

ノルウェー疥癬患者の看護

—— 院内感染予防対策と家族指導を通して ——

岩手県立中央病院 看護部

菊 地 真 弓

及 川 智恵美

伊 藤 芳 子

はじめに

疥癬の重症型をノルウェー疥癬と呼び（第1例目の報告地に由来）原因は同じ疥癬虫であるが、免疫能の低下した人、入浴回数の少ない不潔な生活者、乾燥して角質の厚い老人、知能低下・精神薄弱の人（搔破しないために虫体が落下せず、繁殖が著しい為）などにみられる。多量の疥癬虫を認め、老人ホームや、病院内での集団発生が多いといわれている。

本事例は、小脳出血後遺症により、寝たきりで、在宅療養中の女性が、類天疱瘡にて入院、治療中に、ノルウェー疥癬と診断されたものである。

当皮膚科においては初めての事例であり、スタッフの疾患に関する知識は殆ど無く、診断時、既にスタッフへの感染が認められたこと等から、精神的な動揺もみられた。又、既存疥癬マニュアルは、実践には即しておらず、早急に適切な看護マニュアルの作成と、スタッフ内教育が必要と思われた。同時に、治療の一環として家族に対する指導も重要であると考えた。これらスタッフ内教育・看護マニュアルの作成・家族指導を中心に看護することにより、院内感染を防止し完治、自宅退院に至った経過を報告する。

事例紹介

1) 患者紹介

- ・氏名：M・T氏
- ・年齢、性別：67歳 女性
- ・診断名：類天疱瘡 ノルウェー疥癬
- ・既往歴：平成5年7月12日 小脳出血で東京の某病院にて手術、以後3年間、寝たきり状態で入院生活を送る。
- ・家族的背景：平成8年5月より在宅療養のため、次女夫婦、孫二人と同居する。週に1回、移動入浴車にて入浴。それ以外の患者の身の回りの世話（経管栄養、清拭、オムツ交換、吸引、洗濯など）は、全面的に夫が一人で

行っていた。

2) 入院までの経過

平成8年7月31日 全身に発疹がみられ近医を受診し治療中であったが軽快せず、
9月2日 類天疱瘡にて当院皮膚科に入院となる。

3) 入院時一般状態

全身発疹、水疱形成あり。
意識障害あり、発語なく、意志疎通不能失禁状態。
四肢麻痺あり、上肢の屈曲以外、自動運動なし。

4) 入院後の経過

類天疱瘡の治療後、一時発疹、水疱ほぼ消失する。しかし、10月11日よりオムツ着用部位に発疹、発赤多発し、次第に全身へと広がり症状悪化する。10月17日疥癬虫体・虫卵検出され疥癬と診断、11月27日虫体・虫卵消失、12月25日皮膚症状消失。類天疱瘡も軽快し平成9年1月7日自宅退院となる。

皮膚の状態と治療経過

		9/11	10/11	10/17	10/31	11/27	12/25
皮膚の状態	発疹	全身的にあり 水疱あり	オムツ着用 部位多発 腋窩・背部	頸部より下の 全身多発部 腹部から大腿 上腕から腋窩	頸部増強 その他増強	腹部から大腿 その他ほぼ消失	消失
	皮膚落屑	(-)	(-)	中等量	多量	少量	(-)
	色素沈着	(-)	(-)	(-)	(-)	全身	腹部から 大腿
虫体・虫卵の有無		/	/	(+)	(+)	(-)	(-)
治療内容		ヒルドイド軟膏 + ダイヤコート軟膏塗布	オイラックスH・軟膏 + ラシミールクリーム塗布	①ムトーハップ清拭……………⇒ ②イオウカンフルローション塗布……………⇒ ③オイラックスH軟膏塗布……………⇒ ④劇薬γ-BHC軟膏 週2回塗布……………⇒ ⑤頭部スミスリン パウダー散布……………⇒			
その他				つなぎ服orズボン・足カバーの着用			隔離解除

看護の実際

看護上の問題点として、¹⁾ 二次感染の危険²⁾ 感染源として、自宅での生活環境の疑い、という2点があげられた。

1 二次感染の危険について

疥癬と診断された時には、看護婦1名・看護補助者1名に感染していたことや、疥癬についての知識不足が、スタッフ内に精神的な動揺をもたらした。特に、看護補助者からは、「疥癬に罹ると死ぬのか？」という質問が出るなどして、パニックに近い状態であった。そこで、皮膚科の医師を講師として看護婦・看護補助者間で疥癬の症状、感染経路、治療について勉強会を行った。(資料1参照) その後は、冷静に適切な処置が行われるようになったが、看護補助者が疾病を正しく理解するのは困難であった。そのため看護婦から、実際に担当する業務や、二次感染防止に重点をおき、継続して指導を行った。

