

## 在宅褥創治療の全経過 <創処置法は創状態に合わせて変えていく>

高岡駅南クリニック院長 塚田邦夫

在宅褥創治療は、基本的には病院など施設における治療と変わりはないのですが、その治療経過において特徴的なこともあります。今回は、実際に在宅において治療した症例の全経過を見ていくことで、特に局所療法を選択を中心に在宅褥創治療について振り返ってみたいと思います。

### 在宅での褥創局所療法選択の基本(箇条書き)

- ・感染徴候があれば、直ちに外科的デブリードメント
- ・壊死組織は、できるだけ速く除去する
- ・ポケットは、早めに切開切除する  
上記いずれも、在宅ではいつも医師や看護師がそばにいるわけではないので、感染の危険を少しでも減らすために行います
- ・軟膏を主に使う  
保険請求の関係上(本当は創傷被覆材をもっと使いたい)

### 症例1 80歳代女性(認知症で寝たきり、股関節と膝に強度の拘縮あり)



### 経過

この例では、初回診察時に左腸骨大転子部に黒色痂皮を伴っていました。化膿の4徴候は無かったのですが、この部位は筋膜下に感染があった場合、発赤や熱感を伴わないことがあります。したがって在宅での感染発症進展を危惧し、直ちに外科的に黒色壊死をデブリードメントしました。局所麻酔は必要なく、出血もなく切除可能でした。

外用薬はゲーベンクリームを用い、少量の小さなガーゼをあて、フィルム材で密閉しました。現在は大浦先生発想のフィルム材に18G針にて穴を開ける方法を用います。交換は1日1回で、家族に行ってもらいます。入浴はデイサービス利用で週2回やってもらえるよう、ケアマネジャーと施設へ連絡を入れました。在宅ではこのような入浴指示を医師が行わないと入浴を拒否される場合があります。

創部は、ゲーベンクリームにて残った壊死組織は白色となり柔らかくなっていくので、適宜診察のたびに切除していきます。ポケットがみられ、壊死した筋膜のあることが分かったため、3週間後に、より感染抑制

効果のあるユーパスタ軟膏に変更しました。軟膏を塗布後、同様に小さなガーゼをあてフィルムで密閉して毎日交換してもらいました。

治療開始後 1.5 ヶ月には壊死組織が減少し危険徴候がなくなったため、カルトスタット処置にしましたが、在宅では使いにくいいためすぐにオルセノン軟膏処置に変更しました。使い方はゲーベンクリームと同様です。2.5 ヶ月後には、フィブラストスプレーを併用とし、3.5 ヶ月後からはリフラップシートとフィブラストスプレーの併用にしました。リフラップシートは創の大きさに切ったものを用いフィルムで密閉固定し毎日交換してもらいました。治療開始 5 ヶ月後に表皮化が完成して治癒しました。

## 考察

この例では、壊死組織の軟化にゲーベンクリームが有用でした。また、ゲーベンクリームやユーパスタ軟膏によって、筋膜下への感染潜行が危惧される腸骨大転子部の感染を予防しながら創部は改善していきました。白色壊死の除去と肉芽の盛り上げには、オルセノン軟膏が有用でした。

リフラップシートは表皮化に有用でした。

治療経過中、肉芽組織内に黒色の部分がみられたり、ポケットが閉じにくかったりなどがみられたため、悪化要因の存在が疑われました。移動時や入浴などの待ち時間に圧迫やズレがかかっていることが予想されたため、ケアマネジャーや関係施設などに連絡し、注意してもらうようお願いしました。この研究会での勉強を行っているため、このようないろいろな連絡がスムーズにしている印象を受けました。

栄養改善は、管理栄養士が行いました。

## 症例 2 80 歳代女性（肺炎後廃用症候群）

### 経過

初診時、仙骨部に巨大な黒色壊死を伴う褥創がみられました。壊死はズルズルと動くため、深部に感染している可能性を疑い、直ちに外科的デブリードメントをしました。局所麻酔は必要なかったのですが、多少出血したため深いところだけを切除しました。

外用薬はユーパスタ軟膏を用い、小さくて薄いガーゼをあてがいフィルムで密閉して 1 日 2 回の交換を家族にお願いしました。

1 週間後には残る壊死組織と白色壊死組織を除去したところ、骨が露出しその骨も壊死が疑われたことより、カデックス軟膏に変更しました。交換は 1 日 1 回としました。

カデックス軟膏は小さな薄いガーゼに塗布して創部に用い、全体をフィルム材で密閉しました。その後、往診は週 1 回を予定し、そのたびに壊死組織を少しずつ除去していきました。

