

移動困難な熱傷患者に対する 床上全身浴の試み

佐藤 浦子, 佐藤 明美, 菅原 ななえ

はじめに

重症熱傷患者管理においては輸液療法, 呼吸管理と共に, 早期からの適切な感染防止対策が重要である。創部の感染防止, 特にII~III度広範囲熱傷患者に対して温浴療法が効果的である。

当ICUにおいては, 温浴槽, 熱傷用ユニット等が設備されておらず, 従来広範囲熱傷患者に対して部分浴と創部を多量の0.1%ヒビテン液で洗浄消毒し感染防止に努めてきた。しかし, 軟膏療法を併用する場合0.1%ヒビテン液での洗浄だけでは軟膏の除去が困難であり, 浸出液分泌物等も残ってしまい創部の消毒が十分行えなかった。また, 受傷部位が広範囲になると, 部分浴では洗浄の範囲が限られ, 胸背部, 大腿部の洗浄ができず軟膏や浸出液が残り, 感染の危険が考えられた。

そこで, 今回広範囲重症熱傷患者の入室にあたり, 浴室への移動が困難な患者に対して初めてベッド上での全身浴を実施したところ創部の感染を予防でき経過良好で, 一般病棟へ退室できた症例を経験したので報告する。

症 例

62歳, 女性, 主婦。

病名: 広範囲重症熱傷(II~III度, 50~60%)
1 参照

気道熱傷, DIC, 急性腎不全

現病歴: 昭和61年肉親(兄・母)を次々に亡くし, その後ノイローゼ気味で眠剤を内服していた。平成元年2月16日夜間不眠だったが眠剤服用を夫に止められ口論となり, 夫が一寸外に出た間に頭部より灯油をかぶり, 火だるまになっていると

ころを発見された。消火器で消し止められ救急車で搬送されたが, 来院時は気道熱傷を含む広範囲重症熱傷にて呼吸停止状態であった(図1)。気管内挿管後, 全身管理目的にて入室した。

経過(表1): 入室後直ちに人工呼吸器が装着され, 呼吸管理及び集中治療が開始された。第12病日に気管切開術施行, 第17病日に人工呼吸器より離脱した。気道確保のため長期間気管カニューレが挿入され, 第131病日抜管された。全身管理として各種薬剤や輸血による輸液管理がなされ, 第22病日より経管栄養が開始された。創部は第6病日両上肢減張切開術, 第12, 13病日両手指, 手背減張切開術, 第43病日顔面分層植皮術, 第69病日両上肢メッシュグラフト植皮術施行され, 第183病日にICUを退室した。

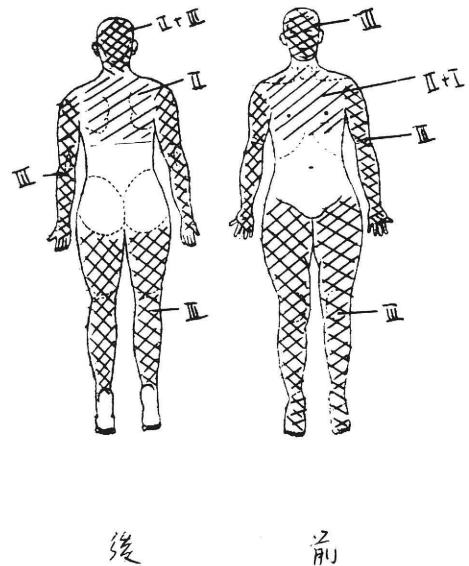


図1. 入室時の熱傷部位と程度

看護の実際

患者の全身及び創部の状態により、第Ⅰ期（ショック期）第Ⅱ期（ショック離脱期）第Ⅲ期（感染期、回復期）に分類した（表2）。以下、全身浴実施までの経過、特に第Ⅲ期を中心に述べることにする。

1) 第Ⅰ期（入室～第13病日）

入室後異物を除去し、全身を温湯で洗浄した後、0.1% ヒビテン液で創部を洗浄、消毒し、滅菌ガーゼ、圧布にて被覆した。創部からの出血や浸出液が多いため、創処置は1日3回とし、処置の際はガウンテクニックを行い無菌的に実施した。

2) 第Ⅱ期（第14病日～第54病日）

第14病日、創部の乾燥と潰瘍化が進行し軟膏療法が開始された。同時に患者の全身状態が安定してきたため、手浴・足浴・頭部の温浴を開始した。創部は軟膏類が塗布されているため、石鹸を使用し軟膏類及び浸出液を洗い流す様にした。更に上皮化促進と消毒効果を高めるため、壊死組織は処置時に切除された。その結果、創部培養では真菌が検出されることはあったが、病原性のある細菌は検出されなかった。しかし、部分浴では以下の問題点が挙げられた。

- ① 湯の量が少なく、患肢が十分に洗浄できない。（軟膏類・浸出液の残渣がある。）
- ② 手浴・足浴では上腕・腋窩及び大腿部の洗浄ができない。また、健常皮膚は清拭のみになる。
- ③ 物品、手技が煩雑で処置時間に2時間以上を要する。

