

皮膚疾患で見逃してはいけないこと(下)

石岡・平本皮膚科医院 平本 力

疥癬

疥癬は、人の体の表面で生活するダニが、人から人へ感染する皮膚病です。畳や布団やカーペットにいるダニとは別の種類のダニです。そもそも、畳や布団やカーペットにいるダニは人を刺しません。殺虫剤のコマーシャルに惑わ

されてはいけません。

① 全身が痒い、② 夜間がとくに痒い、③ 集団生活(家族、入院、施設入所、直接的・間接的な他人との濃厚な接触)があった、などの場合は疥癬を考えます。疥癬がしっかりと診断されないことも、残念ながら少なくありません。

(疥癬の資料を別添します)

【資料】疥癬

(ダニの一種である疥癬虫が、人の皮膚表面に寄生する疾患である)

石岡・平本皮膚科医院 平本 力

1) 疥癬虫の知識-I (症状を理解するために)

別名は、ヒゼンダニ、Scabiesなど。畳や布団などにいるダニは、通常人を刺さない。それとは別のダニである。

成虫は、前後各2対の8本足。類円型、0.2mm～0.5mm。幼虫は後が1対で6本足。顕微鏡的な大きさで、肉眼ではほとんど確認できない。指摘できるのは名人芸。

栄養は、人に付着したままの角層や、表面を傷付けてわずかに出てくる滲出液。たとえばフケのような、脱落した角層を餌とはしない。したがって、体表から離れては生活できない。

雌虫は、手や足の厚い角層を掘り進んで(疥癬トンネル)生活し、産卵する。

2) 症状

疥癬患者の体表には、虫が数千単位で棲息する。虫は勝手気ままに動き回り、小さな口で角層を齧り、皮膚に侵襲をあたえる。生体は、その小さな侵襲に対して小さく反応を起こす。その結果、全身に無数の、個々独立した1～2mmの漿液性丘疹～痒疹の散在を表す＝湿疹に似る。腋窩や下腹部や陰股部では、とくに高密度である。痒みは、夜間にとくに強い。

3) 診断

全身を痒がる患者、とくに夜間に痒がる患者なら、まず疥癬を疑う。そして、全身に散在し、とくに腋窩、下腹部、陰股部に湿疹類似の漿液性丘疹～痒疹を見たなら、疥癬をさらに強く疑う。妙にパラパラした皮疹が続けば、疑い続ける。

診断的な皮疹は、① 手掌や足底の“疥癬トンネル”(4面図1)(幅

1mm以下、長さ10mm以下。白い、蛇行した角質の隆起)② 成人では、陰部(陰囊・陰茎・陰唇)の3～8mmの結節③ 手足を使わない老人や幼児では、手や足の1～2mmの水疱や膿疱。

老人では、①～③のような診断的な皮疹を欠くことが少なくない。ノルウェー疥癬＝重症の疥癬。全身が乾燥性・角化性の皮疹に覆われ、とくに手足に角質が厚く堆積する。老人、運動麻痺のある者、知能低下のある者、入浴しない者に多い。

ほとんど無症状～パラパラとした皮疹のみのキャリア(＝忍者疥癬)がいる。疥癬でないとの否定的診断は困難。あるいはできない。

4) 疥癬虫の知識-II (対策を考えるために)

普通の室内環境では、人の皮膚から離れての生存期間は数日である。しかし、高湿度の条件では2～3週間生存できるから、風呂の脱衣場は注意。

1日の移動距離は、数十センチである。床に落ちた疥癬虫が、隣のベッドをよじ登って感染することはない。しかし、フケ状の皮膚に付着して室内に飛び散る＝舂斗雲現象に注意。

衣服や寝具類に付着した疥癬虫は、通常の洗濯で死滅する。患者の衣服やシーツを熱湯処理するなどは必要ない。しかし、洗濯前の衣服やシーツを抱えることは、濃厚な間接触であり注意。

