

かゆみの訴えがある患者へのケアの実際

国際医療福祉大学三田病院 看護部、皮膚・排泄ケア認定看護師

小竹雅江



はじめに

看護師が臨床で遭遇するかゆみの要因には、接触性皮膚炎をはじめとする多くの疾患以外に弾性ストッキング着用など医療関連機器の接触によるもの、安静や治療で入浴ができない場合の清潔ケアの不足、テープやストーマ装具など医療用粘着剤の使用などがある。このように、かゆみを引き起こす要因はさまざまであり、その対処方法も多様である。

かゆみは精神的苦痛にもなり、活動への注意力散漫や夜間の不眠など、安楽障害の原因にもなる。さらには輸液ラインやドレーン等の自己抜去など、医療事故につながる可能性もある。

かゆみの訴えに対しては、外用薬等の処方など適切な治療・処置が行われるが、これらを行っても改善しないケースもある。その場合は、清潔や保湿などのケアで予防・改善ができることもある。そのため、看護師としてできることは、日頃から患者の皮膚を適切にアセスメントし、皮膚障害や皮膚の乾燥を早期発見し、適切に対処することが重要である。

本稿では、実際に遭遇したかゆみの訴えがある患者の症例から、看護

師が行えるケアの要点を述べる。

症例提示

1. 弾性包帯着用による 掻痒感へのケア

【患者紹介】

90歳代、女性。慢性心不全で緊急入院。入院時から両側下腿浮腫があった。

【状況】

入院前から下腿浮腫がみられていたため、弾性ストッキング（ハイソックスタイプ）を着用していたが、前脛部～腓腹全体に掻痒感が出現していたことから、弾性包帯に変更した。当院では、ギプス用下巻材を巻いてから弾性包帯を巻いているが、弾性ストッキング（ハイソックスタイプ）着用時と同じように掻痒感が出現した。そのため、ギプス用下巻材の種類を変更したが、掻痒感が持続していた（図1）。

なお、浮腫による滲出液はなく、保湿目的で入院前から使用していたヘパリン類似物質ローションは入院後も継続使用していた。

掻痒感はフェイススケールで4～5/10点であった。

【アセスメント】

浮腫による皮膚の菲薄化が起こっており乾燥があることから、皮膚の水分や皮脂が失われ、バリア機能が低下していると推察された。

左膝下には、弾性ストッキングのゴムの刺激による接触性皮膚炎と考えられる点状の小丘疹がみられた。しかし、変更した綿製の弾性包帯の下にポリプロピレンとポリエステル素材のチューブ包帯も使用したため、蒸れによる可能性も考えられた。

さらに、清潔ケアでは心負荷を配慮して、シャワー浴は週2回、それ以外はタオル清拭のみであったため、皮膚の洗浄・保湿・保護といったスキンケアができていなかったと考えられた。加えて、湿タオルの摩擦で皮膚乾燥が助長した可能性もあった。

【ケア方法】

乾燥と菲薄化によるバリア機能の低下があるため、保湿によるバリア機能の改善を第一優先とした。

清拭時は、皮膚に対して愛護的に洗浄と保湿を行える皮膚保護・洗浄クリームの1日1回の使用を提案し、開始した。清拭後には、これまで使用していた保湿剤の塗布も継続した。



図1 ●相談時の下腿の状態

弾性ストッキングによる接触性皮膚炎と皮膚の乾燥がみられた。



図2 ●乾燥と菲薄に対するケア

皮膚保護・洗浄クリームでの皮膚の清潔と保湿ケアを継続したところ、かゆみが軽減したため、弾性包帯着用が継続でき、1週間後に下腿の浮腫も改善した。



図3 ●フィルム材貼付部位に発生した発赤

介入開始時にフィルム材貼付部位に沿って発赤と掻痒感があったため、セラミド配合保湿性乳液ローションとノンアルコール性保護膜形成剤の使用を開始した。



図4 ●発赤・掻痒感の消失

ケア介入翌日には発赤も掻痒感も消退したが、2日後に掻痒感が出現してきたため、フィルム材の交換は3日ごととし、同様の処置を行った。

【結果】

皮膚保護・洗浄クリームの使用を開始したところ、皮膚は清浄化し、1週間後に発疹が消失した。掻痒感もフェイススケールで0となり、かゆみも消失したことで弾性包帯着用の継続ができ、下腿浮腫も軽減した。患者からは「かゆみもなくなり、すごく効果があったよ。」との声も聞かれた(図2)。

【まとめ】

浮腫により菲薄化している皮膚の乾燥を防ぐために、患者の状態にあったスキンケアを実施した。その結果、皮膚の清浄化と乾燥が軽減し、皮膚の発疹やかゆみなど

の症状を改善できたと考える。また、弾性ストッキングにはクロロプレングム（合成ゴム）を使用しているものもあるため、天然ゴムアレルギーの有無を確認し素材を考慮することも、皮膚障害や掻痒感を予防するうえで重要である。

