



コメント

デュオアクティブ[®]CGFの殿裂部のたるみ補正への使用は、皮膚同士の密着防止で過度の蒸れを予防だけでなく、創面の血流を促進させた。これにより、wound bed preparationも整い治癒に至った。またアルカリ性の持続的な皮膚刺激（排泄物・発汗）から創部を保護したことも治癒促進につながったと考える。IADを伴う皮膚へのドレッシング材貼付は、隠れた真菌の存在や蒸れの助長などからリスクが高く、十分なアセスメントと2次損傷予防などの手技の統一が必須である。今回、デュオアクティブ[®]CGFの支持力と初期タック（初期粘着）を利用した2枚重ねの貼付が、殿部のたるみで治癒が遅延していたと考えられた褥瘡治療に奏功した。

殿部のたるみ伸展処置のポイント

- まずIADのアセスメントと評価をする。多量の滲出液がなく真菌が陰性で、皮膚同士の密着が殿裂部創傷（亀裂）の増悪因子である場合、殿部のたるみ伸展処置を考慮する。
- デュオアクティブ[®]CGFの貼付は、1枚目が殿裂部創傷と同等の大きさ、2枚目が皮膚を保持する一回り大きいサイズで貼付する。
- デュオアクティブ[®]CGFを貼付する前は、皮膚の乾燥を十分に行い、非アルコール性の皮膚被膜剤を使用するのが望ましい。
- デュオアクティブ[®]CGF貼付時のたるみに対する過度の伸展は、除去時にスキナーテア（皮膚裂傷）等を誘発するため注意する。
- 失禁のコントロールが不良の場合、デュオアクティブ[®]CGF辺縁に補強テープの使用を検討するが、最小限の大きさと2次損傷の予防に努める。

参考文献

1) Langemo D, Hanson D, Hunter S, Thompson P, Oh IE. Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis. *Advances in Skin & Wound Care*. 2011;24(3):126-140

IAD（失禁関連皮膚障害）に起因した褥瘡ケア

～高齢者殿部のたるみ補正に使用するデュオアクティブ[®]CGFの工夫～



大阪府済生会 吹田病院
皮膚・排泄ケア認定看護師
間宮 直子

本邦における65歳以上の高齢者は全人口の25%を超えた。超高齢社会への突入で、認知症・寝たきりなどの要介護者は増加し、排泄援助やおむつ交換を必要とする高齢者の増加も避けては通れない。そのような中、Incontinence-Associated Dermatitis (失禁関連皮膚障害:以下IAD)という“尿や便の接触で発生する皮膚の炎症”にたびたび遭遇する。IADは単に失禁による排泄物の刺激だけでなく、皮膚の脆弱性やバリア機能の低下、おむつ内の環境、摩擦やずれなどの外力も大きく関係する。¹⁾

症 例

80代・男性。

【既往歴】認知症

【現病歴】外傷性膿胸。2ヶ月前に階段で転倒し、外傷性気胸で他院にて治療していた。胸水2000ml除去後、当院に入院(転院)した。

【入院時の状態】ADL:C2(障害高齢者の日常生活自立度)

ブレデンスケール:9点

KT37.7℃ Alb1.4g/dl TP4.7g/dl CRP10.3mg/dl Hb10.5g/dl

WBC13800/ μ l RBC354万/ μ l

【排泄状況】下痢便2～3回/日・おむつ内の排泄

【皮膚状態(図1)】

- IAD…肛門周囲～陰嚢に広範囲の紅斑とびらんおよび潰瘍があり、皮膚真菌症も認めた(KOH直接鏡検法にてカンジダ陽性)。
- 褥瘡…仙骨部(骨突出下部)には皮下組織に至る褥瘡(NPUAP分類ステージⅢ度)があり、IADに起因して発生したと考えられた。



図1 入院時の殿部
肛門周囲から陰嚢、仙骨部に紅斑とびらん、浅い潰瘍があり、カンジダ感染も認めた。

治 療 経 過

1. IADのケア

1) スキンケア

局所は微温湯で愛護的に洗浄し、抗真菌外用薬は1日2回塗布した。その上から緩衝作用のある粉状皮膚保護剤を散布して、炎症のある皮膚と塗布した外用薬を排泄物から保護した(図2)。滲出液が少ない仙骨部褥瘡も同様の処置を行った。微温湯洗浄以外はオイルで清拭し、できる限り摩擦刺激を軽減した。また、失禁用コットン(ポリエステル繊維綿)で蒸れの除去に努めた。

2) 下痢のアセスメント

IADのスキンケアと同時に行うべきことは、下痢(失禁)のアセスメントである。症例は、低栄養状態が長期間続いていたと考えられ、腸管浮腫や粘膜萎縮による腸管の水分吸収異常で、低Alb血症による下痢であった可能性が高いと考えられた。そのためNSTに介入を依頼し、栄養状態への改善も行われた。



図2 IADのスキンケア
抗真菌外用薬塗布後に粉状皮膚保護剤を散布した。

2. IADに起因して発生した褥瘡のケア

1) 褥瘡のアセスメント

殿部の除湿(吸収能が高いおむつの選択、適切な間隔でのおむつ交換、高機能エアマットの換気機能使用等)や愛護的なスキンケアは、下痢が十分に改善されてはいなかったもののIADを軽快させた。しかしながら仙骨部の褥瘡は、固着した壊死組織が残存した(図3)。これは殿部のたるみで殿裂部の皮膚同士が常に密着することにより、蒸れと創面の血流が阻害されているためと考えられた(図4)。



図3 肛門周囲から陰嚢部のIADは入院2週目に軽快した。



図4 殿部の伸展を解除すると、褥瘡はたるんだ皮膚に覆われた。

2) 殿部たるみの補正

殿部のたるみを伸展させるため、潰瘍とほぼ同サイズのデュオアクティブ®CGFを貼付し(図5)、一回り大きなサイズ(殿筋を保持できる程度の大きさ)のデュオアクティブ®CGFをその上から重ねて貼付した。

下痢が続いていたことから、補強のために皮膚被膜剤を噴霧したのち、できる限り最小限でポリウレタンフィルム材を貼付した(図6)。

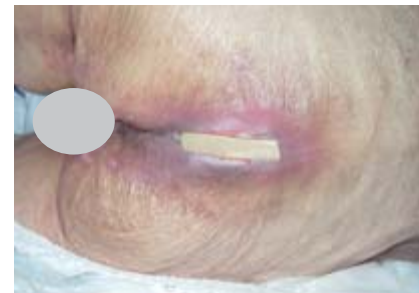


図5 殿裂部にデュオアクティブ®CGFを潰瘍サイズで貼付した。(仙骨部周囲皮膚の真菌は陰性)



図6 その上から大きめのデュオアクティブ®CGFを貼付して2枚重ねにした。(写真はポリウレタンフィルムで補強中)

3. 結果

2回/1週の交換で、1週目の褥瘡サイズは縮小し(図7)、2週目には治癒した(図8)。IADとそれに起因した仙骨部の褥瘡は、入院(介入)4週目ですべて治癒し、再発を認めることはなかった。



図7 2枚重ね貼付1週目
殿部のたるみは補正され皮膚同士の密着は防止できた。



図8 2枚重ね貼付2週目
治癒を確認した。