

実践!

スキンケア・
テクニック

臨床ナースが行うスキンケア

現場のナースは“スキンケア”の重要性は十分に理解していますが、日々の業務の中では、治療にかかわるケアを優先しがちです。しかし、超高齢化に伴って「支える医療」への転換が進むなかで、患者のQOLにかかわるスキンケアの重要性が高まっています。本連載では、そうした臨床現場にあるナースが、スキンケアにいつそうの関心を寄せ、日々のケアを見直し、工夫・研鑽をするために有用な情報として、スキントラブルが起こりがちな状況・状態別スキンケア技術の実際を紹介します。

がん患者のスキンケア

第2回 化学療法・放射線療法によって
起こるスキントラブルに対して

がん患者は治療によって起こるさまざまな皮膚障害に悩まされています。化学療法、なかでも分子標的薬による皮膚障害や、放射線療法に伴う放射線性皮膚炎は、重篤になると著しくADLやQOLを低下させます。さらに、がん治療を優先するか皮膚障害を改善してQOLを高める方向に向かうかという容易に解決できない問題もはらんでいます。皮膚・排泄ケア認定看護師とがん化学療法看護認定看護師が連携して、がん患者のスキントラブルに対応している現場から、がん患者特有のスキンケアの実際についておうかがいしました。



加瀬昌子

地方独立行政法人総合病院
国保旭中央病院
(皮膚・排泄ケア認定看護師)



金芳佳子

地方独立行政法人総合病院
国保旭中央病院
(がん化学療法看護認定看護師)

化学療法によって起こる皮膚障害のケア
手足症候群を中心に

がん患者の皮膚障害には、化学療法や放射線療法などの治療に伴って起こるものがあります。化学療法薬は殺細胞性抗がん剤と分子標的薬に分かれますが、特に分子標的薬の有害事象としての皮膚障害が問題となっています。分子標的薬はがん細胞の生物学的な特徴を示す分子を“標的”として作用する薬剤です。殺細胞性抗がん剤に比べがん細胞への選択性が高く著効を示す側面もある一方で、さまざまな有害事象を引き起こします。

なかでもEGFR系阻害薬は上皮成長

因子受容体(epidermal growth factor receptor : EGFR)への結合によってシグナル伝達を阻害することで効果を発揮しますが、EGFRは正常組織である皮膚にも存在します。特に表皮角化細胞や脂腺細胞に存在するため、細胞分裂に影響して皮膚障害をもたらすことが知られています¹⁾。代表的な有害事象の1つが「手足症候群(Hand-foot syndrome : HFS)」です。手足症候群を発生しやすい殺細胞性抗がん剤と分子標的薬の種類を表1に示しました。

表1 手足症候群を発生しやすい
抗がん剤と分子標的薬

	一般名(製品名)
殺細胞性 抗がん剤	フルオロウラシル(5-FU)
	カペシタビン(ゼロータ®)
	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム(ティーエスワン®)
	ドセタキセル(タキソテール®)
	ドキシソルピシン塩酸塩リポソーム注射剤(ドキシル®)
	シタラビン(キロサイド®)
分子 標的薬	ソラフェニブ(ネクサバル®)
	スニチニブ(スーテント®)
	ラパチニブ(タイケルブ®)
	アキシチニブ(インライタ®)
	ペバシズマブ(アバステン®)
	レゴラフェニブ(スチバーガ®)
イマチニブ(グリベック®)	

手足症候群の症状とアセスメント

手足症候群は、その名称の通り、手や足を中心に紅斑や色素沈着が認められ、皮膚の角化や落屑を伴います。分子標的薬ではソラフェニブやレゴラフェニブなどで起こり重篤化するケースもあります。殺細胞性抗がん剤のなかでもカペシタピンやフルオロウラシルなどで生じる手足症候群は、角化やひび割れが著しく、管理に難渋することが多いです(図1)。

具体的な皮膚症状は皮疹・乾燥・掻痒感などで、薬剤によって異なります。ただ、レジメンによって皮膚障害の発現の時期を予測することはできるため、事前に予測して予防ケアを行う必要があります。当院では外来化学療法センターに通院して分子標的薬治療を受けている患者全例に初回から薬剤指導を行い、看護師が入って予防ケアを行っています。

発症した皮膚障害のアセスメントは、CTCAE分類によって行います。米国国立がん研究所(National Cancer Institute: NCI)が作成したCTCAE(Common Terminology Criteria for Adverse Events)の日本語版(有害事象共通用語規準 v4.0日本語訳JCOG版)を活用して重症度を判定します。手足症候群は、「手掌・足底発赤知覚不全症候群」の項目に該当します(表2)。

図1 手足症候群の症例写真(カペシタピン投与によって起こったもの)



