

脊髄損傷者の褥瘡発症と対処の特徴 病院初発者と自宅初発者・健康段階別の比較を中心として

瀧本美佐子^{1*}・神戸美輪子²・坂本雅代³

¹元大阪府立大学看護学部・²畿央大学健康科学部看護医療学科・³高知大学医学部看護学科

Characteristics of the pressure ulcer pathogenesis and coping behavior in patients with spinal cord injuries: comparison by patient health status and first-onset location of pressure ulcer symptoms

Misako Takimoto¹, Miwako Kanbe², Masayo Sakamoto³

¹Former Affiliate: School of Nursing, Osaka Prefecture University, ²Kio University Faculty of Health Science Department of Nursing and Medical Care, ³Kochi University Undergraduate School of Medicine Nursing Course

The present study aimed to characterize pressure ulcer pathogenesis in patients with spinal cord injuries at different stages of recovery, as well as examine whether patients' coping behaviors were affected by the location (hospital or home) at first-onset of pressure ulcer symptoms. Pressure ulcers develop readily in patients with spinal cord injuries; this was the case for and nearly 90% of patients in the present study. About 75% of patients with spinal cord injuries developed pressure ulcers while in the hospital, and in nearly 90% of patients, pressure ulcers developed during their hospital bed rest. Among those for whom pressure ulcer pathogenesis first-onset was at the hospital, a higher proportion of patients had cervical spinal cord injuries, and due to the pressure caused by lying in a supine position, pressure ulcers developed primarily in the sacral region. In contrast, in patients for whom pressure ulcer pathogenesis first-onset was at home, a high proportion had lumbar spinal cord injuries, and pressure ulcers in these patients developed in the ischial region as a result of pressure from the sitting position. Regardless of the location at first-onset, many patients reported 'fluid and pus discharge from their pressure ulcers' in our questionnaire. Many had developed deep pressure ulcers in the sacral and ischial regions, and particularly severe pressure ulcers were reported from patients who developed pressure ulcer pathogenesis at home. Early in pressure ulcer development reported as 'skin turned red', significantly more patients who first developed at home sought help from a specialist compared to those at the hospital. When pressure ulcer symptoms were more severe, however, no significant difference in treatment actions was observed. A few patients at both locations treated themselves for 'fever development due to pressure ulcers'. Treatment for pressure ulcers in patients with spinal injuries must be considered not only in a physical and localized context, but in a context which encompasses quality of life, taking into account emotional and social aspects of patients' lives.

Human and Environment Vol. 1 (2008)

*E-mail: takimoto.misako@nifty.com

受付: 2008年12月26日(受理)

©2008 大阪信愛女学院短期大学

Key words: patients with spinal cord injuries, pressure ulcers, first-onset location of pressure ulcer symptoms, patient health status of spinal cord injuries, coping behavior at onset of pressure ulcer pathogenesis

1. はじめに

脊髄損傷者（以下、脊損者と略す）に褥瘡が起りやすい原因として、障害部位以下の運動や知覚の麻痺が起り、その組織に血行障害を来たしやうい上に、その同一部位への持続的な圧迫を起りやすい状況にある。また、神経経路の遮断に伴い排泄機能に障害が起り、失禁に伴う皮膚の湿潤をきたすこと、そして、姿勢の安定性が保ちにくいことや移動に伴い組織間にズレが起る [1] など、多くの要因があり褥瘡発症を来しやすい状況にあることが指摘されている。褥瘡をひとたび発症してしまうと、一旦築き上げられた生活様態を改めなければならず、そのために筋力が低下し、ADL (Activities of Daily Living : 日常生活活動) や QOL (Quality of Life : 生活の質) が引き下げられるなど、大きな問題となる。

脊髄損傷（以下、脊損と略す）受傷直後は、障害部位の安静を保持しながら呼吸・循環病態の管理が第一優先となるが、急性期を脱すると社会生活に向けて、身体活動・活動範囲の拡大へと脊損者の生活過程が変化する。また回復が進んで活動量が拡大すると、褥瘡発症を引き起こす生活要因も多様化するため、予防方法もその状況に応じたものが求められる。さまざまな健康段階で褥瘡は発症してくるが、褥瘡予防や対処への教育という視点でみると、病院で過ごす入院期間に実際に褥瘡が発症した場合には、一般論ではなく自分の経験としてどのような時に褥瘡が発症するのかについてわかり、また実際に医療者から褥瘡への介入が受けられることから、今後の褥瘡予防や対処について個別の指導を受けているといえる。したがって、初めての褥瘡発症経験が入院中である場合と、自宅に退院してからの場合では受けた予防教育や褥瘡治療経験が異なり、褥瘡対処行動に違いが生じることが予測できる。

