

**鑑別診断**

蜂窩織炎はより深在性の病変であり（図 24.3），紅斑の境界が明瞭ではない。壊死性筋膜炎は，急速に進展する皮膚の壊死病変と激烈な全身症状が鑑別のポイントとなる．とくに顔面の初期丹毒は，带状疱疹や接触皮膚炎，虫刺症との鑑別が難しい．下肢病変では，血栓性静脈炎，深部静脈血栓，Sweet 症候群，硬化性脂肪織炎，丹毒様癌などと鑑別する．

治療

ペニシリン系や第1世代セフェム系抗菌薬の内服ないし点滴によく反応する．再発や腎炎の続発を考慮して，10日間程度は抗菌薬投与を続ける．

3. 蜂窩織炎 cellulitis**Essence**

- 真皮深層から皮下組織に生じる急性化膿性炎症（図 24.3）．
- 顔面や四肢に突然発症し，境界不明瞭な紅斑，腫脹，局所熱感および疼痛を認める．
- 壊死性筋膜炎や敗血症へ移行することがある．
- 治療は抗菌薬の全身投与と，局所の安静．

症状

顔面や四肢（とくに下腿）に好発する．境界不明瞭な紅斑，腫脹，局所熱感を認め，急速に拡大して圧痛や自発痛を伴う（図 24.4）．中心部が軟化し，水疱や膿瘍を形成することもある．発熱，頭痛，悪寒，関節痛などの全身症状を伴う．リンパ管炎や所属リンパ節腫脹を合併し，病変部から中枢側へ線状発赤を認めることがある．ときに壊死性筋膜炎（図 24.16 参照）や敗血症へ進展する．

病因

黄色ブドウ球菌が主体であるが，A 群β溶血性レンサ球菌やインフルエンザ菌 *Haemophilus influenzae* などとも原因となる．多くは経皮的に侵入し，外傷や皮膚潰瘍，毛包炎，足白癬などから続発性に生じるが，明らかな侵入門戸のない場合もあ

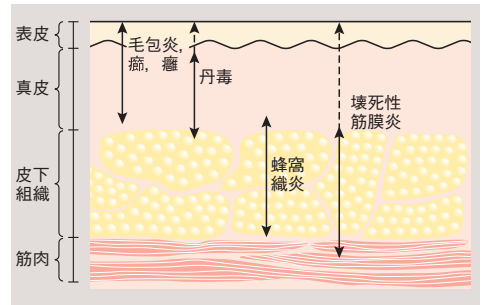
Pasteurella multocida 感染症

図 24.3 急性膿皮症の深さによる分類

図 24.4① 蜂窩織炎 (cellulitis)
境界不明瞭な紅斑．腫脹，局所熱感，圧痛を伴う．

Helicobacter cinaedi
感染による皮膚症状



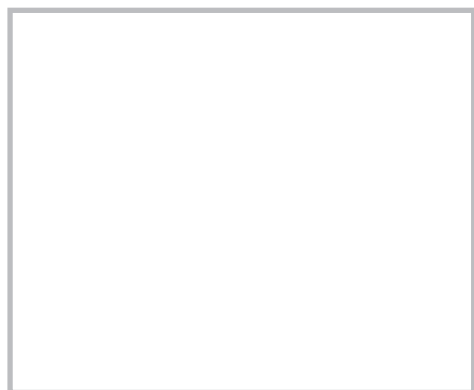


図 24.4② 蜂窩織炎 (cellulitis)



図 24.5 毛包炎 (folliculitis)

る。慢性静脈不全やリンパ浮腫も誘因となる。成人では糖尿病や AIDS, 小児では高 IgE 症候群などの免疫不全を背景に生じることがある。

鑑別診断

丹毒は病変部位がより浅く、病変が境界明瞭とされるが、実際は区別が難しい。壊死性筋膜炎は紫斑や水疱、血疱を認め、全身症状が顕著である。そのほか、血栓性静脈炎、深部静脈血栓症、結節性紅斑、虫刺症、好酸球性蜂窩織炎、带状疱疹などとの鑑別が必要である。

治療

セフェム系抗菌薬の全身投与。可能な限り入院して局所安静と点滴静注を行う。高熱、白血球数や CRP の異常高値、全身症状が顕著な場合は壊死性筋膜炎 (p.526) の発症を考慮して対処する。

4. 毛包炎 (毛嚢炎) folliculitis ★

Essence

- 毛包の浅層に局限した細菌感染症。紅斑を伴う小膿疱を生じる。病状が進行すると癬や癰に発展する。
- 治療はスキンケア、抗菌薬の外用や内服。

症状

毛孔に一致した紅斑や膿疱を生じ、軽い疼痛を伴う (図 24.5)。いわゆる“にきび” (尋常性痤瘡, 19 章 p.363) も毛包炎の一種である。通常、皮疹は数日で瘢痕を残さず治癒する。進行して深在性病変になると、硬結を生じて炎症症状が強くなる [癬や癰 (次項)]。男性の須毛部 (口ひげ、顎ひげ、頬ひげ) に生じたものを尋常性毛瘡 (sycosis vulgaris) といい、痂皮を伴う紅斑が融合して局面を形成することがある。

病因

毛孔の微小外傷、閉塞、搔破やステロイド外用などが誘因となり、毛孔に黄色ブドウ球菌や表皮ブドウ球菌 *Staphylococcus epidermidis* などが感染し、毛包に炎症が生じる。

治療

少数の毛包炎は局所の清潔やアダパレン外用薬を使用。多発する場合や尋常性毛瘡では抗菌薬の外用や内服を行う。