

褥創発症予測スケールを使ってケア計画作成に生かす

(2007.7.19)

高岡駅南クリニック院長 塚田邦夫

褥創発症予測スケールとして広く知られているブレデンスケールを皆で実際に使ってみましょう。ブレデンスケールには「知覚の認知」「湿潤」「活動性」「可動性」「栄養状態」「摩擦とズレ」という6項目があります。

これらの項目について、症例を出しますから点数をつけてみましょう。ではまず1例目です。

< 検討症例1 >

80歳台女性で、要介護5、寝たきり度B2。この方は13年前に右大転子部を骨折しその後寝たきりになっていきました。半年前には一日中ベッド上で臥位となり、排泄は介助にてポータブルトイレを使用しています。しかしオムツは1日中着けておられます。

1ヶ月前から左大転子部に発赤がみられました。1週間前に肺炎になり病院に入院し、肺炎は改善し退院となりましたが、左大転子部には黒色痂皮を伴う褥創が発症したとのことでした。



診察したところ、話しかけるとにっこり笑われ、痛みにもゆっくりと反応されました。食事はパンか軟飯を半分位食べ、おかずは一口か二口程度とのことでした。水分の多いものは嫌いでお茶もあまり飲まれないとのことでした。

マットレスは、ウレタンマットレスの薄いものを使用しているとのこと、局所療法はユーパスタを使用しガーゼ処置となっており、1日2回の交換がされていました。入浴は禁止されていました。

これだけの情報で、ブレデンスケールをつけてみました。会場の皆さんに各自つけてもらい、多数決で一番多い点数を採用することにしました。結果は、「知覚の認知：3」「湿潤：3」「活動性2」「可動性2」「栄養状態1」「摩擦とズレ1」となりま

した。

まとめると、総合点12点で、かなり褥創リスクは高いことがわかりました。実際褥創は発症してしまっています。中でも、「栄養状態」と「摩擦とずれ」の項目で最低点となっており、次に「活動性」と「可動性」で2点とこれも低い点数でした。

対策をする場合、この栄養状態の改善と摩擦とずれの対策が優先されます。次に活動性が低いことから、もっと積極的に動かすようにすることが望まれ、また可動性が低いいため体圧分散をもっと図る必要性があるでしょう。

この方では、まず体圧分散寝具を薄いウレタンマットレスから高機能エアーマットレスへと変更しました。これによって摩擦とずれに対する改善効果も期待できます。

活動性に関して、ショートステイやデイサービスの利用を勧めることにし、入浴も積極的に行うことにしました。

栄養状態に関しては、血液データからは TP6.7,Alb3.6,Hb12.8,CRP0.28 であり、肝機能、腎機能も正常でした。しかし、管理栄養士による経口摂取量調査によると、エネルギー816Kcal、蛋白27g、水分700mlと、著しい低栄養と脱水状態であることがわかりました。これらの栄養状態の悪化は亜急性であることから、まだ血液データとして出てきていないことがわかりました。しかし、この状態をあと数日続ければ肺炎や意識障害などのはっきりとした症状の出現が予想されます。

栄養改善として、水分の多いデザート類を提案し、好きな食べ物を中心とした組み合わせで食べてもらうことにしました。

局所療法としては、現行の方法となるべく類似したやり方を選択しました。当初はゲーベンクリームを塗布し、小さなガーゼをあてがい全体をフィルム材で密閉し毎日交換としました。



この例では、3ヶ月後には肉芽が盛り上がってきていましたが、浅いポケットの形成と内部に白色壊死の存在が認められました。原因を探したところ、すぐ左向きになりたが

る癖のあることがわかりました。つまり、ずれ摩擦対策が不十分であることがわかりません。

対策として、ショートステイでは薄いエアーマットレスが使われていましたが、これを本人の借りている高機能のものを持参してもらうこととし、エアーマットレスの圧を最低にすること、および左下にしないためのポジショニングの工夫を行いました。栄養摂取状況もこの時には、E 1064Kcal, Pro 36g, Wa 1300ml と危険な状態を脱していました。