そこで本研究では、脊損者が脊損の回復過程の段階で発症する褥瘡の特徴と、病院初発者と自宅初発者で褥瘡発症時の対処行動の違いがあるかどうかを明らかにすることを目的に検討したので報告する。

<用語の定義>

病院初発者と自宅初発者；病院初発者とは初めての褥瘡が入院中に出来た脊損者、自宅初発者とは入院中には褥瘡が出来なかったが退院後自宅で褥瘡が発症した脊損者をいう。

褥瘡発症時の対処行動；褥瘡発症で生じた皮膚変化（赤くなる、黒くなる、めくれる、腫れる、膿がでる、熱がでる）に対して、医療の専門家の力を活用するか、自分や家族の力を活用するのか、その行動を問うたものである。

回復過程の段階；受傷後病院で寝たきりの時、体を動かす訓練が始まった時、退院後（車椅子中心の生活、あるいはベッド中心の生活）を指す。

2. 研究方法

1) 対象

本研究は、A 地域に所属する B 脊髄損傷者協会（以下、協会とする）の会員 500 人を対象とした。調査を行うに当たり、協会の各支部長を通して、依頼文、調査用紙、返信用封筒を郵送配布した。回収は研究者宛に各自で返送してもらった。

2) 調査方法

調査方法は、自記式質問紙による郵送調査法によった。

質問紙の内容は、以下に示す。

対象者の属性（性、年齢、身長と体重、脊損受傷からの期間、脊損発症から褥瘡発症までの期間、損傷部位、麻痺の程度、介助者の有無、治療中の病気の有無）

褥瘡発症の有無（なお、褥瘡発症者には、初めて褥瘡が出来た場所とその時の回復過程の段階）褥瘡発症部位、今までに褥瘡が出来た部位、褥瘡発症回数、もっともひどい褥瘡の程度）

褥瘡発症時（a 皮膚が赤くなった時、b.皮膚が黒くなった時、c.皮膚が腫れた時、d.皮膚がめくれた時、e.皮膚から膿が出た時、f.床ずれで熱が出た時）における対処（g.医師や看護師に見てもらい、h.横になって圧迫を除く、i.自分が家族で傷の処置をする、j.何もしない）

調査期間は、2005 年 7 月～10 月であった。

3) 分析方法

t 検定、Mann-Whitney の U 検定、およびフィッシャーの直接確率法にて分析を行い、危険率 $P < 0.05$ を有意差ありとした。

データ分析には SPSS15.0 J for Windows、エクセル統計 2003 を使用した。

4) 倫理的配慮

協会に研究の主旨と内容を口答及び文書にて説明して研究承諾を得た。調査依頼者には、研究趣旨と内容及び調査が任意で無記名であること、また個人が特定される扱いをしないことなどの倫理的配慮と、研究協力へのお願いを記した文書を同封し、回答を持って同意とみなした。なお調査票の発送にあたっては、個人情報保護の観点から調査票等をセットした封筒を協会に渡し、宛名シールの貼付および発送を依頼した。

個人情報保護のため協会から個人宛に研究説明書を添付した調査票を郵送してもらい配慮した。

3. 結果

脊損者 500 人に調査用紙を郵送し、返送のあった有効回答者は、280 人（回収率 56.1%）であった。このうち、褥瘡発症者は 243 人（86.8%）さらにその中で褥瘡を初発した場所が病院か自宅かが明確な 220 人（褥瘡発症者の 90.5%）を分析対象とした。

