

—看護レポート—

両上肢抑制帯改良の試み スタッフアンケート調査結果より

千葉 松 香, 鈴木 友子, 高橋 ゆみ子
庄 司 江 美

はじめに

当院における昨年の手術総件数は、3,612 件で内、1/3 は外科が主となり、甲状腺疾患が外科件数の 32.6% を占め、両上肢を体幹につけた、体位をとっている。

又、脳外科、耳鼻科、眼科、に於いての全体件数はそれぞれ 200~300 件であるが、7 割以上は、同様の体位をとっている。

現在の抑制の方法は、片方が輪になった帯を使用し、片腕のみを手術台に固定している。しかし、従来の抑制帯(以下、旧抑制帯という)は、幅、長さが一定していないため、充分な固定が出来にくい面があった。

そこで、今回装着しやすく、安全、安楽な抑制帯(以下、新抑制帯という)を試作、検討したのでここに報告する。

研究方法

両上肢抑制帯を必要とする成人手術患者を対象とし、以下の順序に行った。

- 1) 抑制帯の検討と作製: 1988 年 10 月 1 日 ~ 11 月 15 日
- 2) 試行: 1989 年 3 月 1 日 ~ 4 月 30 日
- 3) アンケート調査: 1989 年 5 月 10 日 ~ 5 月 19 日

研究結果

1) 抑制帯の検討と作製

旧抑制帯の問題点として、以下のことが考えられ

た。

- ① 充分な長さが無いため圧布鉗子で止めたり、帯を二本使用する事があった。
- ② 体格により上肢台が必要となる事もあり、助手の妨げになる。
- ③ 幅が狭い為、圧迫が集中しやすい。

新抑制帯の条件は以下の点に合致する必要があった。

- ① 装置が容易である。
- ② 体格に関係なく固定が出来る。
- ③ 患者への圧迫が少ない。
- ④ 血圧測定への妨げに成らない。

素材は綿 100% ブロードで形を試作、スタッフをモデルに、数回手直しをし、当院裁縫室に作製を依頼した。

図 1 に示すごとくボタンホールで、ベルト式とし、固定を充分にするために前腕部を包むように固定部を ① ② と二枚にした。

2) アンケート調査

当院手術室スタッフ 24 名に対し、以下の如き質問事項による解答を求めたが、その集計結果は次のようになった。

1. 装着しやすかったですか
 - * はい 21 名 (87.5%)
 - * 装着しにくかった 1 名 (4.2%)
 - * 場合によって 2 名 (8.3%)
2. 体格に関係なく固定が出来ましたか。
 - * はい 16 名 (66.7%)
 - * 出来なかった 6 名 (25.0%)
 - * 場合によって 2 名 (8.3%)
3. 装着後に発赤痕跡が見られましたか。
 - * 見られなかった 21 名 (87.5%)

