

## 巻 頭 言

### 皮膚科医会について

神奈川県立がんセンター皮膚科

内 山 光 明

今回、川崎に皮膚科医会が出来たという話を聞いた。これで神奈川県下の皮膚科医会は九つあるということになる。並べてみると、横浜市皮膚科医会、藤沢皮膚科医会、茅ヶ崎市皮膚科医会、鎌倉市医師会皮膚科分科会、小田原市皮膚科泌尿器科医会、三浦半島皮膚科懇談会、丹沢皮膚の会、平塚市医師会皮膚科部会、川崎市皮膚科医会である。その上にというわけではないが神奈川県皮膚科医会があり、更に南関東山静支部を経て日本臨床皮膚科学会（以下日臨皮）があるという一応のピラミッドを作っているということになろう。

実際はもちろん色々の制約がありそのような単純なピラミッドではない。各地区の皮膚科医会は必ずしも皮膚科専門医だけではなく、内科、外科、小児科などの関連科の皮膚科標榜医、あるいは標榜してなくても皮膚科に関心のある医者も参加しているし、そのような先生達は日本皮膚科学会（以下日皮）の会員でないことも多い。日臨皮には会員となるためには日皮会員に限るという制約があり、各地区の皮膚科医会の会員がそのまま日臨皮の会員にはなり得ない。しかし、多くの各地区の皮膚科医会会員は、神奈川県皮膚科医会会員であり、日臨皮会員である。すなわち、暗黙のうちにピラミッドは成立していることになる。各地区の皮膚科医会が盛んになることは非常に大切なことであり、それによって神奈川県皮膚科医会の力もまた大きくなっていくことになろう。

問題は皆さんが、各地区の皮膚科医会にどのように参加して下さるかである。少人数の組織であればこじんまりとした勉強会が出来、皮膚科以外の先生も参加されて、地方医師会の勉強会という雰囲気になる。出席者も皮膚科専門医はむしろ少なく、他科の先生の方が多いということもある。神奈川県皮膚科医会になると相当高度な話題と講演会が、分かりやすくおこなわれる。

横浜市皮膚科医会は各地区の皮膚科医会に相当するが、比較的大きな組織であり、神奈川県皮膚科医会と同じことをやっていたのでは屋上屋を重ねるというそしりを免れないので苦勞するところである。しかし会員構成はやはり各地区皮膚科医会であり、会員の大部分が日臨皮会員というわけではない。そこで“日常診療に役立つ、分かりやすいお話”をモットーに努力している積もりである。

そこで、最後に本題にはいるが最近若い先生や中堅の先生で、この様な地区の皮膚科医会への参加を敬遠される方が多いような気がするのでこの文を書いている次第である。確かに色々会が多いし、神奈川県皮膚科医会に入っていればその下の組織には入らないでも良いと思うかも知れないし、勤務医の場合は例え僅かでも会費を取られるのはかなわないしという考えも判るような気がするが、少なくとも神奈川県皮膚科医会に入っていればその下のもう一つの組織に参加して頂いてピラミッドというわけではないが、組織の基礎を固めて頂きたいと願うものである。

少なくとも、この文を読んで、まだその下の皮膚科医会に所属していない先生は、今後は是非参加されて、また勉強会にも参加されて、皮膚科の益々の発展に貢献して頂きたいと願う次第である。

## 例 会 報 告

### (1) 第83回例会

日 時：平成5年12月4日(土)

レーザー治療の現状 — イン트로ダクション —

金丸 哲山 (国立横須賀)

レーザー治療の現状 — 外科から —

加藤 治文 (東京医大・第一外科)

レーザー治療の現状 — 形成外科から —

佐々木 克己 (日本医用レーザー研究所)

レーザー治療の現状 — 皮膚科から —

渡辺 晋一 (帝京大)

### 癌のレーザー療法

— 外科から —

東京医科大学外科

加藤 治文

#### 『癌の治療に対するレーザー療法』

高出力レーザー光線による悪性腫瘍の焼灼法と、低出力のレーザー光線による悪性腫瘍の光線力学的治療法の2つの方法がある。

#### 『腫瘍焼灼法』

レーザー光線の特性である収束、高輝度性を利用した高出力のCO<sub>2</sub>レーザーとNd-YAGレーザーが使われる。CO<sub>2</sub>レーザーは、従来光線誘導に問題があるので反射鏡の関節ハンドピースでレーザーを誘導して主に脳腫瘍、舌癌、咽頭、喉頭癌、気管支腫瘍、肝臓癌、子宮頸部癌などの比較的体表面に近い臓器腫瘍の焼灼に用いられ、Nd-YAGレーザーは、ファイバー誘導が容易であるために適応範囲は広く主に、管腔臓器の腫瘍の焼灼に用いられる。

CO<sub>2</sub>レーザーの出力は25Wから60W前後で、Nd-YAGレーザー装置では出力は60Wから130Wで、治療方法としてCO<sub>2</sub>レーザーでは非接触照射を、Nd-YAGレーザーでは病巣によっては接触照射も行われる。CO<sub>2</sub>やNd-YAGレーザーによる高出力レーザー治療は、総仕事量は10,000-30,000Joules程度で、病巣の焼灼が短時間に得られるので、気道の腫瘍で呼吸困難や窒息の危険性のある場合には緊急時の処置として優れた方法である。フランスのDumonをはじめとして多くの臨床家によってその効果が証明されている。東京医科大学外科教室では215例にYAGレーザー治療を行ったが、その成績は気管腫瘍では97%の効果が得られ、気管から気管支への連続腫瘍でも87.5%、気管支腫瘍では75.9%、また緊急時の気道確保では97%の効果が得られた。また舌、喉頭、胃、子宮頸部では早期癌に対して良好な成績が報告されている。しかし臓器特性によって解剖学的に照射の出来ない部位が存在し、高出力が故に穿孔の危険性もあるので、適応病巣は慎重に選ばなくてはならない。最近、新たにエキシマレーザーや酸化炭素レーザーが開発されたが、特に骨の切離に効果が期待されており、医療応用への試みがされている。

#### 『光線力学的治療法』

レーザー光線の出力が100mWから500mWと低く、レーザー光線の有する波長特性を利用して特殊な腫瘍親和性光感受性物質との併用で光化学反応を惹起せしめ悪性腫瘍を治療するものである。腫瘍親和性光感受性物質が本法の重要なキープポイントである。現在使われている代表的な腫瘍親和性光感受性物質はPhotofrinであるが、ヘマトポルフィリン誘導体の商品名で、ヘモグロビンから抽出される塩酸ヘマトポルフィリンを硫酸と酢酸で処理誘導して作られたものである。

光線力学的治療法の幾序は、ヘマトポルフィリン誘導体が光によって励起されると、光エネルギーを吸収し励起一重項状態になり、この励起状態からのエネルギーによって組織内の三重項酸素が励起されて生じる活性酸素によって癌組織が変性壊死に陥るものと考えられている。

光線力学的治療法の適応病巣は、皮膚から管腔臓器に至るまで広範囲にわたるが、治療目的は早期癌の根治治療と、進行癌の姑息的な局所治療に分けられる。現在世界各国で治療された症例数は、4,000例を越している。東京医科大学では1980年以来13年間に光線力学的治療法で肺癌340例、舌癌2例、喉頭癌17例、食道癌26例、胃癌18例、膵臓癌1例、膀胱癌26例、子宮頸部癌9例、膣癌14例、外陰部癌2例、亀頭癌3例、そして皮膚癌21例、皮膚転移癌21例の治療を行った。特に皮膚癌では顔面の鼻部に発生した早期の基底細胞癌、顔面と躯幹のBowen disease、melanomaが治療された。

治療方法は、まず体重1kg当り2.0mgのPhotofrinを静脈内注射をし、その48-72時間後にレーザー光線を照射する。レーザー光線は400ミクロンのクオーツファイバーで誘導し、照射出力は平均200mW/cm<sup>2</sup>で、照射時間は平均20分であるが、病巣の条件によって異なる。総仕事量は約200ジュール/cm<sup>2</sup>である。肺癌や胃癌の様な管腔臓器癌に対しては内視鏡的に、膵臓癌に対しては術中治療を、亀頭癌と皮膚癌ではレーザー光線を直接照射を行った。皮膚癌ではレーザー照射が容易であるので良い適応病巣である。

治療成績として、まず早期癌では、1989年から1992年に早期癌に対する光線力学的治療法の治験が全国11施設で行われたが、150例の早期癌が治療された。その内訳は肺癌64例、食道癌17例、胃癌36例、子宮頸部癌17例、膀胱癌7例であったが、1年後の治療率は肺では68.7%、食道癌では70.6%、胃癌では69.4%、子宮頸部癌では94.1%であった。また東京医科大学における皮膚癌の治療では早期の基底細胞癌やBowen diseaseで良好な成績が得られている。進行期癌の光線力学的治療では3つの治療目的

があげられる。1つは、腫瘍による閉塞病巣を治療し通過障害や呼吸困難などの全身状態の改善を計り他の治療法の遂行を可能にさせること。肺癌では気道の狭窄や閉塞が78%改善されている。2つ目は、手術との合併療法であるが、原発巣からの表層浸潤巣を術前に治療することにより手術適応の拡大を計ったり、摘出範囲の縮小を計ったりすること。肺癌で気管への浸潤のために従来の手術が不可能な症例が術前光線力学的治療によって全摘が可能になったり、気管分岐部形成術が可能になり手術適応の拡大が可能になる。また、分岐部や主気管への浸潤のためにスリーブ全摘や通常全摘が適応な症例では術前治療によって葉切が可能となり、すなわち手術摘出範囲の縮小が可能になる。そして3つ目には、放射線療法との合併療法であるが、特に肺癌においては肺線維症等のために十分な放射線照射ができない場合に線量の減量が期待できそうである。

本法の限界は、レーザー光線の組織内透過性の問題から治療効果の得られる限界は約5mm以内の浸潤深度の癌病巣であること。そして局所療法であるので癌の完全治癒を目的とすればリンパ節など転移のない癌病巣が対象になる。皮膚癌はレーザー光線の照射が容易であり、早期の基底細胞癌や Bowen disease などが良い適応と考える。内視鏡的治療を必要とする肺癌、食道癌、胃癌などはレーザー光線が十分に照射できる範囲内の病巣が適応となる。副作用は、光過敏性としての日焼けが見られるが、Photofrin 注射後一ヶ月間の直射日光の曝露を避け、日焼け止めクリーム塗布で抑制できる。その他の重大な副作用や合併症は見られない。

