



図 28.4 線状皮膚炎 (dermatitis linearis)



図 28.5 アタマジラミ *Pediculus humanus capitis*



図 28.6 ケジラミ *Phthirus pubis*
a: 成体. b: 卵. 陰毛に付着している.

血によりアレルギー反応を生じ、瘙痒をきたす。シラミに接触して1～2か月後に発症する。明らかな皮疹を欠くことが多い。

病因

シラミの直接接触によるが、アタマジラミは学校などの共同生活により学童間で流行することがある。ケジラミは主に性行為によって感染する STI の一種であり、眉毛や睫毛に寄生することもある。コロモジラミは不衛生な環境下で生じることが多い。

診断・治療

頭部、陰部の瘙痒を主訴に受診した場合、本症の可能性も考慮し、毛に付着する虫体や卵の有無を確認することが重要である。治療にはフェノトリンシャンプー（パウダー）を用いるが、卵には無効であり、また近年は耐性種も確認されている。ピンポン感染を防ぐため家族やパートナーにも治療を行う。卵や虫体を除去する櫛や、剃毛を行うこともある。コロモジラミは毎日入浴し、下着や衣類を毎回交換、洗濯していれば駆除される。

6. 疥癬 かいせん scabies ★

Essence

- ヒトヒゼンダニ（疥癬虫）による。多発性小丘疹を形成、きわめて瘙痒が強く、とくに夜間に激しい。
- 陰部や体幹、指間部などに好発。とくに指間部などに疥癬トンネルを形成する。
- 寝具などを介しても感染する。性感染症や院内感染として発症することが多い。
- 治療はイベルメクチン内服、フェノトリン外用など。

症状

体幹や陰部、大腿および上腕内側、指間部といった皮膚の軟らかい部位に、2～5 mm 大の淡紅色小丘疹が多発する（図 28.7）。陰部や腋窩では小結節を形成する場合がある。いずれの皮疹もきわめて強い瘙痒があり、就寝時に暖まるととくに瘙痒が強くなる。瘙痒のため不眠を訴えることが多く、掻破して非特異的な湿疹性病変を呈する場合もある。指間部や手掌には、長さ数 mm のわずかに盛り上がった灰白色の線状皮疹がみられ、これを疥癬トンネル（mite burrow）と呼ぶ。ここに雌成虫が潜んで卵を産みつけている。水疱形成をみることもある（図 28.7d, e）。また、爪に寄生することがあり、爪白癬に類似し



図 28.7 疥癬 (scabies)

a: 陰嚢部の多発性小結節。疥癬に特徴的である。b: 指間部の紅斑、丘疹。疥癬トンネル（矢印）を伴う。c, d, e: 高齢者の手および足の症例。明らかな水疱形成をみることがある。f: ダーモスコピー像。矢印部分に疥癬虫がいる。

た爪甲肥厚^{そうこう}をきたす。

免疫不全者や不潔生活者などでは無数のヒトヒゼンダニが増殖し、きわめて強い感染力と全身の過角化をきたすことがあり、角化型疥癬 (hyperkeratotic scabies) ないしノルウェー疥癬 (Norwegian scabies) と呼ばれる。

病因

ヒトヒゼンダニ *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* の角層内感染による。ヒトヒゼンダニは球形で、雌は 0.4×0.3 mm、雄は 0.2×0.15 mm で成虫は 4 対の脚をもつ (図 28.8)。交尾した雌は、角層にトンネルをつくりながら 1 日に 2～4 個の卵を産み、4～6 週で死亡する。卵は 3～5 日で孵化し、皮溝や毛包に生息しながら 10～14 日で成虫となる。

人の肌と肌との直接接触、または寝具や衣類を介した間接接触で感染し、発症までの潜伏期間は約 1 か月である。家族内発症、老人ホーム、病院での院内感染が多く、性感染症 (STI) としての側面も有する。

