

皮膚の症候

症例Ⅱ - 1. 発疹①

8 か月の女児。4 日前から 39℃の熱があった。軽い下痢と咳があり、近医でかぜ薬を処方されていたが、38～39℃の熱が続いていた。本日夕方、着替えをさせたときに胸に赤い発疹があり心配になって来院した。体温 37.2℃。

| 非小児科医のアプローチ | 小児科医からのアドバイス |
|--|--|
| <p>問診 まず発疹の患者は他の小児に感染させる可能性があるので、念のため隔離して診察する。</p> <p>診察 下痢と発熱が続いており脱水の有無を確認する。口唇の乾燥、唾液の粘性、尿量などを確認する。</p> <p>発疹に関しては、予防接種歴、発疹歴、周囲での同様な症状の小児の有無を確認する。</p> <p>身体所見では発疹の性状、発生部位などを注意して観察する。また粘膜疹の有無も確認する。発疹以外の症状がないかどうか全身チェックを行う。</p> <p>初期対応 来院時には解熱しており、患児の機嫌がよく、経口摂取が良好で、脱水が軽度で、発疹が前胸部の赤い発疹以外になければ、当日は親に心配ないことを説明して帰宅させる。もし発熱が続いたり、手足の硬性浮腫などを認めた場合は直ちに小児科医を紹介受診させる。また近医で感冒薬を処方されており薬疹の可能性も否定できないため、翌日小児科医を受診するように指示する。</p> | <p>警戒すべきは、麻疹と水痘。発疹の特徴を職員に繰り返し教育しておくことよ。</p> <p>問診 脱水の評価は機嫌の良し悪しで判断する。笑顔が出るようなら普通は大丈夫である。とくに初めての子どもを育てている家族は、訴えが過剰になる傾向がある。下痢が頻回といってもごく少量の便であったり、ミルクがからんだだけでも咳と表現することもある。</p> <p>とくに夏にはエンテロウイルスによるウイルス性発疹症が流行することもある。</p> <p>診察 発疹を見たら、麻疹のコプリック斑、水痘の頭皮疹、風疹の耳後部リンパ節腫大の有無を確認するくせをつける。</p> <p>解熱後の発疹であり、突発性発疹の可能性が高い。</p> <p>川崎病を考慮するなら、眼球結膜の充血や口唇の発赤の方が鑑別の根拠としてわかりやすい。</p> <p>初期対応 機嫌や経口摂取の良し悪しを第一に指導しており、的確な対応である。</p> |

[小児科医の診療]

子どもの発疹症を診るときのポイントは、家族が心配している麻疹、水痘、風疹の鑑別診断を最初に行い、否定されるのであれば、その根拠を具体的に説明することである。本症例において、発疹を主訴に受診したということは、他の症状はあまり気にならない程度と考えられ、突発性発疹の可能性が高いと判断する。本疾患で軽症の下痢はよく認められ、熱があっても普段どおり元気な乳児の場合、問診だけで診断できることも多い。ただし、発熱時にぐったりしたり、ミルクの飲みが落ちたり、上気道炎を合併している場合、とくに病初期には診断に迷うこともある。突発性発疹の一般的経過を説明して、病気は回復期であることや、3～4 日で発疹が消えることを説明する。もちろん、経過が予想と異なるときや、不安が残るときには再診を勧めるべきである。

[症例の転帰]

診断は「突発性発疹」。その後発熱を繰り返すことなく、発疹は3 日で消退した。

[初期救急診療上のポイント]

解熱後に現れる発疹としては、突発性発疹がまず挙げられる。2 度の罹患もあり得ること、まれながら脳炎を合併することに留意した上で家族に“安心”を与え、注意点を指導する。

症例Ⅱ - 1. 発疹②

1歳2か月の男児。3日前の夕方、38℃の発熱。翌日近医で抗菌薬などを処方された。その後も解熱せず、今朝から機嫌が悪く、首を触ると泣き出すようになった。目やにはないが眼が赤く、体や手足に赤い発疹が見られるようになったため来院した。体温38.9℃。

