

ともに減少)とLDH上昇を認める。また、ペア血清を用いた抗体価測定、カタル期の気道分泌物などからのウイルス分離、PCR法なども行われる。風疹、突発性発疹、猩紅熱、薬疹、多形紅斑、川崎病、敗血症などとの鑑別を要する(図23.25)。

治療

安静、保温、解熱薬や鎮咳薬投与などを対症的に行う。細菌感染の合併に対しては抗菌薬を使用し、重症の場合はガンマグロブリン製剤を用いることもある。

予防

本症を診断した医師は7日以内に保健所に届出を行わなければならない(全数把握、5類感染症)。学校保健安全法により、解熱後3日経過するまで出席停止措置となる。感染源との接触後5日以内であれば、筋注用ガンマグロブリン製剤を使用することで予防または軽減化が可能である。接触後72時間以内であればワクチン接種も有効。予防接種には高度弱毒生ワクチンが用いられ、免疫獲得率は95%以上である。日本では、麻疹・風疹混合ワクチン(MRワクチン)を、生後12~23か月と小学校入学前1年間に計2回接種する(予防接種法)。

2. 風疹 rubella

Essence

- 風疹ウイルスによる感染症。いわゆる“三日ばしか”。
- 皮疹、リンパ節腫脹(とくに耳介後部リンパ節)、発熱の3主徴。
- 皮疹と発熱は同時にみられ、軽い痒痒を伴う丘疹性紅斑が顔面から全身へ広がる。融合せず、落屑や色素沈着を残さずに治癒。
- 妊娠早期に妊婦が罹患すると、児に先天性風疹症候群を起こすことがある。ワクチンの妊婦への接種は禁忌。

症状

俗称“三日ばしか”。本症の臨床経過を図23.26に記す。2~3週間の潜伏期ののち、全身のリンパ節の腫脹をみる。とくに耳介後部や頸部リンパ節の腫脹が気づかれやすく、腫脹は数週間持続する。ただし、リンパ節腫脹をきたさない症例もあり、その場合は突然の皮疹や発熱からはじまる。数日後、軽度の発熱とともに、軽い痒痒を伴う丘疹性紅斑が全身に広がる(図23.27)。通常は孤立性で融合せず、落屑や色素沈着を起こさず

