

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3月31日放送

第34回日本小児皮膚科学会②

ランチョンセミナー3「とびひの攻略—その傾向と対策—」より

「とびひを早く治すには？」

神奈川県立こども医療センター 皮膚科部長
馬場 直子

小児に多い皮膚疾患を挙げてみますと、アトピー性皮膚炎を代表とする湿疹・皮膚炎、母斑・血管腫のような先天性の皮膚の異常、とびひ、水いぼ、ヘルペス、カンジダのような感染性皮膚疾患の3つが主体をなしていると言えます。そして、皮膚の細菌感染症の中では、伝染性膿痂疹、いわゆるとびひが重要な疾患の一つです。

治療内容に大きな違い

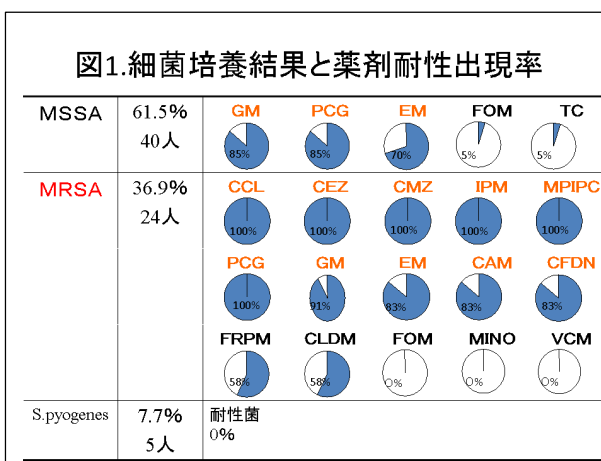
神奈川県立こども医療センターを受診するとびひの患児は、難治化して紹介されてくる症例が大半ですが、前医での治療内容について聞いてみますと、抗菌内服薬や抗菌外用薬の種類、ステロイド外用薬や消毒薬を使用するかどうか、創部を覆うか開放とするかなどの治療方針や、登園を禁止するか許可するかなどの生活指導の方針は、医師によって大きな違いがあることを痛感いたします。

また、皮膚科専門医を対象としたとびひの治療方針に関するアンケート調査では、次のようなことが報告され、同じ皮膚科専門医の間でも治療方針がかなり異なることが浮き彫りにされました。まず、内服抗菌薬は91%で使用されていてその内訳はセフェム系が64%、その他は、ホスホマイシン、ミノサイクリンなどが多かったようです。ステロイド外用薬をとびひに併用していたのは55%でした。抗菌外用薬は64%が使用しており、ゲンタマイシン、オキシテトラサイクリン・ポリミキシンB、ナジフロキサシンなど、使用薬剤は多岐にわたっていました。その他の外用薬としては、亜鉛華軟膏をリント布に塗布したもので、患部を覆う方法などがしばしばとられているようでした。消毒薬は55%が使用していましたが、その必要性については確証がなく、不要もしくは

は有害との意見もありました。

とびひ患児調査

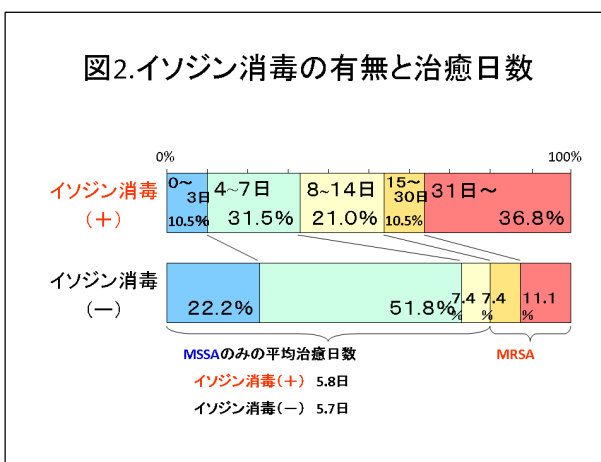
最近3年間に、当科を受診したとびひの患児を対象に、細菌培養検査を実施し、発症から治療開始までの期間と、治療開始から治癒までの期間との関係、薬剤感受性からみた抗菌薬の有効性、外用抗菌薬とステロイド外用薬の併用の是非、消毒薬使用の有無による治癒に及ぼす影響などについて調査しました。対象は、65名のとびひ患児で、その内訳は男児37名、女児28名、平均年齢3歳2カ月で、そのうち約80%がアトピー性皮膚炎を合併しており、中等症9名(14%)、軽症42名(65%)でした。解析結果は、まず細菌培養検査の結果から、メチシリン感受性黄色ブドウ球菌(MSSA)が61.5%、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)が36.9%、化膿レンサ球菌が7.7%を占めていました(図1)。MRSAの占める割合は、当施設では約3割強で、全国平均をやや上回る率でした。培養された菌の抗菌薬に対する感受性は、内服薬でよく処方されるセフェム系やペネム系などのβラクタム薬はまだ感受性が保たれていますが、エリスロマイシンにたいする耐性菌が70%に達していました。MRSAではセフェム系の耐性菌が80%以上を占め、ペネム系で58%の耐性を認め、ホスホマイシン、ミノマイシン、バンコマイシンなどでは感受性が保たれていました。



