

をやや多めに当て、エラストポア®などの強力な絆創膏を用いて圧迫止血を行います。

術後は数時間おきに出血の状況を確認するよう家族に指導し、止まらない場合には救急対応になります。なお、心疾患や脳梗塞の既往がある患者では、抗血小板薬や抗凝固薬を内服している、出血が止まりにくい場合がありますので、事前のチェックが必要です。在宅での対応が心配な場合には、病院に切開を依頼する必要があります。

遅延型ポケットの治療

遅延型ポケットの形成は、体位変換やオムツ交換の際にかかる、ずれの力と圧が原因です。外力を排除するための介護計画の見直しが必須となります。

具体的にはポジショニンググローブを用いた体位変換や、ポジショニングクッションの適切な使用を行ってください。ポケット以外の創底が肉芽で覆われている場合には、肉芽形成の促進、すなわち『褥瘡予防・管理ガイドライン』にあるGをgにする外用薬（トラフェルミン・トレチノイントコフェリルなど）または被覆材（ハイドロコロイド・ポリウレタンフォームなど）を用います²⁾。

これを4週間続けても改善傾向が認められない場合は外科的治療を考えます。あらかじめポケットの最深部をP-Lightで定めます。ポケット切開の方法は、

- 1) 潰瘍の辺縁からくさび形に正常皮膚を切除する方法
- 2) 最深部を目標に1本の切開を加える方法があります。ポケットの大きさにもよりますが、在宅や止血の道具がない外来では術後の出血を考

慮し、1本の切開を選択するほうが無難です。たとえ1本の切開であっても、創底を最深部まであらわにすることで、洗浄やデブリも容易となり、外用薬の効果も上がります。切開後の経過を図5と図6に示しました。切開後に止血が確認できたら、『褥瘡予防・管理ガイドライン』の深い褥瘡に対する処置を行っていきます。

切開が必要となるその他のケース

正常皮膚を切開しなければならないその他のケースとしては、以下のような状況があります。

- 1) 入口がきわめて小さく、洗浄や外用薬の処置を行えない場合（図7）
- 2) 離れた2か所以上の潰瘍がポケットでつながっている場合（図8）
- 3) 潰瘍の上に橋のように皮膚がかかっている場合（図9）

いずれの場合も切開の後の管理や治療は、通常の褥瘡と同様です。

水圧式ナイフによるデブリと局所陰圧閉鎖療法

出血が危惧されて切開ができない場合には、ポケットの奥にある壊死組織の除去や、細菌の感染あるいはクリティカルコロナイゼーション(critical colonization)に対して、水圧式ナイフ(バーサジェット® II)を用いたデブリードマンが有効とされます。さらに、超音波メスによる搔爬を行うことが可能な施設もあります。創が十分にきれいになった後であれば、局所陰圧閉鎖療法(V.A.Cシステム)を行って、ポケットの接着を試みるのもよいでしょう³⁾。しかしいずれも設備が必要で、医院の外来や在宅で行うことは困難です。



図5 遅延型ポケットの切除（77歳、男性）

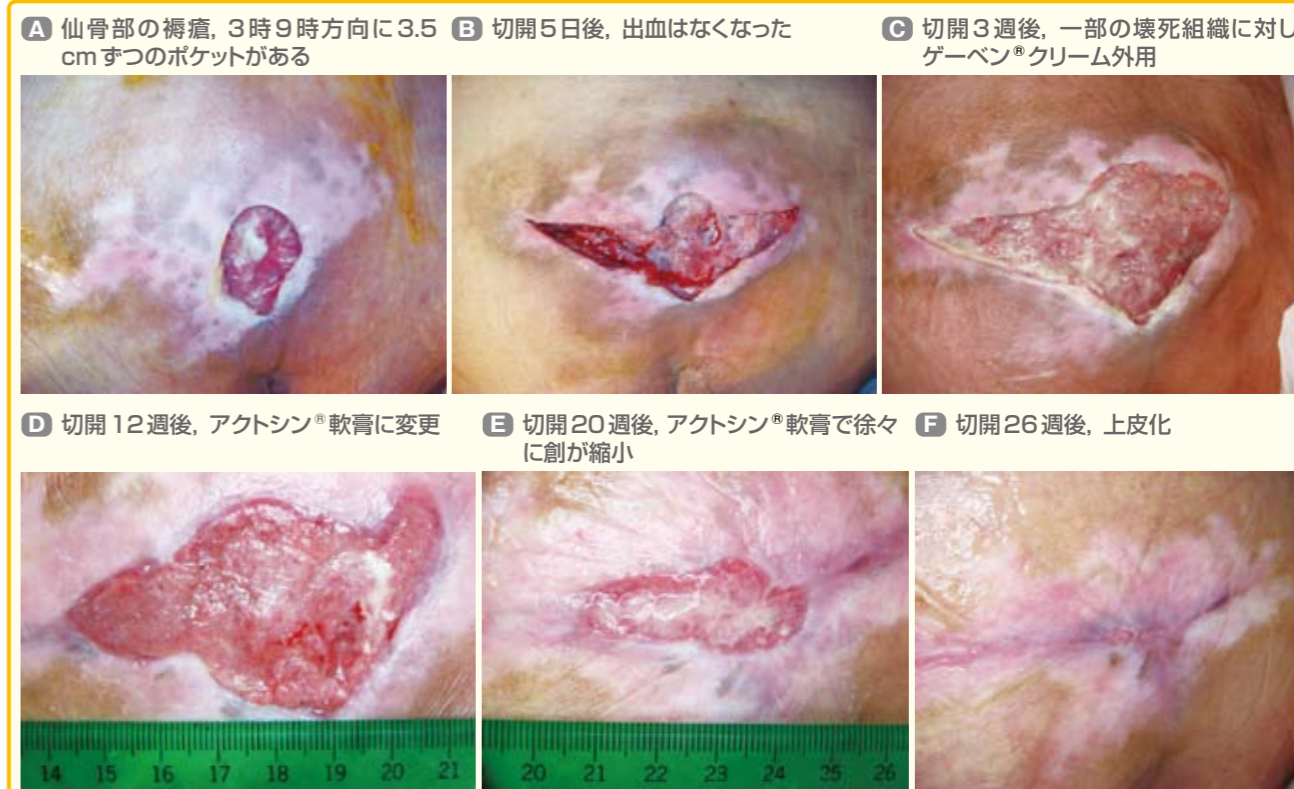


図6 遅延型ポケットの切開（86歳、女性）