40℃では数分で死滅するので、風呂の湯を介しての感染はない(入浴で寄生虫数は減らせるが、完治を得ることはできない)。一方、炎天下に布団を干せば表側は40℃だが、虫は裏側の避暑地に逃げる。

しかし、いくらしがみついても

『変だ』と思うあなたが、正しい／医師の立場での自省を込めて

皮膚疾患ではありませんが、寄せられた質問の中に『脈拍が30台になった状態が続いたときに救急車で搬送したが、異常所見がなく、返されてしまった』がありました。この『返されてしまった』の言葉に、私は心が動きます。質問者の落胆を感じます。

いつも接している患者／入所者がいつもの状態と違って『変だ』と思ったのでしょうか。そして、そのままにしては置けないと搬送したのでしょうか。しかし、対応した医師は自分の担当領域あるいは自

掃除機の吸引力にはかなわない。布団も掃除機で除虫する。しかし、集塵袋が布製の掃除機では、虫が排気とともに室内に撒き散らされる。

5) 感染の事例

肌と肌の直接接触が通常の感染経路であるが、それ以外の経路での感染事例を示す。① 風呂の脱衣場で、患者から離れた虫体を衣服が拾って感染したと考えられる例。② ベッドを数時間の時間差で共用して感染したと考えられる例。③ 老人施設で、畳のデイルームを共用したことでの感染例。④ 互いに寝たきりであり、直接の接触もなく、介護職員にも患者はいないため、同室の患者からの“舂斗雲現象”によって感染したとした考えられない例(なお、寿司詰めの電車での感染が問題とされたことはない)。

6) 感染対策

肌と肌の直接接触と、それに準ずる濃厚な間接触を絶つことが原則である。

- ① 接触制限～隔離……治療初期の2週間ではほぼ十分
- ② 介護者のガウンテクニク……ディスポ手袋と割烹着／掃除機で除虫
- ③ 風呂敷の活用……風呂の脱衣所に、文字どおり敷く
- ④ 掃除機の活用……疥癬撲滅の強力な武器

7) 治療

ストロメクトール内服。7～10日間隔で2回(1回では不十分：平本の経験)。

オイラックス(クロタミトン)は止痒剤とされるが、疥癬に対する殺虫剤である。オイラックスHはヒドロコルチゾンとの合剤であり、疥癬の治療には不適當。

チアントールはイオウ系の殺虫剤で、疥癬に対して殺虫効果がある。薬価基準に収載されているが、入手に難渋する(純生薬品工業)。

分の知識範囲において検討して、異常所見がないとしたのでしょうか。なぜもっと『変だ』を尊重しなかったのか、残念です(後に、この例は、電解質異常と判ったとのこと)。

患者／入所者に、現場で直接接している者が『変だ』と感じるなら、それが正しいと私は思います。呑み込まずに、率直に医療責任者に伝えることこそが責務です。そこに遠慮や躊躇があってははいけません。各々の円滑な疎通が保たれることが理想で、それが当たり前であるべきと私は思います。

10%チアントール／オイラックスを自家混合製剤として、私は使用している。被髪頭部と顔面を除く全身に、1日2回単純塗布し治療する。

内服2回、および3週間外用で完治を得ている(平本の経験)。外用剤のみでは2週間以内に劇的改善を得るが、治療期間は2か月が必要で、より短く治療を中止すると多くが再発する。治療後に大きめの痒疹が永く遺残することがあるが、これはステロイドで治療する。

ムトウハップ入浴を私は否定する。ムトウハップのイオウの脱脂作用が、皮膚乾燥をおこし、皮膚痒疹症をおこす。とくに老人で皮膚痒疹症はおこりやすい。感染予防を目的としてムトウハップ入浴を行い、偽疥癬(皮膚痒疹症)を医原性に増やし、努力が報われない徒労感が職員にひろがり、結果的にパニックがおこった集団発生の事例を多く経験している。