外用薬として前医でゲンタマイシン軟膏が良く使われていましたが、とびひから培養された菌の85%以上で耐性が認められました。ステロイド外用薬の併用は、非ステロイド外用薬に比べて、治癒日数が短い傾向が見られましたが、これは今回の調査ではアトピー性皮膚炎と合併した症例が大半であったことが影響していると考えられます。ポピドンヨード消毒をした群としなかった群の比較では、治癒日数に殆ど差が認められず、治癒に及ぼす影響は少ないと考えられました(図2)。また、とびひの発症から治療開始までの期間が短いほど治癒日数も短いことが確かめられましたが、MRSAの場合

外用薬として前医でゲンタマイシン軟膏が良く使われていましたが、とびひから培養された菌の85%以上で耐性が認められました。

ステロイド外用薬の併用は、非ステロイド外用薬に比べて、治癒日数が短い傾向が見られましたが、これは今回の調査ではアトピー性皮膚炎と合併した症例が大半であったことが影響していると考えられます。ポピドンヨード消毒をした群としなかった群の比較では、治癒日数に殆ど差が認められず、治癒に及ぼす影響は少ないと考えられました(図2)。また、とびひの発症から治療開始までの期間が短いほど治癒日数も短いことが確かめられましたが、MRSAの場合



また、とびひの発症から治療開始までの期間が短いほど治癒日数も短いことが確かめられましたが、MRSAの場合

はこの限りではなく、たとえ早期に治療を開始しても、治癒までに2週間以上、ときには1ヵ月以上を要する病態の遷延化が多くみられました。

水疱性膿痂疹と痂皮性膿痂疹の比較

一般にとびひは、水疱性膿痂疹と痂皮性膿痂疹に分類されます(表1)。中でも痂皮性膿痂疹の原因となる化膿レンサ球菌による感染(図3)では、急性糸球体腎炎を引き起こすことが知られています。特に6歳以下の患児では、3~6週間後に膿痂疹後糸球体腎炎が発症しやすいため、痂皮性膿痂疹の発症から1ヵ月後に尿検査をするなど、とびひ治療後も注意深い経過観察が必要となります。

鑑別点	水疱性膿痂疹	痂皮性膿痂疹
季節	初夏~初秋	季節を問わず
誘因	擦り傷, 虫刺され, 湿疹病変	咽頭炎など
症状	びらん, 弛緩性水疱が播破により拡大, 軽い痛み, かゆみ	小水疱, 膿疱 厚く堆積する痂皮(一気に多発する) 咽頭痛, 悪寒, 発熱, リンパ節腫脹
検査所見		白血球増加, CRP陽性, ASO・ASK上昇
原因菌	黄色ブドウ球菌	化膿連鎖球菌 または黄色ブドウ球菌の混合感染
腎炎発症		3~6週間後

抗菌薬の使用

とびひに対する抗菌薬の使用は、外用薬、内服薬に関わらず、常に耐性菌の出現・伝播、病態の難治化を考慮した治療が求められます。外用抗菌薬のフシジン酸では黄色ブドウ球菌に強い抗菌力を示すために、ある地域で汎用された結果、わずか1年の間に黄色ブドウ球菌のフシジン酸耐性率が4.1%から51.9%に急増したと報告されています。どの抗菌薬でも汎用することで耐性菌は増加しますが、特に外用薬では早く耐性化をきたしやすいのではないかと懸念されます。



図3.連鎖球菌性膿痂疹(痂皮性膿痂疹)