さらに、スタッフ間で統一した看護を行うことが重要と考えた。そこで医師の指導を受けながら「疥癬患者看護マニュアル」(資料2参照)を作成した。この際、患者と接したり、使用物品を取り扱う機会の多い看護補助者の業務に関する項目を設けた。(資料2, 3, 4参照) また、皮膚処置については、患者の個別性に合わせた「患者用処置マニュアル」

資料1

皮膚科ミニセミナー 疥 癬

疥癬は疥癬虫による寄生性皮膚疾患である。感染は容易には起こらず、同じ寝具を用いているヒト同士に感染することが多く雑魚寝病とされる。そのため、現在では、同じ寝具を用いる家族や入院患者、宿直室のベット等を介して感染することが多い。疥癬の皮疹は、脇の下や股などの治療に抵抗性の紅色丘疹で、男性の場合陰囊の結節を特徴とする。指の股の疥癬トンネルも特徴的だが、頻度は多くない。診断のためには皮疹部から、虫体あるいは虫卵を証明することが必要となる。しかし、これらは必ずしも見つかるわけではなく、特に、抵抗力の強い患者は皮疹が存在しても虫体も虫卵も見つからない場合が多い。一方、抵抗力の落ちた患者ではたくさんの虫体や虫卵が証明される。また、もっと抵抗力の落ちた状態で疥癬に感染すると、虫体が異常に増加したノルウエー疥癬といわれる状態になる。ノルウエー疥癬では、一般の疥癬とは症状が全くことなり、全身の鱗屑(かさかさ)が著明になる。そして、この鱗屑中には極めて多数の虫体が証明される。このノルウエー疥癬では、虫体が多いため、軽度の接触でも感染しうる。この場合は、接触する機会の多い上肢が好発部となる。このような状態になると、感染防御には神経質にあたらなくてはならない。しかし、一般的な疥癬の場合は、上肢の防御と布団等に注意しておれば十分である。疥癬の治療としては、オイラックス、ムトウハップを一般的に用いるが、これらは虫体には効果があるものの、虫卵には無効である。γ-BHC軟膏は、昔の農薬から作った軟膏であるが虫卵に対しても有効で、今回、院内製剤として用い良好な成績を得た。疥癬は、過去の疾患でなく最近も散発的に見られ、今後も注意が必要である。

(資料3参照)を作成した。マニュアルに従い混乱なく実施するため、<疥癬患者看護マニュアル>を病室の入り口に、<患者用処置マニュアル>を患者のベッドサイドに掲示した。マニュアルに則った処置と看護計画に沿ってのケアを通し、皮膚状態の観察を継続して行った。

<疥癬患者看護マニュアル>

資料2

1. 入室前

- 1) 2500倍希釈の610ハップ液(温湯5ℓに対し610ハップ液2cc使用)を手洗いベースンに作る。
- 2) スミスリンパウダーを、腕・足に散布し擦り込む。
- 3) ディスポ予防衣、帽子、マスク、手袋を着用する。
虫体・虫卵が検出されている時期は、足カバーとつなぎ服もしくはズボンを着用後3)を実施する。
・つなぎ服・・・皮膚処置、寝具交換を行う場合着用 ・ズボン・・・上記以外の場合着用
- 4) 虫よけスプレーを、全身に噴霧
- 5) 室内用スリッパに履き替える

2. 退室時

- 1) ディスポ予防衣、マスク、帽子、手袋は、病室内のゴミ箱に捨てる
・つなぎ服・・・1回だけの着用とする
・ズボン・足カバー・・・各勤務帯に1着の使用とし、使用後は殺菌ロッカーに入れ、各勤務終了時に室内の指定のボックスに入れる
- 2) 610ハップ液で、手洗い施行
- 3) 6%安息香酸ベンジン液を、全身に噴霧
- 4) ヒビスコールにて、手指消毒をする

3. 環境整備

1) 看護婦担当事項

- ① 処置終了後と、1日に3回(2時、11時、20時)床にダニアーススプレーを噴霧
- ② 交換後の寝具類・病衣は各々指定のビニール袋に入れる
- ③ 各勤務終了時に、サンダルの底に、ダニアーススプレーを噴霧
- ④ 手洗い用610ハップ液は、各勤務開始時に作り、ビニールで被い、各勤務終了後に処理する

