

第108回神奈川県皮膚科医会

日時：平成14年3月3日（日）14：00～

会場：例 会 横須賀芸術劇場ベイサイドポケット

懇親会 横須賀プリンスホテル 4階 逗子

テーマ：海と山の皮膚病

- | | |
|----------------|---------------------------------------|
| 1. 会長挨拶 | 原 紀道（鎌倉市） |
| 2. イントロダクション | 金丸哲山（横須賀市） |
| 3. 山の皮膚病 | 夏秋 優（兵庫医科大学皮膚科助教授）
座長：一山伸一（横須賀共済） |
| 4. 製品説明 | 三共株式会社 |
| 5. 議事 | |
| 6. 海洋生物咬刺症について | 宮城良充（沖縄県立中部病院救命救急科部長）
座長：金丸三包（三浦市） |
| 7. 健保問題Q&A | |
| 8. 懇親会 | |

山の皮膚病—昆虫刺咬症を中心に—

夏秋 優

兵庫医科大学皮膚科助教授

この度は神奈川県皮膚科医会での講演の機会をいただき、大変光栄です。テーマとしては「山の皮膚病」ということですが、実際に山で生じる皮膚疾患といえば、植物による接触皮膚炎と虫刺されが主なものであると思われる。また、「山」についても厳密に定義せずに、ここでは広く「野外」と考えて、今回は野外での虫（節足動物）による皮膚炎を中心にお話をさせていただきます。

野外での虫に起因する皮膚疾患としては、ハチやムカデによる刺咬、カ、ブユ、ノミなどによる吸血、ケムシの有毒毛による皮膚炎、ハネカクシやカミキリモドキの体液による接触皮膚炎、さらにはダニ類の吸血によって媒介される感染症（ライム病やツツガムシ病など）が挙げられます。これらのうち、刺咬・吸血・接触による皮膚炎の発症には、皮膚に付着あるいは注入された物質に対する刺激反応と、アレルギー反応が関与します。そして後者としては、I型（即時型）アレルギーとIV型（遅延型）アレルギーに分けて考えると、臨床症状が理解しやすくなります。身近な例は、カに刺された場合の皮膚反応で、即時型、遅延型の反応が年齢や刺された頻度によって様々な組合せで生じます。また、ケムシによる皮膚炎についても、毒成分による単なる刺激反応ではなく、アレルギー反応が関



与することが判明しました。ハチ刺症に伴う即時型アレルギーは重篤な場合はショックを生じて死亡されるケースもありますので、緊急時の対応や予防対策などが大切です。

虫による皮膚炎の治療は結局はステロイドが主体であり、我々皮膚科医としては原因虫を推定して患者さんに安心していただくこと、そして今後の注意を助言するこ

とが要求されます。そのためには虫の種類や生態についての知識をある程度は持つことが重要です。

今回の講演が皆様の臨床の現場で少しでもお役に立てば幸いです。

海洋生物咬刺症について

宮城良充

沖縄県立中部病院救命救急科部長

周囲を海に囲まれた我が国では、海洋生物による咬刺症は多いはずであるが、その実態は明らかでない。沖縄県では1997年、1998年とクラゲによる被害で死亡する症例が続いたため、対策に県全体で取り組みが続いている。現在我々が行っている治療を紹介する。

治療上有害海洋生物は臨床的病態から、大まかに5種に分けて分類すると便利である。

- ①サメやダツなどの外傷群
- ②タコやカイなどの神経毒群
- ③サカナやウニなどのカラダのトゲによる刺棘毒群
- ④クラゲやイソギンチャクなどの刺胞毒群
- ⑤カラダの剛毛による搔痒群

