

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

マルホ皮膚科セミナー

2015年9月10日放送

「第78回日本皮膚科学会東京支部学術大会⑤

シンポジウム7-3 皮膚科医がおこなうフットケア」

滋賀医科大学 皮膚科
特任准教授 中西 健史

はじめに

フットケアという言葉が巷でも聞かれるようになりましたが、実際の定義は曖昧です。例えばフットケアサロンは、健常人が更なる癒しや美を求めて訪れます。かたや、われわれ医療機関では、歩くと痛い胼胝や鶏眼、白癬症でかゆい、足の血流が悪くなって潰瘍ができていたといった病気の足を治療します。このような、足に生じる疾患を対象とした「医療フットケア」について、今回はお話ししたいと思います。その中でも、特に我々皮膚科医は何をするのか、何ができるのかについて考えてみましょう。

フットケアを必要とする疾患は、皮膚科単独で治療が完結するものと、他科他職種と連携しながらチームで診療に当たるものに分けられます。どちらにしても、この領域における皮膚科医の医療レベルは個人差が大きく、特にチーム医療ではいったいこの先生は何ができていないのかといったことを他科他職種のメンバーだけでなく、皮膚科医自身も実はよく認識できていないのではないかと思います。そこで、今回は「それぞれの先生方がご自分でできること、できないことの再確認をしていただき、他科から信頼されるような関係を構築できるようにする」ことを主眼に展開したいと思います。

フットケアにおいて皮膚科医の提供できる技能

フットケアを必要とする疾患と皮膚科医の技能

フットケアにおいて皮膚科医の提供できる技能

皮膚科医なら誰でもできる

疣贅、足および爪白癬
(ほとどのドクターでも同レベル)
胼胝および鶏眼、巻き爪や陥入爪
(治療レベルはドクターによってまちまち)

当たったドクターによって治療結果が左右される

潰瘍の診断
(皮膚科医にしかできない場合もある)
潰瘍の治療
(切断や植皮、静脈瘤のレーザー治療までやる先生もいる)

を次のように分類してみました。

1. すべての皮膚科医ができる治療
 - a) 疣贅、足および爪白癬（ほぼどのドクターでも同レベル）
 - b) 胼胝および鶏眼、巻き爪や陥入爪（治療レベルはドクターによってまちまち）
2. 当たったドクターによって結果が左右される
 - a) 潰瘍の診断
 - b) 潰瘍の治療（これは切断や植皮、静脈瘤のレーザー治療までやる先生もいます）

コンサルトを受けたとき、皮膚科医のスキルに大きな差があることを他科の先生に理解していただくことは、チーム医療においてスムーズに連携できるかどうか重要なポイントになると思います。ただ、皮膚科に行って悪くなったと言われたいものではないです。

サリチル酸絆創膏の胼胝への貼付

では実際の症例を用いて、こんなことをしていると他科に迷惑をかけそうな症例、あるいはこれは皮膚科医でなければできないセールスポイントなどについて一緒に考えていきましょう。

最初にサリチル酸絆創膏を胼胝に貼付することについてです。

胼胝は外力が一ヶ所に集中した結果、反応性に角質が増殖したものです。サリチル酸絆創膏を使用すれば、角質が浸軟して柔らかくなりますが、貼付することで多くのトラブルが起こります。歩行時に足底の皮膚は常に伸展と収縮を繰り返します。したがって、気がつくと肝心の胼胝からずれてしまい、本来と別の部位が浸軟してしまうことをよく経験します。また、角質が浸軟することで、皮膚のバリア機能は極度に低下します。それが感染症を引き起こすリスク、特に糖尿病患者では気をつける必要があります。これは趾間型足白癬から蜂窩織炎になる例を想像すれば容易に理解できます。したがって胼胝にサリチル酸絆創膏を貼付することは、基本的にしないほうがいい、むしろ糖尿病患者にとっては禁忌としたほうがよいと考えます。私が研修に行ったフットケアの先進国であるスイスでも、胼胝は削るものであり、サリチル酸絆創膏のようなものは見たこともないと教えられました。もし、いまだにサリチル酸絆創膏をご使用の先生がいらっしゃいましたら、一度対象患者をご検討いただいたほうがよいかと存じます。

**胼胝にサリチル酸絆創膏を貼付して
膿が貯留し潰瘍形成した例**



足趾に生じる潰瘍の診断

それでは次に診断について見ていきましょう。足趾に生じる潰瘍を例に挙げてみますと、その原因は10以上になります。糖尿病足病変による血管障害もしくは神経障害から生じるもの、あるいは末梢動脈疾患に伴うもの、コレステリン結晶塞栓症、強皮症、レイノー症候群、バージャー病、寒冷凝集素症、クリオグロブリン血症、凍傷、外傷、熱傷、接触皮膚炎、皮膚悪性腫瘍などきわめて多岐にわたります。おそらく、他科の先生方がこれらを鑑別することは困難だ

