

マルホ皮膚科セミナー

2019年5月20日放送

「第20回日本褥瘡学会 ① 教育講演6-1

褥瘡のアセスメントと保存的治療 皮膚の観察方法」

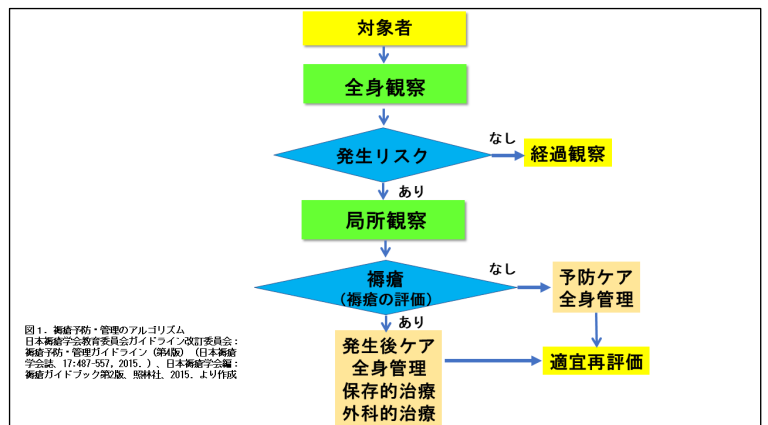
岩手医科大学 皮膚科
教授 天野 博雄

はじめに

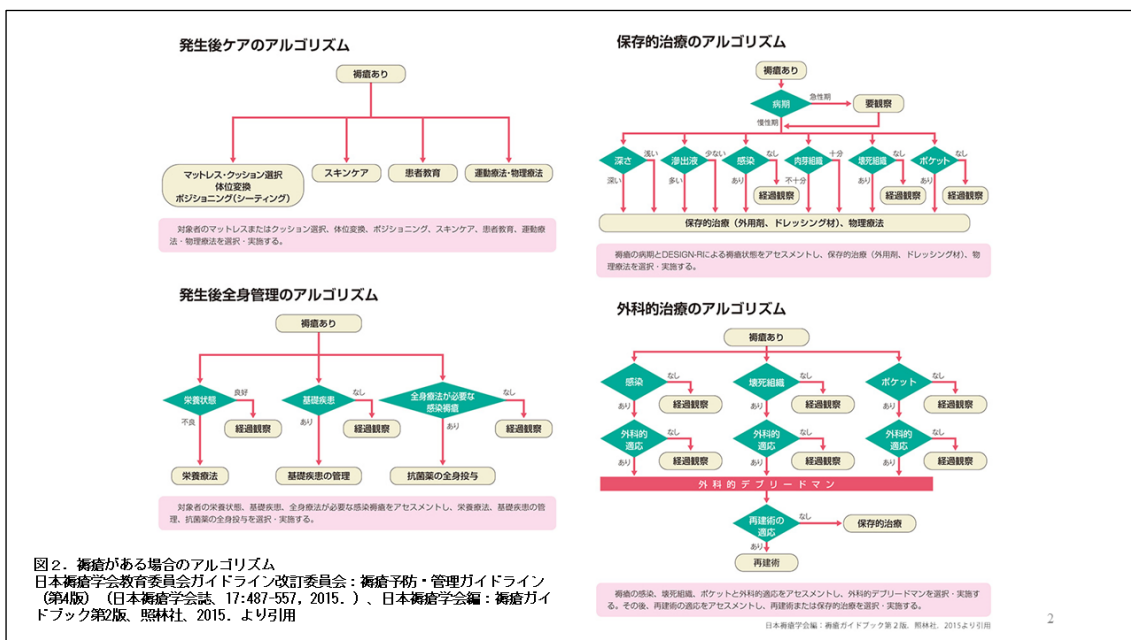
皆さまご存じのように、褥瘡は診断を確定した後、褥瘡アセスメントツールであるDESIGN-Rを用いて重症度を評価します¹⁾。重症度評価後、外用薬・被覆剤を用いて治療を行い、必要に応じて外科的治療を加えます。同時に、発生予防として、リスク評価、体位変換が極めて重要であり、さらに栄養管理、リハビリテーションも行っていきます。

褥瘡予防・管理のアルゴリズム ～日本褥瘡学会

まず褥瘡予防・管理のアルゴリズムについて説明します。褥瘡予防・管理のアルゴリズムは、対象者の褥瘡予防・管理をどのように行っていくかを示したものです（図1）。最初に全身の観察を行い、次に発生リスクをリスクアセスメント・スケールを用いて評価します。その後、局所（すなわち皮膚）を観察し、褥瘡の有無と状態の評価を行います。褥瘡がない場合は予防ケアと発生予防全身管理のアルゴリズムを使用し、計画を立案・実施します。褥瘡がある場合には図2に示すように発生後ケア、発生後全身管理、保存的治療、外科的治療の4つのアルゴリズムを使用

