

# 治療器具による圧迫創形成と治癒経過の報告

看護部創傷管理チーム

○ 山口ひろみ 岡本 節 田村 眞智

キーワード：BIPAP マスク、圧迫創、褥瘡、協働

## I. はじめに

体圧・ずれなどによる一般的な褥瘡とは別に、治療器具により皮膚局所の血流が途絶え、阻血性の壊死が生じて発症する皮膚損傷がある。呼吸器内科においても、重症呼吸不全での呼吸管理目的の BIPAP マスクで程度は様々だが皮膚損傷を起こすことがある。今回、BIPAP マスクによる圧迫で鼻根部に重度の皮膚潰瘍を引き起こした事例を経験した。マスクによる圧迫が原因であることは明確であるが、生命の優先度からマスクの除去は困難な状態であった。その状況の中で専門チームとして病棟と協働し、原因の緩和・対策を実施した結果、創の改善がみられたので報告する。

## II. 事例紹介

T. Y 氏：74 歳、女性、身長 150cm、体重 30kg。家族構成は息子夫婦と孫二人の五人家族。

既往歴：胃潰瘍、神経性うつ症

現疾患：筋萎縮性側索硬化症

現病歴：呼吸不全。平成 15 年 6 月末より発熱が持続していたが経過観察していた。7 月 10 日朝より呼吸状態が悪化し緊急入院となる。ICU に入室し人工呼吸器管理となる。入院 8 日目に抜管され、その後病棟での BIPAP 管理となった。

栄養管理：80 日間は高カロリー輸液のみで管理をしていたが、入院 80 日目から食事が開始となり指示食を全量摂取していた。

状況の認知度：入院前から軽度の痴呆あり。ICU では 8 日間鎮静状態であった。覚醒と同時にせん妄状態が発生した。再三一人でベッド上で座位になったり、BIPAP マスクを自分で外すという行動がみられた。このような行動が入院後約 60 日間続いた。体温が 38℃以下となり行動範囲が拡大した頃より認知度が上昇し、せん妄状態を示す行動は消失した。

## III. 経過及び看護

### 1. 第 I 期：創形成期（BIPAP 管理開始から 14 日目まで）

入院 8 日目に人工呼吸器から離脱し BIPAP 管理となり、フルフェイスマスクを使用した。呼吸状態が改善したことで患者の QOL を考え装着 5 日目からは BIPAP 管理用のネーザルマスクに変更になった。

顔面清拭を行う以外でマスクを外すことはほとんどなく、ほぼ 24 時間皮膚に密着している状況であった。勤務中 BIPAP マスクの位置を意識的に直したスタッフは約 7 割で、そのうちの 5 割が 2 時間毎にマスクの位置を直していた。

BIPAP 管理 14 日目に鼻根部に表皮剥離が認められ、病棟スタッフはテガダームによる皮膚保護を行った。

### 2. 第 II 期：創傷悪化期（BIPAP 管理 15 日目から 47 日目まで）

数日間テガダームを使用した。浸出液が増加したためデュオアクティブに変更された。しかし、創は改善せず 1 × 2 cm の創が皮下組織まで拡大したため、創傷治療専門外来と創傷管理チームに介入依頼があった。浸出液が多くハイドロサイトによる処置を開始した。病棟スタッフにより 1 日 1 回以上の洗浄とハイドロサイト交換が行われた。BIPAP 管理 22 日ごろより MRSA による敗血症のため全身状態が悪化したため、マスクを外すことがより困難となった。病棟スタッフは、創の観察や意識的にマスクの位置を変えるなどの介入よりも呼吸管理を最優先させる状況であった。創はさらに悪化し鼻骨が一部露出する状態になった。創感染はな

かったが、黄色壊死の付着がありクラビオ AG とハイドロサイトによる処置を行った。

### 3. 第Ⅲ期：癒痕治癒期（BIPAP 管理 48 日目から 103 日目まで）

創の悪化が認められたため創傷管理チームとして、主治医や病棟スタッフに創部への連続した圧迫を避けること、また可能な限り除圧ができるようにマスク装着時の工夫やマスクの種類変更の検討を提案した。その結果、病棟スタッフはマスクや素材の検索を行い使用可能にした。またマスクの位置を変えることや創処置が計画的に行われた。マスク交換後 4 日目ごろから肉芽が盛り上がり始め、サイズは縮小し浸出液も少なくなった。呼吸状態の改善により BIPAP 管理 82 日目からは、昼間のマスク除去が許可され圧迫創は上皮化がすすんだ。その後も、テガダームを貼用し皮膚の再損傷の予防に努めた。BIPAP 管理 104 日目からは夜間の BIPAP 管理も中止になった。

