

1

特集 事例から学ぶ!
心臓外科手術の術後管理

心臓外科手術を受けた患者の急性期における困難事例

～ドレーン管理～



荒 真実 (東京大学医学部附属病院 第 IICU)

point

- 術後はドレーン排液の性状、排液量の変化に注意!
- ドレーンの性状、排液量だけでなく、循環動態の変動も併せて観察する!
- ドレーンの閉塞や屈曲がないように環境を整える!

はじめに

心臓外科手術後の患者は、全身状態の悪化が生命予後に直結するため、循環器領域の患者を受け持つ看護師には厳密な術後管理が求められます。

本章では心臓外科の術後管理に必須であるド

レーンに関する事例を通して、術後のドレーン管理の知識を整理し、循環器看護への理解を深めていただくことを狙いとしています。

ドレーン管理の困難事例

事例：Aさん, 50代, 男性

拡張型心筋症に対し、左心補助人工心臓装着術後6日目の患者です。ヘパリン持続投与で抗凝固療法施行中です。術後の循環動態が安定せず、ICU入室が長期化していました。カテコラミン投与下で収縮期血圧は90mmHg、心拍数は70回/分前後、中心静脈圧は8～10mmHg、尿量は40mL/時間程度に保たれていました。酸素投与下で動脈血酸素飽和度(SpO₂)は99%で経過しており、呼吸苦の自覚はありませんでした。術後は心嚢ドレーンと前縦隔ドレーンが留置されていましたが、前縦隔ドレーンは排液がなく、すでに抜去されていました。心嚢ドレーンの排液の性状は淡血性で、20mL/3時間程度の流出がみられていました。患者本人は傾眠がちであり、意識レベルはI-2/JCS、食思不良で食事は進みませんでした。声かけに応答があり、簡単な会話は成立していました。

術後7日目より心嚢ドレーンの排液量が60mL/3時間へ増加し、排液の性状が血性へ変化しました。その後、収縮期血圧は80mmHgへ下降、心拍数は120回/分台へ上昇し、中心静脈圧は16mmHgへ上昇しました。尿流出が減少し、胸苦しさ、呼吸苦の訴えもあり、SpO₂は90%まで下降しました。FiO₂1.0へ変更するも、「つらい、気持ち悪い」と苦悶表情がみられました。心嚢ドレーンのミルキング(メモ1)で凝血塊が多量に流出、その後も血性から暗血性の排液が30mL/時間程度流出し、心タンポナーデ解除のために再開胸止血術施行となりました。

メモ1 ミルキング

ドレーンの閉塞を防ぐため、ドレーンの挿入部に近い位置からミルキングローラーなどを用いてドレーンをしごきます。排液の性状や排液量に応じて実施回数を調整し、ドレーンが閉塞しないように管理します。

事例の実際

上記は術後1週間程度経過し、止血が得られていると考えられていた状況から心タンポナーデをきたし、再開胸止血術が必要となった事例です。

受け持ち看護師は心嚢ドレーンの性状が徐々に血性へ変化していることに気づき、医師へ報告しましたが、バイタルサインや患者の自覚症状に変化がないため経過観察となっていました。患者が苦痛を訴えたときにはバイタルサインは心タンポ

ナーデの所見を示しており、再開胸による心タンポナーデ解除が必要となりました。

心嚢ドレーンの排液が血性へと移行してきている時点で、受け持ち看護師は心タンポナーデの可能性を考えましたが、再開胸による止血術は患者への侵襲が大きいため、心エコー検査で心嚢液の貯留を確認しながら経過を見守っているなかで患者の状態が悪化してしまいました。本来であれば、自覚症状が出現するよりも早い段階で、何らかの処置を実施できることが理想的であったと考えます。