CTCAE分類Grade3の状態：両手、両足に表皮剥離が起こり、日常生活に支障をきたしていた

表2 手足症候群の重症度(手掌・足底発赤知覚不全症候群):CTCAE分類

Grade1	Grade2	Grade3	Grade4	Grade5
疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例: 紅斑、浮腫、角質増殖症)	疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角質剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例: 角質剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限	—	—

●CTCAE分類の有害事象の重症度で、Grade1～5の5段階で評価される。手掌・足底発赤知覚不全症候群(手足症候群)にはGrade4と5が存在しない

(有害事象共通用語規準 v4.0日本語訳JCOG版(CTCAE v4.0-JCOG)より引用、JCOGホームページ: <http://www.jcog.jp/>)

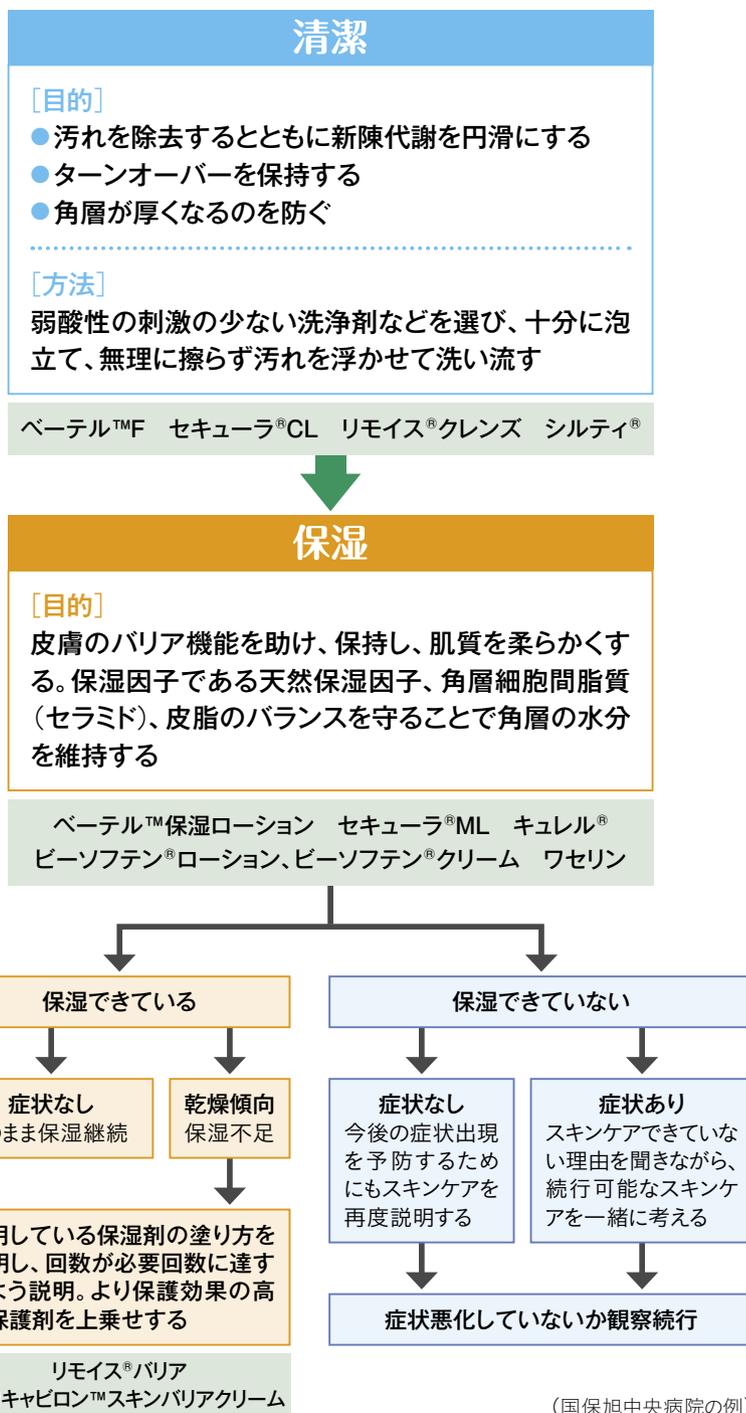
がん患者の皮膚障害へのスキンケア

がん患者へのスキンケア方法は、「清潔」「保湿」「保護」という3つの基本技術を、より「愛護的な方法」で行うことが原則になります。当院で考案した「基本のスキンケア」のフローチャートを紹介いたします(図2)。化学療法を受けている患者は易感染状態にあたり、皮膚のバリア機能が通常より低下していることがあるため、皮膚への刺激を最小限とすることに最も留意する必要があります。

