

Title	まだ、皮膚潰瘍やびらんを消毒していますか
Sub Title	
Author	木花, 光(Konohana, Akira)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2008
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.85, No.1 (2008. 4) ,p.49- 50
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20080400-0049">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20080400-0049</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

のスキル習得に若干シフトしているように感じられる。

患者は多種多様な分子・細胞から形成された1つの森である。診察室やベッドサイドで出会う患者の数だけ森も様々である。型通りのわかりやすい森もあれば、思わず頭を抱えてしまう森もある。その外観を漠然ととらえても森の本質は理解できない。症例ごとの特性が既存の診療マニュアルやフローチャートのみでは対応不可能であることは珍しくない。型通りの遂行では八方塞がりという局面においては、特異な問題点を自らが洗い出し、その解決の糸口をつかみに行く能動性が求められる。臨床でそれを実現するために必要なのは、例え自らが手にするのはピペットや試験管ではなく聴診器やメスであっても、患者の事象を細胞レベル・分子レベルで深く理解しようとする意識をもって個々の症例に挑む姿勢であろう。携わる医療の分野や規模の違いを越えて、いかなる臨床実地家にも求められるべき「森を見て木を見る」思考・姿勢こそが、慶應医学の育むべき医師像ではなからうか。

「木から」をめざすにせよ、「森から」をめざすにせよ、自らのキャリアに多様性を持たせるような意識と努力が個人に要求される。この見地から医学界は、T型/ $\pi$ 型の人材育成を今後の最優先課題の1つとして認識すべきであろう。オリジナルの学歴や職歴の中にとどまることなく、大きな目標を掲げ所に異分野とのクロスオーバーを躊躇せずに展開できるような弾力性のある人材を育てる環境は、医学・医療に限らず今日の社会に広く求められているのではなからうか。様々な分野でクラスター形成という言葉が脚光を浴びているが、これは組織の在り方に限ったことではなく、個人のキャリアの在り方にもあてはまると思われる。様々な学部・研究科を持ち合わせる私学の雄として随一の伝統と実力を誇る義塾は、そのような横断型人材育成を展開する場として極めて優位である。

第一線の研究による遺伝子や分子レベルの知見の羅列も、大規模臨床試験による成績の集積も、そのままでは個としての病気の本質には近づけない。「木を見て森を見る」は生命科学的アプローチのあるべき姿であり、「森を見て木を見る」は医療科学的アプローチのあるべき姿である。これらを double standards として統合的に教育・研究・臨床を展開することが慶應医学の使命であり、その2つを両立できないならば義塾が医学部を持つ意義は見出せないというのは過言であろうか。

21世紀は無限の可能性とともに多大な困難が人類に突き立てられている。世界は加速度的に混沌さを極め、文字通り複雑系の様相を呈している。東大・京大が複雑

系の基礎科学をめざすなら、まもなく創立150年の節目を迎える義塾は、福沢諭吉の実学精神に則り複雑系の実学を求めて邁進するべきである。その中で医学部の果たすべき役割は極めて大きい。「木を見て森を見る」研究者と「森を見て木を見る」医師の育成に、私も一教員として微力ながら貢献したいと思う次第である。

涌井昌俊（慶應義塾大学医学部医化学教室）

## まだ、皮膚潰瘍やびらんを消毒していますか

皮膚潰瘍やびらんは、外傷、熱傷、褥瘡、带状疱疹などの種々の皮膚疾患で見られるありふれた病変です。私は29年前に皮膚科に入局しましたが、細菌の二次感染を起こさないように、これらに対しイソジンやヒビテンで消毒し、抗生剤軟膏を塗りガーゼでおおうことを見様見まねで覚えました。また、「潰瘍を見たら培養」と教えられ、熱心に細菌培養をしてきました。潰瘍を培養すると必ず菌が生えてきます。それに対して消毒剤を代えてみたり、感受性のある抗生剤の軟膏に変更してみたりしましたが、1週間後には菌が耐性化するか、別の菌が生えてくるかで、菌陰性になることはありませんでした。

