

片麻痺のある患者の体位変換・良肢位保持の Evidence-Based Nursingに関する検討

—文献の記載内容を比較して—

山梨県立看護大学短期大学部 小林たつ子 蕨崎市立病院 福島吉乃

key word : 看護技術, EBN, 片麻痺, 体位変換, 良肢位

I. はじめに

患者に24時間かかわる看護者にとって、麻痺に対する援助は、回復後の患者のQOLを左右するといっても過言ではない。ところが、片麻痺のある患者に対し、体位変換や良肢位保持の援助が職種によって少しずつ違っていた。そこで文献を検索しその援助方法や記載内容の違いを分析し、根拠のある適切な援助 (Evidence-Based Nursing; 以下, EBN) について検討した結果、示唆を得たので報告する。

II. 研究目的

片麻痺のある患者の体位変換・良肢位保持の援助について、教科書として用いられている文献の記載内容を比較検討し、今後、根拠のある適切な援助 (EBN) を行うための示唆を得る。

III. 研究方法

1. 研究対象

看護学の文献、すなわち教科書として広く用いられている6社32文献から、麻痺のある患者への体位変換・良肢位保持の援助について比較的詳しく記述してあった5文献の内容を分析の対象とした。

表1 体位変換の目的・時間間隔・体位方向について

| 文献 | 体位変換の目的 | 時間間隔 | 体位方向 |
|----|---------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| A | 安楽・褥創予防・関節不動性障害予防・呼吸循環代謝促進 | 2～3時間ごと | 仰臥位, 側臥位90° 腹臥位 |
| B | 褥創予防・肺炎予防・関節拘縮や筋肉の異常緊張の予防 | 2時間ごと | 仰臥位, 側臥位90° 腹臥位 |
| C | 廃用性症候群 (褥創・拘縮・呼吸器合併症) 予防, 安楽 | 2～3時間ごと | 仰臥位, 側臥位90° |
| D | 褥創, 肺炎, 尿路感染, 筋萎縮予防, 安楽 | 2～3時間ごと (麻痺が下の時は1～2時間ごと) | 記載なし |
| E | 肺合併症, 尿路感染, 関節の変形, 拘縮の予防, 褥創の予防 | 2～3時間ごと | 仰臥位, 側臥位90° |

文献A～Eの各内容は引用文献1)～5)より抜粋

2. 分析方法

片麻痺のある患者の体位変換の目的・時間間隔・体位方向・良肢位保持について記されている内容と根拠を抽出し、援助方法が同一な部分と相違している部分を明らかにし、根拠ある適切な援助は何かについて考察分析した。

IV. 結果および考察

1. 体位変換の目的・時間の間隔・体位変換の方向について


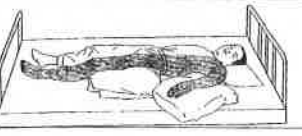
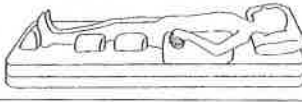
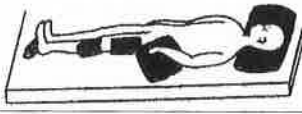
表1に示すように、体位変換の目的は文献A¹⁾・B²⁾・C³⁾・D⁴⁾・E⁵⁾の各表現は多少異なっていたが、安楽性、褥創予防、廃用性症候群の予防となっており、ほぼ同じ内容であった。

体位変換の時間間隔について文献A・C・D・Eでは2～3時間、文献Bでは2時間ごと、文献Dは健側が下の場合は2～3時間だが麻痺側が下側の場合は1～2時間で行うとあった。対象文献A～Eと同系統の基礎看護技術の教科書には1～2時間、2時間、10～50分ごとなどとあり⁶⁾、圧迫部位の組織圧が2時間で0になり、それ以上長くなると障害が生ずると、その根拠が述べられていた。また、阿曾ら⁷⁾の研究によると仰臥位保持後の背部温の変化が90分仰臥位保持まではその回復に特に差がみられなかったが、105分では回復に遅延がみられたと述べている。これらの文献や文献A～Eにおいても体位変換の時間間隔はさまざまであり、5文献においてはその根拠の記述や出典の記述がなかった。体位変換は2時間ごとと根拠は明らかでなかったが実際に行ってきた通念があり、近年研究の活発化によって新たに得られた知見は、Evidence-Basedとして掲載していくことが必要である。

また、体位変換の方向についても、文献A・B・C・Eには仰臥位、側臥位90°と記述されており、特に文献A・Bには腹臥位も加わっていた。この2文献の腹臥位について、麻痺側の肩の脱臼予防と足関節には尖足予防のため小枕を入れるなどの方法が記されていたが、その根拠の記述はなかった。

