

# 知る！わかる！動脈閉塞と下肢潰瘍

2018年5月12日(土) 9:00~12:30  
山形テルサ 3階研修室A

## プログラム

- 9:00~9:05 開会の挨拶：大会長 日野岡 蘭子 (旭川医科大学病院)
- 9:05~9:40 基調講演：日野岡 蘭子 先生 (旭川医科大学病院)  
「虚血性潰瘍の見方とケア～スキンケアから創傷管理まで～」
- 9:40~10:25 特別講演：内田 恒 先生 (札幌厚生病院心臓血管外科主任部長)  
「虚血肢に対する外科的血行再建治療の実際～血管外科医の考え方～」
- 10:25~11:15 演題発表：座長 中山 佳之 (一般財団法人住友病院)
- 10:25~10:35 JSVN0101 当院におけるうつ滞性皮膚障害を診断された患者へ対する  
バンテージ療法指導の実践報告
- 10:35~10:45 JSVN0102 重症下肢虚血に対して血行再建術後に NPWT を施行し  
多職種の間により治癒に至った事例
- 10:45~10:55 JSVN0103 心臓血管外科病棟におけるカンファレンスの実際と課題
- 10:55~11:05 JSVN0104 血管看護としてのスキル・ケア・コンピテンシー  
-実践者によるフォーカスグループディスカッションでの検討-
- 11:05~11:15 JSVN0105 TEVAR 後に対麻痺を発症した患者への関わり方  
～一症例を通し障害受容のプロセスを学ぶ～
- 11:20~12:20 ハンズオンセミナー：  
創傷管理の極意～陰圧閉鎖療法の基本とケア～  
協賛：KCI株式会社、スミスアンドネフューウンドマネジメント株式会社
- 12:20~12:25 閉会挨拶：溝部 昌子 日本血管看護研究会代表世話人  
(西南女学院大学 保健福祉学部 看護学科)
- 12:30~13:30 平成30年度 第1回日本血管看護研究会総会(昼食会)

## 開会挨拶

第3回日本血管看護研究会

大会長 日野岡 蘭子

旭川医科大学病院

この度、第3回日本血管看護研究会学術集会を、2018年5月12日山形テルサにおいて開催致すこととなりました。この研究会は、第3回とまだ若い研究会ですが、日本血管外科学会の後援を受け、2016年に溝部昌子先生を代表世話人とする研究会として発足いたしました。第1回研究会では血管看護の充実に関して、第2回では浮腫をテーマに様々な意見交換がなされました。今回のテーマは、「知る！わかる！動脈閉塞と下肢潰瘍」と題し、下肢潰瘍の創傷管理と潰瘍の原因となる動脈閉塞について、潰瘍をどうみるか、どのようにケアを行うか、また予防的ケアへの対策など、明日から臨床で生かせることを提案できる学術集会にできればと考えております。

特別講演には、札幌厚生病院心臓血管外科主任部長 内田 恒先生に「虚血肢に対する外科的血行再建治療の実際 ～血管外科医の考え方～」としてご講演をお願いしております。豊富な治療経験と最新の知見による動脈閉塞疾患の治療を解説して頂けます。動脈閉塞疾患による虚血性潰瘍を理解するためにも、血行再建の治療の実際を知ることで、より理解を深める一助になると考えています。ハンズオンセミナーでは企業の協力を頂き、現在創傷治療の現場で多用されている陰圧閉鎖療法について、実際に見て、触って体験して頂く企画を用意いたしました。一般演題では活発な討論を期待しております。

看護の領域でも、様々な専門領域が確立されつつありますが、血管看護に関わる志を同じくする私達が血管外科領域で集い、学びあうことは非常に意義のあることと確信しております。看護の果たす役割は何か、看護は何ができるのか、皆様とともに考える研究会に育っていくよう努力を重ねて参りたいと思っております。

