

当外来における 持続硬膜外チューブの固定方法

麻酔科外来 発表者 岩田 公子

沢谷 ゆき江・新井 孝子

研究期間 S 55年4月～S56年9月

I はじめに

近年神経ブロック治療が、かなり普及するようになり、そのひとつの手技として、チューブを留置する持続硬膜外ブロックを、施行する症例が増えている。患者は、この治療を続ける間、頸、胸、腰部の硬膜外にチューブを留置され、制約された動きの生活を送っている。中にはチューブを引っかけて抜いてしまいそうなので、怖くて安眠できないという患者もいた。このチューブの維持方法に関して、反省・工夫を繰り返しているが、上記の例以外にも多くの問題が残されている。そこで、過去の記録を基に、問題点・原因等を検討し、新たに維持方法を工夫実施する中で、固定方法にひとつの進歩を見たのでここに報告する。

II これまでの持続硬膜外ブロック施行にみられる傾向

昨年（S 55年4月）より始めた外来看護記録をもとに、持続硬膜外ブロックに関して、何が問題になっているのか調べて見た。施行総数（S 55年4月～S56年3月）83例中に不慮の抜去の記載が、12例あり、その他の問題として、チュービング部の皮膚のかぶれ、固定絆創膏の浮き等の記載はあったが、詳細な記録が少なかった。この記録の収録に当り、持続チューブの維持に影響を与える要因として、年齢・性別・体格・体質・チュービング部位・運動量・安静度・患者の認識等を考慮したが、著明な傾向は見られなかった。そこで改めて要因図を作成し、まずは何から取り組むべきかを探索してみた。

III 要因図作成（資料1）

これにより、多くの問題を含む6つの主な要因が認識されたが、まずは不慮の抜去と、チューブの固定について、とり組むことにした。

IV これまでの消毒及び固定方法

- 1 チュービング周囲を広範囲にイソジン塗布。乾燥を待ち、76%アルコール清拭。
- 2 刺入部より10cm位をループ状にし、皮膚に添わしてオプサイト（10cm×14cm）を貼布する。
- 3 脊柱のくぼみにガーゼ枕子を当て、6～10枚重ねのガーゼを当てる。
- 4 オプサイトより出たチューブは、蛇行させながら骨部を避け、ところどころ織布絆（きぬ絆）で皮膚に固定する。
- 5 貼り換えは、原則として週1回行う。

V 実施

a 実施にあたっては次の事柄を考慮した。

- 1 浸出液、注入薬液が、刺入口周囲に貯留することにより、オプサイトが浮いてしまうのではないか。
- 2 発汗により、オプサイトの粘着力が弱くなる。
- 3 ベタつきは、頸部に多い（夏期のせいか）
- 4 貼り換え頻度と漏れとの関係があるかどうか。
- 5 週1回の消毒・貼り換えは適切かどうか。

b 実施内容は表に示す。

実施内容

問 題 点	対 策	結 果
オプサイトにベタつきが生じ、はがしにくく且つチューブを抜いてしまう恐れがある。	<ol style="list-style-type: none"> 1.ベンジンで拭き取る。 2.微温滅菌水で拭き取る。 3.貼り換えを週2回にする。 4.貼り換えを週3回にする。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.皮膚に対し刺激が強過ぎ発赤が増した。 2.ベタつきが取れない。 3.ベタつきが少なくなった。 4.ベタつきが全くなく貼り換えも楽になった。
刺入部周囲が痒痒感、発赤、時には水疱、びらんに至ることもある。（昨年83例中、4例がびらん形成）	<ol style="list-style-type: none"> 1.固定範囲を最小限にする。 2.オプサイトの角をとって丸くしたり斜めに又は左右にずらして貼る。 3.びらん形成部にはリンデロン少量塗布、オプサイトの下に滅菌乾ガーゼを当てる。 4.周囲の固定を強化し、抜去に留意する。創が乾燥次第ガーゼの使用を中止する。 	<p>創の状態により処置を行ったが貼り換え頻度を増したり無滅菌操作をさらに留意することなどから痒痒感、発赤は減少し、又水疱に至る症例は実施期間約40例中には、1例のみであり左記の対策により3日間で乾燥発赤も減少した。</p>
刺入部周囲のオプサイトが浮いてしまいチュービング時の長さが保ちにくい。	<ol style="list-style-type: none"> 1.浮きが出たら随時貼り換える。 2.刺入部に小エアーストリップを貼り浸出液、漏れ、薬液等を吸収させる。 3.刺入部周囲のオプサイトのところどころに穴をあけ、汗、浸出液等の排出を試みた。 4.脊柱のくぼみに当てるガーゼの枕子をさらに厚くし、弾力絆で圧迫固定した。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.浮き範囲は縮小したが、浮きを防ぐことはできなかった。 2.浮きは減少したが、エアーストリップ下に粘着力がない為固定力が弱い。現在はチュービング時のみ行っている。 3.全く効果がみられなかった。 4.圧迫効果あり浮きが減少した。

