

第10回 壊死性筋膜炎・軟部組織感染症

立花隆夫

滋賀医科大学 皮膚科 准教授

皮膚感染症は、限局性あるいはびまん性の表在性ないし深在性感染症、および慢性膿皮症に分類される¹⁾ (表1)。臨床経過や臨床像からその起炎菌を推定できることが多いため、初診時より適切な治療が可能である。また、その治療においては内服もしくは点滴による抗菌薬の全身投与を必要とするが、皮膚の主な病原菌は黄色ブドウ球菌 (以下、黄色ブ菌) と溶血性連鎖球菌 (溶連菌) である。なお溶連菌による感染症は、黄色ブ菌によるものに比べて少ないが、最近は増加の兆しがみられる。

本稿では、重症糖尿病の皮膚合併症としての皮膚感染症を概説する。また、誌面の関係上、放置すると生命予後に関わる皮膚感染症、すなわち深在性感染症の癰・癰腫症・癰、蜂巣織炎、丹毒、壊死性筋膜炎について記載する。なお、治療が厄介なものは、ASOに起因する下腿および足趾の壊疽に続発した皮膚感染症である。

癰・癰腫症・癰

癰は、深在性の毛包炎から始まる毛包周囲結合組織の細菌感染症であり、多くは黄色ブ菌 (コアグラゼIV型のことが多い) による²⁾。なお、顔面に生じたものを面疔、癰が多発したものを癰腫症、隣接した毛包が集簇性に癰の状態になったものを癰と呼ぶ (図1・図2)。

治療方針

点滴薬 (軽快傾向がみられたら内服薬に切り替える)

- セファメジン[®] a 2~4 g/日 分2
- パンスポリン[®] 2 g/日 分2など

内服薬

- ユナシン[®] (375 mg) 3錠/日 分3
- オーグメンチン[®] 配合錠250RS 4錠/日 分4

表1 皮膚感染症の分類

表在性皮膚感染症	毛包・汗器官感染症 (限局性表在性感染症)	尋常性痤瘡 ボックハルト膿疱疹 尋常性毛瘡など
	びまん性表在性感染症	伝染性膿疱疹 尋常性膿瘡など
深在性皮膚感染症	毛包・汗器官・爪囲感染症 (限局性深在性感染症)	癰、癰腫症、癰 多発性汗腺膿瘍 急性化膿性爪囲炎など
	びまん性深在性感染症	蜂巣織炎 丹毒 壊死性筋膜炎など
慢性膿皮症		感染性粉癬 禿髪性毛囊炎 頭部乳頭状皮膚炎 集簇性痤瘡 殿部慢性膿皮症 化膿性汗腺炎など



図1 左上眼瞼の瘡

64歳，男性。



図2 右膝部の瘡

57歳，男性。

- セフゾン® (100 mg) 3カプセル/日 分3
- クラビット® (500 mg) 1錠/日 分1など

外用薬

切開前は0.1%リパノール®などで湿布を行い，波動を触れたら切開してイソジン®タンポンなどによるガーゼ交換を行う。

生活指導

局所の安静を保つ。

難治例への対応

菌培養でMRSAが検出されたときは，感受性の残っているニューキノロン系抗菌薬を試みるか，バンコマイシン® (2 g/日 分2) またはハベカシン® (200 mg/日 分2) などを用いる。

鑑別すべき疾患

以下のような疾患が挙げられる。

化膿性粉瘤

嚢腫が先行し，切開により悪臭のある粥状物を含む膿が排出する。

蜂窩織炎

中央に毛包を認めず，より広範囲である。

結節性紅斑

毛包不一致の母指頭大紅斑が多発する。

治療上必要な検査

菌培養とともに，白血球数および分画，赤沈，CRPな

どを検査する。なお，瘡腫症を繰り返すときは，免疫低下や糖尿病などの基礎疾患に関する検査を追加する。

蜂窩織炎

毛包や汗腺とは無関係に，菌が表皮角層の軽微な傷から直接表皮を貫通して生じた真皮・皮下組織の細菌感染症である²⁾ (図3)。黄色ブドウ球菌 (コアグララーゼIV型のことが多い) が主な起炎菌であるが，溶連菌 (A群β溶連菌のことが多い) などの細菌も原因となりうる。なお，急速に増悪する場合は，壊死性筋膜炎，劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (トキシックショック様症候群 [toxic shock-like syndrome ; TSLS] と同義) などへの移行も考慮する。

治療方針

点滴薬と内服薬

瘡と同じ。

生活指導

瘡と同じ。

難治例への対応

瘡と同じ。

鑑別すべき疾患

丹毒

より浅在性かつ境界明瞭であって，進展も早い。