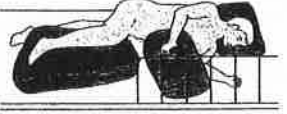
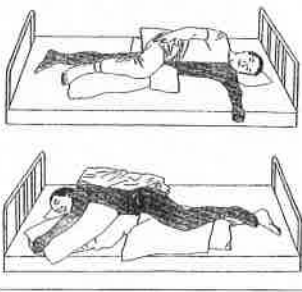

このように、4文献とも側臥位時の体位方向は90°とあるが、褥創予防の体位としては考えにくい。EBN的に考えるならば体位方向90°は褥創発生の危険があり、体圧解除の意味でも好ましくない。褥創予防の観点から30°側臥

表2 仰臥位の体位保持について

| 文献 | 下肢 | 手・指 | 図 |
|----|----------------------------|---------------------------|--|
| A | 足関節は直角に保ち、踵はベッドの下端から出す【○】 | ハンドロールを握らせる【○】 |  |
| B | 一部の弛緩性麻痺に限定し、足板や砂のうを用いる【△】 | ハンドロールは一部の弛緩性麻痺に限定して使用【△】 |  |
| C | 砂のう、足底板で直角に保つ【○】 | ハンドロール、タオルを丸めて握らせる【×】 |  |
| D | 足板（フットボード）を当て直角にする【○】 | ハンドロールを握らせる【×】 | なし |
| E | 足板を使用し直角に保つ【○】 | ハンドグリップ、タオルなどを握らせる【○】 |  |

【○】根拠あり 【△】問題提起 【×】根拠なし
文献A～Eの各内容は引用文献1)～5)より抜粋

表3 側臥位の体位保持について

| 文献 | 上下肢などの位置 | 図 |
|----|---|--|
| A | 健側を下にする【×】 ・股間と上腹部に枕を挟む【×】 |  |
| B | 患側を下にした場合 ・患側肩関節屈曲90°肩甲骨と上肢を十分に前方に引き出す【○】 ・患側下肢は股、膝関節軽度屈曲位、足まで十分クッションののるようになる【×】 患側を上にした場合 ・患側肩関節軽度屈曲90～100°保持【×】 ・患側下肢は股膝関節軽度屈曲位保持【×】 ・骨盤が後ろに引けないよう注意【×】 |  |
| C | 健側を下にするのが原則【×】 ・股の間にクッションを挟む【×】 |  |
| D | 記載なし | なし |
| E | 患側を下にした場合 ・患側下の側臥位は行うべきではないというが文献Bと同じに保持すれば可能【○】 ・患側下肢も文献Bと同じ【×】 患側を上にした場合 ・文献Bの内容と同じ【×】 |  |

【○】根拠あり 【×】根拠なし
文献A～Eの各内容は引用文献1)～5)より抜粋

位は定着しており、この根拠を掲載する必要がある。

2. 仰臥位の足関節、手指、肩関節、頭部の姿勢保持について

足関節について、表2に示すように、文献C・D・Eでは砂のう、足底板、フットボードなどを用いるとある。文献Aでは足関節0°保持のため、踵をベッドの下端から出す、とあった。また、文献Bでは、一部の弛緩性麻痺に限定して足底板や砂のうを用いるとあった。文献Bの理由として、関節可動域訓練が早期から行われるために、むしろこれらの使用による筋緊張の増強が問題視され、その使用は一部の弛緩性麻痺の例に限定されてきている、と記されていた。

手指について、文献B以外はすべてハンドロールを握らせるとあった。文献Bは足関節の場合と同じく、一部の弛緩性の麻痺に限定して使用するとあり、麻痺の状況を見極めて用いることの重要性が述べられていた。

脳卒中の麻痺は中枢神経系の障害による麻痺のため痙性麻痺となる。そのため足底板やハンドロールを用いることは筋緊張を高めることになり、より痙性を増してしまう旨の理由が述べられていたが、その出典は明記されていなかった。

また、表2に示すように、肩関節や下肢に挿入される枕の位置や麻痺上肢の位置に違いがみられた。顔の向きについても、表現してあるものやそうでないものもあった。

枕の位置では、文献A・Cは股関節の外旋を防ぐ目的で大腿・下腿の外側に砂のうを置くとあり、同じ目的に対し文献Bは、大腿部外側にクッションを置くと記述してあったが、なぜ大腿外側のみなのか根拠の記述がなく、方法にも違いがみられた。

このように、足底板やハンドロールを用いることは、脳卒中後の患者の臨床場面において現在多く行

われている。長谷は「ハンドロールや足底板は、筋緊張が高い場合には、手指屈曲や尖足を助長するため、筋緊張が低くて臥床時間が長期に及ぶような場合に適用する」⁸⁾と述べている。このような一般的知見となりつつある成果は Evidence-Based の見地からも記述し、検証していくことが重要である。