外傷群は出血や組織欠損などで、一般外傷の原則で対処する。神経毒群では神経筋接合部でアセチルコリンやその他のリセプターを抑制し、骨格筋の麻痺をきたす。呼吸筋麻痺をきたしたら呼吸管理が必要である。棘毒はトゲが刺さることによって、毒が体内に入っていく。激痛と腫脹、皮下出血、壊死が主徴である。応急処置は温湯に浸すことによって疼痛を和らげる。疼痛のコントロールには鎮痛剤が必要である。クラゲは触手に刺胞という5ミクロンの極小の毒袋を無数に持っている。刺胞の刺糸を相手に突きたて毒を注入する。症状は疼痛と特有の赤いミミズ腫れ様皮疹が見られる。応急処置は海水で洗い流し触手を丁寧にはがしとる。ハブクラゲやアンドンクラゲでは食酢が有用である。疼痛に対しては冷やす。病院では皮膚を生食水で洗い流し、その後ステロイド軟膏を塗布する。搔痒群は剛毛をセロファンテープで除去しステロイド軟膏を塗布する。

臨床現場では90%が刺棘毒群と刺胞毒によるものである。これらの2群の応急処置と治療を覚えておけば実際は不足ない。遅延反応が時に見られる。クラゲに刺されいったん治った皮疹が1週間から2ヶ月の間に繰り返して再発することがある。その場合はステロイドの内服治療が必要となる。一般的に海洋生物の毒による皮膚症状は治りにくい傾向がある。



第108回例会を担当して

金丸哲山

横須賀市

3月3日、雛祭り、桃の節句の日の学会であった。結婚式と重なり、横須賀プリンスホテルの大広間は1年前から予約が既に入っていてとれなかった。仕方なく、隣の横須賀芸術劇場の小ホールを使用した。小とは言っても大きなホールなので、沢山の先生方が来てくださるかどうかが非常に心配だった。寒い日にもかかわらず、また横浜と違って、遠方の横須賀にもかかわらず、117名もの先生方に来ていただけた。とても感激した。

夏秋先生の毛虫の話には感動した。自分の腕の皮膚を刺させて、biopsyをして色々調べた成果が発表された。懇親会の席でそのあとを見せていただいた。熱心さに心が打たれた。

宮城先生のハブクラゲの話は恐かった。でも各ビーチには防護ネットが張ってあるのでその中では安全です。是非観光に沖縄に来てくださいとの話にホッとした。クラゲに刺されたら大量の酢をかけなさい。魚に刺されたらあたためなさいと、沢山のスライドを使って講演され、始めに酢醤油をかけたトコロテンのガラスの器と魚の煮込み鍋の写真のスライドを出された意味が最後に良く理解でき、ユーモアに富んだ興味ある講演であった。

懇親会も沢山の先生で盛会だった。用意したおさしみのお皿と寿司が総て早々と売り切れになってしまった。主催者としては、喜んでいただけて良かったとホッと胸をなでおろした。

第109回神奈川県皮膚科医会

日時：平成14年7月7日（日）14：00～

会場：崎陽軒本店

テーマ：皮膚の消毒は必要か？

1. 副会長挨拶 菅原 信（けいゆう）
2. イントロダクション 木花 光（済生会横浜市南部）
3. 消毒剤の基礎と使い方 萩原進一（明治製菓株式会社学術部）
4. 製品説明 日本ベーリンガーインゲルハイム（株）
5. 総会
6. 皮膚潰瘍の消毒は必要か？ 川端康浩（東京大学医学部皮膚科講師）
7. 術後の消毒は必要か？—外来手術での今までの常識は本当か？—
宮坂宗男（東海大学医学部機能再建学系形成外科講師）
8. 健保問題Q&A
9. 懇親会

消毒剤の基礎と使い方

萩原進一

明治製菓株式会社学術部

技術の進歩は、日々刻々と変化している。特に医療業界においては、治療法、診断技術の進歩は、めざましい。しかし「消毒剤の基礎と使い方」に関しては、環境感染学会等で、見直しがされているにもかかわらず、いっこうに変わっていかない。従来の習慣にとらわれ、考え直そうとしていないのが現状である。

