

尿を我慢することができなくなるのを切迫性尿失禁といいます。急性膀胱炎のときなどでは、若い人でも起きますが、高齢者では、括約筋の衰えが原因です。早め早めにトイレに行くことを指導します。

溢流性尿失禁は高齢の男性に多く、絶えず少量の失禁が続きます。尿閉状態になっているのに気がつかず、下腹部が大きく膨らんでいます。できるだけ早く膀胱を空にしてやらないと、腎機能が悪くなります。

手足に麻痺があるために、トイレまで行くのに時間がかかったり、下着を下ろすのに手間取ったりしているうちに失禁してしまうことを、機能性尿失禁といいます。これも病的なものではなく、その人の生活習慣をしっかり把握していれば、十分に防げることです。

(6) 膀胱内留置カテーテル

何らかの原因があって自分で排尿ができない、尿意がない、重症な失禁があるなどという場合に、カテーテルを留置することがあります。

この場合には、2通りの方法があります。普通は尿道からカテーテルを挿入しますが、尿道が狭くてカテーテルが入らないことがあります。こうした場合には、下腹部の皮膚に穴を開けて、直接膀胱にカテーテルを入れます。

最近のカテーテルは材質がよくなったため、約1か月に1度の交換で済みます。交換後カテーテルが落ち着くまでの2、3日は尿道周囲から尿が漏れることがあります。

尿道周囲から尿が漏れるときに、カテーテルを太くすればよいと考えがちですが、逆です。瓶に栓をするわけではありません。漏れる原因がほかにあるはずです。

また、カテーテルのバルーンを膨らますときには、決められた量の蒸留水を使用してください。中途半端な量だと尿漏れや自然抜去の原因になります。

10 | 皮膚科

(1) 疥 癬

疥癬かいせんはヒゼンダニが皮膚表面の角層に寄生して起こる病気です。角層のなかでヒゼンダニの雄と雌が交尾して卵を産みつけて増殖するため、虫へ

のアレルギー反応を起こします。症状は激しいかゆみのある腋窩、外陰部、手、手首によくできる赤いぼつぼつとした発疹であることが普通です。手や手首にできる疥癬トンネルと呼ばれる発疹が特徴的です。皮膚の一部分をはさみなどで少しだけ採取して顕微鏡で観察。ヒゼンダニの成虫やその卵を確認できれば確定診断です。しかし皮膚科専門医以外では診断が非常に難しいのが実状です。

疥癬には普通の疥癬と、ダニが非常に多く手足がごわごわとするノルウェー疥癬（角化型疥癬）とに分けられます。いずれの疥癬もヒゼンダニの感染で起こります。

疥癬は人から人へ感染するために高齢者の施設などで集団感染することがあります。感染対策は患者が普通の疥癬かそれともノルウェー疥癬かによって異なります。ノルウェー疥癬は感染力が非常に強いので、一定期間での個室管理が必要ですが、普通の疥癬では必要ありません。

治療は内服薬が保険適応になり、内服治療が可能な患者さんでは簡便な治療が可能になり、かつ効果も確実になりました。しかし、疥癬の卵には効果がなく、また疥癬アレルギーによる症状もあるために、外用治療とかゆみに対する治療も必要なことがあります。

疥癬は診断が難しいために、高齢者医療、介護の領域での対処が統一されていないのが現状です。疥癬の予防と治療には正しい知識と確実な診断技術が必要です。

（2）白癬、カンジダ症

白癬はカビの一種である白癬菌が皮膚に感染することによって起こる病気で、高齢者によくみられる疾患の一つです。足にできる白癬は俗に水虫と呼ばれ、股や体幹にできることもあります。また爪に感染すると白く濁って厚くなってきます。

白癬菌は皮膚の最も外側にある角層（あかの屑）に感染します。白癬になると皮膚のバリアの働きが失われるので細菌感染が起こりやすくなります。そのため糖尿病などがある人はきちんとした治療が必要です。白癬菌は高温多湿の環境を好むため夏に症状が悪化しやすいのですが、冬の間も潜伏して感染していることがしばしばあります。

皮膚カンジダ症も同じカビの仲間であるカンジダの感染によって起ります。カンジダは通常皮膚や粘膜に常在していますが、オムツのなかなどの湿った環境などを好み、免疫不全などの要因が加わると増殖して症状を起こします。

白癬、皮膚カンジダ症の診断は通常あかの一部を適切な部位から採取し

て顕微鏡で観察することによって確実になります。また、白癬は家族内でしばしば感染します。素足ではくスリッパやお風呂場の足ふきマットなどは共用しないことです。

治療は爪白癬以外では、通常塗り薬による治療が行われます。最近の塗り薬はよくなっていて、1日1回の外用で効果が得られます。こつは広めに外用することです。重症の場合は内服薬も効果的です。

(3) 皮脂欠乏症・皮膚掻痒症・湿疹

一般に高齢になると皮膚表面の皮脂が減少するために、かさかさした皮膚になります。通常、空気の乾燥する冬に、下腿や背部の皮膚が乾燥します。こうなると通常かゆみ^{かゆみ}が出現し、さらに皮脂欠乏性湿疹になることがあります。湿疹になると通常の保湿だけでは治療しなくなります。

湿疹とは皮膚表面の多様な炎症性反応の総称です。通常はかゆい赤みのある発疹です。上記した乾燥のほかにもかぶれ、度重なる引っかきなどで発症します。通常はステロイドの外用治療を必要とします。