DDT、γ-BHC、安息香酸ベンジルなどは公の承認がないため、処方者責任で行う。

確定診断は虫体や幼虫、卵、卵の殻、糞などの確認で成されるが、私は『3) 診断』に述べた①～③の所見が一つでもあれば、治療して差支えない。また施設内集団発生では集団の利益から、疑い診断での治療が許されると考える。

8) 施設内集団発生での対策

これまでに100施設以上の集団発生事例に関わった経験から、以下を対策と考える。① 集団発生を施設職員全員に公表する。② 職員にレクチャーを行い、疥癬についての知識を徹底しパニックを治める。③ 施設内患者・職員を集団検診し、終了時期の予定を示して一斉治療を行う。

私の経験した集団発生事例のすべてはこれを徹底して、2か月で事態を終焉できた。

(4面につづく)

(5面の資料のつづき)

*なお、本文中の“忍者疥癬”と“筋斗雲現象”は、私の造語です。筋斗雲は、孫悟空が乗って空を飛ぶ雲です。

図2に、虫が角層を齧ってわずかな侵襲(H)を与え、それに生体が炎症反応を起こし、結果として湿疹類似の漿液性丘疹～痒疹が表れる機序を示した。

虫は齧ってはすぐ移動する。皮疹は、一定時間遅れて表れる。したがって、皮疹は躯幹では bite & run の跡で、そこから虫を検出するのは困難である。しかし時に、躯幹の皮疹にも虫の行動を示す微

細な條(スジ)が指摘できる。

疥癬トンネルは、虫がその身の丈に合わせて造った構造物である。虫が身を埋めるに足りる厚みがある角層に、すなわち主として手掌や足底に造る。トンネルの古い側は、より炎症反応により崩れる。先端の点が、雌成虫である。雌成虫のみを狙って生け捕るのは名人芸で、できなくても良い。トンネルを摘めば、糞・卵・その殻・幼虫を検出できる。

図1に、像を示した。幅1mm以下で長さ10mmに満たない微細な空気を

含むことで白く見える、線状に蛇行して角層が隆起する構造を見たら、それが疥癬トンネルである。疥癬トンネルは、手相の線に沿って多く認める(A)が、これは疥

癬虫が、こすり落とされることを嫌い、溝に沿って棲息するためであろう。

さて、図にトンネルは幾つ? (答え、9つ)

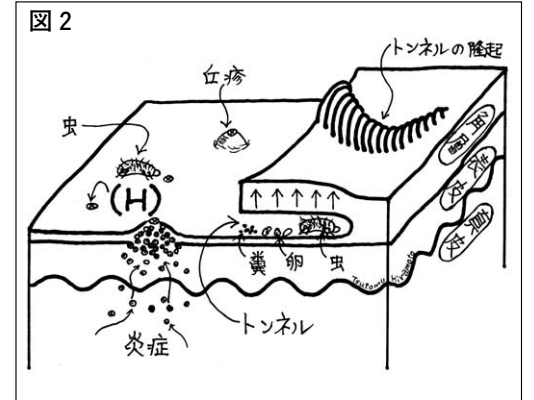
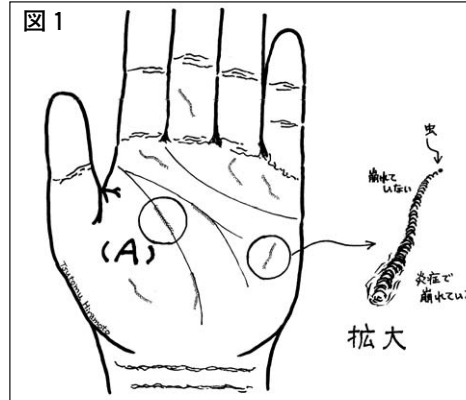


図1、図2：疥癬の皮疹が表われる機序