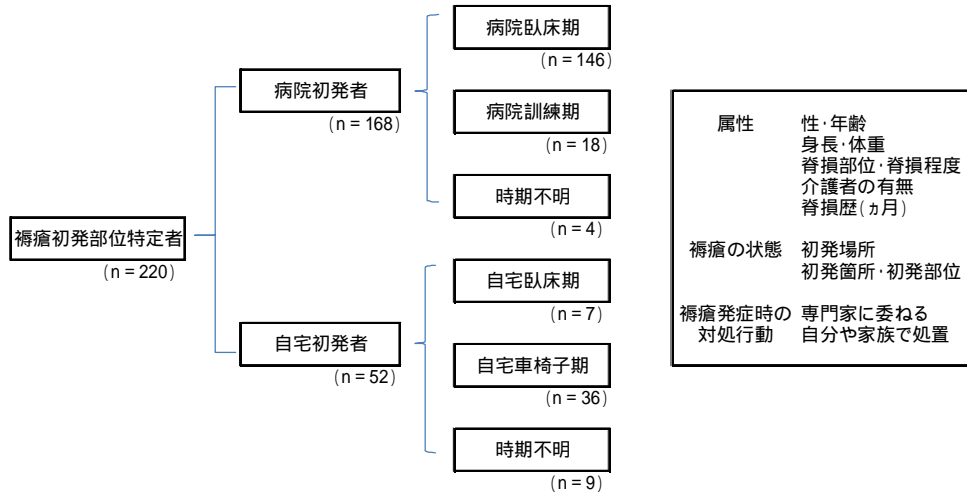


図1 研究対象者の概要.

表1 対象者の属性

	年齢(歳)	身長(m)	体重(kg)	BMI	脊損部位		脊髄損傷部位		介護者の有無		脊髄損傷歴(ヵ月)	脊髄損傷から褥瘡発症までの期間(ヵ月)
	mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD	カテゴリー	人数 (%)	カテゴリー	人数 (%)	カテゴリー	人数 (%)	mean ± SD	mean ± SD
全体 (n=220)	53.8 ± 11.2	1.66 ± 0.08	59.9 ± 12.0	21.6 ± 3.5	頸髄 胸髄 腰髄 その他	54 (24.5) 117 (53.2) 47 (21.4) 2 (0.9)	完全 不完全 不明	160 (72.7) 57 (25.9) 3 (1.4)	有 無	193 (87.7) 27 (12.3)	277.9 ± 134.0	27.9 ± 67.9
病院初発者 (n=168)	53.2 ± 11.2	1.67 ± 0.08	61.0 ± 11.6	21.9 ± 3.2	頸髄 胸髄 腰髄 その他	47 (28.0) 89 (53.0) 32 (19.0) 0 (0.0)	完全 不完全 不明	127 (75.6) 40 (23.8) 1 (6.0)	有 無	149 (88.7) 19 (11.3)	280.8 ± 136.9	10.7 ± 44.4
自宅初発者 (n=52)	55.8 ± 11.0	1.65 ± 0.08	56.5 ± 13.0	20.7 ± 4.2	頸髄 胸髄 腰髄 その他	7 (13.5) 28 (53.8) 15 (28.8) 2 (3.8)	完全 不完全 不明	33 (63.5) 17 (32.7) 2 (3.8)	有 無	44 (84.6) 8 (15.4)	268.6 ± 125.1	92.5 ± 97.0

表2 褥瘡の病院初発者・自宅初発者別、健康段階別にみた褥瘡初発部位と個数

	回復過程	単一発症	複数同時発症	部位	単一発症	複数同時発症 (複数回答)	
		人 (%)	人 (%)		人 (%)	人 (%)	
褥瘡発症者 220人	病院初発者 (n=146)	93人(63.7)	53人(36.3)	仙骨部	42 (45.2)	36 (69.2)	
				尾骨部	35 (37.6)	29 (55.8)	
				坐骨部	6 (6.5)	21 (40.4)	
				大転子	2 (2.2)	12 (23.1)	
				踵部	3 (3.2)	31 (59.6)	
				その他	5 (5.4)	12 (23.1)	
	168人	訓練期 (n=18)	13人(72.2)	5人(27.8)	仙骨部	2 (15.4)	4 (80.0)
		2ヶ所 3人 3ヶ所 1人 4ヶ所 1人	尾骨部	6 (46.2)	2 (40.0)		
			坐骨部	3 (23.1)	3 (60.0)		
	大転子		0 (0.0)	2 (40.0)			
	時期不明 (n=4)			踵部	2 (15.4)	2 (40.0)	
	自宅初発者 (n=36)	31人(86.1)	5人(13.9)	仙骨部	1 (3.2)	2 (40.0)	
尾骨部				9 (29.0)	4 (80.0)		
坐骨部				15 (48.4)	4 (80.0)		
大転子				0 (0.0)	2 (40.0)		
踵部				1 (3.2)	3 (60.0)		
その他				5 (16.1)	0 (0.0)		
52人	6人(85.7)	1人(14.3)	仙骨部	0 (0.0)	1 (1.0)		
			尾骨部	4 (66.7)	0 (0.0)		
			坐骨部	2 (33.3)	1 (1.0)		
			大転子	0 (0.0)	0 (0.0)		
			踵部	0 (0.0)	0 (0.0)		
			その他	0 (0.0)	0 (0.0)		
時期不明 (n=9)							

