

皮膚科

Common diseaseと鑑別疾患 診断コンパクトガイド

天疱瘡

肝斑

酒皸

IgA血管炎

下腿潰瘍

中毒疹

多汗症

AIGA
(特発性後天性全身性無汗症)

円形脱毛症

足白癬

爪白癬

口腔カンジダ症

乾癬

アトピー性皮膚炎

結節性紅斑

蜂窩織炎

虫刺症

瘰癧

蕁麻疹

尋常性白斑

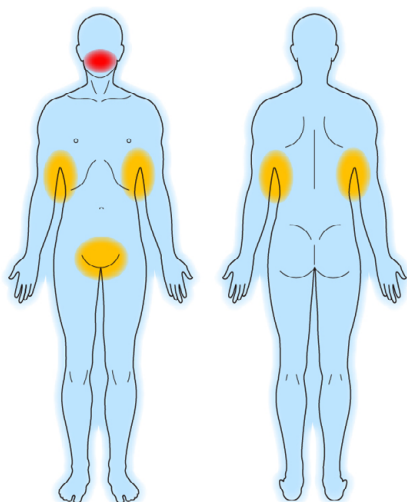
粉瘤

単純ヘルペス
(口唇ヘルペス)

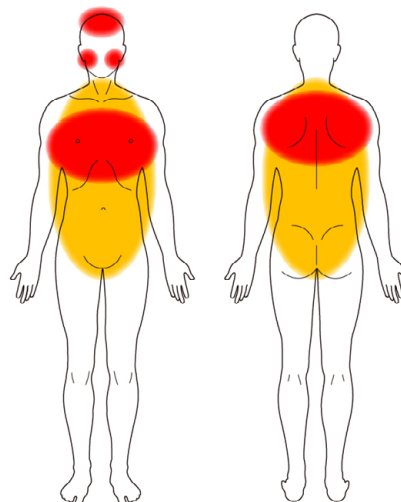
手湿疹

天疱瘡

尋常性天疱瘡



落葉状天疱瘡



発現頻度
● 高
● 中
● 低

定義・概要：

40～60歳代に初発し、尋常性天疱瘡と落葉状天疱瘡に大別される。それぞれの自己抗体はデスマグレイン3とデスマグレイン1である。

尋常性天疱瘡のうち、デスマグレイン1、3両者に対する抗体を認める場合は粘膜と皮膚が広範囲に侵され、粘膜皮膚型尋常性天疱瘡と呼ぶ。デスマグレイン3に対する抗体のみを認める場合は粘膜病変が主に侵され、粘膜優位型尋常性天疱瘡と呼ぶ。

診察時のポイント：

口腔粘膜や皮膚に繰り返す弛緩性水疱、難治性のびらんを認めたときに疑う。

診断の流れ：

尋常性天疱瘡は口腔粘膜の疼痛性びらんで初発することが多い。口腔粘膜の水疱は軽度扁平に隆起した白色斑を呈し、水疱はすぐに破れてびらんとなるため白色部とびらんが混在する。尋常性天疱瘡の約半数には皮膚にも弛緩性水疱やびらんを生じるため、粘膜症状の訴えしかなくても皮疹の有無を確認する。水疱はどの部位にも生じうるが、外的刺激の多い背部、臀部、下肢に好発する。

落葉状天疱瘡では弛緩性小水疱を生じる。水疱が表皮上層で生じるために、水疱よりも水疱が破れたあとのびらんや、水疱が乾燥してできた葉状の鱗屑が目立つことが多い。顔面、頭部、背部、胸部などの脂漏部位に好発する。

天疱瘡を疑えば、スクリーニング検査としてELISA(enzyme-linked immunosorbent assay)法やCLEIA(chemiluminescent enzyme immunoassay)法で抗デスマグレイン1/3抗体の有無を確認する。確定診断のためには粘膜部もしくは皮膚から病理組織学的検査を行う。粘膜部ではびらん辺縁の赤みが強いところ、皮膚では新しい小水疱か水疱辺縁部から生検することで、表皮内水疱や棘融解をとらえやすくなる。検体の一部で蛍光抗体直接法を行い、表皮細胞間への自己抗体の沈着を認める。

鑑別疾患：

【水疱性類天疱瘡】 緊満性水疱が多発する。病理組織学的に表皮下水疱をきたし、蛍光抗体直接法では病変部基底膜部にIgGとC3が線状に沈着する。粘膜病変合併率は20%程度であり、粘膜症状は尋常性天疱瘡よりも軽度であることが多い。

【扁平苔癬】 粘膜症状として頬粘膜を中心に不規則な形の浸潤性白斑、白色線条、びらんを認める。皮膚症

状として四肢に扁平に隆起した灰白色から紫紅色の局面、丘疹を認める。

【Behçet病】再発性口腔内アフタ、皮膚病変、外陰部潰瘍、眼病変を4主徴とする。口腔内アフタは初発症状であることが多い。約10日で癒痕を残さず治癒するが再発する。

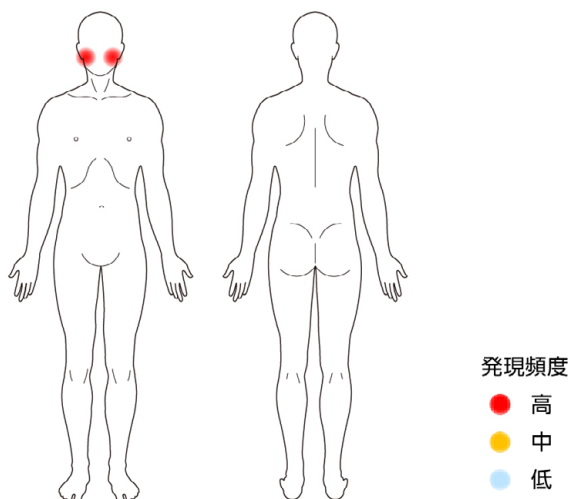
【口腔カンジダ】頬粘膜、口蓋、舌に白苔が付着し、容易に剥離できる。直接検鏡で菌体を確認する。

【ヘルペスウイルス感染症】口唇ヘルペスの場合、疼痛を伴う小水疱、びらん、痂皮を口唇皮膚境界部に認める。1週間程度で治癒する。初感染の場合は歯肉口内炎となる場合もある。帯状疱疹の場合、神経支配領域に沿って疼痛、水疱、紅斑を認める。三叉神経第2枝、第3枝が侵された場合は口唇、口腔、咽頭に水疱、びらん、痂皮を認めることがある。

【Stevens-Johnson症候群】粘膜病変、紅斑、水疱が出現し、発熱などの全身症状を伴う。粘膜病変は口唇に加え眼、外陰部に出現し、出血や血痂を伴うびらんを認める。薬剤やウイルス感染が契機となる。

【伝染性膿痂疹】水疱性膿痂疹は乳幼児～学童期に好発し、ほとんど全身症状を伴わない。痂皮性膿痂疹は年齢を問わず、発赤を伴う膿疱が出現し急速に痂皮化する。咽頭痛、発熱、所属リンパ節腫脹などの全身症状を伴うことが多い。

肝斑



定義・概要：

顔面に対称性に分布する均一もしくは淡褐色～褐色の濃淡のある皮疹である。30代、40代のアジア人女性に多く、多数の病因が存在する。メラノサイトの数は不変～増加しており、メラニン産生と周辺ケラチノサイトへのメラノソームの受け渡しが亢進している。

診察時のポイント：

発症年齢と分布、色調、形態に着目する。患者が「しみ」と呼称するものには多数の疾患が含まれる。肝斑と他疾患が混在することも多いため、皮疹全体を注意深く診察する必要がある。

診断の流れ：

顔全体を観察し、皮疹の分布を確認する。女性の場合、化粧で淡い色素斑や扁平な腫瘤が隠れていることもあるため、化粧全体を落としてもらうことが望ましい。

肝斑は、眼周囲を避けて両頬、こめかみ付近に対称性に分布する。前額、口囲、下顎に分布することもある。個々の皮疹は弓状、線状、多角形で癒合し不整形となり、大きさはさまざまである。色調は均一もしくは濃淡

のある褐色である。

鑑別すべき疾患がない限り皮膚生検を実施することは少ないが、病理組織学的には、メラニンが表皮全層で増加し、一部のメラニンが真皮に滴落している。メラノサイトの数は不変～増加しており、血管の数、大きさ、密度が増加している。

紫外線、妊娠、経口避妊薬で悪化するため、増悪契機の有無を確認することも重要である。そのほか、抗けいれん薬、接触皮膚炎、摩擦、肝機能異常、甲状腺機能異常も要因となる。

肝斑と診断しても他の疾患を合併していないかを丁寧に確認する。老人性色素斑と肝斑の合併例で、老人性色素斑にレーザー治療を行うと、レーザー後色素沈着の頻度が増加することや、肝斑そのものが増悪することがあるので注意する。悪性疾患の有無が疑われるときは必ずダーモスコピーで確認し、病理組織学的検査を行う。

鑑別疾患：

【老人性色素斑】 数mm～10mm大の類円形の淡褐色～濃褐色斑が露光部に単発もしくは多発する。加齢に加え、光老化により発生する。ダーモスコピーで定型的偽ネットワークを認める。脂漏性角化症や扁平苔癬様角化症に移行することがある。

【脂漏性角化症】 扁平隆起する灰白色、黒褐色の腫瘤。時に癢痒感を伴うことがある。ダーモスコピーで面皰様開孔、脳回転様外観を認める。

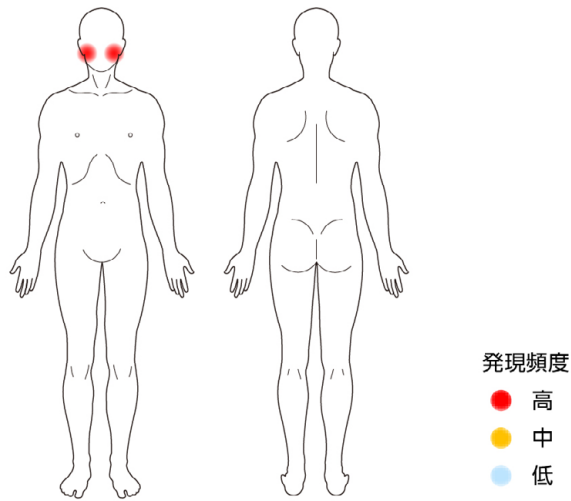
【扁平苔癬様角化症】 老人性色素斑や脂漏性角化症に炎症が生じ、扁平苔癬様の組織を示す。炎症が生じると紅斑が出現し、一過性に色素沈着を伴うが消退傾向を示すことがある。

【雀卵斑】 3歳ごろより、直径数mm大の褐色斑が顔面性中部を中心に両頬、両眼瞼に多数散在性に生じる。紫外線暴露で悪化するため、夏季に増悪し、冬季に軽快する。思春期に最も色が濃くなるが、その後は軽快する。

【後天性真皮メラノサイトーシス】 思春期以降の女性の顔面に加え、四肢、背などに拡大することもある。顔面では頬骨部のほか、前額部、眼瞼、鼻に生じる。直径数mm大の小斑が多発し、癒合傾向はあまりない。真皮上層のメラノサイトの増加を反映して灰褐色、青褐色となる。

【悪性黒子】 高齢者に多く、黒褐色斑で、大型、不整形、濃淡が強い。ダーモスコピーで非定型偽ネットワークを認める。拡大しながら自然消退現象が起こるため、病変内で様々な色調がみられる。

酒皸



定義・概要：

主に中高年の顔面、特に鼻部に好発し、びまん性発赤と血管拡張が数カ月持続する原因不明の慢性炎症性疾患である。痤瘡様の丘疹、膿疱を混じることがある。

診察時のポイント：

顔面を中心として、発作性潮紅、毛細血管拡張、紅斑、丘疹や結節が混在する。痤瘡と異なり面皰を伴わない。

診断の流れ：

進行度、重症度によるステージ分類がある。

- ①第1度酒皸：紅斑性酒皸。紅斑と毛細血管拡張、火照り感が主体。
- ②第2度酒皸：酒皸性痤瘡。痤瘡に類似する丘疹・膿疱を主体とするが、面皰は伴わない。
- ③第3度酒皸：鼻瘤。鼻部を中心とした腫瘤。鼻が凸凹に不整に隆起して赤紫色を呈し、毛孔が拡大してミカンの皮のような外観となる。
- ④眼型酒皸：眼瞼・眼球結膜の充血や炎症を伴う。