| 非小児科医のアプローチ | 小児科医からのアドバイス |
|--|--|
| <p>まず発疹の患者は他の小児に感染させる疾患に罹患している可能性があるため隔離して診察する。</p> <p>問診 発疹に関しては、予防接種歴、発疹歴、周囲での同様な症状の小児の有無を確認する。</p> <p>診察 発熱が続いており脱水の程度を確認する。口唇の乾燥、唾液の粘性、尿量などを確認する。</p> <p>身体所見では発疹の性状、発生部位などを注意して観察する。また粘膜疹の有無も確認する。</p> <p>発疹以外の症状がないかどうか全身チェックを行う。首を触ると痛がるため、頸部リンパ節腫脹や咽頭の発赤がないかどうかの確認を行う。近医で抗菌薬を投与されており、薬疹の可能性もあるが、咽頭の発赤があれば溶連菌感染症の可能性が高い。</p> <p>初期対応 脱水があり経口摂取が不十分であれば、機嫌も悪いため、入院加療の必要性が高いことを親に説明し、直ちに高次医療機関を紹介受診させる。</p> | <p>診察 小児科医は、麻疹らしさ（眼脂、鼻汁、咳などのカタル症状や、色素沈着を伴う汚い印象の発疹）をもっとも警戒する。</p> <p>脱水の評価をするのであれば、体重の変化も参考になる。</p> <p>子どもの発疹を診たら、麻疹のコプリック斑、水痘の口内疹あるいは頭皮疹、溶連菌感染症や川崎病の莓舌、風疹の耳後部リンパ節腫大の有無を確認するくせをつける。</p> <p>乳幼児の頸部は短くて触りにくく、とくに痛がって泣くと、頸筋に力が入るのでさらに触診が困難となる。また胸鎖乳突筋とともに、一塊の腫瘍となっている場合がある。</p> <p>頸部の圧痛から頸部リンパ節炎が疑われるものの、抗菌薬では解熱せず、不定形発疹と眼球結膜充血をきたした場合には、まず川崎病と考える。口唇充血や莓舌、手足の硬性浮腫がそろえば確定診断となる。発熱が5日間持続しなくても他の5項目で確定診断される。1歳であればほとんどBCGを接種しており、BCG接種部位の発赤・腫脹も診断の参考になる。また、頰脈で心音も亢進し、いらいらして機嫌が悪いことが多い。</p> <p>溶連菌感染症であれば抗菌薬を内服していれば解熱することが多く、また、どちらかという幼児や学童に多い。</p> <p>初期対応 機嫌が悪いことから入院加療の可能性が高いことが示唆されており、的確である。</p> <p>診療所で確定診断はできないかもしれないが、川崎病の可能性が高いとして、高次医療機関へ紹介すべき症例である。</p> |

【小児科医の診療】

血液検査で白血球増多やCRPの高値、トランスアミナーゼ高値なども参考になる。軽症例や、症状のそろわない「疑い例」では、アスピリンを投与しながら心エコーで経過を追うこともある。症状がそろえばガンマグロブリン大量療法を施行することが多い。

【症例の転帰】

診断は「川崎病（MCLS）」。紹介先で入院となり、当日よりガンマグロブリン1日2gの大量療法が開始されて翌日には解熱した。冠動脈病変を残すことなく軽快した。

【初期救急診療上のポイント】

発熱、発疹、脱水、不機嫌などがあり、何ともいえないぐずり方をしているとき、あるいはグッタリしているときは、「川崎病」を考慮して小児科医のいる医療機関での精査が速やかに受けられるように設定する。

症例Ⅱ - 1. 発疹③

1歳3か月の女児。本日夕方、おむつを替えたときに下腹部から外陰部にかけて小さな赤く盛り上がった発疹3,4個と小さな水疱を1個見つけた。元気はよいが、少し熱っぽいため来院した。体温37.9℃。

| 非小児科医のアプローチ | 小児科医からのアドバイス |
|---|---|
| <p>問診と診察 水疱や発疹の場合、他の小児に感染させる可能性の高い疾患が想定されるため隔離して診察する。</p> <p>発疹に関しては、予防接種歴、発疹歴、周囲での同様な症状の小児の有無を確認する。</p> <p>身体所見では発疹の性状、発生部位などを注意して観察する。ほかに水疱がないか、痂皮化あるいは掻破した水疱がないかどうか確認する。</p> <p>初期対応 もしほかに発疹がなく、水痘の予防接種歴や既往歴がなければ、親には現時点では水痘の可能性が高いが、1個の水疱だけでは確定診断できないこと、元気がよいのでまだ経過観察できることを説明し、帰宅させる。発熱に対しては解熱薬を処方する。もし発熱が続き全身状態が悪化する（機嫌が悪くなるなど）ようであれば、直ちに小児科医を紹介受診させる。</p> | <p>問診 麻疹だけでなく水痘も、空気感染し得る感染力の強い疾患である。最近では乳児の集団保育が増加しており、保育園が感染症流行の温床となることが多い。</p> <p>診察 皮膚に水疱があるときには口の中に赤い口内疹や水疱がないか、頭皮に丘疹や水疱がないかどうかをていねいに探してみる。水痘と鑑別すべき疾患としては単純ヘルペスによるカポジ水痘様発疹症、伝染性軟属腫、伝染性膿痂疹、虫刺され、汗疹（あせも）、湿疹などがあるが、症状から水痘の可能性が高いことを説明しているのは的確である。</p> <p>初期対応 水痘では、アスピリンは禁忌（ライ症候群合併予防のため）なので注意したい。</p> <p>水痘であれば今後発疹が増加し、翌朝にはおそらく診断が明らかになることが説明されており的確な対応といえる。</p> |