表3 褥瘡経験部位別に病院初発者・自宅初発者別にみたこれまでに最もひどくなった褥瘡の程度

	仙骨部		尾骨部		坐骨部		大転子部		踵部	
	病院初発者 (n=168)	自宅初発者 (n=52)	病院初発者 (n=168)	自宅初発者 (n=52)	病院初発者 (n=168)	自宅初発者 (n=52)	病院初発者 (n=168)	自宅初発者 (n=52)	病院初発者 (n=168)	自宅初発者 (n=52)
	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)
皮膚が赤くなった	5 (4.8)	2 (14.3)	4 (4.3)	2 (10.0)	2 (2.7)	1 (3.2)	7 (19.4)	1 (33.3)	8 (11.0)	2 (18.2)
皮膚がめくれた	21 (20.2)	2 (14.3)	22 (23.9)	8 (40.0)	16 (21.6)	5 (16.1)	10 (27.8)	0 (0.0)	23 (31.5)	3 (27.3)
皮膚が黒くなった	4 (3.8)	1 (7.1)	3 (3.3)	1 (5.0)	2 (2.7)	0 (0.0)	3 (8.3)	0 (0.0)	7 (9.6)	2 (18.2)
皮膚が腫れた	4 (3.8)	1 (7.1)	5 (5.4)	2 (10.0)	2 (2.7)	3 (9.7)	3 (8.3)	0 (0.0)	9 (12.3)	0 (0.0)
皮膚から液や膿が出た	66 (63.5)	7 (50.0)	54 (58.7)	6 (30.0)	49 (66.2)	22 (71.0)	10 (27.8)	2 (66.7)	22 (30.1)	4 (36.4)
無回答	4 (3.8)	1 (7.1)	4 (4.3)	1 (5.0)	3 (4.1)	0 (0.0)	3 (8.3)	0 (0.0)	4 (5.5)	0 (0.0)
合計	104 (100.0)	14 (100.0)	92 (100.0)	20 (100.0)	74 (100.0)	31 (100.0)	36 (100.0)	3 (100.0)	73 (100.0)	11 (100.0)

表4 褥瘡の病院初発者・自宅初発者別にみた褥瘡の程度別対処行動

褥瘡の程度	対処行動	病院初発者(n=168)		自宅発症者(n=52)		χ ² 値	df	p値	フィッシャーの直接確率(片側)	Cramerの連関係数
		人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)					
皮膚が赤くなった時	専門家	21 (13.7)	15 (29.4)	6.476	1	<0.05	-	0.178		
	自己対処	132 (86.3)	36 (70.6)							
皮膚が黒くなった時	専門家	62 (41.9)	20 (44.4)	0.092	1	n.s.	-	0.022		
	自己対処	86 (58.1)	25 (55.6)							
皮膚が腫れた時	専門家	80 (53.7)	29 (65.9)	2.063	1	n.s.	-	0.103		
	自己対処	69 (46.3)	15 (34.1)							
皮膚がめくれた時	専門家	94 (61.8)	33 (67.3)	0.483	1	n.s.	-	0.049		
	自己対処	58 (38.2)	16 (32.7)							
皮膚から膿が出た時	専門家	138 (93.2)	41 (91.1)	0.024	1	n.s.	1.000	0.035		
	自己対処	10 (6.8)	4 (8.9)							
床ずれで熱が出た時	専門家	133 (94.3)	41 (93.2)	0.007	1	n.s.	0.510	0.021		
	自己対処	8 (5.7)	3 (6.8)							

n.s. : not significant

1) 対象者の基本属性

対象者 220 人の属性を表 1 に示す。対象者の性別は、男性 176 人(80.0%)、女性 44 人(20.0%)、脊損歴(±標準偏差)は 277.9±134.0 カ月(23.1±11.2 年)であった。脊損の部位・程度は、胸髄が最も多く 117 人(53.2%)、頸髄 54 人(24.5%)、腰髄 47 人(21.4%)であり、脊損の程度は、完全損傷者が 160 人(72.7%)、不完全損傷者が 57 人(25.9%)であった。

