法、鎮痛薬の効果時間・副作用(特に血圧低下、呼吸抑制) <p>1 1. 肩痛の有無(※腹腔鏡下の手術のみ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 2. 頭痛(脊髄くも膜下麻酔の場合: 術後12~24時間で起こり1Wほど持続) <p>T-P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 痛みに対して受容的な態度で接し、疼痛対応は速やかに行う。 2. 術後疼痛を緩和する援助を行う <ol style="list-style-type: none"> 1) 指示された硬膜外注入による鎮痛法で疼痛をコントロールする。(看護師) <ul style="list-style-type: none"> ※硬膜外カテーテルが留置されている場合のみ 2) 指示された鎮痛剤の与薬をする。(看護師) <ul style="list-style-type: none"> ※医師の指示 使用する薬剤や用量用法なども記載 (疼痛時は、・・・・) 3) ドレーン挿入部痛などに対しては、テープ固定を再度行う 4) 安楽な体位()が保持できるように支援する。() 5) アイシングを行う(整形外科手術の場合) 3. 疼痛閾値を高くする援助を行う <ol style="list-style-type: none"> 1) ファウラー一位や腹壁を弛緩させるために下肢を屈曲するなど、疼痛部位の緊張を和らげ、患者にとって安楽な体位をとる。 2) 首・肩・腰など筋緊張している部位のマッサージなどによってリラクゼーションを図る。 3) 清拭、口腔ケアなど日常生活援助の技術を提供し、安楽な援助を行う。() 	<p>★痛みのスケール(次のページ参照)</p> <p>なぜスケールを使用するのか?</p> <p>痛みは主観的な感覚であり、表現や感じ方にも個人差がある。また痛みの程度は体験している患者さんにしか分かりません。痛みを医療者が客観的にとらえ評価できれば、患者と医療者間で共通認識が可能となる。スケールを使用することで、医療者が認識していない患者の痛みに気づいたり、スケールの変化に伴って鎮痛薬使用を考慮できるなど、医療者側の行動変容を促す効果もある。</p> <p>留意点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フェイススケールは、患者さんに、自己の状態に応じた表情を選んでもらうスケール。 ・良く用いられているのが、NRS。手術前に、患者が表現できるように説明することが大事。 <p>★痛みの閾値について</p> <p><痛みの感じ方を軽減する因子: 閾値をあげる></p> <ul style="list-style-type: none"> ・受容・感情の発散、同情的な支援(カウンセリング) ・不安の減退、緊張感の緩和・睡眠・創造的な活動・説明 ・気分の高揚・人とのふれあい・ほかの症状の緩和 <p><痛みの感じ方を増強する因子: 閾値を下げる></p> <ul style="list-style-type: none"> ・怒り・深い悲しみ・不安・不眠→疲労感・倦怠感 ・痛みについての理解不足・抑うつ・孤独感、社会的地位の喪失・不快感 <p>※「トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント」 武田文和監訳 医学書院より引用</p>

共同問題は、LGのみ
(SGは書かない)

自己調節硬膜外鎮痛法



図5-3 硬膜外カテーテル固定法とPCEA

- 4) 術直後の創部痛は局所的に冷罨法し、四肢の冷感や末梢循環不全による疼痛は電気毛布などによって保温し、末梢循環の改善をはかる。
- 5) 夜間睡眠がはかれるように、鎮痛薬などを有効に使用する
4. 上記0-Pに異常があれば速やかに報告する。

E-P

1. 術前に以下の内容を指導する
 - 1) 疼痛があれば、我慢するのではなく、疼痛を積極的に除去することが必要であることを説明する
 - 2) 術後疼痛の見通し、鎮痛方法について説明する
 - 3) 疼痛のスケールについて説明し、疼痛が強くなる前に除去・軽減する必要性を説明する
 - 4) 疼痛を誘発する咳嗽時や体位変換時は、創部を保護しながら行うように手の当て方、起き上がり方など、具体的に指導する

例) (1) 体位：腹部の手術の場合は、可能であればセミファーラー位をとり、膝を軽く立て、腹筋の緊張を緩める体位が安楽であること

(2) 体動時：創部を体位変換まくらや手で軽く押さえると創部に響かないこと
2. 術後に以下の内容を指導する
 - 1) 術前に指導した1)～4)を再度説明する
 - 2) 手術からの帰宅後には、手術が無事に終了したこと、日々順調な回復であるなどの情報提供をして、安心感を与える。
 - 3) 硬膜外持続注入法にディスプレイ注入器を用いている場合、動作時に抜去しないように留意することを説明する。

★疼痛による影響（下の表参照）

< 痛みスケール >

図1 NRS

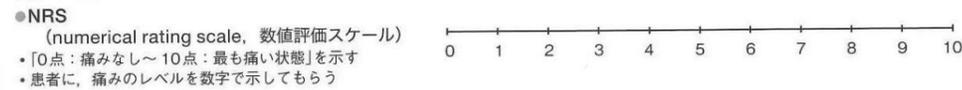


図2 VAS

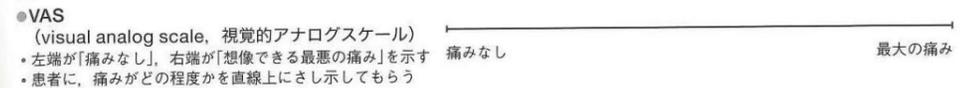


図3 VRS

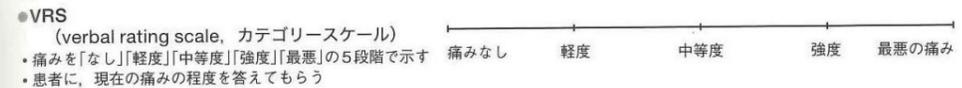


図4 FRS



< 疼痛による影響 >

影響部位	影響	影響の結果
呼吸器	・深呼吸・喀痰排出困難による換気不全 ・体動困難による横隔膜の伸展障害	無気肺・肺炎など
循環器	・交感神経優位による血管収縮→末梢血管抵抗増大・血圧上昇・脈拍増加 ・心筋酸素消費量の増加 ・体動困難による末梢循環障害	循環器合併症（左心負荷増大による心不全など） 深部静脈血栓症
消化器	・体動困難による腸蠕動運動回復の遅延	術後イレウス
運動器	・体動困難による運動機能低下	筋力低下・関節拘縮
皮膚	・カテコラミン分泌亢進による異化亢進 ・体動困難による同一部位の圧迫	創傷治癒の遅延 褥瘡
精神	・苦痛・不安 ・不眠	回復の意欲低下 術後せん妄