

事例 2：仙骨部褥瘡 (図 10)

この患者さんは自宅で車いす生活を送っていた方ですが、自宅で寝込んだ際に偶発的に仙骨部に褥瘡を発症しました(図 10A)。壊死組織のデブリードマン後に全周性の大きなポケットを形成しました。これが初期型ポケットです(図 10B)。その後、保存的加療によりポケットの一部は消失しましたが、一部は残存して遅延型ポケットを形成しています(図 10C)。本人の希望もあり、手術加療を行うこととなりました。

手術時に摘出した潰瘍・ポケットを中心から0時、3時、6時、9時方向で切り出して標本を作製し、創面上の筋線維芽細胞の分布を臨床写真上にプロットしました(図 10D)。ポケット内にはほとんど肉芽形成を認めませんが、潰瘍面(上を覆う皮膚がない部分)では良好な肉芽形成を認めます。これに関しては後述しますが、この部分の肉芽の収縮は結果的にポケットの収縮をもたらします。

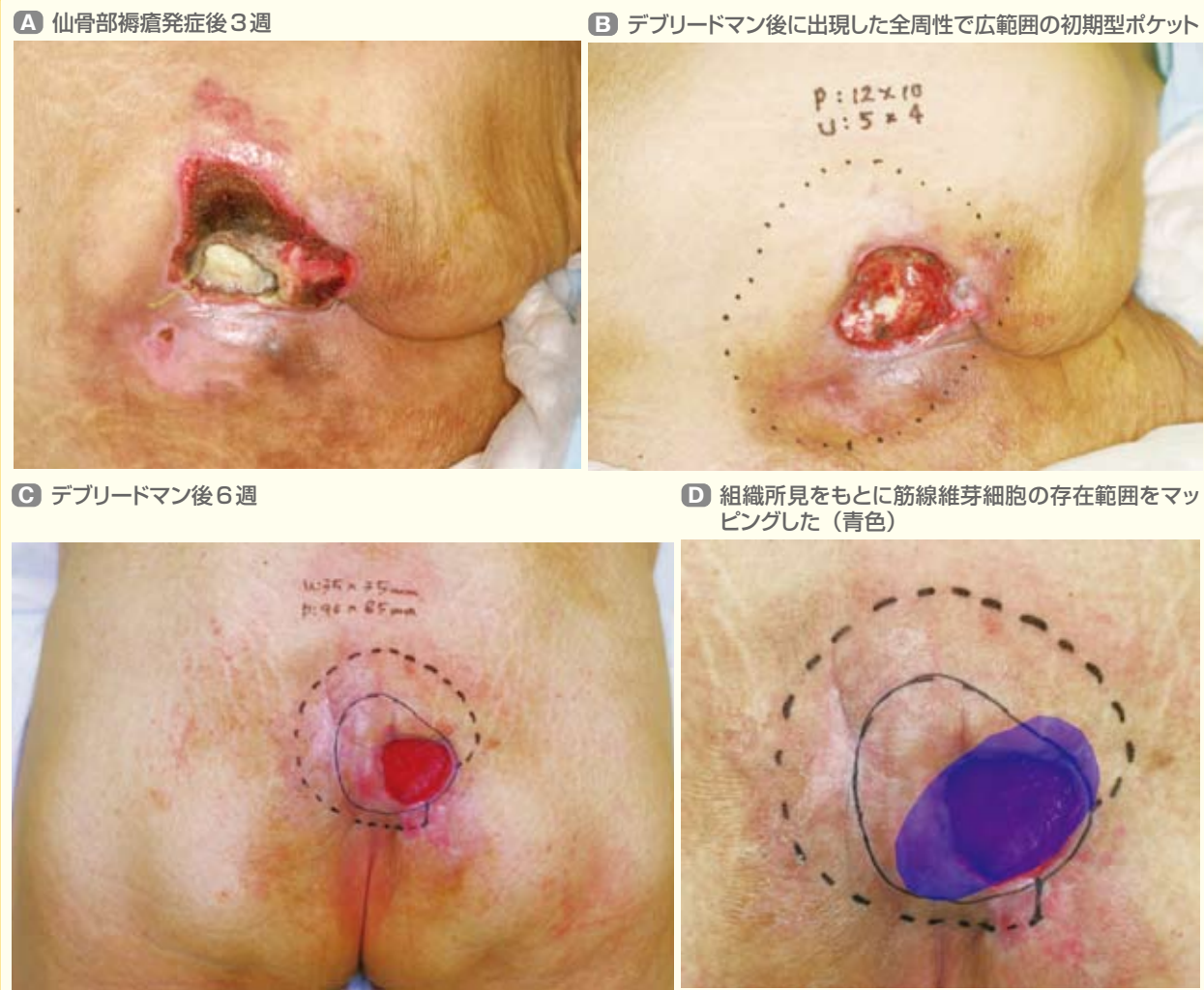


図 10 ポケットを形成した仙骨部褥瘡
A: この後、壊死組織のデブリードマンを施行
C: 治癒が進行しているが、一部のポケットは残存し遅延型ポケットとなっている

