

老人性乾皮症，皮膚そう痒症，皮脂欠乏性湿疹

敷地孝法，原田勝博，広瀬憲志，荒瀬誠治

徳島大学医学部皮膚科学講座

(平成13年4月27日受付)

はじめに

「かゆみ」をどう扱うか，これは高齢者を診療する際の重要な問題である。とりわけ空気の乾燥する季節には「皮膚の乾燥」が「かゆみ」に拍車をかけ，患者数は爆発的に増加する。今回その皮膚の乾燥＝乾皮症から始まる皮膚そう痒症，続いて起こってくる皮脂欠乏性湿疹の一連の病態につき，発症機序，臨床，治療，生活指導について記述した。これらの老人性乾燥性皮膚疾患はそれぞれの状態において治療法が異なり，また生活習慣を改めることにより重症化するのを十分予防できることを強調したい。

冬が来ると皮膚が乾燥してかゆくなるということは，ある程度の年齢が来ると誰しも感じることであり，一種の生理現象といえる。ところがこれを掻き破って湿疹化させてしまうと治療を要する皮膚疾患となる。高齢者ではこの一連の状態が顕著となり，高齢者の多い日常の外来診療において『年がいくと皮膚が乾燥してかゆい。老人病じゃな。』などと患者が自己診断できるほどこの疾患はポピュラーとなりつつある。ただし，生活習慣の改善や適切なスキンケアと治療によりうまくコントロールできる場合が多いので，これらの病態や治療につき熟知する必要がある。以下，この老人性乾燥性皮膚疾患の発症機序，臨床，治療，生活指導につき順を追って述べることにする。

発症機序

体表を覆っている角層は，外界からのバリアとしての機能を担っているが，この角層に含まれる水分量が減少すると，皮膚がかさついた状態，すなわちドライスキンとなる。角層の水分保有能を決定するのは角層中のあぶら，すなわち脂質とその他の保湿因子であって，これら

がいわば水を閉じこめてしまうことによってみずみずしい皮膚を保っている。その中で重要なものは，皮脂腺から分泌される皮脂，セラミドを中心とする角質細胞間脂質，それとアミノ酸や尿素などの角質細胞内天然保湿因子である。中でも後二者が重要であって，これらが加齢とともに減少してくることが老人性乾皮症の本態である¹⁾。

次に皮膚が乾燥してくるとかゆみの閾値が低下する。その結果，普段はかゆみとして感知することのない僅かな刺激にも皮膚は敏感に反応し，これをかゆみとして感知する。皮膚に明らかな湿疹や蕁麻疹がみられず，単に乾燥しているだけなのにかゆく感じてしまう。これが皮膚そう痒症である。このかゆみを放置すると，ついつい掻いてしまい，掻くことによってそこに湿疹化がおこり，皮脂欠乏性湿疹を招来する。このように湿疹化がおこれば，これがまたかゆみを生み皮膚をさらに掻き壊し，湿疹化は進行する。こうした悪循環 (itch-scratch cycle) の結果，皮脂欠乏性湿疹の病巣は拡大し，増悪する²⁾。

臨床

老人などと言えは怒られるかもしれないが，50歳代に入ると軽度の老人性乾皮症はすでに認められることが多く，以後，加齢につれて急激に増加する。一番の好発部位は何と言っても下腿前面で，腰腹部，大腿，上肢がこれに次ぐ。当該部の皮膚は乾燥・粗造化し，あたかも粉がふいたかのような細かな鱗屑を付着する。乾皮症の状態である (図1 A)。これらがもう少し進行し掻破が加わってくると，皮膚の乾燥に加えて紅斑，丘疹，色素沈着が混在し，掻破痕と共に網目状の亀裂が出現してくる。掻破を重ね，悪循環を来した結果で，典型的な皮脂欠乏性湿疹と言える (図1 B)。これらの症状は季節によって大いに影響され，空気の乾燥する冬季には患者が爆発