#### 『おわりに』

最近レーザー装置の開発が進んできた。装置の小型化、新しい波長で出力の高い装置が作られ、臨床での応用も広がってきつつある。CO<sub>2</sub>レーザーは小型化が進みもはや持ち運びが可能になっており、ベッドサイドでの治療も可能になりつつある。光線力学的治療法では、第二、第三世代の腫瘍親和性光感受性物質や波長可変性の OPO レーザーや半導体レーザーが開発され、癌の治療の適応が拡大されつつある。特に光線力学的治療法のキーポイントとしての腫瘍親和性光感受性物質の開発には全世界で凌ぎを削っているが、クロリン系物質のクロリン e6は効果的励起波長が660nm 前後で組織透過性の高い波長で光線力学的治療が可能であり、動物実験では治療効果は従来のフォトフリンに比較し優れ、アメリカでは臨床治療に入っている。日本で開発されたクロロフィル系物質のフェオフォーバインド誘導体である PH1126は効果的吸収波長が654nm でクロリン e6と同様な効果が得られている。フタロサイアニンやALA はヨーロッパで盛んに研究開発が進んでおり、効果的吸収波長が680nm 前後でやはり治療効果が期待されている。カナダやアメリカでは吸収波長がさらに長波長の690nm のベンゾポルフィリンの開発が進み、この他にも多くの期待される腫瘍親和性光感受性物質が存在しており、将来腫瘍親和性光感受性物質と抗癌剤との化合物で抗癌剤の局所親和性の向上を計りレーザー光線の照射で局所コントロールをさらに改善することができるようになる可能性もある。この分野の発展が大いに期待される。

## レーザー治療の現状

— 形成外科から —

日本医用レーザー研究所

佐々木 克己

#### 〈はじめに〉

レーザー治療を説明する前に、光治療の歴史を振り返ると、紀元前2,000年のエジプトにおいて太陽光による白斑の記載に始まり、19世紀ヨーロッパでの結核治療、20世紀初頭にデンマークのフィンセンが人工紫外線を用いて、それぞれ皮膚病の治療を行っている。レーザーは、タウンズや A. シャウローらが基礎理論を発表し、1960年 T.メイマンによりルビーレーザーが発振された。20世紀の三大発明の一つといわれているレーザー光線は、30年以上経た現在、科学技術の進歩とともに種類も増え、さまざまな医療分野で使用され、形成外科領域においても普及しつつある。しかしながら、レーザー治療の分類、治療法など、まだ確立されておらず、実際の現場においてどこまで可能となったのか、最新の知見も加え報告したい。

レーザーを分類する際、これまで出力により、高出力レーザーおよび、低出力レーザーと分類し、それぞれの治療法が存在していた。しかし、高出力レーザーでも照射面積を広げれば、低出力レーザーと同様の反応が可能であり、逆に、低出力レーザーでも理論的には高エネルギー密度を作り出すことができ、高出力レーザーと同様の反応を引き起こすことが可能となる。そこで1988年ロンドンにおいて発足した、国際レーザー治療学会において、レーザー治療の分類および定義付けがなされた。

従来のレーザーメスに代表される「レーザーによる光生物学的破壊 (photobiodestruction) の治療」を“高反応レベルレーザー治療、High reactive level laser treatment:HLLT”と呼び、難治性潰瘍に対するレーザーの光刺激の治療に代表される「レーザーによる光生物学的活性化 (photobioactivation)」を“低反応レベルレーザー治療、Low reactive level laser therapy:LLL”と定義し分類した。<sup>1)</sup>

#### 〈レーザー照射時の生体の反応〉

レーザー照射時の生体の反応は、中心部の heat-spot を中心とした同心円上に起こり、その反応系は同時に起こる。(図1) 一部のレーザー光は、表面で反射し、一部は組織の中へ入り、その周辺や深部組織へ放射状に散乱する。レーザーの反応は光熱反応、光化学反応、光電磁反応等がある。<sup>2)</sup>

代表的な光熱反応を例にあげて heat-spot 周辺の反応を説明すると、中心から順に100℃以上の炭化焼却および蒸化、68℃以上の血液凝固、40℃以上の蛋白変性、36.5℃~40℃の光生物学的活性化に分類される。この中心部の光の強さを変化させ、炭化から光生物学的活性化までの反応を治療に応用している。

#### 〈レーザー治療の実際〉

##### 1. HLLT

レーザーで生体組織を破壊する場合、炭化蒸散、血液凝固、蛋白変性などの熱による破壊の治療が



ある。

それらの反応を用いた、実際の臨床応用を以下に示す。(図2)

1) Laser pinning

腫瘍、ニキビ、アテローム、爪下血腫に対して、小さい穴をあけ、内容物を除去する方法である。通常、CO<sub>2</sub>レーザーやNd-YAGレーザーを用いる。

2) Laser cutting

レーザー光を点に集光させ、線状に組織を蒸化および炭化焼却させてレーザーメスとして使用する方法である。CO<sub>2</sub>レーザーのように非接触的に組織を切開する方法と、サファイアチップなどの特殊な集光器具を用いて、通常メスのように切開する方法がある。

3) Laser abrasion

主にCO<sub>2</sub>レーザーを用いて、組織の表層を剥削する方法である。CO<sub>2</sub>レーザーは水に吸収されるため、直径1mm以下で微細な剥削が可能となり、従来のサンドペーパーやグラインダーによる剥削よりも細かい加工が可能となる。

4) Laser tumor vaporization

小さな腫瘍や異物に対し炭化蒸散を行う。CO<sub>2</sub>やNd-YAG、アルゴンレーザーなどが用いられる。又、毛細血管拡張症や点状の色素斑も除去可能である。

5) Laser enucleation

鶏眼や疣贅の周囲を切開した後に、組織より剥離する方法である。

6) Laser encapsulation

脂肪腫など被包化された腫瘍をCO<sub>2</sub>レーザーでカプセルごと剥離する方法である。

7) Cell selective laser treatment

通常、色素レーザーでの単純性血管腫の治療やQスイッチルビーレーザーによる太田母斑の治療には、細胞選択性の治療が応用されている。正常な細胞に対して最小限の侵襲、標的となる赤血球やメラニン色素を選択して破壊する。

8) Laser haemocoagulation

血管腫を治療する時、高出力のμsecレベルのパルスレーザーを用いると、血流速度に関係なく血液を瞬時に凝固させることが可能である。

9) Laser protein denaturation

血管腫の治療に用いられている。連続発振またはスーパーパルスのレーザーをスイッチングする方法でレーザー光が血管内の赤血球に照射され、ジュール熱を発生し、血管内壁に熱を伝導させる。それにより蛋白変性を起こさせ、血管内壁を融合させ、血管内壁の変性後に起こる血栓形成を起こさせ、異常血管を破壊する。

10) Laser tissue welding

CO<sub>2</sub>レーザーやNd-YAGレーザーを用いて、血管吻合術を行う。弱い熱により蛋白融合や水酸化結合を起こさせるといわれている。レーザーによる吻合はナイロン系による吻合に比較し、狭窄が少ないといわれている。

11) Laser epidermal detachment

表皮は49℃で容易に剥離させることが可能である。従って、目的部位に黒い墨をぬり、出力密度

をコントロールすることにより表皮剥離を行う。主に、表皮母斑や表皮性疾患の色むらの修正をCO<sub>2</sub>レーザー等で行う。

12) Laser photodynamic therapy

Targetに光増感物質を作用させ、Argon、Dye laser等を照射する。

13) Laser hyperthermia

主に低出力Nd-YAG laserによるlaser thermiaは消火器系の癌や耳鼻科領域の癌を43℃～50℃になるように加温し、組織壊死を起こさせる。

14) Laser Lithotripsy

レーザーの持つphotoacoustic effectにより碎石術を行う。

以上、形成外科領域では通常1)～11)の反応が応用されている。

2. LLLT

形成外科領域での応用を述べる。

1) 血管拡張作用

久保田は830nmのGaAlAs Diodeレーザーの1回照射による血管拡張と血流域の拡大の影響を調べた。1回照射による皮弁の影響は皮弁が生着するまで持続していたことを証明した。<sup>3)</sup>臨床応用としては丸山が遊離皮弁の生着域を拡大したことを報告している。<sup>4)</sup>

2) 皮下血腫の吸収促進作用

藤野らは植皮下の血腫に対し、吸収促進について報告している。<sup>5)</sup>

3) 創傷治癒促進作用

Mesterが難治性潰瘍の治療にHe-Neレーザーやアルゴンレーザーを使用し<sup>6)</sup>、その後、数多く報告されている。形成外科領域の術後の創周囲に対する消炎効果も確認されている。

3. まとめ

以上の反応を応用して、形成外科領域で様々なレーザー治療を行っている。

実際、当施設において、1975年6月から1993年5月までの18年間に18,252症例を経験している。その内訳は、単純性血管腫3,821例(21.0%)、太田母斑2,757例(15.1%)、母斑細胞母斑2,073例(11.3%)、扁平母斑2,018例(11.1%)である。(図3)

個々の症例に対しての詳しい説明は、別の機会に報告する。

〈最後に〉

レーザー治療は長所ばかりでなく欠点もある。具体的には、治療終了までに時間がかかることや、保険適応にならない為高額医療となることがあげられる。まず、前者の問題はテスト治療を行い治療方針を決定する為、判定するまでに1～2ヶ月を要し、結果を見極めて治療を進めていく。その為、時間がかかることが多い。また、後者は、レーザー機器の多くが、マイクロコンピューター内蔵で、高価でありメンテナンスの費用も高いことが原因である。まだまだ問題点も多いが、これらの事情をふまえて、今後もレーザー治療の発展に微力を捧げたいと考えている。

〈参考文献〉

- 1) 大城俊夫：痛みに対する低反応レベルレーザー療法と応用に関する再考。日本レーザー医学会誌，9:33-42, 1988
- 2) 大城俊夫：LLLTTについて。日本レーザー治療研究会記念論文集：低反応レベルレーザー治療。

pp2-8, 1989

- 3) 久保田潤一郎: 半導体レーザーの皮弁生着に対する効果。慶應医学, 62:(3), pp339-350, 1985
- 4) Maruyama, Y., Ohshiro, T. and Motegi M.: CLINICAL SALVAGE OF AN ISCHEMIC FLAP WITH DIODE LASER IRRADIATION Acta Chir. Plast., 28(4)232-237, 1986
- 5) Fujino, T., Kiyozumi, T. & Kubota J, et al.: Clinical effect of diode improve fair take of the grafted skin. Keio J. Med., 35:28-35, 1986
- 6) Mester, E.: LASER APPLICATION IN PROMOTING OF WOUND HEALING. LASER IN MEDICINE, by Koebner, H. K. et al. pp190-213, John Wiley & Sons, Chichester-New York-Brisbane-Tronto-U. K., 1980