冬に皮膚が乾燥しやすい高齢者はスキンケアを適切に行うことが大切です。入浴は熱すぎるお湯や、あまり長い風呂はさけるようにします。石けんは通常使用できますが、皮膚の脂を取り除いてしまうように過度に洗うことはさけるようにします。またナイロンタオルなどの物理的な摩擦をさけるようにします。保湿剤は入浴後の皮膚が少し湿ったときに外用すると効果的です。

皮膚掻痒^{かゆみ}はさまざまな原因で起こります。上記のように冬季に起こることが多いのですが、いろいろな皮膚疾患でかゆみ^{かゆみ}が起こります。基本的には皮膚に発疹があるときには、それに応じた根本的な治療がなされることが大切です。また皮膚に著明な発疹がなくてかゆがるときは肝臓、腎臓などの疾患によることがあります。

(4) 薬疹

薬疹は体内に投与された薬剤へのアレルギーによる発疹で、異物に対する生体からの警告ともいえます。どんな薬剤でも薬疹の可能性があり、長期間服用していた薬剤によっても薬疹は生じます。薬疹にはいろいろな症状がありますが、薬剤服用後1～2週後に起こる全身性の発疹であることが普通です。

治療の原則は原因薬剤の速やかな中止です。高齢者では多くの薬を服用していることも多く、その対応はときに困難なことがあります。薬剤によ

る頻度、発疹の種類、重症度、随伴する血液や肝臓の障害などから総合的に薬剤を中止し、治療の選択がなされます。薬剤開始後、全身性の発疹が出現したときには早期に医師に相談します。

(5) 帯状疱疹

帯状疱疹は水痘・帯状疱疹ウイルスの再活性化によって起こるウイルス性の疾患です。つまり幼児、小児期に水痘（みずぼうそう）にかかったときから潜伏しているウイルスに対する免疫能が低下してきて、2回目に出現すると帯状疱疹として発症することになります。

症状は通常、体の半分、すなわち右側か左側に帯を巻いたようにできる、痛みを伴う水ぶくれ（水疱）です。顔や四肢にできることもしばしばあります。小さな水ぶくれが集まるようにできることが特徴です。

治療は、軽症であれば自然に治りますが、高齢者ではしばしば重症化し、痛みを残したり、潰瘍になったりします。重症の場合は入院による抗ウイルス剤、皮膚科外用処置や疼痛に対する治療が並行して行われます。成人のほとんどはすでに水痘に罹患しているので帯状疱疹が伝染することはまずありません。早期に治療を始めると一般的に後遺症が少なく、治りがよいので早期発見、早期治療が肝心です。

参考文献

- 1) 氏家幸子監修、上居洋子・小松浩子編集『慢性疾患患者の看護』＜成人看護学 C＞ 廣川書店、1997年
- 2) 医療情報科学研究所、year note 内科・外科等編 [MEDIC MEDIA] 1998年
- 3) 杉本恒明・小伏政男編集『内科学〔第7版〕』朝倉書店、1999年
- 4) 大島研三・大島良雄編集『高齢者の肝臓疾患』[Geriatric Medicine] Vol.36(4)、ライフサイエンス、1998年
- 5) 大島研三・大島良雄編集『高齢者の消化性潰瘍』[Geriatric Medicine] Vol.39(8)、ライフサイエンス、2001年
- 6) 戸川翔太郎・杉町圭蔵・中村孝司編集『消化器疾患最新の治療』南江堂、1998年
- 7) 社団法人日本老年医学会編集『老年医学テキスト』MEDICAL VIEW、1997年
- 8) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会監修『介護支援専門員標準テキスト 第1巻』財団法人長寿社会開発センター、2000年
- 9) 折茂肇・古瀬徹・萩原俊男編集『GERONTOLOGY-NEW HORIZON』Vol.7(1)、1995年
- 10) 井口昭久編集『これからの老年学—サイエンスから介護まで—』名古屋大学出版会、2000年
- 11) 柏木哲夫・今中孝信監修、林章敏・池永昌之編集『死をみとる1週間』医学書院、2002年
- 12) 季羽倭文子・木澤義之編集『がん終末期患者が在宅へ移行するとき』「ターミナル

ケア」Vol.11(4), 2001年

- 13) ターミナルケア編集委員会編集「ホスピス・緩和ケア白書」【ターミナルケア】
Vol.8, Suppl. 1998年
- 14) 淀川キリスト教病院ホスピス編集, 柏木哲夫監修【ターミナルケアマニュアル(第
3版)】最新医学社, 1997年

これだけは知っておこう～皮膚科的疾患

— 褥瘡、瘙癢症など —

石川 治

I 発疹の分類と定義

医療従事者と介護従事者とのコミュニケーションが円滑に行われるためには、皮膚の変化に関する基本的用語を理解しておく必要があります。皮膚の変化（皮疹）と粘膜の変化（粘膜疹）を総称して発疹ほっしんとといいます。発疹には健常皮膚または粘膜に最初に現れる原発疹と他の発疹から2次的に変化・移行する続発疹とがあります。