多数の皆様のご参加をお待ちいたしております。

## 基調講演

### 創傷治癒過程と虚血性潰瘍

日野岡 蘭子 先生

旭川医科大学病院

動脈性の下肢潰瘍は、主に血管の石灰化によって発症する。透析は石灰化の最大のリスクであり、現在透析患者は増加の一途を辿っている。透析に移行する原因は、従来の慢性腎炎から糖尿病へと変化した。近年では動脈閉塞の術前患者の 20%に認知機能の低下を認めるという結果が報告されており、足病の悪化予防は喫緊の課題となっている。

動脈閉塞により末梢組織が壊死し、時に広範囲の組織欠損を伴う潰瘍が発症する。虚血肢の特徴として、光沢がある、発毛しない、発汗しない、色調不良であることが挙げられる。さらに CLI と言われる重症虚血肢になると、広範囲の、時に骨まで達する組織壊死を呈する。虚血性潰瘍は疼痛が強いことが特徴であるため、多くの患者は清潔を維持することが極めて困難な状況となり、皮膚汚染が著明なケースも多く見られる。創傷治癒に影響を与える因子としても慢性疾患が指摘されており、これに加えて栄養状態の低下や感染などが複合的な治癒遅延の要因となる。

従来、創傷の評価として TIME というコンセプトが提言されてきた。2004 年に提唱されてから創傷に関する新たな知見を導入し、2012 年にバイオフィルムの受容性の認識、局所陰圧閉鎖療法の普及、ドレッシング材、創洗浄のための局所消毒剤の進化、慢性創傷における分子生物学的プロセスの役割に関する発展的な理解の 4 項目を追加し、新たな TIME コンセプトとして提言された。

T は組織を現し、創面にある壊死組織、異物をいかに効率的に除去するかについて述べている。Wound bed preparation とは、治癒の妨げになるものを早く除去する、治癒に至る事ができる創面の環境を整える事である。ただし、血行再建前の虚血肢では壊死組織を除去するデブリードマンは禁忌である。血流が確保できていないと、創からさらに壊死が拡大することが理由である。

I は炎症/感染を現す。炎症は組織に対する生理的反応である。ガイドライン上では滲出液増加、治癒遅延、創の破綻、創底のポケット形成、予期しない痛み、圧痛、脆い肉芽組織、創面の変色、膿瘍形成、悪臭が挙げられる。局所感染の徴候は、熱感、疼痛、発赤、腫脹、硬結である。これらを認めた際は、抗菌剤の全身投与が原則となる。局所管理としては消毒、洗浄が基本となり、創の状態によってドレッシング材、外用剤で管理する。近年広く使用されているのは銀含有のドレッシング材であるが、ドレッシング材は重篤な感染ではなく菌の増殖を抑える目的で使用することが多い。また新たな TIME コンセプトで注目されたのがバイオフィルムの存在である。バイオフィルム自体は昔から指摘されているが、バイオフィルムの形成を予防し破壊するためにメンテナンスデブリードマンが効果的な方法と言われている。

M は湿潤のバランスであり、肉芽増殖を促し治癒に向かう時期となる。ドレッシング材での湿潤コントロールを行うとともに、この時期に局所陰圧閉鎖療法を行うことがス称されている。現在日本で使用できるドレッシング材は約 68 種類あり、選択に迷うことも少なくない。ドレッシング材は湿潤環境を維持するための材料であり、どの程度の湿潤

が望ましいのかを考える必要がある。目安としては、ガーゼが固着するのは乾燥しすぎ、周囲皮膚が浸軟するのは過度の湿潤である。この程度を維持するために、どのくらいの吸収量と

吸収速度が必要なのかを考慮し、それに応じた吸収力のドレッシング材を選択する。

E は創縁を現す。創縁と創底が接着しないと創治癒に至らないことが理由である。この時に周囲皮膚の状態が左右することも多い。また肉芽が過剰にならないための水分コントロールが重要で、そのためにも陰圧閉鎖療法が有効である。