患者の全身状態が安定してきていること、部分浴での温浴効果が十分ではないことから全身浴が望ましいと考えられたが、中心静脈栄養（以下CVと略す）・気管カニューレ・胃管カテーテル（以下MSと略す）等各ラインの管理の面、鎮痛のため笑気麻酔を使用していたことから、移送しての全身浴は困難だった。そこで、ベッド上で全身浴ができないかとスタッフ間で検討した。

3) 第Ⅲ期（第55病日～第183病日）

ベッド上での全身浴を検討した結果、ベッドに

ビニールシートを敷きベット柵に固定し、湯を満たす方法を試みた（図2及び図3）。

a. 看護上の問題点

- ① CV、気管カニューレ、フォーレカテーテル、動脈ライン（以下Aラインと略す）、MS挿入中であり、各ラインからの感染の危険がある。
- ② 全身を露出するため、室温や湯の温度により体温が低下し悪寒を伴いやすい。

b. 対策

- ① 各ラインはテガダム等で保護し、全身浴終了後イソジン消毒を徹底する。
- ② 湯の温度に留意し、かけ湯はあつめにする。電気ストーブを使用し、保温に努める。

c. 実施及び結果

図3のごとく全身を湯に浸し、石鹸を使用し創部を十分に洗浄した。排水後にかけ湯で石鹸を洗い流した。創部以外の健常皮膚も洗浄でき、感染の機会を最小限にできた。創部は部分浴の時に比べ軟膏類や分泌物の残渣が少なく、創の回復も促進された。

全身浴中は保温に留意したが、終了後悪寒が出現し39～40℃の発熱が続いた。定期の創部培養では病原性のある菌の検出は認められなかった。しかし、CV先端の培養で黄色ブドウ球菌が検出され、CVからの感染が疑われた。そこで、全身浴後の消毒を徹底すると共に、CVの早期抜去に向け経口摂取をすすめ、第103病日CVが抜去された。第156病日車イスで7東病棟へ移動が可能にな



図2. ベッド上での温浴準備が完了した所



図3. 温湯で全身浴実施中

り、タンク浴が開始され（週2回）、第183病日ICUを退室した。

考 察

重症熱傷患者において、感染は局所的には創治癒を妨げ、全身的には敗血症をおこすので、その治療・看護を考えるうえで感染防止を抜きにはできない。熱傷患者に対する全身浴開始の時期は、熱傷の重症度、部位、患者の全身状態により異なるが、なるべく早期に開始されることが望ましい。

今回の症例では、初期の段階から患者の全身状態の許す範囲内で最も効果的な感染予防対策を考えた。その結果毎日床上での全身浴を実施することとし、創部の清浄化を図られたため創感染を予防でき、熱傷創の肉芽形成や表皮下の促進を助け、創治癒が促がされたと思われた。

全身浴の実施にあたり、気管カニューレ、Aライン、CV、フォーレカテーテルなど挿入中であ

り、各ラインからの感染には留意したが、実施中にCVからの感染があったことから、温浴中の保護の一層の強化、消毒時のイソジンの使用等を考慮すべきだったかも知れない。一方全身的なレベルでも栄養状態の改善がCV、MSの早期抜去につながり、更に創治癒の促進にも結びついたとも考えられる。

おわりに

今回熱傷患者の感染予防の一つの対策として、床上での全身浴について述べてきたが、創部以外の感染予防も重要である。患者の口腔内洗浄、ベッド周囲の環境整備、手洗いの励行等、看護面での基本的なケアも重要であると再認識させられた。

また、患者にとって全身浴や創処置の際の苦痛は図り知れないものがある。今回の研究では全身浴、創処置に伴う患者の苦痛に対する看護は割愛したが、この経験を振り返り今後は患者にとってより安楽な全身浴の方法を検討していきたい。

今回の症例をまとめるにあたりご協力いただいた皆様に深く感謝する。

文 献

- 1) 田中秀治, 島崎修次; 熱傷と病態生理 ICUとCCU, 特集熱傷 p.461~471 医学図書出版KK, 東京, 1988.
- 2) 堀江朝子, 村松一枝; 重症熱傷患者の観察と全身管理, 臨床看護, 特集クリティカルケア-8; 外傷・熱傷 p.1927~1934 へるす出版, 東京, 1983.
- 3) 小野一郎, 大浦武彦; 重症熱傷の病態と全身管理, 臨床看護, 特集クリティカルケア-8; 外傷・熱傷 p.1972~1980 へるす出版, 東京, 1983.
- 4) 高杉真子, 遠藤泰子, 上倉由美子; 苦痛の強い患者のベッド上での入浴を試みて看護実践の科学, p.51~54 メヂカルフレンド社, 東京, 1989.
- 5) 辻真紀子, 熊谷ふじえ; 熱傷患者の身体清潔, 看護 Mook No. 2. p.182~188, 金原出版KK, 東京, 1982.
- 6) F.G. Jacoby; 熱傷とその患者ケア 医学書院, 東京, 1975.