## レーザー治療の現状

— 皮膚科から —

帝京大学医学部皮膚科学教室

渡 辺 晋 一

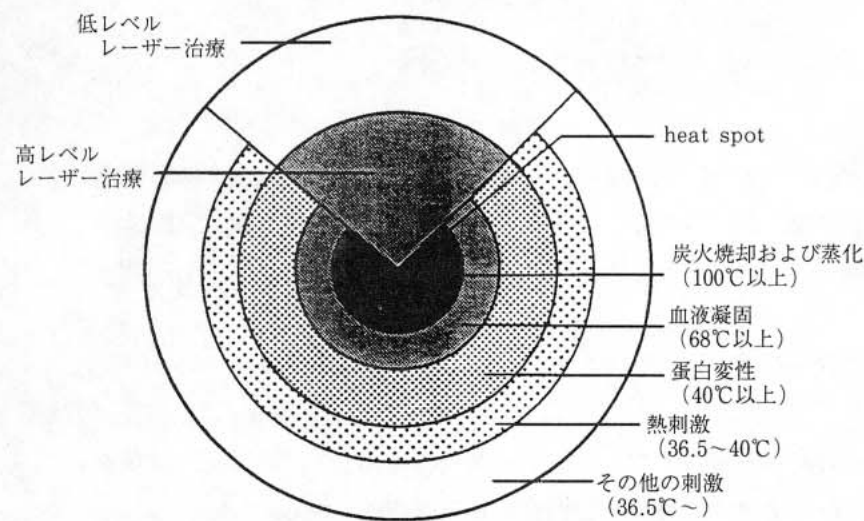
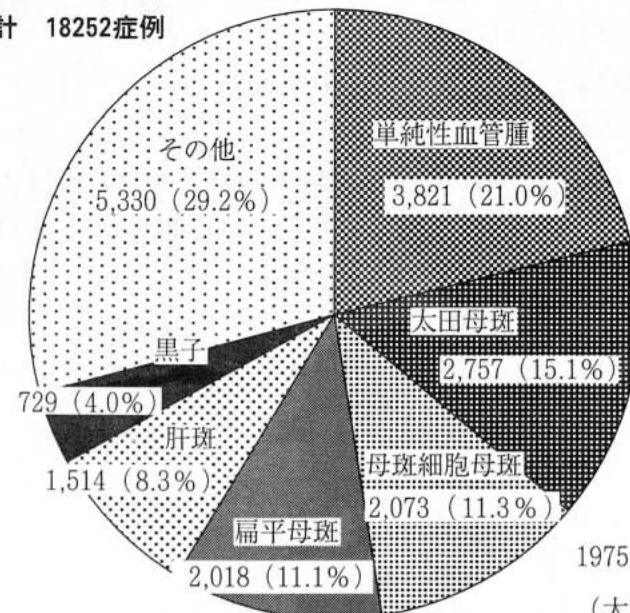


図1 レーザー照射時における生体反応

1. Laser Pinning
2. Laser Cutting
3. Laser Abrasion
4. Laser Tomor Vaporization
5. Laser Enuclation
6. Laser Encapsulation
7. Cell Selective Laser Treatment
8. Laser Haemocoagulation
9. Laser Protein Denaturation
10. Laser Tissue Welding
11. Laser Epidermal Detachment
12. Laser Photodynamic Therapy
13. Laser Hyperthermia
14. Laser Lithotripsy
15. Others

図2 METHOD FOR HLLT

図3 全患者統計 18252症例



1975年6月~1993年5月  
(大城クリニック)

皮膚科領域では、レーザーは種々の瘡の治療に使用されたことがあるが、ケロイド等の副作用の発生が数多く認められ、必ずしも有用との評価を得ていない。それは、これらの治療が明確な理論と実験の裏付けがないまま、ただやみくもに行なわれていたためと思われる。しかし、近年レーザー光線の皮膚に及ぼす影響の動物実験や理論的裏付けが明らかにされるにつれて、色素性皮膚病変に対しどのようなレーザー療法を行なったらよいのか、理解できるようになった。つまり、レーザー光線が生体に及ぼす影響はまだ不明のことも多いが、主に光熱作用、光化学作用、光音響作用の三つがあげられる。しかし通常の可視光線領域のレーザー光では、その生体に及ぼす影響はほとんど光熱作用と考えるとさしつかえない。つまり通常の可視光線領域の光では、特定の波長を吸収する色素が照射部位に存在する場合、光エネルギーはその色素に吸収され、大部分が熱エネルギーに変換され、光を吸収した物質の温度上昇がみられる。やがて時間とともに熱の拡散がおり、周りの組織と熱の平衡状態に達する。従って、色素病変のみをレーザーにより選択的に破壊するためには、i) 色素性皮膚病変を破壊するのに十分な熱エネルギーが、ii) 色素性病変に選択的に吸収され、iii) しかも熱の拡散がまわりの組織に及ばずに、色素病変内だけに留まる必要がある。そのためには、(1) ターゲットを破壊するのに十分な照射エネルギー、(2) ターゲットとなる色素に吸収されかつターゲットが存在する部位まで到達する波長の光、(3) ターゲットの熱拡散時間 (thermal relaxation time) よりも短い照射時間、の3者を満たすレーザー光線を照射すればよいことがわかった。そして、このようなレーザー治療法は selective photothermolysis (以下 SP と略す) と呼ばれ、色素性皮膚病変に対し、melanosome の熱拡散時間よりも長い照射時間で照射した場合 melanosome 含有細胞の選択的破壊がおこらないばかりでなく、かえってケロイドを生ずることが判明した。このSPの条件にあうレーザーで比較的安価なものとしては Q-switched ruby laser があるが、今のところ、我が国では医療用として厚生省に認可されたものはない。そこで我々は、工業用の Q-switched ruby laser を購入し、医療用に改良し、種々の色素性皮膚病変の治療を試みた。

代表的な dermal melanosis の一つである太田母斑の場合、いままでは外科的に切除するか、ドライアイス圧抵療法などしかなかった。そして、外科療法の場合手術創を残すこと、ドライアイス圧抵療法では、病変の部位によってはある程度効果の認められる症例も存在するが、必ずしも有効ではなく、強くドライアイスを圧抵し過ぎると瘢痕がみられるなどといった欠点があった。しかし、このような dermal melanosis に対し、Q-switched ruby laser は、色素細胞のみを選択的に破壊するので、瘢痕を残すことなく、色を薄くすることができる。一般にメラニンに熱に強いため、メラニン含有細胞が破壊されても、破壊されたメラニンは真皮内に残り、すぐには色調の変化はみられない。太田母斑の場合、通常数か月ほど経過してから患者自身もその色調の変化に気付くようになる。これは破壊された melanosome が macrophage に貪食されてリンパ節などに運ばれるのに数か月かかるためと思われる。また破壊された一部



の melanosome は真皮内に残存するため再照射が必要となる。3～4 か月おきにレーザー照射し、通常4回以上レーザー照射を行うと、色調は70%以上薄くなる。

これに対し、入れ墨の場合は、太田母斑と異なり、レーザー照射後すぐにその色調の変化がみられる。これは多くのアマチュアの入れ墨は墨汁を使用していることが多く、墨汁は主に炭素からできていることから、熱に弱く、レーザー照射により一瞬のうちに燃え尽きてしまうからである。しかし、入れ墨でも、重金属など熱に強いもので行った場合は、たとえレーザー光を吸収し担色細胞が破壊されても、色調の変化がみられるのには数か月の経過が必要である。また赤とか黄色、緑といった種々の色がついている入れ墨の場合、これらの色を取り除くためには、個々の色素に吸収される波長のレーザー光を照射しなければならない。さらに、赤色に吸収される光は、波長が短いため、皮膚深部に到達することは不可能で、このような入れ墨に対しては、今のところ有用な治療法はない。

さらにレーザー療法の限界は、光が到達してはじめて治療が可能となるわけであるので、光が到達する部位よりも深い所に存在する病変に対しては効果がないことになる。つまり、入れ墨にしても dermal melanosis でもターゲットがあまりに皮膚深部に存在する場合は694nm のルビーレーザーの光よりは1064 nm の波長の光を照射可能な超短パルスの Nd:YAG レーザーの方が有効で、さらに深部の病変にはどの波長の光でも無効である。実際に、太田母斑は顔といった皮膚の薄い部位に生ずるため694nm の Q-switched ruby laser でも充分光が到達するが、背部皮膚などに生じた dermal melanosis では、皮膚が厚いため Q-switched ruby laser の光は充分病変部に届かず、余り効果がみられない。

このように Q-switched ruby laser は比較的浅層に存在する dermal melanosis には有効であるが、メラニンが表皮内のみ増加する epidermal melanosis に対しては、必ずしも満足する結果を得ていない。それは、このレーザー療法によって、一時的にメラニン含有細胞が破壊され、色が白くなっても、表皮が再生する際に、レーザー光が照射されていないまわりの表皮から、あるいは、レーザー照射野に残存したメラノサイトが遊走してきて、やがて色の再生が見られるからである。つまり、SP の条件にかなったレーザーを epidermal melanosis に照射すると、メラニンを多く含有する基底層が破壊されるため、表皮が剥離され、7～10日後には表皮が再生され色が白くなる。しかし、その後、数週間のうちに色の再生が見られ、炎症後色素沈着を生じやすい人ではかえって照射後に色が濃くなることが多い。特に肝斑では、もともと炎症後色素沈着が生じやすい人に生じることもあり、ほぼ100%の症例でレーザー照射後しばらくして色素増強をきたす。しかし、Q-switched ruby laser ではかなり高いエネルギーで照射しても、治療による瘢痕がほとんど見られないので、再照射が可能である。そして、老人性色素斑や色素を有している脂漏性角化症にはかなり効果がみられる。しかし、老人性色素斑でも、色調が薄い病変では、レーザー照射しても病変に吸収されるエネルギーが少ないので、通常の治療で行なうエネルギー照射量よりもかなり高いエネルギーで照射しないと色かえって色が濃くなる。これはメラノゾームを破壊する最低エネルギー照射量より少し低いエネルギー (subthreshold) では、可視光でも melanogenesis を促進する可能性があるからである。

日本で言うところの扁平母斑 (欧米でいうカフェオレ斑) は、約1/3の症例でレーザー照射1～2週間で、きれいに色が消失する。しかし、数か月から1年の経過で、全く同じ部位に色の再生がみられるが、レーザー照射の繰り返しにより再生する色も徐々に薄くなる。また、約1/3の症例ではレーザー照射後1～2週間で色調は薄くなるものの、発赤を残し、炎症が消褪するとともに炎症後色素沈着を生じ、かえって治療前より色調の増強がみられる。さらに残りの1/3では点状の色素再発が認められる。一方、欧米

でいうところの扁平母斑もカフェオレ斑と同じ経過をたどるが、母斑細胞が存在する黒色斑点は以下に述べるように通常の色素性母斑と同じ治療態度を示す。

色素性母斑は Q-switched ruby laser で瘢痕を残すことなく色調を薄くすることが可能である。しかし、色素性母斑では色素を持っている細胞が余りにも多いので、多数のレーザー照射が必要で、色調が薄くなるのに日数がかかる。その結果、色調の濃く、隆起している色素性母斑では、Q-switched ruby laser 療法は実用的でなく、外科的に切除したほうが、手っ取り早いように思われる。