- ・血行再建前のデブリードマンは禁忌
  - ・透析患者では血管の石灰化が著明なことが多く、ABI が高くなるため指標にならない
  - ・広範囲の組織欠損がある場合は、骨髄炎を伴っていることが多い
  - ・骨髄炎などの慢性的な炎症が持続していると栄養状態が著しく低下する
  - ・伸縮性、弾力性の包帯は使用しない
  - ・創拡大は深爪や不用意なデブリードマンから始まることが多いため注意が必要
  - ・創治癒過程は、組織、感染/炎症、湿潤、創縁の項目ごとに考えると整理しやすい
  - ・保清と栄養は重要。看護が生かせるケアである。
- 以上を虚血性潰瘍のケアに関してのまとめとしたい。

### ご略歴

- 1984 年 日本医科大学丸子看護専門学校卒業、旭川医科大学病院入職
- 2001 年 創傷・オストミー・失禁ケア（現 皮膚・排泄ケア）認定看護師認定取得
- 2010 年 旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程修了
- 2016 年 特定行為研修（創傷管理領域）修了

## 特別講演

### 虚血肢に対する外科的血行再建治療の実際 ～血管外科医の考え方～

内田 恒 先生

JA 北海道厚生連札幌厚生病院 心臓血管外科

【はじめに】「知る、わかる、動脈閉塞と下肢潰瘍」というテーマで本研究会が開催されます。日野岡会長から「末梢血管閉塞疾患に関して、病態、検査、治療、最新の知見について」という講演依頼を頂きました。虚血肢の治療ではその病態・重症度に応じて時期を失することなく最適治療法を選択することが重要となりますが、同時に全身動脈硬化症、糖尿病、透析、心疾患などのリスク管理が必須であり、さまざまな診療科、診療部門、看護の総合力がなければ、救肢と良好な患者 QOL は達成できません。本発表では血管外科医がどのようなことを考えながら虚血肢治療を実践しているかその一端を紹介させていただきます。

【虚血肢の病態】組織が潰瘍・壊死に陥る主要原因は、動脈閉塞、糖尿病性壊疽です。血流障害がなくても糖尿病性神経障害、骨変形、慢性的皮膚圧迫、易感染性などから難治性潰瘍・壊死が生じます。血流障害も急性閉塞、慢性閉塞、慢性閉塞の急性増悪など動脈閉塞を生じる部位、範囲、スピードにより組織障害の進行に大きな相違があり、治療に必要とされるスピード感はその病態により異なることを知っていなければなりません。

【虚血肢分類】Fontaine 分類、Rutherford 分類、神戸分類、Wifi 分類などがあります。Fontaine 分類、Rutherford 分類は症状重症度（間歇性跛行-安静時疼痛-潰瘍・壊死）分類で治療適応時期・方法選択（運動療法・薬物治療 or 血行再建）の指針ですが、この 40 年間に糖尿病患者が激増し血行再建方法の進化も著しいため、これまでの分類による解析では重症虚血肢の実態解析にそぐわないため、神戸分類では足病変形成の病態を虚血-神経障害-足部感染から、Wifi 分類では創-虚血-足部感染それぞれの重症度から Stage 分類し、その病態を理解した上で治療方針を決定すべきという考え方が提案されています。

【虚血肢の検査】局所組織虚血度は ABI(Ankle Brachial Pressure Index)、SPP(皮膚組織灌流圧: Skin Perfusion Pressure)、TcPO<sub>2</sub> (組織酸素分圧) などにより評価します。ABI より TBI がより末梢組織の情報として有用ですが、いずれも高度動脈石灰化がある場合正確に計測できません。TcPO<sub>2</sub> も計測条件がやや難しく標準的検査とはなっていません。ABI 0.4 以下、SPP 30mmHg 以下では安静時疼痛、潰瘍治癒不全となります。血管病変局在診断は、血管造影、造影 CT、MRA で行います。術前造影 CT で見えていなくても実際には足部動脈が開存していることがあり、最終的には術中 DSA で血行再建方法が決定されることがあります。

