

その後は疼痛管理を行いながら、それぞれの局所を洗浄してリンデロン<sup>®</sup>ローションを塗布し、エスアイエイ

ド<sup>®</sup>（アルケア社）で保護することにより創部は縮小しました。

#### 症例4 65歳の男性

直腸がんにて低位前方切除術、一時的人工肛門造設を行いました。右腹部に双孔式イレオストミーがあります。術後、抗がん剤補助療法を施行し、補助療法終了後に人工肛門を閉鎖する予定です。

【初回診察時】抗がん剤の副作用である皮疹がみられます（図15 A）。滲出液を吸収させるため、潰瘍部にはカルトスタット<sup>®</sup>（コンバテックジャパン社）を乗せ、アダプト<sup>®</sup>皮膚保護シール（ホリスター社）、イレファイン<sup>®</sup>D キャップ50（アルケア社）を装着しています（図15B）。すでにストーマ旁ヘルニアを認め、ベルトを併用し装具の安定を支持しています。

【10日後】潰瘍部分はわずかに浅くなってきました（図16）。

【1か月後】抗がん剤休止期間には潰瘍の改善を認め、抗がん剤投与後には悪化を繰り返していません（図17）。

【7か月後】潰瘍部分（図18 A）にカルトスタット<sup>®</sup>をのせ、滲出液を吸収させます。使用して

いる面板のサイズより潰瘍部分が拡大しているため、ストーマ近接部にはアダプト<sup>®</sup>皮膚保護シール、面板縁にはブラバウェハー（コロプラ社）を用いて潰瘍部分を保護します。最後にストーマ装具を装着します（図18B）。

\*\*\*

装具交換は家族がすべて行っていたため、装具交換時の患者の疼痛や、装具交換を行う家族の負担は増加し、ケアに対するストレスを訴えていました。医師からは薬の減量を提案されましたが、治療継続の希望があり、投与量は変更せず実施、面板の膨潤に合わせて装具交換間隔を調整し管理の継続を行いました。

最終的には、この潰瘍を有した状態でストーマ閉鎖を行いました。閉鎖部の皮膚に新たな潰瘍を発生することはなく治癒しています。

A 潰瘍部と周囲の皮疹



B カルトスタット<sup>®</sup>+アダプト<sup>®</sup>皮膚保護シール使用

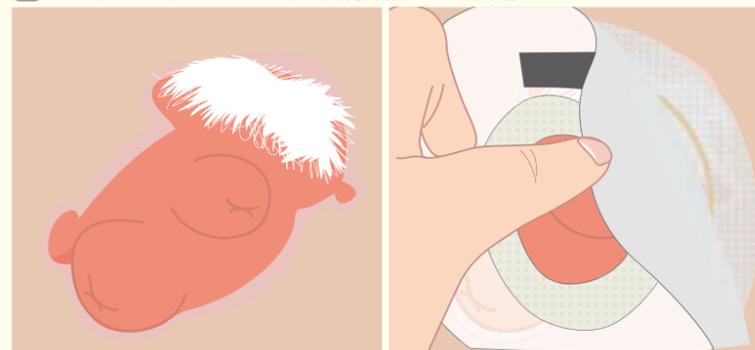


図15 症例4：初回診察時

潰瘍部分が面板で保護できるサイズならカルトスタットをのせ、面板を直接貼ることができる



図16 症例4：10日後



図17 症例4：1か月後

A 潰瘍部



B 面板で潰瘍部が覆えないため、ブラバウェハー併用



図18 症例4：7か月後

B：潰瘍部分が大きい場合には、潰瘍の外縁を板状皮膚保護剤で覆い、面板を貼っている

#### 症例5：関節リウマチ患者の胃瘻造設（図19）

胃瘻造設後、吊り上げていた固定糸を抜糸した部分2か所が潰瘍となり、軟らかい黄色壊死組織を認めました（図19A）。毎日の洗浄で壊死組織は除去できました。当初はボタンの圧迫が原因と考え、局所に圧がかからないようケアしていましたが、潰瘍は深くなるばかりでした（図19B）。リンデロン<sup>®</sup>ローション塗布を開始し6日後には

良好な縮小を認めました（図19C）。

\*\*\*

壊疽性膿皮症を発症するのは、ストーマ造設部位だけではなくありません。ストーマ造設部位だけでなく、基礎疾患のある患者に何らかの受傷や処置を施した後、感染徴候がなく治療遅延を認める場合には、壊疽性膿皮症を疑う必要があります。