上肢についてみると、文献A・B・Cではクッションにのせて手先が心臓より高くなるようにするとあり、文献Cは浮腫予防のためと根拠が記述してあった。頭部について、文献A・Bは頭部には低い枕を置き、顔は患側に向くようにするとあったがその根拠の記述はなかった。また患側肩甲骨の下に、肩甲骨を前方に引き出すためにクッションを置いて固定し、脱臼予防をすると根拠も含めて述べられていた。文献Bのみ上肢は伸展位をとらせるとあり、他の文献と違う記述であったが出典の記述はなかった。なぜ枕を低くし顔を患側を向かせるのかその根拠を、長谷⁹⁾は緊張性頸反射や静的迷路反射によると述べている。この根拠がわかっていることによって、その反射の反応を観察しながら枕の高さや挿入する位置・深さなどが工夫でき、図説をただ単に真似た援助ではなく意味をもった援助ができることになる。

3. 側臥位の姿勢保持について

表3に示すように、側臥位をとるとき健側を下にすることが原則と述べているのは、文献A・Cであった。文献B・Eは健側を下にした場合と麻痺側を下にした場合の2方法を述べていた。文献Eにおいてはその説明の中で麻痺側を下にした側臥位を行うべきではないといわれているが、肩関節と上肢を十分前方に引き出し、保持すれば可能であると記してあった。文献Bは2方法のイメージ図も掲載し、根拠も述べてあった。

これまでの看護基礎教育では麻痺側は下にしないと学んできたが、その根拠は明らかでなかった。褥創予防のための体位変換時、麻痺側を下にする側臥位は避けてきた。この体位変換について理学療法分野では麻痺側を下にすることが問題ではなく、むしろ健側が下になることにより体動できないことからくる呼吸器・静脈系の合併症、安楽性などのリスクに注意を払う必要が大であると述べていた。木村は「麻痺側を下にすることにより拘縮を生じやすく、感覚障害のある場合には容易に褥創ができる」¹⁰⁾と述べており、紀伊¹¹⁾は麻痺側を廃用とみるのではなく、その麻痺側をその人の身体の一部として健康時と同じように活用し援助していく必要性を説いている。看護基礎教育の中で麻痺側は下にしない、足関節や手指の良肢位の保持に足底板やハンドロールを用いる、体位

変換は2時間間隔で行うなどの通念があるが、チーム医療の中や教科書などの文献の中でもさまざまな見解があることがわかった。

V. 結 論

(1) 初学者が初めて学ぶときに用いられる教科書は、基礎学習のよりどころであり、常に新しい知識と Evidence-Based、そして図や表などにより、具体的にイメージしやすい内容であることが必要である。

(2) 看護技術に経験的・通念的な原則や根拠がないものがあったりするので、批判的な視点でケアの根拠となるものを追求する姿勢が重要である。

(3) さまざまなことが解明され進歩する医療の中で、職種やその領域、分野の見解が統合され、看護援助が Evidence-Based に基づいたものとなる体制づくりが重要である。

引用・参考文献

- 1) 高橋美智, 他: 系統看護学講座別巻3, リハビリテーション看護, 第4章日常生活援助におけるリハビリテーション看護, p. 121-122, 医学書院, 2000.
- 2) 津山直一・二瓶隆一・落合美美子編集: 新版看護学全書, 別巻3, リハビリテーション看護技術, 第5章 障害別リハビリテーション看護の実際, I 脳血管障害患者のリハビリテーション, p. 135-136, メヂカルフレンド, 2000.
- 3) 西澤正豊・小泉美佐子・土屋紀子・柏木平八郎編: 成人看護学20, 神経系/アレルギー疾患・膠原病, 第4章 主な治療の理解と看護, p. 113-114, 金原出版, 1999.
- 4) 正津章・前田マスヨ, 他監修: 新図説臨床看護シリーズ, 成人看護7 整形外科/形成外科/リハビリテーション, III. リハビリテーション, 主要疾患リハビリテーション看護 脳卒中, p. 318, 学習研究社, 1999.
- 5) 上田敏編著: 看護学双書25, リハビリテーションと看護, II リハビリテーション看護の基本技術, p. 121-126, 文光堂, 1992.
- 6) 吉田時子, 前田マスヨ監修, 杉野佳枝編: 標準看護学講座13, 基礎看護学2, 基礎看護技術, p. 232-238, 金原出版, 1998.
- 7) 阿曾洋子, 他: 仰臥位安静後の背部皮膚温の変化—サーモグラフィーによる測定を試み—, p. 113-124, 神戸市立看護短期大学紀要7, 1988.
- 8) 長谷公隆: 脳卒中マニュアル, 急性期リハビリテーション, p. 91, 照林社, 1999.
- 9) 前掲書8), p. 90.
- 10) 木村彰男: 脳卒中の症状とその対応, 脳卒中マニュアル, p. 73, 小学館, 1998.
- 11) 紀伊克昌: リハビリテーションの看護の実際; 脳卒中編, パシフィックサプライK.K., 1992.