治療開始 4 ヶ月後にはポケットはなくなっており、5 ヶ月で表皮化が完成し治癒しました。治療を進めていく段階で、自力体位変換が可能となり食事は全量摂取されるようになっていました。エアーマットレスは自立体位変換が可能ないように薄いタイプのものになりました。

このようにブレーデンスケールをつけながら褥創ケア計画を立てると、問題点の把握を行いながら具体的に有効な褥創予防および治療ができると思います。

< 検討症例 2 >

70 歳台男性で、要介護度 4、寝たきり度 C 2 です。40 歳台の時に胃癌の手術をされています。3 年前に脳梗塞となり左半身麻痺があります。ほぼ 1 日中ベッド上でギャッチアップして過ごし、排泄は介助にて尿器を使用しますが、おむつを着用していらっしゃいます。会話は可能でよく笑われますが、積極性はなく自分から動こうとはされません。食事は妻が作りますが、歯が無く義歯も無いため、豆腐などのメニュー中心となり、御飯なども半分位と副食を少し食べるだけのようです。昼間は一人きりになります。体圧分散寝具は用いていません。入浴は週 2 回されています。最近臀部に発赤がみられるようになり、触ると痛がるようになったとのことです。



診察したところ、仙骨部に圧迫を除去しても消退しない発赤がみられ、一部表皮の損傷もみられました。

同様にブレデンスケールをつけてみました。会場で一番多い点数を採用することにしたところ、「知覚の認知：3」「湿潤：3」「活動性1」「可動性2」「栄養状態1」「摩擦とずれ1」となりました。

まとめると、総合点11点で、やはり褥創発症高リスクで、実際褥創は発症しています。中でも、「活動性」「栄養状態」「摩擦とずれ」の項目で最低点となっており、次に「可動性」が2点でした。

この例でも、活動性と可動性の低下が問題であり、体圧分散寝具不使用であるため、まずは高機能型のエアーマットレスを導入しました。ただし、寝起きがしにくく介助も困難とのことで、ウレタンマットレスに変更となりました。可動性よりも活動性が問題となるケースでは、敢えてより高機能なエアーマットレスを避けることも大切な場合があります。

この方は自発性が無く放っておくと一日中ベッドの上でじっとされているため、デイサービスを利用することと、食事支援のために日中にヘルパーを派遣してもらうことにしました。これによって摩擦とズレ・湿潤対策にもなりました。

栄養評価として血液データは、TP7.2,Alb3.7,Hb15.3,CRP0.98であり、肝機能、腎機能は正常でした。本例においても管理栄養士による経口摂取量調査によると、エネルギー736Kcal、蛋白20g、水分735mlと、著しい低栄養と脱水状態であることがわかりました。栄養改善に関しても、デイサービス利用とヘルパー派遣が対策として有用と考えました。このような試みによって、座位時間が長くなり、食事量も増加しました。また、妻の負担も軽減されたようです。

褥創に対しては、尿失禁による皮膚の浸軟予防とビランの改善を目的に、フィルム材の貼付を行いました。皮膚ビランはすぐに良くなり、栄養改善も進み、1週間後にはE1100Kcal,Pro45g,Wa1500mlと改善しています。

以上のように、ブレデンスケールをつけることで褥創高危険群の抽出を行い、介入すべき方をランク付けすることができますが、できてしまった褥創に対しても、ブレデンスケールの各項目の点数の低いものに対し、重点的に対策を講じることができるようになります。

ブレデンスケールを付けるときに、結構点数に悩むことがありますが、あまり深く考えずに付けても良いと思います。それよりも複数で点数を付けて多数決で決めていくことが現実的と思われます。

