

周術期における皮膚損傷の現状と今後の課題

Current situation and issue of the skin injury in the perioperative period

手術部 塩沢世志子

看護部 東里江

〈要旨〉手術部と褥瘡管理者とで連携し周術期の皮膚損傷の現状把握を行い、周術期の皮膚損傷は手術体位における褥瘡とテープなどの剥離時によっておこる物理的的刺激が原因によるものが多くみられることが明らかになった。褥瘡管理者と手術部で連携をとりポジショニングの徹底、マット選択の見直し、褥瘡発生症例の情報共有を手術チームで行うことが褥瘡発生減少に有効であることが分かった。今後は患者の内的要因を術前から情報収集、アセスメントし患者個別に予防的ケアを行っていく事が課題である。

キーワード：皮膚損傷，周術期，連携

I. はじめに

A病院手術部で平成25年4月に脊椎腹臥位手術において前胸部の新規褥瘡(発赤・疼痛・糜爛)が2件発生した。手術体位における腹臥位は、褥瘡ハイリスク項目にあり、短時間でも褥瘡発生しやすいといわれている。手術部では退室時に皮膚観察を行い、病棟看護師へ褥瘡の有無の申し送りを行っているが、院内でのその後の経過や傾向が明らかにされていなかった。手術体位、手術時間だけでなく、他の要因もあるのではないかと考え、平成25年5月より手術部と褥瘡管理者が連携し周術期の皮膚損傷の現状把握と、今後の課題について検討したので報告する。

II. 目的

周術期の皮膚損傷の現状把握と今後の課題を明確にする。

III. 研究方法

1. 調査期間：平成25年5月～平成25年10月
2. 対象：全身麻酔・局所麻酔手術を受けた患者3270名
3. 用語の定義：

【皮膚損傷あり】＜持続する発赤（退色反応ありも含む）、硬結・水泡・表皮剥離などの褥瘡＞

【その他の皮膚損傷】＜テープ、心電図電極シール、対極板、タニケット®などの原因によるもの＞、以下その他の皮膚損傷とする。

【褥瘡発生】術後数日以内に発赤が消失しないもの・糜爛・硬結

4. 方法 1) 手術室看護師が、退室時に皮膚損傷を判定し、皮膚損傷有りの患者を、病棟看護師に申し送る。2) 手術室看護師は皮膚損傷の有無を記録に記載、褥瘡管理者へ申し送る 3) 皮膚損傷ありの患者に対して翌日もしくは数日以内に褥瘡管理者が患者訪問し、皮膚の観察を行い、その結果を記載し手術室へ送る。4) 皮膚損傷有りの患者に対しては、手術室看護師は術後訪問へ行く。5) 月ごとに皮膚損傷の結果を集計し、手術看護認定看護師と褥瘡管理者で傾向を把握し必要時ベッドサイドで原因をアセスメントする。6) 毎月手術室病棟会で皮膚損傷の結果を報告し事例検討し、対策をたてる。病棟会での検討・変更内容 ①覆布での表皮剥離については、皮膚の弱い患者に対して予防的に被膜剤使用する。②シリコンテープの使用、③テープの剥がし方を医師・看護師に指導。④心電図の電極シールによる発赤については、心電図シールの製品の変更。⑤止血帯（タニケット®）による皮膚損傷については巻き方の見直しを行った。⑥褥瘡管理者を含め、脊椎腹臥位手術で使用するホールフレーム®のマットの検討や、懸垂頭位での背部の褥瘡に対し、物品の検討を随時行った。

IV. 倫理的配慮

個人情報については外部に漏れないように厳

重に管理し、個人が特定できないように配慮した。

V. 結果

手術件数3270件中、退室時に確認した皮膚損傷は162件（5.0%）、そのうち消失したものは88件（54.3%）。皮膚損傷のうち褥瘡へ移行したものは22件（13.6%）、発赤13件、硬結1件、水泡1件、表皮剥離4件であった。表皮剥離のうち2件は心臓血管外科 仰臥位8時間以上の手術であった。その他、心臓血管外科 半側臥位での顔面と、載石位でフットポンプにより足背に出現した（表1、図1）。診療科別褥瘡発生件数では、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科の発生件数が多く、褥瘡発生部位は、体位による褥瘡発生好発部位と一致していた（表2）。

褥瘡以外のそのほかの皮膚損傷は52件で、心電図シール、挿管固定テープ、対極板、覆布、マンシュート、タニケット、などの原因が挙げられ、オリーブによる皮膚損傷が14件で、乳腺内

分泌外科が8件と半数を占めた（図2、図3）。心電図シールによる皮膚障害は粘着剤の化学的刺激が問題と考え、9月に製品の変更、覆布による皮膚損傷は、剥離時による物理的刺激が原因と考え、5月より皮膜剤使用・スタッフや医師にも剥離時の注意を促すなど月ごと皮膚損傷に対する対策を行ってきたが、明らかに月別発生件数が減少した項目はなかった。

VI. 考察

退室時の皮膚損傷発生報告に対して、翌日以降消失しているものは54.3%と半数以上あり、一時的な炎症と考えられた。一方消失しなかった褥瘡の深達度I度の発赤は13件で、術後数日以内に発赤が消失した患者が大半だったが、術後褥瘡の悪化や治癒遅延となった患者もいたため、病棟での継続した皮膚の観察とケアが必要と考える。8月に懸垂頭位で硬結や紫斑の褥瘡が背部、肩甲骨に発生し、マット・物品の検討・対策を行い、その後懸垂頭位での褥瘡発生はみ