上記のような特徴的な臨床症状により診断するが、痤瘡やステロイド外用薬による酒皸性皮膚炎との鑑別が重要。

酒皸の原因は不明であるが、病変部皮膚では自然免疫の異常が起こり、日光や毛包虫感染などの外的刺激による感受性が高まり、炎症や血管増生を来すと考えられている。

紫外線、心理的ストレス、外気温の急激な変化、刺激のある食べ物やアルコールの摂取、不適切なスキンケアなどが増悪因子として知られるため、問診も重要である。

鑑別疾患：

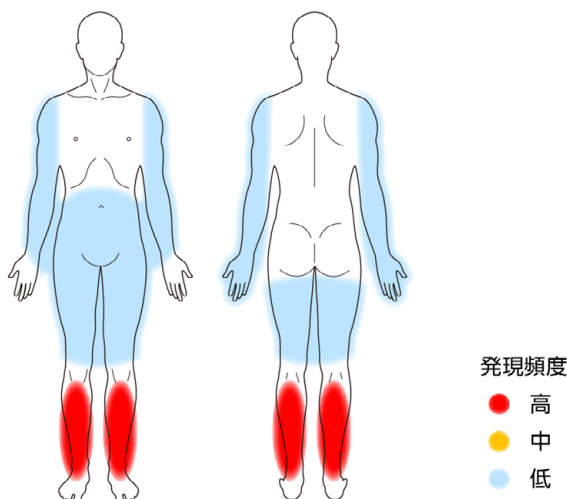
- 【酒皸様皮膚炎】ステロイド外用薬を顔面に長期使用することで、酒皸に類似した紅色丘疹、びまん性潮紅、痤瘡が発生する。
- 【脂漏性皮膚炎】前額部、小鼻、鼻周囲の頬、頭皮などの脂漏部位に紅斑、鱗屑を生じる。マラセチアの関与が指摘されている。酒皸のような丘疹や血管拡張は通常みられない。
- 【マラセチア毛包炎】マラセチア感染症。前胸部、肩、上腕伸側に毛孔性丘疹が多発する。
- 【毛包虫性痤瘡】毛包虫(通称ニキビダニ、*Demodex folliculorum*)が毛穴で異常増殖することにより顔面に痤瘡を生じる。不適切スキンケアが原因となっていることが多い。
- 【接触皮膚炎】原因物質が触れた部位に局限して、紅斑・漿液性丘疹・小水疱・びらん・痂皮などが認められ

る。原因物質との接触を絶つことで改善する。

【アトピー性皮膚炎】顔だけでなく、全身で慢性的に湿疹・皮膚炎を繰り返す。掻痒を伴う。

【全身性エリテマトーデス】蝶形紅斑とも呼ばれる、鼻背を中心として頬部に対称性に広がる比較的境界明瞭な浮腫性紅斑を認める。自覚症状はないか、あっても軽い熱感を覚える程度で、消退後に癬痕を残さない。

IgA血管炎



定義・概要：

IgA免疫複合体が真皮上層の血管壁に沈着することで発症する一種のⅢ型アレルギーである。病理組織学的には、白血球破砕性血管炎であるが、その中でも血管壁へのIgA沈着を認めるものをIgA血管炎という。両側下腿を中心に点状から爪甲大までの浸潤を触れる紫斑が多発する。大腿部や下腹部にまで紫斑が及ぶ場合もある。発熱、関節痛、腹痛、腎炎などの全身症状を伴うことがある。

診察時のポイント：

小児に好発であるが、成人にもみられる。頭痛、咽頭痛、感冒症状が先行するため、本症を疑ったときには、先行感染の有無を確認することが必須である。また、薬剤（ペニシリン、アスピリン）や食物（牛乳、卵）も抗原となるため、念頭に置いておきたい。

診断の流れ：

確定診断は臨床像と病理組織学的診断、他疾患の除外によって総合的に行う。

70%以上の人が初発症状として皮膚症状を訴える。軽度隆起性の浸潤触れる紫斑が特徴的であるため、両側下腿伸側に同症状を認めた場合は本症の可能性を考えて、他症状についても問診を行う。

紫斑は硝子法で消退しないため、紅斑との鑑別は容易である。本症は上気道感染とも関連があるため、上気道感染を疑った場合は扁桃・咽頭培養を行う。血液検査では、白血球やCRP(C-reactive protein)、血沈、ASO(anti-streptolysin O antibody)、IgA値の上昇を認める場合が多いため、血液検査を行うことも必須である。組織学的診断を行うためには、皮膚生検が必須である。真皮乳頭層から網状層までの小血管に壊死性血管炎の所見を呈する。また、血管壁へのIgAの沈着を確認する必要があるため、蛍光抗体直接法を行うことも重要である。

紫斑が下腿に限局せず、大腿部・臀部・下腹部など広範囲にわたって認められる場合は消化器症状や腎障害の合併のリスクが上昇するため、注意を要する。

鑑別疾患：

【血小板減少性紫斑病】 血小板減少(10万/mm³)に伴う紫斑の総称であり、打撲などによる皮下出血をきたしやすくなる。血小板が5万/mm³以下になると、自覚なく点状出血や斑状出血を生じる。紫斑は浸潤を伴わないのが特徴である。

【結節性多発動脈炎】 発熱、関節症状、腎機能障害、末梢神経障害などを生じる全身性血管炎である。病理組織学的には小～中動脈の白血球破砕性血管炎を呈する。表在性動脈走行に一致して、直径1～2cm大の皮下結節や紫斑、潰瘍を生じるのが特徴である。

【ウイルス感染症】 ウイルス感染によるアレルギー反応により麻疹や風疹などのような全身性皮疹を来すものがある。

【顕微鏡的多発血管炎】 細動静脈～小動脈を侵す全身性血管炎であり、MPO -ANCA^{*1}(P^{*2} -ANCA)陽性のANCA関連血管炎である。糸球体腎炎や間質性肺炎が急激に進行し、予後不良である。皮膚症状としては、細動静脈の血管炎を反映して、浸潤を触れる紫斑を下肢中心に生じる。

*1 MPO-ANCA: myeloperoxidase-anti-neutrophil cytoplasmic antibody (抗好中球細胞質抗体)

*2 P: perinuclear

【全身性エリテマトーデス(SLE^{*3})】 腎臓、心臓、関節、中枢神経など他臓器障害をきたし、若年女性に好発する原因不明の自己免疫疾患。皮膚症状としては最も特徴的な、頬部に生じる蝶形紅斑以外に、リベド、浸潤性紫斑、四肢潰瘍(血管炎)、点状出血(血小板減少)がみられる。

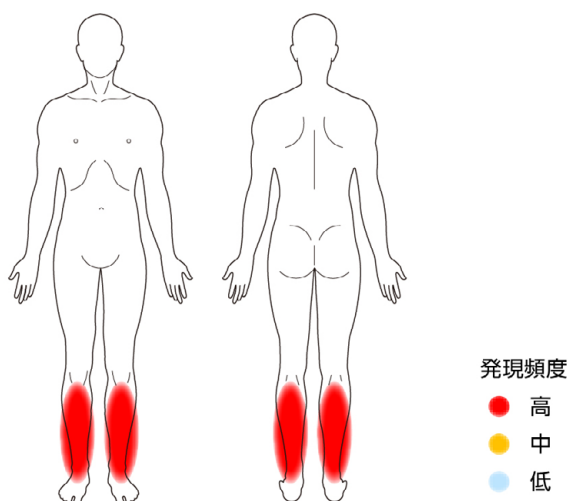
*3 systemic lupus erythematosus

【クリオグロブリン血症】 種々の原因によりクリオグロブリンが出現し、血管炎症状を呈するものである。I型からIII型まで分類される。一般的にI型は軽症例が多いが、II型やIII型では血管炎を反映して、浸潤を触れる紫斑や皮下結節、潰瘍を形成する。

【抗リン脂質抗体症候群】 リン脂質と血漿蛋白の複合体に対する自己抗体が生じることにより、全身の動静脈に血栓塞栓症を生じる疾患である。静脈の変化によりリベドや血栓性静脈炎、下腿潰瘍を、動脈の障害により皮下結節や指尖潰瘍、壊疽などが見られる。SLEに合併しやすく、習慣流産、虚血性心疾患、チアノーゼ、下腿潰瘍、リベドを特徴とする。

【慢性色素性紫斑】 中年の下肢に好発する原因不明の紫斑で、点状出血や毛細血管拡張を伴い色素沈着が残るものをいう。全身症状を伴うことはなく、慢性的に増悪と軽快を繰り返す。本疾患の多くはSchamberg病であり、時に下肢静脈瘤を伴う。

下腿潰瘍



定義・概要：

下腿にできる表皮から真皮に及ぶ欠損で、底面に出血・漿液滲出・膿を認めるもの。しばしば膿苔や痂皮が付着する。肉芽組織を生じ、瘢痕治癒する。

血流障害や神経障害など病因は多岐にわたるが、約80%が静脈性鬱滞に起因するといわれている。潰瘍や潰瘍周囲の状態、静脈瘤の有無などからある程度原因を絞り込むことは可能である。原因によって、潰瘍の深さや壊死組織の有無など多彩な症状を呈する。

診察時のポイント：

潰瘍の経過、分布、自覚症状、随伴症状、基礎疾患、薬剤歴、既往歴、家族歴など詳細な問診が必要である。

診断の流れ：

下腿潰瘍の症例に遭遇した場合は、まず、血流評価を行うことが重要である。足背動脈・後脛骨動脈をまず触診で触れるかを確認する。下腿浮腫などが強く、触診が困難な場合はドプラ聴診やカラードプラエコーを用いて簡易な検査を行う。その他血流評価の手段としては、CT、MRI、サーモグラフィー、足関節/上腕血圧比(ankle brachial pressure index: ABPI)の測定、皮膚組織灌流圧(skin perfusion pressure: SPP)、アンギオグラフィー、血管造影などがある。

また、血流障害がなくても、潰瘍治療に反応の乏しい潰瘍に関しては、悪性腫瘍を念頭に置く必要がある。細菌感染を伴っている場合も多いため、潰瘍部からの細菌培養検査は有用である。

鑑別疾患：

【虚血性(動脈性)潰瘍】 下腿動脈の血行障害が原因となる下肢閉塞性動脈硬化症(arteriosclerosis obliterans: ASO)で、糖尿病・透析・喫煙・血管炎などが原因となる。進行すると安静時疼痛が出たり、足趾が黒色化し、ミイラ様になる。

【静脈鬱滞性潰瘍】 下肢静脈の弁の異常などが原因で生じる。肥満や妊婦、立ち仕事の人に多い。繰り返すことで、下肢に色素沈着や皮膚硬化を来す。

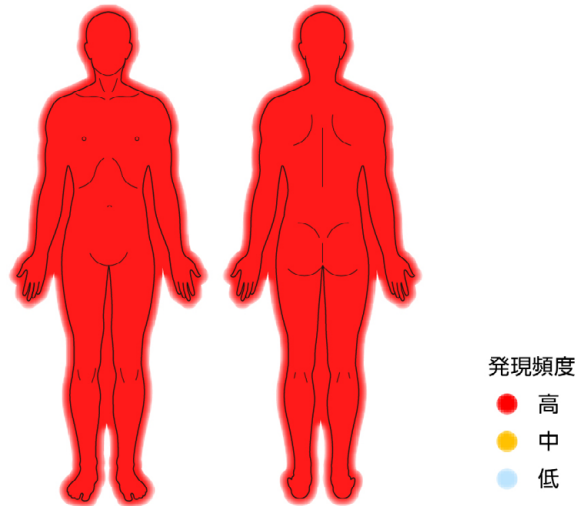
【糖尿病性潰瘍】 ①感染、②神経障害、③虚血と大きく3つの病態に分けられる。糖尿病コントロール不良患者は易感染の状態であることが多いため、ガス壊疽や壊死性筋膜炎などの深部感染症や足底部の胼胝や鶏眼から感染を生じ潰瘍化することが多い。また末梢血流障害のある患者では、足壊疽の状態を呈する。

【膠原病に伴う潰瘍】 強皮症や全身性エリテマトーデスなどの膠原病による血行障害や、内服中のステロイドや免疫抑制剤による易感染が原因で潰瘍を生じることがある。

【放射線潰瘍】放射線治療で放射線が照射された部位に生じる潰瘍。治らない場合は切除が必要となることもある。また、悪性腫瘍の発生母地ともなるため、注意が必要である。

【皮膚悪性腫瘍】悪性黒色腫や有棘細胞癌、Paget病(癌)、皮膚悪性リンパ腫、白血病、血管肉腫、転移性皮膚癌など種々の悪性腫瘍が皮膚潰瘍を生じる可能性がある。

中毒疹



定義・概要：

全身、左右対称性に紅斑が出現する急性発疹症の総称である。薬剤やウイルス、細菌、食物など様々な原因が考えられるが、原因が特定できないこともある。

診察時のポイント：

薬疹を見逃さないように薬剤摂取歴(内服薬や注射剤、坐剤など。市販薬の使用有無も)を確認する。また、発熱や咽頭痛など自覚症状の有無を確認し、先行感染の検索を行う。例外はあるが、薬疹は体幹優位に、ウイルス性発疹症は四肢末梢優位に皮疹が出現する。

診断の流れ：

中毒疹は主に原因不明な紅斑に対して用いられる診断名である。皮疹の分布は比較的広範囲であり、左右対称性に紅斑を認める。多くの中毒疹は日単位で分布が変化する。経過で原因が特定できれば、薬疹や風疹・麻疹などの病名に変更される。

中毒疹の原因は多岐にわたる。まず薬剤アレルギーの鑑別が重要である。新規薬剤開始後、数週間以内に生じた紅斑であれば薬剤性を積極的に疑い、可能であれば薬剤を中止する。薬剤アレルギーの診断では好酸球が参考になることがあり、好酸球が上昇している場合、上昇するタイミングの前に開始された薬剤があれば、その薬剤の中止を検討する。

