

## P9-317

### 気管狭窄患者に対するTチューブ挿入中の看護ケア

前橋赤十字病院 看護部<sup>1)</sup>、前橋赤十字病院 呼吸器外科<sup>2)</sup>

○善如寺 理恵<sup>1)</sup>、上吉原 光宏<sup>2)</sup>、永島 宗晃<sup>2)</sup>、  
小林 知美<sup>1)</sup>、伊藤 京子<sup>1)</sup>、五十嵐 周平<sup>1)</sup>、  
鈴木 まゆみ<sup>1)</sup>

【はじめに】Tチューブはやわらかいシリコンゴムを素材とした気管切開チューブである。これより、気管切開孔や粘膜への刺激を最小限に抑えた気管確保が可能である。Tチューブの看護に関する、先行研究はまだなく、医師に治療法など指示を仰ぐ、また気切カニューレの看護などを参考に看護にあっている。今回、看護にあたった事例を通し、事例研究として、Tチューブ挿入中の看護ケアについて考えたいと思う。

【方法研究対象】Tチューブ挿入中の患者研究場所：前橋赤十字病院、8号病棟研究期間：2007年11月から2009年6月研究デザイン、分析方法：分析的帰納法データ収集方法：データは2007年1月から2009年6月までのTチューブの挿入または入れ替えの手術をした7例の患者のカルテを見返し、データとして起こす。

【研究結果】Tチューブの入れ替えになった理由としては、定期的に交換することが多い。Tチューブの破損があり入れ替えとなる場合、痰でTチューブが詰まってしまう交換となる場合があった。

【考察】喀痰の付着に関しては加湿を十分にを行い、適宜側枝の栓をはずして喀痰の吸引を行なうことで、喀痰のチューブ内の付着を防ぐことが可能で中期の管理に問題がないこと症例が多い。また、破損しないようにTチューブの蓋の管理をどうしていけばいいのか、今後の課題であると考ええる。通常の気切カニューレと違い、痰の咯出に問題がなければ、Tチューブは数ヶ月毎の交換で十分であり、自宅での管理でも困難ではないはずである。患者指導に力を注ぎ、自宅退院に向けたケアをできたらよいと考える。

## P9-319

### オムツをあてている患者の尿漏れの検証

山梨赤十字病院 療養病棟

○萩原 健、鈴木 雄

【目的】寝たきりで拘縮や麻痺、関節の変形がみられる患者の尿漏れをなくすることができる。

【方法】1. 療養病棟に入所中の患者全員を対象に尿漏れの実態を調査する。2. 1で調査した結果を基に尿漏れの多かった患者と拘縮、麻痺が強い患者9名を選択して、尿漏れの原因を明らかにする。

【結果】女性の尿漏れは、男性の約2倍であった。尿漏れの原因の多くは、尿量が多く1日の水分摂取量は1800mlである。漏れの部位は背中、股関節にできる隙間である。また、9時から16時の時間帯に尿漏れが多い。尿漏れの体位はほとんどが側臥位で特に右側臥位であった。

【考察】尿漏れの大きな原因は、尿とりパットの吸収量を超える尿量とテープ式オムツ（以下オムツとする）と体にできる隙間による尿漏れであることが明らかになった。尿漏れの多い患者は1日の水分摂取量や、利尿剤を内服していることなどを考慮して、1日4回のオムツ交換に追加して、オムツ交換の回数を増やす必要がある。オムツと体にできる隙間は、男性の場合は、陰茎を尿とりパットで包むようにあてるのでパットと尿道口の隙間は小さく、しっかりと尿とりパットで尿が吸収できる。しかし、女性の場合は、オムツに尿とりパットを敷くだけのため、体位変換や移動時に尿道口と尿とりパットの間に隙間が生じることで尿漏れに繋がると考える。女性にオムツをあてる際には、尿とりパットのギャザーを立て、尿とりパットと陰部の間に隙間なくオムツをあてることで尿漏れを防ぐことができた。患者一人ひとりに合ったおむつ交換を行っていく事が尿漏れの軽減に繋がっていくと再認識できた。