3 週間後には壊死組織はかなり減少し感染の危険性は減少しましたが、治療開始 1 ヶ月後までカデックス軟膏を継続しました。

1 ヶ月後には壊死組織がなくなったため、デュオアクティブの使用を開始しましたが在宅では使いにくいいため、すぐにリフラップシートに変更しました。使い方は 1 例目と同じです。

デュオアクティブと比べ、肉芽の盛り上がりや表皮化の速度は遅くなりますが、在宅では仕方ありません。治療開始 5 ヶ月後には表皮化が完成し、治癒しました。

## 在宅での褥創全経過(症例2)

80歳代女性、肺炎後廃用症候群



### 考察

この例では、早期に外科的デブリードメントを行ったことで、感染の危険性が低下するとともに治癒が促進されました。

切開直後より入浴を積極的に行うよう関係各所へ連絡し実行してもらえたことで、創部のデブリードメントが加速し、全体の治癒期間が短縮しました。

寝たきりを避けるための在宅リハビリに関し、理学療法士の派遣が困難であったため、在宅治療に積極的な柔道整復師をお願いしました。その結果、座位が可能となり、また少し歩くこともできるようになりました。外用薬としては、カデックス軟膏は感染のコントロールとともに壊死組織の除去に有用でした。デュオアクティブは肉芽組織の盛り上がりにより有用でしたが、在宅での使用に制限がありリフラップシートを使うことになりました。リフラップシートによって表皮化を完成することができました。

栄養ケアは管理栄養士が行いました。

### 在宅褥創治療選択の基本(まとめ)

以上のように在宅の褥創治療全経過を振り返って、やはり感染が起こることには細心の注意が必要です。そのために壊死組織やポケットの扱いが大変重要でした。

病院など施設では、医師や看護師が毎日創部を観察することが可能で、実際そのようにされています。感染徴候である化膿の4徴候(発赤、腫脹、熱感、疼痛)があれば、直ちに医師に切開・切除手術をしてもらうことができます。しかし、在宅では処置は家族などの介護者が行います。介護者にとってほとんどの場合が最初の経験で、感染徴候についての観察と判断を任せる事はなるべく避けなければなりません。であれば、医療従事者は感染が起きにくい状況を創部に作る必要があります。

もちろん化膿の4徴があれば、直ちに切開をしますが、感染を誘発する黒色壊死組織があれば、できるだけ早くに除去し創面を解放することでしょう。また、深いポケットがあれば、内部の壊死組織を核にして静菌増殖が進行する危険があります。電気メスを使って早めの切開切除が勧められます。

このように感染の危険性を低下させるようにしながら、入浴を積極的に行っています。入浴は究極の創洗浄と思っています。かなり汚れた風呂のお湯であっても、創周囲の細菌数とは比べものにならないくらい少数しかいません。お風呂のお湯につかることで、圧倒的な量のお湯によって創面は洗浄されます。また壊死組織も軟化し、デブリードメントが容易になります。

ただし、デュオアクティブやカルトスタットなどの創傷被覆材を使った局所療法に関しては、医師が使う場合のみ請求可能とか3週間の最大使用期間など、縛りが多く、在宅では大変使いにくい制度になっています。

そこで仕方なく軟膏を主体にした局所療法から選択することになります。近代的ドレッシング材を使えない在宅医療は、大変恥ずかしい硬直した制度だとしか言いようがありません。

在宅褥創治療においても、体圧分散・ズレ摩擦対策・栄養改善も行う必要があります、栄養に関しては管理栄養士の役割は大変重要です。体圧分散のみを強調することは、施設でもそうですが在宅においても気をつける点で、運動療法や関節可動域の拡大も必要です。

デイサービスやデイケアの利用はもちろんですが、私は柔道整復師で在宅へ出向いてくれる方と連携することも選択肢の一つと思います。

口腔ケアや嚥下体操も、比較的簡単に取り入れることができます。パンフレットなどを使い、一人一人に合ったメニューを選んで、利用者本人に実行してもらうことが大切です。家族や訪問看護師、あるいはヘルパーの方に運動を促してもらうことで、肺炎予防効果が上がっているのではと思っています。また、食べたり飲んだりする能力が高まり食の楽しみが増えることも期待しています。

以上のことは、在宅に限ったことではなく、施設では一般的に行われている褥創予防対策であり治療だと思っています。このように在宅だからと特別なことは無いのですが、施設と比べ、実行にははるかに多くのハードルがあり、またどれ一つを取っても介護者への負担が増していきます。

この介護者への負担については、今のところ国や自治体の制度としてはいっそう増える方向しか見えず、大変心配しているところです。