



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

さほどでない。以下のような製品があり、インターネットでも買える。

①キズパワーパッド

Johnson&Johnsonの製品。初めての市販被覆材であったと思う。ハイドロコロイドで、創に応じた各種サイズ・形状がある。ブランド品のためか高い。ほかにハイドロ救急バン・モイストキュア・カットバンモイスト等の安い「バッタもん」もある。

②キズケアフォーム

スミス・アンド・ネフューの製品。ポリウレタンフォームで、同社製特定材料のハイドロサイトを薄くした感じである。これもブランド品のため、高めである。

③プラスモイスト

ガーゼ撲滅で有名な夏井睦先生(現 練馬光が丘病院 傷の治療センター)が、瑞光メディカルと共同開発した製品。透過・吸収・防漏の3層からなり、創に固着せず湿潤を保ちつつ滲出液も吸収する。同社には別に「ハイドロコロイド包帯」もあり、自由に切って使える。デュオアクティブETよりペラペラで若干頼りないが、逆にフィット感がよいという話もある。

④モイスキンパッド

ラップ療法で有名な鳥谷部俊一先生(現 大崎市民病院鹿島台分院)が白十字と共同開発した製品。穴あきフィルム・ポリマー・防水フィルムの3層からなり、プラスモイストと同様、創に固着せず湿潤を保ちつつ滲出液も吸収する。切るとポリマーがはみ出るので、サイズを選び切らずに使う。

ちなみに包括医療費支払い制度(DPC)では被覆材は持ち出しで、こういった安い被覆材の活用は病院経営のうえでも有用である。

とっておきの外用法

玉木宏幸

(高知市・潮江皮膚科診療所)

とっておきの外用法、この情報過多の時代にそんなものはないというのが実感である。あえてヒントがあるとしたら、往診に行ったとき、何人かの他科の先生からいわれた言葉の中にあるような気がする。それは「同じ薬でも皮膚科の先生が処方するのと、私が処方するのでは効果にかなり差があるのはどうしてでしょうね?」

先生方も感じているように、患者さんはほとんどの方が医師の説明をあまり聞いてくれないし、理解していない。限られた時間の中で納得のいく説明をするのがいかに困難であるか、毎日悩んでいるのが現状である。この症例は57歳の女性で、美容目的で形成外科を受診し治療を受けていたが、効果なく、膠原病等を疑い大学病院に紹介され、病理組織検査の結果は顔面播種状粟粒性狼瘡と診断された。担当医は酒皰性痤瘡と考えてアレグラ、レクチゾール、ハイデルマートクリームおよびリッド等で加療し、顔面の紅斑は薄くなるも、なかなか大学病院に通えないため、当科を受診された(図1)。私も酒皰性痤瘡、稗粒腫と考え、短期間ビブラマイシンを併用し、ディフェリンゲルの外用と洗顔指導、甘いものの嗜好があったため、食事指導と面皰圧出にて3カ月後には略治し(図2)、その後も洗顔と食事制限のみで再発をみていない。やや頬部もほっそりしているのがおわかりいただけると思う。「ディフェリンが著効した」と書きたいところであるが、前医の加療の効果があつたうえで、患者が治療内容、外用法の作用副作用を理解してくれたことが軽快した要因ではないだろう



図1 診療時.

図2 3カ月後.