本研究の対象者の概要を図 1 に示す。脊損受傷後病院入院中に褥瘡を初発した人(以下、病院初発者と略す)は 168 人(76.4%)で、対象者の 4 人に 3 人が入院期間中に褥瘡発症を経験しているといえた。うち受傷後病院で寝たきりの時(以下、病院臥床期と略す)に発症した人が 146 人(86.9%)で、急性期に発症している人がほとんどであり、からだを動かす訓練が始まった時(以下、病院訓練期と略す)に発症した人が 18 人(10.7%)で少数であった。また、自宅退院後に初発した人(以下、自宅初発者と略す)は 52 人(21.4%)であり、そのうち退院後の車椅子中心の生活になった時(以下、自宅車椅子期と略す)に発症した人は 36 人(69.2%)、ベッド中心の生活になった時(以下、自宅臥床期と略す)に発症した人が 7 人(13.5%)であった。

2) 病院初発者と自宅初発者との比較

(1) 脊損部位・程度の比較

病院初発者と自宅初発者のそれぞれについて、頸髄損傷者と腰髄損傷者に注目して比較すると、病院初発者では頸髄損傷者 47 人(28.0%)、腰髄損傷者 32 人(19.0%)で、頸髄損傷者が多いのに対して、自宅初発者では頸髄損傷者 7 人(13.5%)、腰髄損傷者 15 人(28.8%)とむしろ腰髄損傷者の割合が高く有意な差を示した。(χ²=5.30, df=1, p<0.05)

脊損の程度について比較すると、完全損傷者は、病院初発者 127 人(75.6%)、自宅初発者 33 人(63.5%)であり、どちらも完全損傷者の割合が高く、差はみられなかった。

(2) 褥瘡初発部位の比較

表 2 は褥瘡の発症状況(単一発症か複数同時発症)、発症部位を病院自宅別、健康段階別に示す。

脊損者が最も多く褥瘡初発を経験している病院初発・臥床期(146 人、全褥瘡発症者の 66.4%)では、単一発症が 93 人(63.7%)、複数同時発症は 53 人(36.3%)で、半数以上の人単一発症であった。部位は、仙骨部が最も多く、単一発症 42 人(45.2%)、複数同時発症 36 人(69.2%)で、複数同時発症者では仙骨部以外にも踵部 31 人(59.6%)、尾骨部 29 人(55.8%)に発症する人が半数以上みられた。

一方、自宅初発者の車椅子期(36 人、全褥瘡発症者の 16.4%)では、単一発症の人が 31 人(86.1%)と多く、複数同時発症者は 5 人(13.9%)とその割合が低い。

また、最も多い発症部位は坐骨部で、単一発症 15 人 (48.4%)、複数同時発症 4 人 (80.0%) であり、仙骨部は単一発症 1 人、複数同時発症 2 人と病院初発者に比べると少ない。

(3) これまでに経験した褥瘡の部位と程度の比較

表 3 に今までに経験した褥瘡の部位と、最もひどくなった程度を病院初発者と自宅初発者別に示す。

まず全ての対象者で経験した褥瘡の部位をみると、多い順に、仙骨部 118 人 (褥瘡発症経験者の 53.6%)、尾骨部 112 人 (50.9%)、坐骨部 105 人 (47.7%) が挙げられ、殿部を中心とした体幹部に多く褥瘡発症がみられている。一方、踵部は 84 人 (38.2%)、大転子部は 39 人 (17.7%) で下腿部には褥瘡発症は比較的少ないといえる。また、最もひどくなった程度では、病院初発者では大転子部と踵部以外の全ての部位で、自宅初発者も尾骨部と踵部以外の全ての部位で、半数以上の人『皮膚から液や膿が出た』という人がおり、どちらの脊損者も開放性の褥瘡を経験する人が多くいることを示している。また、どちらの脊損者も下腿部に比べて殿部にひどい褥瘡のある割合が高い。

病院初発者と自宅初発者の違いをそれぞれの部位でみると、尾骨部は『皮膚から液や膿が出た』経験が病院初発者は 54 人 (58.7%) と多いのに対して、自宅初発者は 6 人 (30.0%) で少なく、『皮膚がめくれた』8 人 (40.0%) 程度で治まった人が多い点や、自宅初発者の大転子部発症例は 3 人中 2 人 (66.7%) は『皮膚から液や膿が出た』である一方、病院初発者では 10 人 (27.8%) と少ない点などが挙げられる。