1. 原発疹 primary lesion

1-1 斑 macule

色調の変化を主体とする皮疹です。紅斑、紫斑、色素斑、白斑などがあります。

1-2 丘疹 papule、結節 nodule、腫瘤 tumor, phyma

限局性の隆起性病変を指します。欧米の定義に従って、「径0.5cm未満を丘疹、0.5～3cmを結節、3cm以上を腫しゅ瘤りゅう」としているものが多いようです。

1-3 水疱 bulla

透明な水溶物を容れた隆起性病変で、天蓋てんがいの被膜（水疱蓋）で覆われています。径5mm以下を小水疱 vesicle と呼びます。

1-4 膿疱のうほう pustule

水疱の内容物が混濁した黄白色を呈します。感染性膿疱と無菌性膿疱とがあります。

1-5 膿腫 cyst

真皮から皮下に存在する洞^{どう}です。膿瘍 abscess は真皮または皮下に膿^{うみ}が貯留したものです。

1-6 膨疹 wheal

わずかに隆起する円形ないし地図状の淡紅色紅斑で、通常は痒みを伴い24時間以内（多くは数時間以内）に跡形もなく消褪^{じんましん}します。蕁麻疹に伴う皮疹です。

2. 続発疹 secondary lesion

続発疹には萎縮 atrophy、硬化 sclerosis、鱗屑^{りんせつ} scale、痂皮^か (注1) crust、角化^{かっか} keratosis、亀裂^{きれつ} fissure、びらん erosion、潰瘍^{かいよう} ulcer、アフタ aphtha（径1 cm までの粘膜に生じたびらん）などがあります。びらんは表皮の欠損、潰瘍は真皮以下に欠損が及んだものです。

(注1)

滲出液が乾燥し固まった状態。俗称「かさぶた」。

3. その他の発疹

紅皮症 erythroderma（全身の皮膚がびまん性に潮紅し、健常皮膚がほとんどみられない状態）、網状皮斑 livedo（網目状の紅斑）、疱疹^{ほうしん} herpes（小水疱や小膿疱^{しょうじゅう}が集簇^{しゅうぞく} (注2) した状態）、膿痂疹^{のうかしん} impetigo（膿疱と痂皮が混在した状態）、秕糠疹^{ひこうしん} pityriasis（細かい米糠状の鱗屑が付着した状態）、魚鱗癬^{ぎょりんせん} ichthyosis（薄い鱗状の鱗屑が付着した状態）、多形皮膚萎縮 poikiloderma（皮膚萎縮、色素沈着および脱失、毛細血管拡張が混在した状態）、脂漏^{しろう} seborrhoea（皮脂の分泌^{ひし}が亢進した状態。頭部、顔面、上胸部、腋窩^{えきか}、陰股部^{いんこぶ}は脂漏部位）。

(注2)

狭い範囲に寄り集まった状態。

II 褥瘡

1. 原因

褥瘡が発症する原因は皮膚局所の持続的圧迫による虚血^{きよけつ}

(注3)です。圧迫の強さと時間に依存して壊死(注4)の及ぶ範囲や深さが決まります。ときに、筋肉や骨までも壊死に陥ることもあります。

(注3)
血流が減少、あるいは途絶した状態。

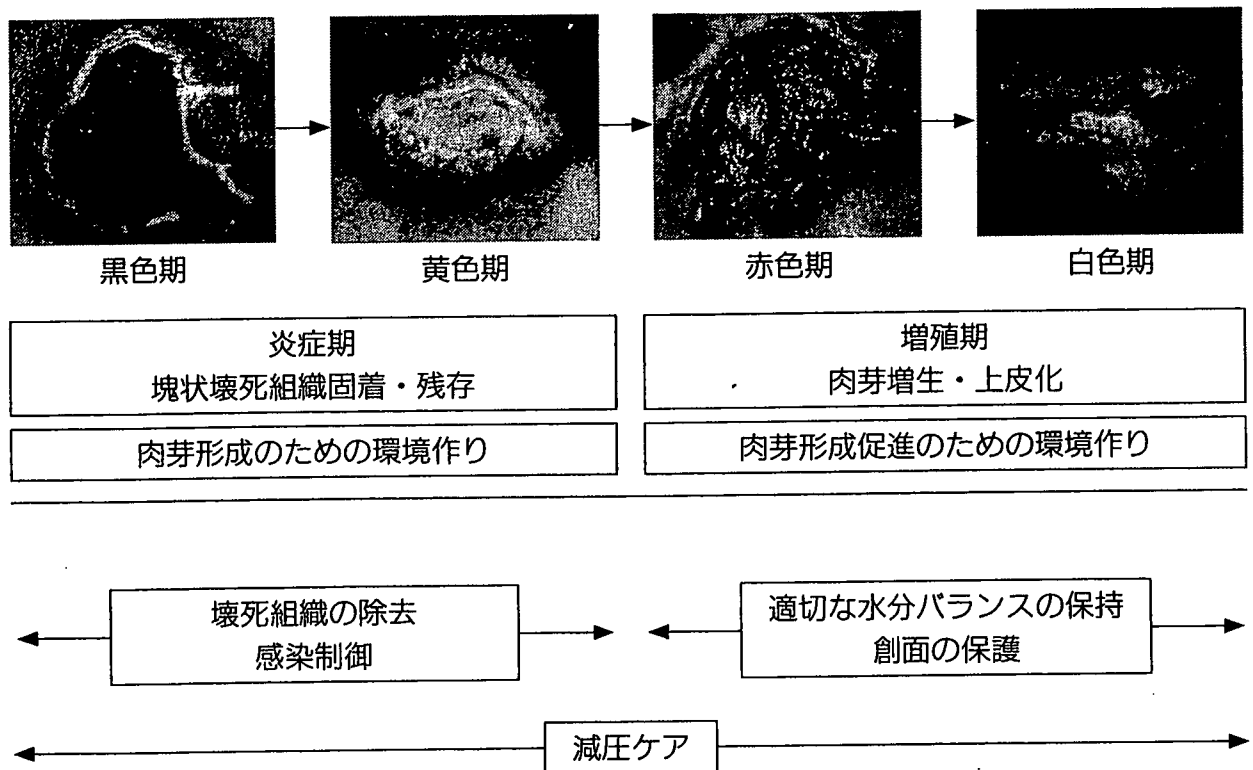
(注4)
細胞や組織が死に至った状態。

2. 症状

発症間もない褥瘡は紅斑を呈します。この時期の褥瘡を急性期褥瘡と呼び、壊死の及ぶ範囲や深さは不明です。1～2週間経つと壊死の及ぶ範囲が明らかとなります。びらん、水疱などを呈することもあります。紫斑の存在は皮下脂肪組織以下に壊死が及んだことを示唆します。

