

大腿骨頸部骨折患者の患肢踵部の褥瘡発生に関する一考察

～ブレイデンスケールを使用して～

I. はじめに

褥創ケアの研究は増加傾向にあり、ケアの方法も著しく進歩している。しかし、患者の高齢化、合併症の増加などにより、臨床における褥創発生はゼロにならない。特に鋼線牽引中の患者は褥創のリスクが高い。

当院整形外科病棟に入院される大腿骨頸部骨折患者は年々増加傾向にあり、そのほとんどが70歳以上の高齢者である。牽引中の患者には、特に褥創予防に配慮している。しかし、最近、患肢踵部に褥瘡を形成したケースが4例あった。うち3例は術当日、1例は術後2日目に発生しており、なぜこの4例に褥瘡が発生したのかという疑問が生じた。そこで、それらの患者の入院時から褥瘡発生までの褥瘡リスクをアセスメントし、ケアの視点について若干の示唆を得たので報告する。

II. 目的

1. 踵部に褥瘡を形成した患者の入院時からの褥瘡リスクの経緯を明らかにする。
2. 入院時から踵部に褥瘡を形成するまでのケアを評価し、不足しているアセスメントの視点を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究期間

H15年8月～12月

2. 対象

H14年1月からH15年7月までに当院で大腿骨頸部骨折で鋼線牽引を受けた患者のうち、踵部に褥瘡を形成した患者4名

3. 方法

- 1) 入院時・術前日・術後3日目・術後1週間・術後2週間・退院前の各時期における褥瘡発生リスクをカルテから調査し、ブレイデンスケールを用いてアセスメントする。
- 2) 褥瘡発生予防のケアを調査し、不足していた視点を明らかにする。

IV. 結果

1. 褥瘡リスク（ブレイデンスケール）の経緯

4症例において、活動性・可動性・摩擦ともに褥瘡リスクは高かった。また、ブレイデンスケール合計点は術後より術前のほうがリスクが高かった。

中1階病棟 ○宇都 真紀 野口 直子 吉瀬 由美

1) I氏 (図1参照)

81歳男性。老人施設にて車椅子生活であった。転倒し、左大腿骨頸部外側骨折のため緊急入院。鋼線牽引4Kg施行。7日後骨接合術を受ける。痴呆あり。既往歴はTIA。術当日に患肢踵部に2×2cmのⅡ度の褥瘡を認めた。マスクン浴、ゲーベンクリーム塗布で縮小したが術後3週間で転院するまで完治はしなかった。

入院時から術後3日目にかけて、湿潤と栄養のリスクが高くなっている。

2) M氏 (図2参照)

88歳女性。転倒し、右大腿骨頸部骨折の為入院。鋼線牽引5Kg施行。6日後骨接合術を受ける。既往に高血圧と糖尿病があり、内服治療中であった。痴呆はない。術当日に右踵部に発赤を認め、デュオアクティブを貼用した。術後1週目に除去したところ、3.5×3.0cmのⅢ度の褥創を認めた。生食にて洗浄、イソジン消毒、ゲーベンクリームを塗布した。MRSA感染が認められた。術後8週目の転院時には、大きさは同じでⅡ度の状態であった。

入院時より術前日の方が湿潤のリスクが高くなっている。

3) T氏 (図3参照)

80歳女性。転倒し、左大腿骨頸部外側骨折のため入院。鋼線牽引8kg施行。6日後骨接合術施行。既往に脳梗塞があり、左不全麻痺がある。手術室へ搬入時に患肢踵部褥瘡が発覚。1×2cm、Ⅲ度で赤黒色であった。イソジン消毒とユーパスタ塗布にて縮小したが、術後3週目の転院まで完治しなかった。

入院時から栄養のリスクは高く、術後は緩やかに改善している。

4) Y氏 (図4参照)

87歳女性。転倒し、右大腿骨頸部外側骨折のため、入院。鋼線牽引7kg施行。6日後骨接合術施行。既往に良性脳腫瘍、TIA、胃癌がある。術後2日目、踵部に直径1cmの水疱があり、デュオアクティブを貼用。10日目に水疱跡直径3cmより浸出液あり、マスクン消毒し、プロスタンディン軟膏塗布。術後2週で転院し、状態は変化なかった。

術前よりも術後の方が湿潤のリスクが高くなっている。栄養は入院時から術後にかけて徐々に改善している。

2. 褥瘡発生までのリスクとケア

褥瘡発生日は、入院後6日目が2名、7日目が1名、8日目が1名であった。発生までの状況をリスクアセスメント項目別に分析した。(表1参照)