一方血管腫に対するレーザー療法では、レーザー光の primary target は赤血球であり、血管壁ではない。そのため、最初赤血球に吸収されたレーザーの熱エネルギーは赤血球より血管壁に拡散し、血管壁にそれを破壊するのに十分な熱エネルギーが伝わらなければ、血管腫の治療にはならない。従って、余りにも短い照射時間であると、血管壁は障害を受けずに、赤血球のみが破壊されることになる。現在血管腫の治療に使用されている色素レーザーでは照射時間が500msec ( $500 \times 10^{-6}$  秒) 程度に決められているが、これは皮膚に存在する平均的な太さの血管の熱の拡散時間から計算されたものである。しかし、すべての血管腫がこの照射時間に適しているとは限らない。つまり血管腫の治療には、治療の対象となる血管の存在する深さ、血管の太さ、血流の速度、あるいは赤血球密度などにより、赤血球に吸収された熱エネルギーは十分に血管壁に伝わらなかつたり、あるいは血管周囲の組織に過剰な熱が拡散し瘢痕を形成したりして、症例により、同じレーザーで治療しても、治療効果は異なることとなる。



## 印象記

### 「レーザー治療の現状」を聞いて

桜台こどもクリニック（伊勢原）

柏木 茂

平成5年12月4日、第83回神奈川県皮膚科医会と第12回丹沢皮膚の会の合同で行われた講演会に出席し、レーザー治療についての基本、各科における治療への応用状況をまとめて聞くことができました。

小児科の開業医として日常の診察、健診で単純性血管腫など、レーザー治療の適応になる疾患に時折遭遇します。また母親からこうした治療について聞かれることも少なくありません。血管腫等の各種アザは特殊なものを除きそれ自体、機能にも生命にも直接影響を与えることは比較的少ないようですが、患者・家族にとっては切実な問題であり、心理的負担は想像に余り有るものがあります。顔にアザを持って、にこにこ笑っている赤ちゃんを見ると、なにか安全でよい治療法があったらと、胸が痛みます。こうした折から、レーザー治療の優れた治療効果を多数例で供覧していただき大変明るい気持ちになりました。今日、こうした成果にこぎ着けられた先生方の努力に敬意を表したいと思います。一方では、この治療法の多くが保健の適応外のように、患者・家族の負担を思うと心が重くなるのも事実です。技術的進歩により更に安全に、安価に実施できるようになる日が待たれます。

日頃発疹を見る機会は案外多いのですが、にもかかわらずそれらに対し根拠を持って診断できることの余りに少ないことを嘆いています。こうした勉強会を通じて皮膚疾患への理解を少しでも深めてゆきたいと思います。小児科領域には発疹を伴う疾患が多く、当然皮膚科領域ともオーバーラップします。なかには治療法、対応の定まらないものも少なくありません。このように皮膚科の先生と協力して取り組まねばならない問題も多数あります。今後も地域でよりよい関係を維持し、互いに助け合って行けたらと願っています。

### 第83回例会レーザー特集報告

丹沢皮膚の会

栄枝重典

平成5年12月4日、本厚木の第一生命伊藤ビル（フタムラホール）において、第83回神奈川県皮膚科医会が開催されました。今回は第12回丹沢皮膚の会と合同で、『レーザー治療の現状と題し、イントロダクションを金丸哲山先生（国立横須賀病院 皮膚科）、外科より加藤治文先生（東京医大 第一外科）、形成

外科より佐々木克己先生（日本医用レーザー研究所）、皮膚科より渡辺晋一先生（帝京大学 皮膚科）にご講演をお願い致しました。イントロダクションではレーザーの原理と基礎をわかりやすく、次に悪性腫瘍の治療の実例を外科の分野から臨床スライドで御教示いただきました。特に気管支の腫瘍のように一刻を争う場合や、通常の外科手術に耐えられない治場合、レーザー治療は非常に有用であるとの御説明でした。また、従来は切ったり縫ったりするしか方法がなかった母斑、腫瘍でもレーザー治療で、驚くほどの効果をあげている実例を数多く供覧していただき、レーザーは、まさに『魔法の光』と実感いたしました。しかし、機械が高価で、かつ維持費もかなりかかるため、治療費が高くなってしまふことが難点です。ただ治療費の問題は、個人の価値感とも関係するため、治療法の一つとしてレーザーの適応がある時には、このことを患者さんに知らせてあげることが必要となります。進歩の著しいレーザー治療の動向には、今後も目が離せません。

また、生命への直接的影響はないまでも、精神面への影響にははかりしれないものがあると思われる顔面の母斑などは、レーザー治療に際して、何らかの公的援助があれば、と思います。そうすれば、難治性皮膚潰瘍、神経痛、神経麻痺とその応用を広げつつあるレーザー治療は、今後も患者さんの Quality of life をより一層向上させる『希望の光』となることでしょう。

横浜方面の先生方には、遠路はるばる、御多忙の中、90名も参加していただきました。例会の後も小田急厚木ホテルにて懇親会が催され、なごやかな雰囲気の中に無事終了することができましたことを、丹沢皮膚の会世話人の一人としてこの場をお借りして御礼申し上げます。

### 神奈川県皮膚科医会第83回例会参加印象記

東海大学医学部皮膚科学教室

松山 孝

昨年、神奈川皮膚科医会に入会し、本日初めて参加いたしました。

今回のテーマは、レーザー治療ということで、東海大学病院では形成外科に行っている領域なので聞くまであまり興味のあるテーマではありませんでした。（会場が近くなので参加したというのが本音ですが・・・）

もともと、レーザー治療の私の知識というと、電気メスより少し良いもので腫瘍を焼灼し、その瘢痕がきれいという程度のものでした。しかし、加藤治文先生の肺ガンの治療で腫瘍を特異的に治療するといった話は非常に興味深く、皮膚科領域でも適応疾患があるのではないかと思いながら聞かせて頂きました。

皮膚科領域の疾患の治療に関しても、今までは治療法の選択は形成外科に任せていたのが現状でした。しかし、佐々木克己先生や渡辺晋一先生の臨床例を見せて頂き、今後概当する疾患に遭遇した時、診断して形成外科に依頼するだけでなく、レーザー治療のことについて患者さんに積極的に勧めることができるようになったと思います。実際に会に参加したあとすぐに拡大傾向のある蕁状血管腫の患者さんを見ること

になりましたが、経過によりダイオードレーザーを行ってはとも考えています。

学会の全体の印象ですが、臨床を中心としてまとまっていてわかり易く、雰囲気も at home な感じで疑問があっても質問し易いのが良かったと思います。

今回は、短時間で多くの知識を得ることができ、次回も機会があれば是非参加しようと思っております。

## 神奈川県皮膚科医会第83回例会、 第12回丹沢皮膚の会印象記

日下部 芳 志

印象記を書くようにと、学会当日言われ、こんなに感受性を高めて聴いたのは、久しぶりと思う程、はじめに聴きました。とは言っても、会は、いつもながら、なごやかな雰囲気の内、演者はわかり易く、楽しい講演をし、聴く方の私達も、肅々と楽しい一時をすごすことができました。そして、必ずと言って良いくらいに、この会では、フロアーより、実地医家（私を含め開業医）の立場から、質問があります。たとえば、今回は、その治療は保険が有効か、また、どのくらいの金額で治せるのか、などです。ちなみに、LASER のテスト治療は無料で、その後1cm<sup>2</sup>につき一万七千円ほどかかる由。そして、時として、保険審査の立場にもあられる先生方への質問、要望などもあり、この会の実に心強く、また意義深い所でもあります。立場は異なっても、お互い支えあってこそその隆盛あり、と言う暗黙の了解が、そこに感じられるのです。

さて、今回の例会ですが、金丸哲山先生のLASERの原理、CO<sub>2</sub>レーザーは水に吸収される故に、局麻をたっぷりやると、そこで止まる事。加藤治文先生の、PDT（光線力学的治療法）を中心とする癌のレーザー療法。佐々木克己先生の『LASERがすべてではないが、幸せになる人もいる。』は、蓋し、名言か。結論は、どうも、渡辺晋一先生の、『LASERも使い方よ。』と言う所かと、私なりに解釈して、納得す。

懇親会では、御重鎮のA先生が、「野菜がないねー。」と、しきりに、野菜を捜していらしたのが、なんとも笑えましく、飾り気がなく、何か、この会を象徴しているかの様で印象的でした。

## (2) 第84回例会

日 時：平成6年3月6日（日）

痤瘡の悪化要因、とくにホルモンと脂肪酸の影響について

中山 秀 夫（剤生会中央）

性ホルモンがヒト表皮細胞増殖に及ぼす影響

浦 野 理 英（東海大）

細菌と皮膚 —— 痤瘡（にきび）と2、3の皮膚感染をめぐって ——

朝 田 康 夫（関西医大）

座 談 会 私のニキビ治療

入 澤 該 吉（川崎市）

花 岡 宏 和（鎌倉市）

江 川 ゆ り（日医大第2）

司会 栗 原 誠 一（平塚市）

## 尋常性痤瘡、2、3の topics

東京都済生会中央病院皮膚科

中山 秀 夫、牧 野 典 子

### 1. Acneの語源、研究の歴史

Acneは英語と思われているが、語源をたどるとEgypt語で、噴火山の意味である。古代はAkutと呼ばれ、当時の医学先進国であったEgyptからこの用語はギリシャ、ローマに伝えられ、acneisになった。Acneが英語にとり入れられたのは16世紀、日本では織田信長の頃にあたる。Shakespeareは多くの青春dramaを書いたが、それより前の時代のため、その作品にはacneとは書かれていず、stonepockという語が代りに使われ

表1 Acne研究の歴史(1) 17~19世紀

年	報告者	報告内容
1638	Riolanus	Anceは不規則なMensesとの関連
1783	Plenck	高脂食→発症、結婚でなおる
1813	Bateman	脂漏による疾患だから洗うとなおる
1837	Alibert	Stressで発症しやすい
1840	Fuchs	Acne vulgarisを記載
1842	(Simon Wilson)	Demodex folliculorum 発見 Demodexは二次的現象
1863	Virchow	脂漏→貯溜→刺激性炎症
1868	Hebra	特発性痤瘡、症候性痤瘡に分類



ているといわれる。

Acneの研究の歴史は古く、表にまとめると表1、2の如くである。まず病理学的に毛孔の閉塞、炎症などが起こることが証明され、ついで男性 hormone の影響、皮脂→細菌で分解、→脂肪酸が comedo を作ったり、炎症をおこす、などの発症 process がわかってきた。これからは5 $\alpha$  DHT の receptor の研究が重要と思われる。

2. 男性ホルモンの影響

Acne が androgen の作用でおこることは既にかかなり以前から知られているのに、実際に Acne 外来を開催していると、女性患者の方がはるかに多く受診する。時に TC 内服の全く効かない難治例も存在する。

