

在宅における褥瘡の対策

山本 泉*

キーワード 褥瘡 在宅医療 とこずれ 110 番 褥瘡の色による分類

はじめに

高齢社会を迎えて介護保険制度が施行され、在宅の寝たきり高齢者の治療が重要視されている。寝たきり高齢者では褥瘡が発症しやすく、多数の褥瘡の患者が在宅で治療されている。今回は、在宅における褥瘡の対策について述べる。

在宅における褥瘡の治療には、褥瘡対策の経験が豊富な皮膚科医の協力が必要である。東京都皮膚科医会では、9年前から「とこずれ110番」の電話サービスを行っており、電話 03-5332-1112 に連絡があると、近くの往診可能な皮膚科医を紹介し、褥瘡や皮膚病の往診治療をしていただく。東京のみでなく全国的にも往診する皮膚科医が増えており、褥瘡の治療について皮膚科専門医の協力が得られると思われる。

I. 褥瘡の発症要因

褥瘡とは自発運動ができない状態で体の一部に持続的な圧迫が加わり、血液循環が阻害され、皮膚および皮下の組織が、不可逆的に壊死に陥る病変である。



*やまもと・いずみ：山本皮膚科医院院長。昭和51年東京医科歯科大学医学部卒業。昭和61年練馬区医師会立光が丘総合病院皮膚科医長。平成3年東京都練馬区で開業。主研究領域 / 皮膚真菌症、皮膚科臨床一般。

褥瘡の発症要因²⁾としては、局所的な要因と全身的な要因がある(図1)。

局所の要因としては、まず第1に局所の圧迫、第2に摩擦とずれ、第3に尿や便の失禁による局所の湿潤があげられる。そのうち、局所の持続的な圧迫が最も重要で、200 mmHgの圧力が2時間以上持続して加わると局所の壊死が生ずる。特に骨の突出部位では、局所の圧迫が加わりやすく、また筋肉や皮下組織が少ないため容易に血行障害を起こす。

褥瘡の好発部位は仙骨部が第1位で50%以上を占め、次いで足の関節部、大転子部などに好発する。ベッドのギャッジアップによる皮膚のずれのために尾骨部に褥瘡ができることがある。また、長時間の座位では坐骨部に褥瘡ができやすい。

全身的な要因としては、①意識障害、②栄養状態、③体位の変換の障害(寝たきり状態)があげられる。褥瘡の基礎疾患の統計では、脳血管障害、パーキンソン症候群、脊髄神経障害、脳神経障害などで多くみられる。

栄養状態では、低アルブミン血症と貧血は組織の耐久性を低下させる。褥瘡の予防と治療にはアルブミン3.5 g/dl以上、ヘモグロビン11 g/dl以上が望ましいと思われる。

脳血管障害、骨折、老衰などが原因で寝たきりになる高齢者が増加しているが、廃用症候群を防ぐためには、日常生活において可能な限り寝かせきりにしないように指導し、日常生活動

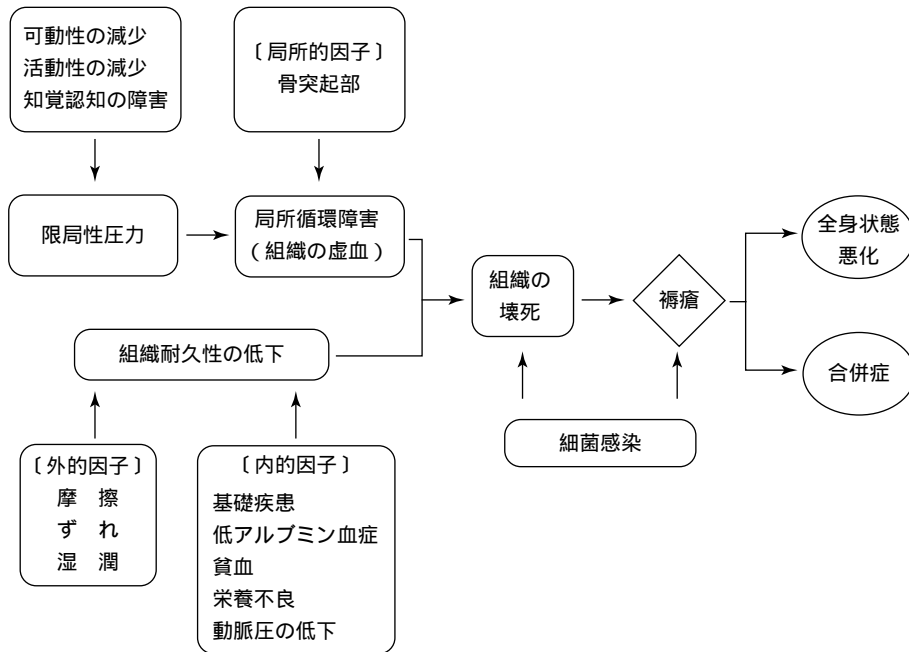


図1 褥瘡の発症要因(文献2より引用)