V. 考察

1. 踵部の観察について

踵部は面積が狭く、体圧が高い為、褥瘡好発部位であるが、観察が遅れがちである。いずれの患者も、腰背部や仙骨部の観察・ワセリン軟膏塗布と清拭は毎日実施できていたが、踵部はできていない。また、アクティブパットをしていることで常時観察がしにくい状態であった。踵部への注意に欠けており、褥瘡を発見したときには重度に至ったと考える。

2. 栄養状態改善について

患肢の疼痛に加え、活動量の低下、食事摂取しにくい体位なども影響し、入院時より栄養状態が不良になっているケースが多かった。低栄養の状態は、褥瘡の発生率を高くする増悪因子であるため、積極的対応が必要であった。いずれも80歳以上の高齢者であり、栄養状態の低下が成人よりも短期間で起こるため、早期に食事内容の検討や良質な蛋白質を十分摂取できるように補助食品の利用などの工夫が重要である。

3. スキンケアについて

高齢者の皮膚の特徴として、膠原繊維の繊細化、弾力性繊維・皮下脂肪の減少により、しわやたるみがある。鋼線牽引で安静を強いられており、皮膚の毛細血管が脆弱化しているため、わずかな圧迫で血管が破綻し、組織耐久性が低下し、褥瘡が発生しやすい状況である。皮膚保護のためのワセリン軟膏塗布は腰背部・仙骨部のみにしか行われておらず、踵部にも行う必要があった。また、フィルムドレッシングの使用もなかった。徳永は、皮膚が湿った状態では、乾いた状態の5倍も皮膚の損傷を受けやすくなる¹⁾ といっている。アクティブパットを使用したケースでは、通気性を低下させ湿潤を招いていたのではないかとと思われる。その後、使用を控えた結果、褥瘡形成に至っていないことから、アクティブパットによる褥瘡発生への影響も考えられる為、今後検討していく必要がある。

4. 除圧について

踵部の除圧ケアとして、下腿部にクッションをあて、踵部全体を浮かせるのがよいといわれている。実際、患肢は、ブラウン架台で下肢を挙上させ、タオルなどで踵部を浮かせていた。しかし、牽引に加えて体動やギャッジアップに伴うズレが生じ、挙上が維持できていないために除圧効果が低かった。また、アクティブパットを使用したケースでは、除圧に対する過信があった。更に、坐位時に、適切なポジショニングを行っていないことも要因である。牽引中は足元をギャッジアップできないため体がずれやすく、踵部への負担もかかる。今後、ポジショニングとブラウン架台のズレ防止用具の検討が必要である。

牽引中の体重測定は困難であるが、今後は体重や牽引の重さを考慮し、適切な体圧分散や除圧用具の選択が不可欠である。

5. ブレーデンスケールの活用について

ブレーデンスケールのチェックは、急性期は48時間毎、高齢者は最初の4週は毎週採点となっている。しかし、実際は鋼線牽引で寝たきりになった状態の患者には、入院時にチェックした後、褥瘡発生時に再チェックする現状である。牽引中の患者は特に、入院から手術までの観察が重要である。また、その視点も再評価してみると妥当でないものがあることから、スタッフ教育による視点の統一が必要といえる。

VI. 結論

1. 術当日に褥瘡を発見することが多く、術前の踵部の観察が不足していた。毎日必ず全身を観察し、記録に残す必要がある。
2. 80歳以上と高齢者には、術前後の食欲不振による低栄養状態に対する視点を持ち、食事量と検査データを十分把握しながら、補食などを積極的に取り入れる必要がある。
3. 踵部のスキンケアも、清潔の保持とワセリン軟膏塗布による適度な湿潤を保持する必要がある。
4. 痴呆があり、体動が激しいために、踵部の摩擦の増加や除圧効果が得られにくい患者には特に、皮膚の保護と細かな体位調整を行う必要がある。また、除圧用具に過度に依存するのではなく、随時評価を行っていく必要がある。
5. ブレーデンスケールの視点でアセスメントし、リスクに応じたケアを実施する必要がある。また、スケールをもっと学習し、視点を統一する必要がある。

おわりに

近年、褥瘡に関する研究の動向として、褥瘡発生率の実態調査が増加している²⁾と須佐らの研究で報告されている。かつて、「看護の恥」として医療の谷間に隠されていた褥瘡が公になることで、看護者の意識を高め、ケアの向上につながると思う。佐奈は、「褥瘡が看護の恥なのではなく、褥瘡を学習せず、無知であることが恥なのである」³⁾ と言っている。今後も、一つ一つの症例を謙虚に分析し、より良いケアの追究に努めたいと考える。

