

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00～21:15

マルホ皮膚科セミナー

2015年3月12日放送

「第16回日本褥瘡学会② シンポジウム7-2

褥瘡を有する患者の体位変換～臨床現場からのメッセージ～

国立長寿医療研究センター
皮膚科医長 磯貝 善蔵

はじめに

体位変換は一般に看護の領域とみなされており、これまで医師、とりわけ皮膚科医が深く考える機会は少なかったと思います。しかし、生体で最も外側の臓器である皮膚は圧迫や摩擦などの様々な物理的なストレスに常に晒されています。よって皮膚組織が受ける外力とそれへの生体の反応に関する知識を得ることは、アレルギー診療においてアレルゲンと免疫反応の知識を得ることと同じように重要です。今回は皮膚科医の皆様を対象に体位変換を含めた体位管理を褥瘡局所とどのように関連づけるのかを大まかにお話ししたいと思います。

これまでの褥瘡に関する体位変換の概念

これまで体位変換に関しては褥瘡発症の予防、つまり「褥瘡を有しない場合の予防のための体位変換」の視点から議論されていたように思われます。特に骨突出部にかかる「圧力」をどのように軽減するかが重要視されていました。その圧力が皮膚の毛細血管圧を上回らないことが指標になっておりました。近年これらの背景から体圧分散寝具の医療現場への普及がされ、病院における褥瘡発症をある程度減少させてはきました。しかし高齢化そのものの急激な進展や在宅医療の推進の状況もあいまって、当院における持ち込み褥瘡は減少傾向でないのが実情です。

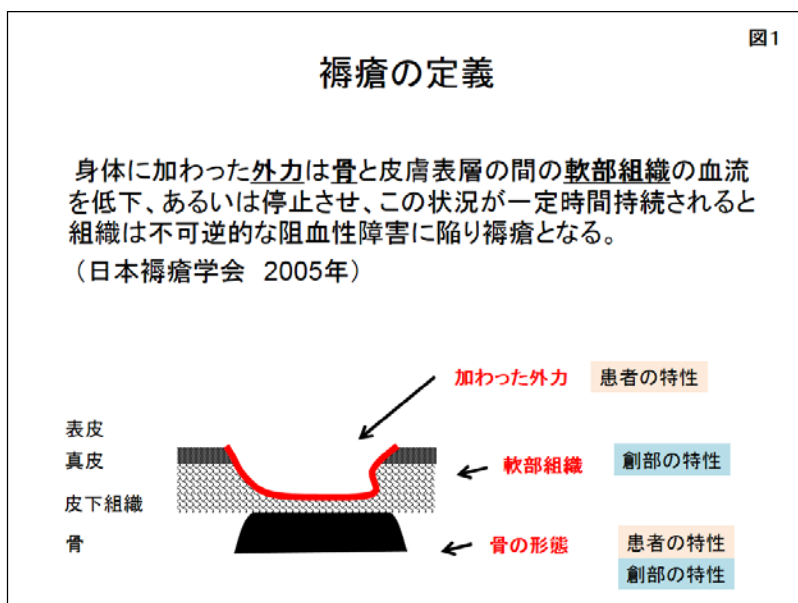
褥瘡を有する患者の体位変換については今後の研究課題である

可動性の低下した高齢者にとって体位変換は必須のものであり、褥瘡の予防・治療だけが目的ではありません。しかし、臨床現場では既に褥瘡を有しており、様々な基礎疾患を有す

る患者が褥瘡治療を円滑にすすめながら、新規の褥瘡発生を予防し、身体活動性を維持ないし向上するための体位管理が求められています。褥瘡予防のための体位や減圧は荷重部の表皮や真皮に覆われた皮膚への外力を想定していますが、すでに存在する褥瘡の創傷を考慮しての体位変換の具体的な方法は現在まで議論されていませんでした。また褥瘡は皮下脂肪組織まで到達する深い褥瘡と真皮内に留まる浅い褥瘡に分類できますが、治療が難しく、時に重大な感染をおこし得るのは深い褥瘡です。現状の褥瘡診療体系ではこれらの課題に応えることは難しく、褥瘡を有する患者の体位変換は今後の研究課題だと思います。