作(ADL)を維持向上させることが必要である。

そのほかの要因として褥瘡感染の波及による蜂窩織炎、肺炎、尿路感染症などの感染症も重要である。

II. 褥瘡の重症度および症状と経過

褥瘡の重症度の評価には、大きさ、深さ、感染の有無、表面の性状など多くの因子が関与するが、一般には褥瘡の深さによる分類が使用され、Sheaの分類^{3,4)}がよく使用される。

第1度は軟部組織全般に及ぶ急性炎症であるが、病変は表皮に限局し、表皮のびらんがみられる。

第2度は真皮全層に及ぶ潰瘍で、軟部組織全体の炎症を伴う。

第3度は皮下組織から筋膜に及ぶ深い潰瘍である。

第4度は病変は筋肉・軟部組織の全層に波及し、骨、関節に及び、骨が露出する。

そのほか、閉鎖性としてポケット状の深い潰

瘍をあげている。

第1度、第2度は浅い褥瘡であり、第3度、第4度は、筋膜を境として深い褥瘡として扱われる。

深い褥瘡は慢性の経過をとり、経過に応じて表面の性状が変化していく。福井⁵⁾の提唱した褥瘡の色による分類は、慢性の深い褥瘡の病変の経過をよく表している。黒色期、黄色期、赤色期、白色期の順に変化する。

黒色期は、褥瘡の表面は黒褐色の壊死組織で被われ、周囲に発赤・腫脹を伴う。壊死組織の直下には膿性の滲出液が貯留し、波動を触れる。この黒色期の病変に対しては医師による外科的処置が必要で、在宅では医師の往診が不可欠である。

黄色期は、壊死組織を伴う不良肉芽で黄色を呈するが、細菌感染により黄褐色、黄緑色を呈することもある。この時期には創部の感染が起こりやすく、壊死組織の除去や患部の洗浄が必要である。

赤色期は、毛細血管の豊富な良好な肉芽組織に被われる。創面は徐々に浅くなり、辺縁から上皮化が始まる。

白色期は、肉芽組織が収縮し、周囲から上皮化があり、癒痕治癒に向かう時期である。

III. 在宅における褥瘡の治療とケア

1. 褥瘡の局所管理

褥瘡の発症と悪化の予防に、まず第一に必要な局所の管理は、圧迫の回避である。

褥瘡の発症リスクについては、ブレーデンスケールやK式スケールなどの指標を用いて評価する⁶⁾。褥瘡が起こりやすいと判断された場合には、予防的に体圧分散器具を使用する。すでに褥瘡がある場合でも、その悪化の予防、再発の予防、治療の基本として体圧分散器具を使用する。

確かに2時間ごとの体位変換は褥瘡の予防と治療に有効であるが、在宅においては介護者の負担が大きく、特に夜間の体位変換は困難である。むしろ、早期に適切な体圧分散器具を使用し、体位変換は最小限にしてもよいと思われる。

褥瘡患者には、なるべく早く体圧分散器具としてエアマットを使用させる。エアマットの種類としては圧切り替え型のものがよく、波動型や交互膨脹型のを推奨する。エアマットの使用に際して、体重の目盛りで空気圧を調整するが、実際にエアマットの下に手を入れて空気不足のための底づきがないことを確認する必要がある。椅子や車椅子に座る場合にはクッションが必要で、車椅子用の高密度ウレタンフォームのクッションを使用するとよい。拘縮のある場合には、枕やクッションを間に挟み圧迫を回避する。導尿のチューブやベッドの柵との接触にも注意が必要である。

2. 褥瘡の局所処置

深い褥瘡の急性期では切開排膿やデブリドマンの処置が必要である。黒色期に波動を触れる

場合には早期に往診して切開する必要がある。黄色期の不良肉芽は少しずつデブリドマンしていく。消毒にはイソジン[®]液を用いるが、消毒は創周囲に留め、潰瘍部は生理食塩水で洗浄する。洗浄は20 mlの生理食塩水のプラスチック管に23ゲージの注射針で穴を開け、生理食塩水を噴出させて行う。100 mlのプラスチックボトルの生理食塩水の口に注射針(18~22ゲージ)を刺して使用してもよい。

外用薬は、黒色期、黄色期では抗菌作用のあるユーパスタ[®]、ゲーベンクリーム[®]などを使用する。赤色期でも、まだ一部感染が残っている場合には黄色期と同様に治療する。赤色期で良好な肉芽がみられ感染の徴候がない場合には、治療期間の短縮を目的としてオルセノン[®]軟膏、アクトシン[®]軟膏、プロスタンディン[®]軟膏などの肉芽形成を促進する外用薬に変更する。最近発売されたフィブラストスプレー[®]もこの赤色期の治療に使用するとよいと思われる。