〔小児科医の診察〕

水痘では、本症例のように衣服で隠れた部位に発疹が出現することがあり、病初期での診断は難しい。発症後48時間が治療の好機であることや、保育園での流行予防のためにも早く診断してあげたい疾患である。水痘に対するアシクロビルの投与はまだ議論があるが、とくに女児では放置してケロイドが残った場合家族に大きな不満を残すという事実もある。また、高熱を伴うときや、急速に発疹が増加する場合には投与することが多い。

本症例のように初期に判断が難しいときには、半日待ってみると発疹が増加して各段階の発疹がそろい、診断が容易になる。その時点でアシクロビルの投与を考えてもよい。熱が高くなければシャワーなどを制限せず、皮膚の清潔を保つ方が二次感染を予防できる。痒み止めの内服薬やカチリイなどの外用薬を処方することも有用である。

〔症例の転帰〕

診断は「水痘」。翌朝も39℃の熱があり発疹が急増した。かかりつけの小児科医でアシクロビルを処方された。100個近く発疹が出たが、1週間ですべて痂皮形成し保育園登園を許可された。

〔初期救急診療上のポイント〕

小児の発疹症には診断のタイミングがあり、典型的な水疱が確認されるまでには虫刺され、汗疹、湿疹と暫定的に診断されることもある。隔離した場所で診療すること、数時間後に小児科医の診察を再度受けるように勧めること、解熱薬を希望された場合はアセトアミノフェンを処方することがポイントである。

症例Ⅱ - 1. 発疹④

2歳の男児。4日前から鼻水と咳があり、夜になって39°Cの発熱があった。翌日、近医を受診し、抗菌薬などを服用していた。本日夕方からぐったりして、咳がひどくなり、目やにが出るようになった。顔と胸に赤い発疹が広がってきたため来院した。体温39.2°C。

| 非小児科医のアプローチ | 小児科医からのアドバイス |
|--|---|
| <p>発疹は他の小児に感染させる疾患である可能性があるため隔離して診察する。</p> <p>問診 発疹に関しては、予防接種歴、発疹歴、周囲での同様な症状の小児の有無を確認する。</p> <p>診察 全身状態の評価として、口唇の乾燥、唾液の粘性、尿量などを確認する。</p> <p>身体所見では発疹の性状、発生部位などを注意して観察する。また粘膜疹の有無も確認する。近医で抗菌薬を投与されており、薬疹の可能性もあるが、口腔内にコプリック斑が確認できれば麻疹と診断する。</p> <p>初期対応 肺炎、脳炎などの重篤な合併症の可能性もあり、来院時ぐったりしているため、家族には入院加療の必要性が高いことを説明し、直ちに小児科医を紹介受診させる。コプリック斑が確認できない場合、脱水があり、経口摂取が十分でなければ、全身状態が悪いことを考えやはり入院加療が可能な高次医療機関へ紹介する。</p> | <p>診察 小児科医は麻疹らしさ（眼脂、鼻汁、咳などのカタル症状や、色素沈着を伴う汚い印象の発疹）をもっとも警戒する。発疹を診たら、麻疹のコプリック斑、水痘の頭皮疹、溶連菌感染症や川崎病の莓舌、風疹の耳後部リンパ節腫大の有無を確認するくせをつける。</p> <p>初期対応 コプリック斑の確認、対症療法としての補液、来院時の様子から入院加療の必要性の判断などは的確な対応である。本症例のように少しでも重症化の可能性があれば、麻疹の疑いとして高次医療機関に紹介すべきである。</p> <p>呼吸数が多く低酸素血症があるときには、肺炎を合併していることがあり、集中治療が可能な施設への紹介が必要となる。</p> |