褥瘡の病態評価と体位変換

褥瘡は「身体に加わった外力が骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下または停止させるために組織が不可逆的な阻血性障害に陥って発症する」と定義されています。よって外力、骨、軟部組織はまさに褥瘡の基本的な3要素といえます(図1)。しかしこれら3つの要素は直接視ることは難しいのが現実です。そこで視て得られる情報に加えて触って得られる情報、つまり触診を系統的におこなうことが必要です。褥瘡を有する患者の体位変換を考えるためには以下の二つ: 褥瘡に加わる 外力 とそれを受け止める 創傷 に整理すると理解しやすいと思いますので、それにしたがってお話しします。



体位管理を考えるための褥瘡の触診

まず創傷側の要素を把握するための褥瘡の触診についてお話しします。皮膚科疾患に対する触診は腫瘍性病変の質的な診断には欠かせませんが、褥瘡に関しても触診することで有益な情報を得ることが可能です。触診にあたっては通常の皮膚病変と同じように肉眼所見と病理所見を念頭においておこないます。深い褥瘡の治療過程では肉芽組織の増生を経て治癒していきますが、仙骨部や大転子部の深い褥瘡では 創の変形 という現象がみられます。そのため除圧に加えて創の変形を緩和するような方法を考慮しなくてはなりません。さらに創周囲組織の物性も部位によって異なり、仙骨部と踵では顕著な差があります。しかし、浅い褥瘡では真皮が残っているため物性的に安定しており通常、創の変形は起こりません。

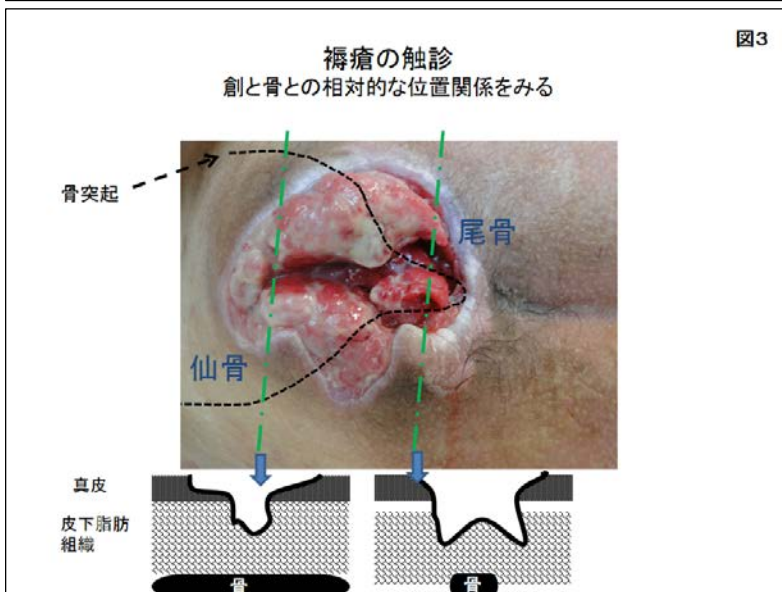
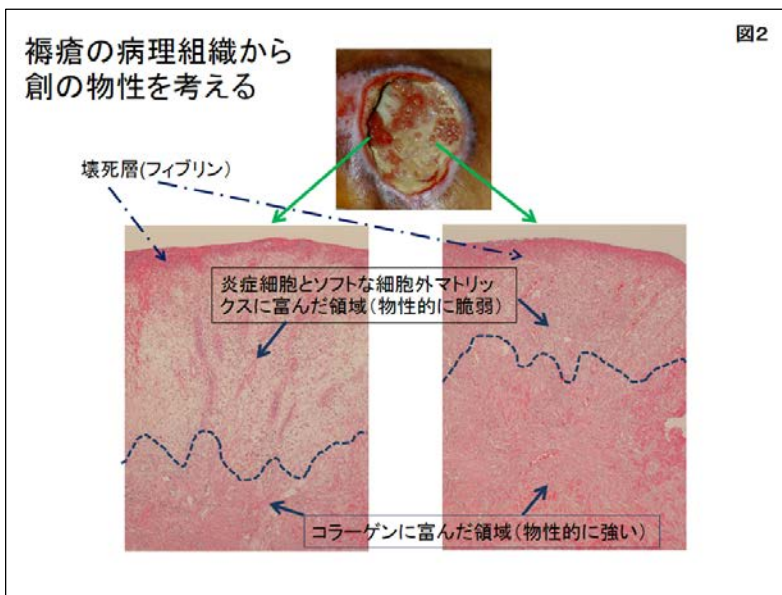
このことを病理学的な背景から考えてみると、深い褥瘡では真皮が欠損しており、その代わりに形成された肉芽組織は結合組織成分が少なく物性的に脆弱な組織です。その一方で浅い褥瘡は深部の膠原線維などの結合組織に富む真皮が残存しています。また通常肉芽組織の外側を包むように形成される癒痕組織はコラーゲンなどの線維性成分が多く物性的に強固な組織です（図2）。