細菌・ウイルス感染に伴う中毒疹も頻度が高く、発熱や咽頭痛、リンパ節腫脹の有無など確認する。皮疹出現時または出現前にこれらの症状がみられた際は感染症を疑う。麻疹や風疹など特定のウイルスによる皮疹はそれぞれ特徴的な臨床経過をとることが多く、それらの特徴を把握する必要がある。

その他に、膠原病や悪性腫瘍によるデルマトロームとして中毒疹が出現することがあり、紅斑が長期間消退しない場合や長期間紅斑の消長を繰り返す場合は血液検査や画像検査などを積極的に行う。

鑑別疾患：

【薬疹】 皮疹出現数週間前に開始した薬剤の有無を確認する。採血で好酸球上昇することがある。また、皮膚生検で真皮内に好酸球の浸潤がみられる。薬剤リンパ球刺激試験の結果が参考になることもある。

【全身性接触皮膚炎】 過去に接触皮膚炎を起こしたアレルゲンが非経皮的に生体に侵入することで全身に皮膚炎を生じる。金属アレルギーにより生じることもあり、ニッケルやコバルト、クロムはアレルギーを起こしやすい金属で、これらは食品にも含まれる。パッチテストを行う。

【トキシックショック症候群(TSS)、トキシックショック様症候群(TSLS)】 TSS*¹は黄色ブドウ球菌の産生する毒素(TSST-1*²やSE*³)により発熱や発赤、血圧低下や多臓器不全を生じる。TSLS*⁴はA群溶連菌の外毒素によりTSSと同様の症状をきたすが、TSSより致死率が高い。

*1 toxic shock syndrome

*2 toxic shock syndrome toxin-1

*3 staphylococcal enterotoxin

*4 toxic shock-like syndrome

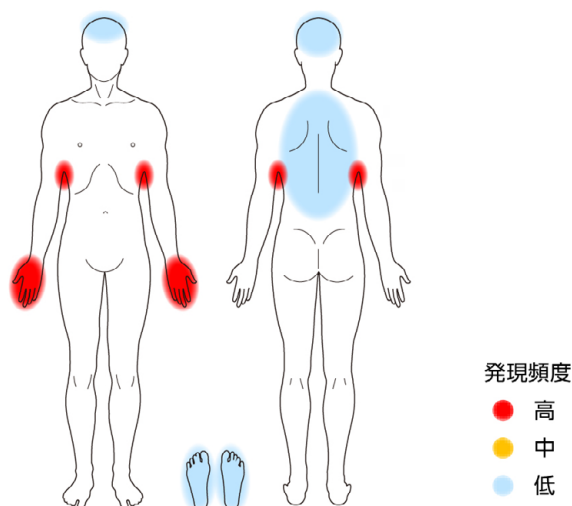
【ウイルス性発疹症】 麻疹、風疹、手足口病など。発熱や皮疹出現時期、粘膜疹などを確認する。またデング熱で広範囲に紅斑がみられることがあり、海外渡航歴を確認する。必要に応じて血清抗体検査など行う。

【ウイルス以外の感染症による発疹症】 ツツガムシ病や日本紅斑熱など。野山に入った経緯がないか問診する。刺し口が見つかりと診断の手助けになる。

【梅毒】 梅毒性ばら疹では比較的小型な紅斑が躯幹中心に多発する。十分な問診と血液検査を行う。

【悪性リンパ腫】 皮膚生検で表皮内や真皮に異型性のあるリンパ球様単核球の浸潤を認める。表皮内にPautrier微小膿瘍を形成する。

多汗症



定義・概要：

エクリン腺での発汗が亢進することで生じる。全身性多汗症と局所性多汗症に分類され、前者では全身性に、後者では手掌・足底・腋窩など限局性に多量の発汗が起こる。日常生活に支障を来すため、QOLに大きく影響を及ぼす疾患である。

診察時のポイント：

全身性多汗症を疑う場合には、比較的発汗量の少ない腹部・胸部・臀部などの部位を含め、全身の発汗を評

価する。原因疾患を背景とした続発性多汗症の可能性を念頭において診察を行う。適用される治療法が異なるため、多汗の部位、自覚症状の重症度を評価する必要がある。

診断の流れ：

汗で洋服や書類などが濡れてしまうなどのエピソードや発症時期、温熱刺激や精神的緊張での増悪があるかを問診する。また、発汗が亢進している部位を確認し、全身性なのか局所性なのかを評価する。軽症例で判断が難しい場合にはヨードデンプン法や重量計測法などで発汗検査を行う。

続発性全身性多汗症では高温環境、重労働、甲状腺機能亢進症、関節リウマチ、閉経、体温調節中枢刺激、結核、悪性腫瘍、薬剤などが原因となるため、これらについても問診、診察を行う。脳梗塞、中枢神経または末梢神経障害により起こる他部位での代償性発汗、不安障害なども原因となりうる。これらの基礎疾患、要因がない場合には原発性多汗症として基準に沿って診断を行う。原発性局所性多汗症では、①症状出現が25歳以下、②対称性の発汗、③睡眠中には発汗が止まっていること、④1週間に1回以上多汗のエピソードがあること、⑤家族歴があること、⑥日常生活に支障があることの6症状から2項目以上あてはまることで診断できる。部位、重症度によって適用される治療法が異なるため、Hyperhidrosis disease severity scale (HDSS)に準じて自覚症状の重症度を評価する。

掌蹠多汗症では幼小児期から思春期に発症し、夏季に増悪する。手掌足底は絶えず湿っていて冷たく、紫色調を呈する。手足が汗で湿潤されるため汗疹が生じやすく、表皮が剥脱する。腋窩多汗症では第二次成長期の腋毛が生える時期に発症することが多い。頭部顔面多汗症では成人前後で自覚することが多く、男性に多い。

鑑別疾患：

【腋臭症】 思春期にアポクリン腺の発達とともに腋窩に臭気が生じる。

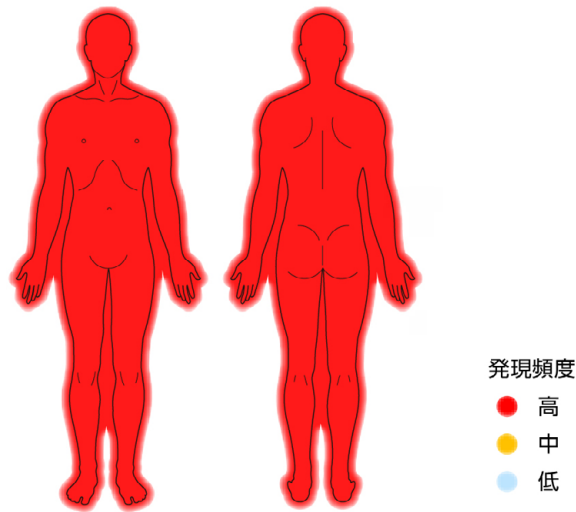
【足臭症】 エクリン汗腺と皮脂腺からの分泌物を常在菌が分解し、臭気を発する。

【色汗症】 青黒～黄～緑色汗はアポクリン汗中のリポフスチンが酸化されて生じ、腋窩に多い。

【異汗症】 エクリン汗貯留により生じる手掌・足底、特に手足側縁、指趾側縁に多発する棒針大の小水疱。瘙癢の有無は様々。温暖な季節・中年・多汗が背景にある。

【Frey症候群】 続発性局所性多汗症のひとつ。耳下腺の手術後や外傷により副交感神経が損傷した後に発症する。食事の際に耳前部に多汗がみられる。

AIGA（特発性後天性全身性無汗症）



定義・概要：

特発性後天性全身性無汗症(acquired idiopathic generalized anhidrosis:AIGA)は、「後天的に明確な原因なく発汗量が低下し、発汗異常以外の自律神経異常及び神経学的異常を伴わない疾患」と定義される。

厚生労働省研究班の診断基準では、下記のA、Bの両者を満たすものをAIGAと診断する。

A:明らかな原因なく後天性に非髄節性の広範な無汗／減汗(発汗低下)を呈するが、発汗以外の自律神経症候及び神経学的症候を認めない。

B:ヨードデンプン反応を用いたミノール法などによる温熱発汗試験で黒色に変色しない領域もしくはサーモグラフィーによる高体温領域が全身の25%以上の範囲に無汗／減汗(発汗低下)がみられる。

診察時のポイント：

AIGAは10～20歳代の男性に多くみられる。自然寛解する例もあるが、多くは慢性に経過する。近年では無治療期間が長い症例で治療効果が乏しいことが報告されており、早期治療介入が重要とされる。

診断の流れ：

臨床症状として無汗部位では皮膚の乾燥がみられる。発汗障害により体温調節ができず、うつ熱エピソードを持つ患者も多い。約半数に暑熱環境で誘発される皮膚のチクチクした痛みや発疹を特徴とするコリン性蕁麻疹を合併するため、問診での確認が重要である。先天性無汗症特有の随伴症状の有無も確認するが、特にFabry病では体温上昇時に四肢の疼痛がみられることがあり、AIGAに伴う疼痛との鑑別が必要である。

無汗症が疑われれば、ミノール法やサーモグラフィーを用いて温熱性発汗試験を行う。交感神経節後線維異常の評価には定量的軸索反射性発汗試験(quantitative sudomotor axon reflex tests :QSART)などの薬剤性発汗試験が用いられることもある。その他、皮膚生検で汗腺の形態異常、汗管・汗孔の閉塞や汗腺周囲の炎症細胞浸潤の有無を確認する。

また、AIGAでは血清IgEやCEA(carcinoembryonic antigen)の上昇が認められることもあり、血液検査ではシェーグレン症候群や糖尿病などの続発性無汗症のスクリーニングに加えて上記項目も確認する。

鑑別疾患：

無汗症は3つの臨床的要素である先天性と後天性、全身性と髄節性/分節性、特発性と続発性で分類される。無汗症の診断ではそれぞれを系統立てて鑑別する。

①先天性無汗症

【無汗性低汗性外胚葉形成不全】無汗・疎毛・歯牙の低形成を3主徴とする。汗腺は欠如、ないしは低形成

である。

【無痛無汗症】温痛覚の消失(低下)、発汗消失(低下)、精神発達遅滞を主要徴候とし、乳幼児期より不明熱や口腔内咬傷、幼児期の関節障害や骨折・骨の変形などがみられる。

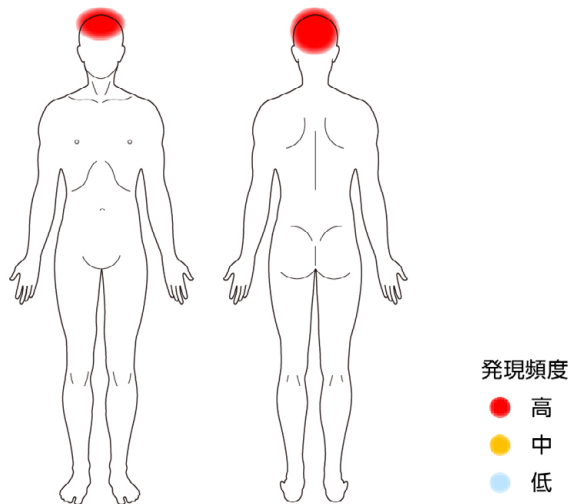
【Fabry病】 α ガラクトシダーゼAの欠損により全身臓器にスフィンゴ糖脂質が蓄積する先天性疾患。汗腺に沈着して発汗障害を呈する他、びまん性体幹被角血管腫などの特徴的症状を呈する。

②後天性無汗症

【特発性無汗症】全身に無汗を認めるAIGAの他、髄節性/分節性無汗をきたすRoss症候群などが挙げられる。

【続発性無汗症】パーキンソン病や糖尿病などの自律神経障害に伴う無汗症、シェーグレン症候群などの外分泌腺機能障害などが挙げられる。

円形脱毛症



定義・概要：

後天性に頭部や全身に類円形の脱毛巣を生じる疾患であり、性差はなく、多くは40歳未満に発症する。遺伝的素因やストレスが関与するといわれるが、必ずしも誘引を必要としない。脱毛斑の数や範囲から、単純型(単発型、多発型)、全頭型、汎発型、蛇行型に分類される。経過は様々であり、特に多発型の場合には脱毛斑の融合や拡大・縮小、再発を繰り返しながら慢性に経過することも多い。

診察時のポイント：

生命を直接脅かすことはないが、外見上の印象を左右する疾患であるため患者の生活の質に大いに影響する。特に約1割には抑うつ状態を合併するため、抑うつ状態が疑われれば脱毛の重症度や病期に関わらず精神科医による治療介入を検討する。発症後6カ月以内であればステロイドパルス療法への反応性が高いため、発症時期は必ず把握する。

診断の流れ：

問診では現病歴だけでなく、円形脱毛症の既往や合併しやすいアトピー性皮膚炎、甲状腺機能異常、その他の自己免疫疾患の既往の有無、家族歴も聴取する。その後、頭髪をかき分けながら視診・触診でおおよその罹患面積や病勢を把握する。円形脱毛症の急性期では断裂毛や黒点が増えるため、チクチクした手触りになる。抜毛テストでは脱毛の活動性を評価し、抜毛された毛はダーモスコピーや顕微鏡で確認して他疾患との

