

坐骨部褥創の治療

<過去 10 年間に経験した 9 症例>

高岡駅南クリニック 塚田邦夫

坐骨部褥創を取り上げる

前々回の研究会において、坐骨部褥創が難しくどうすればよいのかという質問がありました。その時、一度坐骨部褥創をまとめて考えてみようと思いました。

そこで、今回データベースを作ってちょうど 10 年になることから、このデータベースから坐骨部褥創を全て選び、どのような特徴があるか考えてみることにしました。

経過を十分追うことができた坐骨部褥創は、10 年間に 9 例ありました。

まず関わった順に症例を提示します。

症例が特定できないよう、この報告書では画像は出しません。

症例 1：40 歳代で下半身麻痺

車イス生活をし、仕事をしていらっしゃいます。右坐骨部に褥創があり、サイズは小さくなりましたが、巨大なえくぼ状となり、潰瘍部を探ると坐骨がコツコツと触れます。局所療法をしていますがなかなか治りません。創処置は、臭いのある時はユーパスタ軟膏やゲーベンクリームを用い、臭いのない時はカルトスタットやアクアセル、プロスタンディン軟膏を使用。深いところは厚い角化皮膚となり、滲出液がみられます。この状態で 5 年みましたが、あまり変化はありません。悪臭が出て悪化した時には座位時間を短くし、改善したら通常の仕事がされます。

筋皮弁による植皮も検討しましたが、腎機能が悪く手術は勧められないとのことでした。社会生活継続をする限り、圧迫は避け得ず、従って褥創の治癒は起こりません。褥創を共有して生きていくということでしょう。

症例 2：60 歳代で脳梗塞後遺症で右半身マヒ

ベッド上にあぐらをかいたような姿勢を、寝ている時以外は常に取っているために、坐骨部・尾骨部・大転子部などに褥創を発症。ジェル状クッションを使用するも、悪化と改善を繰り返しました。このような状態を 7 年以上続けています。

褥創と共存して生きていらっしゃいます。

症例 3：30 歳代で脊髄損傷

ほとんどを車イスで過ごし、車も運転します。1 日仕事をしています。

褥創に対し手術を受けるも、仙骨部と左坐骨部に褥創発症。仙骨部褥創は 1 年後に治癒するも、坐骨部褥創はポケットを伴いながら、悪化改善を繰り返していました。

坐骨部褥創はトンネルとポケットを伴うため、4 年後に電気メスで切開をおこなうも、車イス座位による仕事継続のため、治癒が進みません。

結局発症から 9 年、切開から 4 年以上経っても褥創と共存した生活が続いています。

この例のように、仕事=生活（←褥創の原因）を変えることができない時、安易にポケット切開をおこなうことは慎まなければなりません。

症例 4：60 歳代で糖尿病と閉塞性動脈硬化症による下肢切断

家で生活しているが、お客が多く座布団に座った状態で 1 日過ごし、お尻を滑らせるようにして移動していました。

両坐骨部に2度の褥創があり、治療によって改善するが、1～2度の褥創は1年後にも存続。ある程度の状態が維持されています。褥創が悪くなればおとなしくし、良くなれば座位時間が長くなります。

症例5：30歳代で脊髄損傷

車イス上でほとんど1日過ごし、仕事をしています。車の運転もします。

左坐骨部に褥創があり、初診時には感染していましたが、治療によりポケットを伴うも感染がコントロールしている状態を持続しています。車イスには壊れたジェル状クッションが使われ、自分で応急補修しながら使っていましたが、体圧分散は期待できません。ロホクッションへの変更をしてもらったものの、褥創は細いポケットをもったまま治癒しません。

車イスを自分で車に積む必要からより車イスを小さくするため、車イスの膝下長さが足りず、また足乗せはシート状のため、坐骨部には高圧がかかっていました。車イスを新調し、板状足乗せ型にしてもらいましたが、5年後でも褥創と共存した状態となっています。

