

原 著

夏に起こりやすい皮膚疾患について

早川 律子*

はじめに

夏に起こりやすい皮膚疾患の原因として、①露出範囲の増加、②発汗量の増加、③細菌感染、④紫外線暴露量の増加などが考えられる。以下に原因別に皮膚疾患の特徴と治療、生活指導について述べる。

I 露出範囲の増加による疾患

i. 接触皮膚炎

夏に限らず接触皮膚炎は最もよく見られる皮膚疾患の一つである。夏には露出範囲が多くなるため外因と接触する皮膚の範囲が増加し、接触皮膚炎の頻度も高くなる。また発汗量増加が金属皮膚炎を惹起する。

イ. 植物皮膚炎

表1に接触皮膚炎を起こす代表的な植物とそのアレルゲンについて示した。植物皮膚炎の臨床的な特徴は線状に発生する小水疱、紅斑、腫脹である(写真1)。

表1 代表的植物アレルゲン

グループ	関連植物	アレルゲン
ウルシ	ウルシ、ブラジリアンペパートリー(ブラジル、ハワイ産木材)、カシューナッツ油(塗料、レジンのり)、銀杏、マンゴー、レンガス(マレー産木材)ヌルデ、ハゼノキ、ヤマウルシ	urushiol
菊	菊、きんせんか(せんじゅぎく)	helenin
さくら草	西洋さくら草(プリムラオプロニカ)	primin
しそ	あおしその葉、穂しそ	perillaldehyde
アルストロメリア	アルストロメリア、チューリップ、ヒヤシンス、大蕪	tulipaline-A
アマリス	アマリス、水仙	?

*名古屋大学医学部附属病院分院皮膚科

植物皮膚炎は接触した当日よりも翌日、翌々日と次第に症状が増強する。治療は症状の重篤な場合にはステロイドの全身投与を必要とする。中等度以下の症状の場合には抗ヒスタミン剤の全身投与とステロイド外用剤の使用により1~2週間で治癒する。

ロ. 金属皮膚炎

夏季にはアクセサリ(時計、時計の鎖、ネックレスなど)の金属のイオンが汗に溶けて接触皮膚炎を起こす(写真2)。夏期には発汗量が増加するため、アクセサリに限らず日用家庭用品による接触皮膚炎がよくみられる(表2)。皮膚炎が生じた場合の治療は植物皮膚炎の場合と同様であるが、再発予防対策が必要である。日常頻繁に接する機会が多いため原因製品を直接皮膚に接触させないように患者を指導することが必要である。

表2 日用家庭用品の代表的アレルゲン

分類	関連物質(アレルゲン)
衣料品	繊維(ウール、ナイロン、アクリル、絹)、防縮・防皺剤(ホルマリン)、染料(アゾ色素、ナフトールAS、クロム)、金属(付属品、ニッケル、クロム、コバルト)接着剤(レジン)、革(可塑剤、クロム、染料)
身のまわり品	装飾品(ニッケル、コバルト、金、プラスチック)、革(可塑剤、クロム、染料)
化学製品	界面活性剤、塗料(顔料、レジン)、接着剤(レジン、ホルマリン、テコ)、芳香・消臭剤(ムスクアンブレット、白檀などの香料)、防虫剤、ワックス
その他	文房具・スポーツ用品(革、ビニール)、玩具(染料、塗料)、カーテン(ホルマリン)、家具(ウルシ)

ii. 虫刺症

虫刺症は虫の刺孔を中心に丘疹、紅斑、腫脹を生じ、強い痒痒、時に疼痛を伴う(写真3)。

蜂による虫刺性皮膚炎はアナフィラキシーショックを伴うことがある。治療は局所の冷湿布、症状

によりステロイド、抗ヒスタミン剤の全身投与を行う。軽症の場合には止痒剤の配合された外用剤（オイラックスH、オイラゾンD、シマロンゲルなど）の単純塗布で治癒する。腫脹が強く疼痛を伴う場合にはセファランチン10mg（成人の場合）の静注が有効である。

II 発汗量の増加による疾患

イ. 汗疹

i. 水晶様汗疹（白いあせも）

表皮内に汗が貯留した結果生ずる汗疹で、炎症症状を伴わないため痒くなく、汗を拭いパウダーなどで皮膚表面を乾燥させれば2～3日で消退する。

ii. 紅色汗疹（赤いあせも）

粟粒大～帽針頭大の紅色丘疹で癢痒を伴う。止痒剤、弱いステロイドが配合されている外用剤を塗布させる。放置すると癢痒を伴うため掻破し湿疹化したり、細菌感染を合併して汗疹性膿痂疹となることがある。

