



低下をきたす。

- ・**掌蹠多汗症** (palmoplantar hyperhidrosis)：アトピー素因、掌蹠角化症などに合併することがある。
- ・**片側性多汗症** (hemihyperhidrosis)：半身不随や Parkinson 病など、末梢神経の片側障害によって身体の片側に多汗が生じる。

診断・治療

診断は明らかなことが多いが、軽症例ではヨードデンプン法などで健常人と比較する。塩化アルミニウム水溶液などの制汗剤や抗不安薬を用いる。水道水イオントフォーシスやボツリヌス毒素局所注射も有効である。難治例では交感神経遮断術を行うが、他の部位の発汗が増強することが多い（代償性発汗）。

5. 無汗症，乏汗症 anhidrosis, hypohidrosis

発汗がまったくない，あるいは非常に少ない状態である（図 19.4）。このため皮膚は乾燥，粗糙化し，鱗屑と軽度の瘙痒感をきたす。運動により発熱し，熱中症に至ることもある。全身性のもの（無汗性外胚葉形成異常症，18 章 p.342 など）と局所性のもの（神経障害など）がある。原因と考えられる疾患を表 19.1 にまとめる。

特発性後天性全身性無汗症（acquired idiopathic generalized anhidrosis；AIGA）は，他の自律神経異常や神経学的異常を伴わずに，後天的に全身皮膚で発汗が低下する。コリン性蕁麻疹（8 章 p.133）を合併することがある。ステロイド内服やステロイドパルス療法が行われるが難治。

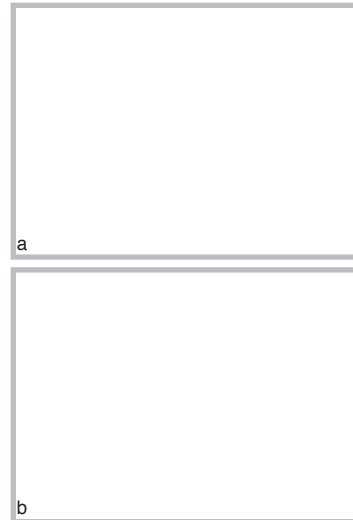


図 19.4 無汗症 (anhidrosis)

発汗機能検査（ヨードデンプン法）：a の患者では変色部位がほとんどみられず，著しい低発汗であることがわかる。

表 19.1 無汗症・乏汗症の原因と考えられる疾患

--

B. 脂腺の疾患 disorders of sebaceous glands

1. 尋常性痤瘡 acne vulgaris ★

Essence

- いわゆる“にきび”で，90%以上の思春期男女が経験する。毛包に一致した丘疹，膿疱を呈する。
- アクネ桿菌 *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*)，毛包虫，内分泌，ストレスなど多数の因子が存在。
- 治療は生活の改善，レチノイド外用，抗菌薬の投与など。

油症 (yusho)

MEMO



図 19.5 尋常性痤瘡 (acne vulgaris)
頬部、前額部などの脂漏部位に生じた毛孔一致性多
発性の炎症性丘疹。面皰も混在する。

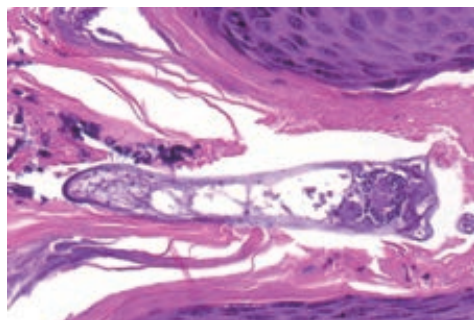


図 19.6 毛包虫 (ニキビダニ *Demodex folliculorum*)

症状

10～30歳代までの青年期の男女に多く、顔面、背部、前胸部などの脂漏部位に好発する、毛孔一致性の炎症性丘疹(図19.5)、膿疱、さらには囊肿や結節を形成することもある慢性的炎症性疾患である。とくに思春期に増悪する。初発疹は面皰(comedo)と呼ばれ、毛孔が開口して黒色を呈するもの〔開放面皰(open comedo, blackhead)〕と、皮膚内に黄白色の小結節として認められるもの〔閉鎖面皰(closed comedo, whitehead)〕とに分類される。毛孔に形成された角栓によるもので、炎症を欠き自覚症状はない。このうち、主に閉鎖面皰が炎症を伴い、紅色丘疹や膿疱(炎症性皮疹)、重症例では結節を形成する。さまざまな病期の皮疹が混在して認められるのが特徴である。軽快後には、瘢痕を形成することがある。痤瘡の特殊型として以下のようなものがある。

- ・ **新生児痤瘡 (neonatal acne)**：生後2週間前後の新生児の顔面に炎症性変化を伴う小丘疹が出現し、2～3か月で自然消退する。母親由来の性ホルモンによるとされる。健常児の20%で生じる。
- ・ **集簇性痤瘡 (acne conglobata)**：結節を含む重症の痤瘡や瘢痕が、顔面や背部に多発集簇したもの。慢性膿皮症(24章 p.521 参照)の一種ともとらえられる。
- ・ **ステロイド痤瘡 (steroid-induced acne)**：ステロイド使用2週間前後で、胸部などに一様な毛孔一致性小丘疹が出現する。免疫抑制薬外用でも類似の皮疹を呈することがある。
- ・ **毛包虫性痤瘡 (acne demodecica)**：毛包虫(ニキビダニ *Demodex folliculorum*, 図19.6)による。成人女性に好発する難治性の痤瘡には本症が含まれている可能性がある。
- ・ **痤瘡型薬疹 (acneiform drug eruption)**：表10.1 参照。