今回の医会のテーマ「消毒剤は必要か？」はまさに、この現状を打破するためにはすばらしい課題と思います。その中で私のようなものに、時間を与えていただき、本当にありがたいことと、感謝しています。せっかくのチャンスなので、遠慮なく話させていただこうと考えています。

本題に入ります。消毒剤の目的は、消毒であって、滅菌ではありません。つまり菌を減らすのであって、菌をゼロにするわけではありません。そのことを十分理解していただいた上で、消毒剤を使用すべきと考えます。消毒を目的にする場合、その有効性と安全性そして経済性を考えれば、温湯・熱湯の選択をまず考慮し、それができない場合に消毒剤を選択する。そして、使用する対象と、目標とする病原体をはっきりさせた上で、どの消毒剤を選択するかを考えます。

次に消毒剤を有効に使用するには、①3つの要素を満足させなければなりません。温度、濃度、時間です。これがなかなかできていないのが現状です。②汚れがあると消毒剤は効かず、洗浄が重要となります。そこで洗浄、消毒、どちらが先かが問題です。③消毒剤は選択毒性がありません。ですから人に使用する場合は、人に対する毒性を十分考慮すべきです。④消毒剤は液体のまま、こすって使用するものです。噴霧は有効性も安全性からも問題ありです。

つまり、消毒剤を、過信してはならない、安易に使用してはならない、毒性を考慮しなければならない、と考えます。

具体的な例をあげながら、説明したいと思います。

皮膚潰瘍の消毒は必要か？

川端康浩

東京大学医学部皮膚科講師

皮膚潰瘍に対する保存的治療とは、消毒と抗潰瘍薬の外用および創の被覆にほかならない。我々はこれまで何の疑問も持たずに、この手順に従って皮膚潰瘍の治療も、術後の創傷処置も行ってきた。しかし、キズをみたら行うことが常識と考えられてきた消毒という行為そのものの効果が疑問視されてきている。その理由は、第1に0.025~0.05%に希釈したヒビテングルコネート液などを綿球に含ませて創部を塗擦することに、どの程度の殺菌効果が期待できるのかということ、第2にイソジンなどの消毒薬そのものがraw surfaceである創面に対して刺激性があるうえ、消毒により創面から分泌されるサイトカインなどが除去されてしまうということである。そこで、最近は消毒後に、あるいは消毒しないで、生理食塩水などによって洗浄することが勧められてきている。

筆者も創傷処置における消毒には、たとえ創表面に細菌が付着していても創傷治癒促進という意味においては大きな期待をしていない。infectionであれば、適切な抗生物質の投与と患部の安静のほうが重要であるし、colonizationであれば、創部を洗浄（生理食塩水で洗い流すというよりは創面をゴシゴシ洗う）したほうが有効であると考えている。慢性皮膚潰瘍の表面で増殖している細菌は培養のような特殊な環境下で存在するのと異なり、biofilmを形成し、抗生物質などにより除菌されにくい環境を自ら形成している。したがって、消毒薬を綿球に浸してなすりつけるだけでは除菌効果はほとんどないというのが根拠のひとつである。

筆者は皮膚潰瘍治療において最も重要なことは創傷治癒機転を総合的見地から鑑み、創傷治癒がバランスよく進むように適切な処置、治療薬を選択することだと考えている。つまり、潰瘍の深さ、その性状（壊死組織の有無、肉芽の状態、表皮形成の程度）、感染の有無、浸出液の多少などの所見を検討して、それぞれの目的に応じて治療法を考えていくことこそが上皮化の早道で、そのまま除菌につながると考えている。創面から細菌が検出されたからといって、近視眼的に除菌のみに腐心したのでは、皮膚潰瘍治療の全体を見失い、かえって上皮化を遅らせる結果にもなりかねない。