【血行再建法の適応】TASC 分類では血管病変の局在・範囲により血行再建法(EVT or bypass)選択の推奨がなされました。下腿 3 動脈(前・後脛骨動脈、腓骨動脈)が閉塞し足部への血流低下のために、安静時疼痛(Fontaine III 度)、潰瘍・壊死(同 IV 度)となった CLI(重症虚血肢)にはバイパスが適応となります。ハイリスク例では、初期治療として切断や血管内治療が考慮されますが、切断も侵襲的手術であり断端が治癒する保証がなく、切断後の生命予後は不

良です。また血管内治療は限局性病変には有効ですが下腿びまん性病変に対しては再発率が高く、病変再燃時には初期治療時と同じ悩みをまた負わなければなりません。さらに血管内治療により時に吻合可能な足関節部以下の動脈を塞栓症や炎症機転により閉塞させてしまう可能性があるため慎重に適応を考慮すべきです。

【バイパス術】足部末梢までの血流確保には、中枢-末梢までの複合動脈病変全長にわたる血行再建が必要です。血管内治療、血栓内膜摘除、バイパスを組み合わせたハイブリッド治療を行う機会が多くなりました。膝下以下へのバイパスの基本は静脈グラフト使用であり、静脈使用法には in-situ、reverse、non-reverse、spriced vein bypass などの方法があります。

【周術期管理】PAD 患者は、高率に心臓・脳に合併症を有する全身動脈硬化症例であり、術前的心臓・脳精査は必須で、心電図、呼吸機能検査、心エコー検査、薬剤負荷心シンチグラム、脳 MRI/MRA 検査、頸動脈エコーなどにより全身のリスクを評価します。冠動脈有意病変がある場合、循環器科での PCI 先行を考慮します。術後下肢に影響を与える因子は多様で、感染、創傷治癒などには合併する腎不全や栄養/代謝状態、微細循環不全などが影響するので、下肢創管理とともに嚙下訓練、栄養管理、運動リハビリなど積極的な全身管理とともに精神的サポートも重要です。さらに退院後一生を通じた生活指導、見守りまでもが必要となります。

【結語】虚血肢局所の病態が全身状態に与える負の影響を含め全身動脈硬化症を持つ患者管理にはチーム治療が必須で、治療の中心にいる看護師の役割はとて大きく、皆様の今後の虚血肢看護の発展に大いなる期待がかかっています。

## ご略歴

【所属】札幌厚生病院心臓血管外科 主任部長

【略歴】1987 年旭川医科大学医学部卒。旭川医科大学第一外科入局、市立旭川病院、旭川赤十字病院で初期研修。美深厚生病院、枝幸国民健康保険病院、名寄市立総合病院、根室市立病院、旭川医科大学病院など勤務後、2003～2005 年アメリカミズーリ州ワシントン大学血管外科留学(文科省在外研究員)医学博士取得。旭川医科大学血管外科 准教授 勤務後、2015 年 10 月から札幌厚生病院心臓血管外科主任部長 現在に至る。

【資格】外科学会専門医、心臓血管外科専門医、脈管専門医、腹部大動脈瘤ステントグラフト指導医、胸部大動脈瘤ステントグラフト指導医

【専門分野】血管外科(末梢バイパス、ステントグラフト治療)

【所属学会】日本外科学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会、日本静脈学会、日本脈管学会、Asian Society of Vascular Surgery

【主な研究内容、論文】

1. 血管平滑筋細胞を主体とする動脈シヤント吻合部内膜肥厚形成とマトリクスメタロプロテアーゼ 2 発現の関与 北海道医誌 87(2・3),115-120.2012.
2. Matrix Metalloproteinase-9 Modulation by Resident Arterial Cells Is Responsible for Injury-Induced Accelerated Atherosclerotic Plaque Development in Apolipoprotein

E-Deficient Mice. Arterioscl Throm Vas Biol. 25:1020-1025;2005.