この問題を解決するために、約10年前に昭和大学医学部婦人科に御指導頂いて、従来婦人科ではおこなっていたが、皮膚科ではおこなっていなかった方法を採用して、20才前後の難治性 acne の内分泌的異常を、担当の高橋慶子医師が検索した。男性は内分泌学的に one phase であるが、女性は月経と排卵を境に卵胞期と黄体期があり、hormone 値は大きな違いを示すため、これを無視して採血、hormone 値を論ずることには無理があるからである。結果として、両期1週目の Testosterone (T) と Di-hydro testosterone (DHT) を、acne のない看護学院生に協力して control になってもらい、検査、比較した。まず T、DHT 以外の hormone は全て matched control と両期とも差がなかった。しかし T、DHT は共にとくに acne 患者の黄体期に上昇していて、有意差があった。その後の他施設における同様の方法で検討しても類似の結果を得ているが、DHT は卵胞期にも上昇することがあるようである。それが高度の場合、androgenic acne になるが、治療としては pregnandiol (Diol<sup>®</sup>) 内服が著効を示した。

3. 脂肪酸の影響

表2にある kligman の研究 (Rabbit ear test) を追試すると、家兎の耳に1~2週間で experimental acne を作りうる。C<sub>12-0</sub> 脂肪酸 (lauric acid) を ethanol に溶解して塗布すると、肉眼的にも組織学的にも acne という丘疹を多発してくる。C<sub>18-1</sub> 脂肪酸は ethanol に難溶のため、50% olive oil の形に溶解して塗布すると、acne+dermatitis、即ち dermatitis acneiformis を生じる。再現性は極めて良い。臨床上的問題点としては、実際に Acne 患者の皮脂中に C<sub>18-1</sub> は比較的多いが、C<sub>12-0</sub> は少ないことであろう。C<sub>12-0</sub> 脂肪酸を10日間塗布して生じた白色雌家兎を供覧した。

この Rabbit ear test を利用して、1992年に韓国で朝鮮人参 (Gingseng) extract を入れた外用剤を治療用に開発した。acne 外来でその効果をみたところ、50%程度の有効率がえられ (表3)、実用性は十分にあると考えられる。

表2 Acne 研究の歴史(2) 20世紀

年	報告者		報告内容
	男	女	
1941			Castrates+TS→皮脂↑、Comedo↑
1955			Estrogen 内服で皮脂↓
1961			Androgen が脂腺を肥大させる
1963			C <sub>12</sub> FA、C. acnes の関連性指摘
1964			Sebum excretion rate ↑
1969			Local androgen (5 $\alpha$ -DHT) の作用
1970			Lipolytic enzyme の研究
1971			Acne の部で T→5 $\alpha$ -DHT、2~20倍
1974			Plasma testosterone 値↑ (Radioimmunoassay)

表3 新しい外用剤 2% Ginseng lotion 追試結果 (1993~1994年)

疹の程度	症例			平均 年齢	効果						副作用 皮膚炎	併用療法*			
	男	女	計		全 治	著 効	有 効	やや 有効	無 効	悪 化		A	P	D	B
高度	1	10	11	27.2	0	3 <sup>1)</sup>	4 <sup>3)</sup>	2	1	1	1	3	5	3	4
中等度	1	15	16	24.1	0	4 <sup>2)</sup>	5 <sup>4)</sup>	6	1	0	0	2	3	1	7
軽度	1	4	5	24.4	0	0	2 <sup>5)</sup>	2	1	0	0	1	1	0	4
計	3	29		25.2	0	7	11	10	3	1	1	6	9	4	15
			32			18		14		1	22				

\* A:抗生物質 平均使用週数 有効率: 55.0%  
 P:Paspat 1) 5.3W 4) 6.4W  
 D:Diol 2) 13.8W 5) 5.5W  
 B:Vit B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub> 3) 9.3W



## 性ホルモンがヒト表皮細胞増殖に及ぼす影響

東海大学  
浦野理英

毛包や脂腺が性ホルモンの標的組織であることはよく知られており、特にアンドロジェンの作用については多くの研究がある。しかし、性ホルモンとケラチノサイトの関連については未知の部分が多く、性ホルモンがケラチノサイトの増殖を促進するか否か、あるいは受容体がケラチノサイトに存在するか否かなどははっきりしていない。乳癌の腺細胞を使った研究では、エストロジェンが受容体と結合するとエストロメジンと呼ばれる物質ができ、これがEGF様の作用を持つため、細胞の増殖がおこるといわれている。そこで同じ上皮系の細胞であるケラチノサイトに対して、特に未知の部分が多い女性ホルモンがどのような影響を及ぼすか、その受容体がケラチノサイトに存在するかを検討した。まず、正常ヒトケラチノサイトを培養し、そこに $3 \times 10^{-11} \sim 3 \times 10^{-7} \text{M}$ の濃度の $17\beta$ -エストラジオールと、その前駆ホルモンであるプロゲステロンを添加した。その後、細胞数の測定とトリチウムをラベルしたサイミジンの取り込みを測定して増殖に対する効果を検討した。その結果、細胞数もサイミジンの取り込みもホルモンの存在により増加し、特に $3 \times 10^{-10} \text{M}$ の濃度で著明であった。一方、受容体の存在はELISA法とin situ hybridization法を用いて検討した。その結果エストロジェンとプロゲステロンの受容体タンパクとmRNAがケラチノサイトに存在することが明らかとなった。以上の結果からエストロジェンもプロゲステロンも培養ヒトケラチノサイトの増殖を促進し、それぞれの受容体が存在した。ケラチノサイトはこれらの女性ホルモンの標的細胞であり、その増殖が直接受容体を介してコントロールされている可能性が示唆された。



## 我が国のにきび治療をめぐる近年の話題

関西医大  
朝田康夫

### はじめに

にきびは脂腺性毛包を舞台として、いわゆる思春期から青年期にかけてのにきび年齢(12才~25才頃)に発生し、また自然に消退してゆくものであるが、其の発生には種々の因子が複雑に関係する。これらの諸因子の中でも殊に重要なものは男性ホルモン、脂肪酸、角化および細菌であろう。これら諸因子に関して従来から多方面の研究が為されているにもかかわらずなお種々の疑問点が残されている。

例えば、

1. 何故にきびは脂腺性毛包に限定して生じるのか(逆にいえば何故終末毛性毛包には生じないのか)
2. 男性ホルモンではテストステロンと、それが5 $\alpha$ -reductaseにより転換されたDihydrotestosterone(DHT)が最も注目されるが、他の色々なホルモンとの相互関係がどの様なもので、それらが脂腺細胞に窮極的にどの様に作用するものか?
3. 角化因子と称せられるのは具体的には各種脂肪酸とか男性ホルモンとかが挙げられるがなお不明な点が多く、角化発生機序についても不明な点が多い。
4. 毛包内細菌としてPropionibacterium acnesが最も注目されているが、Propionibacterium granulosumを始めStaphylococcus epidermidis, Malassezia furfur (Pityrosporum, ovale, orbiculare)などは多少等閑に付されすぎた感もあり、これらの諸々の菌の相互関係とにきびの発症との問題も今後の課題であろう。
5. またにきび全体の疑問としてにきびの発生機序と逆ににきびが自然に消退する機序は如何なるものか——(男性ホルモン、脂肪酸、細菌などについてはにきび患者と非にきび患者との間に差はみられないといわれる)——などである。

これらの種々の疑問点にはにきびの治療に密接に結びつくものであり更なる研究と解明が待たれる次第である。

### にきびの治療について

本邦での治療の現状に触れる前ににきびの治療全般に関する世界的な傾向についても一瞥してみる。先づにきびの治療について、本邦と欧米の間を比較してみると其の間に微妙な差がある事がわかる。すなわち表1の様に、本邦では一般ににきびに対しては容貌を損なうCosmeticな面が重視される傾向が強く、にきびを一つの疾患としてとり組む傾向が欧米に比して少し弱い様に思える。(表1)この理由として色々なものがあると思われるが、一般的に我々の文化、思想などを含めた国民性ともいべき性格によるのであろう。その他に私の独断の考えを入れさせて貰えるならば、本邦人のにきびが欧米ないし其の他の諸外国の人々に比してマイルドな型が多い事もその一因かとも思われる。(この点に関しては系統的な比較データを知らないので単なる感じではないが)。

ひるがえって本邦のにきびの治療を欧米のそれと比較してみると、本邦の治療剤は欧米に比してかな

表1 にきびに対する対応の相違 —本邦と欧米の傾向の差—

本 邦	欧 米
1. にきびを Cosmetic problem として捕える傾向が欧米より顕著。	1. にきびを一つの disease として捕える傾向が本邦より顕著。
2. 治療に於てかなり世界の趨勢より遅れている(効果も少ないが一般に無難な薬剤を使用せざるを得なかった) 例: 硫黄剤サルチル酸剤の外用が主力、クリンダマイシンの外用は健保の面では認められていない。 近年漸くニューキノロンのナジフロキサシン含有クリームが健保使用を認められた。	2. 治療に於て、少々副作用があっても効果の面を考慮した薬剤を使用している。 例: レチノイドの内服、外用、ベンゾイル・パーオキシドの外用、(ベンサマイシンの外用も含めて) クリンダマイシンの外用
3. にきびを心身症の面から捕えて対応しようとする傾向が欧米に比して少ない。	3. にきびを心身症の面からも捕えて対応しようとする傾向が本邦より強い。

表2 にきびの内服剤

1. 抗 菌 剤 1) Tetracycline 塩酸塩 2) Minocycline 3) Doxycycline 4) Erythromycin 5) Trimethoprim+Sulfamethoxazole 6) その他(セフェム系 etc)
2. ビタミン A 酸 13-cis retinoic acid(Isotretinoin) (重症、難治性のもの、特に嚢腫型、集簇瘡)
3. ホルモン剤 1) Estrogen Contraceptive (ピル) 女性のみ 2) Antiandrogen Cyproterone acetate spironolactone 3) Corticosteroid ① 抗炎症作用の目的(大量、短期) 嚢腫型 集簇瘡 ② 男性ホルモン抑制の目的 4) ビタミン剤 VA, VB <sub>6</sub> , VC, VE 5) 抗ヒスタミン剤(かゆみに対して) 6) 精神安定剤

クリンダマイシン、ビタミンA酸剤(レチノイド)などが主役である。外用三者は何れも日本では健保薬としては使用が許可されていないのは甚だ残念である。然し近時、本邦で開発された局所用ニューキノロ

り保守的(はっきりいって世界の趨勢からかなり遅れている)というべきであろう。10年以上前から世界各国で好評を博し最もポピュラーなものとして定評のあるベンゾイル・パーオキシド(Benzoyl Peroxide)も、ビタミンA酸剤も何れも未だに健保使用剤として登場していないし、クリンダマイシン含有外用剤にしても同様であるが、些か奇妙な現象とも受取れるものである。にきびの国際シンポジウムに出席してもこの点について各国の参加者からこの点について質問される時には返事に困る事が多い。にきび治療の世界の趨勢をまとめると表2、表3、の如くである。

以上の如くにきびの治療剤の種々のものうち、一般的に内服としては Tetracycline 系薬剤・外用としてはベンゾイル・パーオキシド、

表3 にきびの外用剤

1. Benzoyl Peroxide 1) Benzoyl Peroxide+Erythromycin(Benzamycin) 2) Benzoyl Peroxide+Sulfur
2. Topical Antibiotics 1) Tetracycline lotion 2) Clindamycin lotion, gel 3) Erythromycin lotion, swab, gel 4) Meclocycline cream 5) New Quinolone cream(ナジフロキサシンクリーム)
3. Vitamin A acid(レチノイド)クリーム Tretinoin cream
4. サルチル酸
5. 硫 黄
6. レゾルシン
7. その他(Ibuprofen piconale クリーム)