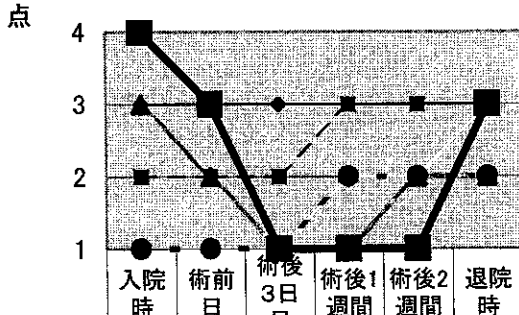
引用文献

- 1) 徳永恵子；褥瘡とその対策、月刊ナーシング、12(5)、88、1992
- 2) 須佐公子他；「褥瘡ケア」研究の動向、看護管理、31、182～183、2000
- 3) 佐奈明彦；整形外科高齢患者のケア、整形外科看護 秋季増刊、115、2003

表1 褥瘡発生までの褥瘡リスクとケア

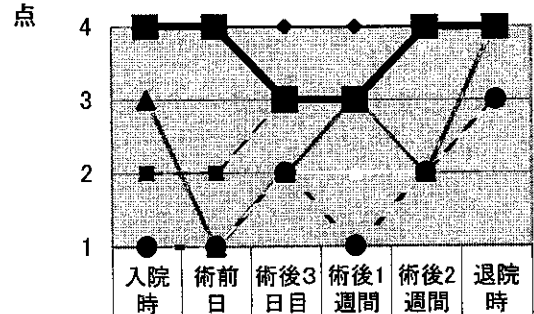
	I 氏	M 氏	T 氏	Y 氏
知覚の認知	入院後より、痴呆症状が進行し、骨折していることも理解できない状況。痛みや不快感の感じ方が完全ではない状態であり、看護師から声をかけることが多かった。	痴呆もなく、痛み・不快を認知できる。遠慮がちで訴えることは少なく、看護師から声をかけることが多かった。	脳梗塞後の後遺症として左麻痺があり、知覚異常があった。また自らの訴えが少なかったため、看護師から声をかけていった。	術前後不穏言動あり。骨折の疼痛もはっきりと認知できていなかった。看護師から声をかけることが多かった。
湿潤	陰部・背部の清拭は毎日施行。踵部は毎日ではなかった。ワセリン塗布は腰背部・仙骨部のみ。入院時より尿留置カテーテルを挿入（※1）左踵部は乾燥していた。術前オムツ使用、暑がりであり、発汗も多く、適宜更衣施行。	左記同様（※1） 右踵部にアクティブパットを使用。オムツは不使用。術前より微熱が持続し、背部の発汗が多く、適宜背部清拭を施行。	左記同様（※1） 左踵部にアクティブパットを使用。オムツ使用。術前より微熱が持続していた。	左記同様（※1） 右踵部は素足で、挙上していた。入院時より尿失禁ありオムツ使用。
活動性	仰臥位の状態。ギャッジアップし座位がとれる（※2）鋼線牽引（4Kg）であり、体動激しく、座位保持困難。	左記同様（※2） 鋼線牽引（5Kg）であり、体動は少なかった。	左記同様（※2） 鋼線牽引（8Kg）であり、体動は少なかった。軽度の左麻痺があるが、術前ADLは自立できていた。	左記同様（※2） 鋼線牽引（7Kg）であり、不穏があり、体動が激しかった。
可動性	1日1回バックケア時に医師付きで側臥位になることができた。患肢以外の四肢は頻回に動かすことができた。（※3）	左記同様（※3）	左記同様（※3）	左記同様（※3）
栄養状態	術前は5～10割摂取。（TP7.4g/dl） 術後より食欲不振みられ、1～2割摂取の状態。術後5日目からリーナレンー日3缶を補食した。（TP5.7～6.0g/dl）それ以降5割以上摂取できるようになった。（TP5.2g/dl） 退院前は入院前の摂取量になった。（TP6.9g/dl）	術前はDM食をほぼ全量摂取。（TP6.0g/dl前後）また、Hb8.7g/dlで、術前日にMAP4単位輸血。術後1週間は食事5～8割は摂取。（TP5.3～6.0g/dl、Hb10g/dl前後）術後2週目からはTP、Hbは改善した。術前より血糖コントロールが良好ではなく、インスリン使用していた。（BS200g/dl）	術前は食事量3割摂取。（TP7.9g/dl） 手術時TP5.5g/dlで術後6日目まで輸液が行なわれた。術後の食事量は5～8割であった。（TP5.3～6.4g/dl）	術前は食事量3割摂取。（TP6.9g/dl） 手術時TP5.2g/dlで術後2週目まで食事量5～8割摂取。 術後2週目（退院時）TP5.7g/dlであった。
摩擦とズレ	左踵部：下腿にタオル 腰背部：テンピュールマット ギャッジアップしても座位を維持できず、すぐに体位がずれる状態であった。踵部も牽引に構わず動かしていた。頻回に体位調整を行った。	右踵部：アクティブパット 腰背部：テンピュールマット 術後：右下腿にタオルを敷いて踵部を挙上。 自分で体位を調整することはほとんどなかったため、看護師が行った。	左踵部：アクティブパット 腰背部：テンピュールマット 牽引中自ら体位調整することはなかったため、適宜体位調整を行った。	右踵部：下腿にタオル 腰背部：テンピュールマット 術前より不穏行動があり、体動が激しかったため、頻回に体位調整を行った。