3. Integrin alpha (v) beta(3) as a target in the prevention of neointimal hyperplasia. J Vasc Surg. 45 Suppl A:A33-8 Review.2008.
4. 糖尿病足病変の外科治療 肥満と糖尿病 5-4:579-580 2006.
5. 血管疾患の診断・治療 透析患者の重症虚血肢に対する治療方針 外科 Vol.68 No11 1284-1290,2006.
6. ハイブリッド手術室の有用性を血管外科の視点から検証する 新医療 No10,99-101,2011
7. わが国における末梢動脈疾患血行再建術 Heart view Vol4,2011

血管新生と創傷治癒 下肢の虚血性疾患と血管新生—外科治療と血管新生療法の現状— 医学のあゆみ Vol.219 No7 520-524 2006. など

## 一般演題

JSVN0101

### 当院におけるうつ滞性皮膚障害を診断された患者へ対するバンテージ療法指導の実践報告

井上由美子、中岡則子、小林知子、富田亮子、増田貴代美、坂田雅宏

医療法人 下肢静脈瘤研究会 坂田血管外科クリニック

【目的】当院は下肢静脈瘤専門施設であるが、それ以外にうつ滞性皮膚障害を訴えて来院する患者も多くいる。しかし、ほとんどの患者が過去の受診で圧迫療法を適切に指導されずにいる。当院では、重度のうつ滞性皮膚障害を診断された患者には初診当日から2重圧迫療法を実施及び指導をしており、効果を得ているので報告したい。

【対象】近年1年間で当院を受診した下肢静脈瘤 CEAP 分類 C4～C6、静脈血栓後症候群（以下 PTS）等のうつ滞性皮膚障害を発症している患者

【方法】潰瘍がある場合は処置方法を説明し、次に圧迫方法としてストッキングより容易に弱圧以上がかかる2重圧迫療法を指導する。まずは筒状包帯、次に伸縮性包帯を用いて圧迫し圧力の調整を行う。初診3日後1週後2週後の再診時に皮膚症状の改善の有無・2重圧迫療法の手技の確認を行いセルフケアの評価をする。

【倫理的配慮】画像データについて説明し同意を得て、匿名化した。

【結果】平成29年1月～12月の初診患者1934名のうち下肢静脈瘤手術患者数は62.9%、その中でC4～C6の重症度の高い患者は27%、さらに手術適応患者以外にPTSを含む深部静脈血栓症（DVT）は1.3%、廃用性を含むうつ滞が原因で起こる潰瘍や浮腫で来院する症例も多くみられる。重度の患者は2重圧迫療法を開始することで、ほとんどの症例が症状の改善に向かう。痛みを伴う患者は、圧迫開始と同時に痛みの軽減を自覚することも多く2重圧迫療法が有効といえる。

【考察・まとめ】重度のうつ滞性皮膚症状は適切な指導と治療を行うことにより、通院で治癒へ向かうことができる。通院でセルフケアを継続できるポイントは、患者自身が症状の改善を自覚し前向きに治療ができること、高齢や機能障害などでセルフケアが困難な患者には生活背景をとらえ本人のみでなく家人、訪問看護師等への指導・伝達を行い在宅でのケアを継続させることであると考えられる。潰瘍を伴った患者は発症してから長期間治癒せず再発を繰り返す不安を持ち、壊死・下腿切断の可能性の説明を受けている場合もある。数年にわたり症状がおさまらず、数か所の病院を受診しても治らないとあきらめていた、と訴える患者も来院する。うつ滞が原因で重症の下肢潰瘍・皮膚炎が引き起こされ、その治療には圧迫療法が欠かせないことを患者のみではなく、多くの医療者に周知していただきたいと思う。

JSVN0102

### 重症下肢虚血に対して血行再建後に NPWT を施行し多職種協働により治癒に至った事例

舘取将臣<sup>1)</sup>、岩間千草<sup>1)</sup>、細砂智美<sup>1)</sup>、中村智美<sup>1)</sup>、日野岡蘭子<sup>2)</sup>

