

14. 巨大褥瘡を合併した脊髄損傷完全対麻痺患者 2 症例の回復期リハビリテーション

広島市総合リハビリテーションセンター

神経内科¹，リハビリテーション科²，整形外科³

○早田 美和¹，越智 光宏²，村上 恒二³，吉村 理²

【はじめに】

褥瘡は、脊髄損傷（以下、脊損）患者に最も多くみられる合併症であり、尿路障害と共にリハビリテーション（以下、リハ）の最大の阻害因子となる。一度褥瘡が発生すると、難治性かつ易再発性のため、リハの進捗に支障を来す結果、脊損者の社会復帰にとっても大きな損失となる。

当院のような回復期リハ病院では、入院期間に制限があり、その期間内での動作習得を必要とされるため、褥瘡の発生は、リハを行う上で大きな問題となる。

当院で経験した、褥瘡患者 2 症例の、リハおよび、褥瘡治療の経過を報告する。

【症例】

症例 1：56 歳男性。X 年 1 月、大動脈解離（Stanford B）を発症。両下肢対麻痺が出現し、胸椎 MRI で脊髄梗塞と診断され、保存的加療施行。肺梗塞を合併し、安静臥床期間が長かったことが影響し巨大褥瘡を合併した。3 月にリハ目的で当院入院となった。身長 170cm，体重 70kg（BMI 24.2）。対麻痺（Th10 Frankel A），仙骨部褥瘡（7.2×6.8cm，DESIGN-R 25 点）を認めた。血液検査は、Hgb 12.4g/dl，総蛋白 7.6g/dl，アルブミン 2.9g/dl。胸髄 MRI では、中位～下位のレベルで、両側に虚血性病変を認めた。

転院後は、褥瘡治療と並行して訓練を行った。基本動作を獲得し、徐々に移乗動作やトイレ排泄が出来るようにはなったが、全ての動作が拙劣だった。転院後 60 日目より褥瘡創

部にポケットが出現しはじめたため、トイレ移乗やリハ室での訓練を中止したが、褥瘡は悪化した。更に基本動作訓練を中止、安静度をベッド上とし、訓練は ROM と両上肢筋力強化訓練のみとしたが改善せず、85 日目に皮膚切開を施行した。安静効果は少ないと判断、100 日目からは、治療方針をチームで共有した上で安静を解除し、褥瘡部位への影響をより意識して訓練を再開した。その後は徐々に褥瘡は改善し、150 日目にほぼ治癒した。また、よりよい基本動作を獲得でき、移乗やトイレでの排泄も可能となった。

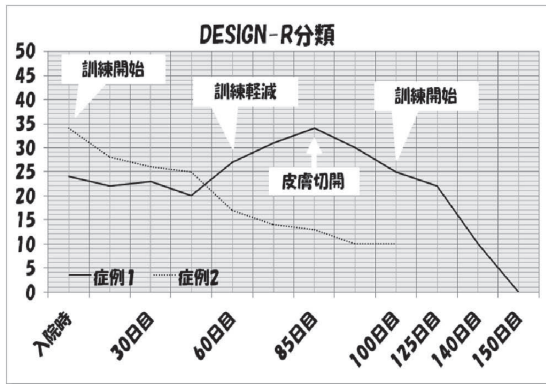
症例 2：44 歳男性。X 年 4 月、バイク事故により受傷し、両側肋骨骨折、棘突起骨折、Th8 破裂骨折（Th7 脊損）を呈し、後方固定術施行。血気胸の影響で胸腔ドレナージを長期留置せざるを得ず、安静臥床期間が長かったことが影響し巨大褥瘡を合併した。6 月にリハ目的で当院入院となった。

身長 175cm，体重 58.8kg（BMI 19.2）。対麻痺（Th6 Frankel A），仙尾骨部褥瘡（8.5×5.0cm，DESIGN-R 34 点）を認めた。血液検査は、Hgb 10.7g/dl，総蛋白 7.3g/dl，アルブミン 3.4g/dl。胸髄 MRI では、Th8 に破裂骨折に伴う脊髄断裂を認めた。

転院後より積極的な訓練を実施し、新規動作を行う際にはチームで随時褥瘡の状態を確認、情報共有した。基本動作から移乗や排泄動作に至るまで順調に習得でき、経過中に褥瘡悪化は見られなかった。

両症例とも、側面的なアプローチとして、

ベッドマットやクッションの工夫、褥瘡チームや栄養サポートチームの介入、内服加療を行った。結果、良好な栄養状態を保つことできた。褥瘡の改善とともに、訓練継続により褥瘡の出来にくい基本動作を十分習得できる、というゴールに達することはできたが、回復期法定入院期間内で車椅子レベルでのADLがすべて自立するには至らなかった。



【考察】

脊損患者では、自律神経系の障害による局所的な循環障害や栄養障害を起こしやすく、更にそこへ圧迫や感染が加わることで、容易に褥瘡を合併しやすい状況となる¹⁾。特に完全麻痺患者においてその傾向は強くなるため、予防が重要である。近年、急性期での予防方法が確立され、褥瘡発生頻度は減少している。反面、合併症で廃用を強いられると今回のような巨大褥瘡を呈することもある。そのような患者は、栄養状態の改善や内服治療、除圧目的の頻回な体位交換といった集学的治療を考慮した回復期リハでの訓練を要し、必然的に入院期間は長期化する。

脊損完全対麻痺の回復期リハでは、関節可動域訓練・残存筋力強化といった訓練に加え、基本動作訓練（寝返り・起上り・いざり・座位保持・プッシュアップ・移乗など）を行う。ほとんどの患者が車椅子レベルの基本動作を完全に習得できるが、その過程で臀部をこすことで擦過傷を合併したり、尿失禁や、便

失禁のため日常的に排便を要することで、皮膚炎や裂傷を合併することがある。従って、傷を作りにくい基本動作を指導し、排尿便のコントロールをつけること、またできた傷をきっかけに患者自身が褥瘡予防に対する意識を持つことが、日々の処置とともに必要である。基本動作訓練の実施は、褥瘡の位置・形状・程度等を把握した上で、同部位への影響を考慮していれば、褥瘡治癒の妨げにはならない²⁾。むしろ、褥瘡治癒を目的に、安静を継続することが、廃用症候群を誘発し、更なる褥瘡のリスクにつながるといわれており³⁾、基本動作の習得ができなければ悪化や再発を防ぐことはできない。巨大褥瘡とはいえども理論的には同様である。

症例1では、訓練を進めていく際に褥瘡の悪化を認めたが、原因特定が困難であり、一時的に訓練を中断するに至った。しかし褥瘡は改善せず、その後チームで情報を共有しつつ訓練を再開した結果、褥瘡治癒過程に影響を及ぼさなかったことから、この選択は反省すべき点であった。症例2では、この点をふまえ、転院時より褥瘡に対する集学的治療とともに継続した基本動作訓練を行い、良好な結果を得た。

褥瘡治癒と同時に基本動作を習得し、できるだけ短期間でゴールに到達することが、今後の課題である。

【まとめ】

積極的な基本動作訓練は、褥瘡治癒課程に影響を及ぼさなかった。チームでの情報共有と集学的治療が有効であった。

【参考文献】

- 1) 赤津隆：脊髄損傷の実際－病態から管理まで－. 1991；210-224.
- 2) 日本褥瘡学会：褥瘡予防・管理ガイドライン. 2009；59-66.
- 3) 川上重彦：褥瘡治療のチームアプローチ. 全日本病院出版会，2010；41：62-68.