

# ICUにおける褥創発生要因の検討

ICU：◎竹村 滋子・丸山 公子・堀金 節子

## 1. 目的

高度医療，高齢化社会に伴い，高齢者や様々な合併症を持った重症患者の入室が多くなっている。また入室期間も長期化する傾向にある。重症患者は絶対安静や環境が不安定などの理由から，褥創が発生しやすい。

私達 ICUでは，褥創予防として，全身のエアーマット®（ケーブ社パルセアマット）や，シーブスキンの使用に加えて，1～2時間毎の体位交換，毎日の清拭を行ない全身の皮膚の観察を行なっている。しかし循環不安定や絶対安静の患者には，十分な体位交換が出来ず，清拭も部分的に行なっているのが現状である。

最近看護婦間で「褥創が多い」という声が聞かれた為，褥創発生状況とその要因を調査した。

## 2. 方法

H 6年1月～H 7年3月までの全入室者512名の中から褥創が発生した患者（以下発生群とする）について，発生状況（表1）を調査した。発生群と同じ疾患の患者で褥創が発生しなかった患者（以下非発生群とする）について発生状況を調査し，その中で，心臓，血管外科術後の患者について，発生群と非発生群を t 検定を用いて分析した。

表1 発生状況

○性別・年齢	○体位交換開始時間
○身長・体重	○褥創発見日
○疾患名	○部位・程度
○術式	○末梢循環・浮腫
○手術時間	○血清蛋白
○入室期間	○特殊な治療
	○ブレードスケール

## 3. 用語の定義

ここで言う，褥創とは，皮膚の初赤（Ⅰ度）びらん（Ⅱ度）潰瘍（Ⅲ度）壊死（Ⅳ度）を生じることとをさす（表2）

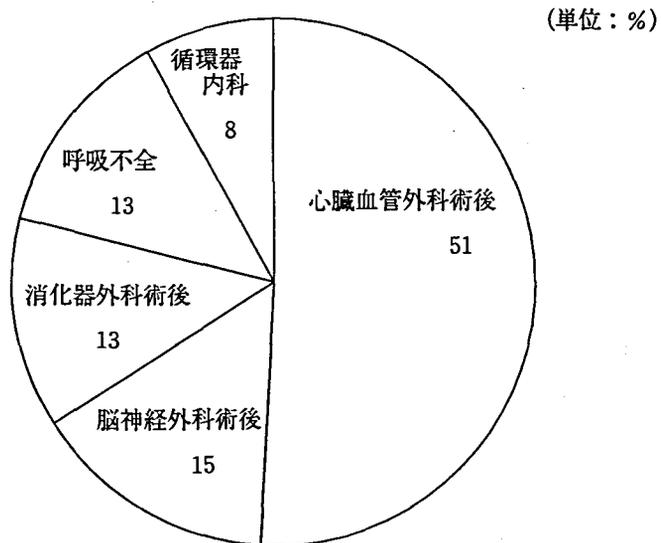
表2 褥創の進行度

○第1度	—表皮の損傷は見られず、発赤として観察される。
○第2度	—皮膚内（表皮、真皮）にとどまり、皮下脂肪に達していない。
○第3度	—潰瘍が皮膚全体を越えて、皮下の脂肪組織まで達する。
○第4度	—脂肪組織を越え、筋、筋膜、骨に達する。

4. 結果

全入室患者512名中、発生群は39名で、その内訳は、心臓、血管外科術後20名（51%）、脳神経外科術後6名（15%）、消化器外科術後5名（13%）呼吸不全5名（13%）循環器内科3名（8%）であった。（図1）

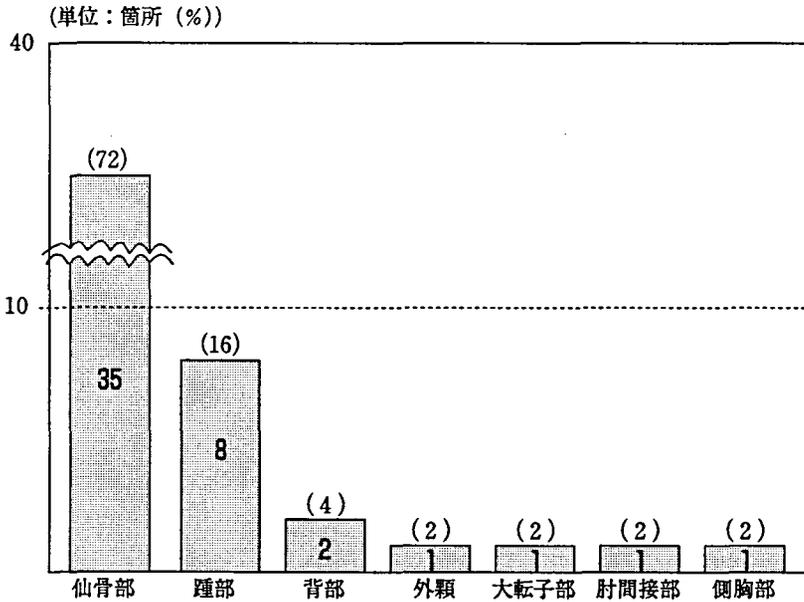
図1 発生群の内訳



褥創発見日は入室後、平均3.6日であった。

褥創発生数は49ヶ所で発生部位の内訳は、仙骨部35ヶ所（72%）踵部8ヶ所（16%）背部2ヶ所（4%）外顆、大転子部、肘関節部、側胸部各1ヶ所（2%）であった。（図2）