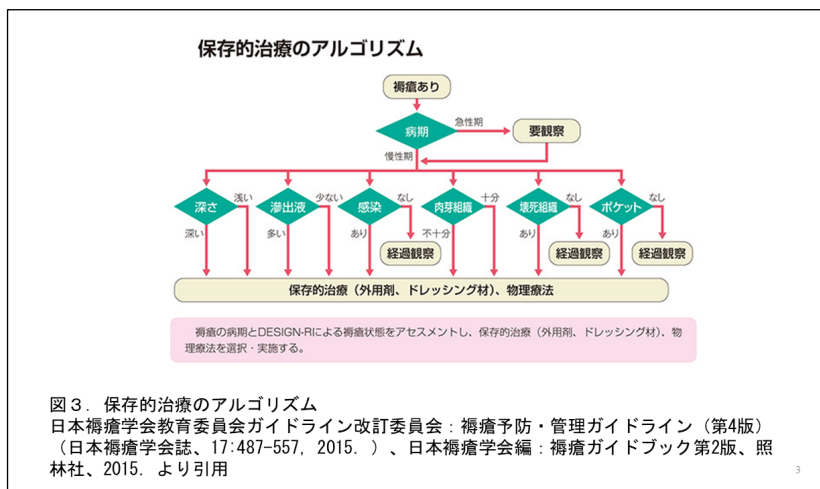


します^{2, 3)}。今回はこの中から、保存的治療のアルゴリズムについて皮膚からのサインの観察という観点でお話します。



保存的治療のアルゴリズム

保存的治療のアルゴリズムを図3に示します。褥瘡の発生が見られた際に、まず病期すなわち急性期か慢性期かを見極め、急性期では経過を慎重に観察し、慢性期においては褥瘡アセスメントツールである DESIGN-R を用いて褥瘡の状態を評価します。そして、外用剤やドレッシング剤を用いた保存的治療、物理療法を選択・実施します。褥瘡の状態をアセスメントする際には当然ながら皮膚の観察が必要になります。皮膚観察については、日本褥瘡学会の褥瘡予防・管理ガイドライン、クリニカルクエスチョン(CQ)7.1~7.3に説明があります³⁾（図4）。



CQ7.1	褥瘡の深達度を予測するのにどのような方法を行うとよいか
CQ7.2	発赤・d1褥瘡を判別するにはどのような方法を行うとよいか
CQ7.3	深部損傷褥瘡(DTI)を判別するにはどのような方法を行うとよいか

図4. 褥瘡予防・管理ガイドライン クリニカルクエスチョン7 皮膚観察
 日本褥瘡学会教育委員会ガイドライン改訂委員会：褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）
 日本褥瘡学会誌、17:487-557, 2015. より作成

はじめに CQ 7.1 についてお話しします。CQ 7.1 は褥瘡の深達度を予測するのにどのような方法を行うかです。

推奨文は以下のように、深さ (d1) の予後予測には二重紅斑 (濃淡のある発赤)、骨突出部から離れた位置の発赤サインの観察を行ってもよい。超音波画像診断法を行ってもよい。踵部褥瘡の深達度予測には足関節上腕血圧比 (ABI) の測定を行ってもよい、とあります。

次に CQ 7.2 です。発赤・d1 褥瘡を判別するにはどのような方法を行うとよいかという項目です。これに対する推奨文は、ガラス板圧診法、または指押し法を行ってもよい、です。この方法に関して、日本皮膚科学会の褥瘡診療ガイドラインの解説文では、ガラス板圧診法、指押し法に関する症例対照研究でガラス板圧診法、指押し法両方ともエビデンスレベル IVb 推奨度 2C です。また、その他のレーザードプラー、皮膚温測定、スペクトロスコーピー、皮膚水分量などによる検討では有意に区別はできなかったとあります⁴⁾。

最後の CQ 7.3 です。これは深部損傷褥瘡 (DTI) を判別するにはどのような方法を行うとよいか、というものです。推奨文は、触診によって近接する組織と比較し、硬結・泥のような浮遊感・皮膚温の変化 (温かい・冷たい) を観察する方法を行ってもよい。超音波画像診断法を行ってもよい、と書かれています。