鑑別に用いる。毛根部が先細りとなる漸減毛や萎縮性の毛根を持つ成長期毛は円形脱毛症に典型的な所見である。また、診断にはトリコスコピーも不可欠である。漸減毛・感嘆符毛、断裂毛、黒点、短軟毛、黄点などがみられ、特に漸減毛や感嘆符毛は診断的価値が高い。必要時には癬痕性脱毛症との鑑別や病勢の把握のために皮膚生検を行い、毛包周囲性の炎症細胞浸潤や毛周期などを評価する。

脱毛に随伴して爪症状を生じる場合もある。最も多いのは爪甲の小さな点状陥凹で、発症時や再燃時期に一致して横一列線状に並ぶことがある。

鑑別疾患：

【トリコチロマニア(抜毛症)】幾何学的、人為的な形状を呈する脱毛斑を特徴とする。トリコスコピーで follicular microhemorrhage(毛孔一致性の出血あるいは血痂)、trichoptilosis(断端が別れた毛)などの毛や毛包が物理的に破壊された結果生じる所見がみられる。

【甲状腺機能異常症】甲状腺機能の亢進、低下によって、びまん性の脱毛を生じることがある。また、円形脱毛症に甲状腺疾患を合併する場合もある。

【癬痕性脱毛症】毛孔性扁平苔癬や慢性皮膚エリテマトーデスなどでは毛包の幹細胞部分が破壊され、永久脱毛が起こる。円形脱毛症と比較して頭皮に炎症性的変化が認められることが多いが、鑑別には脱毛部の毛包の皮膚生検を行うことが大切である。

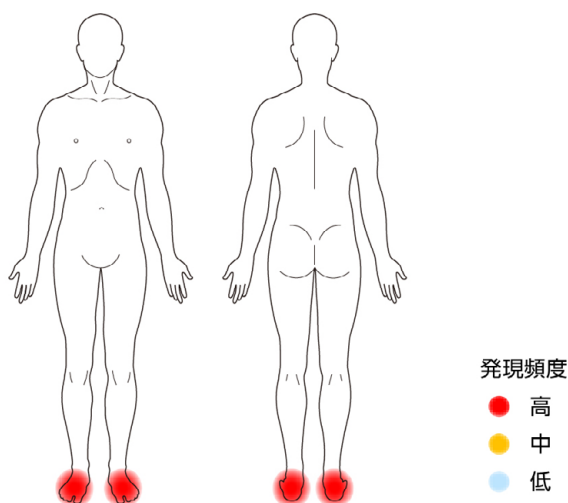
【頭部白癬】初期は頭皮に秕糠状の落屑や発赤がみられ、次第に脱毛斑を生じる。部活動歴やペット飼育歴の問診や毛幹の真菌検鏡、培養で診断する。

【男性型・女性型脱毛症】脱毛斑が頭頂部や前頭部に限局してみられる。慢性の経過で脱毛が生じ、トリコスコピーでは毛直径の不均一性や毛包周囲の色素沈着が認められる。

【temporal triangular alopecia】典型的には、先天的あるいは幼少期に発症する側頭部の三角形の脱毛斑を特徴とする疾患である。

【その他】リンパ腫などの悪性腫瘍の浸潤や転移、サルコイドーシス、梅毒などの感染症など、様々な疾患で脱毛症が生じる可能性がある。

足白癬



定義・概要：

皮膚糸状菌による真菌症で、人口の約20%が罹患しているとされる。小水疱型(汗疱型)、趾間型、角質増殖型がある。土踏まずや趾間(特に第4趾間)に多い。

診察時のポイント：

爪白癬を合併していることも多いので、爪も確認する。直接鏡検で真菌を確認することが必須である。

診断の流れ：

直接鏡検では、採取する部位が重要である。小水疱があれば、水疱蓋を鉏で切り取り直接鏡検を行えば、ほぼ確実に菌要素を確認できる。反対に水疱蓋を採取しても皮膚糸状菌が見えなければ足白癬ではない。アルコール綿で皮膚表面を拭くと、小水疱を見つけやすくなる。小水疱がなければ、水疱が破れてまだ辺縁の皮膚に付着しているみずみずしい鱗屑から調べる。

趾間型足白癬でも浸軟部そのものではなく辺縁の鱗屑から検査する。顕微鏡の絞りを絞って、コンデンサーを下げ、10倍の対物レンズで観察する。水酸化カリウム(KOH)溶液で十分に溶かすことが重要であり、角質細胞が溶けていない場合に、角層の隙間や角質細胞間の脂肪滴が菌要素のように見える(菌様モザイク)ことがある。また、皮膚表面の糸くずや真皮の線維成分なども真菌と間違えることがある。

すでに抗真菌薬外用が行われている場合、菌体を確認することはほぼ不可能である。臨床的に足白癬が強く疑われるが、直接鏡検で真菌が見つからない場合は、副腎皮質ステロイド薬を1~2週間外用させてから、再度直接鏡検を行う。なお、臨床的に改善していても菌が見つかることはあり、見た目の改善だけで足白癬を否定してはいけない。

鑑別疾患：

【接触皮膚炎】 痒痒のある紅斑が主体で、一部に水疱、痂皮が混在する。

【汗疱・異汗性湿疹】 足趾や足底に小水疱、落屑を繰り返す。しばしば他部位の湿疹の増悪時にみられる。

【掌蹠膿疱症】 足外側縁などに小水疱、膿疱、痂皮、鱗屑が混在する紅斑性局面で、手掌にも生じる。喫煙者に多い。増悪、寛解を繰り返し、慢性に経過する。

【足底の過角化】 機械的刺激などで生じる足底の過角化では、角質が均質であり、鱗屑が比較的少ない。

【胼胝性湿疹】 胼胝様の過角化、厚い鱗屑を付す。紅斑は目立たないが痒みが強い。しばしば亀裂を伴い、疼痛がある。

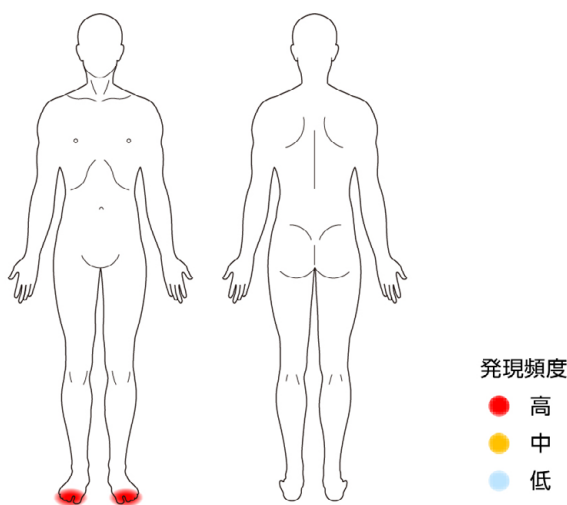
【紅色陰癬】 間擦部や湿潤部位に好発し、第4趾間などに多い。境界明瞭な紅色~紅褐色斑で、表面に薄く

細かい鱗屑を付着する。趾間では黄色調の厚い鱗屑を生じる。グラム陽性桿菌*Corynebacterium*の角層への感染による。Wood灯で紅色(coral red)に光る。

【Pitted keratolysis】足底の体重のかかる部位に、5mm程度の点状の陥凹を生じる。悪臭を伴う。多汗に関連し、長時間靴下をはいていて蒸れやすい人に生じやすく、夏季に多い。*Corynebacterium*属などの細菌が角質内で増殖し、角質を融解させることにより生じる。

【疥癬】足側縁、趾間などに角化を生じる。線状の鱗屑を伴う皮疹、いわゆる疥癬トンネルが診断上重要である。通常、足だけでなく、手掌、指間、手関節部屈側、臍、陰部などにも皮疹を生じる。

爪白癬



定義・概要：

白癬菌の爪部への感染によるもので、足白癬から続発性に起こる場合が多い。爪の先端から白濁し、次第に爪母側に進行することが多い。

診察時のポイント：

直接検鏡で真菌を確認することが必須である。直接検鏡が困難な場合は真菌培養検査に提出してもよい。

診断の流れ：

爪白癬は臨床症状から以下の4つに分類される。

- ①遠位側縁爪甲下真菌症(distal and lateral subungual onychomycosis; DLSO):足白癬から爪床→爪母方面へ進展するもので最も多い病型である。
- ②表在性白色爪真菌症(superficial white onychomycosis; SWO):爪表面のみが白濁するもの。
- ③近位爪甲下爪真菌症(proximal subungual onychomycosis; PSO):爪母側から白濁を生じるもの。
- ④全異栄養性爪真菌症(total dystrophic onychomycosis; TDO):白癬菌に爪全体が侵され、脆弱化、肥厚、爪甲鉤彎症などを生じる。

正確に診断するためには、検体を採取する部位が重要である。爪白癬の検体はできるだけ、検出率の高い爪の基部に近いところの深部から採取することが基本である。爪切りで爪甲剥離部分や爪の先端部を除去し、爪床に近い部位から採取する。爪の奥深くを採取できない場合、爪甲剥離の下の皮膚表面(爪床)から採取する。SWOの場合は白濁した爪の表面から採取する。

爪白癬は自覚症状を欠くため放置されている場合が多いが、足白癬などに菌を供給していることが多く、自

家感染や家庭内感染の原因となる。根治を目指した治療を心掛ける必要がある。

鑑別疾患：

爪白癬は爪疾患のおよそ半分を占めるため、爪甲の病変、特に混濁・肥厚・変形などを伴っている場合には常に爪白癬を念頭に置くべきである。しかし、爪白癬と類似する疾患は少なくないので注意を要する。

【乾癬】 身体の他の部位に乾癬の皮膚症状がある場合には爪白癬との鑑別は比較的容易であるが、乾癬患者の約5%は爪病変のみであることがある。爪甲にpitting(点状の小陥凹)、肥厚、萎縮、混濁、爪甲剥離、線状の爪下出血などを伴う。

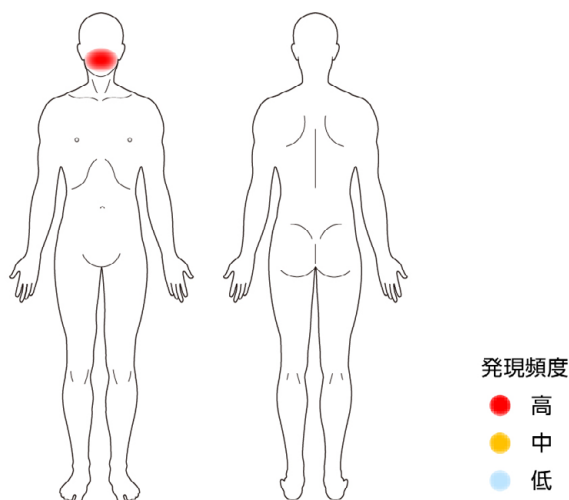
【扁平苔癬】 扁平苔癬患者では少数ながら爪の病変を伴うことがあるが、爪のみが侵されることは稀である。この場合は多くの例で頬粘膜などに網目状の白色粘膜疹がみられるので、診断の手がかりとなる。爪の扁平苔癬の確定診断は生検による組織学的所見と併せて行う。

【爪甲肥厚症】 爪白癬によっても爪甲肥厚症の状態を呈することがあるが、それ以外に先天性爪甲肥厚症(指趾の多数の爪甲が侵される)や外傷に続発するもの、特発性のものがある。この場合は爪床の角質肥厚や脆弱化がみられない。

【爪甲鉤彎症】 爪甲肥厚が高度になり爪甲全体がカギ状に彎曲した状態で、爪白癬に伴って生じることもあるが、特発性のことも多い。

【その他】 毛孔性紅色粧糠疹、角化型疥癬などの疾患でも複数の爪甲の変化を伴う。多くは皮膚にも病変を生じるので、それらから鑑別して診断する。

口腔カンジダ症



定義・概要：

常在菌であるCandida属による真菌症で、宿主の局所的または全身的な免疫力の低下に伴い発症する。ヒト免疫不全ウイルス(human immunodeficiency virus:HIV)感染症では初期症状として重要である。

診察時のポイント：

直接鏡検で真菌を確認することが必須である。Candidaは常在菌であるため、発症の誘引となる基礎疾患を含めた背景因子の検索を行う。

診断の流れ：

口腔カンジダ症の病型は主に偽膜性、紅斑性(萎縮性)、肥厚性に分類される。偽膜性カンジダ症では口腔や

舌、咽頭などに白苔が固着し容易に剥離できるため、これを鑷子等で採取し直接鏡検を行う。紅斑性(萎縮性)カンジダ症は舌乳頭の萎縮や粘膜の紅斑が特徴で白苔は認めない。偽膜性よりも接触痛や刺激痛などの疼痛が強い。慢性に経過した肥厚性カンジダ症では粘膜が肥厚し白斑を呈する。