ン剤(ナジフロキサシン)を含有する製剤(アクアチムクリーム)が新たに加り健保採用となった事は喜ばしい限りである。またベンゾイル・パーオキシドとエリスロマイシンとの合剤は、ベンザマイシンと呼ばれ、ベンゾイル・パーオキシド単独、あるいはエリスロマイシン外用単独で使用した際よりも P.acnes に対する耐性が少なく効果もよい事が認められている。またナジフロキサシンは P.acnes に対するすぐれた抗菌力とブドウ球菌を始め他の種々の菌をも含めて抗菌スペクトラムが極めて広く且つ他のニューキノロンに対する交叉耐性がない点もあって今後期待が持てる外用剤と思われる。

最後ににきびの心理療法(Psychotherapy)について触れたい。にきびは思春期という情緒的に極めて多感で不安定であり同時に自己の容貌に極めて敏感な年齢に初発し、数年ないし十年も続くいわゆるにきび年齢(acne age)を通して存続する。そのため患者にとっては想像以上の心理的ストレスを受ける事となり、このストレスが更ににきびの症状を増悪させるという circulus vitiosus を形成することも多い。この意味ではにきびは心身症の一つとして取扱われるべき要素をもっている。

にきびに於ける心理療法の地位は、勿論にきび療法の中で飽く迄補助的なものである。一般的には simple relaxation と biofeedback exercise の2つに分けられるが、前者は患者自身で行うストレス解消法であり、後者は医師による心理面からする治療である。後者の場合は皮膚科の専門医によりにきびの適切な治療を施し実際にその症状を上手にコントロールして、症状の改善を患者に自覚させながら、他方心理的な指導、激励を皮膚科医自らが行ってやるのが最もよいとされている。にきびの症状の改善への努力をせず、専門の心理学者による単なる心理的アドバイスは余り期待出来ないと思われる。

以下に皮膚科医が行うにきびの心理療法の骨子についてまとめてみた。

- 1) 患者に対してにきびの発生病理、経過などについて平易に解説的に丁寧に説明し、親身な相談役となってやる事。(お説教調、講義調の説明でなく)。
- 2) 神経症的な患者には1対1で二人だけの環境で物静かにやさしく対話し、にきびは生理的な一過性の生理現象であり一定期間のコントロールの後には必ず自然に消退して行くものである事を充分説明してやる。(皮膚科的にきびの治療を平行して行いつつ)。
- 3) 時にはコントロールがうまく行った症例の実例の話聞かせてやり、患者に希望を持たせる様にする。
- 4) 楽天的なカウンセリングは時として最上の心理療法となり得る事を十分に認識して、根気よく患者を指導する。

以上にきびについて、主として療法面における我が国の諸問題について述べた。



神奈川県皮膚科医会第84回例会 座談会要旨

日 時：平成6年3月6日

(1) 米国におけるニキビ治療の現況

Steven D. Emmet氏（カリフォルニア大学助教授）により、第一選択はベンゾイル・パーオキシド外用で、クリンダマイシンローションとの併用が一般的であることや、レチノイド外用には適応の選択が必要であることなどが紹介された。

(2) 座談会（敬称略、口演者＝話題提供）

・江川 ゆり（日本医大第2）

一般的なニキビ治療の現状を、外用剤、石鹸などのスキンケア用品、内服薬剤、生活指導等について概説した。化粧は止めるように指導するが、女性の立場からは化粧をしないことの困難さが述べられた。

・花岡 宏和（横浜市）

ニキビの生活上の注意を二つ示した。第一は、ニキビの皮膚変化を引き起こす情報伝達の発振源に自律神経の作動の乱れを想定し、更にその原因となる「生活のリズム」をくずさぬことを指摘した。第二は洗顔の回数を増すことで、その理由を述べた。

・入澤 該吉（川崎市）

ニキビは多因性の現象であるが、その生物学的本態はSex appealであるとの立場より、ホルモン療法の実際について紹介し症例を供覧した。SequentialとCombination法が共に副作用も少なく有効である。男性例には使えないことと副作用についても述べた。

(3) 上記3氏の口演を中心に、会員のフリーディスカッションを企画していたが、時間が切迫したため発言者を指名して持論、治療法を伺った。

・村上 通敏（横浜市）：花岡氏と同意見。不規則な生活が増悪要因。化粧も昼間に一度落とせば構わない。ぬるま湯での洗顔がポイント。

・田所 瑞穂（横浜市）：ニキビを悪化させる食物について。

・中山 秀夫（東京都済生会中央）

：司会の質問に答えて：ウサギの耳でcomedo作成実験した際のcomedogenicな脂肪酸が、化粧品中に入っている可能性はある。ココナツ石鹸には多いはず。

・入澤 該吉：ホルモン療法時の再発について。

・江川 ゆり：化粧について。

・滝沢 清宏（横浜市）：ニキビの心身症的な面について。

・近藤ふみ子（横浜市）：ニキビ診療の健康保険上の問題について＝特になし。

（文責 栗原 誠一）

彫象記

座談会「私のニキビ治療」をうかがって

鎌倉市

塩谷 千賀子

女性心理として“化粧をしない様に・・・”。これがかえってストレスになる。

教科書通りに治療していても、なかなか思う通りに治ってくれないニキビの治療。これは何か+αがあるのではないかと期待して座談会を拝聴させていただきました。

TCの内服 — もちろん症例にもよるが出している。

VB<sub>2</sub>、B<sub>6</sub>、C、A — 当然ニキビには使っている。

漢方薬 — 抗生剤のあと等かなり効果もありニキビに結構使う。

外用 — クンメルフェルド、抗生剤軟膏、スタデルムクリーム、アクアチムクリーム等々。

以上各先生方と大体において同じような治療をしているわけで、それは当然のことなのだが、どこが違うのだろうか。むしろ使用薬剤の種類よりも、各症例に合わせた使い方、タイミング等々であるのかなと納得させられた。その辺りのことはもちろん短時間での座談会では十分に語り尽くすことは困難である。

私のところにも小学校4年生位から、30才過ぎの方まで、正確な統計はとっていませんが、ついでにニキビも治したいといった例まで含めるとかなりの割合になる。これっぽっちで？と思うものから、囊肿を多数つくっているものまで、たかがニキビであるが、されどニキビであると感じる。ごく僅かなニキビが治らない、または治ったあと色素が残るなど、根ホリ葉ホリ質問が続く。気の毒なアトピーの女の子を診たあとなど、そんなもの気にすることない！と口まで出かかって、それでも本人にとっては深刻な問題であるのだと思うようになった。

ニキビの患者の場合、つい顔を診て薬を出してまた2週間後に来て下さい、となってしまうがちですが、私なりに最近心掛るようにしたことを少し書かせてもらいます。

まず、ニキビの場合の化粧について、化粧は厳禁と教えられてきたのですが、これを少し改めました。というのは、私自身化粧をしなかった頃には思わなかったことなのですが、スッピンで人前に出るということは化粧の習慣がついてしまった人にとってかなりの勇気を必要とします。化粧が不要な若い人、またしなくても充分きれいな人には必要無いのですが、化粧はしないようにというだけでストレスが2倍になることもあり、この気持ちの落込みが治療効果にかなり影響を与えるように思います。実際に化粧を禁止しても効果はさほど変わらない例もあります。心理的なストレスに化粧はそれをカバーする場合もあると感じています。

油性の化粧品は使わないで、夏用のもの、或いは目の回りを中心にしたメイク等で化粧をするという楽しみを少し残しました。本当に男性からみたら実につまらないことだと思うのですが、女性の心理は不可思議です。

食べ物についても同様、ケーキ大好きな私はこの楽しみも残しました。もちろん全面的に解禁すると責任大ですから、食べない方がそれは良いと、一応逃げ場は作っておきます。

もう一つ、忙しい時など面倒だなと感じますが、出来るだけ1つでも2つでも膿症や、コメドの処置を行うようにしています。それなりの治療効果もありますし、それ以上にやはり心理効果も上るように思っています。

## 第84回例会の当番を担当して

平塚市  
栗原 誠一

会員の皆さんは会の準備がいつ頃から始まるのかご存じでしょうか？私はそんなことには興味もなかったのですが、今回例会の当番幹事を仰せつかり実際に準備をして感じたことを記してみたいと思います。

平成4年の総会で中野会長の勇退に伴って会の執行部が大幅に入れ替わり、幹事の末席を汚させて戴くにあたり、会のモットーを私なりに考えてみました。皮膚科に限らない広い知識を楽しく吸収（学習）しよう、遠慮せずに本音で話そう、仲良しクラブではないサロンで、という大人の会が思い浮かびました。職住を神奈川県に構えてたった10数年ですが、例会に参加しますと勉強会ではなく、ある時は寄席であったり説明会、また放言の会と、実にバラエティーに富んだテーマ、演出に圧倒されてしまいました。更に素晴らしいと感じたのは、幹事の先生が会員のために滅私奉公のサービスをしているわけではなく、まず御本人が楽しんでいる良い意味での個人主義が許されている集団と思われたことです。

I そろそろ平塚の番かな、と当番を仰せつかったのは開催日を1年3ヵ月遡る平成4年12月です。ご存じのように例会は年3回で、夏の会は総会を兼ねています。会長と幹事長の頭の中には2年先くらいまでの大まかな日程がたっているようで、担当する地区あるいは人が偏らないように県内を順番に割り振って当番を決めていく・・・ようです。

どんな会をやりたいか考えるように、もし思いつかなければ企画委員会に相談するように下命されました。その時点で決まっているのは日時のみで、内容についてはどんなテーマを選ぶか、あるいは聴きたい講師を先に決めるのか、とにかく当番は大筋を描かなければなりません。まだ1年以上あると、余裕のヨッチャンで色々夢見ました。企画委員会では連続のミニ講座を組んではどうかという意見が出ていましたし、藤沢の太田先生は以前のようなFUシリーズの再開やレプラの話などのご意見を戴きました。しかし肝心のメインをどうするか。経験を積ませていただきました。

II かねてからエステが創ったシミや炎症の強いニキビ、脱毛後のトラブルなどに遭遇し、こわごわ診断書を書きながら大変な興味を抱いておりました。安田利顕先生が主宰された学会にも参加してみました。実態はわかりませんでした。エステティックサロンはバブル崩壊の影響を受けなかったようで、毎日のように宣伝のチラシが入っており、どんな〇〇でも美人になれる錯覚を抱かせます。かみさんや患者さんの話を聞いていると内容は千差万別で、絶対に許せないヤクザまがいの店から、それこそカウンセラーをも兼ねていて医療の狭間を埋めるような立派な準医療機関（こんな表現をすると叱られそうですが、現実的に医者が相手にしない準病気も沢山あるんじゃないでしょうか）のようなものまでがあるよ

