

亀田感染症ガイドライン

疥癬

最終更新 2019 年 1 月 作成：笹澤裕樹・黒田浩一 監修：細川直登

1. はじめに

疥癬はダニの一種であるヒゼンダニ(疥癬虫、*Sarcoptes scabiei* variety *hominis*)が皮膚角質層に寄生することによって起こる感染症である。虫体や糞、脱皮殻などに対するアレルギー反応による皮疹・掻痒感を主症状とする。一番大きい雌成虫でも体長は0.3-0.4mmであり、肉眼ではほぼ見えない。近年わが国では、病院、老人ホーム、養護施設などで集団発生の事例が増加し、疥癬は医療および介護関係者の間で深刻な問題となっている。

- ・外来で疥癬を疑ったら→皮膚科コンサルト
- ・院内で疥癬を疑ったら→皮膚科および感染症科コンサルト

2. 感染経路・潜伏期間

通常、長時間肌と肌が直接接触することによって感染する。家族、介護者、セックスパートナーの他、ダンスの相手やこたつで行う麻雀の仲間、畳での雑魚寝などで感染しうる。**通常疥癬**(ヒゼンダニの寄生数が少ない、多くの場合10-15程度)では、短時間の接触や衣類・リネン等の媒介物を介して感染することは少ない。**潜伏期間は約1-2か月**、基本的に症状がある場合に感染性がある。

一方、**角化型疥癬**(ヒゼンダニの寄生数が多い)の場合には、直接的な接触の他、剥がれた角質層が飛散・付着することによる感染など、肌と肌の直接接触を介さず感染が成立することがある。そのため、見舞客のように短時間の接触や、リネンなどの間接的接触を介して感染が拡大し、集団感染を引き起こすことがある。寄生数が多いため、**潜伏期が4-5日に短縮**することがある。

3. 病型

1) 通常疥癬 classic scabies

→原則として、隔離の必要なし

2) 角化型疥癬 crusted scabies

(痂皮型疥癬、旧称ノルウェー疥癬)

→隔離の必要あり

	通常疥癬	角化型疥癬
寄生数	10-15程度	100万~200万
宿主の免疫力	正常	低下
感染力	弱い	強い
主な症状	丘疹、結節	角質増殖
かゆみ	強い	不定
場所	頭部を除く全身	全身

3) 4) を参考に作成

4. 症状

・自覚症状としては、**掻痒感が強い**。アレルギー反応のため、免疫不全者では症状に乏しいことがある。

・皮疹の性状

1) **通常疥癬**：原則として頭部、顔面には皮疹は認めない(小児・高齢者では、頭部にも起こる)。

(1) **手関節屈側・手掌・指間・指側面**に好発する**疥癬トンネル**(burrow)：疥癬に特異的

足側面、足背、肘頭、女性の乳頭部、男性の外陰部、臀部、腋窩に見られることもある
皮膚表面から**わずかに隆起した白っぽく見える線状皮疹**、幅0.4mm、長さ5mm程度

(2) 臍部を中心とした腹部・胸部・腋窩・大腿内側・上腕屈側に散在する、**激しい掻痒を伴った紅斑性小丘疹**(ヒゼンダニの糞・脱皮殻・虫体へのアレルギー反応)

(3) 主に外陰部に見られる小豆大、赤褐色の結節(男性に多い、非常に強い掻痒感がある)

2) 角化型疥癬

細胞性免疫不全(HIV感染、HTLV-1感染、悪性リンパ腫、ステロイド使用者など)がリスク

灰色から黄白色で、ざらざらと厚く蛻殻様に重積した角質増殖が、手・足・臀部・肘頭部・膝蓋部などを中心に、時に頭部・頸部・耳介部にもみられることがある。

5. 診断

(1) 疥癬の可能性を検討すべき状況

- ・夜間に増悪する、広範囲の、皮疹の状態と不釣り合いに強い掻痒感（頭部以外）
- ・疥癬の好発部位に出現した特徴的な掻痒感を伴う皮疹
- ・家族に同様の症状がある場合

(2) 顕微鏡検査

- ・皮疹をメスで削り取り、KOH法で検鏡（糞便はKOHで溶解する）。虫体・虫卵を検出すれば確定する
- ・検出率が高いのは疥癬トンネルとその後方に生じるV字形をした鱗屑
- ・体幹の丘疹からの検出率は低い
- ・角化型疥癬の角質層からは無数の虫体、虫卵がみえる