2. 医療用粘着剤による発赤とかゆみへのケア

【患者紹介】

60歳代、男性。直腸がん術後、外来にて化学療法を施行しているが、イレウス診断にて入院中。

【状況】

入院時よりCVポートから高カ

ロリー輸液が持続投与されていた。入院1週間後にCVポート針刺入部を保護するポリウレタンフィルム（以下、フィルム材）貼付部位全体に発赤と掻痒感があった。クロベタゾールプロピオン酸エステルローション（デルモベートスカルプローション0.05%）を塗布していたが、症状に変化はなかった(図3)。

【アセスメント】

発赤はフィルム材の貼付部位を超えていないため、粘着剤の長期間の貼付による一時的な接触皮膚炎と考えられた。

同部位へのフィルム材の貼付時間が長いと、その部位に汗や滲出液などの水分が過剰に溜まり、皮膚が浸軟状態になる。また、フィルム材の剥離時に、角層が剥がれてしまうことで、皮膚バリア機能の低下が起こる。皮膚バリア機能低下により、物理的な刺激に弱くなり、化学物質や細菌が侵入し、皮膚障害が発生すると考えられた。

シャワー浴後にフィルム材を交換していたが、皮膚の洗浄が不足しており、皮膚にフィルム材の粘着剤が残っていることも原因と考えられた。

【ケア方法】

テープ貼付前に皮膚に汚れなどが付着していることが、一次的接触皮膚炎やアレルギー性皮膚炎ならびに毛嚢炎の原因になることがあるため¹⁾、フィルム材剥離後は、皮膚保護・洗浄クリームを使用し皮膚の清浄化を図った。皮膚がやや光沢をおび、脆弱化しているため、乾燥を改善する目的でセラミ

ド入りの保湿性乳液ローションを塗布した。さらに、剥離時の皮膚損傷を予防するために、ノンアルコール性保護膜形成剤を使用し、貼付するフィルム材の大きさは最小限にした。

【結果】

翌日から掻痒感の訴えはなくなり、発赤は改善していた。フィルム材は3日ごとの交換とし、同様のケアを継続したことで、皮膚障害の再発や悪化がなく経過した(図4)。

【まとめ】

かゆみの軽減については、粘着剤の角層剥離を最小限にして、皮膚バリア機能の低下を防ぐことが重要である。また、被膜剤を使用する以外にも角層剥離の少ない剥がし方などの工夫も必要である。

3. 認知症患者の 皮脂欠乏性湿疹による 掻痒感へのケア

【患者紹介】

90歳代、女性。仙骨骨折後の低カリウム血症にて入院。

【状況】

左上腕～背部全体に紅斑、丘疹、痂痂がみられた。以前から、皮脂欠乏性湿疹の診断がされており、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏（アンテベート®軟膏0.05%）とヘパリン類似物質軟膏（ヒルドイド®ソフト軟膏0.3%）の塗布を継続していた。入院後も同様の軟膏塗布継続指示となった。

なお、患者は認知症もあり、覚醒時は常に「痛い」「かゆい」と



図5 ●介入時の皮膚状態

右上腕～背部全体に皮脂欠乏性湿疹がみられた。

叫んでいた(図5)。軟膏塗布を連日施行したが、皮膚症状やかゆみに変化はなかった。

【アセスメント】

ベッド上安静であったため、清潔ケアは温タオルでの清拭であったが、軟膏の残留や痂痂があり、皮膚の清潔が保たれていなかった。清拭での摩擦でさらなる皮脂の喪失となり、乾燥が助長され、皮膚のバリア機能が破綻していた。

患者は常に「かゆい」と叫んでいたが、認知症があるため、かゆみの評価が困難であったが、かゆみの訴えが持続するということは、苦痛が持続している状態であった。そのため、掻破や予測がつかない行動が起こる可能性があった。

【看護ケア】

皮脂欠乏性湿疹であり、清拭での摩擦で皮脂を除去することにより、乾燥を助長すると考え、皮膚保護・洗浄クリームで愛護的な清拭を行った。処方された軟膏の塗布を継続し、患者がかゆみで叫ぶときは軟膏を追加で塗布した。特にかゆみが強いときには、患部に保冷剤を当てるなど冷罨法を実施し、掛け物で調節するなど体温調整も行った。



図6 ●ケア介入2週間後

2週間後、皮疹は改善しかゆみの訴えもなくなった。

患者は認知症があり、輸液ルートを引っ張ったり、掻破しやすい状況だったため、抑制用ミトンの着用や適宜爪切りを行うなど、掻破による二次的な皮膚損傷の防止に努めた。

【結果】

覚醒しているときはかゆみのため常に叫んでいた状態であったが、2週間後には叫ぶこともなくなった。皮膚も落屑がなくなり、発疹はほぼ消退した(図6)。掻破防止で使用していた抑制用ミトンの使用も中止した。