〔小児科医の診療〕

日本は、年間10万人～20万人という麻疹患者が発生し、他国での麻疹流行の原因となる麻疹輸出国である。小児科医として時々経験することであるが、水分摂取不良のやや重篤な乳幼児を気管支肺炎で入院として、発疹が出現してから麻疹とわかり、大慌てで院内感染対策に走り回ることがある。流行を拡大させない努力がもっとも必要な疾患である。最近の麻疹流行では、中学生・高校生の麻疹患者の約半数は麻疹ワクチン歴があることに留意し、ワクチン歴があるからといって麻疹を否定しない。

麻疹を疑った場合、院内感染予防の見地からできれば外来治療とする。しかし、水分摂取不良で消耗しているときには入院治療とせざるを得ない。麻疹ウイルスは空気感染をするので、厳重な個室隔離（可能なら陰圧室）が必要となる。治療は、咳嗽や呼吸困難、脱水症に対する対症療法であるが、肺炎や脳炎を合併したときには集中治療が必要である。

〔症例の転帰〕

診断は「麻疹」。高次医療機関に紹介したところ、個室隔離での入院治療となった。発熱はその後5日間持続し、頻回に持続する咳嗽もあってかなり体力を消耗したが、1週間後には回復・退院した。

〔初期救急診療上のポイント〕

麻疹は少なからず肺炎を合併する。とくに乳幼児では重篤になる可能性が高く、確定診断が不可能であっても麻疹が疑われた場合に小児科医による診察が必要であることを家族に十分理解してもらうことがポイントである。

症例Ⅱ - 2. 紫斑, 出血傾向

8歳の女児。1週間前にかぜをひいて、近医受診。昨日、両側の下腿に5、6個の赤い発疹を認め、夕方になって数が増えたため来院した。右の足首が膨れて、歩くときに少し痛がる。体温37.2℃。

| 非小児科医のアプローチ | 小児科医からのアドバイス |
|---|---|
| <p>診察室に入る姿（歩き方）、顔の表情で、全身状態と痛みの程度を把握する。</p> <p>問診 臨床経過と家族内発生を確認する。</p> <p>診察 発疹の局在、大きさ、形、色調などと、痒みの有無と全身を診る。関節痛に関しては、運動や外傷・打撲機転の有無を尋ね、局所の熱感、腫脹、圧痛、発赤の有無を診る。発疹の色調・形の均一性と硝子圧棒で圧した色の変化を手掛かりに鑑別診断を進める。出血斑であれば、粘膜出血や鼻出血、消化管出血、腹部症状を確認し、尿検査と家族の出血傾向や腎炎などの既往歴を聴取する。鑑別診断に特発性血小板減少性紫斑病、敗血症などによるDICなどがあるが、関節痛と発疹が多彩な出血斑を認めれば血管性紫斑病を疑う。</p> <p>初期対応 全身の衰弱、浮腫を伴い尿蛋白強陽性、腹痛、下血などの腹部症状が何かあれば、すぐに小児科医に紹介する。親にこの病気の大方向は安静で軽快するが、腎炎、腸炎を起こすこともあるので翌朝小児科医を受診するように勧める。</p> | <p>診察 診察室入室で全身の状態や運動時痛の程度を診ることはよい。</p> <p>発疹の出現部位（初発部位）、性状は重要。大きさや、孤立性か融合しているかは判断材料となる。硝子圧棒で紅斑と紫斑とを鑑別することも可能である。関節の腫脹は単関節か、多関節か、発赤、熱感、関節痛の有無、運動時痛、運動可動域についての所見を取る。</p> <p>初期対応 血管性紫斑病（アレルギー性紫斑病）の場合、最初から尿所見が出現するのは少なく（40%以下）、発疹発生後1～3週後に尿所見が見られることが多い。したがって、腎合併症による浮腫は後から出現する。乳幼児（4か月～2歳頃まで）で浮腫様発疹が見られる場合もあるが、その場合も小児科医に紹介する。また自然治癒はあるものの、長期的に管理していかなければならない疾患でもあることから、翌日には小児科医へ紹介が必要とする判断は適切である。</p> |

