

A1-④ 足にできた褥瘡から考える全身管理と”褥瘡のBPSモデル”

みどり訪問クリニック 大野孝生

【Cover letter】褥瘡のマネジメントは在宅医にとって必須の能力である。しかし、その能力を磨くには創部に目が行きがちな褥瘡だが、実は予防や管理を含めて全身管理であることに気づく必要がある。⁽¹⁾今回、足の褥瘡について反省症例からマネジメントを見直し、その学びからうまく褥瘡が治癒できた症例を報告する。

症例1 91歳女性

【主病名】脳梗塞後遺症
ADL 屋内自立(外出時杖使用)

脳梗塞後遺症にて失語あり。運動麻痺の後遺症なし。脳血管性認知症にて易怒性も認めていた。x年12月 転倒して腰痛発症。その後ADL低下、臥床時間増加。同一体位が長く、右踵に褥瘡が発生した。運動習慣なく、日中も座って同一姿勢でテレビを見ている。



ワセリン

精製白糖・ポビドンヨード軟膏

ブクラデシンナトリウム

精製白糖・ポビドンヨード軟膏

図1 P 局所的要因

- ・湿潤 ・座位時間長い
- ・DESIGN-R D3-E6s6i3CG4n0p0:19点
- ・接触時疼痛あり ・壊死組織なし

褥瘡のBPSモデル

B 全身的要因

- ・心不全・アドヒアランス不良
- ・認知症 拒否

S 社会的要因

- ・居宅
- ・娘の処置
- ・座ってばかり

囚われていればかり

その後の経過

・内服アドヒアランス

脳血管性認知症にて内服アドヒアランスが不良だった。オブラーに包んで入れたり、ゼリーに入れたり工夫しても無効であった。シロップタイプのバルプロ酸であれば内服可能であり、飲み物に混ぜて内服してもらっていた。バルプロ酸にて徐々に易怒性は落ち着き、薬を混ぜた飲み物をコップに入れて、ストローで飲む工夫をすることで全身状態の管理もしやすくなった。

・浮腫

心不全に伴う浮腫を認めていた。上記経緯にて内服できるようになったためSGLT2阻害剤を導入したこと

・長時間座位

日中はテレビを見てばかりいた。座椅子のフットレストを使用して接地時間を減らした。



プロペト

【考察1】本症例では、局所の創傷処置に捉われ、体液量や内服アドヒアランスなどの全身治療について意識しておらず、結果的に治療まで約1年という長い時間がかかってしまった。さらに、局所の軟膏選択も適切であったか振り返ると、浸軟している赤色期の褥瘡のため、ブクラデシンナトリウムではなく、ヨウ素などの軟膏のほうが適切であったと振り返る。⁽²⁾写真をみても、周囲が浸軟しているのが見て取れる。褥瘡が改善した後、レトロスペクティブにどうすればよかつたのか検討したところ、図1のようなフレームワークを見つけた。⁽³⁾これは本人の褥瘡の局所的要因だけではなく、全身的要因や社会的要因も包括的に確認できる方法である。これに沿ってアセスメントしていたら、心不全管理、アドヒアランスの問題、座りっぱなしという状況に早くにアプローチすることができ、治療までの時間が短くなった可能性があったと考えた。

症例2 87歳女性

【主病名】脳梗塞後遺症 左踵部褥瘡 サ高住入所中

脳梗塞後遺症にて寝たきりの状態。尿路感染を繰り返し、入退院を繰り返していた。もともと他の施設に入所されていたが、当院の介入している施設に入所。当院介入時点で左踵に黒色壊死の褥瘡があった。食思不振があるものの糖尿病がありDPP-4単剤でコントロールされており。HbA1c 8.1であった。



スルファジアジン銀 デブリ 精製白糖・ポビドンヨード軟膏

図2 褥瘡のBPSモデル

今
回
か
ら
は
ま
ず
全
体
把
握

P 局所的要因

- ・乾燥 ・感染なし ・ベッドに接地
- ・介入時点で6ヶ月目の褥瘡
- ・DESIGN-R D3-e3s6i1G4N6p0:20点
- ・黒色壊死あり
- ・接触時に疼痛あり、安静時疼痛なし

B 全身的要因

- ・食思不振・低栄養
- ・糖尿病
- ・脳梗塞・寝たきり

S 社会的要因

- ・サ高住
- ・毎日の処置



【介入】

介入前1年間ほど食思不振を認めていた。食事摂取量が上がらなければ創傷治癒遅延の原因となるため、六君子湯を処方。すると食事摂取量は1,2割から8割ほどに上昇した。また、食事摂取量増加に伴って血糖が上昇傾向となった。血糖コントロールが増悪すると治癒遅延するが、内服薬でコントロールすると食思不振につながる可能性があったこと、また体重増加効果を見込んで持効型インスリンをベースにコントロールした。

サ高住に入所中であり、特指示にて毎日の処置と体位変換が可能であった。

【その後の経過】

介入半年ほどで褥瘡は改善。介入半年前からの褥瘡が増悪なく順調に改善した。

【考察2】症例1での反省を踏まえて、症例2では、まず全体の把握につとめ、介入点を検討した。先ほどのフレームワークに沿ってアセスメントしたのが図2である。適切な湿潤環境を作るための軟膏の選択に加え、治癒の要素を増やすための食欲増進や血糖管理をする薬剤の選択を工夫した。症例2では褥瘡の局所療法だけではなく、全身的要因や社会的要因をフレームワークにて確認することで、部分に目をとらわれることなく、全身に目を向けることができる。私個人の考案ではあるが、これはちょうどBPSモデルの頭文字と同じように、褥瘡でもB:biology P:partial S:socialとネーミングし、要素に分けて考えることができる。このようにそれぞれの要素を考え、もれなく包括的に創傷治療をマネジメントすることができる。さらに、この順番で考えると、局所よりも全体をまず考えることを意識付けすることができる。褥瘡があるとはいえ、どのような性格、全身状態の人が、どのような生活を送っている結果、この褥瘡が発生しているのかを考えなければならない。褥瘡のBPSモデルを使用して、治癒を促していく必要があると考える。

【Next Step】褥瘡治療は処置だけにとどまらないことから、多職種連携は欠かせない。本人の生活スタイル、嗜好からリスクや強みを抽出し、褥瘡の改善に向けて多職種とさらなる連携を進めていきたい。

【参考文献】1) 褥瘡の予防と管理 日本産婦人科医会 ホームページ

2) 創傷・褥瘡・熱傷ガイドライン2023 褥瘡診療ガイドライン(第3版)

3) maruhoホームページ 褥瘡時点for MEDICAL PROFESSIONAL