

5

特集 循環器ナース必読!
フットケアをはじめよう!

循環器病棟の事例 1

こんなとき、どうする?

～病識のない患者さんにどう寄り添っていくか～



仲間達也 (宮崎市郡医師会病院 心臓病センター 循環器内科 医長 兼 血管造影室 主任)

酒井美香 (宮崎市郡医師会病院 副看護師長)

point

- 重症下肢虚血の患者さんの救肢には、血行再建が必須!
- 完全な創傷治癒を得るには、血行再建のみならず集学的加療が必要!
- ハイリスク患者さんでは、患側肢のみならず対側肢の再発にも注意が必要!

はじめに

重症下肢虚血 (critical limb ischemia; CLI) 患者さんの救肢のためには、血行再建が必須です^{1,2)}。近年、血行再建後の救肢率は、80～90%とまずまずの成績が報告されていますが^{3,5)}、創傷治癒という面では、満足のいく値に達してはいません。血管内治療を受けた患者さんの創傷治癒率は60～70%^{3,5)}といわれており、治療を受けた患者さんの約20%は、大切断を回避してもなお、治ら

ない創傷に悩まされることを意味しています。また、治癒後の再発も大きな問題となります⁶⁾。このような難治性創傷の治療のためには、「集学的治療」が必要です⁷⁾。血行再建はCLI患者さんにとって必須の治療ではありますが、第一歩でしかないということ十分に理解し、患者さんとどのようにかかわっていくべきかを考えていきましょう。

事例紹介

右の第4趾の感染性潰瘍をきたした66歳男性

事例は66歳男性、右の第4趾の感染性潰瘍です。

2年前の11月に、左第3, 4, 5趾の潰瘍・壊疽をきたし近医より紹介となったのが初回入院でした (図1 A)。未治療の糖尿病を基礎疾患に持ち、来院時のHbA1cは11.9、足趾の潰瘍は感染を合併 (CRP 4.5mg/dL) し、それが足底腱膜まで波及しているという非常に重篤な状態でした。同日緊急入院し、感染に対してデブリードマンを施行、抗生剤 (タゾバクタム・ピペラシリン+ダプトマイシン) 投与のうえ、膝下動脈への血管内治療を施行しています。最終的に120日間の入院を経て、中足骨切断 (trans-metatarsal amputation; TMA) の形で救肢に成功しました (図1 B)。

この初回入院では、下肢だけでなく全身への治療介入を必要としました。未治療の糖尿病に関しては強化インスリン療法を導入し、十分なレベルまで血糖値をコントロールし (退院前HbA1c 5.7)、高血圧、脂質異常症に対しても食事療法と内服薬剤を導入しました。入院中に指摘された心エコー図検査で心機能の低下を認めたため、冠動脈造影を施行したところ、3枝病変を確認。当初はバイパス手術を勧めましたが、「手術は何が何でも受けない」という強い希望があったため、それぞれの血管に対して、薬剤溶出性ステント (drug eluting stent; DES) を用いて経皮的冠動脈インターベンション (percutaneous coronary intervention;

PCI) を施行しています。長期間の入院となりましたが、最終的に自立歩行能力を失うことなく、独歩退院しています。

完全上皮化を前に退院したため、当院の末梢血管外来にて、インスリンでの糖尿病コントロールおよび創部のケアを継続したところ、外来フォローの間に創部は治癒しました (図1 B)。退院後約4ヵ月が経過したある日、右足が前回同様におかしいと訴えがありました。非常に残念なことに、悪臭を放つ感染壊疽を右第4趾に (図2 A)、また足底腱膜まで及ぶ感染も併発している状態でした (図2 B)。感染のコントロールならびにデブリードマン、血行再建が必要と判断し、同日緊急入院となりました。



図1 前回入院時と退院時の左下肢の写真
足趾の多発性潰瘍・壊疽と、足底までの感染の波及を認めました (A)。最終的に中足骨切断の形で救肢に成功 (B) し、独歩退院となりました。