

腹臥位における体位固定の工夫 — 皮膚合併症状の軽減を図るために —

手術部

○川崎敬子 小松誓子
公家紀美代

I はじめに

手術中における患者の体位固定は、麻酔法、術式、患者の状態を考慮した上で、安全かつ安楽なものでなければならない。しかし、生理的条件が満たされない場合、神経麻痺、皮膚症状（発赤、水疱、褥創など）、呼吸器系、循環器系の合併症を起こしやすい。従って、手術室の看護婦は手術体位の生理的意義をよく知り、患者に及ぼす障害を最少限にとどめるよう、努力しなければならない。

今回は、ほぼ全症例に何らかの症状がみられた脊椎後方固定術時の腹臥位の体位固定に焦点をしぼり、この症状の中でも大半を占めた、術後の皮膚症状を調査し、若干の考察を加えたので、ここに報告する。

II 腹臥位における体位固定の実際

当病院における腹臥位の固定方法は、胸腰部の固定材料において大きく2つに分けられる。1つは脊椎フレームによる固定で、胸腰椎の手術で椎間を拡大する必要がある場合に用いている。もう1つは枕による固定で、これは、側弯症などでそれほど椎間拡大を必要としない場合や、頸椎手術に用いられている。他の材料に関しては大差はなく、膝部には円坐を使用し、下肢には静脈うっ滞防止のために大きな枕を用いて挙上している。頭部においては、通常円坐を用いているが、頸椎手術ではヘッドレストで固定している。

III 調 査

1. 実施期間

- 1) 第1調査期間：昭和58年10月17日～昭和58年10月30日（以下第1期と記す）
- 2) 第2調査期間：昭和59年9月10日～昭和60年3月31日（以下第2期と記す）

2. 対 象

期間中に行われた35例の腹臥位による脊椎手術施行例（第1期間：4症例，第2期間：31症例）

3. 方 法

チェックリスト（図1. 2参照）をもとに，関接介助者が実際に行った体位固定法と，手術終了後の患者の皮膚状態を観察し，記録を行った。第1期に使用したチェックリストは，開院時に全手術患者の術後状態をチェックするために作成したものである。第2期は，特に体位固定に焦点ををさるよう一部変更した。

IV 結果及び考察

今回の術後状態調査により，調査した全例に何らかの皮膚症状が出現しており，その大半を発赤が占めている。部位としては，顔面，肩，前側胸部，側腹部，前腸骨部，大腿前面，膝部があげられ，特に前側胸部においては，発赤が35例中26例と多く，その他に7例に水疱形成，3例に表皮剝離が認められている。膝部においても，発赤は35例中10例，水疱形成が1例認められている。顔面に関しては，発赤が8例，浮腫が5例，水疱形成が1例あり，これはヘッドレストを用いた場合に多く起こっている。

以上の結果をふまえ，腹臥位における皮膚症状の原因として，次の事柄が考えられる。

1. 手術時間と手術操作

当病院における脊椎後方固定術では，手術時間が平均6時間と長時間にわたっている。圧迫時間，すなわち手術時間であり，一定部位に加わる圧迫の時間が長ければ長いほど，発赤や水疱ができやすくなる。さらに脊椎手術においては，骨膜剝離時，術者の加える力により，患者と固定材料の接する部分に圧力が加わるので，より一層の配慮が必要とされる。

2. 不適切な体位固定材料

現在使用されているフレームや枕は材質が固く，長時間の使用には適さないが，手術手技上，麻酔管理上これらの材料が諸条件を満たすものとして使用されている。そのため材料に綿布をまいただけで用いると，皮膚症状が起りやすく，増

加する一方であった。胸腰部は全体重の8割近くの体圧がかかる部分であるが、少しでも圧力を分散できるようにと、フレームや枕の上面、つまり患者と接する面に、厚さ3cmのレストンスポンジを貼った。特に前側胸部、前腸骨部には、同じ厚さのスポンジを2枚重ねてはさみこみ、より圧迫軽減を図った。

また円坐に関しては、薄く、大きすぎて膝部が手術台に直接あたり、圧迫を強めていたために、発赤が出現している。円坐作成にあたり、小さめに、また、厚めにするにより、症状は少なくなっていると思われる。最近、ボンマットを膝部に使用してみたが、全例に発赤がみられているため、使用を中止した。

その他、全身にフリーシーツを用いて、スポンジ以上の効果を期待している。

3. 不適切な体位固定法

第1期以前では、体位固定の方法が看護婦間で統一されていなかったことにより、同一材料を用いても症例により術後状態に差がみられた。しかし、体位固定法をチェックすることにより、看護婦間での体位固定に対する意識レベルが高まり、腹臥位固定の方法も統一され、症例における差が見られなくなった。

上記のような事柄が術後の皮膚症状の原因として考えられるが、これらは相互に関係しているため、我々が行った対策だけでは、症状の軽減は容易ではない。しかし、手術室において、体位固定は重要な看護の役割であり、麻酔科医や外科医と共に体位固定を行うにしても、看護婦は最終的なチェックを注意深く行う必要がある。そのためには、現在使用している材料のみでなく、より有効に圧迫が軽減できるような材料を検討するとともに、さらに一層の工夫を重ねて、個々の患者に適した、よりよい体位固定法を考えなければならない。

また、チェックリストについても考慮すべき点は多いと思われる。手術室から回復室、回復室から病棟へと継続看護に役立てられるように、改善しなければならない。

V おわりに

今回の研究においては、症例数が少なく、諸データの集計が不十分な事もあり、科学的かつ統計的な研究とは言いがたい。また体位固定によって起こる症状の観察

が術直後のみにとどまったため、今後はその後の変化や患者側からの訴えなどを追跡し、それらを含めた研究に進め、よりよい手術室看護をめざしていきたいと思う。

参考文献

- 1) 横川志津子ほか：脊椎後方手術の体位が身体に及ぼす影響，看護総合1983.
- 2) 森本昌宏ほか：脊椎側弯症に対する脊椎後方固定術の麻酔管理，日臨麻誌1984.
- 3) 一柳邦男：目でみる手術室看護の基本，医学書院.
- 4) 平田雅子ほか：看護技術の物理的考察，メヂカルフレンド社
- 5) 金田清志ほか：脊椎後方手術の体位とフレーム，臨整外，1977.

