

論 文

## 閉塞性動脈硬化症 (ASO) 患者の 皮膚障害に対するセルフケア指導

大桑麻由美・稲垣美智子・真田 弘美  
須釜 淳子・永川 宅和・中谷 壽男  
(金沢大学医学部保健学科)

### A Case Study - Self-management of Skin Ulcers by an Arteriosclerosis Obliterans' Patient

Mayumi Ookuwa, Michiko Inagaki, Hiromi Sanada,  
Junko Sugama, Takukazu Nagakawa, Toshio Nakatani  
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University

#### キーワード

セルフケア指導, IV度の皮膚潰瘍

#### はじめに

閉塞性動脈硬化症患者 (arteriosclerosis obliterans: 以下ASO) は, 下肢の慢性の虚血性変化が特徴的である。閉塞部位としては腸骨・大腿動脈など高位の動脈に多く, 進行するにしたがって間欠的跛行・安静時疼痛・潰瘍や壊死の形成を見るようになる<sup>1,2)</sup>。そして虚血性心疾患, 糖尿病や高脂血症等, 複数の疾患を合併していることも多いため, 感染を伴いやすく難治性となりやすい。

今回, 下肢の血行再建術を施行後, 術創部の経過が順調であったにもかかわらず, 仙骨部に皮膚潰瘍を形成した65歳男性の看護を経験した。皮膚潰瘍は筋層にまで達する深いものであり, 潰瘍創部が閉鎖するまで自宅退院は困難であるとされていた。しかし, 患者・家族へのセルフケアの指導により自宅退院可能となったのでその方法を報告する。

なお今回セルフケアとは, 自宅での創管理を行うために必要なケアの事をさし, セルフケア指導とは, そのケアを患者のみでなく家族も含めた指導をさす。

#### 事例紹介

患者: 65歳, 男性。160.0cm, 44.5kg。

家族構成: 実母と妻の3人暮らし。子どもは4人で, 全員配偶者をもち家庭を築いている。実父は10年前に他界している。実母も妻も健康状態に問題はない。妻は専業主婦であり, 近くに長女夫婦が住んでいる。

職業・職業歴: 自営・家具販売業。家具職人ではない。現在は年金生活となった。

住宅環境: 温泉街に住む。自家用車で5分のところに総合病院がある。

入院までの生活状況: 自家用車の免許を妻が持たないためほとんどの行動を共にし, また温泉好きで1日1回は必ず近所の温泉に通っていた。

喫煙歴: 1日6本, 45年間。

基礎疾患名: ASO, 糖尿病, 躁うつ病, 狭心症, 洞不全症候群: sick sinus syndrom (SSS), 慢性閉塞性肺疾患 (慢性気管支炎): chronic obstructive pulmonary disease (COPD)。

入院期間: 1998年10月14日~同年12月22日

#### 1. 入院当初の状況

1998年8月, 下肢のしびれと痛みを自覚し, ASOの診断を受け, 通院で薬物療法を受ける。リポ

PGE<sub>1</sub>の施注を受けている間は症状もなかったが、内服薬に切り替えると症状の悪化を繰り返した。仕事ができない日も多く、このころから暴言を吐き、危険行動をとり、躁うつ病の診断を受け入院・加療した。内服治療により躁うつ症状は軽快した。しかし、間欠的跛行をみとめ、20mも歩行すると下肢の疼痛が強くなる状態となり、治療目的で金沢大学医学部附属病院に入院した。

糖尿病は7～8年前からの発症であり、内服（ダオニール2.5mg 1T/朝）は守られ、治療食18単位指示であったが妻が作る食事は約1600kcalであった。糖尿病による合併症は発症していなかった。その他の服薬も守られていた。SSSに対してはペースメーカーの植え込み術を受けており、狭心症の発作もこの1年間は認めていない。また気管支炎から肺炎を繰り返すことが多かった。