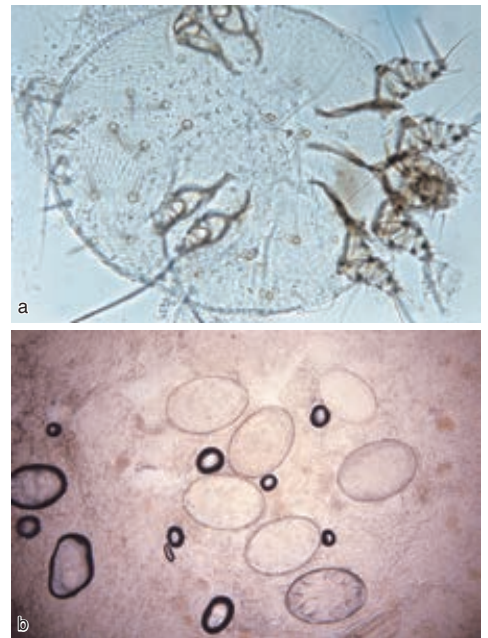
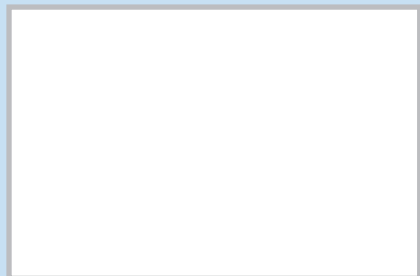


図 28.8 疥癬虫 *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*
a: 成虫は 4 対の足をもつ。b: 疥癬虫の卵。

スナノミ症 (tungiasis)

MEMO



クラゲ、サンゴ、イソギンチャクによる皮膚障害

MEMO



診断

体幹に散発する瘙痒の強い小丘疹をみたら、指間をよく観察して疥癬トンネルを探す。陰囊、大陰唇など外陰部の多発性丘疹の有無に注意を払う。疥癬トンネルや新鮮な丘疹などから、角層ごとピンセットでつまむ、剪刀で削ぐなどの方法で検査材料を採取し、KOH法で虫体や卵を直接証明して確定診断する。1か所からの検出率は低いため、複数部位から採取する必要がある。ダーモスコピーで疥癬トンネルの先端に虫体を観察できることもある(3章参照)。家族や同居人の症状の有無、性行為などについての問診も参考になる。

鑑別診断

虫刺症、湿疹・皮膚炎、蕁麻疹、動物疥癬などと鑑別する。疥癬トンネルや外陰部結節の有無で区別するが、困難なことも多い。

治療

イベルメクチンの内服が第一選択となる。成虫に対しては有効であるが、虫卵に対しては無効であるため、1～2週間後に再検査をして疥癬虫が証明されれば再投与する。肝機能障害の副作用に注意を要する。外用療法としては、フェノトリンローション、イオウカンフルローション、クロタミトン軟膏、安息香酸ベンジルローションなどを用いる。頸から下の全身に塗布する。必要に応じて抗ヒスタミン薬などを用いる。通常疥癬では通常の感染症対策が実施できれば、特別な隔離は必要ない。一方、角化型疥癬はきわめて感染力が強いので、リネン類の熱処理、予防衣の着用、濃厚接触した医療関係者への予防内服、必要に応じて患者の個室隔離といった、感染予防策を十分にとる必要がある。

ヒトヒゼンダニが駆除されても、瘙痒を伴う結節などが長期間持続することも多く、漫然とイベルメクチン内服を継続しないことが肝要である。

7. マダニ^{しこう}刺咬症 tick bite

★

症状

マダニ(図28.9)が皮膚に吸着して生じる。マダニは皮膚表面をはっても、蟻走感を人にまったく感じさせないため、顔面や腕のみならず、体幹や陰部などにも吸着する(図28.10)。刺咬痛を訴えない人が多いが刺咬部周囲には炎症がみられ、紅斑や浮腫、出血、水疱などをみる。吸着中のマダニは口器と皮



図28.9 マダニ

摘出されたマダニ。大きさ約2～8 mm。