1) 旭川医科大学病院 9階東病棟

2) 旭川医科大学病院 看護部

【目的】血行再建後に局所陰圧閉鎖療法（以下 NPWT）を使用し治癒に至るまでの経過と実践した看護を報告する。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。

【症例】80代女性、Ⅱ型糖尿病。左踵部に水疱形成し、感染性壊疽に増悪した。入院前の ADL は自宅での娘の援助を受け車椅子。治療中のリハビリでは入院前の ADL に戻ることを目標とし、血行再建後に NPWT を開始、植皮を経過し踵骨部分切除・縫合後に再度 NPWT 管理を行い治癒した。

【結果】治療経過と NPWT 中の看護を以下の3期に分けて示す。(1) 血行再建から肉芽増殖の時期：血行再建後に血流は改善し、肉芽増殖を目的に NPWT を開始した。看護として、患肢免荷であったが看護師2名介助の下で車椅子移乗やリハビリを積極的にを行い筋力低下予防に努めた。(2) 植皮の生着を目指す時期：右踵部の植皮を行い軟膏処置へ移行した。しかし、床上での踵部のずれが原因で一部生着不良を来し、生着促進とずれ予防として NPWT を再開した。看護としては、床上でのリハビリや移動方法を理学療法士（以下 PT）とカンファレンスを行い、指導・訓練した。生着を認め安静度拡大後はリハビリを再検討し、車椅子の自走訓練や立位訓練を実施した。その後、踵骨露出部の肉芽増殖を目的に持続洗浄機能付きの VAC Uita を装着した。リハビリ開始後に、VAC のチューブが車椅子に巻き込まれたことによる断裂が発生したため、環境整備やチューブ類の整理を強化した。(3) 踵骨部分切除を行い治癒に至る時期：肉芽増殖は良好であったが骨髄炎を認め、踵骨部分切除と創縫合を実施し、PICO を装着し縫合不全予防を行った。治療開始から174日で治癒と判断された。床上での体動でも踵部に荷重がかかっていたため、臥床中に使用する装具を作成した。看護として、適切な踵部保護のために看護師が装着介助を行った。臥床時間が長く上下肢ともに筋力低下を認め、リハビリでは起立、足上げ、車椅子自走訓練を PT と共に継続した。

【考察】(1) 重症下肢虚血の治療は血行再建後の状態により治療方針の変化が大きいため、医師、看護師、特定看護師の情報の共有が重要である。(2) 退院後の生活を見据え、目標とした ADL に達するために、PT と協働し早期からのリハビリの開始・継続が必要である。(3) 長期の安静臥床を必要とする場合、様々なラインの整理や配慮について患者及び家族に十分に指導を行うことと、看護師による危険予防行動が重要である。

種子田裕美

東京医科大学病院 看護部

【はじめに】刻一刻と状況が変化する医療の現場においてカンファレンスは情報共有や意識の統一、問題解決へ向けての対策、他職種との連携などに有効である。当病棟ではプライマリーナーシング体制を取っており、問題を抱える患者のカンファレンスはプライマリーNsの判断で行われタイムリーに実施出来ていなかった。そこでH29年度はカンファレンスの活性化を目標に掲げ取り組んできた。そこでカンファレンスを通しての成果と今後の課題が明らかになったため報告する。

【カンファレンスの実際】H29年度(4/6~2/28)のカンファレンスの総件数は645件数(月平均59件)であった。内容は①看護計画に関すること113件(17%)、②療養の場での援助に関すること399件(62%)、③退院支援34件(5%)、④精神面へのケア31件(5%)、⑤今後の方向性に関すること13件(2%)であった。特に件数の多かった②「療養の場での援助に関すること」の詳細は転倒・転落への予防策やせん妄評価・対策、術後リハビリ、セルフケア確立へ向けた援助などが多かった。対象の基礎疾患は心・大血管疾患が496件(76%)、末梢動脈疾患(以降PADと略す)は46件(7%)、その他は114件であった。