皮下脂肪組織以下に壊死が及んだ褥瘡が治癒するまでには数カ月、ときには1年以上を要します。この時期の褥瘡を慢性期褥瘡と呼びます。慢性期褥瘡の表面の色調は創傷治癒過程を反映するという事実に基づいた褥瘡の病期分類が臨床的に役立ちます(図7-1)。

図7-1 褥瘡創面の病期分類と治療目標

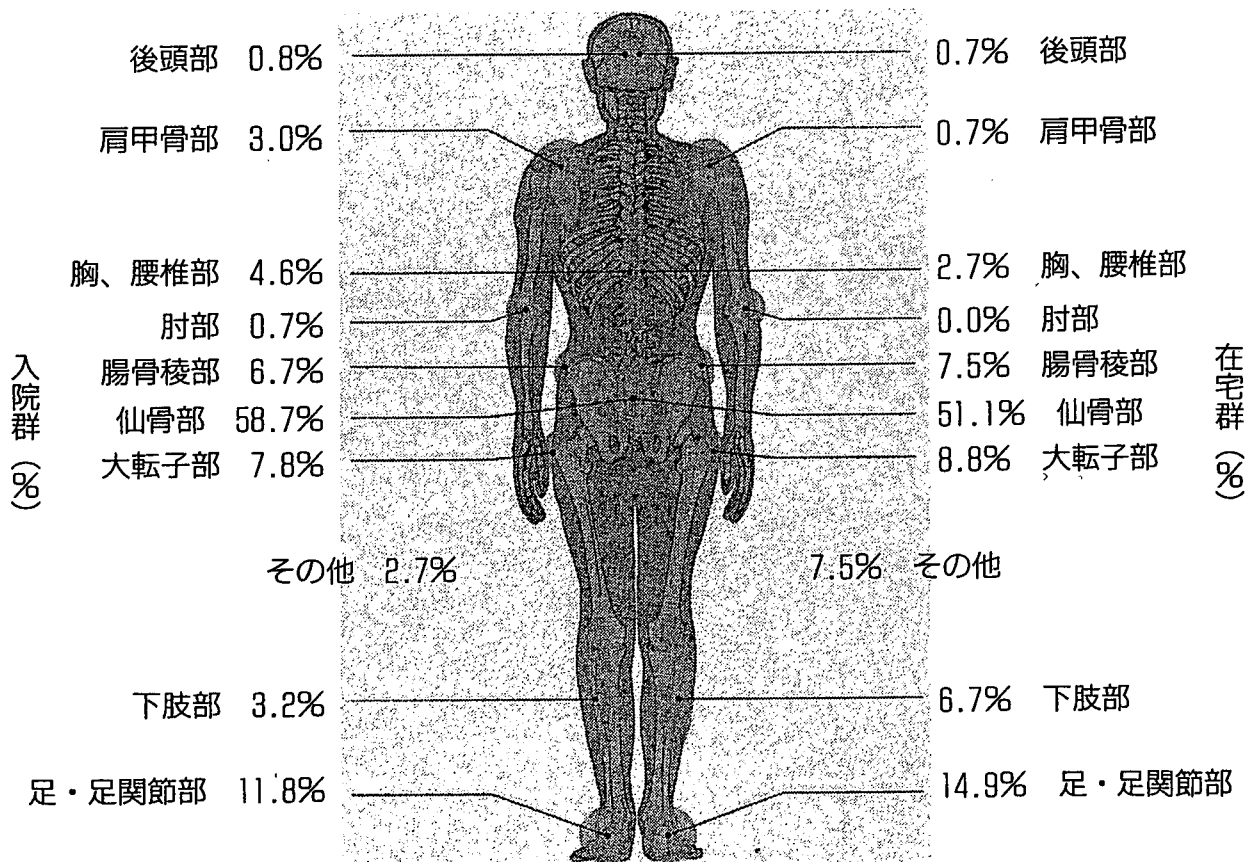


3. 診断

褥瘡の好発部位は骨突出部です。通常、骨突出部は仙骨部、腸骨稜部、大転子部、踵部、外果部(注5)です。これらの部位に一致して紅斑が生じていたら褥瘡を疑います。30分間ほど圧迫がかからない状態にしても紅斑が消褪していなければ褥瘡が発症したと考えてよいでしょう。図7-2に褥瘡の部位別発生頻度を示します。