ポケットのある褥瘡の創傷治癒とポケット切開

ポケットのある創がどのように治癒に向けて変化していくか、簡単な模式図にしたのが図 11 です。まずポケット状の創が形成されたとしても、ポケットに外力が一切加わらず、内腔が開放され外気にさらされているような環境であれば、ポケット内全面に肉芽が生じ、肉芽の収縮によりやがてポケットは消失します(図 11A)。しかし荷重部に生じる褥瘡では、創の全ての面において完全な免荷を達成するのは困難で、多くの場合ポケット内で皮弁と創床が密着し、少なからず圧かズレが作用します。この際、皮膚欠損部の創床は厚みのあるポケットの皮弁に囲まれて圧迫から保護され、外気にもさらされるため、正常な肉芽形成が

起こりやすい環境となります。この部分の肉芽が収縮を起こし、ポケット内の創床を潰瘍面に引っ張り出し、そこにまた肉芽が生じて…という状況が生じ、ポケットは徐々に小さくなっていきます(図 11B)。ポケットが大きいにも関わらず皮膚欠損が小さな褥瘡でしばしば治癒が進まないのは、正常な肉芽がほとんど形成されないからです。

皮膚欠損部に生じる肉芽の存在がポケットを形成した褥瘡の治癒進行に重要であることは、ポケット切開がなぜ褥瘡の治癒を進めるのかの説明にもなります。ポケットを切開することで皮膚欠損部が拡大し、正常な肉芽を形成しうる創床面積が増加します。その肉芽の収縮により創面積が著しく縮小するのです(図 11C)。

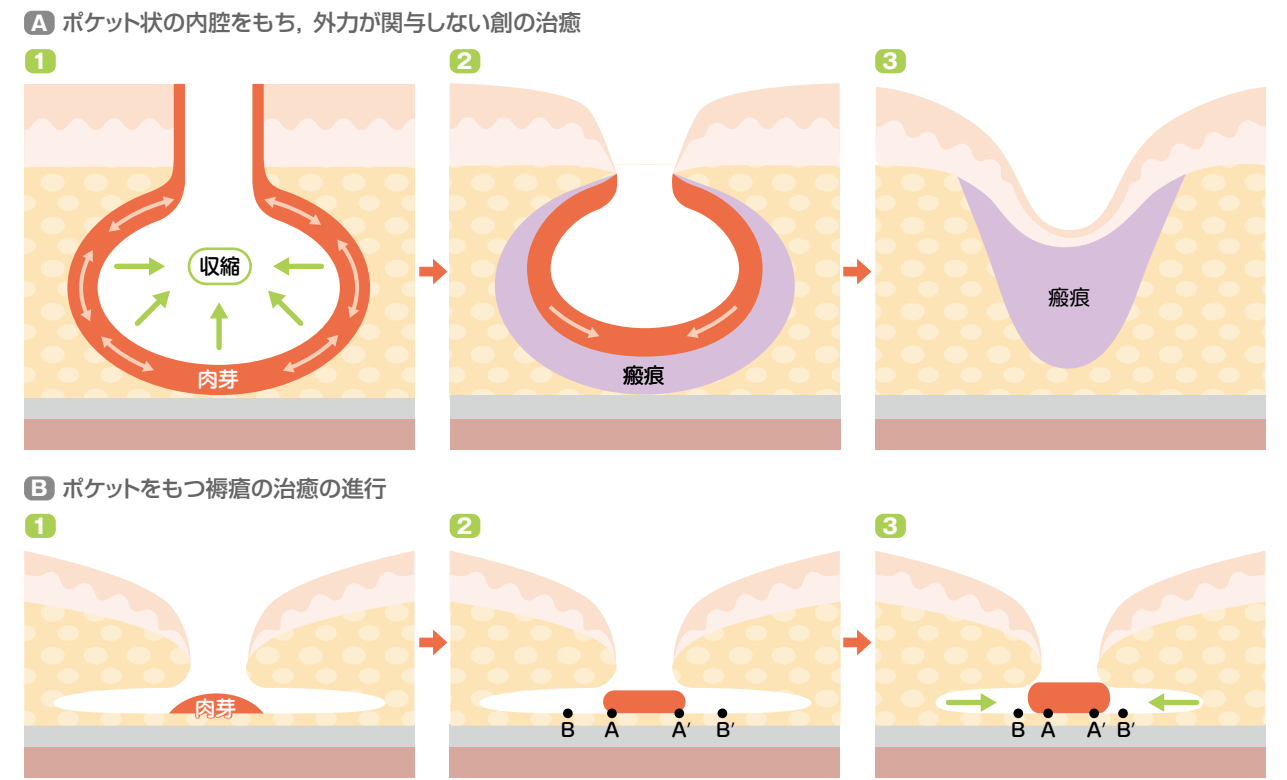


図 11 ポケットを形成した創傷の治癒のメカニズム
A: 全面に肉芽が形成され、これの収縮により縮小・閉鎖に至る
B: 1) 皮膚欠損部を中心に肉芽が形成される
2) 肉芽の収縮によりポケット内の創床が皮膚欠損部に引き出される
3) 新たな肉芽形成・収縮が繰り返され、ポケットが徐々に収縮する