

表2 手術体位に関連する合併症と看護のポイント

| | |
|--------------|---|
| 手術体位に関連する合併症 | 呼吸・循環動態の変動：ガス交換の障害、無気肺、チューブトラブル、血圧低下、不整脈、心停止 |
| | 神経障害（知覚・運動）：末梢神経の圧迫、過剰な伸展、屈曲 |
| | 脊椎関連症状：関節可動域以上での固定・運動 |
| | 褥瘡、接触性皮膚炎：皮膚への圧迫、摩擦やずれ、皮膚の湿潤、骨突出、低栄養、皮膚の弱さ、基礎疾患など |
| | 脱臼、関節痛、骨折：関節可動域以上での固定・運動、手術台ローテーションによる四肢の脱落 |
| | 角膜潰瘍 など |
| 看護のポイント | DVT（深部静脈血栓症） |
| | コンパートメント症候群（筋区画症候群）など |
| | 関節可動域は適切か |
| | 脊椎の生理的湾曲は保持できているか |
| | 神経圧迫の有無 |
| | 転落の危険はないか |
| | 循環障害の有無 |
| 呼吸障害の有無 | |
| 圧迫部位の除圧、減圧 | |

流れ、麻酔方法や体位固定方法などについて、麻酔科医、外科医、看護師間でカンファレンスの場を持ち、情報交換を行うことが大切です（図5）。

手術体位の管理

手術を受ける患者さんは、麻酔により痛みを感じない状態にあり、無理な体位であっても訴えることができません。しかし、患者さんは術中、同一体位の保持を強いられるため、安全・安楽な手術体位をとり、体位固定による合併症を起さないことが重要です。

- 術式により、仰臥位・腹臥位・側臥位・砕石位など、さまざまな体位があります。患者さんの関節の生理的可動域や神経走行部位、体位による褥瘡好発部位を把握し、合併症予防に努めます（表2）。
- 術式・体位・手術時間・体格（骨突出状況）・栄養状態・皮膚の状態など術前情報をもとにリスクアセスメントを行い、体圧分散マットの選択、

皮膚保護剤使用の検討、除圧用具などを準備します。術式ごとに標準化された体位設定マニュアルを作成し、固定器具、除圧器具、設定方法を共有し、体位設定マニュアルをもとに安全な体位設定を行います。体位固定時は、麻酔科医、外科医、看護師と複数のスタッフで行うため、外回り看護師は患者さんの代弁者となり、過伸展の有無、圧迫部位の確認を行う必要があります（図6）。さらに、皮膚・排泄ケア認定看護師と、術前からハイリスク患者の情報交換を行い、皮膚ケア、体圧分散マット、体位設定の助言をもらい、皮膚トラブル、褥瘡発生予防に努めます。術後に皮膚トラブル、発赤、褥瘡が発生した場合は、病棟看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師へ報告を行います。翌日には患者訪問を行い、程度の把握、処置方法などを検討するなど連携を図っています。

A 体位設定の光景



B 仰臥位体位マニュアル

仰臥位



膝関節を伸展しない程度に大腿～下腿にナースマットなど除圧マットを挿入し踵部を挙上する
踵部が外旋しないよう中間位を保持する
股関節 10～30° 屈曲
膝関節 10° 屈曲

肩と腕の高さを同じにする
前腕は回内・回外中間位
肘関節は10～30° 軽度屈曲させる

肩関節を90°以上外転させない

下肢の外旋に注意し腓骨小頭の圧迫を避ける

- 頭部は体圧分散枕を使用
- 脊椎が中間位となるよう枕の高さ調節
- 前腕は回内・回外中間位とする
- 肘関節10～30° 軽度屈曲させる
- 手掌は自然な回内とする
- 尺骨神経・橈骨神経の過度な圧迫・過伸展に注意する



肩と腕の高さを同じにする



手掌は自然な回内とする



肩関節は外転80～90°以内とする



下肢の外旋に注意し腓骨小頭の圧迫を避ける

- ベッドのマットと、上肢台との高さに段差がない
- 肩関節の外転は90°以内とする
- 抑制帯による過度な圧迫がない
- 末梢ルートやモニター類が直接上肢を圧迫していない

- 膝関節を伸展させない
- 下腿にソフトナースなど除圧マットを挿入し、膝関節を軽度屈曲させる
- 踵部は除圧されている
- 下肢の外旋による腓骨小頭の圧迫に注意する

図6 仰臥位:体位設定

患者さんの体格、関節可動域などを確認後、外科医・麻酔医・看護師と体位設定を行います。標準化された体位マニュアルをもとに体位設定し、合併症予防に努めます。

術中の患者管理

術中体温管理

手術中は、麻酔、手術侵襲、手術環境などの外的

要因からくる全身の熱喪失の増大、熱産生の増加、体温調節機能の反応低下が起こり、低体温（36℃以下）になりやすい状態です。とくに全身麻酔下では体温調節が抑制され、体内での熱再分布により核心温（中