

生剤等の薬剤と細菌の関係や、IVH挿入後の期間と菌出現の関係も見のがすことは、できない。

次に、ブラム陽性桿菌の検出について考察を行う。セット内と病棟内の感染については、前述した酵母様真菌と同様に考えられる。

患者自体については、患者の創部より主に、表皮ブドウ球菌が、検出されたが、セットからは、グラム陽性桿菌の汚染が、あったことにより、看護婦を媒介とする院内感染が推測される。ここでも、IVHに関する操作が問題となっている。

以上の結果よりIVHセット部位の細菌感染において、手洗が大きな位置を示めていることが明らかにされた。

結論として

①、3日毎群、2日毎群、毎日群、の結果で菌検出の差を認めず、少なくとも、週2から3回の交換が望ましいと考えられた。

②、三方括弧が必要のない患者には、不用に、取り付けないのが望ましい。又、三方括弧を取り付けても、使用しない場合は、イソジンゲル等の薬剤を塗布しておくことが良いと考えた。

第3群発表

3～3 高カロリー輸液法管理の方法を試みて

2病棟 ○新井紀代 田島 金井 津々木 川上 佐藤 鎌田
西門 北谷 和知 本田 高木 高野 藤原 薬師寺 沢田

I はじめに

今日、経中心静脈高カロリー輸液法（以下IVHと略す）の発展はめざましく適応範囲も広い。そして、延命に効果をあげ利点も多い反面感染の危険など合併症も多く、継続した細かな看護が要求される。当病棟においても、ここ2～3年でかなりIVHを施行する患者が増えてきておりIVHの目的も多様化している。その為患者自身が自己管理しながら日常生活は普通に送るという例が多くなった。また、IVHのトラブルも頻回となり再挿入をくり返すという症例もおきてきた。そこで、病棟内におけるIVH学習会を機会に看護手順や管理方法の検討を行ったのでその結果をまとめてみた。特に問題の多かった一症例を通し、問題を提起し対策を講じたのでここに発表する。

5. 終りに

調査結果から、さらにIVHに対する理解を深め、細菌学的、薬理学的に根拠のある看護がいかに重要であるかを再確認した。

また、この研究が日常看護の滅菌操作に対する意欲を高める契機となった。今后さらにIVH挿入部位等についても調査検討し、これからの看護に生かしていきたい。

最後に、この研究をするにあたり、御協力下さった金教授はじめ一般菌室の方々、山口先生、田中先生、平田先生、深谷先生に、深謝いたします。

参考文献

瓢子喜代美：高カロリー輸液施行患者の看護、

緒方祐子：高カロリー輸液（IVH）患者の看護を考える、日刊ナーシング

坪井孝一：新しいタイプの高カロリー輸液用フィルターの有用性について、臨床看護

山口英世：医真苦図説、医歯業出版株式会社 1984

古泉秀夫：滅菌・消毒法の実際

II 症例

氏名 ■■■ 女 56才

病名 亜急性細菌性心内膜炎

IVH挿入の目的 抗生剤の大量投与の為（末梢からの点滴、管理を行ったが頻回の投与の為患者の苦痛がありIVHのかたちをとる）

IVH挿入期間 昭和59年6月 ■■■～9月 ■■■

再挿入の回数 6回

1 再挿入となった原因

(1)歩行時、チューブを身体にからませ屈曲したり点滴のボトルから針が抜けてしまう。

(2)接続部がはずれたことに気付かず血液が逆流してしまい閉塞させてしまう。

(3)定期的に熱発をくり返す原因が疾患からのものか、

I V Hの感染によるものかの鑑別をするため。

(4)刺入部の固定不十分なことにより体動と共に、自然抜去してしまう。

<対策>

(1)について I V Hラインを収納して歩行し易くする為にポシェットを使用した(約12cm×15cm)と同時に患者へ説明も行った。

(2)について 全ての接続部位にニューハレックスを用いて固定した。

(3)について 医師の指示にてI V H再挿入となる。

(4)について I V H挿入時、皮膚への縫合を充分行なうように医師へ申し入れた。又、ニューハレックスでしっかり固定した。

2 管理上の問題点

(1)プラスチック製のうすいフィルター(テルモ)の為ひびが入りやすい。

(2)テープ(ニューハレックス使用)による搔痒感がある為テープを自分ではがし刺入部をかいてしまう。

(3)大量の抗生剤使用によりフィルターがつまりやすくなり、点滴が落下不良となり易い。

(4)安静度を無視したシャワー浴により、刺入部を汚染してしまう。

<対策>

(1)について 今まではフィルターの次に三方活栓を接続することでひびを入りやすくしていた為、その予防としてフィルターと三方活栓の間に延長チューブを接続するよう統一した。

(2)について 包交、部分清拭を毎日施行し同時にレスタミン軟膏の塗布を試みた。

(3)について 初め、毎日フィルター交換を行っていたが、その後医師の指示にてフィルター使用を中止した。

3 症例に対する考察

以上のような対策を講じたが、布製のポシェットは他患者には好評であったが、この患者にとってはI V Hラインがポシェット内で屈曲してしまうという問題も生じ効果的ではなかった。また、I V Hは自分の身体の一部であり大切に、そして清潔に保つ必要性を毎日説明しても結局は理解できず同じことの繰り返しであり、2週間に一度の定期的なI V Hの挿入が行われた。

Ⅲ そこでⅡのことより看護婦間の正しい知識を得てI V Hの原点に帰えり管理していく為に学習会を行った。この学習会を通して、I V Hの感染防止の点からみて三方活栓の使用の有無が問われた。しかし現状としては、抗生剤使用の定期的な点滴注入によりそれを使用せざる