(注5)
足・足関節部のうち、踵部と外果部に発症しやすい。

図7-2 褥瘡の部位別発生頻度



出典：『褥瘡の予防・治療のガイドライン』照林社、1998年。

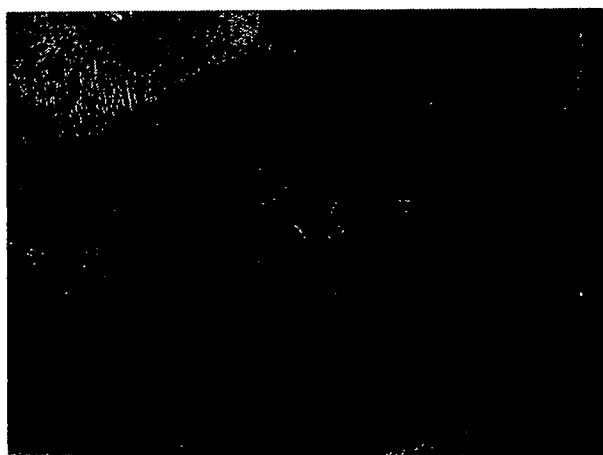
4. 治療

創面の色調分類に基づいた治療を行います。壊死組織の存在する黒色期から黄色期にかけては壊死組織の除去と感染の制御を、肉芽組織が形成されて上皮化に向かう赤色期から白

色期にかけては創面の保護と適度な水分バランスの保持を目標とし、それに適した外用剤や創傷被覆材を使用します。

壊死組織は生体にとっては異物と化しています。壊死組織は肉芽形成を妨げるばかりでなく、細菌感染の温床ともなります。患者の状態を考慮しながら、可能なかぎり外科的デブリドマン（壊死組織を除去する操作）を行います。外科的デブリドマンが可能な患者にこれを行わないことは、何もしていないことに等しいといっても過言ではありません（図7-8）。抗菌作用を持つ外用剤を使用しつつ、こまめにデブリドマンを行います。

図7-8 デブリドマンを行わずに感染を起こした黒色期褥瘡



壊死組織が除去されると赤色の肉芽組織が増生してきます。肉芽組織の中には毛細血管が多数存在します。たとえ細菌が進入しても、血管内から遊走した多数の白血球が細菌を殺すので、感染が成立する危険性（リスク）は低くなります。ですから、外用剤は肉芽形成促進作用を持つものに変更します。創傷被覆材を使用してもよいでしょう。

5. 予防

褥瘡は自力で体位変換ができない患者に高率に発症します。

栄養摂取が不十分なために瘦せが進み、さらに寝たきりで筋肉に負荷がかかからずに廃用萎縮を合併していると、骨突出が高度となり、いっそう褥瘡発症リスクが増します。

褥瘡を予防するためには、体圧分散寝具の使用、体位変換、栄養補給、リハビリテーションが不可欠です。しかし、これらを実行するには専門職の知識と実行するマンパワー、そして医療用具や設備が必要です。褥瘡に関心の低い病院・施設、あるいはマンパワーの不足しがちな在宅療養者ではしばしば重度褥瘡が発症します。

Ⅲ かいせん 疥癬

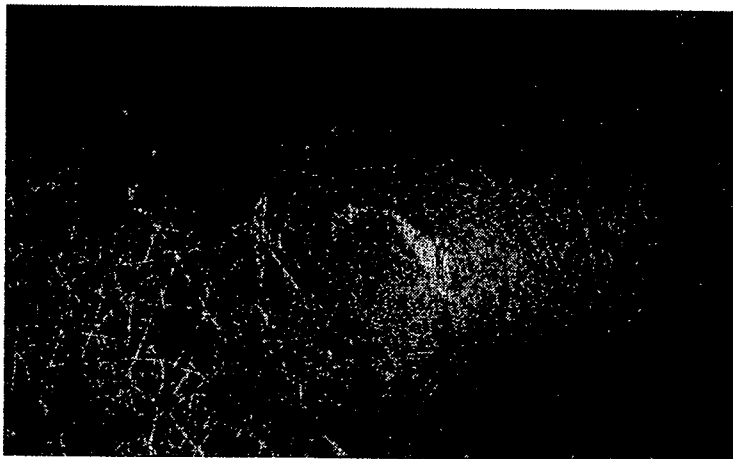
1. 原因

ヒトからヒトに伝染するヒゼンダニが皮膚の角層内に寄生して起こる疾患です。性行為、同室での寝起き、集団生活などで感染します。感染後約1カ月の潜伏期間があります。これは、症状を起こすまでにヒゼンダニの数が増えるのに要する期間です。

2. 症状

皮疹は紅斑を伴う小丘疹が主体ですが、小水疱や小膿疱を伴って体幹、四肢屈側などに多発します。外陰部、腋窩では

図7-4 疥癬トンネル

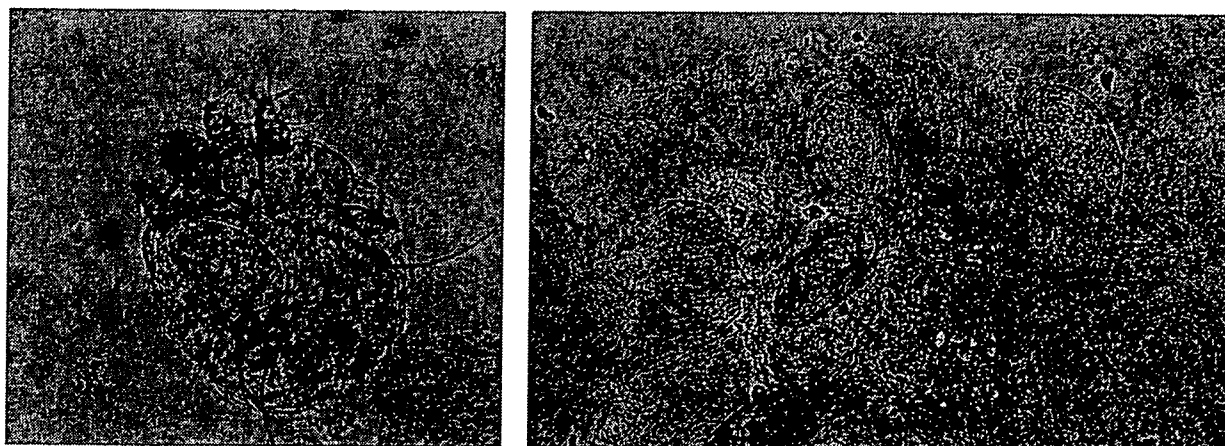


赤褐色の小結節を呈することもあります。指側面^{そくめん}や指間には角層が線状に浮き上がった皮疹（疥癬トンネル）がみられ、これを診ただけで疥癬と診断できる本症に特異的な皮疹です（図7-4）。高齢者や免疫力の低下している患者では**角化型疥癬**（別名はノルウェー疥癬；数万匹以上のヒゼンダニが寄生しています）となることがあります。