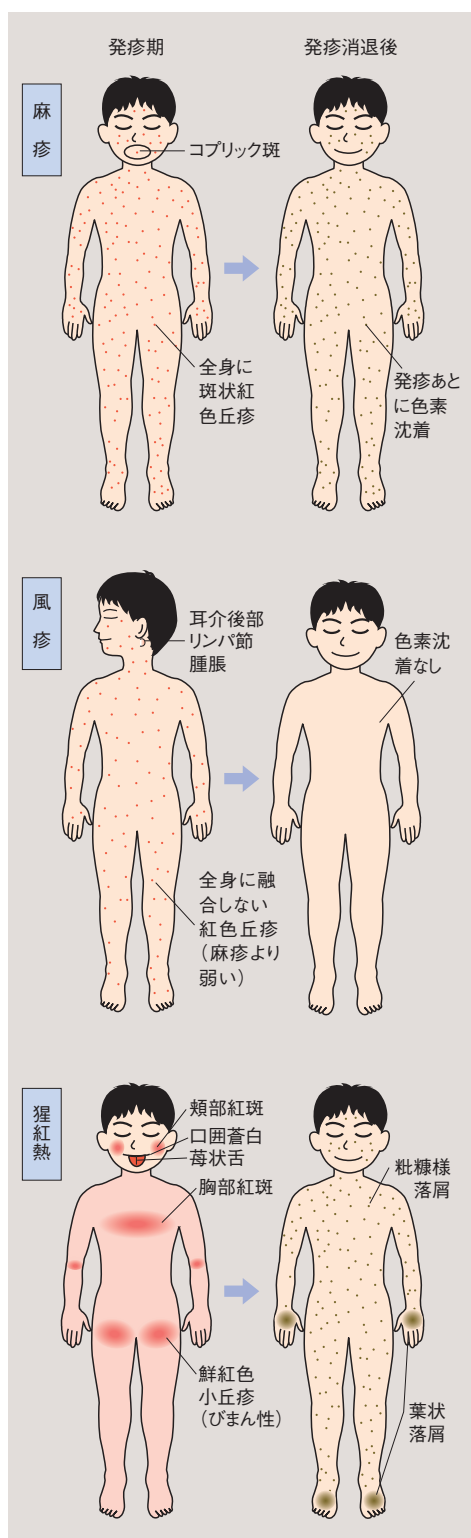


図23.25 麻疹の鑑別疾患

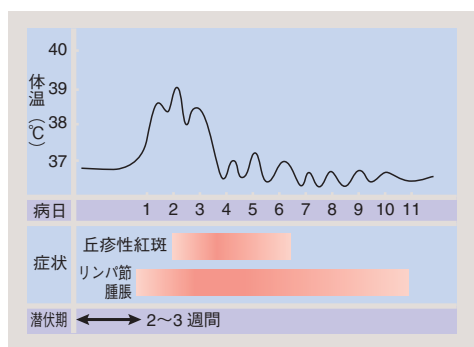


図 23.26 風疹の経過

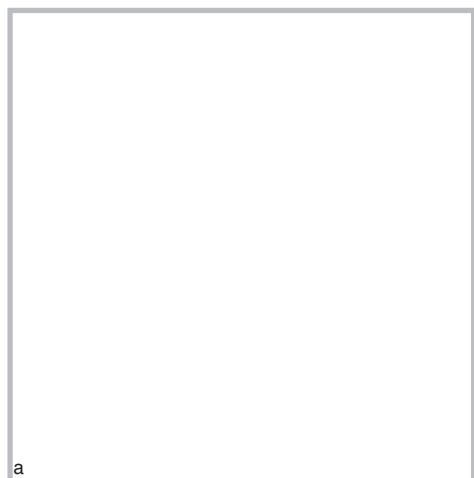


図 23.27 風疹 (rubella)
 a: 顔面～前胸部。b: 体幹に生じた丘疹性紅斑。

に3～5日で消退する点で、麻疹とは異なる。約半数の患者でフォルシュハイマー斑 (Forschheimer's spots) と呼ばれる点状出血様粘膜疹が口蓋に認められる。

合併症

合併症には脳炎および髄膜炎、血小板減少性紫斑病 (小児症例)、関節炎 (成人症例) がある。また、妊娠5か月以内の母親に感染すると、産まれてくる児に障害をきたすことがあり、これを先天性風疹症候群 (congenital rubella syndrome: CRS) という。

病因

風疹ウイルス (トガウイルス科ルビウイルス属のRNAウイルス) は飛沫感染や接触感染により上気道から侵入し、所属リンパ節で増殖しウイルス血症を起こして発症する。一度罹患すると終生免疫が得られるが、まれに再感染する例もある。好発年齢は5～15歳で、春から夏にかけて3～10年ごとに流行する。

検査所見・診断・鑑別診断

末梢血検査では、白血球減少と血小板減少を認め、異型リンパ球の出現がみられる。ペア血清により抗体価の上昇をみる。臨床経過と流行状況から診断することが多い。麻疹、突発性発疹など他のウイルス性疾患、猩紅熱などが鑑別診断となる (図 23.25 参照)

治療・予防

治療は対症療法で十分である。本症を診断した医師は7日以内に保健所に届出を行わなければならない (全数把握, 5類感染症)。皮疹出現の前後1週間はウイルス排泄があり感染性があるため、学校保健安全法では紅斑性発疹が消退するまで出席停止措置がとられる。風疹ワクチンは生ワクチンであるため、妊婦への予防接種は禁忌である。日本では、麻疹・風疹混合ワ