また、仙骨部・尾骨部・坐骨部を [殿部]、大転子部・踵部を [下腿部] として褥瘡部位をまとめ、病院初発者と自宅初発者の最もひどい褥瘡部位 (複数箇所発症を含む) の割合を比較した。どちらの群も殿部の褥瘡発症が多いが、病院初発者延べ 379 人では殿部 270 人 (71.2%)、下腿部 109 人 (28.8%) であるのに比べ、自宅初発者延べ 79 人では殿部 65 人 (82.3%)、下腿部 14 人 (17.7%) で、自宅発症者は殿部に発症する割合が有意に高かった ($\chi^2=4.055$, $df=1$, $p<0.05$)。

(4) 褥瘡発症時の対処行動の比較

発症した褥瘡の状態別に病院初発者と自宅初発者の対処行動を比較して示したものが表 4 である。

褥瘡発症のもっとも軽い段階である [皮膚が赤くなった時] の対処行動では、病院初発者は『横になって圧迫を防ぐ』『自分や家族で傷の処置をする』などの自己対処行動をとる人が 132 人 (86.3%) とほとんどを占め、『医師や看護師などに見てもらおう』など専門家に対処を委ねる人は 21 人 (13.7%) と少なかった。一方、自宅発症者では、自己対処行動をとる人が 36 名 (70.6%)、専門家に対処を委ねる人が 15 人 (29.4%) であり、自宅発症者は病院初発者に比較して専門家へ対処を求める行動が有意に多くみられた ($\chi^2=6.476$, $df=1$, $p<0.05$)。

[皮膚が黒くなった時] には、病院初発者では、専門家に対処を委ねる人が 62 人 (41.9%) と [皮膚が赤くなった時] に比べるとその割合は増えるが、依然自己対処を行う人が 86 人 (58.1%) で、半数以上の人を占めている。また自宅発症者でも自己対処を行う人は 25 人 (55.6%) と半数以上の人を占めており、病院初発者と自宅初発者に有意な差は認められなかった。

また [皮膚が腫れた時] には、病院初発者では、専門家に対処を委ねる人が 80 人 (53.7%)、自己対処を行う人が 69 人 (46.3%) で対処行動の割合は半数程度ずつに分かれ、自宅初発者では、専門家に対処を委ねる人 29 人 (65.9%)、自己対処 15 人 (34.1%) で専門家に委ねる人の割合は高かったが、病院初発者と有意な差はなかった。

褥瘡が解放創になった [皮膚がめくれた時] には、専門家に対処を委ねる人が病院初発者 94 人 (61.8%)、自宅初発者 33 人 (67.3%) とどちらも 6 割以上の人専門家に対処を求めている。さらに [皮膚から膿が出た時] には、専門家に対処を委ねる人が病院初発者 138 人 (93.2%)、病院初発者 41 人 (91.1%) で、病院初発者と自宅初発者の対処行動に差は認められなかった。

[床ずれで熱が出た時] も同様に、専門家の対処を求める人は、病院初発者 133 人 (94.3%)、自宅初発者 41 人 (93.2%) とほとんどの人が専門家に対処を委ね、両群に差は認められなかった。しかしながらどちらの群にもまだ自己対処行動をとると答えた人がごく少数存在している。

4. 考察

脊損者にとって、受傷直後から病院で過ごす臥床期や、社会生活に向けた訓練期のみならず、自宅に戻ってからの生活の中でも、褥瘡の予防や発症時の対処は大きな課題 [2] であり、いくなれば脊損という障害だけでなく褥瘡発症のリスクをも自分のものとして受け入れながら生涯、生活しなければならない。

本研究で、脊損受傷後褥瘡を発症した対象者の 4 人に 3 人が入院期間中に褥瘡発症を経験し、中でも病院臥床期に発症した人が約 9 割であった。病院臥床期は、外傷などで障害された脊椎が不安定で脊髄への圧迫が懸念される場合、脊椎の修復固定がされるまで体位変換などの規制を伴う。また、第 5 胸髄高位より頭側の脊髄損傷者では交感神経が遮断されるが、副交感神経は遮断を免れ、相対的に副交感神経は優位の状態に陥る。その結果、除脈と血管緊張低下により低血圧を来す [3] ことなどがある。これらは、同一体位による持続的な圧迫からの循環障害や、末梢皮膚血流が乏しくなることなどから、脊損者に急性期発症の褥瘡が多い誘因となり、本研究でも同様の結果であったと考える。

