

+ 外来患者指導シリーズ第30弾

両足のむくみの外来指導 弾性ストッキングの前に

「むくみには弾性ストッキング」と
言ってしまう前に



医知創造ラボ

監修：今村久司（脳神経内科・総合内科専門医）

「両足のむくみ」に 3つの外来手順

結論

危険を先に外す、お薬手帳を先に見る、
圧迫の前に5つの確認——この3つです

本日のアジェンダ

1

危険なものを先に外す

片足か両足か、心臓・肺の見落とし、すぐ受診すべきサイン

2

お薬手帳と原因の当たり

薬剤性浮腫の頻度、利尿薬が効かない理由、原因の早見表

3

弾性ストッキングの前に

足の脈とABI、5つの安全確認、共通の生活指導

CHAPTER

第1章

危険なものを先に外す

まず、片足か両足か

最初の分かれ道は左右差です。片側は緊急側から考えます。

- ✓ DVTの腫脹は**片側下肢発現が81.6～90.9%**（2017年版GL）
- ✓ 両側性は**9.1～18.4%＝確率は下がるが否定はできない**
- ✓ 色調＝蜂窩織炎など炎症性疾患は**鮮紅色**／DVTの静脈うっ滞は**暗赤色**
- ✓ 静脈うっ滞は**下肢挙上で色調が薄くなる**。炎症性疾患は変化しにくい
- ✓ 蜂窩織炎は入院259人中**79人（30.5%）が誤診＝「赤い＝感染」と決めつけない**
- ✓ ただし**片側の赤み・熱感・痛みは受診サイン**として残す（安全側）

📄 外来トーク例

「両足だから血栓ではありません、とは言えません」

「両足＝静脈のせい」と 決めつけない

心臓や肺が見落とされていた古典的な報告があります。

- ✓ 初診時の印象は**静脈不全71%・うっ血性心不全18%**（45人）
- ✓ 検査では**心疾患が原因33%／肺高血圧あり42%／静脈不全22%**（相互排他ではない）
- ✓ **n=45・単施設・1998年＝有病率として扱わない**
- ✓ 心不全の症状＝**息切れ・起坐呼吸・発作性夜間呼吸困難**を聞く
- ✓ 特異的な身体所見＝**体重増加（>2 kg/週）**（GL2025 表12）
- ✓ 「**靴紐を結ぶときに苦しくならないか**」（前屈呼吸苦）も聞く

📋 外来トーク例

「**体重は週1回、同じ条件で。1週間で2kgを超えて増えたら連絡してください**」

CHAPTER

第2章

お薬手帳と原因の当たり

お薬手帳を先に見る—— 薬が原因なら利尿薬は効かない

新しく出たむくみでは、検査より先にお薬手帳を開きます。

- ✓ アムロジピン／ニフェジピンの高齢者の**最大10%**が開始1年以内に末梢浮腫
- ✓ ガバペンチン／プレガバリンは**最大5%**
- ✓ NSAIDsはナトリウム貯留により**浮腫の頻度を倍にする**（市販薬も確認）
- ✓ 血管拡張によるむくみは**利尿薬に反応しない**=処方カスケードの入口
- ✓ 安全なら**原因薬を止める・減らす・変える**を、新しい治療より先に
- ✓ 弾性ストッキングと挙上は**補助であって原因対処の代わりではない**

📋 対処の第一

最近の処方変更と、NSAIDsなど市販薬を含めた服薬レビューから始める

むくみを起こす薬の 押さえどころ

薬剤	押さえどころ
アムロジピン	浮腫16.6% vs プラセボ6.2% (RR 2.9)。用量依存＝中止の前に減量の選択肢
ガバペンチノイド	開始・増量から数週間で出て、中止後は中央値7日で改善（症例集積）
ピオグリタゾン	むくみが出ることがある（頻度を示す一次資料はない）
NSAIDs	心不全GLも増悪因子の薬剤に挙げる。市販薬を含めて確認

📝 決めつけない

アムロジピンの浮腫の**最大3分の1は薬のせいではない可能性**——他の原因の検索を止めない

原因の当たりをつける 早見表

当たり	手がかり
静脈不全	高齢者の慢性両側性で最も多い。下垂性浮腫・ヘモジデリン沈着
リンパ浮腫	非圧痕性でゴワつく皮膚
心・腎・肝	息切れ・体重増加（心）、尿の泡立ち・顔のむくみ（腎）、腹水・黄疸（肝）
特発性浮腫	初経～閉経の女性で最も多い
睡眠時無呼吸	肺高血圧がなくても両下肢浮腫を起こしうる。いびき・日中の眠気を聞く