【成果と課題】患者が抱えている問題に対し日々カンファレンスを行うことでタイムリーに看護計画に反映させることが出来、提供するケアの統一や充実に繋がった。実際に転倒・転落に関するインシデントは前年度より大幅に減少した。さらに、問題が具体的に抽出され問題解決に向け他職種との連携が密になり問題解決へ向け取り組むことが出来た。

議題に上がる患者は心・大血管疾患が多く、術後回復を促進するための援助に意識が集中している。一方でPAD患者は短期入院が多く、症状も局所のため、本当は重大な問題を抱えていても表面化し難しく問題が共有され難い。また、PAD患者は急激に重篤化することもある為、入院中だけでなく在宅、外来と継続して看護を行う必要があり、患者教育や外来部門との連携が必要である。PAD患者を対象としたカンファレンスは必須であり、スタッフの意識改革や外来部門との連携が課題である。現在は何らかの問題を抱える患者を対象にカンファレンスを行なっているが、今後は入院時など早い段階でカンファレンスを行うことで早期に看護介入でき入院期間の短縮が期待できると考え実践に繋げて行きたい。

溝部昌子(西南女学院大学)、大久保緑(関西医科大学総合医療センター)、菊池絵里(横浜南共済病院)、田中理子(九州大学大学院薬学研究院)、伊藤清恵(横須賀市立うわまち病院)、武内龍伸(東京医療保健大学和歌山看護学部)、岩倉真由美(国際医療福祉大学福岡看護学部)

【目的】血管障害患者の看護にあたる看護師が実践している看護をもとに、必要な技術を明らかにし、血管看護の充実のために望まれることを検討する。

【方法】2016年5月27日第1回日本血管看護研究会(第44回日本血管外科学会学術総会合同開催)、ナース・カフェ「血管でつなげる看護」において、参加者20人、4グループ、それぞれ一人のモデレーターのもとで、約10分の個人ワークと約20分のグループディスカッションを行った。主題は、A血管看護だと思われる看護行為、B血管看護に必要な技術、C血管看護を充実させるために望むこととした。この時に抽出、整理された語句を再度統合し、質的内容分析を行った。

【結果】血管看護師が提供しているあるいは求められるスキルとして、血流・痛み・皮膚・創傷・全身の評価、圧迫療法・創傷管理技術、食事や運動を含めた生活指導、糖尿病・透析患者の看護があった。血流評価に用いる手段として、徒手・ドップラー血流計・エコーがあった。外科治療・血管内治療の補助については、前後の観察や指導が含まれた。血管看護師が提供しているケアとしては、再発や悪化の予防目的とした疾病管理、対象の背景や他の疾患との関連を理解した内服・運動・禁煙・栄養・フットケア指導があった。このような血管看護を充実させるためのコンピテンシーとして、患者及び家族との信頼関係の構築、関連部門・職種との連携が求められ、血管看護としての教育機会の充実、血管看護師としての根気強さやコミュニケーションがあげられた。また、血管看護の定義やエビデンスをどう示すか、血管看護の意義の啓蒙が課題としてあげられた。

【考察】血管看護師のスキルは、看護師として基本的なものから高度実践に及ぶものまで難易度に幅があった。血管看護師は看護の対象を、長期的な疾病の成り立ち、急性期の治療管理、慢性期の療養支援、社会的サポートの調整が必要であると捉えていることが伺えた。血管看護の役割の充実のために、成果・教育・仕組みの発展が求められる。