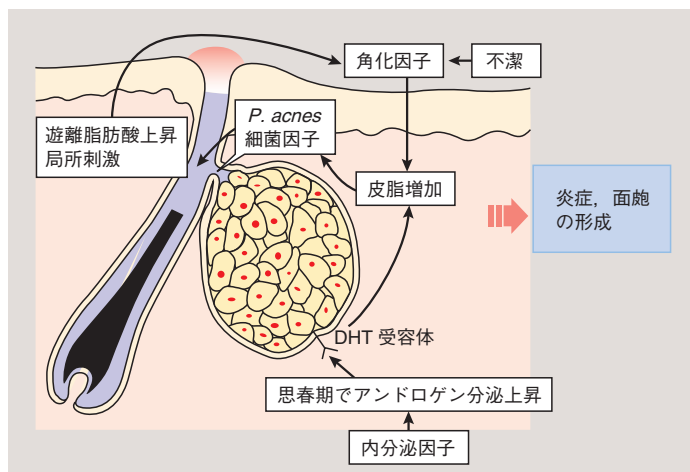


図 19.7 尋常性痤瘡の発症メカニズム

病因

発症因子としては、ホルモンバランス、皮脂、角化異常、細菌感染の4つが重要である（図19.7）。これに加え、遺伝性因子や年齢、食事、ストレス、化粧品などの外的因子が複雑に発症に関与する。

ホルモンバランス：思春期の内分泌変動で血中のアンドロゲン〔とくに副腎由来のジヒドロテストステロン（DHT）〕が増加し、皮脂腺の機能が亢進する。これにより皮脂の貯留と細菌増殖が起こりやすくなる。

皮脂の過剰産生：前記ホルモンバランスの変化が皮脂の過剰産生をきたす。皮脂の過剰分泌、組成やその分解産物によって、角化異常や細菌感染が生じやすくなる。

角化異常：皮脂が細菌によって分解されて遊離脂肪酸が発生すると、これが毛漏斗部を刺激して角化を引き起こす。これに体質や不潔が加わり、毛漏斗部が角質で塞がれる（貯留性過角化）ことにより皮脂の貯留がますます著しくなり、初発疹（面皰）を形成するに至る。

細菌感染：毛漏斗部の常在菌である *P. acnes* などが皮脂に含まれるトリグリセリドを分解して遊離脂肪酸を生成し、これが毛包を破壊して炎症反応を惹起する。また、細菌それ自身も毛包を破壊し、炎症を誘発する。

病理所見

脂腺肥大と毛孔性角化が特徴的である。毛包の囊腫状拡張がみられ、壁破壊による炎症反応を認める。

鑑別診断

稗粒腫、脂腺増殖症、酒皰、酒皰様皮膚炎、紅色汗疹、顔面播種状粟粒性狼瘡、扁平疣贅などと鑑別する。既往歴、問診を十分にとることが肝要である。

治療

日常生活の改善が第一となる。規則正しい生活、食事、外的刺激や化粧品（とくにコールドクリームやファンデーション）を避ける、洗顔、便通などが重要である。治療としては、基本的にレチノイド外用薬や過酸化ベンゾイル外用薬が第一選択となる。面皰には圧出法や硫黄製剤外用が、炎症性皮疹に対しては抗菌薬の外用や内服も行われる。ケミカルピーリングが有効な場合もある。結節や癰痕を形成した場合はステロイド局所注射などが行われる。

痤瘡に対して用いられる外用薬

MEMO

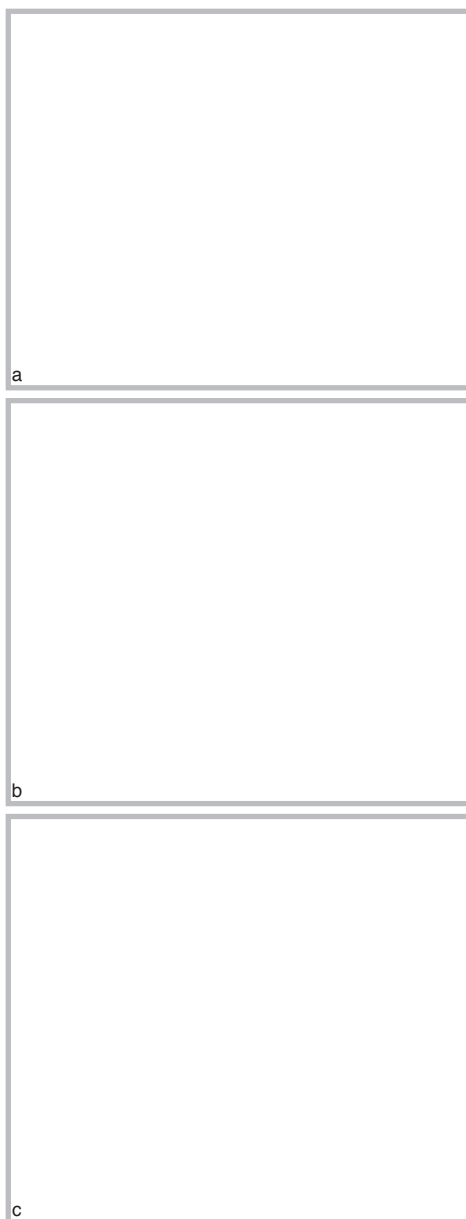


図 19.8 第1度酒皰〔紅斑性酒皰（rosacea erythematosa）〕

a：20歳代男性例。鼻尖部。b：30歳代女性例。c：30歳代男性例。毛細血管の拡張が著明である。