術後の消毒は必要か？

——外来手術での今までの常識は本当か？

宮坂宗男

東海大学医学部機能再建学系形成外科講師

1) はじめに

過去10年間における皮膚科・形成外科領域でのトピックスとして、母斑に対するレーザー治療と創傷治癒における湿潤環境の重要性が認識されたことがあげられる。術後の消毒は、術後感染予防のためと考えて行われている。この術後の消毒が必要かどうかは、

消毒液の功罪と創傷治癒との関係を考えれば明らかである。術後消毒は、「やっていれば安心」また「消毒の功罪に無関心」であったため漫然と続けられてきたのではないかと思われる。最近の医療現場では、EBM (Evidence-based medicine) つまり「あやふやな経験や直感に頼らず、科学的証拠に基づいて適切な医療・治療を選択し、実践するための方法論」に基づいて行うことの重要性が指摘されるようになった。日本では一般的に行われていて、欧米では行われていない医療・治療方法は、世界の非常識とされる。インターネットによる情報手段の驚異的な進歩によりグローバル化が進んでいる今日多くの国民は世界を知り、よりレベルの高い、正しい医療・治療を受けることを要求することは当然なことと思われる。今回CDC (Centers for disease control and prevention) のガイドラインを参考に創傷管理について検討した。

2) 一次縫合創の日本と欧米の創管理方法の違い

1. 日本での創管理方法

術野をアセトンまたはベンジンで脱脂しイソジン消毒をする。皮膚縫合終了後イソジン消毒し(または抗生剤軟膏を塗布し)ガーゼをあて絆創膏で固定する。抗生剤、鎮痛剤などの内服薬を処方する。翌日ガーゼを剥離し、再び消毒や抗生剤軟膏塗布などを行い、以後ほぼ毎日同様な処置を抜糸まで続ける。患者自身がガーゼを剥がすことや入浴を禁止する。テープかぶれに対し工業用ビニールテープを使用する(最近「優肌絆nitreat」というかぶれにくい絆創膏が開発されている)。

2. 欧米での創管理方法

アセトンは皮膚への刺激が強く逆に感染率を高めるため行わない。皮膚縫合終了時の消毒は行わない。手術後の一次縫合創は24~72時間以上被覆しない。それ以降に創の消毒を行ったり、ドレッシング材を用いることはない。

一次縫合創を48時間以上被覆する必要性や、創をカバーすることなく入浴できる時期についての勧告はない。術後感染予防の目的で抗生剤投与は行わない。患者の自主管理意識が強い(患者自身がドレッシング材を選択購入できる流通機構が存在する)。テープかぶれに対し工業用ビニールテープを使用することはない。

3) CDCとは

米国疾病管理予防センターCenters for disease control and prevention (1946年設立)は、1970年より病院感染サーベイランスNational Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) システムにのっとり、300施設以上の膨大な数のサーベイランスを定期的に行い、その結果をインターネット上で公開している。また、CDCのガイドラインは米国のみならず世界的スタンダードとして高く評価されている。日本では、1999年JNIS (Japanese Nosocomial Infection Surveillance) が9施設で行われ、ICD (Infection Control Doctor) の認定制度ができた。

4) 術後感染症の分類

1) 外科手術部位感染Surgical site infection (SSI)

superficial SSI-皮膚、皮下組織の感染、deep SSI-手術創の深軟部組織(筋膜、筋肉など)の感染。いずれも術後30日以内に起こるもの。インプラントのある手術では術後1年以内。米国でのSSIは2%、日本では6.4%と報告されている。