症例6：50歳代で胸椎後縦靭帯医骨化症による下半身麻痺

車イス上の生活をしており、左坐骨部に褥創があり、肉芽が割れポケットを伴い感染していました。ロホクッションクワドトロ使用に変更してもらいました。局所療法により感染はなくなり、肉芽は盛り上がってきました。しかし、1年以上経っても浅いポケットと肉芽の中に不良肉芽部分があり、また周囲皮膚は肥厚しています。圧迫の持続が示唆されました。

症例7：60歳代で脊髄損傷。すでに褥創再建術を10回以上受けている

車イス生活をし、車の運転が好きです。右坐骨部に大きな潰瘍があり6cmのポケットを伴っていました。電気メスによって切開をおこないました。車イスが小さく坐骨部が高圧になっていたため、車イスを適正な大きさのものに新調してもらいました。

切開後5ヵ月しても肉芽の色は悪く、ポケットは再発しました。

切開1年2ヵ月しても同様であるため、自宅を訪問してみました。実は車イス乗車時間はあまり長くない、家で電動昇降型回転リクライニング椅子がお気に入りでした。また、長距離ドライブが好きですが、座面にクッションを入れると不安定なため、体圧分散クッションの導入を拒否。せめてリクライニング椅子の改良を考え、ロホクッションの下にくさび形の座面を敷くことでズレの予防と体圧分散を図りました。

この例では、坐骨部褥創治癒のための生活改善は、生き甲斐のために行えませんでした。であれば褥創と共存する方法を考えるべきです。生活改善ができない時、安易にポケット切開をおこなっても良い結果は期待できないだけでなく、有害になってしまうということが分かりました。

症例8：80歳代、認知症

認知症であるが、1日の多くの時間は車イス座位にて過ごしています。

左坐骨部に深さ2度の褥創を持ちながら退院され、在宅治療を開始。しかし1.5ヵ月後に褥創が悪化したため、1日を過ごす車イスを持参してもらったところ、低反発クッションを敷いていらっしゃいました。

低反発クッションは底付きするため、体圧分散用具としては失格です。直ちに高反発型のクッションに変更し、座位時間を減らしたところ、4ヵ月後には治癒していました。

このように、生活そのものを多少でも変更できる例では、体圧分散用具などの器具を適切なものに変更すると、褥創は治癒します。座位姿勢を保てるくらいに元気な方であれば、

褥創は治癒するはずです。

症例 9 : 70 歳代で脳幹出血後遺症にて車イス生活

左坐骨部と尾骨部に褥創を発症して来院。

来院時の車イスをみると、膝下長さは合っていましたが、座面の幅は非常に広く座位姿勢はゆがんでいました。また肘掛けはかなり高いところにあり、肘の安定はありませんでした。

すぐにレンタルの車イスは横幅のあったものに変更し、クッションもロホクッションクラウドトロに変更しました。しかし、1.5 ヶ月経っても褥創は改善せず、もう一度車イスをみると、横幅と膝下長さはよいものの、肘掛けが高く不安定となっていました。

生活用車イスが必要と考え、レンタル料が多少アップするも、モジュールタイプ車椅子に変更。横幅、膝下長さ、大腿長、肘掛けの高さを合わせました。また、背中ベルトを調整して背中カーブにあったようにしました。

変更後、1.5 ヶ月で褥創は治癒しました。

まとめ

以上から、坐骨部褥創は長時間座位姿勢を取れる比較的体力のある方に発症していました。栄養的にも問題なく、体圧解除運動も可能な方々です。多くは若く、理解力もあり、褥創発症の理由も分かり、治すにはどうすればよいのかも承知しています。しかし、生活のために座位姿勢を保つ必要があります。人生や生き甲斐とも関連しています。

このような方々では、褥創発症の原因となっている生活を変えることは難しく、したがって本質的に難治性褥創となります。

ただし、褥創発症の原因と対策を理解しているだけに、危険な創状態になると、生活を自ら自制してある程度まで回復させることができます。しかし、ある程度まで回復したら、また元の生活へと戻っていかれます。

このように原因となる生活を変えることができないために難治となっている褥創では、安易にポケット切開をおこなってはなりません。切開しても治るための条件が不足しているために、治癒を望むことはできません。

坐骨部褥創は生活に由来したもの故、「褥創と共に生きる」ことが出来るよう支援していくことだと結論しました。