図1 I氏のブレデンスケールの経緯



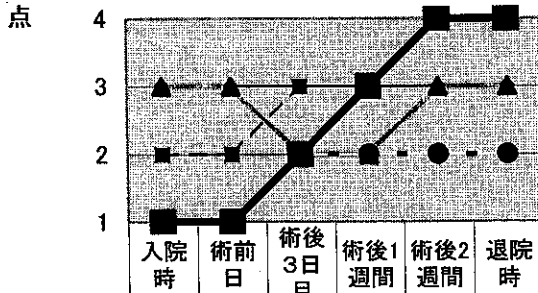
●—知覚	3	3	3	3	3	3
▲—湿潤	3	2	1	1	2	2
○—活動性	1	1	1	2	2	3
■—可動性	2	2	2	3	3	3
■—栄養	4	3	1	1	1	3
●—摩擦	1	1	1	2	2	2

図2 M氏のブレデンスケールの経緯



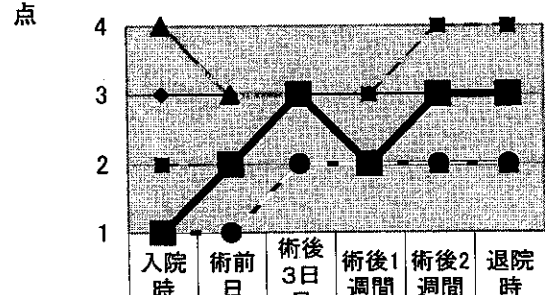
●—知覚	4	4	4	4	4	4
▲—湿潤	3	1	2	3	2	4
○—活動性	1	1	2	2	2	3
■—可動性	2	2	3	3	2	3
■—栄養	4	4	3	3	4	4
●—摩擦	1	1	2	1	2	3

図3 T氏のブレデンスケールの経緯



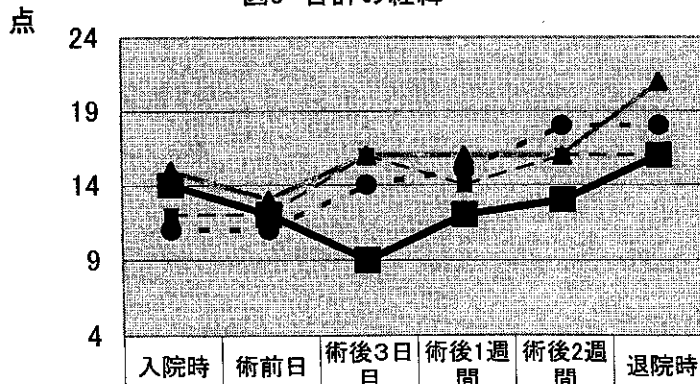
●—知覚	3	3	3	3	3	3
▲—湿潤	3	3	2	2	3	3
○—活動性	1	1	2	2	2	2
■—可動性	2	2	3	3	4	4
■—栄養	1	1	2	3	4	4
●—摩擦	1	1	2	2	2	2

図4 Y氏のブレデンスケールの経緯



●—知覚	3	3	3	3	3	3
▲—湿潤	4	3	3	2	2	2
○—活動性	1	1	2	2	2	2
■—可動性	2	2	3	3	4	4
■—栄養	1	2	3	2	3	3
●—摩擦	1	1	2	2	2	2

図5 合計の経緯



■—I氏	14	12	9	12	13	16
▲—M氏	15	13	16	16	16	21
●—T氏	11	11	14	15	18	18
■—Y氏	12	12	16	14	16	16