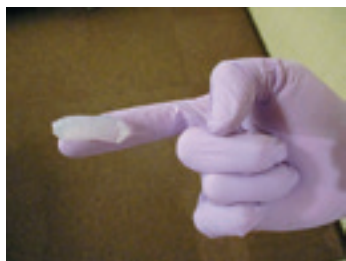
【まとめ】

高齢者に生じる掻痒で最も多いのは、老人性乾皮症(皮脂欠乏症)である。乾燥した皮膚はバリア機能が低下し、角層の緻密な層構造が崩れ、外界からの微生物やアレルゲンなどの刺激物質が侵入しやすくなるといわれることから²⁾、高齢者には保湿ケアの継続が大切である。特に、訴えを表出できない認知症患者においては、看護師による注意深い観察や安全を考慮した環境調整が重要である。

かゆみの訴えがある 患者へのケアの要点

かゆみに対する看護で重要なのは、皮膚の保清・保湿・二次損傷予防である。スタッフがかゆみのアセスメントを行い、ケアの重要性を理解し、患者に適したケア方法を共有し継続できることが必要である。さらに、患者の「かゆい」というつらさを理解し、精神面への援助も大切である。

図7に、保湿剤を塗布する際の要点を示す。保湿剤の塗布は入浴後10分以内をめやすに行う。乾燥がみられる場合は、繰り返し保湿を行うことも重要である。



軟膏やクリーム類は1 FTU (finger-tip-unit)：人差し指第1関節の長さ(約0.5g)



ローションは1円玉大(約0.5g)

大人の手のひら2つ分程度の面積に塗布



軟膏は患者の皮膚の上で伸ばさない。あらかじめ両手で伸ばしておく



摩擦を与えないように注意する。やさしく抑えるように塗布する

図7 ●保湿剤の外用量のめやすと塗布方法

おわりに

『皮膚掻痒症診断ガイドライン2020』によると、皮膚掻痒症への保湿剤の効果については推奨度Bとなっており、ドライスキンを伴う皮膚掻痒症に対しては保湿剤使用により掻痒の軽減が見込まれることから³⁾、かゆみに対する保湿剤の塗布は重要である。

臨床では、基礎疾患、清潔ケア内容、環境の変化など、さまざまな原因によって、ドライスキンが発症し、かゆみを訴える患者は多い。患者の安心・安楽な生活のためにも、日頃

から継続したスキンケアがかゆみの発症を防ぐ方法である。

引用文献

- 1) 永野みどり：粘着テープによる皮膚障害のスキンケア，スキンケアガイドランス．日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会 編著：99，日本看護協会出版社，東京，2002．
- 2) 清藤友里絵：高齢者のスキンケア．スキンケアガイドブック．日本創傷・オストミー・失禁管理学会 編：97，照林社，東京，2017．
- 3) 佐藤貴浩，横関博雄，室田浩之，他日本皮膚科学会ガイドライン：皮膚掻痒症診療ガイドライン2020．日本皮膚科学会雑誌，130（7）：1589-1606，2020．

参考文献

- 1) 安部正敏：湿疹・皮膚炎．スキンケアガイドブック．日本創傷・オストミー・失禁管理学会 編：69-72，照林社，東京，2017．
- 2) 永野みどり：粘着テープによる皮膚障害のスキンケア．スキンケアガイドランス．日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会 編著：91-103，日本看護協会出版会，東京，2002．
- 3) 小林直美：乾燥（ドライスキン）．スキンケアガイドブック．日本創傷・オストミー・失禁管理学会 編：26-30，照林社，東京，2017．
- 4) 小林直美：掻痒．スキンケアガイドブック．日本創傷・オストミー・失禁管理学会 編：31-35，照林社，東京，2017．
- 5) 真田弘美，大桑麻由美：乾燥．スキンケアガイドランス．日本看護協会認定看護師制度委員会創傷ケア基準検討会 編著：109-113，日本看護協会出版会，東京，2002．

小竹雅江（こたけ・まさえ）
2010年，皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得。

発行 「アルメディア」編集室

〒130-0013
東京都墨田区錦糸1-2-1
アルカセントラル19階 アルケア株式会社 学術部
TEL.03(5611)7823 FAX.03(5611)7827
woc@alcare.co.jp

編集 株式会社照林社

小誌へのお問い合わせ、ご意見は上記学術部へお寄せ下さい。

本書に記載されている治療法やケアに関する内容は、筆者の考えにもとづくものです。したがって実際の治療やケアにあたっては、薬剤や創傷被覆材ならば添付文書、その他の製品については使用説明書を確認の上、本書に記載されている内容が個々の患者様での使用にふさわしいものであるか、読者御自身で細心の注意を払われることを要望いたします。

本誌に掲載する著作物の複製権、翻訳権、公衆送信権（当社WEB上での公開等）は、アルケア株式会社が保有します。