

CC-3 呼吸管理中の患者の睡眠を考慮した看護ケアの検討

日本看護協会
前東京女子医科大学病院中央集中治療部
道又 元裕

人工呼吸管理下の患者は、常に身体的・精神的ストレスを強いられている。このような状況は、容易に患者の睡眠・覚醒の生理的パターン、サーカディアンリズムし、精神症状の引き金にもなる。精神症状を来した患者(32例)について、症状発現前の睡眠・覚醒状態をみると75%が夜間に覚醒している完全な不眠状態、昼は63%が傾眠傾向にあった。このことは精神症状出現に先行した不眠状態の存在を示している。人工呼吸装着中の患者に、ストレスの緩和や治療上の目的により鎮静薬の断続的、持続的投与が積極的に行われる趨勢にある。しかし、薬剤による鎮静に委ねられない場面やケースも多々あり、創意工夫により患者の睡眠を確保することも重要ではないかと考える。

今回、気管内吸引、体位変換、呼吸理学療法などの呼吸ケアのインターバルの変化が睡眠時間へ与える影響について検討したので報告する。

【対象】

- ①(平均年齢 58 歳、男女比 11:6)
- ②ICU 滞在時間:72 時間以上
- ③意識清明で意志疎通が容易に可能
- ④夜間他覚的累積睡眠時間:3時間以内を一日以上認める(平均 2.2 時間)
- ⑤呼吸ケア(気管内吸引、体位変換、呼吸理学療法)を最低ほぼ2時間毎に施行している(1.7±0.4 時間)
- ⑥鎮痛・鎮静薬の非投与

【方法】

呼吸ケアのインターバルを延長(3.2±0.5 時間)、夜間のその他の処置、ケア、バイタルサインのチェックを最小限とした。

検討項目

- ①患者の累積睡眠時間:評価時刻21-7時
 - ②患者自身の睡眠評価:8-9時に QOL スケール※を用いて評価(睡眠中には覚醒時評価)※スケールは0:低(非常によく眠れた)~4:高(全く眠れなかった)
 - ③肺合併症の発生、呼吸状態の変化
- 結果および考察

①累積睡眠時間

累積睡眠時間は3.6±1.0時間であり、呼吸ケアのインターバルを延長する前(2.2±0.9)に比べ有意($p < 0.05$)に増えた。

②患者自身による睡眠評価

自己評価が可能であった11例をみてみると、今回程度のインターバルの変化では、高~低へ変化した傾向は伺えたが有意ではなかった。累積睡眠時間が増えていても低~高へ、また、その逆の例もあった(鎮静薬を投与して累積睡眠時間が6~7時間以上のケースでも、熟眠感を得たケースは少なかった)。

③肺合併症の発生、呼吸状態の変化

肺合併症の発生、呼吸状態($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)の悪化は認められなかった。

これらの結果から、今回対象とした人工呼吸器ウィニング中のケースでは、呼吸ケアの実施間隔を延長することで、患者の睡眠累積時間を増やすことが可能であり、個々によってケア内容を縮小することも重要だと考えられた。しかし、睡眠時間と睡眠への充足感(熟眠感)とは必ずしも一致しないこともあり、また、これは、鎮静薬を投与して他覚的に6~7時間の睡眠状態にあった8例の患者の自己評価でも同様であったことから、今後さらに睡眠の研究の必要性が示唆された。一方、今回の対象からは除外した重症急性呼吸不全の急性期では、ケア間隔を延長することは、困難であり、薬剤によるサポートを優先させた方が患者の休息と回復につながると思われた。

その他、事例を提示して、個々のケースに応じて睡眠・覚醒リズムを考慮した以下の援助の必要性を述べた。

1. 環境の調整(光刺激、音、部屋空間)
2. 導入のための体温調整
3. 時間感覚の維持(時計、カレンダーなど)
4. 要最低限のケア
5. 不要な点滴ライン、チューブ類の整理
6. 経腸栄養の夜間投与を避ける
7. 家族面会の調整
8. 昼間の ICU 外への外出