をえないなどの新たな問題や、今までの管理で不十分だった点が明確になった。Ⅱの症例、Ⅲの学習会から次のような決まり(表1)で管理していくことにした。同時に他の病棟におけるI V H管理の現状を知りたくアンケート調査を行った。(表2)

穿刺部包交 → 週2回(月、木)、汚染時
I V Hラインの交換 → 週2回(火、金)
I V Hラインの接続部 → 全てニューハレックス固定
管理 → 全てゴム管より策行。酒精綿消毒とする。 三方活栓からの点滴については、0.05%ヒ ビテン液で消毒後接続する。
フィルターの検討 → テルモのものからニプロの製 品に使用を変えてみる。
I V H開始後 → 1週間尿糖、血糖測定をする。

表-1 病棟内で統一したもの

	外科系	11ヶ所	内科系	6ヶ所
I V Hについての 手順が統一されている	はい いいえ 解答なし	4ヶ所 5ヶ所 2ヶ所	はい いいえ 解答なし	3ヶ所 2ヶ所 1ヶ所
I V H挿入者数	30名		15名	
刺入期間1ヶ月内	13名	43%	1名	7%
2ヶ月内	6名	20%	3名	20%
3ヶ月内	3名	10%	3名	20%
3ヶ月以上	0名	0%	1名	7%
解答なし	8名	26%	7名	46%
刺入部包交について	1回/週~ 3回/週 汚染時		1回/週~ 3回/週 汚染時 医師の指示	
管注について	1ヶ所ゴム管使用 他は三方活栓		1ヶ所ゴム管使用 他は三方活栓	
I V Hセットの接続	フィルター使用する所としない所あり (点滴セット→フィルター) (点滴セット→フィルター→活栓→延長チューブ) (フィルター→活栓→延長チューブ) (フィルター→活栓→延長チューブ)		三方活栓を除く (点滴セット→活栓→延長チューブ→フィルター) (フィルター→活栓→延長チューブ) (延長チューブ→フィルター→活栓→患者)	
皮膚のトラブル	かぶれ	20%	かぶれ	20%

表-2 アンケート(回収率90%)

Ⅳ 考察

アンケートの結果からもわかるように、外科系、内科系を問わずⅠⅤⅢ施行例が多く、また、その施行期間も1ヶ月～3ヶ月と長いことにより感染の機会も多いのではないかと考える。当病棟においては、包交を週2回行うことにより定期的な観察の場を設けることが出来るようになった。刺入部周囲の掻痒感を訴える患者に対しては、必要に応じて抗生剤軟膏、レスタミン軟膏を塗布することで訴えが少なくなった。また患者へのⅠⅤⅢについての意識づけも出来たように思う。ⅠⅤⅢライン交換に関しては、感染防止を防ぐ為にも全体的に交換することが望ましく、一般的なデーターによっても週2回の交換は適当と思われる。三方活栓使用については、原則としてⅠⅤⅢラインに経て頻回に静注せざるを得ない場合でもその都度ゴム管からなるべく細い針を用いて注入することが良いとされている。当病棟においてゴム管からの管注は統一されていたので、側管からの点滴注も固定をしっかりさせゴム管から注入されるように試みた。初めのうちは翼状針をつけゴム管を使用していたが、見た目も悪く安定性、安全性に欠ける為側管からの点滴は全て三方活栓からとした。他の病棟においてゴム管からの管注を行っているところは外科系の1ヶ所だけでありほとんどが三方活栓に、頼っており、そこからの感染を引き起こしていないかという疑問が残る。その消毒方法については、アンケートを行っておらず現状を把握していないが酒精綿がほとんどではないかと考える。しかし、資料においては消毒液を用いることが原則となっており当病棟では0.05%ヒビテン液を使用している。最近インジンゲルの消毒効果は大きいとの情報を得て、現在その使用をこころみている段階である。尿管製剤はフィルターを通さないで用いた方が効果的であることから三

方活栓を用いる場合は十分な消毒が必要である。

以上より、効果的で安全性の高い高カロリー輸液を行うためには、統一した手順の必要性を感じる。しかし、多くのⅠⅤⅢ挿入中の患者をかかえ、業務も煩雑化する中で、感染防止のための具体的な処置を実施していくのは難しいように思われる。例えば、ⅠⅤⅢラインの接続部を全部テープで固定することは大変であると共に感染の機会も多いということが考えられる。そこでⅠⅤⅢ専用の輸液セットがあるかどうかを業者に問い合わせたところ、まだ研究段階であり今後に期待される。現在実用化されているものとして、コネクターつきのフィルターやチューブが市販されているようである。

ⅠⅤⅢの施行度も高くなっている今日、管理上の問題点は今後も後を絶たないように思う。医師の間でも見解の相違があり、一貫したものはなく尿糖、血糖測定の必要性、フィルターを通せない薬剤の知識などまだまだ考慮すべき点は多く残されている。

Ⅴ 終りに

医学の進歩とともに看護分野の技術、質の向上を図る為にもこれを機会に病棟あるいは、病院としてのⅠⅤⅢ看護手順の作成への第1歩として行きたいと考える。最後に私達は、看護婦としてⅠⅤⅢ挿入により強いられる行動制限、不安、精神的苦痛を充分把握し援助して行かなければならない。挿入前からその後の管理まで常に看護の目を向け配慮して行くべきだと考える。アンケートに御協力下さった各病棟の婦長さんを初めスタッフの方々へ感謝し発表を終わります。

Ⅵ 小野寺時夫：高カロリー輸液管理、南江堂 クリニカルスタディ '81-4