

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 36 (疥癬、消毒)

疥癬の感染が疑われる患者の手術に関して

施設入所の患者で転倒により上腕を骨折。整形外科診断により手術による治療との方針がいただきましたが、患者背景を調べてみると全身掻痒感があり、疥癬感染が疑われるとのことでした。疥癬に感染している患者に対し手術などを施行する場合の注意すべき感染対策や患者管理などをお教え下さい。

A - 36

全身に掻痒感があるということですが、掻痒感があるから疥癬であるとは言えません。まずしなければならないことは皮膚科医に診てもらって疥癬か否かの診断をつけてもらうことです。さらに疥癬なのか、角化型疥癬なのか、診断してもらうことです。診断がつかない場合は、疥癬だとしても普通の疥癬のことがほとんどです。なぜならば普通の疥癬では1人の患者に寄生しているヒゼンダニが少ないからで、全身を探しても雌成虫は5匹以下が5割と言われていています。普通の疥癬は確定診断がつけにくいのです。

普通の疥癬であると仮定した場合、緊急手術でなければ1週間延期にして、その間疥癬の治療をした方が患者にとって楽でしょう。疥癬の経口剤(イベルメクチン)が2006年8月21日付で保険適用となりました。患者が体重15kg以下の乳幼児、妊婦、授乳婦、肝障害患者、髄膜炎などBBバリアーの障害がある、口からの摂取が出来ないなどの場合を除き、診断が確定したところで1回(200 μ g/kg)、内服して下さい。1週間後に再度検査してヒゼンダニが検出された場合には、再度2回目の内服を行います。

上腕の手術でしたら、初回の内服と同時に緊急手術を行うことも可能です。多分、手術室の消毒などを心配されているのだと思いますが、普通の疥癬では感染力は弱いので、特別の配慮は不要です。通常の手術手順で構いません。もし気になるのであれば、患者が長時間横になった手術台、リカバリールームの患者の使ったベッドなどのシーツ類は洗うこと、洗いは普通で結構です。

角化型疥癬(以前はノルウェイ疥癬と呼ばれていました)の場合、この場合には1人の患者に多数のヒゼンダニが寄生していますので、疑いさえ持てば診断は容易です。皮膚科医師がいない場合でも、皮膚より厚く垢状についた角質層を筆りとして、スライドグラスにのせ20%KOHを一滴たらし、少し下から火であぶって顕微鏡で見れば、ヒゼンダニないし卵が容易に見付かります。ベッドに落ちているごみからでもヒゼンダニが見付かります。臨床検査技師の方でも検査は出来ます。

普通の疥癬と同じに緊急手術でなければ疥癬の治療を先に行った方が患者には楽です。イベルメクチンの内服は普通の疥癬と同じ条件で1~2回(1週間間隔)内服させます。内服と同時に緊急手術も可能です。

普通の疥癬と扱いの違いは緊急手術の場合です。皮膚から落ちる鱗屑に多数のヒゼンダニが生息しています。手や指、あるいは足なども角化型疥癬の好発部位です。通常は浴室で行うことですが、手術台の上でも結構です。落屑が飛び散らないようにブラッシなどで水を流しながら角層を除去してから、その後で手術を行う方がよいと思われます。

手術室に多数の手術台があるようでしたら、一つだけカーテンで仕切るなどの配慮が必要です。手術者はもとより、看護師、外回りの係、麻酔医師も長袖の術衣、帽子、手袋が必要です。手術後は使った手術衣、シーツ類、仕切りに使ったカーテンなどすべてダニのついた落屑が飛び散らないようにまとめてビニールの袋などに入れ、消毒、熱湯に入れるなどの処置を行います。術後の部屋は掃除機でよく掃除する、水で洗い流すことでも落ち屑は除去できます。殺虫剤(使うならピレスロイド系がよい)を落屑が飛び散ったと思われる床や壁面に散布する。1回で十分です。燻煙剤でもよいです。

リカバリールームなどを使う場合にも、個室扱いにして下さい。対応は長袖の予防着、手袋の使用、使った寝間着、シーツ類は落屑が飛び散らないようにまとめてビニールの袋に入れ、熱処理をする。使用後の部屋は手術室と同様の処置を行う。

術後の患者は個室に隔離し、疥癬の治療を続けて下さい。疥癬の外用剤による治療の原則は全身にくまなく塗布することです。術後もギプスなどで固定しているなどの場合には、外用剤の全身塗布は無理でしょう。やはりイベルメクチンの内服を続けることとなりますが、回答者の経験では通常の疥癬で高齢者以外では2回の投与で十分です。でも角化型疥癬では2回以上の投与が必要な場合が多いです。

