

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

マルホ皮膚科セミナー

2011年9月15日放送

第74回日本皮膚科学会東京支部学術大会④

シンポジウム6「Common diseaseをどう考えるか」から

「とびひの考え方とその治療」

済生会横浜市南部病院 皮膚科部長
木花 光

はじめに

とびひは皮膚科の common disease の代表的な疾患ですが、それゆえか学会で取り上げられ議論されることがあまりありません。また日本の教科書には治療については詳しくは書かれていません。とびひの診断、治療について問題点を挙げて、私見を述べたいと思います。なお、私は17年前より今の病院に勤めていますが、近年は周囲に皮膚科開業医が増えましたので、平日の午前中しか外来診療をやっていない病院には、子供の患者はあまり来なくなりました。そのためとびひの患者を診ることも少なくなりましたが、以前開業医の手伝いをしていました時に、とびひの患者を極めて多数診ましたので、とびひについて語る資格があると思っています。

とびひの診断は正しいか

近年、難治のとびひとして紹介された患者、あるいは他院で治療されていたが治らず当科に受診の患者で、とびひではない例が時に見られるようになりました。アトピー皮膚炎、貨幣状湿疹などで、小さなびらんができジクジクしているととびひと診断され、抗生剤の内服と外用をしても治らないと紹介されてきます。もちろん、こういう例は抗生剤ではなく、ステロイドの外用と、かゆみを抑えて引っ掻くのをやめさせる抗ヒスタミン剤の内服で治ります。皮膚科専門医ではない医師が診た患者に多いのですが、残念ながら皮膚科専門医からの患者も少なからずいます。

とびひの細菌培養を実施しているか

言うまでもなく、とびひは細菌感染症ですので、細菌培養をするのは基本です。水疱性膿痂疹はブドウ球菌により、痂皮性膿痂疹は連鎖球菌によるとされていますが、実際に培養をしてみますと痂皮性膿痂疹からブドウ球菌が検出されることもよくあります。ブドウ球菌による場合でも、MRSA か MSSA かは発疹の性状では区別はつきませんし、培養の結果が出るには数日かかりますので、初診時に細菌培養をやっておくべきと思います。

とびひの消毒は不要

今から 10 年前、2001 年の雑誌「皮膚病診療」に、とびひの治療方針についてのアンケートが特集が載っています。11 人の医師が回答していますが、6 人はとびひをイソジン、ヒビテンあるいはピオクタニンで消毒すると答えています。消毒しないと明記していたのは私一人でした。あとの 4 人は消毒について記載していませんでしたが、やるのが当然と考えて、記載していなかった可能性が高いです。10 年前はとびひに限らず褥瘡なども消毒するのが当然だったのです。

消毒剤がどうやって細菌を殺すのか、皆さんあまり考えたことがないし、御存知ないと思います。抗生剤なら、たとえばペニシリンは細菌の細胞壁の合成を阻害すると御存知でしょう。細胞壁はヒトの細胞にはないため、ペニシリンは細菌にのみ選択的に作用します。これに対して、消毒剤の作用機序は充分はわかっていないようですが、細菌の蛋白を変性させるようです。しかもこの作用はヒトの細胞の蛋白も含めて、すべての蛋白に働きます。また、消毒剤は血液、膿などの有機物存在下では効果がないと効能書きにも書かれています。体液などがあると、消毒剤と細菌が接触できないためです。そんなわけでジクジクしているとびひに消毒剤が効くわけありません。消毒剤がしみるのは、皮膚の蛋白が変性している証拠だと思います。消毒剤で皮膚が傷むと、細菌は逆に増えて、治りが悪くなりそうですし、それを示唆するデータもあります。この 10 年間で、消毒剤の皮膚への有害性が大分知られてきており、とびひも消毒しない先生が増えてきているようです。しみて痛いだけで、効果のない消毒はやらないでほしいと思います。