## IV. 考察

一般的な褥瘡では、患者自身の体重が荷重となりそれにずれが加わり生体外面の皮膚に褥瘡が発症する。今回の事例ではマスクによる圧迫が荷重となった。人間の体重から比べると小さい圧であると思われるが、同一部位に連続した圧がかかることで、生体外面の皮膚に創が発生することを体験した。私たちは事例を褥瘡ととらえて体圧分散の介入を実践した。一般的な褥瘡に体位変換が有効であるようにマスクの位置を変え、体圧分散寝具を選択するようにマスクの素材を再考したために、創の悪化を防ぐことができたと考えられる。このことから体圧以外で発生する圧迫創も褥瘡ととらえて介入することが重要ではないかと考える。

次に、「深い褥瘡では、褥瘡部の感染はほぼ必発である」<sup>1)</sup>といわれているが、事例の創は重篤な組織感染を起こすことなく経過した。これは鼻根部が一般的な褥瘡の好発部位である仙骨部とは異なり、細菌を含んだ排泄物による汚染が少ないことが影響していると考えられる。しかし私たちは、マスクによる持続的な圧迫・摩擦・ずれにより鼻骨の一部が露出した状況を創感染発生のハイリスク状態と捉えた。病棟スタッフにより創傷被覆材の交換毎に十分な創洗浄が行われたため創感染が発生しなかったと考える。

CPAP マスクを 3 日間装着することで少なからず皮膚損傷を引き起こすという報告がある。病棟スタッフもこれまで BIPAP マスクによる皮膚の発赤や表皮剥離を経験したことがあったが、鼻骨露出まで悪化した創を経験したことはなかった。今後、急性呼吸不全患者に BIPAP マスクを使用する機会は増加すると予測される。病棟スタッフがこの事例を通じて、創が発生・悪化していく過程と専門的知識に裏づけられた予防対策の実践を体験したことは、創傷管理における看護の質の向上につながると考える。

中村<sup>2)</sup>がチーム医療の成果として「患者・家族に提供されるトータルなケアの量と質双方の総和が大きくなること」と述べているように、協働性が高いチームは生産性も上がり、患者満足度も高くなると考える。今回の事例では専門チームが関わったことにより、主治医は新たな素材の異なるマスクを探索し使用可能とした。病棟スタッフは創傷管理について指導を受け一貫したケアを患者に提供することができた。つまり、チーム医療としてあらゆる人間の目が患者に向き、同じ目的・目標に向かってさまざまな方向から意見や改善策が導き出されたため、創が早期治癒に向かうことができたと考えられる。

## V. おわりに

治療器具による圧迫創は、治療が優先されるため原因の除去が難しく看護上度々問題になる。今回の事例でも呼吸管理が最優先となったため、皮膚管理が不十分であった。今後は、どんな些細な圧であっても持続圧迫することにより、生体側に損傷が発生することを認識した看護を実践していきたい。

また創傷管理を行うためには、さまざまな職種が協働する重要性を再認識した。

引用・参考文献

- 1) 村木良一：褥瘡ケアに大切な感染症への視点 褥創感染と誤嚥性肺炎，エキスパートナース，17(9)，45 - 47，2001.
- 2) 中村めぐみ：チーム医療に求められる看護婦の意識改革，インターナショナルナーシングレビュー，22(5)，26 - 28，1999.
- 3) 大浦 武彦：褥瘡とは；寝たきりの予防と治療，臨牀看護，27(9)，1275 - 1285，2001.
- 4) 宮地 良樹：褥瘡はなぜできる？ 臨牀看護，27 (9)，1334 - 1339，2001.
- 5) 高橋 誠：応力を制することができるか？ 臨牀看護，27(9)，1346 - 1351，2001.
- 6) 河合 修三：創傷治癒理論からみた褥瘡処置とは？ 臨牀看護，27(9)，1359 - 1368，2001.
- 7) 大浦 武彦：褥瘡はなぜできるのか・どうすれば防げるのか，看護学雑誌，67 (3)，218～224，2003.

〔平成16年3月6日、高知市にて開催の第4回日本褥創学会中国四国地方会で発表〕