

P-289

当院におけるストロークユニットの取り組み ～チームアプローチの継続～

高知赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、
高知赤十字病院 看護部²⁾、
高知赤十字病院 脳神経外科³⁾

○井上 剛志¹⁾、戸梶 慎也¹⁾、西内 直子¹⁾、川田 久雄¹⁾、
松村 雅史¹⁾、西川あゆみ²⁾、松本 貴宏²⁾、大崎 君子²⁾、
山口 真司³⁾、鈴江 淳彦³⁾、泉谷 智彦³⁾、河野 威³⁾

当院では急性期脳卒中患者に対し、重篤化回避を行い、より安定した状態で一般病棟へと移れるよう脳卒中診療に特化した病床、ストロークユニット（以下、SU）を6年前より開設した。SUでは開設当初より看護師・リハビリスタッフ主体で運営し、医師を含めた多職種でのチームアプローチを行い継続してきた。4年前の当学会では、SU開設とそれに伴う死亡率や肺炎発症率の減少、離床開始日の短縮などの効果について報告した。その後、当院の環境の変化に伴い、SUの主な入室患者は、合併症予防が中心となる急性期の重症患者だけではなく、発症から日数がより経過した亜急性期の患者も対象となってきた。それにより、それまでの取り組みであった「肺炎予防」や「抑制解除」の他にも、「ADL向上」や「転院退院調整に向けての院内連携」といった新たな課題が生まれた。それらに対する取り組みを実施した結果、平成24年度にSU入室した患者283名において、肺炎発症患者は2名、入室時点で抑制実施していた患者101名中31名が抑制数減少・解除に繋がり、入室前後でBarthelIndexの点数は42.7点から57.4点へと向上がみられていた。また、79%の患者に対して入室期間内に今後の方針決定がなされている状態であった。今後も多職種でのチームアプローチのもと、SU入室患者に対し、一丸となってより良い関わりが行えるように努力していきたい。

P-291

難治性足底潰瘍の治療用足底板の一工夫

横浜市立みなと赤十字病院 形成外科¹⁾、
東京医科歯科大学 形成外科²⁾、
川崎幸病院 形成外科³⁾

○伊藤 理¹⁾、高見麻衣子³⁾、矢野 智之¹⁾、石井 義剛¹⁾、
浜永真由子²⁾

【目的】 荷重部位の潰瘍治療は、原疾患の治療を十分行っても、保存治療や手術後管理に難渋することが多い。我々は安価に作成できる足底板を利用して、術後管理出来た1例を経験したので報告する。
【方法】 症例は63歳男性。2010年に右足の糖尿病性壊死で整形外科にてショパール関節で切断・断端形成。義足を作成され、使用していた。2011年に左足の同症について当科紹介され、5月に第1・2趾を中足骨骨幹で切断・断端形成施行。以後、外来フォローしていたが、右の義足を使わなくなっていたようで、2012年10月に右断端腓胝から出血し、発熱と右下腿の発赤・腫脹があり、緊急入院。保存療法後、皮下茎皮弁で潰瘍部を再建した。ビーチサンダルを利用した中敷き式足底板を作成し、靴に装着して退院した。
【成績】 その後、半年以上、潰瘍・腓胝の再発を認めていない。
【結論】 我々が工夫した足底板は安価で比較的作成が容易であり、作り直しが利き、有用性が高いと考えられる。

P-290

顔面骨骨折におけるFacial dismasking flapの閉創の工夫

横浜市立みなと赤十字病院 形成外科¹⁾、
東京医科歯科大学 形成外科²⁾

○矢野 智之¹⁾、石井 義剛¹⁾、浜永真由子²⁾、伊藤 理¹⁾

Facial dismasking flap (FDF)は片側もしくは両側の全周性の脛縁切開と冠状切開を組み合わせることで、頭蓋骨から上顎骨に至る広範囲の術野を少ない顔面への切開で得ることができるアプローチ法である。1視野に整復固定すべき顔面骨を全て露出することができるため、顔面多発骨折や頭蓋底骨折が合併した顔面骨骨折においてその有用性が報告されている。しかし、しばしば症例によっては下眼瞼外反、中顔面下垂、鼻背部から鼻根部にかけた稜線の鈍化、眼窩上神経麻痺による前額部の知覚低下といった合併症を生じることがある。今回、これら合併症を回避し、整容性と術後機能の維持を目的とする閉創時の我々の工夫について報告する。閉創の工夫は後述する4つの方法で構成される。1)下眼瞼の吊り上げ：下眼瞼外反を予防するために、術後眼輪筋の機能が回復するまで術後約4週間にわたり、ナイロン糸を用いた下眼瞼の前額への吊り上げを行う。2)頬部の吊り上げ：術後の中顔面の整容性を改善する目的で眼窩下縁に新たに開けた骨孔に頬部の真皮-SMASの複合体を吸収糸で引き上げる。これは切断されたretaining ligamentを再建する意味合いも持っている。3)鼻背-鼻根部の引き締め：術後の外鼻の稜線の鈍化を予防する目的で鼻背から鼻根部の真皮を数ヶ所鼻骨に新たに開けた骨孔もしくは残存した骨膜に吸収糸を用いて引き締め固定する。同時にシーネを用いた外固定を術後4週間行う。4)眼窩上神経の再縫合：術後の眼窩上神経麻痺による前額部の知覚鈍麻を回避する目的で、閉創時に顕微鏡下にナイロン糸を用いてFDF作成時に切断した眼窩上神経を再縫合する。これらの工夫を行うことにより、facial dismasking flapの術後の整容的、機能的改善が得られるようになり、患者の術後QOLの向上がみられた。

10月18日(金)
ポスター
抄録

P-292

戻し植皮による殿部大腿膿皮症の治療

名古屋第一赤十字病院 形成外科

○林 祐司、久野 鮎子

「初めに」慢性膿皮症は罹患部位が広く、切除後の植皮を行う場合の採皮部をどこに求めるかが問題となる。この問題を解決するために、病変部から採皮を行う戻し植皮が提唱されている。本方法を用いて有用であった症例につき報告する。
「対象と方法」症例は52歳男性で、5年前から両側の殿部および大腿部に多数の排膿する腫瘍が発生し、悪臭と発熱を繰り返していた。長期にわたり抗生剤の内服を行っていたが改善が無いため、当科に紹介された。手術は範囲が広いため4回に分けて行った。最初に切除予定の病変部から18/1000インチにて電動デルマトームにて採皮した後に、電気メスにて病変部を切除した。採取した皮膚片をよく洗浄し、3倍網状分層植皮として植皮した。ソフラチュールおよび綿花・ガーゼにて通常の通りにタイオーバー固定を行った。
「結果」術後は浸出液が多いため上層ガーゼを頻回に交換し、6日目にタイオーバーを除去した。移植した皮膚片の7割程度が生着し、植皮片は急速に伸展して術後2ヶ月以内に創閉鎖した。4回の手術により病変部をほぼ全て切除する事ができた。
「考察」慢性膿皮症の採皮部を病変部以外の部位に求めると、手術範囲が広範囲となる。将来別部位にさらに病変が出現する可能性もあり、その点を考慮して手術を行う必要がある。戻し植皮を用いることにより、病変部が広く拡大している場合でも採皮部の問題を解決する事が出来る。病変部を切除してから採皮を行うより、最初に電動デルマトームで採皮を行う方が採皮が容易であった。
「まとめ」慢性膿皮症の治療において戻し植皮は非常に有用であり、病変部が広範囲に広がっている場合は殆ど唯一の解決法であると考えられた。