(昭和60年6月7日 山口大学にて開催の第6回中国・四国地区国立大学
病院看護研究発表会にて発表)

図1 (第1期チェックリスト)

電気メス使用時及び手術終了後状態のチェックリスト

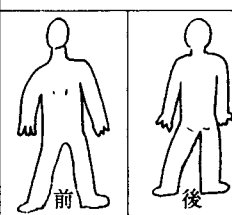
昭和	年	月	日	Dr()	Nr()
患者氏名() 性別(男・女) 歳 ヶ月					
身長			cm	体重	
手術開始			時 分	手術終了	
麻酔			全麻(挿管・マスク) 超低体温 低体温 腰麻 硬膜外 静麻 局麻 その他()		
体位			仰臥位 側臥位 腹臥位 坐位 ジャックナイフ 載石位 その他()		
電の 気機 メ種 ス					
圧迫 状態	後頭部 無・有()				
	踵部 無・有()				
	その他				
電気メスによる火傷と状態			対極板とEKGプレート部位		
有・無	有の場合 右に図示				
その他					

図2 (第2期チェックリスト)

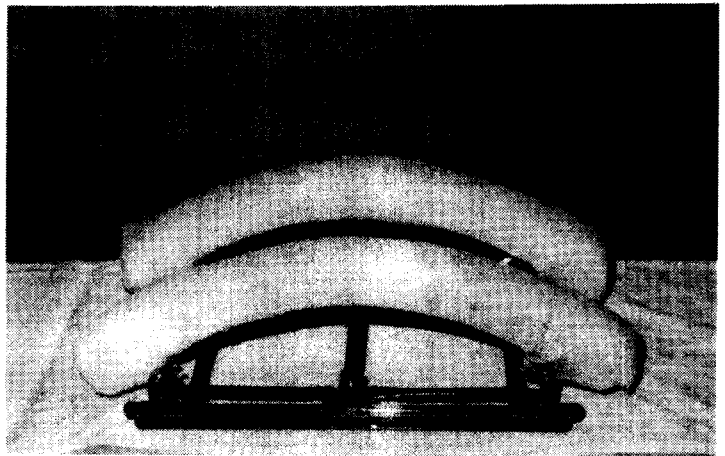
手術終了後の状態チェック S , ,		
患者氏名		性別 男・女 歳 ヶ月
身長		体重
科名	階	西東 病棟
術後診断名		
術式		
手術所要時間		時間 分
麻酔	全麻(マスク・挿管) 超低体温 低体温 腰麻 硬膜外 静麻 局麻 その他()	
体位	仰臥位 側臥位 腹臥位 坐位 ジャックナイフ 載石位 その他()	
圧迫 状態		
対極板貼布部位() 異常の有無		
使用材料	体位固定の実際	術後圧迫の有無
	対極板)位置 プレート)	Nr()

表1 調査結果

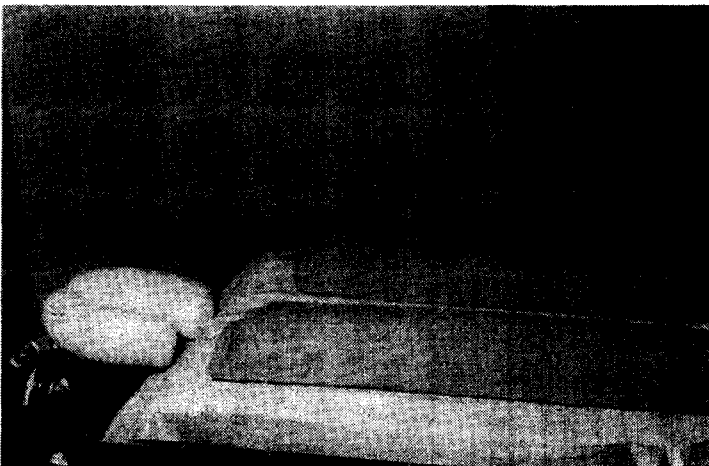
	第1期 (4例)	第2期 (31例)
顔	発赤 2例(50%) 口唇腫脹 1例(25%)	浮腫 5例(16.1%) 硬結 2例(6.4%) 発赤 8例(25.8%) 水疱 1例(3.2%)
肩		発赤 2例(6.4%)
前側胸部	発赤 4例(100%)	発赤 26例(83.8%) 表皮剝離 3例(9.6%) 水疱 7例(22.5%)
側腹部	発赤 4例(100%)	発赤 5例(16.1%)
前腸骨部	発赤 3例(75%)	発赤 5例(16.1%)
大腿前面		発赤 5例(16.1%)
膝部	発赤 2例(50%)	発赤 10例(32.2%) 水疱 1例(3.2%)

資料

高知医科大学 手術部



脊椎フレーム



馬蹄形と枕