2) 術野外感染Remote infection

呼吸器感染、尿路感染、カテーテル感染、術後腸炎、術後耳下腺炎など手術操作が直接及ばない部位の感染。

5) 手術創の分類

Class I : Clean (清潔創) 炎症のない非汚染手術、1 期的に縫合閉鎖された場合とし、閉鎖式ドレーンが挿入された創も含む。

Class II : Clean-contaminated (準清潔創) 呼吸器、消化器、生殖器、尿路系に対する手術。

Class III : Contaminated (汚染創) 解放性の新鮮な事故による創。

Class IV : Dirty-Infected (不潔・感染創) 壊死組織の残存や臨床的に感染をともなう陳旧性の外傷創。

6) CDCガイドラインによれば

粘着マット、薬剤浸漬マットがSSIを減少させるという報告はない。マスクはスタッフの持つ菌が患者へ飛ぶのを防げない(マスクの周りから漏れる)。逆に患者の菌がスタッフへ移るのは防止。縫合糸などの異物がSSIの危険を増す。monofilamentの縫合糸が最も安全。手術前夜の剃毛はSSIの危険性を高める。剃毛を行うなら手術直前に。清潔手袋はスタッフと患者の双方向の菌の移行を防止する。2枚手袋装着はさらに有効。手術前入院期間を出来るだけ短縮したほうがSSIは少ない。過度のブラッシングで傷ついた皮膚は、常在菌の繁殖をかえって促す。指尖部のブラッシングともみ洗いを最低120秒。グルコン酸クロルヘキシジン、即効性のアルコール(ウエルバス)は短時間で十分な消毒効果が得られる。ポピドンヨードとクロルヘキシジンとの比較ではクロルヘキシジンのほうが消毒効果が高い。皮膚の消毒の第一選択は2%クロルヘキシジンをベースとした製剤が望ましい。血液、体液や排泄物に触れるとき、創のある皮膚や粘膜に触れるとき、あるいは血液や体液で汚染された物品に触れるときは手袋を着用する。手袋を外した後は手洗いをする(清潔な未滅菌手袋でよいが、手袋の微小孔や破損によって感染する可能性があるため、手袋を外したあと手を洗う)。

7) 消毒液の功罪

月からアポロ11号が地球の海上に帰還したとき、月からの微生物の存在の危険を配慮して、広スペクトラムかつ強力なポピドンヨードの噴霧が行われた。しかし消毒液は抗生物質と異なり選択毒性がなく微生物と同時に人の創面を構成する全ての細胞に毒性を有する。またこの消毒薬はin vitroの実験で、1%でも好中球を完全死滅させるし、0.01%まで薄めても線維芽細胞を傷害する。従って創傷治癒において消毒剤が害になり得る。

8) 消毒効果へ影響するもの

消毒剤は血液、血漿、分泌物、油脂などの有機物で汚染されると、これらに吸着され殺菌作用が低下する。消毒剤の効果は20℃におけるもので表示されるが、一般的に温度影響を強くうけ温度が高くなるに従って効果が増す。5℃の消毒剤は効果がない。消毒剤には対象微生物による感受性の差がある。

9) 一次縫合部の局方ガーゼドレッシングは有用か

局方ガーゼの長所：創の保護、保温、滲出液の吸収に優れ、安価である。

- 局方ガーゼの欠点：1) 滲出液を吸収すると保温性がなくなり、感染に対して弱くなる。
2) 創傷治癒に関係する細胞増殖因子を吸収してしまう。
3) 創面に固着して、交換の際に新生上皮を剥離して創の治癒を遅らせる。
4) ガーゼドレッシング固定によるテープかぶれ。

10) まとめ

外科手術の多くが、現在低侵襲の手術法に代わりつつある。こうしたなか、いままでの多くの外科医が永年の経験とか先入観にとらわれすぎてきた嫌いがあったのではないかと反省がなされるようになってきた。例えば、一般外科領域では、虫垂炎の手術さえ内視鏡手術が一般的になってきていること、術後24時間後の抗生剤投与が無意味であるばかりか、3日以上投与すると常在細菌叢を攪乱し、耐性菌の出現をみることなど。こうした情報は、患者サイドでも簡単に知り得る状況になってきている。また規制緩和にて消毒剤の購入、消毒剤のついた被覆材などが市販されるようになってきている。この様な状況下で、外来での創処置は、外来でのプライマリーサージャリーという観点にたつての、EBMに基づいた治療・処置の重要性が増すものと思われる。