ロ. 多汗症

i. 全身性多汗症

高温度環境、肥満、妊娠、閉経、糖尿病、バセドウ病などに伴って全身性多汗症が見られる。環境の改善、基礎疾患の治療が必要である。

ii. 局所性多汗症

精神的な原因によることが多く、手掌や足底、腋窩、前額、鼻先、乳房間部などに見られる。治療は局所的にパウダーで皮膚を乾燥させる。マイナートランキライザーの投与が有効のことがある。気にすると症状が進行するので、患者に原因をよく説明して気にしないように指導する。

ハ. 腋臭症

思春期のアポクリン腺の発育に伴って腋窩に臭気を生ずる疾患である。アポクリン汗中の脂肪酸が皮表常在細菌によって分解され臭気源になる。しかし日本人には真の腋臭症は少なく、多くの場合は多汗による汗臭さである。治療はデオドラント石鹸（殺菌剤配合）による局所の洗浄とパウダーによる皮膚表面の乾燥が有効である。風通しの良い衣服を選択するよう生活指導が必要。重症の場合にはアポクリン腺剥削術を行う。

合にはアポクリン腺剥削術を行う。

III 細菌感染による疾患

イ. 毛嚢性膿皮症

i. せつ（癩）

黄色ブドウ球菌の感染による疾患である。毛嚢性紅色丘疹ではじまり、発赤、腫脹、浸潤を生じ、頂点に膿栓をつけ自発痛、圧迫痛を伴う（写真4）。膿栓が排出されると急速に治癒するので、切開排膿術が有効。抗生物質の全身投与を行う。

ii. 癰腫症

次々に癰を生ずる疾患で、糖尿病、膠原病、全身衰弱など基礎疾患があることが多いので、癰の治療に加えて基礎疾患の発見と治療が必要である。

iii. よう（癰）

数個の近接する毛嚢が化膿して卵大から手拳大位までの大きな瀰漫性隆起局面を形成し、表面に点々と膿栓を見る。局所熱感と疼痛が激しく、悪寒、発熱などの全身症状を伴う。基礎疾患があることがあり、注意が必要。切開排膿、抗生物質と消炎酵素剤の全身投与、鎮痛剤の投与を行う。

iv. ボックハルト膿痂疹（表在性毛嚢炎）

主に下肢にみられる帽針頭大の毛嚢性小膿疱で、軽い痛みを伴う。虫刺症、汗疹を掻破して生ずることが多い。

ロ. 汗腺性膿皮症

i. 乳児多発性汗腺膿瘍

乳児の顔面、頭、背、臀部に多発する豌豆大の発赤を伴う皮下の硬結で、次第に軟化する。疼痛を伴いリンパ腺が有痛性に腫脹し、発熱を伴うこともある。治療は抗生物質の全身投与を行い、局所は自壊しない場合には切開排膿術を施行する。

ii. 化膿性汗腺炎

主として女性の腋窩にみられる。豌豆大の皮下硬結で、やがて軟化し自壊して排膿し癬痕を形成する。時に肛囲、外陰、乳房部にも生ずる。アポクリン汗腺の黄色ブドウ球菌感染が原因である。早期に抗生物質の全身投与を行い、局所には抗生物質含有軟膏を塗布させる。

ハ. 上記以外の膿皮症

i. 伝染性膿痂疹（とびひ）

主として乳幼児から小学校低学年の児童に見られる。顔面、四肢、体幹に癢痒を伴う半球状の水疱が次々に発生し、破れてびらんを形成する。癢痒を伴うため掻破し次々に皮疹が増加する。抗生物質含有軟膏の塗布、抗生物質と抗ヒスタミン剤の全身投与を行う。汗を流す程度のシャワー、入浴は可であるが、石鹸の使用は中止させる。兄弟を一緒に入浴させると感染するので注意が必要。プール、海水浴は不可。

ii. プドウ球菌性熱傷様皮膚症候群(staphylococcal scaled skin syndrom : SSSS)

伝染性膿痂疹は適切な治療を欠くと、乳幼児では発熱、白血球増加、好酸球増加を来し猩紅熱様紅斑を生ずることがある。紅斑部にニコルスキー現象(皮膚が軽い摩擦により水疱を形成して剥離する)を認め、熱傷様の症状を呈するようになる(写真5)。安静と抗生物質の全身投与、水分補給が必要。局所治療は伝染性膿痂疹と同様である。重症の場合には入院加療を要する。

二. 真菌症

i. 足白癬(みずむし)