3. 診断

疥癬の皮疹は多彩であることが特徴です。診断の第1歩は疥癬を疑うことから始まります。診断は皮疹から角層を剥ぎ取り、顕微鏡で虫体や虫卵を確認することで確定します（図7-5）。

図7-5 疥癬虫（左）とその虫卵（右）



4. 治療

イベルメクチン（内服）が治療の第1選択です。1日1回、さらに必要に応じて2週間後に追加投与することによりほとんどの例で治癒が得られます。外用治療薬としては、安息香酸ベンジルローションあるいはアルコール溶液、クロタミトン（オイラックス；入浴後に全身塗布。2週間から1カ月の外用）、1～0.5% γ BHC 含有軟膏（塗布後6時間後に洗い

流し、1週間後にもう1度繰り返す)があります。

ヒゼンダニ死滅後も^{そうよう}瘙痒(注6)や結節が長期残存することがありますが、ヒゼンダニが検出されなくなった時点で止痒剤に変更します。

(注6)
痒み。

5. 予防

同居家族内での同様症状の有無、老人施設などとの関係の有無などを聞き、感染の可能性がある場合には一斉に治療します。

角化型疥癬患者は個室隔離し、ガウンテクニックや家具の消毒、寝具や衣服の熱処理などを行います。通常型では手洗いの励行、共有物や非共有物の分別等の対処で十分です。

IV 皮膚瘙痒症

1. 原因

瘙痒はさまざまな原因で生じます(表7-1)。高齢者の場合、角層水分量が減少した乾皮症を基盤として発症することが多いようです。

表7-1 皮膚瘙痒症の原因

1. 全身性	
内臓疾患	糖尿病、肝硬変、慢性腎不全、腎透析、鉄欠乏性貧血、悪性リンパ腫など
寄生虫疾患	回虫症など
環境因子	機械的刺激、低湿度
食品	酒、チョコレート、香辛料、野菜(タケノコ、ナス、サトイモなど)、ソバ、魚介類(サバ、マグロ、イカ、エビ、アサリなど)
薬剤	モルヒネ、コカイン、プレオマイシンなど
妊娠	妊娠後期

2. 限局性	
外陰部	前立腺肥大症、尿道狭窄症、トリコモナス症
肛門	便秘、下痢、脱肛、痔など

2. 症状

明らかな原発疹を欠き、瘙癢のみを主症状とします。^{搔破}搔破
(注7)によって2次的に搔破痕、びらん・^{けっかひ}血痂皮を伴う丘疹、
色素沈着を呈します。

(注7)

皮膚を掻きこわすこ
と。

3. 診断

表7-1に示した疾患の有無を確認します。外陰部や肛門
に局限して瘙癢を訴える場合には、**皮膚カンジダ症**や失禁に
よる**1次刺激性皮膚炎**を鑑別する必要があります。

4. 治療

基礎疾患が存在する場合は、その治療を優先して行います。
対症療法として抗ヒスタミン薬の内服、保湿剤の外用を行
います。

5. 生活指導

乾皮症を基盤とする場合は、次に述べる**皮脂欠乏性湿疹**と
同様の生活指導を行います。

V 皮脂欠乏性湿疹

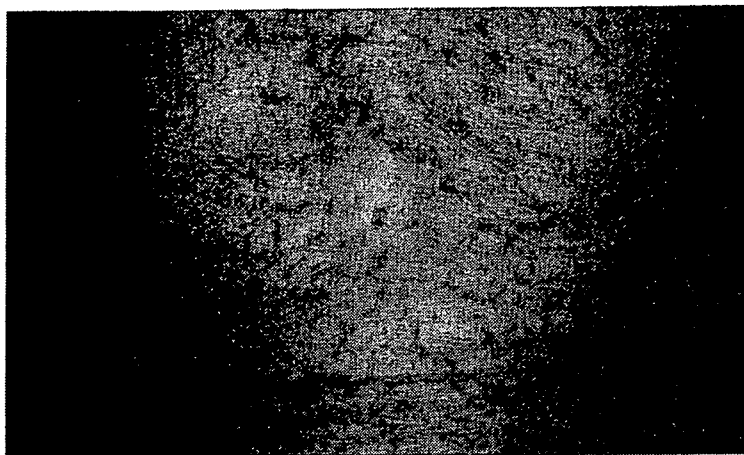
1. 原因

加齢に伴って角層間脂質の1種であるセラミドが減少する
と、角層の水分保持能力が低下します。さらに、角層が自然
に脱落しにくくなるために角層が厚くなります。その結果、
角層表面近くの水分が不足して柔軟性がなくなり、ひび割れ
が起きます。ひび割れが起こった角層は外的刺激を防ぎき
れず、^{かゆ}痒みが起こりやすくなります。そして、痒みに対する
搔破行為がさらに角層を破壊するという悪循環が起こり、や
がて炎症を伴う湿疹病変が生じます。