参考文献

- ・ 不思議な国の医療（朝日新聞日曜版）
- ・ 新しい創傷治療
<http://www.asahi-net.or.jp/~kr2m-nti/wound/>
- ・ 創傷のケア 西条正城 皮膚病診療Vol.21.No.3.p.247 1999
- ・ Doctors医学をきずいた人びと シャーウィン・ヌーランド
- ・ CDC (Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention) ガイドライン<http://www.cdc.gov>

第109回例会を担当して

木花 光

済生会横浜市南部病院

平成6年に第86回例会を担当してから、8年ぶりに第109回例会を担当することになりました。前回は幹事になったばかりで、いきなり当番幹事にさせられ、しかも共催のメーカーも例会担当は初めてということで、とまどうことばかりでした。企画委員会でもなかなかテーマが決まらず苦労したのは、「神皮3号」に書いたとおりです。

今回は、「皮膚の消毒は必要か？」というテーマを考えてましたので、企画委員会の席でも余裕がありました。私の知るかぎり、皮膚科の学会でこのテーマで討論がされたことはありませんでしたので。原会長にも当会らしいユニークなテーマでいいんじゃないのと、誉めていただきました。

私は卒後3、4年目の出張病院での毎日の褥瘡などの処置を通じて、「褥瘡など皮膚病の消毒は必要ない。むしろ治癒を遅らせたり、接触皮膚炎の原因になりうる」と悟りました。しかし、大学では、私がフレッシュマンだった20数年前から今も全く何も変わらず、消毒に何の疑問も持たず、消毒し続けているようです。このごろは類天疱瘡のびらんにも消毒薬を塗っているようで、体中で面積が広くて大変だからと、消毒薬をスプレーするようにしたと聞きました。したがって、私のところに出張してくる若い先生も、消毒するのは当然の当然です。私なんぞが皮膚病の消毒は必要ないといっても、大学ではそうは習っていませんでおしまいです。よその大学でも状況は似たり寄ったりのようで、ヘイリー・ヘイリー病のびらんに二次感染予防のためヒビテンを使っていて接触皮膚炎を起こしたなどという論文が堂々と雑誌に載

っています。消毒しても、直後に生理食塩水で洗い流せば害はないと思っている先生も多いようです。

ところが、アメリカでは褥瘡は消毒しないというのがコンセンサスになっているようで、この外圧を助けとして日本でも消毒はやめた方がいいのではないかと企画しました。アメリカではこうしているというのが、日本では一番信用されます。日本はまだそういう国です。こうしてテーマは簡単に決まったのですが、難航したのが、誰を講師にお招きするかです。皆さん、今まで何の疑問も持たずに消毒されているわけですから、消毒は必要ないとか、あるいは逆に絶対に必要だとか、意見を述べている人が見当たらないのです。やっと何とか講師を捜しだしましたので、例会では私が司会もやり、どのようにして講師を見つけたのかを話させていただきました。

こうして準備万端整い、あとは3日後の開会を待つばかりとなった7月4日に大事件が起きたのです。そうです、かねて闘病中であられた原会長があまりにも急に御逝去されたのです。しかも御葬儀の日時が、例会と全く重なってしまいました。例会は中止とのうわさも流れてきました。しかし、例会中止は、最期まで例会出席を希望されていた原先生の御遺志に反すると私は思っていましたので、何としてでも開催するつもりでした。こういう事態でしたが、当日は大勢の先生に参加していただき、どうもありがとうございました。