次に「病院初発者」と、自宅に戻ってから褥瘡を発症した「自宅初発者」との違いをみていく。

脊損部位の比較では、病院初発者には頸髄損傷者の

割合が高く、自宅初発者には腰髄損傷者の割合が高かった。すなわち、病院初発者は脊損部位が高位、つまり、重症で安静が長期に渡る脊損者に多く、自宅初発者は、脊損部位が低位である脊損者に多いという違いがある。これを褥瘡のリスクファクターの視点で見ると、病院初発者は体圧・湿潤・循環動態の不安定さや栄養状態などの要因が挙げられるのに対し、自宅初発者では車椅子乗車や活動による摩擦やずれなど、発症の原因が異なることが考えられた。

次に、褥瘡初発部位を比較すると、病院初発者では複数同時発症者の割合が約3人に1人いるのに比べ、自宅発症者では単一発症者がほとんどであることが違いとして挙げられる。また、最も多い発症部位は病院初発者では仙骨部(50.0%)で、中でも臥床期では仙骨部以外に踵部や尾骨部に複数発症する人も半数以上みられている。一方、自宅初発者で、最も多い発症部位は坐骨部(42.3%)であり、仙骨部は病院初発者に比べると少ない。仙骨部は仰臥位による安静臥床で、坐骨部は座位姿勢で最も圧がかかる部位であるため、安静臥床や長時間の車椅子座位といった生活様式の差異が影響した結果と考えられる。

これまでに経験した褥瘡部位の比較で、それぞれ多い部位に挙げていくと、病院初発者が仙骨部・尾骨部・坐骨部であるのに比べ、自宅初発者は坐骨部・尾骨部・仙骨部で、病院初発者はどちらかという仰臥位、自宅初発者は座位で圧のかかりやすい部位に多く発症している違いがみられる。また最もひどい褥瘡を経験した程度では〔皮膚から液や膿が出た〕経験がある人も両群で多くみられている。特に仙骨部・坐骨部ではどちらの群でも褥瘡発症の半数以上で〔皮膚から液や膿が出た〕状態を経験しており、除圧の難しい殿部を中心とした部位に褥瘡がひとたび発症すると、悪化しやすい状態にあることを示している。このことから褥瘡を発症しない予防策を持つことと、初期のうちに適切な対処をとることは脊損者が健康な生活を送る上での重要な要素になる。また、病院初発者と自宅初発者の最もひどい褥瘡部位の比較から、どちらの群も殿部の褥瘡発症が多いが、自宅発症者は殿部に発症する割合が有意に高かった。車椅子乗車が中心となる時期には、脊損者自身が適切な除圧や皮膚観察などを行い、殿部の褥瘡発症を予防する必要があるといえる。

褥瘡発症時の対処についての比較で、違いが見られたのは、〔皮膚が赤くなった時〕に、自宅初発者は専門家に対処を委ねる割合が有意に高かった点である。病院初発者は入院中にも同様の皮膚の変化に対して専門家の対処を受けた経験がある。褥瘡の初期の段階では専門家の対処といっても『横になって圧迫を除く』など、特別な対処ではないことを学んでおり、その時の治癒経験から、初期の皮膚異常の段階では自己対処をする人が多いと考えられる。一方自宅初発者では、褥瘡や褥瘡予防について学んでいるが、自己対処できるかどうかの自信が持ちにくいいため、専門家に対処を委

ねる人が多いのではないかと考えられた。〔皮膚が腫れた時〕〔皮膚が黒くなった時〕〔皮膚がめくれた時〕〔皮膚から膿が出た時〕〔床ずれで熱が出た時〕では、どちらの群にも差は認められなかった。これらは褥瘡が悪化し全身状態を脅かす危険な状態になりつつあることを、脊損者は入院中に学んでいることを示していると考えられる。しかし、病院初発者・自宅初発者ともに〔皮膚から膿が出た時〕〔床ずれで熱が出た時〕にも少数ながら「自己対処」をすると答えた脊損者がいた。

2007年に、NPUAP(National Pressure Ulcer Advisory Panel、米国褥瘡諮問委員会)の褥瘡分類において、従来の褥瘡4ステージにSuspected DTI(Deep Tissue Injury)が新しいカテゴリーとして加えられた[4]。DITは、「圧とずれによって深部軟部組織が損傷に由来する、暗赤色に変色し限局した健常皮膚のこと」とあり、DIT症例では、発赤の下に硬結やぶよぶよとした硬さの変化を認めることが多いともいわれ、触診等により発赤との鑑別やその後の対処が必要とされている[5]。これらのことから、入院中に、褥瘡発症時の対処方法についての健康教育のあり方が問われていると考える。また、本研究では実際発症した褥瘡に対しての対処行動を問うたものではないが、この結果からは、脊損者の褥瘡という身体的・局所的な視点だけでなく、脊損者の生活の質といった精神的・社会的な視点も含め包括的なとらえ方が必要なのではないかと考えられる。