隔離室対応など、「疥癬はこわくない」(医学書院)などを参照して下さい。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 37 (疥癬)

疥癬患者の身体清拭に用いたタオルに付着したかもしれない虫卵を死滅させるに次亜塩素酸ナトリウムを用いることができるでしょうか。可能として、その濃度はいかほどでしょうか。あるいは、0.1%次亜塩素酸に30分浸漬すれば疥癬虫卵は死滅するでしょうか。

A - 37

疥癬の原因微生物であるヒゼンダニに対する一般消毒薬の効果を検証した報告は、十分ではありません。したがって次亜塩素酸が有効かどうか判然とせず、ヒゼンダニが付着した可能性のあるタオルの洗浄には一般的に用いられていません。

ヒゼンダニは人体から離れると2～3日で、長くても2週間ほどで死滅してしまいます。熱に弱いことが特徴で、50℃、10分間で死滅します。このため、通常タオルやリネン類は50℃以上の熱水に10分以上浸した後、洗濯することが推奨されています。さらに洗濯後のアイロン処理が、より確実性を高めることが知られています。

日本感染症学会ホームページの相談窓口にも、疥癬について記載しておりますので、ご参照下さい。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 38 (疥癬)

当院は、総合病院から急性期を過ぎて慢性期管理の目的で転院して来られる高齢者を多く受け入れる介護型・療養型の病院（病床数 480 ）です。介護施設からの紹介も多数あります。

疥癬症の治療についてお尋ねします。

1. クロタミトンと安息香酸ベンジルの使い分けをどのようにしたらよいでしょうか。どちらがより効力が強いのか、或いはより毒性が強いのでしょうか。

また、その毒性はどのようなものですか。特に皮膚症状がありましたら御教示下さい。

さらに、両者の合剤の効果はいかがでしょうか。単剤より効力が強いのですか。もし合剤をつくるとしたら、どの程度の割合が適切でしょうか。

2. 皮膚検体鏡検により虫卵或いは虫体を確認して疥癬症と確定診断した場合、当院では外用剤開始とともにストロメクトール内服を行います。外用剤の終了時期は何を目安に判断したらよいでしょうか。

A - 38

CDCのガイドラインで、疥癬に有効とされているのはイベルメクチン（商品名ストロメクトール®）、-BHC、クロタミトン（商品名オイラックス®）、ペルメトリンの4つです。

ペルメトリンは本邦では購入できませんので、残りの3つを使用すればよく、安息香酸ベンジルは必要ないと考えます。

これまでは、-BHCを全身塗布し、その後オイラックスを痒みがあれば使用します（6日間連続塗布することもあります）。

感染対策は -BHC塗布後24時間で解除できます（CDCガイドライン参照）。1～2W後、疥癬虫が検出されれば、もう一度 -BHCを塗布します。それでも、検出されないときは、ストロメクトール®を内服します。

しかし、今年からストロメクトール®が保険適応になったことから、ストロメクトール®を第一選択薬とする考え方も出てきています。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 39 (疥癬、 -BHC)

現在、当院に爪疥癬の療養者がおり対応に苦慮しております。施設内感染対策相談窓口の「疥癬」Q & A を読みましたところ、爪疥癬に1% -BHCを用いる密閉療法が効果的とありました。その具体的な治療方法について教えてください。

1. 密閉療法は24時間するのでしょうか？
2. 何日くらい続行するのでしょうか？

A - 39

1. 1% -BHCワセリン軟膏による密封療法は、爪甲内にはっきりヒゼンダニが生存していることを顕微鏡で確認された場合にのみ行う。爪甲に上記軟膏を塗り、サランラップで爪から指先を密封する。24時間後に洗い落とす。洗い落とす時に水中でブラシを使い柔らかい爪を機械的に落とすと効果が上がる。その後連日同じように密封療法を行う。1週間に1回程度、爪を採取しダニの生存を顕微鏡検査で確かめる。
2. 治療の期間であるが足の趾爪、指の爪、罹患の程度で一概には言えない。検査を繰り返し行い、ダニが死滅し卵も検出できなくなった時点で治療は終了とする。筆者は足趾10本全てに感染している症例を何例か経験しているが、同じ患者でも趾により全て異なる経過をとった。1番難治であったのが1か月かかった。頻回検査を行いヒゼンダニの生存を確かめながら爪毎に治療の継続あるいは中止を決めるといふ、結構骨の折れる作業であり、慣れた皮膚科医師に協力を求めるべきかと思う。