2) 看護補助者担当事項

- ① 2000倍希釈の610ハップ液で、ベット柵・床頭台を拭く
- ② 指定のビニール袋内に入っている洗濯物へ、スミスリンパウダーを散布(89cm×76cmのビニール袋に対し、15g使用)し、24時間密封後、オートクレーブ滅菌に依頼する
- ③ 室内サンダルを1日に1回交換する。サンダルを4-2)と同様にビニール袋に入れ、スミスリンパウダー散布し24時間密封後、洗浄する
- ④ 室内クリーンマットを1日に2回交換する(10時、16時)

4. その他

1) 直接患者に触れない場合の入室時

- ① ディスポ予防衣、帽子、マスク、手袋の着用
- ② 殺虫スプレーを全身に噴霧

2) 直接患者に触れない場合の退室時

- ① 着用している物を、病室内のゴミ箱に捨てる
- ② 6%安息香酸ベンジン液を全身に噴霧
- ③ ヒビスコールにて、手指消毒をする

3) 患者使用器具類は、患者専用とする(吸入器、吸引セット、皮膚科処置使用物品など)

4) 患者の私物の施用は、最小限にする(紙オムツなど)

5) 疥癬患者を担当する看護婦は、他の病室を兼務しない

6) 担当した看護婦・看護補助者は、勤務終了2,500倍希釈の610ハップ液で足浴もしくは、610ハップ液を行う

7) 発疹や掻痒がある場合は、速やかに皮膚科医の診察を受ける

2 感染源として自宅での生活環境の疑いについて

今回の事例は、小脳出血後遺症にて在宅療養中の患者であり、介護は、全面的に夫が一人で行っていた。

<患者用処置マニュアル>

資料3

1. 2500倍希釈の610ハップ液で、全身清拭
2. イオウカンフルローションを、全身に塗布
3. オイラックスH軟膏を全身に塗布
4. 劇薬・γBHC軟膏を全身に塗布（2回/W）。。。劇薬にて妊産婦は処置を行わない
*皮膚症状の顕著な、指間・腋下・鼠径部・頸部は特に重点的に行う
5. 頭部にスミスリンパウダーを塗布（キャップ山盛り1杯で約7gの量）
6. 寝具の敷シート・掛けシート（毛布や枕は使用せず）・病衣を毎日交換する
7. 紙オムツは、排泄状態をみて適宜交換する

その夫にも以前より、発疹・皮膚搔痒がみられたことより、在宅中における生活環境が、感染源として疑われた。そのため夫に対しての指導が必要と思われる、マニュアルを作成し行った。（資料4参照）初めは、610ハップの匂いを嫌い、他の処置も面倒がるような言葉も聞かれたが、繰り返しその必要性を説明することで理解と協力を得ることが出来た。面会時には、夫の言動や表情などから精神状態を把握し一方的な指導とならないよう心掛けた。

家族指導

資料4

1. 家族の感染防止について
 - 1) 2500倍希釈の610ハップ液、もしくは清拭を毎日施行（4週間施行）
 - 2) 夫に発疹・搔痒感みられたため、受診後の治療として①イオウカンフルローション②オイラックスH軟膏の順で、首から下の全身に塗布（4週間施行）
2. 面会に関して
 - 1) 病室への入退室の手順・・・疥癬看護マニュアル5-1)2)参照
 - 2) 直接患者と接しないこと
 - 3) 病室内で使用している私物は、持ち出さない。又、不必要な物は持ち込まないこと
3. 自宅の環境整備について
 - 1) 2000倍希釈の610ハップ液で、拭き掃除をする
 - 2) 患者の部屋に、ダニアーススプレーを噴霧
 - 3) 患者の部屋の畳下にスミスリンパウダーを散布する
 - 4) 掃除の際は、十分に掃除機をかける
 - 5) 寝具・下着・ねまきは、下記の通り取り扱う
 - ・漂白剤を使用できる物は、表示通りに使用後、洗濯をする。それ以外の物は、2000倍希釈の610ハップ液に24時間浸してから洗濯する
 - ・洗濯物や洗濯できない毛布・枕・敷毛布は、日光で干す
4. 退院指導
 - 1) 清拭は毎日行う
 - 2) 清拭後、オイラックスH軟膏を、首から下の全身に塗布する。特に指間・腋下・鼠径部・頸部は重点的に行う
 - 3) 患者に関する様々な処置前後には、石鹸を用いた手洗いを必ず行う
 - 4) 患者が使用した下着・寝間着・敷シートは毎日交換する
 - 5) 洗濯した物は日光で干す
 - 6) 洗濯できない物も、定期的に日光で干す
 - 7) 掃除機を使用して、毎日清除する
 - 8) 皮膚に異常がみられたときは、早めに診察を受ける