白癬菌の感染によって発症する。通常足に生ずる白癬症を“みずむし”といている。斑状小水疱型(写真6)、趾間型、角化型がある。落屑を削って30%カセイカリ液で溶して鏡検すると白癬菌の菌糸が観察される(写真7)。酢をつける、万金膏をつけるなどの民間療法は接触皮膚炎(写真8)を起こすことがあり、薦められない。抗白癬剤含有外用剤の単純塗布で充分治癒する。外用剤を塗布すると白癬菌が孢子状になって角質層に寄生した状態になり癢痒が消失する。角質細胞が剥落して新しく作られる迄に最低2週間はかかるので、癢痒が消失してから2週間~1ヶ月は外用剤塗布をつづけさせる。

ii. 頑腫(たむし、いんきんたむし)

“みずむし”と同様に白癬菌の感染によるものである。腋窩、陰股部などによくみられるが、基礎疾患(糖尿病、膠原病、悪性腫瘍などの)があったり、湿疹にステロイド外用剤を長期に塗布していると軀幹、四肢にも生ずる(写真9)。治療は足白癬と同様である。

iii. 爪白癬(爪みずむし)

爪に白癬菌が感染して発症する。爪が白濁肥厚し脆くなる。爪を削って鏡検すると菌糸が観察される。殆どの例で足白癬を合併している。外用剤では治らないので、グリセオフルビンの内服を爪が伸びて白濁部がなくなるまで続けさせる。

IV 紫外線暴露量の増加による疾患

紫外線暴露量の増加により症状の増悪する疾患には色素沈着症、色素性乾皮症、慢性多形日光疹、光過敏性皮膚炎がある。紫外線暴露により発症する疾患にはサンバーン(日光火傷)、光線性花卉状色素斑、日光蕁麻疹、種痘様水疱症、日光角化症があげられる(表3)。紫外線の波長と疾患の関係を図1に示した。

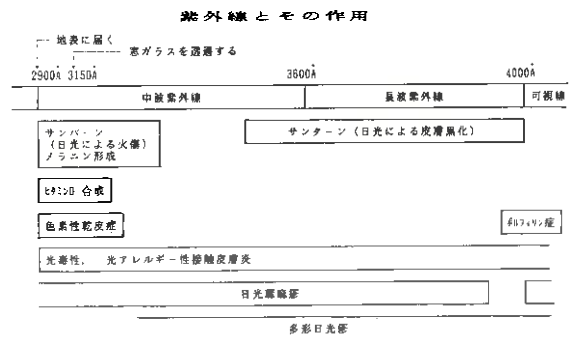


図1 紫外線とその作用

イ. 色素沈着の増悪

i. 雀卵斑(ソバカス)

主として顔面に生ずる点状不整形の褐色色素斑である(写真10)。遺伝するので両親、兄弟に同症を認める。日光暴露によって症状は増悪する。治らないので化粧(ファンデーションなど)でカバーさせる。

ii. 肝斑

30才以後の女性に多く見られる色素斑で、頬、額、鼻の下左右対称的に生ずるのが特徴である(写

真11)。癢痒などの自覚症状は伴わない。日光暴露によって色素沈着が増悪する。化粧（ファンデーションなど）によるカバー、ビタミンC、E、B₂、トランスアミンなどの内服により色素沈着は軽減する。

ロ. 色素性乾皮症

常染色体劣性遺伝の疾患である。紫外線によって生じたDNA障害の修復が出来ないために発症する。

表 3 光線性皮膚症

I. 光線により増悪する疾患

イ. 色素沈着症

i. 雀卵斑, ii 肝斑

ロ. 色素性乾皮症

ハ. 多形日光疹

ニ. 光線過敏性皮膚炎

i. 光毒性皮膚炎

ii. 光アレルギー性皮膚炎

II. 光線により発症する疾患

ホ. ひやけ (サンバーン)

ヘ. 光線性花卉状色素斑

ト. 日光蕁麻疹

チ. 種痘様水疱症 (夏季水疱症)

リ. 日光角化症

幼児期より日光暴露により顔面、手背、前腕伸側など露出部位に紅斑や水疱を生じ、症状は持続性で反復する。露出部位に雀卵斑様の色素斑を多発し、年令とともに次第に皮膚は萎縮性、落屑性となり、色素沈着と脱色斑が混在して汚くなる。基底細胞癌、有棘細胞癌などの悪性腫瘍を生ずる。症状の進行を押さえるには、直射日光の暴露を避ける、紫外線吸収剤の配合されたクリームを塗布するなど徹底的な生活指導が必要である。

ハ. 多形日光疹

原因は不明であるが、通常は発赤を生じない照射量の日光暴露によって発赤、腫脹、湿疹症状を生ずる疾患である(写真12)。症状は次第に進行し冬季にも症状が見られるようになる。湿疹化した局面は肥厚浸潤し、汚い色素沈着を生ずる。治療法がないので紫外線吸収剤(防御)配合製品(サンスクリーン製品)の使用により光線から皮膚を