(3) ダーモスコピー検査

- ・ヒゼンダニを観察できることがあるが、補助的なものである（また、保険で算定できない）

6. 治療

- ・疥癬の治療薬は「殺ダニ剤」と「止痒剤」がある。「殺ダニ剤」≠「止痒剤」

1) 殺ダニ剤

- ・通常疥癬の第1選択：イベルメクチン内服 or フェノトリン外用
- ・角化型疥癬の第1選択：上記2剤の併用+過剰角質層の除去（皮膚科の判断）

内服：

(1) イベルメクチン（ストロメクトール®錠）

投与方法：200 μ g/kg 1回投与、1週間後に再投与（合計2回投与）

注意点：空腹時に水とともに内服、腎機能障害で投与量の調整は不要

体重15kg未満では使用不可、妊婦への安全性は確立していない

外用：

- ・入浴後に頸部から下の全身に膜を作るように塗付する（皮疹がないところにも塗付）
- ・高齢者と乳幼児では顔面・頭部も塗付、角化型疥癬でも全身に塗付する

(1) フェノトリン（スミスリン®ローション5%）

投与方法：1回30gを塗布し、塗布後12時間以上経過した後に洗い流す

1週間隔で少なくとも2回の塗布を行う。

補足1：permethrinと同じピレスロイド系の外用薬

小児と妊婦への安全性は確立していないが、使用可能と考えられている

補足2：当院では、フェノトリンとイベルメクチンを併用する場合、まずフェノトリンを使用し

その翌々日にイベルメクチンの内服を行っている（フェノトリンは神経細胞を興奮、イベルメクチンは神経細胞を麻痺させて抗寄生虫作用を発揮するため、作用減弱の恐れが潜在的に存在するため、念のため2日間の間隔をあけて投与している）

(2) クロタミトン（オイラックス®クリーム10%）

投与方法：全身に塗付後、24時間で洗い流す、10-14日間使用する

注意点：ランダム化試験でpermethrin外用よりも効果が劣ることが示されている

保険適用外だが審査上許可されている

小児・妊婦にも使用可能だが、大量または長期にわたる広範囲の使用は控える

(3) イオウ

投与方法：塗付後 24 時間で洗い流し、2-5 日繰り返す

補足：小児・妊婦に使用可能。

・ permethrin (5%クリーム)：本邦では認可されていない

投与方法：頭部から足指まで塗布し、8-14 時間後に洗い流す。寝る前に塗布されることが多い。

1 週間後にもう一度同様に塗布する。海外の多くの国で第一選択となっている

日本では保険適応がなく、個人輸入などを除いて入手できない

2) 止痒剤

・抗ヒスタミン剤、抗アレルギー剤の内服が用いられる

・角化型疥癬は厚い痂皮を取る必要がある。

・ステロイド外用剤は使用しないほうがよい。

3) 1 か月以内に濃厚接触のある家族・性的パートナーは、感染していないか確認する必要がある

7. 感染管理(亀田病院院内感染管理マニュアル 34 版より)

1) 通常疥癬

個室隔離は不要。治療開始翌日までには接触予防策、翌々日から標準予防策

※接触感染策は本来不要で、標準予防策の徹底が重要とされている

2) 角化型疥癬

治療開始後最低 3 週間は個室管理。隔離期間は、皮膚科の診察で治療完了となるまで

※日本のガイドラインでは、治療開始後 1-2 週間は個室隔離を推奨している

※UpToDate2018 では、顕微鏡検査で疥癬虫が見えなくなるまで、としている

参考文献

1) NEJM 2006;354(16):1718-27

2) 大滝倫子 他著. 疥癬はこわくない, 2003, 医学書院

3) 疥癬診療ガイドライン(第 3 版) 日皮会誌 2015;125(11):2023-48

(<https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/kaisenguideline.pdf>)

4) 2015-02-12 疥癬とは 国立感染症研究所

(<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/380-itch-intro.html>)

5) MMWR Recomm Rep 2015;64(RR-03):1 (CDC の STI 治療ガイドライン)

6) Scabies: Management. UpToDate2018 (最終アクセス 2018 年 8 月 7 日)

7) Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. UpToDate2018 (最終アクセス 2018 年 8 月 7 日)

※亀田総合病院皮膚科部長田中厚先生にも内容を確認していただいています