〔小児科医の診療〕

発疹はすべて血管壁からの血液成分の滲出であり、①血液凝固因子の異常、②血管壁がさまざまな機転により脆弱になるため、③血管内皮細胞に接着した好酸球がケモカインなどに誘引され血管外へ遊走し、炎症の場所において組織障害蛋白や活性酸素を放出してアレルギー炎症反応を起こすかのいずれかである。本症例は両側下肢に散在性に出現している紫斑であり、同時に足関節腫脹も伴っているため、血管性紫斑病が強く疑われる（低年齢では浮腫状の場合もある）。

家族へは、血管性紫斑病の場合自然治癒もあるものの、腹痛、嘔吐、タール便を伴うこともあることから十分な管理をする必要があることを説明する。また発疹発症後1～3週目に腎炎（血尿、蛋白尿）を呈することもあり、しばらくの間安静が大切であることも伝える。

〔症例の転帰〕

診断は「血管性紫斑病」。受診後7日目（発疹発症後8日目）入院、翌日上肢前腕にも紫斑2～3個出現。その後軽減した。しかし、その後腎炎を合併。発症後3か月目にようやく蛋白尿軽減し退院。

〔初期救急診療上のポイント〕

下腿に初発する紫斑は血管性紫斑病に特徴的な症状である。軽症に見えても腎炎などの合併症に悩むことも多く、翌日には小児科医の診察を受けることを強く勧める。数日以上断続する腹痛が先行し紫斑を認めない場合は診断に苦慮する。

症例Ⅱ - 2. 蕁麻疹

3歳の女児。2日前からかぜ気味。夕食後全身に盛り上がった発疹が出現し痒がるため来院。同様な発疹は経験していない。体温37.2℃。

| 非小児科医のアプローチ | 小児科医からのアドバイス |
|---|---|
| <p>問診 機嫌がよく全身状態が安定している場合には、感冒症状の経過、食後どれくらいの時間で発疹が出現したか、食事内容に普段あまり食べていないものがなかったか、市販の感冒薬の使用について聞く。</p> <p>診察 全身の皮膚を観察し、聴診・咽頭所見も確認する。</p> <p>初期対応 発疹が膨疹で虫に刺された確証がなく、薬疹も否定される場合には、蕁麻疹をまず考える。家族には、食物だけでなく、体調の変化や気候なども原因となると伝える。意識レベルの低下、呼吸困難などアナフィラキシーショックを疑う所見があれば、速やかに小児科医のいる高次医療機関へ搬送する。全身状態が良好であれば抗ヒスタミン薬、痒みがひどければ副腎皮質ステロイド含有軟膏も処方するが、翌日には必ず小児科医の受診を勧める。</p> | <p>問診 既往歴について聞く。同様のエピソードがある場合は、原因が何であったか確認する。</p> <p>診察 皮膚以外の所見がないかどうか確認することが重要である。</p> <p>バイタルサイン、意識レベル、呼吸器症状の有無について確認を行い、アナフィラキシーショックを疑う所見がないかどうか確認を行う。鑑別を要するのは、血管神経性浮腫、ストロフルス、多形性紅斑である。</p> <p>初期対応 アナフィラキシーショックを疑う所見があれば診療所のできる処置を行い、速やかに小児科医のいる高次医療機関に搬送するのは左欄で述べられているとおりである。</p> <p>一般的に痒みに対して軟膏の効果は期待できない。むしろ冷たいタオルやガーゼでクーリングを行う方が有効である。</p> |

〔小児科医の診療〕

痒みを伴う蚊に刺されたような盛り上がった発疹（膨疹）をきたす疾患としては、まず蕁麻疹が挙げられる。アナフィラキシー反応の一症状として蕁麻疹を呈していることもあるため、他の症状の有無について慎重に観察することを忘れてはならない。小児においては食物によるものが多いと考えられがちであるが、意外とその頻度は少ない。逆に薬剤の関与を忘れることが多く、必ず薬剤の使用について確認する。一般的には感冒症状に伴って発症することが多く、ウイルスあるいは細菌の感染が関与していることが示唆される。

初期治療は抗ヒスタミン薬の内服でよい。再発を繰り返す場合は原因疾患の存在を疑い、定期的な観察を要する。

〔症例の転帰〕

診断は「蕁麻疹」。食物・薬剤の関与はなく、原因はウイルス感染によるものと考えられた。抗ヒスタミン薬内服で軽快し、解熱後に再燃はなかった。

〔初期救急診療上のポイント〕

蕁麻疹では皮膚症状だけを呈する場合は多いものの、アナフィラキシー反応を疑わせる症状の有無を慎重に確認することが重要である。