治療の主は抗生剤内服

30 年前になりますが、大学病院での研修後、市中病院に出張したところ、とびひの子供がぞくぞくとやってきました。大学病院では、とびひはほとんど診たことがなかったのですが。「とびひは飛ぶから治らないのです。飛ばないようにおおってやれば治ります。抗生剤の内服は必要ありません。」との教授の教えどおり、抗生剤軟膏のみを処方しましたところ、こんなにひどくなったとほとんどの患者が 2~3 日後に再来しました。それ以来、抗生剤の内服を必ずさせています。おおうといっても、目に見える発疹の周囲にあるであろうごく初期の病変は見えないでしょうし、全てをおおうのは無理な

のでしょう。

内服の抗生剤はセフェム系をファーストチョイスにしていますが、他院で治療したが治らなかったと来院した患者にはホスホマイシンを処方しています。いずれにせよ、まず、3~4日分処方し、必ず3~4日後に再来させて、治ったか診ています。3~4日で治る場合が大半です。その時に全く良くなっていなければ、細菌培養の結果はまだ出ていませんが、抗生剤を変更して、また3~4日後に診ています。その時には培養の結果が出ていますので、それを見て抗生剤を効くものに変更します。とびひのような急性の病気に、いきなり1週間分の抗生剤を処方して、1週

後に再診するのは間違っていると思います。ホスホマイシンも効かないMRSAによるとびひの場合は、歯が黄色くなる副作用のあるミノサイクリンを親の承諾を得て使わないといけないと思っていますが、幸いまだそういう例はありません。MRSAが培養されましたと検査室から電話があり、あわててカルテを見てみますと、セフェム4日内服ですでに治っていたということは稀ではありません。白血球あるいは抗体の活躍による治癒と考えています。

外用剤は何かいいか。ステロイド外用剤は使っているか

外用剤としては、主としてゲンタマイシン含有ステロイド軟膏を使っています。とびひというのは、虫刺されとか湿疹とかかゆい皮膚病を引っ搔いてなるのがほとんどではないでしょうか。そのかゆみを止めてやるのに、ステロイドの外用が効果的です。今や黄色ブドウ球菌の臨床分離株の半分はゲンタマイシン耐性とのことです。ゲンタマイシンの存在はこちらの気休め程度ですが。とびひは細菌感染症なので、ステロイドを外用すべきではないとの意見もありますが、数日程度の外用ですと局所の免疫を落とすこともなく、炎症を抑えるので、かゆみも軽減し早く治ります。子供はガーゼを当てても包帯を巻いても、とってしまふことが多いので、よほど滲出液が多くない限り、単純塗布を指示しています。かゆみの強い場合は、抗ヒスタミン剤の内服も併用しています。

入浴は可

入浴は勧めています。夏に子供が入浴しないと汚れと汗で汚くなりますので。家族内に幼児がほかにいれば、患児を最後に入浴させるように話しています。患部もゴシゴシでなければ、洗って構いませんし、湯舟に入るのも構いません。患児といっしょに入浴した大人の家族がとびひになったというのは、私は経験がありません。とびひは細菌感染症なので免疫はできないと書いてある教科書もあり、確かに何度かとびひになる子もいますが、過去の報告でも明らかなように、とびひの大多数は乳幼児で、10歳以上は極めて少ないです。この事実からも、免疫ができると私は考えています。私の娘も2歳の頃でしたか、虫刺されをボリボリ引っ搔き、翌日の朝とびひになっていましたが、その後いくら引っ搔いてもとびひにはならなくなりました。

全例培養、消毒不要、入浴可、抗生剤内服が治療の主

以上をまとめますと、私のとびひに対して全例細菌検査をします。幹部の消毒はしませんし、入浴は勧めています。治療の主は抗生剤内服で、抗生剤含有ステロイド軟膏の単純塗布を併用します。かゆみが強ければ、抗ヒスタミン剤の内服を追加します。こういう方針で20年以上治療していますが、治療に難渋したという経験はありません。皆さんの参考になれば幸いです。