ハイドロコロイドなどの貼布薬は第2度までの浅い褥瘡に使用する。在宅においては褥瘡の感染が見落とされる可能性があるので、第3度以上の深い褥瘡には貼布薬は使用すべきではない。グラニューゲル[®]などの不定型のゲル状のハイドロコロイドは、深い褥瘡にも使用する。

褥瘡の細菌感染対策としては、膿や潰瘍面の細菌培養を行い原因菌の分類を試みるが、臭いやガーゼの色から直ちに原因菌を推定して、早期に治療開始することも有効である。褥瘡感染に対しては抗菌薬の局所使用のみでなく、適切な抗生物質の全身投与が必要である。感染が重篤な場合には入院加療も検討する。

在宅における褥瘡治療の目標としては、なるべく早く黒色期、黄色期を脱出して、赤色の感染のない良好肉芽にすることが最も重要である。

3. 褥瘡患者のスキンケア

褥瘡の炎症症状が激しく、排膿があるときには入浴は見合わせるが、それ以外ときには、全身状態が許す限り、積極的に入浴させる。入

浴できないときには清拭とともに陰部洗浄を行い、患部の周囲を清潔に保つ。尿失禁などのために患部周囲が湿潤しやすいときには、患部周囲に白色ワセリンや保湿外用薬を用いて保護したり、市販のおしり拭きのサニーナ®を患部周囲に噴霧し、皮膚を保護するとよい。

4. 褥瘡患者の全身管理

寝たきり高齢者では、寝たきりの原因となった基礎疾患の改善は望めない場合も多いので、現在残されている日常生活動作(ADL)の維持向上に努めることが重要である。

まだ寝たきりでない患者については、寝かせきりにせず廃用症候群を防ぐ必要がある。

栄養の問題では、食事や栄養補助食品を工夫して十分に栄養を摂取できるようにする。アルブミン 3.5 g/dl、ヘモグロビン 11 g/dl 以上が目標である。摂食が不十分なときには、エンシュア・リキッド液®などを処方して栄養を補うとよい。褥瘡の感染以外にも感染症に対する注意が必要である。

IV. 在宅における医療介護スタッフとの連携

褥瘡の在宅治療においては、介護スタッフを含めた医療関係者との密接な連携と協力が必要である。在宅の褥瘡ケアには、主治医、皮膚科医、患者家族、訪問看護婦、ホームヘルパー、訪問入浴担当者、介護福祉士、ケアマネジャーなどの多数のスタッフ関わっている。

往診に際しては、患者家族や訪問看護婦に日常の包帯交換、外用療法のやり方について指導する必要があり、往診時に居合わせることでできるようにスケジュールを調整する必要があ

る。

また、ベッドサイドにノートを用意して、介護の仕方、治療上の問題点、経過などについて相互の連絡をとることは有用である。

褥瘡について今まで十分な教育がなされてきたとはいえないが、最近になって、良い本が出ている^{3,7)}。照林社の『褥瘡の予防・治療ガイドライン』⁷⁾は最も基本的な文献であり、現場におけるスタッフの教育に活用していただきたい。

おわりに

日本臨床皮膚科医学会では、2年前から在宅医療に積極的に取り組んでいる。今、準備しているポスターでは「床ずれ、湿疹などは皮膚科専門医が往診します」という文面を予定している。私も皮膚科医の一人として、今後も在宅における褥瘡の治療に積極的に取り組んでいきたいと思う。

文 献

- 1) 山本 泉：とこずれ 110 番。日医雑誌 1999；12(1): 44.
- 2) 美濃良夫：褥瘡の基礎知識 ナースのための褥瘡ケアハンドブック。医業ジャーナル社、1995；6 11.
- 3) 村木良一：在宅でみる褥瘡の対応。日本醫事新報社、1999.
- 4) Shea JD：Pressure sores：classification and management. *Clin Orthopaed Rel Res* 1975；112：89 100.
- 5) 福井基成：褥瘡の分類。最新褥瘡治療マニュアル、エキスパートナーズムック 16、照林社、1993；14 19.
- 6) 真田弘美：皮膚科医のための実践的予防ケアの知識 褥瘡リスク評価および体圧分散の工夫。 *MB Derma* 2001；44：7 14.
- 7) 厚生省老人保健福祉局老人保健課監修、宮地良樹編：褥瘡の予防・治療ガイドライン。照林社、1998.

(ラジオたんぱ；平成 13 年 8 月 7 日放送)