そのころ、難治の下腿潰瘍に対して、種々の消毒剤、抗生剤軟膏を使い、それらに対して感作された症例の論文を読みました。これではもう使える薬がないので、必ず感染を起こしてしまうのではと、その先を読んでみますと、生理食塩水で洗浄するだけで治ったとありました。目から鱗が落ちました。培養で検出された菌は感染を起こしているのではなく、そこにいるだけ（colonization）と気づきました。その証拠に感染による炎症症状がありません。

おそるおそる消毒をやめてみましたが、感染は起こさず、むしろ順調に治るとわかりました。消毒がしみて痛いということもなければ、消毒薬の接触皮膚炎を起こすこともありません。消毒薬の作用機序を調べてみますと、詳しくはわかっていないようですが、蛋白変性作用とされています。細菌の蛋白を変性させるので、細菌が死ぬのです。さらに細菌の蛋白だけに選択的に作用するのではなく、皮膚の蛋白も変性させます。このため消毒するとしみるのでしょうか。消毒をしていると、皮膚の蛋白も変性させて、壊死物質を作っていることになり、これは、細菌の餌となり巣となります。健康な皮膚であれば、角層がバリアとなっていますので、手術前の皮膚の消毒は特に問題はなく、私も実施しています。

また、消毒薬は血液、膿など有機物の存在下では効果

がないとされています。有機物があると、消毒薬と細菌が接触できないためとのことです。潰瘍やびらんには有機物が豊富で、消毒薬が効きそうもありません。事実、私の経験でも前述のように消毒薬で菌が陰性化したことはありません。

このように私は20年以上前より、皮膚潰瘍などの消毒はやめています。それが原因で感染を起こしたことはありません。しかし、世の中はあいかわらず消毒するのが当然でした。平成14年7月に神奈川県皮膚科医学会の第109回例会を担当した時に、「皮膚の消毒は必要か？」をテーマにしました。当時（といってもわずか5年前ですが）は、消毒をやっていない講師をみつけだすのに苦労しました。この例会が皮膚科雑誌にとりあげられたりしたこともあり、皮膚科、少なくとも神奈川県では消毒しない先生が増えてきています。アメリカでは褥瘡はもちろん外傷さえも消毒しないのが教科書の方針といます。アメリカではこうだというのが日本では一番信用されます。日本はまだまだその程度の国です。

消毒しなくても感染しないとわかると、患部の入浴も全く問題ないとわかり、患者のQuality of lifeを向上させます。

抗生剤が入っていない、皮膚潰瘍に対する外用剤が多種あることでもわかるように、抗生剤の外用剤も皮膚潰瘍の治療には必須ではありません。前述の私の経験でも、

抗生剤が入っていても1週間後には耐性菌が培養されました。すでに感染を起こしている潰瘍の場合には、抗生剤の内服あるいは点滴が必要です。

手術後の創部の消毒も必要ないとわかり、やめてから久しいのですが、まだまだ術後毎日消毒している医師が多いようです。その証拠に、現研修医制度で学ぶべき基本手技として、「創部消毒とガーゼ交換を実施できる」というのが挙げられています。創に血腫ができていないか、感染は起こしていないかなど、観察は大事ですが、術後の消毒は全く不要です。

蜂窩織炎などで皮膚が発赤腫脹しているとリバノール湿布をされることが多いのですが、これもリバノールという消毒薬を使う意味はありません。湿布をするとしても水道水で充分です。服などにリバノールの黄色がつかないように、油紙でおおっていることがほとんどですが、おおってしまうと気化しないので、気化熱を奪って冷却するという湿布の本来の働きができません。

ここまで、皮膚潰瘍は消毒しなくても感染することはまずないと述べてきましたが、厚い壊死でおおわれた皮膚潰瘍は要注意です。壊死の下で感染を起こすことがあります。この場合も、感染予防のため、壊死の表面を消毒するのは全く無駄で、壊死をなるべく早く除去するのが大事です。

木花 光 (済生会横浜市南部病院皮膚科)