5. 結論

脊髄損傷者の健康段階別にみた褥瘡は、4人に3人が入院中に褥瘡を発症し、その9割近くが病院臥床期の発症であること。病院初発者と自宅初発者との比較では、病院初発者は頸髄損傷者の割合が高く仙骨部に多く発症し、自宅初発者は腰髄損傷者の割合が高く坐骨部に多いこと。褥瘡の程度では両群ともいずれの部位でも“皮膚から液や膿が出た”が多く、殿部に深い褥瘡の経験者が多く、特に自宅発症者に殿部にひどい褥瘡が多いこと。

対処行動では、“皮膚が赤くなる”で、自宅初発者は病院初発者よりも専門家に対処を求める人が有意に多く、入院中の褥瘡経験の有無が、自宅での褥瘡発症時の対処に影響すると考えられること。

今後、脊損者の褥瘡予防には、身体的視点のみでなく生活の質を含めた包括的なとらえ方、および褥瘡対処経験を踏まえた教育が必要と考える。

謝辞：本研究の調査にご協力を頂きました脊髄損傷協会会員の皆様にご心よりお礼を申し上げます。

引用文献

- [1] 菅井亜由美：特集 褥瘡 もう一度知りたいキホン part2 難しい症例へのケア 脊髄損傷患者の褥瘡 予防と治療のポイント. Expert Nurse 19(11), 60-63 (2003)
- [2] 真柄彰、豊永敏宏、内田竜生、住田幹男、徳弘昭博、富永敏克、元田英一：特集 リハビリテーションにおける疫学 脊髄損傷. 総合リハビリテーション 32(1), 29-34 (2008)
- [3] 芝啓一郎：〔5〕NEW MOOK 整形外科, 脊椎・脊髄損傷. 金原出版株式会社, 東京, pp. 43-45 (1998)
- [4] National Pressure Ulcer Advisory Panel: http://www.npuap.org/documents/PU_Definition_Stages.pdf
- [5] 大浦紀彦：PART2-分類・管理方法のトピックス 04 褥瘡のステージ分類が4つではなくなるの？「DIT」って何？ Expert Nurse 24(2), 40-43 (2008)

脊髄損傷者の褥瘡発症と対処の特徴 病院初発者と自宅初発者・健康段階別の比較を中心として
瀧本美佐子・神戸美輪子・坂本雅代

要旨：本研究の目的は、脊髄損傷者が健康段階別に発症する褥瘡の特徴と、病院初発者と自宅初発者で褥瘡発症時の対処行動に違いがあるかどうかを明らかにすることである。脊髄損傷者は褥瘡を合併しやすく、本研究でも 9 割近くの脊損者が褥瘡発症を経験していた。

4 人に 3 人が入院期間中に褥瘡発症を経験しており、その 9 割近くが病院臥床期の発症であった。病院初発者と自宅初発者との比較では、病院初発者は頸髄損傷者の割合が高く、仰臥位で体圧がかかる仙骨部に多く発症しているのに対して、自宅初発者は腰髄損傷者の割合が高く、座位時に体圧がかかる坐骨部に多く発症している違いがみられた。また、今まで経験した褥瘡の程度では、どちらも〔皮膚から液や膿が出た〕ことがある人が多く、特に仙骨部や坐骨部などの殿部に深い褥瘡を経験する人が多く、特に自宅初発者では殿部にひどい褥瘡が発症する割合が高かった。対処行動については、褥瘡初期段階である〔皮膚が赤くなる〕で、自宅初発者は専門家に対処を求める人が病院初発者に比較して有意に多かったが、より深い褥瘡への対処行動には両群に差は認められなかった。しかしながら〔床ずれで熱が出たとき〕にも自己対処する人がどちらも少数ながらみられ、脊損者の褥瘡という身体的・局所的な視点だけでなく、脊損者の生活の質といった精神的・社会的な視点も含め包括的なとらえ方が必要なのではないかと考えられた。

キーワード：脊髄損傷者・褥瘡・褥瘡発症経験・褥瘡発症状況・褥瘡発症時の対処行動

論文集「人と環境」Vol. 1 (2008)
大阪信愛環境総合研究所編集発行