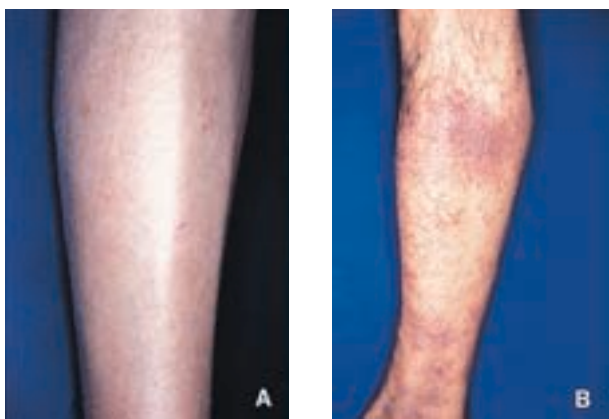


図1 下腿前面にみられる典型的な臨床像

- A 乾皮症：皮膚の乾燥・粗造化と粉をふいた様な細かな鱗屑を認める。
 B 皮脂欠乏性湿疹：紅斑，丘疹，色素沈着が混在し，掻破痕と共に網目状の亀裂を認める。

的に増加し，逆に比較的空氣が湿って汗をかく夏期には患者は減少する。また1日の内でも夜間，特に臥床時にかゆみが増強することが多い。これは後で述べる入浴の影響または電気毛布などの使用により，さらに皮膚が乾燥し，皮温が上昇することが原因と考えられる。

治 療

老人性乾皮症の状態と，それが湿疹化してしまった状態では治療法が異なってくる。乾皮症の段階で適切なスキンケアを行えば，湿疹化するのを防ぐことができると言っても過言ではない。

1 老人性乾皮症と老人性皮膚そう痒症の治療

1) 軟膏療法

白色ワセリン，尿素軟膏（ウレパール，ケラチナミン，パスタロンソフト），ヘパリン類似物質軟膏（ヒルドイド）が中心となる。白色ワセリンは，ご存じのように大昔から存在する最も基本的な膏薬であるが決してバカにはできない。多少べたつくという欠点はあるが，刺激感やかぶれがほとんどなく，大量に使用でき価格も安いという利点は他に類をみない。尿素は先に述べたように天然の保湿因子であり，加齢によって欠乏したものを補うという意味では非常に理にかなっている。ヒルドイドはコンドロイチン硫酸の多硫酸化物で当初は血行促進剤，皮膚科では主にしもやけに使われていたが，乾皮症に保険適応となってからは今や保湿剤の主流となりつつある。

ただし尿素軟膏もヒルドイドもクリーム基剤（水分が多い）であるので使用時にピリピリする刺激感を認める場合があるので注意が必要である。

さて外用のこつだが，塗布する時期が重要である。乾燥している方がくすりが染み込みやすいと思われがちであるが，入浴直後の皮膚がまだ水分を十分に含んでいる間に塗るのがよい。できるだけ多くの水分を閉じこめることができるからである。また外用時はゴシゴシ擦り込む必要は全くない。逆に擦り込むと皮膚を刺激してしまい，掻破するのと同じことになるからである。

2) 薬浴

米糠エキス配合のものをはじめ，各メーカーから様々なものが発売されている。筆者が自分で使ってみた印象としては，薬浴剤の種類を問わず何となくしっとりした感じはあるものの，すぐ乾いてしまう様な気がする。やはり保湿剤を塗るのにはかなわないであろう。ただしお湯によって角質を膨化させそこに保湿成分をよりよく浸透させるという意味では使い方によっては有益と思われる。

逆に“温泉の素”などに含有されているイオウ成分は皮脂の分泌を抑制し皮膚をますます乾燥させるので，老人性乾皮症には禁忌である。

3) かゆみに対する対症療法

抗ヒスタミン薬，抗アレルギー薬が第一選択となる。データをとったわけではないが，患者さんのうち半数以上はこれらの薬剤が有効と思われる。中には著効例もあり，ステロイド外用剤を減量できるケースも多い。ただし抗コリン作用を併せ持つ薬剤が多いので，前立腺肥大，緑内障のある患者には禁忌である。

