

CNS・CNから学ぶエビデンス

手術患者の状態と体温管理

手術看護認定看護師 佐藤 真千子

手術日の患者は、交感神経の緊張により末梢血管が収縮した状態で手術室に入室します。手術室に入室した後は点滴確保、硬膜外麻酔や全身麻酔等、手術に伴う様々な処置を行います。特に硬膜外麻酔や全身麻酔を行う事で血管拡張が起こります。

手術患者は、裸の状態にリネン(手術用覆布)をかけ、24度程度に保たれた手術室に手術終了まで在室します。患者は、麻酔管理下のため自分で体温コントロールはできません。このため術中は、看護師や麻酔科医師が温風式加温装置(イクエーターやベアハグガー)で体温管理を行っています。麻酔で血管拡張している患者の体温は冷房下の環境、開創状態、洗浄水など様々な要因で中枢から末梢へと放散し、最初の1時間で(再分布性低体温)体温は1度ほど低下します。その後、

体外への熱放散(物理的熱移動)での低下、さらに末梢血管の体温調節性血管収縮(体温調節性血管収縮)と3段階で体温低下が起きます。低体温は、患者にとって寒さによる不快感、創部感染率の上昇、麻酔覚醒遅延、シバリング発生時には酸素消費量の増大、心臓への負担増加など様々な悪影響があるため、術中の体温管理は大切な看護の一つとなっています。

麻酔による体温変化



<参考文献>

- 1) 手術室モニタリング「見きわめ力&判断力」廣瀬宗孝編OPEナーシング2012臨時増刊、メディカ出版
- 2) 周術期の体温管理、山蔭道明編、2011、克誠堂出版

認知症の方の尊厳を大事にしよう!

認知症看護認定看護師 三牧 好子

私が看護実践で心がけていることは、尊厳を守ることです。具体的には、認知症の方がどのように治療やケアを受け止め入院生活を送っているかを知り、治療やケアを少しでも受容でき、本人の意思や気持ちを大切に支援することです。認知症の方が感じている入院生活は、中核症状である記憶障害や見当識障害から不安、恐怖でいっぱいです。そのうえ身体的苦痛や苦痛を伴う処置もあり辛い経験ばかりです。まず身体的苦痛を軽減することが大事になります。そして、中核症状の程度や日常生活行動を細かく把握し、目の前にいる認知症の方の気持ちや意思を尊重し支援していくことが大事になります。その関わり方の手法の一つとして、「あなたは大切な人である」というメッセージを理解できる形で伝えるユマニチュード¹⁾があります。不穏行動が軽減したという事例もあります。また、ユマニチュードを学ぶことで看護師は、「相手の立場に立った関わり方の模索」ができるようになります²⁾。忙しい毎日、認知症の方にゆっくり関わる時間がないと思うかもしれませんが、少し会話を増やし、認知症の方の尊厳を守る関わりを一緒にしてみませんか。

1) 本田美和子他:ユマニチュード入門, 医学書院, 2014

2) 小川祐太他:急性期病院の整形外科病棟における認知症患者のBPSDへの対応 ユマニチュード技法の学習を行った看護師の感情・思考の変化, 高知赤十字病院医学会誌, 20(1), p67-71, 2016



大学から学ぶエビデンス

統計学的有意差とMinimally Important Difference(MID)

保健学研究科基礎看護学分野 齋藤 信也

狭い意味でのエビデンスは、ヒトを対象とした臨床研究の結果を生物統計学的に検討して、有意差のあるものを指します。つまり、その差が、たまたま生じたものではないことを、数学的に証明する必要があります。たまたまそうなる確率を危険率(p値)といいます。このp値が5%、すなわち、20回に1回間違えるというレベルをもって、有意差あり、なしを判定することが多いです。やたらとピーチ、ピーチ(p値)と叫んでいる先生が多いのはこのためです。極端な場合、ピーチさえ、5%未満ならあとは怖い物はないという人を見たことはありませんか?でも、少し考えてみて下さい。例えば、大勢の人を対象にすれば、痛みのVASが7.3のA群と7.7のB群の間には、統計学的に有意差が生じることはあります。ピーチが5%未満です。でも、この差って、臨床上意味のある差でしょうか?違うような気がしませんか?

大学から発せられるこうした研究結果に疑問をもつ現場の看護師さんも多いのではないのでしょうか?

