

の手袋をして寝てもらいます。肥厚や皸裂に効果があります。

## ②メサタロン

当院ではメサタロンと呼んでいる、メサデルムクリームとパスタロンの混合薬があります。クリームなので、塗り心地がよくパスタロンが入っているので乾燥皮疹にも使えます。皮脂欠乏性皮膚炎や成人のアトピー性皮膚炎に使用しています。風呂上がりに頸から下、全体に塗ってもらいます。症状がひどい部位や掻痒が強い部位にはフルメタ軟膏やダイアコート軟膏を上塗りしてもらいます。痒み強い場合は、その部位だけに何回もフルメタ軟膏やダイアコート軟膏を塗ってもらいます。症状の軽い手部湿疹には、ハンドクリームとして使ってもらっています。

メサタロンの評判が非常によく、こんな地方の小さなクリニックですがメサデルムクリームの使用量が日本一だそうです。お試しになる価値があります。

## 結節性痒疹の プロトピック軟膏外用療法

杉浦 丹

(静岡市・静岡市立清水病院皮膚科)

治療に難渋する疾患の1つに結節性痒疹があり、アトピー素因もなく四肢・軀幹に多発する結節性痒疹患者で、抗ヒスタミン薬内服やストロングステロイドのステロイド外用、液体窒素による冷凍凝固療法、PUVA-bathを含めた光線療法などでコントロールできない症例を数は多くはないが経験する。結節性痒疹は激烈な痒みとそれに起因する掻爬行動が隆起した硬い結節を生じるので、その発症機序から痒疹とは異なる湿疹・皮膚炎群の亜型とする考えもある。20年以上前に社会生活が困難な入退院を繰り返す数例の重症アトピー性皮膚炎患者に、サンディミュン内用液を投与し、数日で激しい掻痒が消失し皮疹も軽快し社会生活に復帰できた経験から、2000年頃上市されたばかりの同じカルシニューリン阻害薬のタクロリムス(プ

ロトピック軟膏)を数年にわたりさまざまな治療に抵抗していた一人の全身に多発する結節性痒疹患者に投与したところ、劇的な改善をみた。その後15年間で10例近くの同様な多発性の結節性痒疹患者に抗ヒスタミン薬内服とプロトピック軟膏外用で治療したが、1例を除き著明な改善・治癒の結果を得ている。なお、プロトピック軟膏外用に抵抗するただ1例の患者はネオオーラル内服併用でコントロールされている。以前から痒疹の分類には疑問を感じていたが、タクロリムスの反応から結節性痒疹は同じ慢性痒疹に分類されている多形慢性痒疹や亜急性痒疹とは異なる病態との思いを強くしている。

## 掌蹠や爪囲の疣贅治療

鈴木民夫

(山形市・山形大学医学部皮膚科学講座)

掌蹠や爪囲の疣贅は難治である。一般的な治療として液体窒素を用いた冷凍凝固療法、電気焼灼法、切除療法、グルタルアルデヒドなどの外用療法やヨクイニン内服療法などがあり、それぞれの患者に適していると思われる治療法が選択されている。ときに、考える限りの治療を持っても良好な結果が得られず、そんな場合は“イボ地蔵”に拝みに行くという特殊技を併用することもある。しかしながら、いずれの組み合わせにおいても掌蹠や爪囲の疣贅に対して有効率は低く、例えば5回以上の冷凍凝固療法を受けても完治することがなかった疣贅のために医者嫌いになった子どもも多い。そのような状況下で、筆者はあるとき、多くの疣贅治療が奏効しなかった手掌および爪縁の多発性疣贅の症例に半ば諦めかけて行ったオキサロール＋スピール膏の併用療法が著効するという経験を得た(図1)。そこで、ほかの患者にも行ったところ予想以上に治療成績は良く、3カ月間の継続的な処置で有効と思われた症例が82%、そのうち完全消失が59%であった<sup>1)</sup>。痛みはなく、痛い治療を経験したことのある患者にはとても評



図1 38歳, 男性の第Ⅱ指爪縁の疣贅が3カ月の本治療により消失した。a: 使用前, b: 使用後。

判が良かった。治療のコツとしては、スピール膏をしっかりと固定すること、スピール膏は毎日交換すること、入浴前にスピール膏をはがし入浴終了時にふやけた角質を可及的に多く除去すること等があげられる。痛みを伴わない治療は、患者だけでなく医療者の心にもやさしい。

#### <文 献>

- 1) Inaba, H. et al : J Dermatol 33 : 383, 2006

### びらん面にはチンク油

瀬川郁雄

(花巻市・星が丘瀬川皮膚科クリニック)

チンク油とは、酸化亜鉛とオリーブ油を等量混合した軟膏でびらん面にも容易に塗布できて、同部の保護作用の強い点が大きな特徴です。

当院では、アクリノール(リバノール)液と混合した通称「リバチンク」を、熱傷、伝染性膿痂疹、褥瘡、水痘、带状疱疹等に用いています。寝たきり患者の褥瘡の場合、ガーゼで軟膏を貼付してもすぐに汚染され、創傷被覆剤は高価で使用期間も限られることから自宅や介護施設での使用は困難です。一方、リバチンクは褥瘡部に塗布するだけなので手間が少なく、安価で、それなりに有効であることから介護者から感謝されます。また、自閉症患者の自傷による腕咬みに用いるとあまりの不味さに患者自身が咬むのを止めるという裏技もあります。ただし、服や下着につくとアクリノール

ルの黄色がとれにくいのが難点です。

乳児の便汚染によるびらんには、グリメサゾンとチンク油を混合した通称「グリチン」を用いています。クリーム基剤では刺激による痛みがあり、軟膏基剤ではびらん面に弾かれて塗布できません。それに対して、「グリチン」はあまり痛みを伴わずに塗布することが可能で、びらん面を保護するため疼痛が劇的に軽減します。カンジダ感染が危惧される場合は、抗真菌薬の軟膏と混合して用いますが、ラノコナゾール軟膏では分離しないものの、ルリコナゾール軟膏では分離するので注意を要します。「グリチン」にラノコナゾールを混合した「グリチンアスタ」は、市販の抗真菌薬で接触性皮膚炎を起こし、滲出液の多いびらん面を生じた症例で重宝します。「グリチン」は、グリパスCと混合しておりましたが、同剤の販売中止によりグリメサゾンに変更しました。これが中止になると代わりの薬剤がなくなるため心配しております。

チンク油により皮膚疾患の治療戦略が広がります。古くさいといわず、若い先生にも一度は試してほしいと思います。

### 市販の創傷被覆材

玉木 毅

(新宿区・国立国際医療研究センター)

傷は乾燥させて治すという常識から、湿潤環境下で治すという常識に移行して久しい。これに伴い創処置も、従来のガーゼから創傷被覆材による被覆に移行している。だが特定医療保険材料としての被覆材には、2~3週という縛りがある。また原則処置材料での算定請求で、処方ではできない。勤め人などに毎日通院するように伝えるのも難しく、さらに大病院では小さい処置は再診料に包括されてしまうので「タダ働き」という問題もある。

こんなときは市販の被覆材が役に立つ。近隣薬局や病院売店に置いてもらい、患者さんに買って自己処置してもらえば、保険に関係なく治療が続けられる。自費だが特定材料に比べ安く、負担は