そのためには、洗浄剤のタイプを十分に考慮したうえで、皮膚刺激を最小限にするような洗浄の仕方が重要です。洗浄剤は、低刺激性(弱酸性)、保湿成分入りのものがよいでしょう。洗浄時に最も注意しなければいけないことは、「ゴシゴシ擦らない」ことです。よく言われる「愛護的」という言葉通り、泡立てた洗浄剤を皮膚の上のせて泡を転がすようにして汚れを落とします。特に炎症期には皮膚ののせておくだけで洗浄できるような泡タイプのもを使います。当院ではベータテル™Fを使用しています。洗浄剤を落とす際も、ぬるめの湯を使って皮膚に刺激を与えないようにします。

「清潔」の次に大切なのは「保湿」です。保湿によって皮膚のバリア機能を助け保持します。手足症候群に限らず抗がん剤の投与によって皮膚は乾燥しがちになります。保湿剤の選択も重要で、アルコールを含まない保湿剤が原則です。保湿剤にはローションタイプとクリームタイプがありますが、抗がん剤によって脆弱になっている皮膚にはローションタイプのほうがよいでしょう。けっして皮膚を擦らないように、皮膚になじませるようにして保湿します。保護膜形成剤のリモイス®コートはノンアルコール性で保湿効

図2 基本のスキンケア



果もあるスプレータイプなので、抗がん剤によって脆弱になっている皮膚には使いやすいものの1つです。

ざ瘡様皮疹

手足症候群のほかに、抗がん剤による皮膚障害としてざ瘡様皮疹への対応も大切です。特に、EGFR系阻害薬セツキシマブやパニツムマブは高率にざ瘡様皮疹を発生させます。

通常のご瘡様皮疹は額部、頬部、顎部に発生しますが、抗がん剤によるざ瘡様

皮疹はこれらに加えて眉毛部や鼻翼部にも発生します。治療としてはステロイド軟膏の塗布、ミノサイクリン(ミノマイシン®)が投与されます。また、乾燥した皮膚は保湿ローションで保湿します。

抗がん剤治療と皮膚障害への対応

皮膚障害が重症化した場合は、いった

ん抗がん剤治療を休止して、皮膚障害の治療を優先することもあります。CTCAE分類のGrade2以上になって患者さんの苦痛が大きい場合には、症状の改善があるまで抗がん剤を減量してもらうか休薬してもらうように医師と相談することも必要です。医師も積極的に患者の声に耳を傾け、患者のQOLを重視して治療方針を決められます。

放射線性皮膚炎のケア

放射線性皮膚炎発生の機序とアセスメント

放射線療法において外部照射は必ず皮膚を通過して行われるため、その過程で、特に細胞分裂の盛んな皮膚の基底層が影

響されます。ダメージを受けた基底層では、角質になるはずの皮膚の細胞が減少し、皮膚は菲薄化します。皮膚のバリア機能が低下して皮膚は乾燥しがちになるため放射線性皮膚炎を発生することがあります(図3、4)。

放射線性皮膚炎には、放射線照射によって直接的に発生する皮膚炎と、皮膚の炎症部位に刺激が加わって起こる二次的な皮膚炎があります。また、放射線療法の間によって、急性皮膚炎と晩期皮膚炎に大別されます。急性皮膚炎は放射線治療中～終了後に起こるもので、晩期皮膚炎は治療開始3か月～数年にわたって出現するものです。急性皮膚炎は、放射線照射によって表皮が新生する機能が衰え皮膚が菲薄化し、皮脂腺や汗腺が障害

図3 放射線性皮膚炎の発生機序

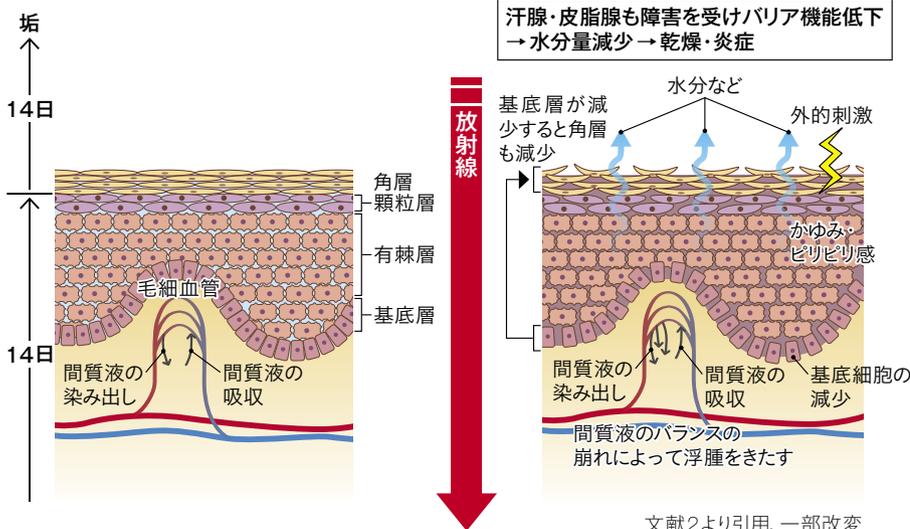


Illustration: Kazuhiro Imasaki

文献2より引用、一部改変

図4 放射線性皮膚炎の症例写真



軽度の浮腫、紅斑が認められる

を受けて皮膚が乾燥します。放射線の影響は微小血管にも及び、浮腫や炎症が起こります。晩期皮膚炎は、上皮細胞や角層が減少することで、乾燥、色素沈着・脱失、萎縮、皮下硬結が起こるものです。