退院にあたっては自宅での処置による夫の負担が大きいと思われた。また、『再感染するのではないか・・・』という不安の言葉が聞かれた。そこで、夫の意向を取り入れながら、具体的なマニュアルを作成し（資料4参照）何度か実際に、処置に参加してもらった。その際、保清の必要性を説明しながら行うことにより、夫の感染予防に対する理解が得られ、自宅退院の受け入れにつながったと思われる。

考 察

今回は、疥癬と診断された時点で、既に二次感染があったこと、さらに、疥癬についての知識不足のため、精神的な動揺がみられた。しかし、勉強会を行うことにより、感染経路と適切な処置を正しく理解することで、不安が軽減されたと考える。そして、実践に即したマニュアルの作成により、統一したケアが、継続できたことは、二次感染の予防につながったと考える。

スタッフの教育に関して、インジィ・ガービッチは、“感染を防止するためには、感染の発現に至るまでの要因を理解しなければならない。この知識を持つことは、医療従事者にとって重要であると同じように、医療に関して専門外の病院スタッフにとっても重要である。”¹⁾と述べている。今回の事例においては看護婦・看護補助者のみを対象としたが、実際は、清掃業に携わる者も病室内に出入りし、使用した物品を取り扱っている。院内感染予防という観点から考えた場合、その対象と教育方法を検討していくことは、今後の課題であると思われる。

疥癬患者看護について、その症状の一つに夜間の激しい痒みがあり、それに伴う不眠・精神的苦痛や、搔破による二次感染の問題があると言われる。また感染防止のため隔離されることによる心理的負担が強いと思われる。本事例は、小脳出血後遺症による意識障害・四肢麻痺のある患者であったため、それらの問題は表面化することなく経過したが、今後は、それらを考慮し、マニュアルの充実に生かしていきたい。

疥癬患者の家族指導について、増谷は、家族や集団内の一人に本症が発見された際には、無症状と思われても同時期に全員の治療を開始する必要がある。²⁾”と述べている。指導の効果を高めるためにも、決して一方的、強制的にならず、家族的・社会的背景、生活状況を踏まえての指導が必要であると思われる。また、患者の家族は、隔離されていること、自分にも感染の可能性があることなどから、精神的に非常に不安定になりやすく、それらを理解したケアが重要であると考えられる。

結 論

- ① 感染を防止するためには、疾患について正しい知識を持つことが大切で、スタッ

フ内教育が効果的である。

② 感染症患者にたいするマニュアルは疾患看護に関するものに加え、患者の個別性に合わせたものが必要である。

③ 疥癬のように、感染源・感染経路が生活環境と密接に関わる疾患の場合は、患者の治療・看護と同時に家族への指導が重要である。

以上のことがあげられる。

おわりに

本事例は、スタッフ内に二次感染が出てからの取り組みとなったが、数カ月後、老人ホームより脳外科へ入院した患者に疥癬が発症した事例においては、早期に皮膚症状を発見し、診断後、速やかに対処することが出来た。それは、本事例によって得た知識と経験が生かされたからと考える。高齢化社会により、養護老人ホームや老人病院等の患者は増加の傾向にあり、今後も疥癬の発生の可能性は少なくないと言われている。今回の事例で得たことをこれからの看護に役立てていきたい。

参考文献

- 1) インジィ・ガービッチ、翻訳 堀井理司 インфекション・コントロール・ナース (ICN) による感染看護管理の実際、日本看護協会出版会、10-(4): 10-13 1995
- 2) 増谷 衛、特集：皮膚疾患 最近の動向、現代医学、40-(1): 25-27 1992
- 3) 金子 光、小林富美栄、系統看護学講座15 成人看護学5、皮膚疾患の看護、医学書院、336-341、427-429 1998
- 4) 横山 隆、児玉 節、竹末 芳生、院内感染予防の基本的事項、臨床看護、21-(2): 200-204 1995
- 5) 町田光司他：医療従事者とその家族に多発した疥癬の経験 日本医事新法 No.3180 P45~49 昭60