

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を十分に理解し、患者さんとど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。