JSVN0105

TEVAR 後に対麻痺を発症した患者への関わり方 ～一症例を通し障害受容のプロセスを学ぶ～

藤島彩加、柴田豪、瀬戸聡  
市立函館病院

【はじめに】胸部ステントグラフト挿入術(TEVAR)における代表的な合併症として対麻痺が挙げられる。当院で経験した対麻痺症例について報告したい。

【症例】70代男性。以前より弓部大動脈瘤に対して、2017年3月2debranch+鎖骨下動脈塞栓術、2017年4月にTEVARを施行した。

【身体的変化】術後当日より、下肢の知覚・運動異常あり MMT 右下肢/左下肢=0/3 と対麻痺を認めた。緊急でスパイナルドレーンを行い、MMT 左下肢 4 まで回復した。手術翌日スパイナルドレーン抜去したが、術後 5 日目抜去部より出血し血腫形成、MMT 右下肢/左下肢=0/0 と対麻痺悪化を認め、血腫除去術施行した。術後 12 日目 MMT 右下肢/左下肢=0/2、術後 180 日目にリハビリ目的で転院した時は MMT 右下肢/左下肢=0/4~5 であった。

【精神的変化】患者はもともと気が短い性格であったが、術後対麻痺を発症してからより易怒的になり、睡眠不足、気分の落ち込みが見られた。術後三週間程度経過した頃に外出して孫の運動会を見に行きたいという目標ができた。術後 33 日目に孫の運動会に外出した。その後、景色のいい部屋に移動したい・髪を切りたいなど、自分から何かを変えようとする訴えが聞かれるようになった。自宅退院をしたいという思いもあったが、家族との相談の結果、最終的にはリハビリ転院することとなった。

【看護師としての関わり】病棟看護師間だけではなく、医師やリハビリ科、医療連携課も介入し、情報共有をこまめに行った。患者本人だけではなく、ご家族も交えて定期的にカンファレンスを行った。

患者との直接的なかわりでは、傾聴・支持的な対応を心掛けた。

【症例を通して学んだこと】患者にとって、対麻痺は突然起こった出来事であり、人生における障害である。障害受容のプロセスとは、ショック期→否認期→混乱期→解決への努力期→受容期と言われている。症例を振り返ると、患者が障害を発症してから受容に至るまで、上記のプロセスと一致した。

【結論】TEVAR 後の対麻痺の発症は患者にとっては人生における大きな障害であり、入院中一番近くで患者を支えられるのは看護師である。看護師は障害のプロセスを念頭に置きながら患者と一緒に障害を受容していくことが求められる。



## ハンズオン企画

創傷管理の極意～陰圧閉鎖療法の基本とケア～

協賛：K C I 株式会社、スミスアンドネフューウンドマネジメント株式会社

今回は企業の協力を頂き、陰圧閉鎖療法（NPWT）のデバイスについて見て、触って、体験するためにハンズオンセミナーを企画しました。

現在、陰圧閉鎖療法は創傷管理を行う医療現場で多用されており、使用することによって治癒期間の短縮が効果として出されています。

現在、保険償還の範囲内で日本で使用できる NPWT のデバイスは 4 種類であり、うち 2 種類は外来での使用も可能です。NPWT を実際に装着するのは医師と定められていますが、診療看護師を含めて特定行為研修を受けた看護師は実施が可能です。特定行為研修には賛否あるが、今後も診療看護師、特定看護師が増加していくことも予測されており、看護師が主体で実施していくことも考慮していく必要があると考えています。また、装着後、実際に管理を行うのは看護師であり、治療のメカニズムからデバイスの選択、管理の実際、周囲皮膚を保護する具体的方法まで網羅し、実際に体験して頂くことで、機械に対する苦手意識があれば克服できることと、適応、不適応を正しく認識することで、より効果的な使い方を理解できることをこのセミナーの目的といたしました。NPWT に関して今まで持っていた疑問を解決できるセミナーにしたいと考えており、多数ご参加いただき、ぜひ、たくさんのご質問を頂きたいと思っております。

山形テルサ  
 〒990-0828 山形県山形市双葉町 1-2-3  
 TEL:023-646-6677

- ・ J R山形駅より徒歩 3分
- ・ 山形空港より連絡バス約 40分



第3回日本血管看護研究会

大会長 日野岡蘭子

実行委員 岩倉真由美 中山佳之 溝部昌子 荒木維子



日本血管看護研究会

Japanese Society for Vascular Nursing

E-mail:vascular.nursing@gmail.com

URL:http://jsvn.umin.jp