日本の学校保健安全法によって管理を受ける、
皮膚科領域での学校感染症と出席停止期間

MEMO

クチン（MR ワクチン）を、生後 12～23 か月と小学校入学前 1 年間に計 2 回接種する（予防接種法）。

3. 突発性発疹

exanthema subitum, roseola infantum ★

Essence

- ヒトヘルペスウイルス（HHV）の 6 型，7 型による感染症。乳幼児に好発。
- 突然の高熱が 3～4 日持続，解熱とともに全身に麻疹様発疹。皮疹は融合せず，色素沈着などを残さずに 2～3 日で消退。
- 熱性痙攣を合併することがある。

症状

約 2 週間の潜伏期を経て，突然の高熱（38～39℃）で発症する。高熱は 3～4 日持続するが，児は元気であることが多い。しばしば下痢や軽度の咳を伴う。解熱とほぼ同時に，顔面と体幹に淡紅色斑を生じる。皮疹は融合せず，色素沈着などを残さずに 2～3 日で消退する（図 23.28，23.29）。6～15%の症例で発熱時に熱性痙攣を伴う。ごくまれに急性脳炎や肝機能障害を合併する。

病因

HHV-6 の B 型と HHV-7 によるとされる。HHV-6 は唾液を介して感染するが，通常は母親由来の受動免疫により新生児は発症しない。よって生後 6 か月から 3 歳までの幼児に発症する。

診断・治療

特徴的な臨床経過から診断可能。約 2/3 の例で，口蓋垂の根本部分のリンパ濾胞が腫脹発赤し，診断の参考になる〔永山斑（Nagayama's spot）〕。治療は対症療法になるが，アスピリンは Reye 症候群の危険があるため用いないほうがよい。

痘瘡（天然痘：smallpox）★

MEMO

blueberry muffin baby

MEMO

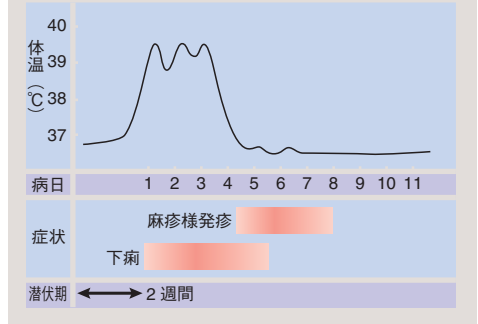


図 23.28 突発性発疹の経過

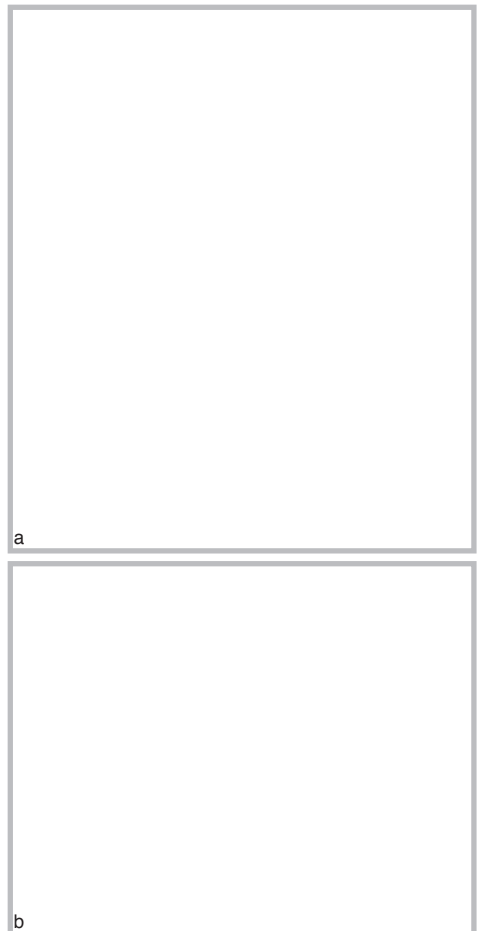


図 23.29 突発性発疹（exanthema subitum）
a：背部に多発する淡紅色斑，b：拡大像。