## P9-318

### 四点支持台使用時の創傷被覆材貼付の必要性についての検討

武蔵野赤十字病院 手術センター

○山岸 智美、西野 千晶

【目的】創傷被覆材（オプサイト®、以下ドレッシング材とする。）貼付の廃止に伴う術中皮膚トラブルの現状を報告し、今後の対策について検討する。

【方法】1. 新四点支持台使用時はドレッシング材を貼付しない。2. 旧四点支持台使用時はドレッシング材を貼付する。（ただし、旧四点支持台使用は、手術予定時間が1時間30分とする。）3. H21年2～5月の手術直後の皮膚トラブル発生率、術後数日経過しても消失しない皮膚トラブル発生率を抽出する。

【考察】以前より、整形外科の脊椎手術において使用する四点支持台の圧迫による発赤が多くみられ、発赤予防対策として、支持台に接触する部分にドレッシング材を貼付してきた。この対策により、術直後の発赤発生は減少した。しかし、ドレッシング材は貼付後1週間程で自然に剥がれるものであるが、患者にとっては搔痒感が強く、剥がれるまで待つことが困難であり、結果、粘着力の強い時期に剥がさなくてはならない状況が続いた。粘着力が強い時期には、患者自身では剥がせず、除去材（リムーバー）を用いて病棟看護師が時間をかけてゆっくりと丁寧に剥がしていくため、病棟看護師の手間と時間が増えてしまった。また、十分に前胸・腸骨部にドレッシング材を貼付しても術後数日経過しても消失しない、ドレッシング材貼付部と皮膚との境目に生じる皮膚の「ずれ」によるI～II度の褥瘡が数例発生した。H21年2月に新四点支持台が導入され、ドレッシング材の貼付を廃止した。

【結論】ドレッシング材を貼付しない場合、術直後の発赤発生率は増加した。しかし、術後数日経過しても消失しない皮膚トラブルはみられていない。したがって、患者の苦痛や病棟看護師への負担を考慮し、全面的にドレッシング材の貼付を廃止する方向で取り組んでいく。

## P9-320

### 口腔ケア手順の統一を試みて

諏訪赤十字病院

○矢部 しげみ

【はじめに】口の働きは、話す・食べる・息をするという3つがあり、口腔内の汚染は肺炎の原因となるといわれている。人間が生きていく上で非常に大切な器官である口腔のケアの必要性は理解されつつある。しかし当院では統一されたケアの手順はなく、口腔内がきれいかそうでないかは、看護師個人の知識や技術力で左右されることが多かった。当院集中治療室（以下ICU）では挿管された患者が多く、自浄作用の低下と、口腔内細菌の増殖を予防するためには、口腔ケアはたいへん重要である。現在のICUの口腔ケアについてスタッフにアンケート調査を実施したところ、自信を持って実施しているスタッフは5%のみであった。そこで、当院呼吸ケアチーム（以下RCT）と協同し、口腔ケアの手順を統一し実施したのでその取り組みと評価を報告する。

【結果】RCTで作成した口腔ケア手順は1患者への説明、体位の保持、汚染防止をする、2口腔内を潤す、3気管チューブの固定（患者の挿管チューブの長さを確認し、カフ圧をあげる）、4口腔内の観察（バイトブロック、開口器で開口を維持し口腔内の観察を行う）、5口腔内の清掃（はぶらしを使用し菌垢を除去する）、6吸引カテーテルをつけたシリンジに微温湯を吸引吸引を行いながら、口腔内の洗浄を行う、7口腔内の保湿、8口唇の保護である。口腔内の観察は、口腔内状態評価表を作成し使用した。ケアは4時間毎実施し、気管チューブの固定は皮膚損傷のリスクを考慮し1日1回とした。口腔ケア変更後に実施したスタッフへのアンケートでは、評価表に記入するようになり、口腔内の観察を確実に行うようになり、ケアの継続につながっていると意図や、以前より多く見られていた潰瘍形成やひどい出血を起こす患者が減少しているなどの良い反応が多くなり、自信を持ってケアができるようになったスタッフは45%になった。