リンクインフォメーション 第106号 令和5年3月

慢性静脈不全症、弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターについて

循環器内科

山下　誠（やました　まこと）
循環器内科主任部長

循環器内科の山下誠です。主に超音波による循環器疾患の診断・評価を専門としています。今回は慢性静脈不全症、弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターについて紹介させていただきます。

慢性静脈不全症とは、静脈潅流が障害される病態のことで、深部静脈血栓症などによる静脈の閉塞や下肢静脈瘤の原因となるような静脈弁不全が原因となり、慢性的な静脈高血圧が発生することで、組織の浮腫、炎症および低酸素血症を引き起こし、下肢のだるさや重さ、痙攣、浮腫および皮膚変化(色素沈着・湿疹・乾燥・硬化・びらん・潰瘍等)が症状として出現します。上記疾患の他に、慢性的に静脈潅流が障害される右心不全、肺高血圧症、加齢に伴う下肢筋力低下、肥満なども原因として挙げられます。診断には病歴・臨床症状とともに、下肢静脈エコーや CT 検査、静脈造影などが行われます。

このような病態に対する治療としては、血栓に対しては抗凝固療法、静脈瘤に対しては外科的な治療等、原因疾患に対する治療が行われますが、長期的には日常生活指導や弾性ストッキング等による圧迫療法が重要になります。

圧迫療法は正しく行えば有効な治療や予防効果が得られますが、誤った方法では患者さんの不快感が強く、継続使用の断念や血行障害・圧迫損傷などの合併症を引き起こしてしまうこともあります。そのため、弾性ストッキング・弾性包帯の正しい使用法を熟知し、患者さんの愁訴や質問に答えられる医療従事者を養成する目的で、2002 年の第 23 回日本静脈学会総会において弾性ストッキング・コンダクター養成委員会が組織され、講習会を受講し一定の条件を満たした方に「弾性ストッキング・コンダクター」の認定をおこなうようになりました。さらに 2020 年 4 月から慢性静脈不全に対する静脈圧迫処置が診療報酬として算定できるようになり、講習会の内容を充実させ「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会」と名称が変更され、認定資格は「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター」に改称されています。

当院では 2019 年 4 月より保険診療によるリンパ浮腫外来を開始しており、リンパ浮腫療法士とともにリンパ浮腫に悩まされる患者様の対応をおこなっていますが、リンパドレナージ治療の対象外である慢性静脈不全症に対する圧迫療法を充実させるため、この度、弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターの資格を取得し、施設認定を受けました。

下肢の慢性的な静脈鬱滞にて、下肢のだるさや重さ、痙攣、浮腫および皮膚変化(色素沈着・湿疹・乾燥・硬化・びらん・潰瘍等)で悩まれている患者様がおられましたら、当院へご相談いただければ皮膚科医師との連携で診療させていただきたいと存じます。

これからも患者様や先生方の診療の一助になればと考えておりますので今後ともよろしくお願いいたします。

■ 発行者 ■ 公益財団法人 慈愛会 いづろ今村病院 地域連携室
いづろ今村病院 TEL099-226-2600(代表)　いづろ今村病院・地域連携室 TEL099-226-2180　FAX099-226-2181
いづろ今村病院夜間かかりつけ救急 TEL099-226-5686　今村総合病院 救急・総合内科 TEL099-251-2221(代表)

皮膚科

川上　延代（かわかみ　のぶよ）
皮膚科部長／日本皮膚科学会認定皮膚科専門医

静脈うっ滞性皮膚潰瘍は、
① 静脈の通過障害(狭窄、閉塞、もしくは弁不全による逆流)
② 下腿筋ポンプ不全
が原因で起こります。
下肢静脈瘤は①の原因の１つであり、外科的治療にて潰瘍が劇的に改善する事があります。しかし、潰瘍があると静脈瘤の手術ができないといわれることが多くあります。
また、静脈瘤が存在しない症例も多数経験します。原因不明の下肢の浮腫が慢性的に続き、皮膚の乾燥、湿疹、微細な傷から潰瘍になっていきます。筋力の衰えによる下腿筋のポンプ不全が原因で、高齢者や肥満、長時間の立ち仕事の従事者に多くみられます。
そのような場合には、弾性ストッキングや弾性包帯などによる圧迫療法以外に有効な治療法はありません。
当院では、血液検査、ABI 検査、血管エコーなどで精査を行い、症例ごとに適切な圧で圧迫療法を行っています。経験豊富な弾性ストッキングコンダクターがおり、正しい圧迫療法の仕方を患者様の状況に合わせて、お伝えしています。

難治性の下腿皮膚潰瘍の患者様がおられましたら、是非ご紹介ください。

症例１　職業は調理師で、長時間の立ち仕事。
初診の３ヶ月前に左下腿を受傷。感染症を起こし、皮膚潰瘍が出現した。
徐々に潰瘍が拡大し、数も増えてきた。
初診時、下肢の浮腫が著明であり、潰瘍部から大量に滲出液が出ていた。
潰瘍部の痛みが強く、処置に抵抗があった。
静脈エコーで血栓や逆流なし。ABI が 0.8 のため、中圧での圧迫療法を開始した。
２週間ごとの外来通院を行い、10 週後にはほぼ上皮化した。

症例２　初診の２ヶ月前から両下腿に傷と痛みが出現。
初診時、両下腿の浮腫が著明であり、両下腿に円形で壊死組織を伴った深い潰瘍が散在していた。
動脈エコーで血流は問題なく、ABI は 1.2 であり、高圧での圧迫療法を開始した。
2 週間後、壊死組織は減少し、肉芽の増成と周囲からの上皮化が認められた。