これらの病理的な背景をを理解しつつ創の視診に加えて触診をおこなうことが重要です。褥瘡の触診にあたっては腫瘍性の病変に対する触診に加えて、骨突起（Prominence of bone）、創傷の物性（Physical properties of wound）、圧力（Pressure）つまり3つのPを念頭におこなうことをお勧めします。

まず Prominence of bone（骨突起）ですが、褥瘡のできた骨突起の部位だけでなく、例えば関節部位にあるかどうかも同時に把握します。尾骨部や腸骨部などの幅の狭い骨の上のできた褥瘡では創と骨の相対的な位置関係を把握します（図3）。

次に Physical properties of wound（創傷の物性）を診ていきます。実際の触診では創に軽く力を加えてどのように変形するのか、つまり変形の方法や程度を把握していきます。そして所見が肉芽組織やポケットの所見とどのように関連するのかを確かめていきます。一般に浅い褥瘡は局所への直接的な外力に気を付ければよいのですが、深い褥瘡は創傷周囲の状況も含めて創の変形を緩和することが求められます。しかし一方創傷組織が成熟して周囲が癒痕化して、浅い褥瘡に相当するようになると創の物性は安定していきます。これらの創物性に関する情報は褥瘡をもつ患者の実際の体位管理のために重要です。

最後に Pressure（圧力）の診察についてお話しします。圧力の診察は外力のある状況を想定し、患者の生活内での体位を実際にとって頂いて創に加わる圧力を触診していきます。具体的には個々の患者の取り得る仰臥位や座位の状態をとらせた状況において創部に手を



いれて触診することで、どのような体位によってどのような力が創部に加わるのかを触診によって把握していきます。すると創部に影響を与える体位がどうなのかが解りやすくなります。そしてその情報をもとにチームでポジショニングを考えていくことが重要です。

患者を包括的に診療することで外力に対処する

一方で外力に関する情報も十分に把握します。高齢者医療の中では処置や苦痛軽減のために必要な体位があります(図4)。例えば、心不全に対する頭側拳上、呼吸器疾患に対する体位ドレナージ、摂食や栄養注入のための頭側拳上や座位保持、またADL拡大のためのリハビリテーションなどが挙げられます。これらの介入はしばしば褥瘡部位に予期しない外力を引き起こし、褥瘡を悪化させることがあります。特に頭側拳上では尾骨部や仙骨下端の褥瘡が外力を受けて悪化する

ことが多くあります。また患者固有の疾患や体の変形は創部に加わる外力と密接に関連します。特に脳血管障害などでおこる片麻痺、脊髄損傷などでおこる対麻痺、パーキンソン病などは特定の部位への外力を増加させて褥瘡の原因となるだけでなく、既存の褥瘡を悪化させることになります。これらの患者の基礎疾患や状態、ケアを包括的に評価し、体位変換・体位管理に活かすためには現場の看護や介護との共働が重要になります。ぜひベッドサイドでまた他の医療者と一緒に患者の動きを観察しながら創部を触診してみることをお勧めします。

おわりに

皮膚科医にとって褥瘡を有する患者の体位変換とは褥瘡病態の局所所見や患者の全体像を読み取り、最終的に「体位変換」という現場のノウハウが詰まった手技に関連づけることだと思います。

それを実践することで従来の **support surface** という皮膚表層への外力を軽減するという概念から一歩進んで、創傷を保護しながら活動性を向上させる、いわば **support wound tissue** という考え方に基づいた褥瘡チーム医療が可能になります。皮膚科医は診断、創の病態の診療、外科的な介入、外用剤の使い方などに習熟していますが、全身疾患にも知識をもつとともに様々な職種や専門医との調整の機会にも恵まれています。ゆえに皮膚科医は褥瘡医療においてチームを主導する役割が期待されているのです。