2 皮脂欠乏性湿疹の治療

一度湿疹化してしまうと，もはや保湿剤単独では症状を抑えることはできない。掻破痕や亀裂のある場合には逆に保湿剤が刺激となり，さらにかゆみを招き前述の悪循環を招来させることとなる。湿疹が生じたらすみやかにステロイド外用剤を使用して悪循環を絶ち，その後保湿剤を上手に組み合わせていくことが大切である。ステロイド外用剤には weak から strongest まで多種存在するが，一般的な皮脂欠乏性湿疹には中間クラスのもの，例えばリンデロン VG 軟膏，ネリゾナ軟膏などで十分と思われる。クリーム基剤のものは刺激感が強い場合があ

るので，できれば軟膏基剤のものがよい。

生活指導

入浴：入浴は，爽快感や安らぎ，安眠などを与えてくれ，ストレス解消にもなるが，場合によっては皮膚のかゆみを増悪させることとなる。なぜなら，暖まること，乾燥すること，搔くことというかゆみの三悪がそろっているからである。実際に，老人性乾皮症の患者さんの中で入浴後にかゆみの増悪を訴える人はかなり多い。よって毎日の生活から切り離せない入浴を楽しく，有意義にすることは非常に大切となってくる。その具体的な対策としては，ぬるめのお湯にゆったりつかり，石鹼の使用はなるべく避け，使う場合でも弱酸性の乾燥肌用石鹼を使用する。ナイロンタオルの使用は禁忌であり，手ぬぐいなどやわらかい布で擦るようにする。できれば手に直接石鹼をつけて泡立て，なでるように洗うのがベストと考える。入浴剤は使用してもよいが，前述のようにイオウの入ったものは禁忌である。

環境：寒いからといって，過度の暖房は避けたい。空気の乾燥を防ぐため，必ず加湿にも気を配るようにする。濡れタオルを一枚干しておくだけで部屋の湿度はグンと変わってくるらしい。また冷え性の人にとってはたまたまなく気持ちよい電気毛布も，かゆみ増悪の原因となるので注意が必要である。

食餌：よくある質問であるが，油ものを多めに食べたからといって皮膚がしっとりしてくるわけではない。バランスのとれた食餌をとり，香辛料の効いた食べ物はなるべく避ける。アルコールは血行を良くするので，かゆみを増す原因となりうる。

その他：乾布摩擦は，精神的な効果を期待して古来受け継がれてきた日本文化であり元気なお年寄りの言うことには説得力があるが，理論から言っただけでかゆみを増悪させるのは明らかである。筆者は以前に，20年来続けてきた乾布摩擦をやめて全身のかゆみが消失した症例を経験している。

以上のように老人性乾燥性皮膚疾患は，生活習慣に大いに左右される。老人病と諦めず普段の生活から予防を心がけ，症状の強いときや，発疹が生じた場合は速やかに皮膚科を受診し適切な治療を受けることが大切であろう。

文 献

- (1) 山本達雄：高齢者の皮膚乾燥性疾患．デルマ，7：9 15 ,1998
- (2) 原正啓，小松紀之：老人性乾皮症．皮膚科診療プラクティス（田上八朗 他編），分光堂，東京，1999，pp9 18

Senile xerosis, Senile pruritus, Asteatotic eczema

Takanori Shikiji, Katsuhiko Harada, Kenji Hirose, and Seiji Arase

Department of Dermatology, The University of Tokushima School of Medicine, Tokushima, Japan

SUMMARY

How we can treat “itch”? That is a very important subject when we examine old patients. Especially in a dry season, “skin dryness” accelerates “itch”, and then the patients who suffer from senile pruritus and asteatotic eczema owing to dry skin (senile xerosis) considerably increase. In this paper, we describe the etiology, the clinical appearances, the treatments, and the suggestions of daily life of their diseases. We emphasize that the each stage of the senile xerotic diseases individually needs the appropriate skin care and treatments, and that the patients can prevent the diseases from advancing if they alter the habits of daily life.

Key words : senile xerosis, senile pruritus, asteatotic eczema