2. 症状

ダムが干上がり湖底に堆積した泥にひび割れが起こると同様、皮膚は乾燥してさめ肌状態（魚鱗癬様変化^{ぎょりんせんよう}）を呈します（乾皮症）。さらに進行すると、ひび割れに一致した紅斑がみられます（図7-6）。

図7-6 皮脂欠乏性湿疹



3. 診断

上記の皮膚症状から診断は容易です。

4. 治療

保湿剤の外用を基本としますが、湿疹病変を伴っている場合には副腎皮質ステロイド薬を外用します。湿疹病変が消褪したら、副腎皮質ステロイド薬は中止します。外用治療のみで痒みが治まらなければ抗ヒスタミン薬の内服を併用します。

抗ヒスタミン薬の一般的な副作用として眠気、倦怠感、口渇があります。夜間トイレに行く時、ふらつきによる転倒に注意しなければなりません。また、抗コリン作用^(注8)がありますので、前立腺肥大症や緑内障をもつ患者への処方控えたほうがよいでしょう。

(注8)

アセチルコリンは神経終末から分泌される伝達物質。アセチルコリンの受容体にはニコチン様受容体とムスカリン様受容体がある。前者は神経・骨格筋接合部などに、後者は末梢神経では副交感神経が支配する臓器に分布する。抗コリン作用をもつ薬剤はムスカリン受容体と拮抗して、散瞳、眼圧上昇、頻脈、血圧上昇、排尿障害などを来す。

5. 生活指導

- ①入浴やシャワー時にタオルなどで皮膚を強く擦らないようにします。垢^{あかす}擦り用のナイロンタオルなどは絶対いけません。できれば、固形石鹸を泡立てて素手で洗うようにします。
- ②電気毛布などの暖房寝具はオフタイマーをセットして一晩中使用しないようにします。1日中、炬燵^{こたつ}に入っているのも好ましいことではありません。
- ③入浴後10分以内に保湿剤を外用しましょう。

VI 肛囲皮膚炎

1. 原因

下痢便はアルカリ性です。角層セラミドはアルカリ状態では溶け出してしまう、角層は破壊されて防御機能が低下します。便に含まれる細菌や便そのもの、あるいはおむつなどによる摩擦刺激が皮膚の炎症を起こします。

2. 症状

肛門周囲に紅斑が生じ、紅斑上に小型のびらんや浅い潰瘍が多発します(図7-7)。

図7-7 肛囲皮膚炎



3. 診断

臨床症状から診断は容易です。次に述べるカンジダ感染が重複していることもあります。

4. 治療

治療を始める前にカンジダ感染がないことを確認します

(後述)。カンジダが存在しなければ、亜鉛化軟膏と副腎皮質ステロイド軟膏を混合して厚めに塗布します。おむつ交換時には、便を軽く拭き取り再度軟膏を塗布しておきます。便を完全に除去しようとして皮膚を強く擦ってはいけません。

Ⅶ 皮膚カンジダ症

1. 原因

真菌（カビ）の1種であるカンジダの寄生によって起こります。カンジダは健常人の口腔から直腸までの消化管に少数ですが常在しています。下痢などによって皮膚が湿潤した状態が続くと便中のカンジダが皮膚に寄生して増殖するようになります。

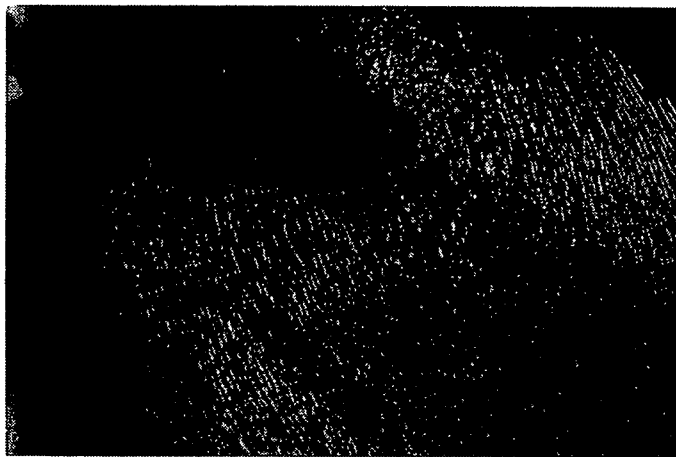
2. 症状

紅斑の周囲に小さな膿疱が多発します（図7-8）。

3. 診断

病変部から角層を採取して顕微鏡でカンジダの存在を確認します。

図7-8 単径部の皮膚カンジダ症



4. 治療

カンジダに有効な抗真菌薬を外用します。さらに、下痢や軟便が続くときは抗真菌薬を塗布した上から亜鉛化軟膏を厚めに重層して塗布し皮膚を保護・乾燥させます。

VIII 水疱性類天疱瘡

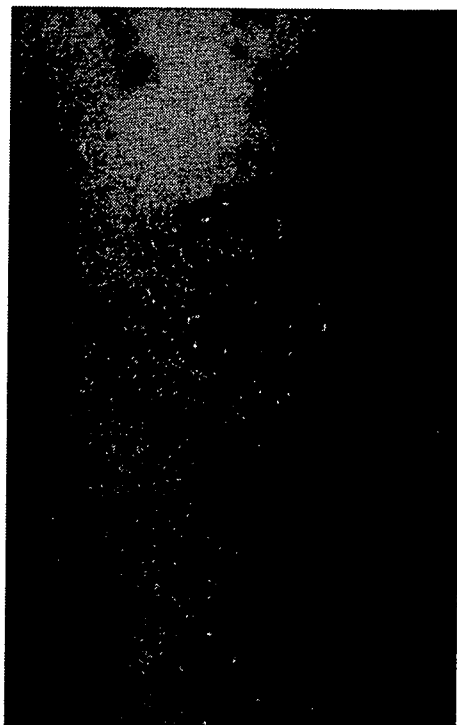
1. 原因

高齢者に好発する自己免疫性水疱症で、皮膚の表皮と真皮を繋ぐ基底膜に対する自己抗体（抗BP180抗体）が水疱形成に重要な役割を果たしています。この抗体が基底膜に結合すると、表皮が真皮から剥がれてしまい水疱を形成します。