と思います。もちろん、皮膚科医でも苦手な先生方はいらっしゃるでしょう。しかし、我々皮膚科医には、病理組織検査という診断ツールがあります。コレステリン結晶塞栓症や有棘細胞癌などの悪性腫瘍による潰瘍では、特に診断上必要不可欠といえます。その一方で、末梢動脈疾患やバージャー病などの鑑別が苦手な皮膚科医は多いでしょう。その理由は血流検査の方法が単に皮膚科の教本に載っていないことだと思われま。一番勉強になるのは、血管内カテーテルの治療現場をライブで実際に見ることだと思います。まさに百聞は一見にしかずです。それ以外に院内でフットケアカンファレンスがあれば参加したり、フットケア関連の書籍や特集号を参考にさせていただけるといいでしょう。

診断をつけるということは、できる限りすべて自分でできるに越したことはないと思います。病理組織所見を自分で読める、読影が自分でできる、こういったことは、その先の治療についても自分で組み立てる上で重要です。きっちりマスターしたいものです。

鬱滞性病変および浮腫をともなった潰瘍の局所治療

つづいて鬱滞性病変および浮腫をともなった潰瘍の局所治療についてお話しします。静脈性疾患やリンパ浮腫は、圧迫療法が基本になります。また、高齢者やステロイドの長期内服等でいわゆるdermatoporosisの状態にあり、著明な浮腫を認める下腿に生じた潰瘍にも、治療は圧迫がメインです。

皮膚科医には、「外用剤で治療することが基本である」という発想が自分でも気がつ



かないうちに何となく染み付いているかもしれません。「この外用剤は効果がないから別のものに変えよう」というのが根底にあって、創周囲の状態をアセスメントすることが発想として出てこない、これが多くの皮膚科医の現状ではないでしょうか？ですが、潰瘍の治療には、「潰瘍及び周囲の環境改善」をコンセプトとした創傷被覆材や圧迫が大変重要です。このバックボーンには「人間には元来自然治癒力が備わっている、それを最大限に引き出そう」という発想があります。

還流障害のある創にいくら外用剤を塗っても永久に治癒しません。ぱんぱんに張っている下腿の創に外用することは、息があがっている競走馬に鞭を打っているだけと同じ状態であることをご理解いただければと思います。

皮膚科医がおこなう足趾切断

それでは最後に皮膚科医がおこなう足趾切断のお話です。

さて、悪性黒色腫は足に生じる代表的な悪性腫瘍ですが、足趾あるいは中足骨レベルでの切断が必要になることもあります。皮膚外科を担当されている先生でしたらこの程度の手術は難なくこなされると思います。では、そうでない先生の場合はどうすればいいでしょうか？感染創はできるだけ速やかなデブリードマンが必要ですが、整形外科や形成外科の先生方と良好な関係があれば、皮膚科医による足趾レベルの切断も可能であると考えます。つまり、感染が拡大して

下肢切断になったとしても、あとは任せてくださいとこころよく引き受けて下さる先生がいらっしゃれば、急を要する場合にデブリードマンは誰がやってもいいのではないかと思います。実際、血管外科の先生で血管バイパス術のついでに下肢切断までこなすケースもあるくらいです。足趾切断ですが、麻酔も骨間筋ブロックでほとんどの場合効果がありますし、ボーンソーやノミを使わなくても、メスで関節包を切開すれば関節離断も簡単に行えます。そもそも壊死している部位ですので、出血も末梢なのでそれほどありませんし、アルギン酸塩ドレッシング材と圧迫でほとんどの場合止血できます。緊急性のあるときには、ある程度こういったことができるとう下肢切断を何とか避けることができると考えます。

まとめ

フットケアカンファレンスでは、他の診療科の先生方から思いもかけない suggestion をいただくことがあります。逆にわれわれ皮膚科医は、「これも鑑別になると思いますが」という提案をするケースが多く、何となくですが外科系は治療に、内科系は診断に精通してい



るような印象です。われわれ皮膚科医の強みは、診断も治療もその気になれば結構できるところにあると思います。

今回は時間の関係でほんの少ししか紹介できませんでしたが、フットケアチームの一員としてどういった貢献ができるかについて、一度ご自分で整理されるお手伝いになれば幸いです。