ブレデンスケール

患者氏名

評価者氏名

評価年月日

知覚の認知 圧迫による不快感に対して反応できる能力	1. 全く知覚無し 傷みに対する反応（うめく、避ける、つかむ等）なし。この反応は、意識レベルの低下や鎮静による。 あるいは、体のおおよそ全面にわたり痛覚の障害がある。	2. 重度の障害あり 傷みのみに反応する。不快感を伝えるときには、うめくことや身の置き場なく動くことしかできない。 あるいは、知覚障害があり体の1/2以上にわたり痛みや不快感の感じ方が完全ではない。	3. 軽度の障害あり 呼びかけに反応する。しかし、不快感や体位変換のニーズを伝えることが、いつもできるとは限らない。 あるいは、いくぶん知覚障害があり、四肢の1.2本において痛みや不快感の感じ方が完全ではない部位がある。	4. 障害なし 呼びかけに反応する。知覚欠損はなく、痛みや不快感を訴えることができる。					
湿潤 皮膚が湿潤にさらされる程度	1. 常に湿っている 皮膚は汗や尿などのために、ほとんどいつも湿っている。患者を移動したり、体位変換することに湿気が認められる。	2. たいてい湿っている 皮膚はいつもではないが、しばしば湿っている。各勤務時間中に少なくとも1回は寝衣寝具を交換しなければならない。	3. 時々湿っている 皮膚は時々湿っている。定期的な交換以外に、1日1回程度、寝衣寝具を追加して交換する必要がある。	4. めったに湿っていない 皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣寝具を交換すればよい。					
活動性 行動の範囲	1. 臥床 寝たきりの状態である。	2. 座位可能 ほとんど、または全く歩けない。自分で体重を支えられなかったり、椅子や車椅子に座る時は、介助が必要であったりする。	3. 時々歩行可能 介助の有無にかかわらず日中時々歩くが、非常に短い距離に限られる。各勤務時間中にはほとんどの時間を床上で過ごす。	4. 歩行可能 起きている間は少なくとも1日2回は部屋の外を歩く。そして、少なくとも2時間に1回は室内を歩く。					
可動性 体位を変えたり整えたりできる能力	1. 全く体動なし 介助なしでは、体幹または四肢を少しも動かさない。	2. 非常に限られる 時々体幹または四肢を少し動かす。しかし、しばしば自力で動かしたり、または有効な（圧迫を除去するような）体動はしない。	3. やや限られる 少しの動きではあるが、しばしば自力で体幹または四肢を動かす。	4. 自由に体動する 介助なしで頻回にかつ適切な（体位を変えるような）体動をする					
栄養状態 普段の食事摂取状況	1. 不良 決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上を食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿（カップ）分以下の摂取である。水分摂取が不足している。消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）の補充はない。 あるいは、絶食であったり、透明な流動食（お茶、ジュース等）奈良摂取したりする。または、末梢点滴を5日以上続けている。	2. やや不良 めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿（カップ）分の摂取である。時々消化態栄養剤（半消化態、経腸栄養剤）を摂取することもある。 あるいは、流動食や経腸栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である。	3. 良好 たいていは1日3回以上食事をし、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧めれば通常捕食する。 あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている。	4. 非常に良好 毎食おおよそ食べる。通常は蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分以上摂取する時々間食（おやつ）を食べる。捕食する必要はない。					
摩擦とずれ	1. 問題あり 移動のためには、中等度から最大限の介助を要する。シートでこすれずに体を動かすことは不可能である。しばしば床上や椅子の上でずり落ち、全面介助で何度も元の位置に戻すことが必要となる。痙攣、拘縮、振戦は持続的に摩擦を引き起こす。	2. 潜在的に問題あり 弱々しく動く。または最小限の介助が必要である。移動時皮膚は、ある程度シートや椅子、抑制帯、補助具等にこすれている可能性がある。たがいの時間は、椅子や床上で比較的良好な体位を保つことができる。	3. 問題なし 自力で椅子や床上を動き移動中十分に体を支える筋力を備えている。いつも椅子や床上で良好な体位を保つことができる。						

*Copyright : Braden and Rergstrom. 1988

訳 : 真田弘美 (金沢大学医学部保健学科) / 大岡みち子 (North West Community Hospital. IL. U.S.A.)

Total