最後になりましたが、当会の発展に御尽力されました原先生の御冥福を祈ります。合掌。

第110回神奈川県皮膚科医会

日時：平成14年12月1日（日）14：00～

会場：関内新井ホール

テーマ：皮膚老化への美容学的アプローチ

1. 臨時総会
2. 新会長挨拶 菅原 信（けいゆう病院）
3. イントロダクション 塩谷千賀子（鎌倉市）
4. 皮膚の老化と修復機構 川久保洋（埼玉医科大学総合医療センター皮膚科助教授）
座長：栗原誠一（平塚市）
5. 製品説明 アベンティスファーマ株式会社
6. 議事
7. レーザーによる修復 大竹尚之（横浜南共済病院美容外科部長）
座長：金丸哲山（横須賀市）
8. ピーリングによる修復 鈴木敏彦（横浜南共済病院形成外科部長）
座長：毛利 忍（横浜市立市民病院）
9. 健保問題Q&A
10. 学校保健の話題 富永 孝（神奈川県医師会学校医部会副部会長）
11. 懇親会

レーザーによる修復

大竹尚之

横浜南共済病院美容外科部長

レーザーの皮膚への光学特性は反射、吸収、散乱、透過、発光でレーザーの波長、パルス幅、熱量などで変化する。酸化ヘモグロビン、メラニンなどへの吸光性を参考に各種のレーザー機器が開発されている。各種レーザーの特徴を症例を供覧しながら考察する。

Qスイッチルビーレーザー：10万分の1～4秒というパルスで波長694nmのレーザーを発する装置でメラノゾームに適応する。太田母斑、扁平母斑などに効果的であるが、そのためには多くの回数の照射を要する。また機器の安定性もデリケートである。

ダイオードレーザー：波長810nmで青色、黒色に対応する。また真皮への到達性が良く、skin rejuvenationにも用いられる。脱毛にも効果があり、組織学的に毛母のメラニンに作用し毛乳頭との分離を引き起こしているのを確認した。

long pulse KTP (Aura i)：Qスイッチの逆でパルス幅50ms、波長532nmで主に赤色に対応する色素レーザーの一種である。真皮の酸化ヘモグロビンに選択的に吸収されるとされ、照射後直ちに痂皮化するため解放で管理出来るが、表皮の障害も起こしやすく我が国では普及していない。

QYAG5：532nmと1064nmの波長混合の機器。つまりKTPとYAGの混合である。メラノゾームに極めて効果的である。Qスイッチルビーレーザーに取って代わる可能性をもっている。

Flashlamp Dye LASER：波長590nmの色素レーザー。血管性病変に効果的で、安定している。

ピーリングによる修復

鈴木敏彦

横浜南共済病院形成外科部長

ケミカルピーリングは、皮膚を化学的に剥離し、表皮または真皮の再生する創傷治癒過程を利用し、健全な皮膚組織で置き換える効果を目的に始められた剥皮術の1方法である。東洋人の皮膚の光老化はシワよりもむしろシミとなって現れるため、白色人種の皮膚のために開発されたピーリング（強いピーリング）をそのまま東洋人の皮膚に使用することには色素沈着などの問題点が多い。我々の施設では、Superficial chemical peelingとしてAHA、BHA、Tretinoinを、Medium depth peelingとしてTCAの症例を数多く経験している。その中でも、我々は、Very light peelのピーリング剤としてのTretinoinに注目した。

1999年2月より2002年8月までの3年半の間に、Tretinoin外用による治療を行った741症例を、老人性色素斑群・肝斑群・ニキビ群の3群に分類し、使用后皮膚刺激症状が強く使用中止となった症例28例（3.7%）及び経過観察期間が6ヵ月未満であった81例を除いた632症例に対して、使用后1ヵ月・3ヵ月・6ヵ月及び終了時の臨床的評価を写真にて行った。結果は、老人性色素斑・ニキビでは、高い改善度（78%・91%）を認め、他の報告とほぼ同様の結果を得たものの、肝斑ではトレチノインが効果的に作用しているとは思われなかった。肝斑の治療無効例に対しては、トランサミン・リン酸L-アスコルビルマグネシウムなどを併用し改善度を上げることができた。

