

## 第 23 回高岡褥創勉強会 講義内容 (2006.1.19)

### ポケットのある褥創治療(保存的か切開か):処置法選択の基準は何か

褥創のポケットとは、褥創潰瘍の周囲皮膚の下が空洞となった下掘れのことです。原因は褥創発症において「皮膚よりも皮下組織でより広範囲に圧の高い部位が生じることから、組織障害は皮膚の潰瘍よりも皮下組織でより広範囲になること」、「ギャッチアップなどで皮膚にずれが生じ、その時皮膚潰瘍開口部と違う部位で高圧が生じ、そこに下掘れのポケットができること」、「ずれによって皮下組織が伸展し、血行障害から皮下壊死が発生したこと」、「褥創発症時に皮下で感染し、組織障害が皮下に広く生じたこと」など多くの要因が重なって起こります。

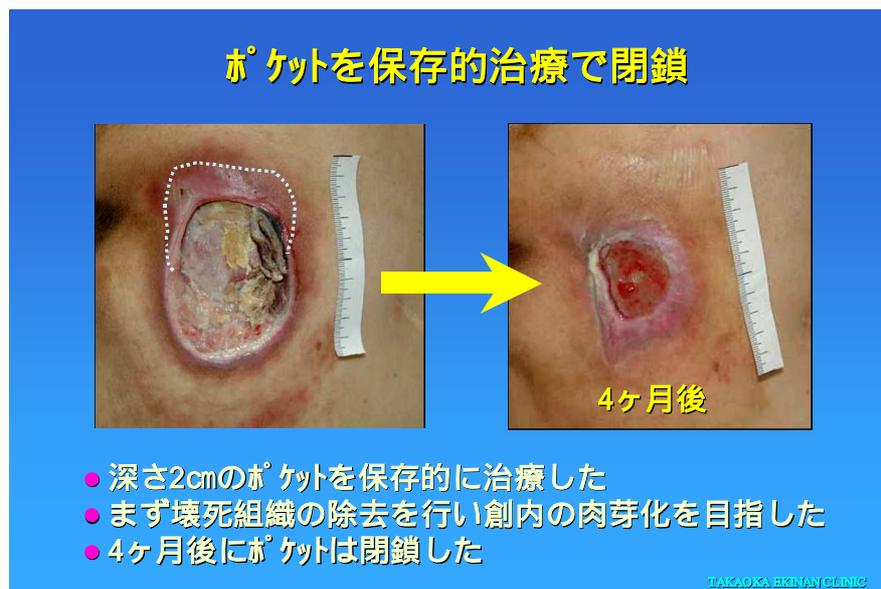
治療法については以前話しましたが、二つの方法、つまり「ポケットを切開・開放化し、肉芽を盛上げ、創の収縮と創辺縁部からの表皮化によって治癒させる手術療法」と「ポケットの前後壁を癒着させてポケットを閉鎖する保存療法」の、いずれを選択するかは臨床現場では多いに悩むところです。

そこで今回、2003年3月から、2005年6月までの間に私が治療したポケットのある褥創を検討し、治療選択の目安を探してみました。

まずは、ポケットが深く大きく、かつ壊死組織がみえるようなものは始めから電気メスで切開開放されていました。切開後のドレッシング法は、多くはアルギン酸カルシウムドレッシング材を用いた閉鎖性ドレッシング法が選択されていました。(下図参照)



逆に感染していたり壊死組織があっても、ポケットの深さが浅い例では保存療法が選択されていました。まずは感染がコントロールがされ、壊死組織の除去を酵素製剤を用いた化学的ブリードメント、あるいは自己融解デブリードメントで行われていました。次にハイドロコロイドドレッシング材やアルギネート材による閉鎖療法で肉芽を盛り上げるとともにポケットの前後壁の癒着を目指されていました。中には密閉吸引療法が行われたものもありました。(下図参照)



検討期間中にポケットの治療を開始し保存的に治療してポケットが消失した例は17例でした。またポケットの閉鎖が遅延し、あるいは無理と考え、外科的に切開した例は8例でした。

この2群間で、「褥創開口部の大きさ」「褥創ポケットも含めた大きさ」「ポケットの深さ」について検討しました。「褥創開口部の大きさ」と「ポケットも含めた深さ」では、両群間には有意差はなく、保存療法群で若干大きい傾向がありました。ところで「ポケットの深さ」に関しては、治療法選択に関し、はっきりとした特徴がみられました。

つまり、ポケット保存的消失群では、ポケットの深さの範囲は5~20mmで全て2cm以下でした。平均値は $12.5 \pm 6.3$ mm、中央値は15mmでした。また、切除例でのポケットの深さの範囲は40~120mmと全て4cm以上でした。平均値は $65.5 \pm 33$ mm、中央値は90mmでした。

次にポケット保存的消失群で、ポケットが消失するまでの期間の平均値は $60.2 \pm 33.6$ 日で、中央値は52日でした。

これらの結果から、以下の治療選択基準を考え、現在臨床に生かしています。

- 1．ポケットの深さが 2cm 以下なら保存的療法を選択
- 2．ポケットの深さが 4cm 以上では切開・切除手術を選択
- 3．3～4cm の深さのポケットは 1～2 週間保存的に治療後に判定
- 4．保存的治療によるポケット消失目標期間は 2～3 ヶ月

ポケットの治療を保存的に行っていて 3 ヶ月以上ポケットの存続している例では、栄養・体圧分散などの検討が必要であり、また局所療法の変更も必要かもしれません。

ポケットを切開・切除する場合、ポケットの全切除をすることは最近はありません。放射状に皮弁様の小ポケットを残す形となりますが（「ポケットを切除した症例」の写真参照）、この場合も皮弁の深さが 2cm 以下となるような配慮が必要と考えています。

皆さんもこの基準に基づき治療法の選択を試みられ、結果をお知らせ願えれば幸いです。

高岡駅南クリニック 塚田邦夫