## 2. 入院・手術施行後から皮膚潰瘍のケアに至るまでの経過

1998年10月14日 精査・治療目的で金沢大学医学部附属病院に入院した。

10月26日 右膝窩動脈以下の閉塞に対して血管再建術の適応となり、右大腿-膝窩動脈（F-P）バイパス術を施行、バイパス血管には右大伏在静脈を用いた。下肢血流は再開し足背動脈を触知した。

11月4日 術後特記すべき術後合併症は発症しなかった。術後1週間、歩行も開始されて回復期となった頃、患者の「尻が痛い」という訴えがあり、仙骨下部に皮膚潰瘍を発見した。

## 3. 皮膚潰瘍発見時の情報

皮膚の観察：仙骨部から尾骨部にかけて6.5×6.4cmの黄色壊死を伴う皮膚潰瘍の形成あり。黄色壊死組織によって潰瘍表面が覆われていた（写真1）。一部表皮欠損部分は疼痛を訴え、滲出液の量も多かったが、潰瘍中心部分は全く疼痛を訴えなかった。

一般状態の観察：バイタルサインズは安定。体温36.7℃、脈拍66回/分（ペースメーカー調律）、血圧（収縮期/拡張期）108/56mmHg、下肢血流良好で両足背動脈も触知可能となった。術創部も全抜糸が済んでいた。

日常生活行動：食事は全粥食・18単位食・塩分制限7gの治療食のみを摂取した。排尿は問題なく、排便は抗精神薬の内服のために便秘傾向にあり、看護師が内服を促すことによって調節した。保清は抜糸までは全身清拭を毎日行った。睡眠は抗精神薬を内服し、不眠はなかった。入院生活は

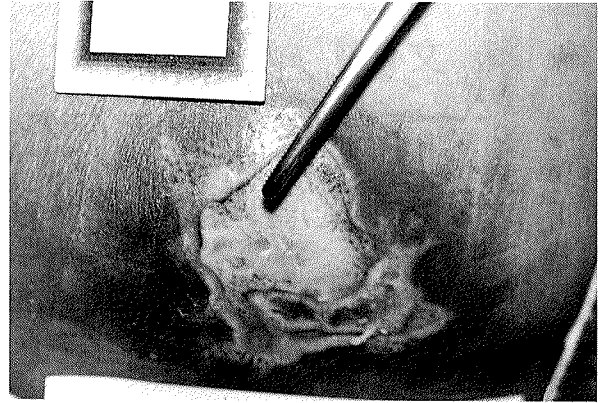


写真1 1998.11.12 皮膚潰瘍の状態

サイズ 6.5×6.4cm

滲出液の量 多量

主な組織 黄色壊死組織

日中TVを見てすごすか、リハビリを兼ねて院内の散歩、あるいは午睡が日課であった。

血液一般データ：血清総タンパク（TP）5.8g/dl, RBC $252 \times 10^4/\mu\text{l}$ , Hb8.4g/dl, WBC $5500/\mu\text{l}$ , CRP6.3, FBS90mg/dl

ブレーデンスケール：21点

ブレーデンスケールは以下の6項目からなりそれぞれ1～4点で採点を行う（摩擦とずれの項目は1～3点）。点数の低い方が褥瘡発生のリスクは高い。

知覚の認知：4点 現在のところ内服により躁うつ状態は認めていない。意思の疎通に支障はない。

湿潤：4点 発熱もなく、発汗はない。

活動性：4点 歩行も自由である。

可動性：3点 手術後は跛行もなく運動能力に問題はない。夜間抗精神薬の使用によって深く入眠（傾眠）しており寝返りをほとんどうたない。

栄養状態：4点 18単位食を全量摂取。貧血がある。

摩擦とずれ：2点 ギャッチベッドは上げず自力座位をとる。好む体位はあぐら、夜間就寝時は仰臥位。

患者はASOを基礎疾患としてもつが、閉塞部位は大腿動脈以下の動脈であり仙骨下部への血流障害は認められていなかった。歩行開始後に発生した潰瘍であり、ブレーデンスケールも21点と高く褥瘡では無いと考えられていたが、抗精神薬（ヒルナミン15mg、ピレチア5mg、ベゲタミンA錠1錠）の内服により夜間、寝返りもうたないほ