内服抗菌薬でも耐性菌の増加は問題となっています。抗菌薬の中断、効果が期待できない不適切な抗菌薬の選択、漫然とした投薬などを行った場合は治療が不完全となり、残った耐性菌が増殖して病態そのものの難治化と、耐性菌の周囲への伝播が危惧されます。したがって、抗菌内服薬を使用する場合は、原因菌に強い抗菌力を示す薬剤を選択し、自己判断で治療を中止しないよう患児や保護者に指導するなど、耐性菌の出現・増加を念頭に置いて治療すべきと考えます。

βラクタム系抗菌薬は、MSSAに有効であり、とびひ治療の第一選択薬として使用されます。ファロペネムは抗菌活性の高さと、「ペネム」という名称から、重症感染症

の切り札として使われるカルバペネム系抗菌薬と混同されることがありますが、化学構造から別系統のペネム系に分類される薬剤です。ペネム系抗菌薬が、カルバペネム系抗菌薬の耐性を誘導しやすいというわけではないため、セフェム系やペニシリン系と同じように、ファロペネムもとびひの第一選択薬として使用できます。さらに小児では味もよく水に溶けやすいため、飲みやすさの点からもファロムドライシロップは有用な選択肢となります。

内服抗菌薬使用時の注意点として、特に3歳未満では下痢や軟便をきたしやすいことが挙げられます。あらかじめ保護者にその可能性を伝え、これまでに抗菌薬の内服で下痢を経験したことがある患児には、乳酸菌製剤や腸運動抑制剤を同時に処方しておきます。少し便がゆるくなる程度なら、抗菌薬はできるだけ続けて服用するようにあらかじめ指導しておきます。

アトピー性皮膚炎に合併したとびひ

近年、アトピー性皮膚炎に合併したとびひ(図4)が増えており、純粹なとびひ(図5)とは治療方針をたてる上で分けて考える必要があります。

図4.アトピー性皮膚炎に合併した水疱性膿痂疹



図5.純粹な水疱性膿痂疹



合併例では、互いの疾患を悪化させるため、同時に両方の治療が必要となります。すなわち明らかな湿疹病変にはステロイド外用薬、とびひによる水疱・びらん面には抗菌外用薬といった使い分けを指導し、もし病変が混在している場合には湿疹病変にステロイド外用薬を塗り、内服抗菌薬でしっかりとびひを治療するのがよいと考えます。しかし、アトピー性皮膚炎の合併のない純粹なとびひだけの場合には、決してステロイド外用薬を使用すべきではないと思います。

とびひ治療の私案

これらのことを考慮し、今回の報告を踏まえてとびひ治療の私案をのべさせていただきます。

1. 黄色ブドウ球菌の感染が疑われる臨床症状の場合には、まず MSSA をターゲットに、ファロペネム、セフジニルなどの広域スペクトラムのβラクタム系薬を内服させ、細菌培養を行っておくとよいと思います。
2. 患部は石鹸を泡立てて擦らず丁寧に洗い、シャワーでよく流しますが、消毒はしなくていいでしょう。
3. 水疱、びらん面にはナジフロキサシン、フシジン酸などを塗り、ガーゼ・包帯で覆います。あるいは、貼付剤型亜鉛華単軟膏を重層します。
4. アトピー性皮膚炎を合併して痒み強い場合は、ステロイド外用薬を塗り、掻かないように貼付剤型亜鉛華単軟膏を貼り、ガーゼ・包帯で固定します。それでも痒み強い場合は、抗アレルギー薬を内服させます。
5. 3~4 日後に再診し、軽快していれば痂皮がなくなるまで 2~3 日抗菌薬を続けて内服した後中止します。不変ないし悪化している場合には、薬剤感受性の結果をみて、感受性のある薬剤に変更または併用します。
6. 化膿レンサ球菌性膿痂疹が疑われる臨床症状の場合には、黄色ブドウ球菌との混合感染を想定して、どちらにも効くβラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン系薬、ペネム系薬、セフェム系薬などから選択します。腎炎予防のためには、内服抗菌薬を 10~14 日間続けます。

最後に、とびひの予防としては、鼻をよくかませる、爪を短く切っておく、手洗いをきちんとさせるなど、基本的な予防法を保護者にきちんと指導することが重要と考えます。また、細菌が皮膚から侵入しないようにバリア機能を補強するために保湿剤をしっかり塗布する、虫刺されや外傷、かぶれなどを放置せず、外用薬で早めにきちんと治療しておくことも大切だと思います。