	<p>5. オプサイトを上下に二分割し中間から浸液等の排出を試みた。(写真①)</p> <p>6. 下側のみメッシュ絆を使用する。(写真②)</p> <p>7. 固定力が更に必要な人にはメッシュ絆を滅菌し上下に使用。ただし上側にはオプサイトで二重に被覆する。(写真③)</p> <p>8. 注入時もれのある場合には必ず、用手又は用具で刺入部を圧迫し漏れを防ぐ。(写真④)</p>	<p>5. 分割部より排液出来、浮きはほとんどなくなったが発汗又は、体動(皮膚の動き)の為か、下側のオプサイトからループがはずれてしまった例がある。</p> <p>6. 固定力が強まった。</p> <p>7. 固定力が更に強まった。</p> <p>8. 浮かなくなった。 患者自身も押さえ方、用具を工夫してくれた。</p>
<p>チューブの蛇行部を固定した織布絆(きぬ絆)がトンネル状になり、チューブの固定力を失って体動や薬液注入後のチューブの処理の際、少しづつひっばってしまう。</p>	<p>1. オプサイトを小さく切って使用。</p> <p>2. チューブの蛇行部にメッシュ絆を使用。</p>	<p>1. 発汗や皮膚の動きの為か、チューブが外ずれてオプサイトのみ再付着する事が多かった。又、チューブにオプサイトが巻きつきはがれなくなってしまう例もあった。</p> <p>2. トンネルやチューブの巻き込みがなくなり固定力が強まりひっばられても抜けにくくなった。 患者にとっても、つっぱる感じが少なくなり身体を動かしやすくなった。又抜ける心配も少なくなった。</p>

c 以上のことから現在一番良いと思われる方法

- 1 貼り換え頻度は、原則として週1回とするが、浮き・ベタつきの強い人は、週3回とする。
- 2 浮き・ベタつきもない人には、オプサイト1枚で貼る。
- 3 浮きのある人には、分割で下のみメッシュ絆使用する。
- 4 特に浮きの強い人には、上にもメッシュ絆を使用する。
- 5 注入時の漏れは必ず防ぐ。
- 6 脊柱のくぼみ・運動量等にあわせて圧迫枕子を使用する。
- 7 チューブは骨部を避け、蛇行させメッシュ絆で4～5cm間隔に固定する。
- 8 必要に応じて剃毛し、清潔を保ち貼り換え時の刺激を少なくする。

VI 考察及び今後の課題

- 1 メッシュ絆使用により大きな効果を得たが、夏期中に実施できなかったことが残念である。
- 2 なぜ、頸部がベタつきやすいか解明できなかったが（汗腺・皮脂腺等？）、貼り換えを週3回にしたことにより解決された。しかも、貼り換え自体がやりやすくなった。
- 3 今までは、硬膜外腔から完全に抜けてしまった例の記録のみであり、故意に抜去した際の腔内留置の長さの記録がないため、留置時の長さとの比較ができなかった。これからは詳細な記録を残したい。
- 4 貼り換えは単なる貼り換えではなく、局所の観察と注入効果の確認が大切であるので、出来る限り週1回は外来で行いたい。一般状態等悪く、受診出来ない場合は、病棟との連絡を密にして観察を続けたい。

終わりに

この研究を通してチューブの固定法について、ひとつの成果が得られたが、それは患者と共に、考え工夫することができたからであり、これからも協力を得ながら、一步一步良い方向に進みたい。その為にも、病棟との連絡を密にすることが大切だと思う。

最後に御協力下さった皆様方に御礼申し上げ、この報告を終わります。

参考文献

- 齊藤隆三：看護の為の臨床医学大系 No.9 情報機能系 P.391、1980
 藤田恒太郎：人体解剖学 P.481 南山堂
 若杉文吉：臨床看護9月号

資料1 要因図