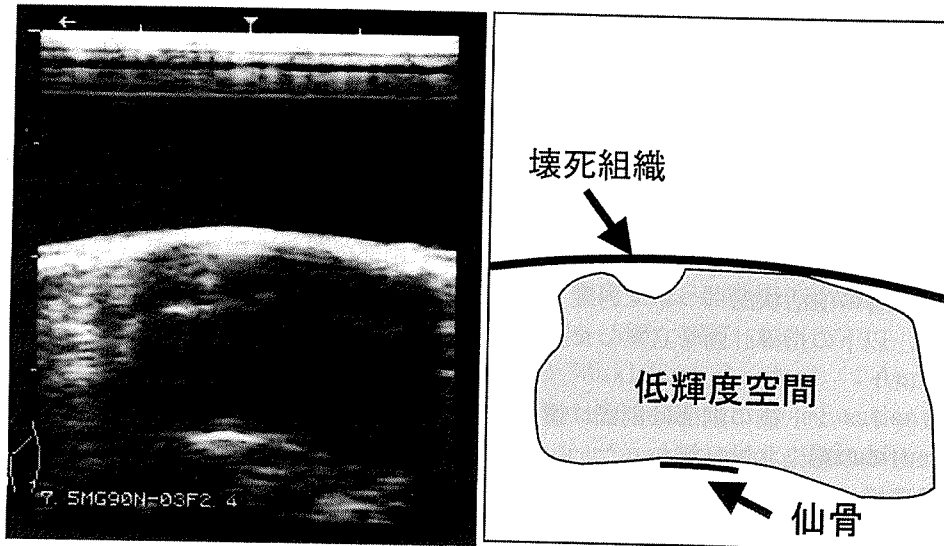


図1 超音波検査画像  
筋層に低輝度の部分がある

どの深い入眠によって、仙骨下部に圧迫を受けた皮膚潰瘍であると判断した。

#### 4. 皮膚潰瘍に対するケアの実際

11月4日から12月1日 保存的治療期

- ・創部の処置は①生食洗浄②アルギネートドレッシング材（ソープサンフラット+ソープサンプラス，アルケア）にポリウレタンフィルム（テガダーム，3M）保護。1日2回交換。
- ・患者への指導は仙骨下部の体圧分散の患者指導。
- ①坐位時にクッションの貼用②臥床時の側臥位・就寝時に臀部への体交枕の使用を指導。

12月2日から12月9日 壊死組織除去（デブリートメント）期

壊死組織が除去されず、創の治癒過程をたどらないため、超音波診断法により皮膚潰瘍を診察したところ、筋層にまで至るIV度の潰瘍であることが判明した（図1）。炎症期を終えていたので外科的デブリートメントを施行した（写真2）。

・創部の処置は感染予防のため①生食洗浄②精製白糖

・ポピドンヨード（ユーパスタ，コーワ）にガーゼ，ポリウレタンフィルム（テガダーム，3M）保護。1日2回交換。

・患者への指導は同様である。緩下剤の効果が強く下痢になった時，創部が汚染しない様に注意を促した。

12月10日から12月22日 自宅退院まで

入院・血行再建術からすでに2ヶ月が経過し，患者の退院の希望が強くなった。「こんなにして



写真2 1998.12.4 皮膚潰瘍の状態

サイズ 3.0×3.0cm

滲出液の量 多量

主な組織 壊死組織/不良肉芽組織

いるのに何で治らないか？」「早く治してくれ」と患者の不満の声が多く，治療に対する意欲が低下しはじめた。また「尻が痛くて眠れない」と創周囲とも一致しない原因不明の疼痛や不眠という身体症状を訴えるようになった。IV度の深い潰瘍をデブリートメントした後の創は閉鎖するまで3ヶ月を要する。患者は基礎疾患も多く感染等のリスクが高く，壊死組織の残ったこの状態では，創処置も専門的知識も技術も必要であったため，医師は自宅での管理は困難で危険であり，入院が必要であると考えていた。