2. 症状

激しい痒みを伴った紅斑が四肢や軀幹^{くかん}に多発し、やがて紅斑上に緊満性水疱(注9)が現れてきます(図7-9)。水疱が多発してびらん面が増えた状態は熱傷と同じです。皮膚科専門医がいて全身管理ができる施設で入院治療しなければなりません。

図7-9 水疱性類天疱瘡



(注9)

水疱性類天疱瘡では表皮と真皮の境界部に水疱が形成される。したがって、表皮全体が水疱蓋となるために破れにくくなり、新しい水疱では水疱内容が充満した状態となる。別の自己免疫性水疱症のひとつである天疱瘡では表皮内に水疱ができるため、水疱は経過とともに萎びた状態の弛緩性水疱を呈しやすくなる。

3. 診断

皮膚を生検して病理組織診断を行います。

4. 治療

副腎皮質ステロイド薬の全身投与が第1選択の治療です。種々の理由により副腎皮質ステロイド薬投与の適応がない患者には、免疫

抑制薬、DDS、あるいはテトラサイクリンとニコチン酸アミド併用療法を行います。

Ⅷ アレルギー性接触皮膚炎

接触皮膚炎は「かぶれ」と呼ばれる状態です。尿や便による肛囲皮膚炎は免疫反応を介さない1次刺激性皮膚炎であり、だれにでも起こり得ます。これに対して、アレルギー性接触皮膚炎は、原因物質に対するアレルギー反応が成立した人だけに発症します。

1. 原因

皮膚が原因物質との接触を重ねるうちに免疫反応が成立します。物質によってアレルギー反応を起こしやすいものと、起こしにくいものがあります。一部の人々が市販の毛染めにかぶれるのは、その人たちが毛染めに含まれるパラフェニレンジアミン（PPD）という物質に免疫反応（アレルギー反応と同じ）を獲得した結果です。

2. 症状

癢痒を伴う紅斑で始まります。よく見ると、紅斑上に針先ほどの丘疹が多発しています。これらの丘疹が寄り集まって水疱となることもあります。

3. 診断

アレルギー性接触皮膚炎は、原因物質（アレルゲン）と接触して24時間前後から紅斑が現れ始め、48～72時間頃にピークを迎えます。

4. 治療

副腎皮質ステロイド薬を外用します。皮疹が広範囲に及ぶ

ときには副腎皮質ステロイド薬の内服も併用します。

5. 生活指導

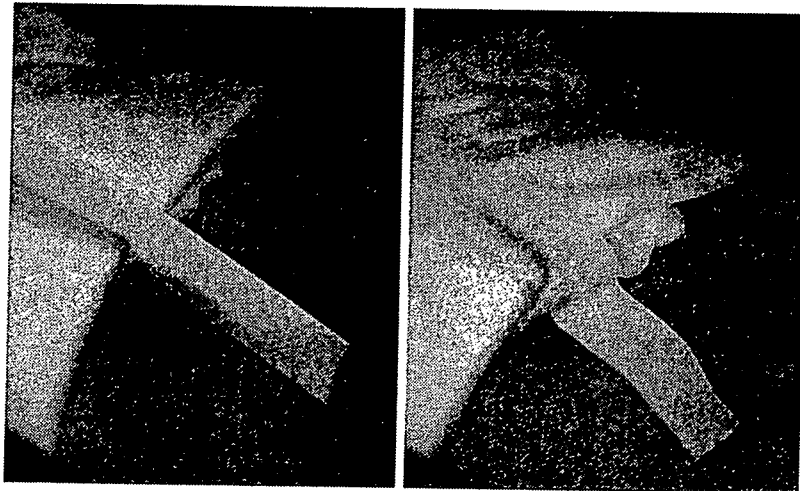
一度アレルギー反応が成立してしまうと、生涯にわたりアレルギー（原因物質）に曝露するたびに症状が起こります。パッチテスト(注10)によって原因物質を明らかにし、それに触れないようにすることが大切です。

テープ貼付部に紅斑や水疱などができた場合に「テープかぶれ」という言葉を使うことがあります。しかし、テープの接着剤によるアレルギー性接触皮膚炎は稀です。むしろ、テープを強く引っ張って皮膚に固定するためにテープが表皮を引き剥がしてしまった結果であることが多いようです。ガーゼなどを固定するときには、テープに余裕を持たせて固定しましょう(図7-10)。

(注10)

原因と疑われる物質を背部に貼付し、48時間後に紅斑や水疱が形成されていないかをみる試験方法。

図7-10 テープ固定の仕方



悪い例

良い例

さらに勉強したいひとのために

厚生省老人保健福祉局老人保健課監修『褥瘡の予防・治療ガイドライン』照林社、1998年。

宮地良樹，真田弘美編『よくわかって役に立つ新・褥瘡のすべて』永井書店，2006年。

石川治，田村敦志編『創傷治療プラクティス』南江堂，2006年。