図2 発生部位の内訳



褥創の程度は、Ⅰ度が35ヶ所、Ⅱ度が14ヶ所であった。

心臓、血管外科術後患者の発生要因のうち、手術時間において発生群は平均12時間、非発生群は平均8時間で有意差が認められた。(P<0.05)。入室期間は、発生群は平均16.1日、非発生群は平均4.1日で有意差が認められた (P<0.05)

知覚認知 (P<0.001)、湿潤 (P<0.05)、可動性 (P<0.001) において、有意差が認められた。なお、この知覚、湿潤、可動性については、日本語版ブレードスケールを参考にした。

身長、体重、年齢、血清蛋白について、有意差は認められなかった。体位交換開始時間は、発生群は平均20.3時間。非発生群は平均10.2時間であったが、検定上、有意差は認められなかった。

(表3)

表3 心臓血管外科術後の発生要因

年 齢	N. S	知覚認知	P<0.0001
手術時間	0.0046	湿 潤	0.0198
身 長	N. S	活 動 性	N. S
体 重	N. S	可 動 性	P<0.0001
入室期間	0.0022	栄 養	N. S
体交開始	0.125	摩擦ずれ	N. S
血清総蛋白	0.061		

浮腫があった患者は、発生群で14名、非発生群で4名。

末梢冷感があった患者は発生群で13名、非発生群で1名であった。

IABPやCVVH, PD. などの特殊治療を行っていた患者は、発生群で6名、非発生群では4名で

あった。(表4)

表4

	浮腫	末梢冷感	特殊治療
発生群	14名	13名	6名
非発生群	4名	1名	4名

## 5. 考察

当ICUの褥創発生率は、7.6%で全国平均約20%に比べすくなかった。発生群が心臓、血管外科術後患者に多く、その理由としては、当ICUの入室患者の33%を同疾患患者で占めていること。また、手術時間が長く、さらに、循環不安定などの理由から、体位交換開始時間が遅れ、同一体位でいる時間が長い事が考えられる。

知覚認知、可動性において有意差が認められた理由は、CVVH、IABPなどの特殊治療が行なわれていたり、循環を安定する目的で、鎮静剤を使用していた為、知覚や可動性が低下していることが考えられる。

また、褥創発生要因として、多くの文献で、浮腫や循環不全があげられているが発生群では、特に全身の浮腫や末梢冷感が強く、全身状態が悪い為、短時間の圧迫でも、褥創が出来やすい状態に陥っていた。

血清総蛋白において、有意差は認められなかった。しかし、両群とも、ほとんどの患者が血液製剤を使用していたが、4.5～6mg/dlと低い値であった。

褥創の予防、治療の原則として、除圧、栄養管理、適切なケアが重要と言われているが、今回の研究により、当ICUにおける褥創発生要因がわかり、やはり予防には、早期からの除圧ケアが必要であると、改めて痛感した。

そこで、この研究以降、術前訪問時、体型などの観察や、合併症、データ把握に加え、医師からの情報で、術後安静臥床が長くなりそうな患者に対し、入室時のベットに、シープスキンや、アクションバット®の除圧用具を使用している。

さらに、発生部位が仙骨部に多かった為、安静中でも、循環動態を見ながら、臀部のみの部分体位交換や、左右のみの体位交換など工夫して行なっている。

また、看護記録を振り返ると、褥創に関する記載が少なく、ケアが統一していないことがわかった。そこで、褥創ノートを作り、ケアの統一を図っている。

今後も褥創が出来やすい循環不安定な患者は、リスクファクターを評価し、適切なケアを行ない、また栄養管理に関しては、看護婦だけの解決は困難な為、医師と協力し、褥創予防に努めていきたい。

## 参考文献

- 1) 竹内美恵子：循環障害と褥瘡<聖隷浜松看護部看護研究集録>、P30-31、1988.
- 2) 飯島陽子他：救命救急センターにおける褥瘡形成についての検討<北里大学病院看護部看護研究発表会集録>、15、P129-140、1991.
- 3) 藤村 恵他：ICU入室患者における褥瘡発生状況と発生因子の検討<日本看護学会集録成人

看護>, 日本看護協会出版会, 24(1), P 122-124, 1993.

- 4) 今江淳子他 : 除圧ケアが行なわれている I C U 入室患者の褥瘡発生に関わる要因の検討, 日本看護科学会誌, 12(3): P 172-173, 1992.
- 5) 真田弘美他 : 褥瘡予防に関する最新研究; 特に褥瘡発生予測尺度 [日本語版Braden Scale] に焦点を当てて, ナースプラスワン, 3(8): P 24-28, 1993.
- 6) 塚田 邦夫 : ケーススタディーでみる褥瘡治療の最前線, ナースプラスワン, 3(8): P 10-17, 1993.
- 7) 加藤麻衣子他 : 褥瘡予防の見直しから学ぶ, Nurse eye, 6(8): P 74-76, 1993.
- 8) 江幡美知子他 : 褥瘡予防に関する基礎研究[1]; 仙骨部における体圧分布測定について, 日本看護科学会誌, 10(2): 28-36, 1990.
- 9) 紙屋 克子 : こだわり続ける看護「褥瘡」が死語となる日, 看護実践の科学, 1989.
- 10) 棚瀬信太郎他 : 褥瘡ケアの技術, 別冊「ナーシング・トゥデイ」③, 日本看護出版会, 1995.