うです。先輩や友人とエステサロンの話をすれば結論は決まっていますが、実態を知らずに誹謗するのはフェアではありません。全てのエステがワルではないのですが、それを探るのはしがたい個人営業の医院ではリスクが多すぎます。そこで医会の名前を借りて覗けば怖くない、「非難する前に相手を知りたいので第84回例会は“検証！エステで何が行われているか”」という線を考えることにしました。花岡先生にエステのドンを紹介していただこうか、僕自身が痩身エステの突撃レポーターになろうか。などと本気でやると発表だけで一週間もかかりそうなプランを思い浮かべているうちに、次の幹事会だったでしょうか、「エステとも関係するニキビの特集はどうだろう？ちょうどニキビ専用薬を発売予定のメーカーからスポンサーの申し出も来ているし。」と幹事長。痩せる機会を失うことになるので、ムムム・・・節操のない私は、ニキビの学会が開かれるとムンテラすれば、きっと若い女の子は知りたがって・・・了解。ここで、第84回例会のテーマはニキビと決定しました。ものごとが決まるのは、こんなもんでしょうか。

III ニキビの病態と治療については、皮膚科の先生なら一家言をお持ちだと思います。我々のバイブルである上野教授著のマイナーには治療法が単語で載っていますが、用法については書かれていません。先輩から教わったとおりにムンテラと処方し、treatable but not curableと説明しますが、良くならない例も多く困ったものです。尋常性痤瘡に起こっていること、つまり病理組織学的変化や細菌感染との関連などは成書に細かく書いてあります。ところがニキビの治療となると、卓越した臨床家が独特の治療法で良い成績をあげており、患者さんの間では有名な先生が神奈川県内にも多数おられます。さて、テーマが決まったら講師の人選です。これも企画委員会や常任幹事に図りますが、当番幹事の意向を尊重してくれます。第84回ニキビ例会では総論を関西医大の朝田教授に、ホルモン的なことを済生会中央の中山先生にお願いするところはすんなり決まりましたが、当番幹事はさらに臨床家のノウハウを聞き出す方法を考えました。当初アンケートを準備しましたが、少ない紙面ではノウハウを聞くのは無理なことが分かり、座談会形式で多数の先生方に話をさせていただくことにしました。座長は鎌倉の原先生が適任と思ったのですが、企画委員長である原先生から“自分でやってみなさい”とハッパをかけられました。某日座談会の準備会を開き、入澤、花岡、江川の3先生がコア・スピーカーとして各5分間ずつ持論を述べてから、会場全体で話し合うことに決めました。

当日。朝田教授の総論でまず勉強をしました。一般には化粧品やダニのアレルギーで有名な中山先生は、10年ほど前にニキビと月経周期に応じた性ホルモンの量的変動をはっきり示した仕事（世界初？）もされています。ニキビ外来でのメサルモンFやジオールの臨床効果を供覧され、更に油脂の面皰形成能についてはウサギの耳を使った実験を見せて下さいました。耳に黒ニキビのある本物のウサギが会場にセットされ、わいわいガヤガヤ楽しい一時でした。ホルモンというと、もう一つ気になるレポートがありました。東海大学の浦野理英先生による女性ホルモンと表皮の代謝で、ニキビと直接的には結びつきませんが知っておきたいところです。ここまでの15分ほど進行が遅れ、続いてやっと本日の目玉の座談会になりました。はじめにUSAはサンディエゴで開業し、毎年日本のどこかで講義をし、臨床皮膚科でも知られたエメット先生（Steven D. Emmet、カリフォルニア大学助教授）の登場です。米国でのニキビ治療の現況ということで10～15分間の予定、横浜市大の石井先生が骨を折ってくれました、感謝。第一選択はベルゾイル・パーオキサイド外用で、クリンダマイシンローションとの併用が一般的であることや、レチノイド外用には適応の選択が必要であることなどが紹介されました。氏の奥様が日本人でありペラペラの日本語と英語で、経済効率も重要なことなど興味深く有益な話でありましたが時



間は大幅に超過。座談会では初めに、口演者＝話題提供という意味で、演者のニキビ治療上の考え方を本音で述べていただきました。演者は幹事が独断で選んだ名医で、教科書には載っていない実際のノウハウを是非伺いたい方々でした。トップは女性代表の日本医大第2の江川ゆり先生。一般的な同病院でのニキビ治療の現状を、外用剤、石鹸などのスキンケア用品、内服薬剤、生活指導等について概説され、化粧は止めるように指導するが女性の立場からは化粧をしないことが困難である事を実感として述べられました。花岡宏和先生は、大学・警友病院・そして現在も女性患者から崇められている・・・羨ましい先生です。ニキビは毛穴の病気だろうが毛穴の治療をしても治らない、という話をされてビックリした覚えがあります。治らないニキビを治す際の、生活上の注意を二つ教えてくれました。第一は、ニキビの皮膚変化を引き起こす情報伝達の発振源に自律神経の作動の乱れを想定し、更にその原因となる「生活のリズム」をくずさぬこと。難しい表現ですが、要はストレスや睡眠不足などが悪化要因。第二は洗顔の回数を増すことで、その理由を述べられました。入澤該吉先生は、皮膚科雑誌に純粋なホルモン療法を紹介し、実践されておられます。“ニキビは多因性の現象であるが、その生物学的本態はSex appealである”との立場より、ホルモン療法の実際について方法と症例を供覧してくださいました。SequentialとCombination法が共に副作用も少なく有効であるが、男性例には使えないことと副作用についても教えて下さいました。次いで上記3氏の口演を中心に、会員のフリーディスカッションを企画してしたのですが、制限時間が余りに切迫したため発言者を指名して持論、治療法を伺うことにしました。村上通敏先生は学位論文がニキビ関連?で、花岡先生と同意見で不規則な生活が増悪要因。化粧も昼間に一度落とせば構わない。ぬるま湯での洗顔がポイント。田所瑞穂先生は日頃アクの強い食品と皮膚疾患の事を話されており、ニキビを悪化させる食物を挙げられました。ところで化粧の可否はかねがね疑問に思っていたのですが、花岡先生と村上先生の、“化粧の脂が毛穴を詰める訳がない、皮脂の分泌力は強いのだ”と言う話を聞いて納得させられました。江川先生の、社会人の女性としては化粧をするなどは言いにくい、という状況を併せて、私も今後は昼間も洗顔することで許可することにしました。でも化粧品の中にはわざわざnon-comedoと宣伝している会社があるので、中山秀夫先生に化粧品中の油脂分についても伺いました。ウサギの耳でcomedo作成実験した際のcomedogenicな脂肪酸が、化粧品中に入っている可能性はあり、ココナツ石鹸には多いはず、の由。しかしエメット先生に、化粧品などに書いてある“comedogenic”とは、先のウサギの耳の実験での話であり、使ったらニキビができるかどうかとは別問題であることを指摘していただき、もう一度納得しました。ホルモン療法についても入澤先生、中山先生から再発・再燃時のこと、何時まで続けるかなどのお話がありました。満を待して滝沢清宏先生の登場です。ニキビの患者さんの肩を叩き、“イヤー、綺麗になったね”、“僕と×××すれば治るさ”との有名なムンテラで治すお話かと思っていまして、真面目に心身症的な面について教えていただきました。最後に、近藤ふみ子先生がニキビ診療の健康保険上の問題は、現在特にありませんとのお話で大急ぎの座談会は終了しました。幹事の不手際で大幅に時間超過し、突然に進行を変更したにも拘らず、発表の先生方は文句も言わずに協力してくださり、本当に有り難いものだと思います。発言内容も予想どおりで、教科書にはない実地の治し方を勉強できました。

実際、神奈川県皮膚科医会のパワーは凄いもんだと、あらためて感心しました。もう一度当番をするチャンスがあったら、会員のフリートークの会を是非企画してみたいものです。スポンサーの方々も、会場の準備・進行、講師の送迎、懇親会などを積極的にサポートして下さい、この場を借りて御礼申し上げます。

### (3) 第85回 例会・通常総会

日 時：平成6年7月10日(日)

エイズとは —— イントロダクション ——

衛 藤 光(北里大)

皮膚科の立場からみたエイズの臨床

赤 城 久美子(都立駒込)

神奈川県下におけるHIV感染者、エイズ患者の現状と診療上の問題点

伊 藤 章(横浜市大臨床検査部)

## 皮膚科の立場からみたエイズの臨床

都立駒込病院皮膚科

赤 城 久美子

都立駒込病院におけるエイズ患者の発症時の症状を調べると、全身症状、呼吸器症状、消火器症状に次いで皮膚症状が多くみられ、全患者の約30%に何らかの皮膚病変が認められた。

1993年にCDCが提唱したHIV感染症の臨床カテゴリー分類でも、エイズ発病前のB段階に皮膚粘膜病変が多い(細菌性多発性血管腫、カンジダ症、口腔毛状白板症、帯状疱疹)。発症の指標疾患としてはカボジ肉腫、単純疱疹(1カ月以上続く潰瘍形成)、悪性リンパ腫などが皮膚科領域に入る。このように皮膚粘膜病変はエイズ発病間近の診断のために注意が必要であると同時に、経過中の患者の治療面からも重要な位置を占める。これら皮膚疾患を病態別に急性HIV感染症、皮膚粘膜感染症、悪性腫瘍、その他の皮膚病変に分けてそれぞれを述べる。

#### 1. 急性HIV感染症

HIVに感染して数週後に、一部の患者で伝染性単核球症様症状が一過性にみられることがあり、このとき発熱、リンパ節腫脹、関節痛などと共に、体幹を中心に紅斑を主とする発疹が出ることもある。p24抗原血症によるもので2～3週後に消失し無症状期に入る。

#### 2. 皮膚粘膜感染症

ウイルス感染症では単純疱疹、帯状疱疹、伝染性軟属腫、尋常性疣贅、尖圭コンジローマ、口腔毛状白板症などがよくみられる。帯状疱疹はエイズ発病前から発生しやすいが、免疫能が低下すると血疱形成、潰瘍化、全身播種など重篤になる傾向があり、抗ウイルス剤の点滴静注が必要となる。単純疱疹は口腔内、口唇や外陰部、肛門周囲などに潰瘍を形成し、上皮化が遅れて激痛を伴う。抗ウイルス剤の外



用は無効で、内服投与を長期行っている。

皮膚の真菌症ではカンジダ症と白癬が多い。特に口腔カンジダ症は最もよくみられるエイズの初期症状として重要であり、爪カンジダ症を伴うこともある。クリプトコックス症、ヒストプラズマ症は米国などで報告が多い。

細菌感染症には黄色ブドウ球菌を主な起炎菌とする毛囊炎、肛門周囲膿瘍などがあるが成人患者では頻度は高くない。梅毒血清反応陽性率は高く、顕症梅毒の合併もまれではない。