紅斑性や肥厚性では白苔の採取が困難で、それぞれの病型では切れ味の鈍いメス等を用いて病変部を擦過し直接鏡検を行う。口腔カンジダ症の主な起因菌である*Candida albicans*は菌糸と酵母の二形性をとり、主に菌糸の状態で病原性を発揮するため、直接鏡検で菌糸を確認する。

鑑別疾患：

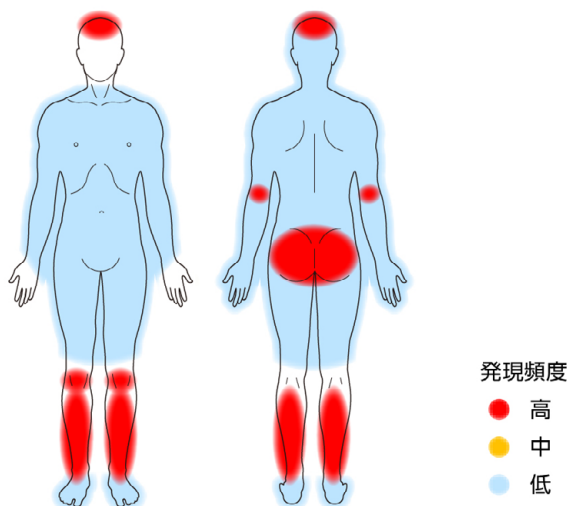
【**白板症**】 口腔や口唇に白色の角化性局面を呈する。齲歯や歯周炎、義歯の不適合など外傷性刺激や扁平苔癬など角化性病変でみられるが、癌前駆症として発症することもある。

【**紅色肥厚症**】 鮮紅色で、境界明瞭な表面ビロード状の局面を呈する。亀頭が好発部位だが口腔粘膜に生じることもある。粘膜に生じるボーエン病である。

【**扁平苔癬**】 皮膚や粘膜に生じる炎症性角化症で、口腔内(頬粘膜が多い)ではレース状白斑やびらん・潰瘍を呈する。金属アレルギーやC型肝炎ウイルス(hepatitis C virus:HCV)などのウイルス感染、薬剤が原因となることが多い。

【**慢性円板状エリテマトーデス**】 皮膚・粘膜に限局するlupus erythematosusで、頬部や耳介など露光部に好発し、約20%で口腔内に粘膜病変を生じる。口腔内では境界明瞭で不整形な、中心部に白色の斑点が混在する萎縮性紅斑を呈する。

乾癬



定義・概要：

慢性に経過する炎症性角化症であり、本邦では人口の約0.1～0.4%が罹患しているとされる。あらゆる年齢で発症するが、ピークは30歳代と60歳代である。病型には尋常性乾癬、関節炎を伴う関節症性乾癬、発熱など全身症状を伴う膿疱性乾癬、全身に皮膚症状を認める乾癬性紅皮症、直径10mm以下の小病変が全身に多発する滴状乾癬などがある。

診察時のポイント：

厚い銀白色の鱗屑を伴った境界明瞭な紅斑を確認する。時に癢痒感を伴う。乾癬性関節炎を念頭に、関節痛の有無を問診する。

診断の流れ：

特徴的な皮疹から診断が容易であることが多い。一方、下記の疾患と鑑別を要するときには病理組織学的検査を行う。すでに皮疹にステロイド塗布が開始されている場合、皮膚生検予定部のみ1週間程度外用を中止した上で皮膚生検を行うとよい。

特徴的所見として、Munro微小膿瘍、顆粒層の消失、表皮突起の規則的延長などがある。観察しやすい四肢や体幹のみではなく、頭部、臀部、爪も観察し、皮疹面積、紅斑、浸潤、落屑、爪症状の程度を評価する。

乾癬性関節炎は皮膚症状に続発することが多いため、乾癬患者の診察時には関節痛の有無を確認する。患者は皮膚科受診時には皮膚症状しか訴えず、問診しない限り関節症状を訴えないことが多いため、医療者側から聴取することが大切である。関節痛がある場合は、変形性関節症、痛風、関節リウマチといった他の疾患と鑑別する必要があり、血液検査やX線検査、関節エコー等を行う。乾癬性関節炎では付着部炎が特徴的である。必要に応じて膠原病内科医、整形外科医とも連携する。

鑑別疾患：

【慢性湿疹】 浸潤傾向があり、苔癬化を主徴とする。多発性に生じ、角化が著しい場合には臨床的に鑑別が困難となる。病理組織学的に表皮突起の延長は通常不規則である。

【貨幣状湿疹】 円形、楕円形の湿疹性病変が下腿伸側に好発する。しばしば痂皮、浸出液を伴う。

【脂漏性湿疹】 頭部、顔面、胸背部中央といった脂漏部位に好発し、軽快悪化を繰り返す。

【乾癬型薬疹】 降圧薬のβ遮断薬、Ca拮抗薬といった薬歴を問診する。病理組織学的には乾癬パターンに加えて液状変性や好酸球浸潤が目立つことが多い。

【苔癬状秕糠疹】 白色鱗屑を付着する1cm程度までの紅斑もしくは紅斑性丘疹が次々に新生し、新旧の皮疹が多発散在する。自然消退も期待できる。

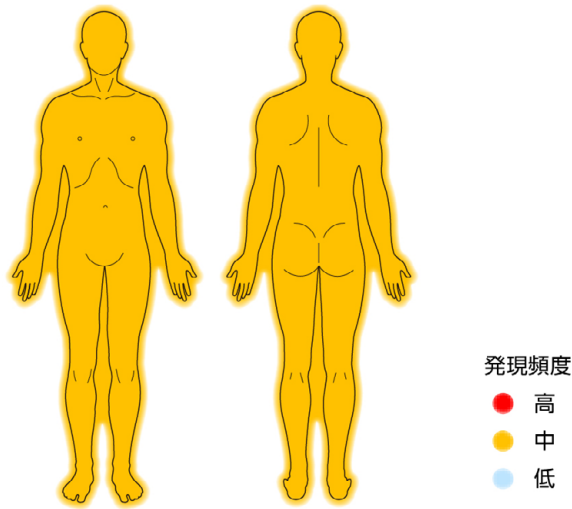
【Gibertバラ色秕糠疹】 ヘルルドパッチと呼称される初発疹に続き、拇指頭大までの楕円形の紅斑が躯幹や四肢近位に多発する。紅斑の辺縁で、秕糠様鱗屑が襟飾り状に配列する。紅斑は長軸を皮膚割線の流れに一致させる。

【菌状息肉症】 紅斑期・扁平浸潤期では、臨床的に乾癬と鑑別が困難なことがある。病理組織学的に異形リンパ球を認める。

【第2期梅毒】 躯幹四肢のばら疹とともに、手掌足底に梅毒性乾癬とよばれる1cmまでの角化性紅斑がみられる。

【真菌症】 薄い鱗屑を付着した中央消退傾向のある紅斑、爪の肥厚、白濁、脆弱化がみられる。爪真菌症は爪乾癬の13～47%にみられると報告されている。直接検鏡で真菌の有無を確認する。

アトピー性皮膚炎



定義・概要：

アトピー性皮膚炎は、増悪寛解を繰り返す瘙痒のある湿疹を主病変とする慢性炎症性疾患である。アトピー性皮膚炎の病態は皮膚バリア、アレルギー素因、そして環境因子の3点で考えることができる。

診察時のポイント：

年齢に応じて特徴的な箇所に瘙痒を伴う慢性の湿疹を形成するため、皮疹の出現部位と慢性の経過を示す所見に注目して診断を行う。

診断の流れ：

アトピー性皮膚炎の診断は日本皮膚科学会による「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」に沿って行う。つまり①瘙痒、②特徴的皮疹と分布、③慢性・反復性経過の3基本項目を満たすものを症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する。

まず、患者に対して問診で瘙痒の有無と経過の確認を行う。この際患者のアレルギー素因について探し出すことも重要である。乳児では2カ月以上、その他では6カ月以上経過している場合に慢性・反復性経過の定義を満たす。

次に皮疹の性状と部位について視診、触診を行う。アトピー性皮膚炎の皮疹は湿疹病変であり、急性病変と慢性病変に分けられる。急性病変としては湿潤性紅斑、漿液性丘疹など、慢性病変として苔癬化病変などがあり、両者が混在していることが多い。皮疹の分布は年齢とともに変化するが、左右対称性に出現するという点は共通する。乳児期に顔や頭から皮疹が出現し、徐々に体幹・四肢に拡大、幼児期～学童期にかけては頸部や肘窩・膝窩などを中心に体幹・四肢の皮疹が主体となり、思春期～成人期にかけては上半身の湿疹が目立つようになる。

特徴的所見を示す皮疹を呈する場合は診断が容易であるが、鑑別が難しいタイミングもある。定義に当てはまらないような疑い症例については急性あるいは慢性の湿疹としてフォローを行い、経過をみて判断する。

鑑別疾患：

【脂漏性皮膚炎】 頭部や顔面、腋窩などの脂漏部位に鱗屑を付す紅斑局面を形成する。特に乳児期の顔面に皮疹が出現した際はアトピー性皮膚炎との鑑別が困難であるが、1歳ごろまでに改善することが多く経過で判断することもできる。

【接触皮膚炎】 何らかの物質が原因で瘙痒のある紅斑を形成し、時に水疱、痂皮が混在する。特定の部位の湿疹が難治であったり、左右非対称性の分布がある際に鑑別に挙げる。

【汗疹】いわゆる「あせも」である。頸部、腋窩、体幹などに小紅色丘疹が多発する。

【手湿疹】いわゆる「手荒れ」。アトピー性皮膚炎に付随することもあるが、水仕事や手指消毒などの刺激に曝される機会の多い主婦や美容師、医療従事者に好発する。

【皮膚T細胞リンパ腫】皮膚原発の悪性リンパ腫であり菌状息肉症とSezary症候群がその代表である。体幹・四肢の紅斑に始まり、年余に渡り湿疹様の皮疹を形成することがある。鑑別には皮膚生検が有用である。

【尋常性乾癬】厚い銀白色の鱗屑と境界明瞭な紅斑を特徴とする慢性炎症性皮膚疾患。肘頭、膝蓋などの部位に好発する。皮疹の性状から通常はアトピー性皮膚炎と鑑別ができるが、困難な場合は特徴的な病理組織像を示すため皮膚生検が有用である。

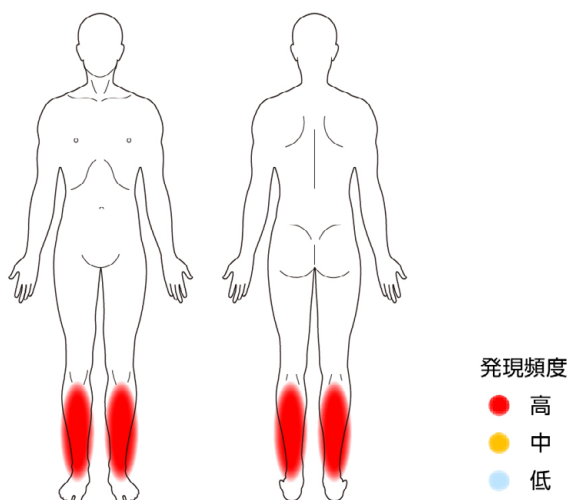
【疥癬】ヒゼンダニによる皮膚感染症で、手掌、指間、手関節部屈側、臍、陰部などに激しい瘙痒を伴う紅斑、小丘疹を生じる。検鏡による虫体・虫卵の検出によって診断する。

【膠原病】全身性エリテマトーデス(systemic lupus erythematosus :SLE)や皮膚筋炎などがそれぞれ特徴的な分布を示す紅斑を形成する。皮膚以外の全身症状にも注意をし、疑わしい場合は抗核抗体や特異抗体などを含む血液検査も併せて診断する。

【魚鱗癬】皮膚の乾燥と鱗屑を主症状とする角化症で基本的に遺伝疾患である。尋常性魚鱗癬が最も多い病型で、乳幼児期に発症するがアトピー性皮膚炎を合併することもある。

【その他の遺伝性疾患】Wiskott-Aldrich症候群や高IgE症候群などの免疫不全性疾患やNetherton症候群なども鑑別疾患となる。

結節性紅斑



定義・概要：

下肢伸側に好発する圧痛を伴う紅色結節で、皮下脂肪組織の炎症がその主体である。上気道感染や薬剤、サルコイドーシスなどの膠原病類縁疾患など原因は多岐に及ぶ。

診察時のポイント：

治療方針の決定に影響するため、結節性紅斑を疑った際には基礎疾患の検索も重要である。可能性のある基礎疾患を念頭においた問診、身体診察、検査を行うことが望ましい。

診断の流れ：

まず問診で先行する感冒症状や直近に開始された薬剤の有無などについて確認し、発熱や倦怠感、関節痛

などの全身症状を伴っているかも聞き取る。皮疹は下腿伸側を中心に1～10cm程度までの自発痛・圧痛を伴う浸潤を触れ、熱感をもつ境界不明瞭な紅斑、紅色結節を形成する。潰瘍を形成することはない。両下腿伸側が好発部位であるが、大腿や上肢、体幹部に出現することもある。