普通の日常生活を送りながら受けることが可能な優しい皮膚改善方法として、Tretinoinは優れたピーリング剤であると考えられた。

第110回例会を担当して



塩谷千賀子

鎌倉市

鎌倉でそろそろ例会担当どうですかという話が出たのは2年前の常任幹事会の時だったと思います。当時大腸癌の手術後で、そんな先のことどうなるのか自信が持てず、躊躇しておりましたが、原先生の「塩谷先生お願いしますよ。何かあったら市の皮膚科医会でカバーしますから」の言葉と、持丸ちづ子先生にも一緒に担当幹事をお願いすることで引き受けました。

テーマは「美容」という接点で決めたいと思っていました。例会のイントロダクションでも話したのですが、日常の診療の中で、患者さんの治療に対する要求が最近頓に高くなっているように感じています。女性向けの雑誌に載っている膨大な量の化粧品等や美容整形に関する記事を見ていると、誰でも簡単に皮膚の若返りが可能であるような気がしてきます。以前ならもう年だからと気にもしなかったであろうシミやシワについての相談を受けたり、電話でピーリングの問い合わせも時々あります。取り上げたいものは色々ありましたが、皮膚の老化ということに絞り、そのメカニズムと対策に決めました。講演を依頼する先生に

ついては企画委員会の中で紹介いただき、お願いすることが出来ました。

これで一段落なのですが、この間私自身は数回あちこち修理のため入退院を繰り返し、さらに原先生が入院手術という事態に陥りました。鎌倉は一度お祓いをしてもらった方がいいよと言われてたりしたものです。

今年1月、原先生から集まってもらいたいと連絡があり市皮膚科医会の全員が揃って先生の御自宅に伺いました。あとで考えるに例会準備を通して市皮膚科医が一つに纏っていくようにとの心積りだったのだと気付きました。

今回のテーマの美容学的な治療については皮膚科医としてどの様な形で、どの程度関わっていくか様々な意見があると思います。時間があれば実際に実演等もしてみたかったのですが、それはまたいつかの機会に。

最後に、ご講演いただいた川久保洋先生、大竹尚之先生、鈴木敏彦先生ありがとうございました。また共催のアベンティスファーマ株式会社の方々に感謝申し上げます。

皮膚の日

講演：長谷哲男先生
(横浜市立大学皮膚科学教室助教授)



2002年11月10日(日)、横浜そごう 9階市民フロアにて「皮膚の日」の講演会と皮膚病無料相談が行われました。

当日は快晴絶好の行楽日和でした。午後1時から神奈川県皮膚科医会新会長の菅原信先生の開会の挨拶で始まり、引き続き講演は、横浜市立大学皮膚科学教室の長谷哲男助教授が「やさしい皮膚がんの話」をテーマに取り上げ、行われました。一般の方々にはやや難しい内容でしたが、分かりやすく説明をされ、1人の退場者もなく皆真剣に話に聞き入っていました。

講演終了後、熱心な聴衆より長谷先生に質問があるなど、聴衆の数はそれほど多くはなかったものの会場は終始熱気に溢れた雰囲気でした。滝沢清宏副会長による締め挨拶があり、無料皮膚病相談に移りました。相談者は6名で、長谷、木花、和田、宮本、武沼、水戸部先生が担当してくれました。皆、真剣で相談時間が長く、すべて終了まで40分を要しました。帰りには皆感謝の言葉を述べていきました。とても有意義であったと思います。

終了後はうどんすき「美々卯」で打ち上げをして解散となりました。

なお、毛利忍副会長は前日よりアナフィラキシーで横浜市民病院に入院されていたにも拘らず、退院の帰途わざわざ会場に足を運んで戴きました。敬服するとともに、ここにお礼申し上げます。

聴衆：26名

皮膚病相談者：6名

応援に来て戴いた先生：14名 菅原会長、滝沢副会長、毛利副会長、栗原幹事長、伊東、長谷、宮本、太田(幸宏)、太田(幸則)、木花、武沼、浅井、和田、水戸部先生

当日参加して戴いた先生方には本当にありがとうございました。

(伊東文行)