

属器など、さまざまな組織が存在する層です。

医学的に表皮のみの創傷を「びらん」、真皮に至る創傷を「潰瘍」と区別します。びらんは表皮のみの損傷のため、創傷の陥凹はほとんどありませんし、出血や滲出液も少量です。痕もほとんど残らずきれいに治ります。一方、創傷が真皮に至ると皮膚の陥凹も生じ、出血や滲出液もみられます。真皮には神経組織も存在しますから疼痛も生じます。また、組織が修復する過程で、膠原線維という線維組織が肉芽を形成することにより、傷あとが残る可能性もあります。

これらの違いから皮膚の創傷は2つに分けられています。それらを踏まえて、以下に創傷の深さに応じた具体的な治療法を提示します。

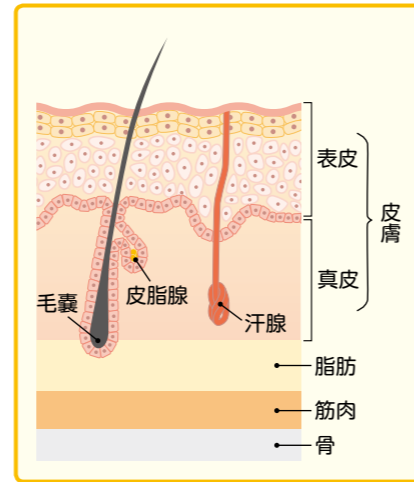


図1 皮膚の構造

表皮欠損のみの創傷（びらん）

表皮欠損のみの非常に浅い創傷では、出血や滲出液も少なく、創傷治癒後の瘢痕もあまり生じません。治癒までの期間も比較的短いことから、創

傷の保護が治療の主体となります。具体的には、擦れなどから生じた皮膚の水疱形成後のびらんなどが該当します。

症例1：70歳、女性

本症例はパーキンソン病にて臥床状態で、るいそうもみられました。体位交換やおむつの擦れなどによって腰臀部に水疱ができ、一部が破けてびらんを生じました。感染徴候は認めないため、ポリウレタンフィルムでびらん部位を保護しました。滲出が目立たないかぎり、とくにフィルムの交換

は行わず、1週間後には上皮化しました（図2）。びらんのような表皮のみの欠損では、滲出液の多寡はあまり問題になりません。ポリウレタンフィルムは創傷をしっかりと保護でき、創部の観察も可能で管理も簡便です。なお、保険償還については技術料に包括されているので注意が必要です。



図2 症例1：水疱形成後のびらん

真皮に至る創傷

前述したように、真皮に至る創傷では表皮欠損のみの創傷と比較すると滲出液もやや増加し、疼痛症状を伴ったり、治癒後の瘢痕が残ったりすることもあります。創部に壊死組織が目立つ場合には、外科的なデブリードマンや壊死組織除去作用のあるスルファジアジン銀含有クリーム（ゲーベン®クリーム）やポビドンヨードシュガー（ユーパスタコーワ）、カデキソマーヨウ素軟膏（カデックス®軟膏）などの外用薬の使用が有効です¹⁾。

明らかな感染徴候がみられる場合、抗菌外用薬や全身の抗菌薬投与が必要なこともあります。壊死が少量で明らかな感染徴候を認めない創では、ドレッシング材による滲出液の吸収や疼痛緩和、適度な湿潤環境を保つことによる瘢痕の軽減が期待されます。具体的にはハイドロコロイド（デュオアクティブ®ET、メピレックス®ライト）やポリウレタンフォーム（ハイドロサイト®薄型）などが特定保険医療材料として認められています。

症例2：59歳、男性

後腹膜線維症から下半身麻痺を生じた症例です。車いすで移動中に転倒して下腿に擦過創を生じ、浅い皮膚潰瘍を認めました。感染症状はみられなかったため、ハイドロサイト®薄型を貼付して治療しました。数日に1回の交換で10日後には上皮化しました（図3）。

ドレッシング材を使用するメリットとして、創部処置の回数が少なくて済む点も重要です。この症例では、患者自身による創部処置は麻痺症状の影響もあり困難でした。訪問看護利用時にドレッシング材を交換することにより、通院の負担も軽減できました。



図3 症例2：外傷後潰瘍