

今回の私の講義は、仙骨部から大転子部に及ぶ巨大な感染褥創の局所治療についてです。

仙骨部～大転子部の巨大感染褥創

仙骨部に開口を持ち大転子部まで、トンネルあるいはポケットで連続した巨大な褥創は決して珍しくはありません。しかし、このような褥創をみたときには、ほとんどあきらめに似た気持ちを持つ方が多いと思います。治療を躊躇しているうちに敗血症になり命を落としてしまいます。このような例を比較的短い期間に2例経験したので、その特徴と治療上気の着いた点をまとめてみました。

症例 1 : 94 歳女性。心不全と低栄養

仙骨部を中心に広いポケットを伴う褥創があり、化膿の4徴がみられました。壊死組織は除去されており、創洗浄が十分できると判断し、カデックス軟膏による閉鎖性ドレッシング法を行っていきました。約1カ月の治療にて開放創部の壊死組織はなくなりましたが、写真のように大転子部付近に至る広範囲のポケットを認めました。少し悪臭のある浸出液が多く、ポケット内部の壊死組織と感染が疑われたため、局所麻酔下に電気メスで切開・切除を行いました。



カデックス軟膏による処置を10日間行ったところ、創内の壊死組織の感染徴候が無くなったため、密閉吸引法を選択しました。創面にトレックスメッシュを敷き、気管吸引チューブを創中央に固定し、全体をフィルム材で密閉し壁吸引 約 50mmHg で持続吸引をかけました。肉芽増殖促進のためフィブラストスプレーを併用しました。

1カ月あまり毎日ドレッシング材を交換していったところ、創周囲の浅いポケットはなくなり、段差もほとんど亡くなりました。ここからはハイドロコロイドドレッシング材を使用し、



全経過約4カ月で治癒しました。



この例では、早めに切開を行い感染徴候が無くなったところで密閉吸引法によって、創の収縮を促したことが良かったと考えられました。また、密閉吸引法でポケットや段差が無くなり創の縮小がみられてきたら、ハイドロコロイドドレッシング材などの創傷被覆材への変更も必要と考えました。

症例2：76歳男性。視床出血・脳梗塞

仙骨部と大転子部に開放創があり、周囲皮膚には蜂窩織炎がみられ、悪臭を伴い明らかな感染巨大褥創でした。このままではすぐに敗血症で死亡すると考え、局所麻酔下に電気メスで切開・切除を行いました。内部には筋・筋膜・骨膜を含めた広範囲の感染壊死がみられました。ドレッシングはイソジンシュガーを用いた閉鎖性ドレッシング法を行い1日2回の交換をしま



した。

約2カ月の治療によって、壊死組織は仙骨部を除いてなくなり、また創の収縮によってサイズも小さくなってきました。しかしポケットと創縁の段差がみられます。この後はカルトスタットを用いた閉鎖性ドレッシング法を行ったところ、5日月後には全面肉芽組織になりました。この後は創面にカルトスタットを用いその上にガーゼをあて、気管吸引チューブを載せてフィ



ルム材で密閉固定し、胸腔吸引器に接続し 20cmH2O で持続吸引しました。

2ヶ月間、密閉吸引法を行ったところ、創面はかなり収縮してきました。しかし、患者さんの全身状態は褥創の経過とは逆に著しく悪化し、2週間後に亡くなりました。



この例では、当初ひどい感染がありそのコントロールに時間がかかったため、密閉吸引法の開始が遅れてしまいました。この場合イソジンシュガーではなくカデックス軟膏を使用すればもう少し早く感染のコントロールがついた可能性があります。また、密閉吸引法においてガーゼを使用すると創の収縮が弱くなる可能性があり、トレックスメッシュの方が良い印象でした。さらに、胸腔吸引器は吸引圧が低く、壁吸引などの方が有利と考えました。どうしても吸引チューブのたるみが生じるため、この部に浸出液が貯まってくると、ある程度の吸引圧がないと吸引できなくなってしまうためです。もちろんチューブのたるみを無くすればこれは解決できます。

まとめ

以上の2例を経験し、仙骨部から大転子に及ぶ巨大褥創の治療においては、まず感染の有無を診断し、感染の可能性があれば直ちに切開を行う。またトンネルや深いポケットがあった場合は、最深部には壊死組織が存在すると考えられ、このままでは決して創の閉鎖は起こらず感染の危険性が高いと考えます。したがって早い時期に切開・切除を行うほうが良いでしょう。

さらに壊死組織が無くなれば早めに密閉吸引法を始めると、ポケットの閉鎖・創周囲段差の平坦化・肉芽増殖・創の収縮が起こり治癒が早くなります。そして巨大褥創の密閉吸引法では、ある程度高い吸引圧を用い、ガーゼではなく非固着性のトレックスメッシュを使って浸出液を創周囲からチューブ先端へと誘導することが大切でした。

高岡駅南クリニック院長 塚田邦夫