日本皮膚科学会の褥瘡診療ガイドライン

次に日本皮膚科学会からの褥瘡診療ガイドラインについてお話しします。日本皮膚科学会から 2017 年に創傷・褥瘡・熱傷ガイドライン-2: 褥瘡診療ガイドラインが発表されました⁴⁾。このガイドラインにおける褥瘡の診療アルゴリズムを図 5 に示します。まず最初に「褥瘡がどうか」、という非常に重要なことが掲げられており、褥瘡と診断した後に急性期か慢性期か、さらに浅い褥瘡か深い褥瘡かを判断し治療を行って

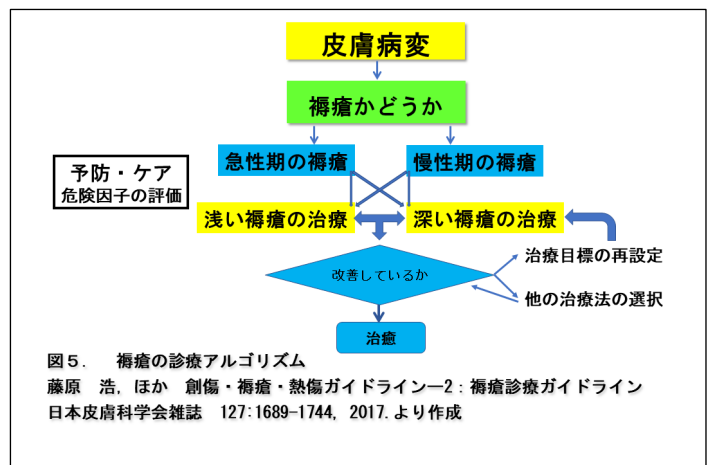


図 5. 褥瘡の診療アルゴリズム
藤原 浩, ほか 創傷・褥瘡・熱傷ガイドライン-2: 褥瘡診療ガイドライン
日本皮膚科学会雑誌 127:1689-1744, 2017. より作成

ていくとあります。診断に関してですが、褥瘡の鑑別疾患として反応性充血、糖尿病などによる末梢動脈疾患、便・尿の刺激による皮膚炎、皮膚カンジダ症、接触皮膚炎、電気メスによる熱傷、消毒薬による化学熱傷などが挙げられています。上記以外にも仙骨部褥瘡では、壊死性筋膜炎についても十分に注意が必要です。長期に亘る褥瘡では褥瘡から発生する有棘細胞癌も忘れてはいけません。

皮膚科医が不在の施設では、仙骨部が発赤しているというだけで被覆剤が貼付されることがあります。病変が真菌症であった場合、被覆剤を貼布し密封することで症状が増

悪することは皮膚科医にとってはあたりまえのことですが、実際にこのような事例をしばしば経験します。褥瘡かどうか診断が確実にできるまでは安易に被覆剤を使用しないよう指導することが重要です。他にも乳房外パジェット病、帯状疱疹後の皮膚潰瘍を褥瘡と考えて被覆剤が貼付されていた事例を経験したことがあります。皮膚科専門医以外の医療者が褥瘡を診る場合には、日本皮膚科学会の褥瘡の診療アルゴリズムの最初に掲げられている「褥瘡かどうか」という点について十分に検討するよう説明していく必要があると思います。

診断についても一つ追加すると、CQ 7.1にある、踵部褥瘡の深達度予測に足関節上腕血圧比を測定するとあります。足背動脈、後頸骨動脈、膝窩動脈が触知できるか、糖尿病、末梢動脈疾患がないか、他にもコレステロール結晶塞栓症、壊疽性膿皮症、血管炎、全身性強皮症など様々な疾患を考え注意深く診察し鑑別する必要があります。

おわりに

本稿では第20回日本褥瘡学会学術集会教育講演6で講演した「褥瘡のアセスメントと保存的治療～皮膚からのサインの観察方法」の要点についてお話ししました。皮膚科医にとっては基本的な内容ですが、皮膚科医以外の医療従事者に、治療する上では褥瘡の診断が重要であること、そのためには皮膚を十分に観察することを周知啓発する必要があります。あることを再確認いただければ幸いです。

参考文献

1. 立花隆夫ほか:学術教育委員会報告—DESIGN改訂について—
日本褥瘡学会誌、104: 586-596, 2008.
2. 日本褥瘡学会編集:褥瘡ガイドブック第2版、照林社、2015.
3. 日本褥瘡学会教育委員会ガイドライン改訂委員会:褥瘡予防・管理ガイドライン(第4版). 日本褥瘡学会誌、17: 487-557, 2015.
4. 藤原 浩ほか:創傷・褥瘡・熱傷ガイドライン—2:褥瘡診療ガイドライン. 日本皮膚科学会雑誌、127:1689-1744, 2017.