しかし看護者は，患者の精神的な限界も近く，

これにより治療への意欲が低下することはようやく治療過程に入った創部を悪化させると考え、退院の必要性があると判断した。そこで医師・看護者・患者・家族により、退院の可能性についてアセスメントをした。

### 指導計画の実施と評価

創部の状態と患者の生活状況について再度アセスメントを行い、以下の指導計画を立案した。

#### 1. アセスメント

創部：デブリートメント後の創部は創底に壊死組織が存在したものの感染兆候は無かった。

自宅での療養環境：①自宅近くに紹介もとの担当医がいる。②妻は専業主婦で創処置をする時間を確保できる。③自宅療養は患者の家族員としての役割遂行と温泉通いという楽しみのある生活を可能とし、精神的安定を得られる。自宅退院を希望する理由の一つに長期にわたる入院生活での孤独感があった。

以上よりIV度の潰瘍であっても退院が可能であると考えた。

#### 2. 目標

自宅退院にむけ創部と生活との関係を理解し、自宅退院後に患者および家族がセルフケア行動により、創が順調な治療過程をたどる。

#### 3. 行動目標

セルフケアの創管理に対する知識および技術を習得する（達成期日－1週間）。

#### 4. 指導内容

・患者に日常生活上の注意点を指導する－患者自身は創の処置はできない部位であることから、入院中に行ってきた創への圧力を除く指導を継続し、また、創の写真を見せ創が治療に向かっていることを示した。

創部の除圧：今までの内容を継続。就寝前の体交枕の確認。仰臥位の禁止。

創部の清潔：下痢時の対応。あるいは下痢に傾かない排便調節。

・家族へ創管理の技術を指導－以下の処置の過程ひとつひとつを写真に残しスクラップし、平易な文章による説明文を加えて妻の創交換時のマニュアルを作成した。

創部の洗浄方法：生食100mlを残さず使用。日替わりで右側臥位と左側臥位を変えて洗浄。

創部の保護：自宅での創管理を可能とするために処置を簡単にした。必要物品を少なくし、かつ清潔操作が保たれるようにした。具体的には①生

食洗浄②デキストラマー（デブリサン、佐藤製薬）③ガーゼ④絆創膏保護。入浴時はポリウレタンフィルム（テガダーム、3M）保護。

ガーゼを清潔に取り扱う、絆創膏はからだのしわにあわせて貼り絆創膏と皮膚との隙間を作らない。

創部の見方：感染兆候（臭いの変化・ガーゼ汚染の増強）、肉芽の色調（白っぽい・濃）。

・居住近くの総合病院へのコンサルタント：1回の交換は近医で処置が依頼できるよう調整し、午前中は病院、夕方入浴後の交換は妻が行うことにした。異常や不都合があったときでも、1日1回は医療者の目が届くようにした。

