

まで物品を取りに行かなければならない。その間は、手術が中断されたりすることもある。そのため、手術時間が延長し、患者さんの負担にもつながらる。

3. 準備で物品を集め、手術中に手術室まで取りに行くなどの看護師の体力的負担が大きい。

### III. 方法

ステントグラフト内挿術に必要な物品は、A：細かい器械・物品類、B：大きな機材類、に大別できる。

AとBの機材のうちAは手術室にある多くの収納棚にそれぞれ収められている。Bは、手術室中央の機材庫に収められている。Aの物品が、一つに収まっていれば、収集に時間がかからない。また、あらかじめ必要な物品が必要だけ収まっていれば手術中に物品が不足することもない。そこで、Aの細かい器械・物品類をもう一度、スタッフ皆で検討しそれらを一つのカートに収納した。さらに、カートの中には入れられない薬剤や冷所保存のものは、リストにまとめて誰でもすぐに必要な物が集められるようにした。そして、スタッフがステントグラフト内挿術時に使用するよう、共通認識のため「ステント用カート」と名づけた。

### IV. 実際・利点

1. 緊急時の対応が早くなった。
2. 術中に物品が不足することが少なくなった。
3. 看護師の体力的負担が減った。

### V. まとめ

今回の業務改善は、血管造影室という手術室以外での手術を行うにあたり、円滑に手術が進行できるように考えられた。実際に「ステント用カート」が出来たことで今までよりもスムーズに手術が開始され、円滑に進行されるようになった。また、手術につく看護師の負担も減った。手術が円滑に行われることで、患者の負担も減り、業務改善の意義があったと思われる。

### VI. おわりに

ステントグラフト内挿術は、医師、手術室看護師のみではなく、放射線技師、ME技師、血管造影室看護師など、さまざまなコメディカルが協力し合って手術を行っている。また、緊急時にもそれぞれがそれぞれの役割を果たし、患者の救命に携わっている。そこで、手術室看護師として最善が尽くせるように今回の業務改善を行った。しかし、まだ手術を行う上で、手術室と血管造影室では差が生じてしまう。この差を少しでも改善できるよう、今後も更なる改善策を考えていきたいと思う。

## 救急病棟 NST 介入により開心術後創感染が改善した一例

救急病棟 NST 石塚詩野 梶原聡子  
杉山芽久美 伊藤敦子  
中田託郎 東茂樹  
白石好

### I. はじめに

当病院では2004年10月より全科全病棟において栄養サポートチーム（NST）が発足し活動している。救急病棟でのNST活動の問題点として、NSTの介入が遅れてしまうことが挙げられる。これには、NSTスクリーニングシート上で問題があるという評価となってもNSTが介入する前に他病棟に転床となり、ピックアップされる患者数が少なく、NSTが介入しても転床してしまうため経過をたどることができずスタッフのモチベーションが上がらないため、栄養管理への関心が他病棟に比較して薄いこと。また、医師の協力が得られないことがあることが理

由として挙げられる。今回、これらの問題点の改善につなげることができた症例を経験することができたので報告する。

### II. 症例

患者70歳代、男性。既往歴、糖尿病・高血圧・ASOにて手術の既往あり。現病歴、狭心症にてCABG施行後、多発性梗塞を合併した。術後9日目でMRSA創感染が生じ、抗生物質投与で経過を見ていたが改善なく悪化。術後22日目で形成外科が介入し切開排膿ドレナージ・骨搔爬を施行した。この時、アルブミン値がCABG術前4.0g/dlから1.9g/dlに低下し著明な栄養障害が認められ、腹直

筋皮弁再建術予定であったため適切な栄養管理が必要と判断しNST介入となった。

### Ⅲ. NST 介入

必要エネルギー量はハリス・ベネディクト式にて算出。基礎エネルギー量 1169 kcal. ストレス係数 1.3 (発熱・創感染). 活動係数 1.2 (臥床). 必要エネルギー量 =  $1169 \times 1.3 \times 1.2 = 1827$  kcal. 投与経路は、TPN メインから経腸栄養メインとなるよう目標とした。NST カンファレンス (以下 cf と略す) ; 1 回目 cf では、創傷・褥瘡があるため創傷治癒に有効とされる亜鉛・セレンを含む V クレスを開始とした。下痢があり、GFO は続行とした。2 回目 cf では、投与蛋白質が多いが創傷・褥瘡があるため経過を見ていくこととし、下痢の回数が増えたため腸内環境の改善を目指してヤクルト V300 を開始とした。3 回目 cf では、投与蛋白質がやはり多く、腎機能への影響を考慮し蛋白質ゼロの栄養剤へ変更した。下痢の回数は減少あり。4 回目 cf では、検

査データ上大きな変化なし、現状のままとし、5 回目 cf では、投与蛋白質が不足しているが腎機能を考慮しアルブミン値の低下がなければ現状のままとしていくこととした。

### Ⅳ. 考 察

形成外科手術の成功は NST 介入による適切な栄養管理によるものと考えられた。術前から糖尿病血管疾患があり感染の高リスク患者であったことを省みると術直後からの NST 介入が望ましかったと考えられた。

### Ⅴ. 結 語

今回の症例を通して、NST が介入したことで創・全身状態の改善ができたことを改めて実感でき、スタッフの栄養管理に関しての興味・関心が高まったと思われる。現在、当病棟での問題点を解決していくためにスクリーニング直後からの患者介入を目指し、カンファレンスの定着化ができるよう取り組んでいる。

## ストーマ粘膜皮膚離開に対するケア

### ～創洗浄と栄養管理～

5-3 病棟 市野 侑世 石田 奈帆子  
大林 美緒

### Ⅰ. はじめに

今回我々は管理困難が予想されるストーマ離開を経験した。ストーマ器具の選択、洗浄処置の検討に加え、NST の介入により改善がみられたため報告する。また、A 氏及び家族に研究の主旨を文章で説明し同意を得ている。

### Ⅱ. 患者紹介

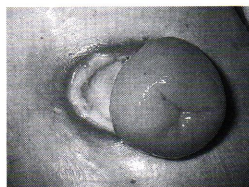
70 歳代男性。腹膜炎による大腸穿孔のため緊急手術となり、左半結腸切除・横行結腸人工肛門造設術施行した。既往歴は、関節リュウマチ (プレドニン 20 mg 内服中)、糖尿病 (200~400 とコントロール不良) があつた。術後全身状態が不良なため正中創、ストーマが離開した。

### Ⅲ. 経 過

ストーマの大きさ、縦 38mm 横 38mm 高さ 10mm の正円形。

#### 1. 問題点

1) ストーマ造設後 6 時から 0 時方向の離開が悪化し、浸出液によりパウチがもれる。



2) 基礎疾患と低栄養による易感染状態による創治癒遅延。

#### 〈局所的ケア〉

滲出液が多く便が漏れてしまうため毎日交換、洗浄を行った。しかし、浸出液による便の漏れや離開部に壊死組織が形成されたため、離開部にアクアセルを詰めウエハーを貼付した。その後、離開部に膿汁、浸出液が停滞し、壊死組織が形成された。そのためペンローズドレーンを挿入しドレナージをはかり、壊死組織をデブリードマンした。また、パウチに対しては、離開部に膿汁を停滞させず、創の清浄化を保つために 1 日 2 回の洗浄を行い、毎日交換による皮膚の剥離刺激を軽減するために二品系のパウ