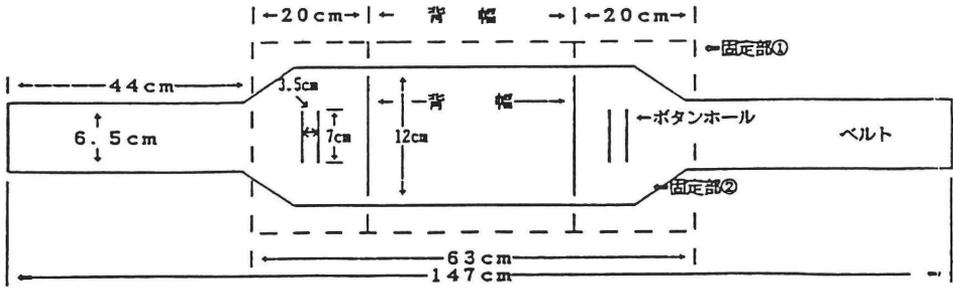


図 1

- * 見られた…………… 1名 (4.2%)
 - * 場合によって…………… 2名 (8.3%)
4. 血圧測定のため妨げに成りましたか。
- * 妨げに成らなかった ……24名 (100.0%)
 - * 妨げに成った…………… 0名 (0.0%)
5. 従来のもものと比較して感じたこと。
- * 新抑制帯は幅が広いので安定感があり、患者の上腕への圧迫が少なくなった。
 - * 旧抑制帯は片腕のみ手術台に固定したが、新抑制帯は両腕を固定できたので、より安定感が得られた。
 - * 気管内チューブ抜去時等、体動が激しくても、上肢が抑制帯からはずれずることがなかった。
 - * 成人男子で、肥った患者の場合では肩幅が広く、腕が手術台より出てしまう時もあった。

考 察

固定方法をマジックテープと考えたが、バックリングに弱い、洗濯に弱い等の問題点により、ボタンホールでベルト式に改良したので装着が容易になった。入室前に手術台に準備することで患者の背中を動かしたりする必要がなくなり、87.5%と好結果を得ることが出来た。

しかし、脳外科手術時等では、手術台が特殊なため新抑制帯のベルトを縛る場所がずれたりして装置しにくかったと言う回答が12.5%あった。

固定部を①②と二枚にしたことで安定感が得られた。

試作時点で体重50~70kgの成人を対象に作製したため、極端に肥った患者では、「しっかり固定が出来なかった」と言う回答が25%を占めた。

ボタンホールの位置や、固定部②の長さが体格を左右する考えたが、実際には問題なかった。

実測した背幅で作製した結果、両腕が体幹から離れてしまった。そこで背幅を7cm狭く改善してみた結果、体格に左右されることは少なくなった。

本来なら、片腕を固定し、他方を上肢台にのせた方が安定感がある。甲状腺疾患等の手術では、術者が患者の右上腕部、助手が患者の左上腕部に位置するため、上肢台が、術者、助手の妨げになる。

新抑制帯は全く上肢台を使用しないで抑制したので、術者の妨げには成らなかった。しかし、手術台の幅が45cmなので、背幅のある症例では上肢が下がり金属部に触れるので、クッションなどの保護材料と伸縮性テープ等を使用し抑制したケースもあった。

抑制帯の幅を広くしたことで、上肢への圧迫が軽減された。全麻下の症例では麻酔覚醒後に発赤、痕跡が見られた症例が12.5%にみられた事は長時間による手術や介助者の縛り方の強弱にも原因があるように思われた。

局麻下の手術では患者に固定がきつくないかを確かめながら行なうようにしたので、圧迫は少なかった。

抑制する場合、肘関節を中心に広く固定すると安定感があるが、他方血圧測定のため妨げになる。そこでマンシェットの位置を考慮し、前腕部を広く固定するようにしたので問題はなかった。

おわりに

良い体位の固定は患者にとって安楽で、負担が軽く、同時に手術も安全確実かつ効果的に行なう事ができると小川らも述べている¹⁾。

今回新しく作製した両上肢の抑制帯は、患者への圧迫が少なく、体格に無関係に固定ができ、装着も容易で、血圧測定の妨げにもならず著しい有用性を認めた。

今後も看護内容や用具等を工夫改善し、日々の看護業務の向上に努力していきたいと思う。

最後に、今回の研究に際して、ご協力下さいま

した裁縫室の方々、当手術室のスタッフの皆様に深く感謝します。

文 献

- 1) 小川 龍, 山路スミ; 中央手術室看護, p. 233 ライフサイエンスセンター
- 2) 杉浦良啓; 手術体位と看護, オペナーシング, No. 4, p. 12, 1987.
- 3) 金沢医科大学中央手術部; 硬膜外麻酔, 腰椎麻酔用患者衣の工夫——第6回日本手術部医学会発表, p. 14, 1985.
- 4) 伊勢原協同病院; 成人用固定帯の工夫, オペナーシング No.10, p. 77, 1987.