#### 5. 評価目標

退院後2週間後の外来診察時で、創の感染所見がなく治療過程をたどっている。

#### 6. 評価

指導開始時の創は2.5×2.2cm壊死組織および不良肉芽が存在したが、感染兆候は全く無かった。滲出液の量は多く1日2回のガーゼ交換を要した。

退院2週間後の大学病院外来診察で、創は2.0×1.3cm感染兆候も無く肉芽のもりあがりを見せ、治療過程をたどっているといえた（写真3）。

その後も2週間に1回の頻度で大学病院外来診察を行った。自宅での管理は近医とも連絡をとりながら行い、創治療を確認した。

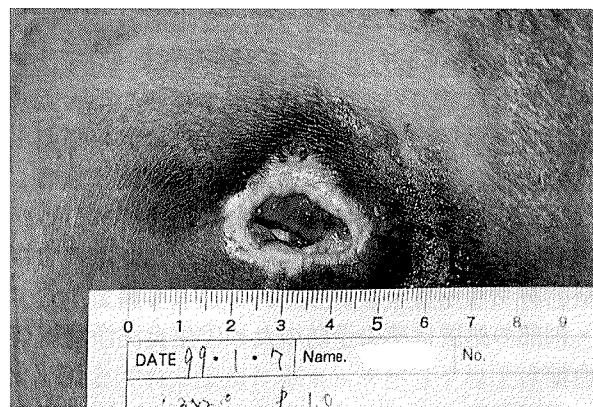


写真3 1999.1.7 皮膚潰瘍の状態

サイズ 2.0×1.3cm  
滲出液の量 中量  
主な組織 肉芽組織

### 考 察

ASO患者の皮膚潰瘍は動脈の閉塞によって起

こる重篤な虚血症状であり、難治性となり激しい疼痛をとまなうことがある。一般的にASO患者の皮膚潰瘍に対する治療は動脈硬化に対する治療であり、虚血した組織への血流を促進する治療が行われる<sup>3)</sup>。しかしこの患者の場合、仙骨部を支配する動脈にはASOのために血管狭窄はあっても、潰瘍を形成するほどの血流障害は認めていなかった。つまりASOによる皮膚潰瘍ではなく、圧迫による潰瘍であり、除圧に対する生活への援助を必要とした患者といえる。たとえ圧迫性潰瘍であっても、IV度の深い潰瘍であり、完全閉鎖までは時間を要し、さらに糖尿病を合併していたため感染の危険性が高く、従来ならば自宅での管理は困難である。米国ではIV度の褥瘡を家族によって在宅でケアをしているという報告<sup>4)</sup>があるが、感染のないことを条件としている。今回私達は患者のQOLを第一優先とし、感染の危険性のある創を自宅でケアする方法を計画し、実践できたことが新しい試みといえる。

創が完全に閉鎖していないIV度の創の状態では、ガーゼ交換は1日2回必要である。この患者の自宅管理が成功した理由は、この1日2回のガーゼ交換が確実に行えたことである。この療養行動を支えたのは、ひとつには家族、とりわけ妻が創交換の知識と技術を習得できるよう指導を工夫したこと、自宅でのセルフケアをサポートする医療機関との調整を行ったことが挙げられる。そして、何よりも患者自身は、自宅にて療養生活を行うことで、自分にしかできない仕事ができ、家族内の役割遂行を可能とし、また地域社会とのコミュニティーの場であった温泉での楽しみを再獲得することにより、精神的安定が図られ、治療意欲を持続することができたものと考えられる。

つまり、IV度の壊死組織のある圧迫潰瘍であっても1日2回の創交換を継続できる様に、患者の動機付けと医療機関との調節が整えば自宅での管理が可能であるといえる。

## まとめ

今回、65歳のIV度の皮膚潰瘍を持つ患者のセルフケアを指導し、自宅退院が可能となった事例を経験した。自宅での1日2回の創交換を可能とする技術と行動ができるような指導をし、療養環境を整えることによって、従来、入院加療の必要性が高い患者であっても自宅管理が可能であることが示唆された。

## 文 献

- 1) 山村秀夫, 他編: 現代看護学・看護全書 3 成人看護学 外科編Ⅲ, 真興交易(株)医書出版部, 292-299, 1989
- 2) Ruth A. Bryant: ACUTE AND CHRONIC WOUNDS NURSING MANAGEMENT, Mosby-Year Book, 164-174, 1992
- 3) 高久史磨, 他監修: 新臨床内科学, 医学書院, 494-496, 1997
- 4) Maklebust J, et al. : Approaches to patient and family education for pressure ulcer management. Decubitus, 7(5)18-20, 24, 26, 1992