表1 月別褥瘡件数

	OPE件数	皮膚損傷 件数	直後の発赤・びらん				
			消失	褥瘡			
				発赤 (I度)	硬結	水泡	表皮剥離
5月	526	24	18	0	0	0	1
6月	511	26	13	5	1	0	1
7月	576	25	19	1	0	0	0
8月	550	32	10	6	3	1	2
9月	514	27	13	0	0	0	0
10月	593	28	15	1	0	0	0

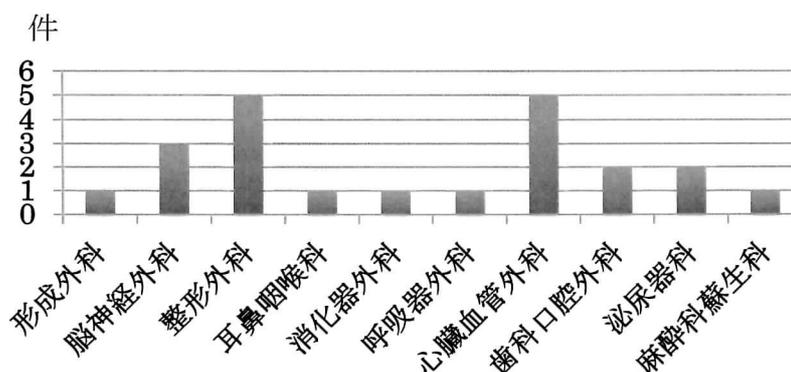


図1 診療科別褥瘡発生件数

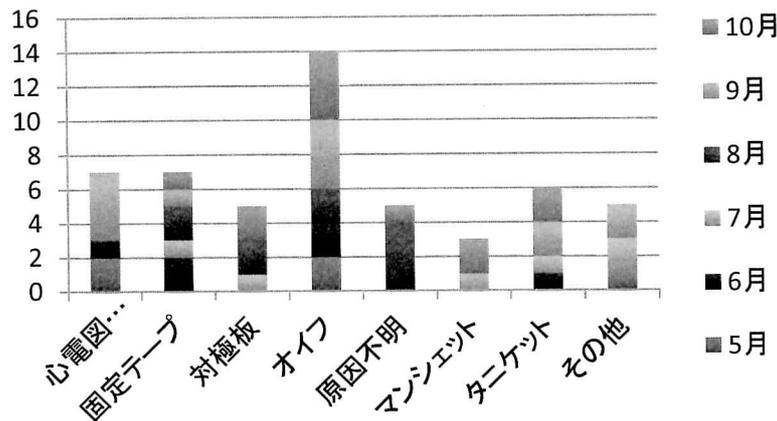


図2 その他の皮膚損傷の原因

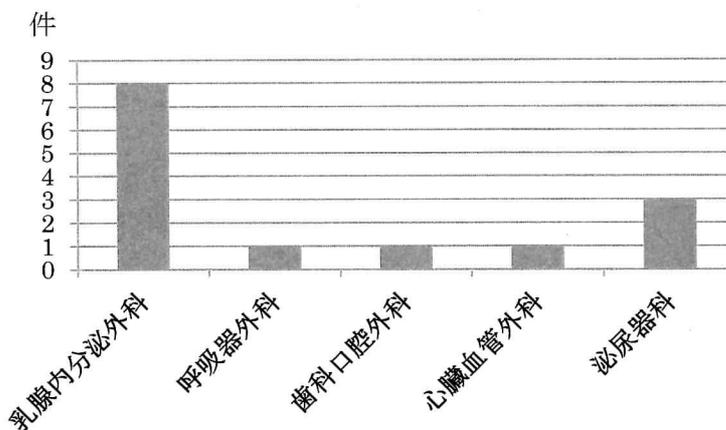


図3 その他の皮膚損傷（オイフ）診療科別

られていない。要因の分析・対策が有効であったと考える。また、褥瘡発生件数が少ない原因としてポジショニングの徹底、マット選択の見直し、褥瘡発生症例の情報共有、対策の検討を手術チームで行ったことが、有効であったと考える。仰臥位での褥瘡発生9件のうち深達度Ⅱ度が2件あり、平均手術時間8.2時間と長時間手術だった。腹臥位手術では4月に深達度Ⅱ度の褥瘡が2件発生し手術平均時間は3.9時間だったが、今回腹臥位手術での褥瘡発生8件のうち深達度Ⅱ度は0件であった。10月までの調査の中では手術時間、手術体位との関連性が明らかにならず、その他の内的要因が作用していると考えられた。皮膚損傷の中で褥瘡以外の皮膚損傷は32%であり術前からの情報収集、医療材料や

処置方法の検討を行ってきたが、現在も発生件数が減少しておらず、患者のステロイド投与や糖尿病など内的要因も考えられる。手術前からのアセスメント、予防的ケアを行っていく必要がある。

VII. 結論

今回の手術部と褥瘡管理者と連携することにより周術期における手術室での皮膚損傷の現状が明らかになった。今後も病棟看護師、手術室看護師、褥瘡管理者と情報を共有し連携をはかり、術前から患者の情報収集・内的要因をアセスメントし、患者個別に予防対策を行い、皮膚損傷予防に努めていきたい。