真皮から皮下脂肪組織にかけて、特に脂肪隔壁にリンパ球や好中球の浸潤を認める特徴的な病理組織像(隔壁性脂肪織炎)を示すため、皮膚生検が診断において有用である。血液検査では白血球増加、C反応性蛋白(C-reactive protein:CRP)上昇、血沈亢進を認める。

結節性紅斑においては原因が多様で基礎疾患が存在することも多く、診察及び血液検査、必要に応じて画像検査を追加しこれらの検索を行うことが望ましい。結節性紅斑の原因や基礎疾患として細菌性感染症、ウイルス性疾患、膠原病類縁疾患、炎症性腸疾患、悪性腫瘍などが挙げられる。細菌性感染症としては溶連菌感染症、ウイルス性疾患としては伝染性単核球症、B型肝炎、単純疱疹など、膠原病類縁疾患としてはサルコイドーシスやBehçet病、反応性関節炎、悪性腫瘍としては悪性リンパ腫、白血病などがある。また経口避妊薬やヨード系造影剤の使用に続発することもある。

典型的な結節性紅斑は、先行する感冒などの病歴や下腿を中心とした圧痛を伴う境界不明瞭な紅斑の散発といった臨床症状から診断可能である。一方、非典型例に関しては皮膚生検による病理学的評価や、基礎疾患の検索結果などを併せて総合的に診断を行う。

鑑別疾患：

【硬結性紅斑】女性の下腿に好発する皮下結節であり、結核に関連するもの(Bazin型)と結核に関連しないもの(結節性血管炎)に分けられる。圧痛は軽度で潰瘍形成を伴う点が結節性紅斑との鑑別点である。

【Sweet病】高熱などの全身症状とともに隆起性紅斑を形成する。顔、頸部、上肢に好発し周囲に小水疱や膿疱を伴うことも多い。まれに潰瘍化を認める。

【蜂窩織炎】皮膚の浅層における急性の細菌感染症であり下肢に好発する。圧痛を伴うやや境界不明瞭な紅斑を呈するが、結節性紅斑と異なり通常単発である。

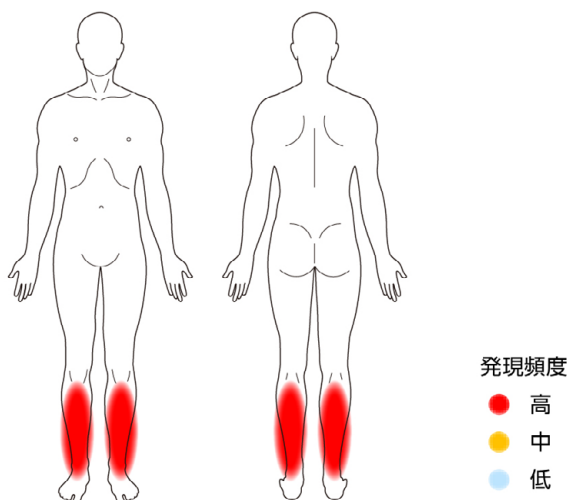
【深在性エリテマトーデス】皮膚エリテマトーデスの一型であり、常色～淡紅色の皮下結節を呈する。顔面、肩、上腕、臀部などに好発する。表面皮膚に円板状エリテマトーデスを伴うことも多い。全身性エリテマトーデス(systemic lupus erythematosus :SLE)の一症状として現れることもある。

【結節性多発動脈炎】全身の中～小動脈を侵す血管炎で皮膚のみに症状が限局する皮膚動脈炎という病型も存在する。皮下結節、紫斑、網状皮斑、潰瘍など多彩な皮膚症状が四肢に好発する。

【Weber-Christian症候群】発熱などの全身症状を伴って、全身の皮下脂肪織での脂肪融解による皮下硬結が多発する。下肢からはじまり、体幹上肢に拡大する。

【皮下結節性脂肪壊死】急性腓炎、腓癌の患者において下肢や臀部に圧痛のある皮下結節が多発する。腓逸脱酵素が脂肪織に到達し、脂肪壊死を引き起こす。

蜂窩織炎



定義・概要：

皮膚の浅層における急性の細菌感染症であり下肢に好発する。主に皮膚常在菌に起因し、中でもブドウ球菌が原因となることが多い。圧痛を伴うやや境界不明瞭な紅斑を呈し、拡大傾向を伴うことが多い。

診察時のポイント：

蜂窩織炎の診断は、皮膚～皮下組織に広がる炎症の存在に基づいた臨床診断である。熱感・腫脹や圧痛を伴う境界不明瞭な紅斑を特徴とし、発熱などの全身症状を伴う場合も多い。敗血症に移行し重症化することもあるため注意が必要である。

診断の流れ：

問診で発熱、悪寒、倦怠感、関節痛などの全身状態、局所の疼痛などを確認する。次に局所の紅斑に対して触診し、腫脹、圧痛や熱感の有無を確認する。この際、ガス壊疽や皮下膿瘍の形成の可能性を念頭に置き握雪感や波動の有無に注意する。また、皮膚～皮下の炎症がより強いことを示唆する水疱や血疱、紫斑の形成がないかも併せて確認するとよい。患部の近傍に細菌の侵入門戸となるような、足白癬や創傷などがなくとも注意深く観察することが望ましい。

高熱の出現など全身症状が強い場合や、コントロール不良な糖尿病などを基礎疾患として持つ易感染性の患者に対しては必ず血液検査を行い、抗菌薬の経静脈的投与や入院治療を検討する。紅斑の急速な拡大や水疱・血疱の付随、同部位の握雪感や波動の存在は、より重症の蜂窩織炎やさらに重篤な皮膚軟部組織感染症を示唆し、このような場合は血液検査に加えてエコー検査、CT検査、MRI検査などの画像検査も考慮する。画像検査では膿瘍形成、ガス像の有無などを主に確認する。蜂窩織炎における血液培養の陽性頻度は低いためルーチンでの採取は不要だが、陽性となる場合はグラム陽性球菌菌血症であることが多いため、血液検査をする際には血液培養も併せて採取することが望ましい。

蜂窩織炎は見逃してはいけない疾患の一つであるが、それと同様に重要なのは、壊死性筋膜炎などのより重篤な皮膚軟部組織感染症をrule outすることであり、血液検査を含むより詳細な検査をためらってはならない。

鑑別疾患：

【丹毒】 顔面に好発する細菌性の炎症性疾患で蜂窩織炎に臨床症状が類似するが、病変の主座が皮膚のより浅いところにあり、蜂窩織炎よりも比較的境界が明瞭な紅斑を呈する。

【壊死性筋膜炎】 蜂窩織炎と非常に似た初期像をとるが、紅斑の急速な拡大や水疱・血疱・紫斑などの皮膚

所見を伴う場合、全身症状が著明な場合は本疾患を必ず鑑別に挙げる。血液検査項目(CRP^{*1}や白血球数など)から算出できるLRINEC score^{*2}が有用であり6点以上で壊死性筋膜炎のリスクが高くなる。また、試験的に筋膜まで小切開し皮下組織が手動的に抵抗なく剥離できるか確認する方法も壊死性筋膜炎の診断に有用である。

*1 C-reactive protein(C反応性蛋白)

*2 laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis score

【ガス壊疽】外傷を契機に発症することが多い、重症度の高い疾患である。主に嫌気性菌を起因菌とし、激烈な全身症状と局所の激痛、握雪感を特徴とする。画像検査で皮下にガス産生を確認する。

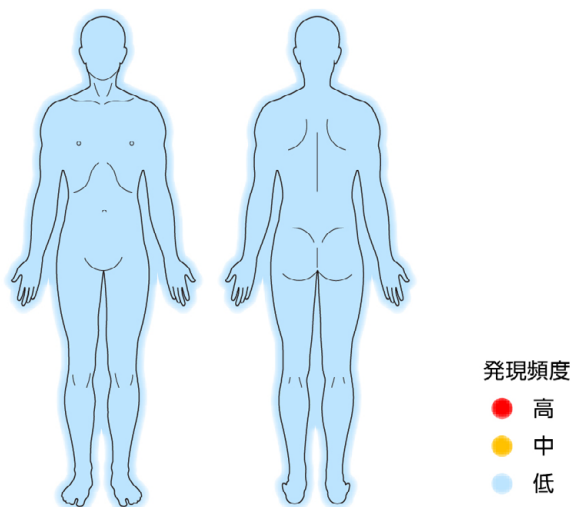
【うっ滞性皮膚炎】静脈血流やリンパ流のうっ滞を基盤として下腿に浮腫性紅斑を形成し、湿疹局面を形成する。「両下腿の蜂窩織炎疑い」は本症を指すことがままある。

【深部静脈血栓症】血液凝固能亢進を中心とする様々な要因により下肢の深部静脈に血栓が形成され、周囲に炎症を引き起こす。Wells' criteria for DVT^{*3}を用いると臨床所見から深部静脈血栓症のリスクを推定でき、リスクが高い場合はエコー検査による血栓の確認が望ましい。

*3 deep venous thrombosis

【その他】接触皮膚炎、痛風、血管炎、結節性紅斑なども鑑別疾患となることがある。

虫刺症



定義・概要：

虫刺症は節足動物による“虫刺され”であるが、実際にはハチやアリ、ムカデなどによる刺咬のみではなく、カ、ブユ、ノミ、ダニなどによる吸血時の有毒物質注入、ドクガ類の毒針毛接触、イラガ類幼虫の毒棘刺入、ハネカクシやカミキリモドキなど昆虫類の体液接触による症状も広く含めた総称として使用されている。

刺咬直後から痒痒を伴う膨疹や紅斑が出現し、1～2時間で軽快する即時型反応と、刺咬後1～2日で紅斑、丘疹、水疱を生じる遅発型反応がみられる。症状は、吸血時に注入される唾液成分に対するアレルギー反応あるいは虫の毒液に含まれるヒスタミン類によって引き起こされるとされる。年齢や注入された毒液量、アレルギー反応の程度によって症状の個人差は大きい。

診察時のポイント：

咬性の虫による皮膚炎では疼痛が強く、吸血性の虫による皮膚炎では痒痒が強いことが多い。虫の種類に

よって発症しやすい時期や時間帯、皮疹の好発部位が異なり、症状発現の個人差も大きいことにも留意しておくことが重要である。また、野外活動の有無や生活環境など丁寧な問診が必須である。

診断の流れ：

虫刺症の中でもハチ毒に対するアナフィラキシーショックは致命的になりうるため、正確かつ迅速な診断が重要である。ハチ毒に対する即時型アレルギーの診断には、ハチ(スズメバチ、アシナガバチ、ミツバチ)に対する特異的IgE抗体を測定できるが、その他には原因虫を特定できる検査が存在せず、受傷場所や皮疹の分布から推察して類似疾患を鑑別しながら診断を行う。

なお、イエダニによる皮疹は被覆部を中心に生じるが、その他は露出部に分布することが多い。

鑑別疾患：

【伝染性膿痂疹】ノミなど水疱を形成する虫刺症では掻破により伝染性膿痂疹を生じていることがある。

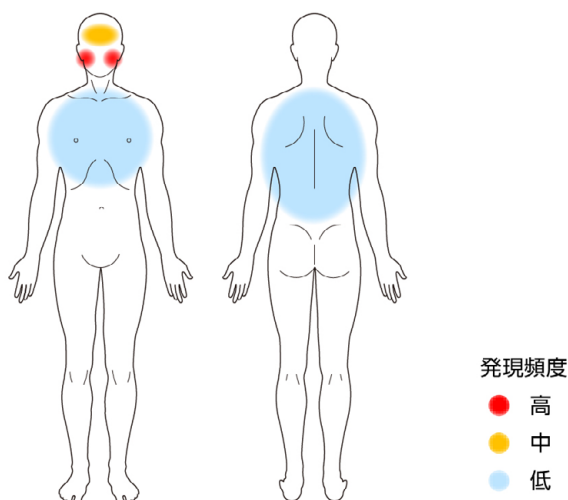
【慢性痒疹】ブユ刺症で生じた痒疹性丘疹を掻破し続けるうちに、難治性の痒疹結節を形成することがある。

【天疱瘡・類天疱瘡】ノミなど水疱を形成する虫刺症では、天疱瘡や水疱性類天疱瘡に類似して水疱を形成することがある。天疱瘡や水疱性類天疱瘡は紅斑上に水疱形成することが多い。

【蜂窩織炎】一般的には片側の下腿に発赤、腫脹、熱感、圧痛を生じる。刺咬後に強い腫脹を生じる場合、蜂窩織炎に類似した症状を呈する。

【帯状疱疹】ドクガ類の幼虫による皮膚炎では、初期の帯状疱疹に類似した皮疹を呈する。帯状疱疹は片側の漿液性紅斑から始まり、集簇性に多発した小水疱を呈する。

痤瘡



定義・概要：

思春期以降に発症する顔面、胸背部の毛包脂腺系に出現する慢性炎症性疾患。

診察時のポイント：

面皰を初発疹とし、紅色丘疹、膿疱、さらに重症例では囊腫、硬結の形成もみられる。炎症軽快後に癩痕を生じることがある。

診断の流れ：

ホルモンと皮脂と細菌の相互作用により、毛包に炎症が起きることで発生する。

脂漏、面皰、紅色丘疹、膿疱から構成され、重症例では、結節、膿瘍、囊腫を伴う。

面皰(通称、コメド)が初期病変となり、面皰周囲に炎症を起こすと炎症性丘疹(通称、赤ニキビ)となり炎症の深さや持続時間によって痛みを伴ったり、癬痕化することがある。