防御させる。現在市販されているサンスクリーン剤には表4に示したように中波紫外線を吸収する製品、長波紫外線を吸収する製品、中波・長波の両方を吸収する製品がある。また酸化チタンなどを配合して光線を散乱させて皮膚を防御する製品もある。患者の性、年令、職業などを考慮して製品を選択する。

肝臓障害によるポルフィリン症でも光過敏を生ずるので、鑑別が必要である。

表 4 日やけに関連した化粧品類

使用目的	製品のタイプ	配合成分
こんがり和小麦色に日やけしたい	サンオイル サンタンオイル	UVB吸収剤
赤く日やけするのを防ぐ	サンタンジェリー サンスクリーンローション サンスクリーン乳液 サンスクリークリーム	UVB吸収剤
赤く日やけするのも茶色くなるのも防ぐ	サンスクリーンファンデーション サンスクリーンケーキ	UVB吸収剤 UVA吸収剤 酸化チタン、酸化亜鉛
唇の日やけを防ぐ	サンスクリーンリップスティック	酸化チタン、酸化亜鉛
日やけした肌用化粧品	アフターサンローション	保湿剤
色素沈着を起こした肌用化粧品	美白クリーム、乳液 美白ローション	ビタミンC、プラセインタエクストラクト

UVB: 中波長紫外線 (290~320nm)

UVA: 長波長紫外線 (320~400nm)

ニ. 光線過敏性皮膚炎

光線過敏性皮膚炎には光毒性皮膚炎と光アレルギー性皮膚炎がある。

光毒性皮膚炎はタール、レモンオイル、ソラレンなどの光毒物質が付いた皮膚が光に暴露されるとサンバーン(日光火傷)様の皮膚炎を生じ、紅斑消退後に色素沈着を生ずるものである。充分な光毒物質と光照射量があれば誰にでも発症する。レモンの輪切りを顔にのせてパックした後外出して日光に暴露されるとレモンの輪切りの形に色素沈着が生ずる。光アレルギー性皮膚炎はある化学物質に光感作された人のみに発症する。降圧剤、糖尿病治療剤、抗生物質などを内服している場合や、人工甘味料やハロゲン化フェノール類の殺菌防腐剤の使用、紫外線吸収剤の使用時にみられることがある。写真13は鎮痛消炎剤ピロキシカム(バキソ、フェルデン)の内服後に見られた光アレルギー性皮膚炎である。

ホ. ひやけ (サンバーン)

日光による火傷である(写真14)。日本人が夏の海岸で、素肌で日光を浴びると約20分で発赤を生ずる。さらに日光に曝されると症状は増強し水疱を形成する。治療は火傷に準ずるが、局所療法としては冷水湿布、ステロイドスプレー噴霧、全身療法では抗ヒスタミン剤、消炎鎮痛剤の内服が有効である。程度の差はあるが必ず色素沈着を残すので、患者に説明しておく必要がある。

ヘ. 光線性花卉状色素斑

サンバーンの後に生ずる、花卉状不整形の点状色素斑である(写真15)。一旦出来ると難治である。

ト. 日光蕁麻疹

日光暴露直後に蕁麻疹を生じ、1~2時間後に消失する。女性に多いと言われている。症状を反復していると発症しなくなる。原因は不明である。

治療は抗ヒスタミン剤の内服と光からの皮膚の防御である。

チ. 種痘様水疱症(夏季水疱症)

3~4才から始まり思春期には自然寛解する疾患で、春から夏にかけてみられる。露出部位に中心脐窩を有する小水疱を生じ、自然に結痂して癬痕を残す。顔面、手背、前腕伸側などによく見られる。

リ. 日光角化症

日光により惹起された表皮角化細胞の異常角化により発症する(写真16)。20~25%が有棘細胞癌に移行すると言われており、早期に電気凝固法、あるいは摘出術による治療が必要である。

以上



写真1 植物皮膚炎



写真2 時計バンド皮膚炎



写真3 虫刺症



写真4 せつ(癬)



写真5 ブドウ球菌性発熱症様皮膚症候群



写真6 斑状小水疱型足白癬



写真7 鏡検でみられた白癬菌(30%カセイカリ液で溶解)



写真8 接触皮膚炎(自己療法の結果)



写真9 体部白癬



写真10 雀卵斑(ソバカス)



写真11 肝 斑 (シミ)



写真12 多形日光疹



写真13 光アレルギー性皮膚炎 (ピロキシカム内服後)



写真14 サンバーン (日光火傷)



写真15 光線性花弁状色素斑



写真16 日光角化症