このように患者さんが申告するPRO(Patient-reported outcome)の数値がどのくらい違えば(あるいは変化すれば)、それは、臨床的に意味のある差なのかということを考える必要があります。それがMinimally Important Difference(MID)という概念です。ご興味のある方は、ネット等で調べてみて下さい。ピーチ一辺倒よりおもしろいですよ。



日本IVR学会で発表しました！

第46回日本IVR学会総会にて、当院から腎凍結療法に関連した看護研究を3題発表しました。腎凍結療法は、-40度以下で腫瘍を凍結、壊死させる治療法であり、治療中治療後の患者の寒気やシバリングをどうにかできないかという臨床での思いから始まった研究でした。IVRセンターからは、手技中の体温変化と患者の寒さ感覚について、放射線科病棟からは、腎凍結療法のシバリング発生頻度と、治療後電気毛布を使用することの妥当性についてパイロット試験で探索しました。研究を通し、より深く患者様と向き合うことができ、患者様に還元できる看護を創造することの充実感や達成感をえることができました。この場をお借りして、研究計画書作成前のディスカッションから発表まで、根気強くご指導頂きました看護研究・教育センターと新医療研究開発センターにお礼申し上げます。



毎月第4金曜日(一部例外あり)に
英語論文の抄読会をしています
★ご参加をお待ちしています★

メンバー:看護師・保健学研究科教員・
薬剤師・医師・歯科医師・学生
場所:中央診療棟5階
臨床研修カンファレンスルーム

【タイトル】 Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica. N Engl J Med. 2017 Mar 23;376(12):1111-1120. doi: 10.1056/NEJMoa1614292. PubMed PMID: 28328324.

(プレガバリン(リリカ)に坐骨神経痛(下肢痛)軽減効果はあるとはいえない)

【論文の紹介者】 岡山大学医学部医学科6年 水田 貴大

【論文概要】

坐骨神経痛患者を対象とした8週間のプレガバリン投与は、プラセボと比較して、坐骨神経痛に関連する下肢痛の強度を有意には低下させなかった。研究デザインは無作為化二重盲検プラセボ対照試験。主要評価項目は、8週の時点での下肢痛強度スコア(10ポイントスケールで評価:0は痛みなし、10は想像しうる最大の痛み)



【緒言】

本文献は、多施設から集めた十分なサンプル数、方法論的に厳格なデザイン、低い脱落率という特徴を有しており、効果推定値に対する各種誤差の影響は少ない。また、プレガバリンの用量設定は実臨床を反映したものである。疾患の自然経過、病態生理の側面からネガティブデータの理由が考察されている点でも学びの多い文献。

研修のご案内

平成29年度も研究に関する研修を企画しています。ぜひ、ご参加ください！

「研究のプロセスを学ぶ」研修

下記①～④を6月、10月、2月に開催します。

- ①文献検索方法
(基礎医学教育研究棟2階)
- ②業務改善と研究の違い
- ③研究計画書/倫理審査申請書の書き方
- ④研究結果の「正しい」見せ方
(②～④:総合診療棟西棟5階第13カンファレンスルーム)

研究に関する講演会

8月30日(水) 17:30～19:00
臨床第1講義室

臨床研究コーディネーター(CRC)をもっと知ろう！

I部

「薬剤師からCRCを経験してのキャリアパス」
「病棟看護師からCRCになってみて新たに経験したこと」

II部

「岡山大学生命倫理審査～予備審査で何をチェックされているのか～」

エビデンスをもっと身近に!! EBPワークショップ

9月30日(土) 9:00～16:30
医歯薬融合型教育研究棟2・4階

倉敷中央病院 福岡 敏雄先生を講師に開催します。

日々のケアに活かせる論文検索の仕方や英語論文を楽しく読むコツを学べます。

毎年、大盛り上がりのグループワークで、一緒に楽しく学びましょう！

岡山大学病院 看護研究・教育センター



【編集後記】 今年は少雨?と思っていたら、やっと梅雨らしい感じになってきました。5月に岡山で開催された日本IVR学会では、3題の研究が発表されました。忙しい業務の中、疑問を解決するべく取り組み、これからの看護ケアに結びつく内容でした。看護研究・教育センターでは、現場での日々の疑問を解決するきっかけとなり、形にできるようになればと考え、研修を企画しています。皆さんのご参加をお待ちしています。(馬場)