毛孔周囲の角質が肥厚し、毛穴がつまり、面皰が形成されることが痤瘡の始まりのため、炎症を生じさせる前に面皰治療薬を用いて、痤瘡を予防することが重要である。

炎症後の赤みは、時間が経つと改善していくが、痤瘡癬痕は一度形成されると自然に改善することは難しいため、痤瘡癬痕を残す前に早期に治療を開始することが望ましい。

鑑別疾患：

【酒皸】痤瘡と異なり面皰を伴わない。発作性の潮紅、毛細血管拡張を主体とする。

【酒皸様皮膚炎】ステロイド外用薬を顔面に長期使用することで、酒皸に類似した紅色丘疹、びまん性潮紅が発生する。

【ステロイド痤瘡】ステロイド使用2週間前後で、胸部などに毛孔一致性丘疹が出現する。ステロイドの中止で改善する。

【马拉セチア毛包炎】马拉セチア感染症。前胸部、肩、上腕伸側に毛孔性丘疹が多発する。ズームブルーを用いた直接検鏡で马拉セチアが観察できる。

【毛包虫性痤瘡】毛包虫(通称ニキビダニ、*Demodex folliculorum*)が毛穴で異常増殖することにより顔面に痤瘡を生じる。直接検鏡で毛包虫が観察できる。

【新生児痤瘡】生後2週間前後の新生児の顔面に炎症性変化を伴う小丘疹が出現し、2~3カ月で自然消退する。母親由来の性ホルモンによるとされる。健常児の約20%で生じる。

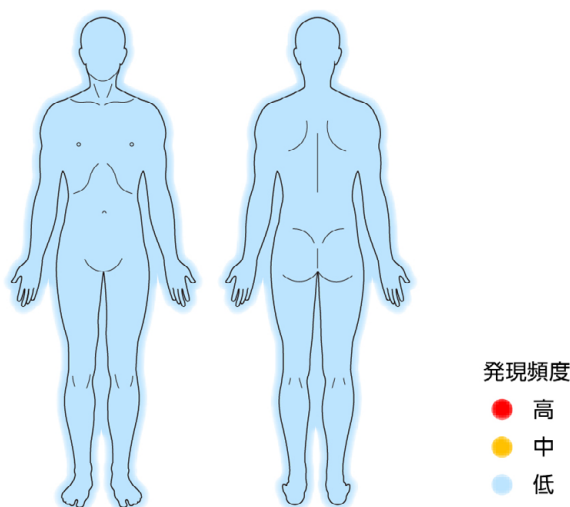
【集簇性痤瘡】結節を含む重症の痤瘡や癬痕が、顔面や背部に多数集簇したもの。慢性膿皮症の一種とも考えられている。

【痤瘡型薬疹】抗悪性腫瘍薬による痤瘡様の皮疹である。チロシンキナーゼ阻害薬であるゲフィチニブやセツキシマブ、イマチニブなどが代表である。

【顔面播種状粟粒性狼瘡(LMDF*)】顔面(特に下眼瞼)に常色~紅色の小丘疹が左右対称性に多発する肉芽腫性疾患である。自覚症状は一般に乏しい。

*lupus miliaris disseminatus faciei

蕁麻疹



定義・概要：

紅斑を伴う一過性・限局性の浮腫が病的に出没する。明らかな誘引がなく発症する特発性と、刺激誘発型がある。特発性蕁麻疹が多く、蕁麻疹全体の70～80%を占める。

診察時のポイント：

蕁麻疹は問診と視診のみで診断可能なことが多いが、時に呼吸や腹部症状を伴いショックに至ることがあるため、皮膚以外の症状も確認する。

通常は痒みを伴うが、抗ヒスタミン薬による治療中は痒みを伴わないことがある。

診断の流れ：

個々の皮疹が24時間以内に色素沈着を残さず消退することが確認できれば蕁麻疹と診断できるが、正しい病型診断を行うことが必要である。特発性蕁麻疹を積極的に支持する検査はないが、刺激誘発型蕁麻疹を疑う場合や皮疹以外に随伴症状を認める場合は、必要に応じて検査を行う。以下に刺激誘発型蕁麻疹の主たる病型と検査を記載する。

食物や薬品などによるアレルギー性蕁麻疹や食物依存性運動誘発アナフィラキシー(food-dependent exercise-induced anaphylaxis:FDEIA)は通常抗原への曝露後数分～数時間以内に生じる。血清中抗原特異的IgE抗体検査や皮膚テスト(抗原負荷の少ない順にプリックテスト、スクラッチテスト、皮内テスト)、負荷試験が診断に有用である。FDEIAでは通常原因食物の摂取のみでは症状は誘発されないため、運動負荷やアスピリン前投与を組み合わせる負荷試験を行う。

非アレルギー性蕁麻疹は一般的に有用な検査はないが、ヒスタミンを多く含む食餌、イオン性または浸透圧の高い造影剤、仮性アレルギーを多く含む豚肉やタケノコなどの摂取が誘引となるため、病歴から判断する。

アスピリン蕁麻疹は非ステロイド系消炎鎮痛剤(non-steroidal anti-inflammatory drugs :NSAIDs)の使用により誘発される非アレルギー性蕁麻疹で、少量の被疑薬による負荷試験を行う。

物理性蕁麻疹は機械的擦過、寒冷、日光、温熱、圧迫、水、振動により誘発される蕁麻疹で、病歴から疑われる物理刺激による誘発試験を行う。

コリン性蕁麻疹は発汗刺激により生じる小型で円形の膨疹が特徴で、ピリピリした痛みを伴うことがある。運動や温熱負荷による誘発試験やアセチルコリン皮内テストを行う。

接触蕁麻疹は経皮的な物質の接触により生じ、多くは接触部位に一致して膨疹が出現するが、まれに他の部位に拡大することがある。アレルギー性と非アレルギー性がある。皮膚テスト(オープンパッチテスト、プリック

テストなど)を行う。

鑑別疾患：

【多形滲出性紅斑】 ウイルスや薬剤などによる免疫・アレルギー反応で生じ、四肢に浮腫性紅斑が多発し、遠心性に拡大する。24時間以内に出没を繰り返すことはなく、また蕁麻疹と比べると個々の皮疹は円形に近く、大きさが揃っている。

【成人Still病】 発熱、関節痛、皮疹を主な症状とする全身性炎症疾患であり、発熱と並行して紅斑、丘疹、蕁麻疹が出没する(リウマトイド疹)。通常痒みはない。

【血管性浮腫】 限局性の浮腫を生じ、数時間～数日持続する。眼瞼と口唇に好発し、まれに粘膜にも生じる。C1エステラーゼインヒビター活性低下や補体C4低下がみられる。

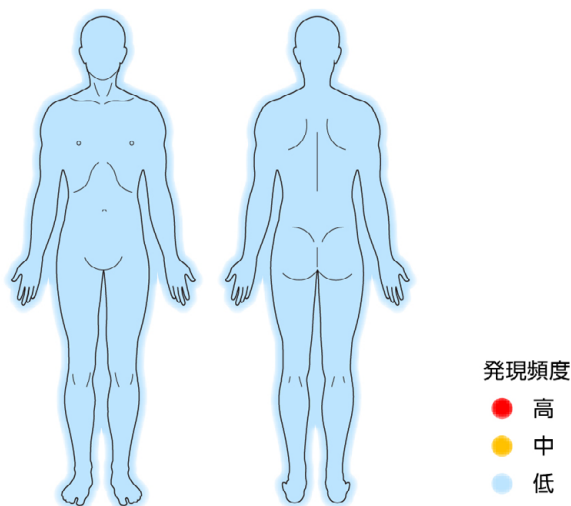
【蕁麻疹様血管炎】 再発性持続性の蕁麻疹様皮疹で、通常24時間以上持続し、血管炎に特徴的な紫斑や網状皮斑などが混在する。皮膚生検で壊死性血管炎を確認する。

【蕁麻疹様血管炎】 再発性持続性の蕁麻疹様皮疹で、通常24時間以上持続し、血管炎に特徴的な紫斑や網状皮斑などが混在する。皮膚生検で壊死性血管炎を確認する。

【クリオピリン関連周期熱症候群】 *NLRP3*遺伝子変異による自己炎症症候群で、軽症では寒冷刺激により発熱、関節痛、蕁麻疹を生じるが間欠期は無症状のことも多い。重症では新生児期より蕁麻疹様皮疹があり、骨・関節の炎症や中枢神経系異常などみられる。

【Schnitzler症候群】 慢性蕁麻疹とM蛋白血症を呈する自己炎症症候群で、発熱や関節炎、骨髄炎を高率に合併する。

尋常性白斑



定義・概要：

尋常性白斑は後天性に生じる脱色素性疾患の一つであり、全人口の約0.5～1%が罹患するといわれている。臨床的に神経支配領域とは無関係に生じる非分節型白斑と、皮膚分節に沿って病変がみられる分節型白斑に大別される。

診察時のポイント：

非分節型白斑は左右対称に生じることが多く、一方、分節型白斑は神経支配領域に沿う分布を示すため、病型を把握するために全身の診察を行うことが必須である。白斑は色調以外の自覚症状を伴うことがほとんど

ないため、特に背部や後頸部など患者自身では容易に確認できない部位の診察も丁寧にを行う必要がある。

診断の流れ：

境界明瞭な脱色素斑を後天的に認めた場合、まず本症を考えるが、下記の鑑別疾患を除外する必要がある。病理組織学的には表皮メラノサイトの消失以外の特徴的な所見に乏しいため、診断には必ずしも皮膚生検は必須ではない。

皮膚の炎症所見に乏しいため、通常患部では紅斑や鱗屑、痒疹を伴わないが、発症初期に淡い紅斑や軽度の痒みを伴う症例も存在する。

尋常性白斑と診断した場合には、いつからどの部位に発生し、どのように拡大したのか問診、視診を行う。これらは病型の決定に必要であり、病勢を評価し治療方法を選択する際にも重要となる。20～30%に家系内発症が認められるため、家族歴の聴取も忘れないように気をつけたい。特に思春期前の小児における尋常性白斑は、思春期以降の発症例と比較して、ケブネル現象を伴うことが多く、自然消退傾向を認める例が多く存在し、家族歴を伴う症例の割合が高いことが報告されている。

非分節型白斑の約20%に甲状腺疾患や円形脱毛症などの自己免疫疾患の合併がみられるため、視診や問診でその合併が疑われる場合は血液検査などでその有無を精査する。また、皮膚疾患であるアトピー性皮膚炎や乾癬に尋常性白斑が合併することも多いため、全身の皮膚を丁寧に確認することが重要である。

鑑別疾患：

【Vogt-小柳-原田病】ブドウ膜炎・骨髄炎・難聴を三徴とし汎発性脱色素斑を生じる。感冒様症状を前駆症状として認めることがある。

【Sutton母斑・Sutton現象】色素性母斑や悪性黒色腫の周囲に脱色素斑がみられることがしばしばあり、それぞれSutton母斑、Sutton現象とよばれる。メラニン関連タンパクに対する自己免疫反応で生じると考えられている。

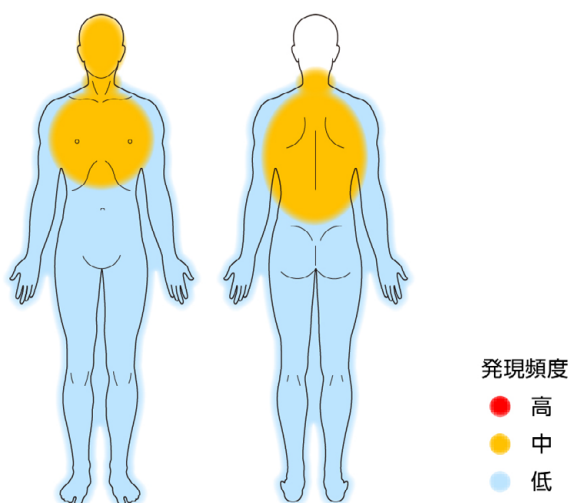
【癩風及びその他の感染症】真菌では*Malassezia furfur*の表在性感染である癩風が代表的で、脂漏部位に好発する。癩風による白斑ではメラノサイトの数は減少しておらず、角化細胞へのメラノソーム輸送の阻害や、チロシナーゼ活性が低下することにより生じると考えられている。また、*Treponema pallidum*による感染である梅毒の第2期疹の一つとして、米粒大から爪甲大程度の境界不明瞭な不完全脱色素斑がみられることがある。この色素脱失は色素産生能の低下が原因といわれている。その他、Hansen病やHIV感染患者においても白斑が生じることがある。

