



図2 80歳女性：右CLI, 既往：糖尿病, 関節リウマチ  
 A：右踵部に虚血性潰瘍を認めた  
 B：2週間後。疼痛，チアノーゼの増強とともに壊死も進行している  
 C：3週間後。感染も拡大し，膝上切断となった

## 感染のないCLIの創傷治療

### 基本的な管理法

CLI患者は高齢者が多いため、創を悪化させないために歩行を禁止すると、容易にADLが低下してしまいます。除圧サンダルと適切な創傷管理により、創部の安静を保ちつつ、歩行を極力継続させます。院内の売店などでよく見かけるリハビリシューズは、容易に手に入り安価であるため使用しやすいものの、靴底が柔らかく歩行時の踏み返しを制限できません。車椅子移動時に荷重する程度の活動性の低い患者ではよいものの、歩行可能な患者では趾尖部やMTP関節部の除圧効果は得られず、かえって創を悪化させるため注意が必要です。膠原病に伴う血管炎などから生じる潰瘍や、blue toe syndromeによる潰瘍も、末梢血行再建術の適応でなく、同様の創傷処置をおこなうことが多くあります。

小さな創であれば、適切な免荷と前述した創傷管理に加え、末梢血行再建術により血流が回復すれば治癒することも多いです。創が大きい場合は、創傷治癒機転が働く血流の十分な位置で、かつ趾間の血流(arterial-arterial connection)を保持するような手術をおこないます。術後も、症状が安定

すれば、早期から免荷のできるフットウェアを使用して歩行リハビリを開始します(図3)。

### 末梢血行再建術や切断術ができない場合

全身状態不良の患者や、慢性期病院、介護老人保健施設など的高齢者では、末梢血行再建ができない場合も多くあります。一般的にSPPが40mmHgないと創傷治癒は見込めないといわれていますが、このような患者の多くは活動性が低いため、適切な創傷管理と除圧をおこなえば治癒することも多いです(図4・図5)。

足が完全に壊死した患者で、末梢血行再建術も大切断術もできない場合は、滲出液の出る黒色壊死部と壊死していない部位の境に液ユーバスタ®やカデックス®軟膏を使用します。黒色壊死部に軟膏を塗布する必要は少なく、清潔に保つこと、壊死部の除圧、壊死して硬くなった足により健常部位を傷つけないなどに注意します。

### critical colonization 創の場合

注意が必要なのは、感染がないと思っていた潰瘍でも、何かを契機に感染し急激に悪化することです。その多くは小さな潰瘍や創から感染し、血



図3 82歳女性：両側CLI  
 A：右第5趾切断術後  
 B：患部を免荷できるように加工した除圧サンダルを履いて，早期から歩行リハビリをおこなう  
 C：歩行しても創は悪化することなく治癒した



図4 82歳男性：左側CLI, 既往：糖尿病, 透析  
 A：左第2趾DIP関節背面に，靴ずれからできた虚血性潰瘍を認める。SPP 30 mmHg台だが末梢血行再建術はおこなっていない  
 B：小さなガーゼをあて，テープを縦に固定する  
 C：患部を免荷できるサンダルを使用し，歩行は妨げない  
 D：1か月後。ほぼ治癒している



図5 85歳男性：右側CLI, 既往：糖尿病  
 A：右第2趾DIP関節背面に，靴ずれからできた虚血性潰瘍を認める。潰瘍は深く，関節が露出している。SPP 20 mmHg台で末梢血行再建術を予定したが，全身状態の悪化により中止となった  
 B：小さなガーゼをあて，テープを縦に固定する。関節を固定するためにシーネをあて，患部を免荷する。ADLはリハビリ時に車椅子乗車する程度である  
 C：2か月後。ほぼ治癒している