放射線性皮膚炎は、接線照射を行う乳がんでは乳房や腋窩などで発生しやすく、また咽頭がん、喉頭がん、舌がんなどの頭頸部がんでは皮膚面が重なり可動性の高い部位や、皮膚が薄くて柔らかい部位に発生します。そのようなリスクの高い部位は観察を密に行い予防的スキンケアを行う必要があります。皮膚の観察は、前面の照射野だけでなく背面も重要です。放射線性皮膚炎は照射線量との関連でさまざまな皮膚症状を呈し(表3)、その重症度はCTCAE分類によってアセスメントします(表4)。

放射線性皮膚炎のスキンケア

放射線性皮膚炎のスキンケアの基本も、「清潔」「保湿」「保護」です。抗がん剤投与時の皮膚障害と同様に、皮膚はきわめて脆弱で過敏になっているため、皮膚刺激を最小限にすることが重要です。泡タイプの弱酸性洗剤を皮膚の上に置き、包み込むようにして汚れを落とします。

また「保湿」はとても重要です。放射線療法によって皮脂腺の機能が低下し皮膚は乾燥します。さらに角層が欠損しやすい状態になるため保湿が重要になります。ローションタイプの保湿剤を用い、皮膚に水分を浸透させるように置きます。照射前からの保湿も十分に行いますが、医師は照射部位に塗布物があることを避ける傾向があるようです。

放射線性皮膚炎では、二次的な皮膚炎への対応も大切です。機械的刺激や化学的刺激から皮膚を保護します。特に頸部

への照射の場合、着衣が刺激になってしまい表皮剥離を起こしてしまうこともあります。ごわごわした衣類が頸部に当たらないように保護する必要があります。エスアイエイド®などのドレッシング材をうまくカットして保護に使うこともあります(図5)。

*

化学療法や放射線療法を行っているがん患者は、有害事象の1つである重篤な皮膚障害に悩まされています。ナースは

患者の訴えからだけでなく、日々のアセスメントのなかからいち早くその徴候を察知して、適切な予防・ケアを行わなければなりません。特に治療によって菲薄・脆弱化した皮膚に対しては、きわめて「愛護的な」スキンケアの技術が求められます。

〈引用文献〉

1. 森文子: 皮膚障害. がん化学療法ケアガイド 改訂版, 中山書店, 東京, 2012: 189-207.
2. 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会: スキンケアガイドブック. 照林社, 東京, 2017.

表3 放射線照射線量と急性期有害事象

照射線量	皮膚症状
20~30Gy	発赤、紅斑、乾燥
30~50Gy	著明な発赤、腫脹、疼痛
50~60Gy	水疱、びらん、易出血
60Gy以上	潰瘍、壊死

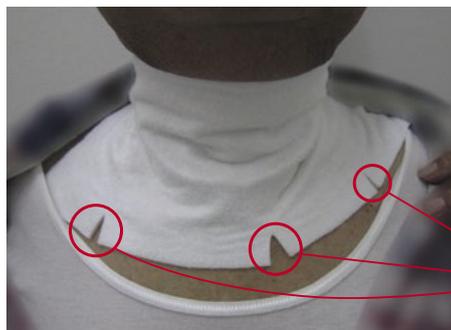
Gy=グレイ

表4 放射線性皮膚炎の重症度;CTCAE分類

Grade1	Grade2	Grade3	Grade4
わずかな紅斑や乾性落屑	中等度から高度の紅斑;まだらな湿性落屑。ただし、ほとんどがしわやひだに限局している;中等度の浮腫	しわやひだ以外の部位の湿性落屑;軽度の外傷や摩擦により出血する	生命を脅かす;皮膚全層の壊死や潰瘍;病変部より自然に出血する;皮膚移植を要する

(有害事象共通用語規準 v4.0日本語訳JCOG版(CTCAE v4.0-JCOG)より引用、JCOGホームページ: <http://www.jcog.jp/>) 「Grade5: 死亡」は省略

図5 放射線性皮膚炎発生部の保護(エスアイエイド®を使用して)



エスアイエイド®を貼付するときはどこどこに切れ目を入れて皮膚から浮かないようにする