【白色秕糠疹】単純性秕糠疹ともよばれ、小児の乾燥性湿疹やアトピー性皮膚炎などに多くみられる。ときに体部白癬との鑑別が必要である。

【老人性白斑】老化によるメラノサイトの減少が原因と考えられており、3～4mm程度の境界明瞭な円形もしくは不整形の脱色素斑が四肢体幹に出現し加齢とともに増加する。

【脱色素性母斑】非遺伝性で、先天的に皮膚の一部において不完全脱色素斑を認める。メラノサイトの局所的な機能低下によるもので、生涯大きさ、分布、数は変化しない。

粉瘤



定義・概要：

毛包漏斗部由来の嚢腫性病変である。皮内から皮下にかけて存在し、下床とは可動性がある。表面は正常皮膚色～淡青色を呈し、弾性硬、表面平滑でドーム状に軽度隆起する。頭頸部、体幹上部、腰臀部に好発する。病理組織では嚢腫は正常表皮とほぼ同じ構造(基底層、有棘層、顆粒層)からなる嚢腫壁を有し、嚢腫内には角化物の貯留を認め、開口部が確認できる。

診察時のポイント：

しばしば頂点に黒点状の開口部(ヘソ)を有する。被覆表皮と連続するが下床とは可動性がある。自覚症状はないが、嚢腫壁の破綻などにより炎症を伴った場合には(炎症性粉瘤)、急激な発赤・腫脹・圧痛を伴うため、速やかな処置が必要となる。

診断の流れ：

内容物の排出や炎症を伴ったエピソードの有無、増大傾向であるかなどを問診する。

視診、触診で診断可能なことが多いが、必要に応じてエコー検査などの画像検査を行い、内部性状や大きさ、深度を評価する。エコーでは境界明瞭で内部が不均一な低エコー領域として描出され、後方増強を伴う。炎症性粉瘤では発赤、腫脹を伴い、波動を触れる。自壊すると、内部より腐臭を伴う白色の粥状物の排出を認める。

治療は外科的切除が基本であるが、炎症を伴って全摘が困難な場合には、可及的に切開排膿を行う。

鑑別疾患：

【毛母腫】 幼小児の顔面、頸部、上肢に好発し、通常単発性の硬い皮内・皮下腫瘍。表面は常色～青白色であり、凹凸に富み、骨様硬に触知する。

【脂肪腫】 全身に単発性または多発性に生じ、大きさは1～10cm程度と様々である。皮下に存在し、柔らかく可動性に富む。神経を圧迫すると疼痛を自覚することもある。

【皮膚線維腫】 成人の四肢に好発し、直径数mm～2cm程度の褐色調の隆起性結節。真皮内病変であり、皮膚を周囲からつまむと病変直上が陥凹する。

【ガングリオン】 表面平滑な緊満性の弾力のある小豆代程度の皮下嚢腫。20～40歳代の女性に多い。手関節背側が最も多く、手指以外に肩、肘、足関節などにも発生する。

【皮様嚢腫】 前額部、尾毛部、上眼瞼の皮下に生じる、1～4cm程度の半球状に隆起する皮下結節。生下時から存在する。

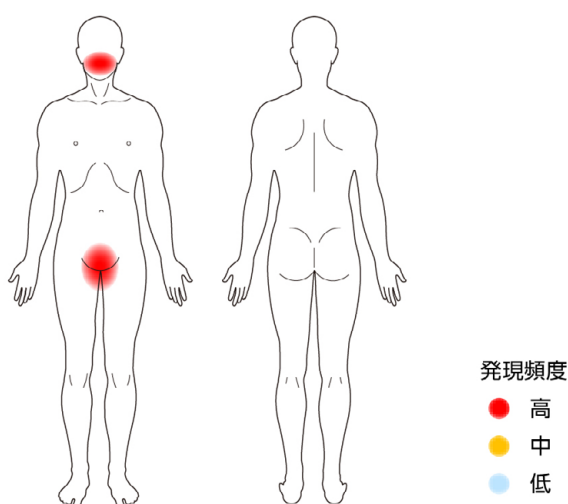
【外毛根鞘嚢腫】 一般に皮膚色は常色で開口部はない。約90%までが頭部に生じる。容易に剥離され、硬く平滑な白色の嚢腫壁を示す。病理組織では、顆粒層を伴わずに角化層へと分化する像がみられる。

【耳瘻孔】 生下時からみられる外耳孔上前方の瘻孔。多くは1～1.5 cm程度の深さで、内部は袋状である。

【外歯瘻】 歯根部の慢性化膿性炎症の排泄路としての瘻管が顎骨を穿孔し、顔面ないし頸部の皮膚に軟部組織炎、蜂窩織炎、膿瘍と順次進展し、最終的には皮膚に瘻孔を形成する。経過中に歯の症状を自覚することは稀である。

【皮下膿瘍】 真皮から皮下脂肪組織で膿が貯留する状態。皮下組織は通常無菌状態であるが、皮膚表在菌などが皮膚内部に感染し膿瘍を形成する。波動を触れるが、嚢腫性病変ではないため隔壁はない。

単純ヘルペス（口唇ヘルペス）



定義・概要：

単純ヘルペスウイルス(herpes simplex virus:HSV)の初感染または再活性化により、口唇およびその周囲に軽度の疼痛と水疱の集簇を生じる疾患。大部分がHSV-1によるものである。

診察時のポイント：

必ずしも水疱の出現している時期に受診するとは限らないため病歴をよく聴取する。ときに固定薬疹と鑑別を要するため、服薬歴や発症頻度も聴取する。またアトピー性皮膚炎や免疫抑制状態においては重症化するケースがあるため、基礎疾患の確認も重要である。

診断の流れ：

口唇またはその周囲に小水疱の集簇を認めることが口唇ヘルペスの臨床的な特徴である。しかしながら、まず前駆症状として痒痒や灼熱感などの違和感が出現し、その後浮腫性紅斑が生じて水疱を形成し、膿疱やびらん、痂皮を形成して約1週間で治癒するという経過をたどるため、実際の臨床では水疱を認めないケースにもしばしば遭遇する。その場合には発症の時期および水疱形成の有無をよく確認する必要がある。前駆症状である皮膚の痒痒や灼熱感のみで受診することもあり、初めて診察する患者であれば水疱形成時に再診してもらうことも場合によっては必要である。

重要な鑑別疾患としては、三叉神経領域帯状疱疹と固定薬疹が挙げられる。帯状疱疹では痛みの程度が強く、三叉神経の枝に沿った広範囲であることが重要な鑑別点であり、皮疹も口唇周囲にとどまらず、耳介後面や頭部被髪部に隠れている場合があるため、見逃さないように注意したい。また、習慣性の口唇ヘルペスと

診断されている患者の中には、口唇に出現する固定薬疹が隠れていることがある。固定薬疹は表皮への炎症の波及が強く起こり時に漿液性丘疹から小水疱を生じるため、口唇ヘルペスと紛らわしい臨床像を呈する。疑った場合には服薬歴や、出現するタイミングなどを丁寧に問診して鑑別する。

口唇ヘルペスの検査として、Tzanck試験が有用である。Tzanck試験では水疱の被膜を破り、露出した水疱底にスライドガラスを当てるか、検鏡メス等で水疱蓋の内面および水疱の下床を撫でるようにして検体を採取し、スライドガラスに擦りつけて塗抹標本を作成する。ギムザ染色液で標本を染色し、10～20倍の対物レンズで観察し、大きく膨らみ変性し封入体をもつ巨細胞(balloon cell)を確認する。Tzanck試験は帯状疱疹でも陽性となるので、必要であればイムノクロマト法を用いた迅速診断キットや水痘・帯状疱疹ウイルスの抗原検査キット、抗体検査で鑑別することができる。

鑑別疾患：

【三叉神経領域帯状疱疹】臨床的には疼痛の程度が強く、また領域も広範囲であることから鑑別する。水痘・帯状疱疹ウイルスにより生じる。

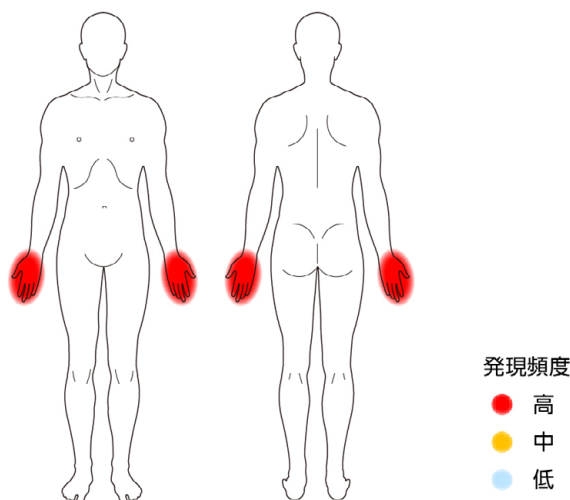
【固定薬疹】原因薬剤の内服後、貨幣大程度までの領域に局限して、紅斑、丘疹、場合によっては小水疱を生じ、通常色素沈着を残して治癒する。原因薬の再投与にて繰り返し同じ部位に誘発される。

【接触皮膚炎】刺激性やアレルギー性に生じる。炎症が強ければ水疱を形成することがある。

【尋常性痤瘡・毛包炎】毛孔に一致性に生じ、面皰を伴う。赤唇部には生じない。思春期の脂漏部位に好発する。

【カポジ水痘様発疹症】アトピー性皮膚炎などを背景に、口唇ヘルペスが口唇周囲に局限せず、水疱や浸出液を伴うびらんが頭頸部あるいは全身の広範囲に拡大した状態。ときに伝染性膿痂疹との鑑別を要する。

手湿疹



定義・概要：

手に出現する湿疹・皮膚炎の総称。頻回の手洗いや、消毒剤や洗剤等の化学物質への曝露によって刺激性、アレルギー性に湿疹性変化を生じる。主婦や美容師、職人など手を酷使用する職種に好発する。

診察時のポイント：

職歴や生活歴を丁寧に問診する。手の掌側と背側はもちろん、指間部や爪の観察もよく行う。手のみの診察では鑑別疾患を見落とすことがあり、手以外の皮膚も診察する。

診断の流れ：

患者は手をよく使用する職歴や生活歴をもつ場合が多く、必ず問診で確認を行う。手洗いを頻回に行う患者では指間部(特に第4～5指間)にカンジダ症を合併していることがあり、びらんや浸軟を認めれば検鏡を行う。手湿疹の患者のうち少なくない症例がアトピー性皮膚炎を背景に持っており、手以外の部位の湿疹の有無についてもよく診察することが必要である。

接触皮膚炎を起こしている場合、患者本人が自覚していないものが原因となっていることも多いため、手袋やハンドクリーム、消毒剤、オイルなど一つずつ丁寧にその使用歴を確認する。原因物質の特定には、パッチテストが有用である。パッチテストでは、背部の皮疹のない部分に被疑物質をチャンバーに塗布して貼付し、48時間後にそれを剥がし、48時間後、72時間後(被疑物質によっては1週間後も)に紅斑、丘疹を評価する。重要な鑑別疾患として、皮膚筋炎に伴う手湿疹様の変化がある。指節間関節や中手指節関節の背側の丘疹あるいは紅斑はゴットロン丘疹とよばれる。指関節屈側に生じる鉄棒まめ状の“逆ゴットロン徴候”は抗MDA5抗体陽性例で、“機械工の手”は特に抗ARS抗体陽性例でよく見られ、いずれも間質性肺炎に注意が必要である。爪上皮出血点や爪囲紅斑など膠原病に特徴的な所見の確認はもちろん、その他の症候がないかを確認し、見落とさないように気をつける必要がある。

鑑別疾患：

- 【手白癬】 比較的境界明瞭な角化を伴う紅斑として出現する。足の白癬から感染が拡大し生じることが多い。
- 【尋常性乾癬】 境界明瞭な角化性紅斑局面が出現する慢性炎症性角化症。爪病変は点状陥凹、線条出血、爪甲剥離、爪肥厚など多彩な変化をきたす。物理刺激を受けた部位に皮疹が誘発されるケブネル現象を伴う。
- 【掌蹠膿疱症】 掌蹠に限局して紅斑、漿液性丘疹、無菌性膿疱を生じる疾患。喫煙歴や口腔内歯科金属との関連が指摘されており、中年女性に好発する。ときに胸鎖関節を中心に骨関節炎を合併する。欧米では乾癬の一病型と考えられている。
- 【皮膚筋炎】 自己免疫性の炎症性筋疾患で、ヘリオトロープ疹やゴットロン徴候などの典型的な皮疹を伴うもの。検出される筋炎特異的抗体によって、間質性肺炎や内臓悪性腫瘍の合併など、それぞれ特徴的な臨床像を呈する。
- 【異汗性湿疹】 掌蹠に数mm大の小水疱が多発して通常は数日内で鱗屑となる汗疱をベースに、それが瘙痒を伴い増悪、湿疹化したもの。夏期に好発する。
- 【凍瘡】 末梢の小動静脈の循環障害によりうっ血性の炎症をきたし、四肢末端や耳介、頬部に浮腫や紅斑を生じたもの。寒冷曝露により発症する。
- 【疥癬】 ヒゼンダニの皮膚寄生により紅斑、丘疹、膿疱を生じる。指間部に皮疹を生じることが多く、水酸化カリウム(KOH)法による検鏡で虫体あるいは虫卵を確認し診断する。角化型疥癬(ノルウェー疥癬)では感染力が強く隔離措置が必要となる。