📋 評価のタイミング（Ely 2006）

急性（72時間未満）や呼吸困難はその場で評価。無症状の慢性両側性の精査は次回でよい

CHAPTER

第3章

弾性ストッキングの前に

勧める前に、足の脈を触る

圧迫の前に、動脈の確認が求められています。

- ✓ Rec 12＝足の脈・足関節の脈が弱い／触れなければABPIを先に測る
- ✓ 手技＝足の脈（足背動脈・後脛骨動脈）を両足で触る
- ✓ 2017年版GL＝下肢脈拍・冷感の確認など動脈血行の評価を着用前に
- ✓ ABI 0.90以下＝主幹動脈の狭窄・閉塞を疑う（JCS 2022）
- ✓ ABI<0.9は禁忌でなく「慎重に経過を見る」（Rec 14）
- ✓ 控えるラインは両論併記＝日本GL：ABI<0.5・足関節圧<60 mmHg（DVT急性期の節）
／国際：ABPI<0.6

📄 外来トーク例

「ストッキングの前に、両足の脈を触らせてください」

触診は「ふるい」—— 除外の決め手ではない

脈が触れたから動脈は大丈夫、とは言い切れません。

- ✓ 看護師触診・どちらかの脈の消失を陽性→**感度86.8%・特異度82.7%**
- ✓ 医師触診＋大腿雑音聴診・ABI $\leq$ 0.90のみ陽性→**感度58.2%**
- ✓ 測り方が全部違う＝「**同じ検査のばらつき**」として並べない
- ✓ 言えるのは「**低い報告では6割程度しか拾えない**」まで。誤診30%超の報告も
- ✓ **高齢・糖尿病・石灰化（ABI $\geq$ 1.4）で触知の偽陰性が増える**
- ✓ 急がず**両足を丁寧に触れば**再現性と精度は許容範囲になる

📄 位置づけ

触診は「**触れない・弱い人を拾ってABIに送る**」ふるい。除外の決め手にはしない

確認は動脈だけではない—— 5つの安全確認

確認	要点
① 動脈	足の脈を触る→触れない・弱いならABIを先に
② 心臓	重症心不全＝NYHA IVには推奨しない／NYHA IIIはルーチン使用を推奨しない（強度が違う）
③ 糖尿病	知覚脱失を伴う重度ニューロパチー・皮膚壊死リスクの細小血管症は禁忌
④ 急性炎症	赤く腫れて熱いあいだは自己判断で始めない。まず感染の評価
⑤ アレルギー	圧迫材への確認されたアレルギーは禁忌。「以前かぶれたか」を聞く

 ④には両論がある

Rec 19は抗菌薬併用下の圧迫をsuggest＝「禁止」と断定しない。並行して圧迫する判断は医療者が行う

効果が未証明のものは 未証明と言う

共通の生活指導は6項目です。

- ✓ 下肢挙上＝静脈不全の治療の基本。足を台に上げる時間を作る
- ✓ 長時間の同じ姿勢を中断＝健常者でも立位15分で下腿容積が平均63 mL増加
- ✓ 足首の運動＝効果は未証明（very low）。「やって害はない」水準
- ✓ 塩分＝数値目標は示さず個別化。「適切な塩分摂取量のエビデンスは確立していない」（GL2025）
- ✓ 体重の自己記録＝週1回・同じ条件。1週間で2kg超の増加は連絡ライン
- ✓ スキンケア＝潰瘍予防に重要。うっ滞性皮膚炎は保湿とステロイド外用

📝 言わないこと

「ふくらはぎを動かせばむくみは取れる」とは断定しない

こんなときは、 専門的な評価を先に

大前提：両側性でもDVTは9.1～18.4%＝否定はできない（2017年版GL）

 ① 片足だけ急に腫れて痛む

暗赤色ならDVTを疑い当日～翌日に評価

 ② 片足の鮮紅色の赤み・熱感

蜂窩織炎を疑い受診。圧迫は始めない

 ③ 息切れ・急な体重増加

心不全を疑う。圧迫を始めず先に評価

 ④ 足の脈が触れない・冷たい

ストッキングを渡す前にABIを測定

 **迷ったら、弾性ストッキングより先に評価を**

今日の3つの持ち帰りポイント

01

危険を 先に外す

両足でもDVTは否定できない。
心臓・肺の見落としに
注意する

02

お薬手帳を 先に見る

薬が原因なら
利尿薬は効かない。
止める・減らす・変えるを
先に考える

03

圧迫の前に 5つの確認

動脈・心臓・糖尿病・
急性炎症・アレルギーを
見ってから勧める

「むくみには弾性ストッキング」 で終わらせない外来へ



**解説と出典は
ブログへ**

概要欄から
ブログ記事を
ご覧ください



患者配布用ハンドアウト

外来でそのまま使える
配布資料を用意しています



**高評価・
チャンネル登録**

次回も
お楽しみに

この動画は一般的な情報提供です。

最後までご視聴いただきありがとうございました。

高評価とチャンネル登録をいただけると励みになります。