### 3. 悪性腫瘍

エイズ関連悪性腫瘍としてはカポジ肉腫と悪性リンパ腫がある。前者は男性同性愛患者に多いが、彼らの間の性行動の変化と共に絶対数は減少しつつある。HIV-tat やいくつかの増殖因子の関与が報告されており、特に IL-6 と oncostatin-M が注目されている。局所療法として最も普通に行われているのが放射線療法であるが、腫瘍が全身に拡大したり肺病変を伴う場合は化学療法（特に ABV 療法）が適応となる。ただしほとんどの場合、死因は日和見感染症や悪性リンパ腫などであり、カポジ肉腫に対しては無治療で経過をみることも少なくない。

エイズに併発するリンパ腫は、ほとんどが B 細胞性でリンパ節以外の臓器に発生する。中枢神経系が最も多いが、消火器、骨髄、肝臓、肺などにも発生し、皮膚原発例も当院で 1 例みられた。Epstein Barr virus の関与が推測されている。

### 4. その他の皮膚病変

脂漏性皮膚炎の併発は欧米の報告に多いが日本人には少なく軽症例がほとんどである。Pityrosporum ovale の関与も推定されているが結論は出ていない。乾癬の頻度は特に高くないが併発すると重篤になる。薬疹は頻度が高く、特にカリニ肺炎に S-T 合剤を用いた場合約 40~50% の紅斑丘疹型薬疹を生じる。多形紅斑型、TEN 型の報告もある。その他に HIV 病初期から掻痒の強い丘疹の多発を訴える患者が多い。毛包一致性小丘疹の多発や結節性痒疹の形をとることもある。その他に血小板減少性紫斑病、尋常性白斑、持久性隆起性紅斑、光線過敏症、環状肉芽腫などの報告がある。



神奈川県皮膚科医会・第29回例会  
横浜市皮膚科医会・第78回例会

## 神奈川県における HIV 感染者 エイズ患者の現状と診療上の問題点 (抄 録)

横浜市立大学医学部臨床検査部

伊 藤 章

日 時：平成 6 年 7 月 10 日（土）

於：関内新井ホール

### 1. 避けては通れないエイズ診療

HIV 感染者は感染していても長期間症状がでないため、感染していることに気がついていない感染者も多い。感染していることに気がついていない、すなわち何らの治療も受けていない感染者の 3 分の 2 はカリニ肺炎で発症し、肺炎で入院した後で初めてエイズであることが判明することも多い。どの医療機関であっても今後は感染者、患者を扱う機会があり、絶対に避けては通れない病気であろう。そのため、今後はエイズ診療が行なえない医療機関は医療面でもプライバシー保護の面でも遅れた医療機関であるといわれかねない時代もこよう。

94 年 6 月末現在の神奈川県における HIV 感染者・患者数は 95 人であるが、これは検査を受けた人の中で感染していることが判明し厚生省に登録されている人数であり実数ではない。実際にはこの 8.7 倍はいるであろうとの推計もありこの 8 月の国際エイズ会議前の 7 月下旬発表の数字では「神奈川県に 100 人突破」ということになる。

### 2. 市大病院におけるエイズ診療

浦舟病院時代の 1986 年が最初の入院で、附属病院が出来てからはもっぱら附属病院で外来・入院とも対応し、1994 年 6 末日現在 52 例の感染者、患者を扱っている。今年 3 月には血友病感染者・患者例数（24 例）より性行為感染者・患者例数の方が多くなり、既に 12 例が死亡し 3 例で剖検が行なわれている。観血的手術としては大腿骨骨折手術が一例、帝王切開も 2 例で行なわれている。

医療上の針刺し、汚染事故も 9 例あり、感染例はないが注意とともに可能な限りの予防対策は必要である。

### 3. 抗 HIV 抗体検査

抗体検査は、リスク行為のあった患者や、症状から HIV 感染症が疑われる患者には他人への感染の危険を防ぐためおよび診断確定のため承諾を得て積極的に行うべきである。しかし、防衛医療のための検査やスクリーニングのための検査は、患者が検査結果を受容でき、陽性であっても医療内容が変更されることなく、その後の医療が継続されることが前提条件であり、患者の同意が必要である。患者のためではなく医療関係者への危険性を防ぐためであれば、患者から費用をとることはできないし保険適用

もできない。そのため病院負担による検査を行なっている病院もあるが病院負担による検査を安易に認めることは、無断検査や上記前提条件を満たしていない検査の隠れ蓑となることが多い。HIV 抗体検査は他の感染症検査とは同様に扱えないことの認識も大切である。

感染者・患者を扱っていない病院ほど、エイズ患者・感染者は「診たことがない普通の人」であるにもかかわらず、「診たことがない怪物、あるいはお化け」のイメージで抗体検査をしすぎる傾向がある。現在積極的にエイズ診療を行っている市大附属病院と、かつては診ていたが附属病院に送りさえすればなんとかなると考え積極的に対応していない浦船病院との抗体検査例数の明らかな差がそのよい例であろう。

HIV の感染力は弱く、針刺し事故の感染率ははるかに低いとはいってもゼロではないのだからすべてが完全でなければ診たくないという医療関係者は、飛行機は100%安全と思って乗っているのだろうか。

また、米国での針刺し事故による HIV 感染例は93年9月現在39例ある。この中には一番感染を恐れている外科系医師は一人もいない。多いのは看護婦や検査技師の採血時の針刺し事故であることから手術室は常時感染防御措置がとられており比較的安全であるといえよう。

#### 4. 不必要な抗体検査

B型肝炎ウイルスは HIV に比べると感染力は10万倍も強く、一定量の血液中に含まれているウイルス量も極端に違う。そのため、針刺し事故による感染率も B型肝炎が10~30%であるのに対し HIV は0.4%と差がある。したがって B型肝炎への対策がなされてさえいれば HIV に対する対策は不必要であるとさえいえる。また、e抗原あるいは S抗原が認められる B型肝炎、活動性梅毒、まだはっきりわからない点もある C型肝炎のいずれかでも陽性であれば、診断の必要性がある場合以外は感染性廃棄物にするかしないかの区別のための HIV 抗体検査は必要ではない。感染性のない B型肝炎や活動性のない梅毒もただ抗体が陽性であるというだけで感染性扱いをして感染性手術対応をしたり使い捨て消耗品を用いたり不必要な HIV 抗体検査をしすぎているような無駄なことはないだろうか。不必要な抗体検査も含め、検査の拡充による擬陽性者の増加と、その結果を判断する医師の知識不足が医療現場や患者に混乱をあたえていることも問題となってこよう。「エイズが治った」などと言われているケースがこういった擬陽性例のケースであろう。

#### 5. 医療現場での人権軽視と差別

プライバシー保護や医療関係者保護のみが強調されすぎて、感染者・患者の人権軽視、差別が医療現場で公然と行なわれている。不必要な過剰防衛、過剰隔離や HIV 抗体検査、特別の診察室や病室の設置受け入れ病院名の公表、医療の消極性もその一つであろう。

医療関係者にも人権はあるが、感染者・患者にも人権はありいずれも同等である。しかし、ややもすると医療関係者の人権のみが強調されすぎて弱い立場にある感染者・患者の人権が軽視されすぎていることはないだろうか。HIV も含めた感染症の抗体検査を「受けていただきます」とか「受けることになっています」などとの記載のある文書を示すことによって感染症検査の同意が得られたと考えてはいけないうし、もしこのような文書であれば、例え「断わってもいいですよ」と言われてもあるいはそのように記載されていても弱い立場の患者にとっては断わりがたく強制検査であり同意書には程遠いといえる。

また、血液製剤による感染者は今までの治療上のいきさつから診るが、性行為による感染者は自業自

得であるから診たくないという医療関係者がいるのも事実である。

感染原因は何であれ患者は患者であり、感染原因によって診療を差別するのは医療関係者の取るべき言動ではない。

感染症病棟でエイズ患者を看護している看護婦が、ある講演会で私が講演をしたあとで寄せてくれた感想文の中にあつた次の言葉が大変印象的であり紹介しておきたい。

「恐ろしいのはエイズという病気よりも、エイズであると知った周囲の差別の目」

#### 6. 感染者・患者の受け入れ医療機関

エイズ患者受け入れ医療機関は、エイズの合併症が多く科にわたることから総合病院であることあるいは総合的に対応できる病院であることが望ましいが必ずしも総合病院でなくても必要な時に必要な科での相談ができればそれでも十分である。合併症の多くは他の基礎疾患の時にも扱っている疾患であり、エイズに特有ではない。したがって特別な経験や難しい知識は必要ではない。また特別な施設も不要であり B型肝炎の対応がとられてさえあれば特別な扱いは必要ではない。設備がないからとか、ケースワーカーがないからとか、使い捨ての消耗品に対する経済的保証がないからとかいろいろ難題を付けてくる医療機関や医療関係者は、これらすべてを満たしても更に新たなことを要求してくるものであり、本質的には診たくないのを種々の条件に変えてきているに過ぎないともいえる。感染者・患者を苦しめているのは、感染者・患者の病を癒す筈の医療関係者・医療機関であり、HIV 医療の正常化は待たないである。

#### 7. 国際エイズ会議に期待すること

国際エイズ会議を期に横浜市・神奈川県は東京都をエイズ対応医療機関や対策で追い抜いたと言われるが、あと一カ月後に迫った会議の成功を願っている。

開・閉会式の挨拶で皇太子殿下・妃殿下がお見えになるといわれている。もしその席で、感染者・患者に声をかけて下さるか握手でもして下されば、これからの日本のエイズ事情は大きく変わることでありと考えるのは真夏の夢にしかすぎないのであろうか。



印象記

第85回例会（エイズ）印象記

神奈川県立がんセンター皮膚科

内山 光明

神奈川県皮膚科医会の85回例会は7月10日、日曜日の暑い日に行われました。話題は“エイズ”です。最初当番をお引き受けするときに、せっかく内山がやるのですからメラノーマでもやりましようかと思っただけですが、1994年8月に横浜で国際エイズ会議が開かれるし、神奈川県皮膚科医会でまだエイズを取り上げていないこともあり、実際われわれの診療の場に患者が来る可能性が多くなって来つつある現在、まさに当を得たテーマであると思ひ、企画委員会で取り上げて頂きました。何回か討議を行った結果、北里の衛藤先生にイントロダクション、都立駒込病院皮膚科赤城先生に皮膚科の立場からみたエイズの臨床、最後に横浜市大福浦病院検査科の伊藤先生に神奈川県における HIV 感染者、エイズ患者の現状と診療上の問題点についてお話し頂き、明日からの診療には HIV も念頭に置いて行うよう心掛けて頂くつもりでプログラムを作りました。

今回は、各先生の抄録の全文が載せてありますので、内容についてのコメントはそちらを見て頂くことにして、全体的印象として、

1. エイズは怖い病気であるとの偏見を取り去ること。  
エイズ患者を苦しめているのは、エイズではなく、周囲の偏見と特に医療関係者の偏見である。
2. しかし重要な病気であること。
3. 多彩な皮膚疾患を示すことから皮膚科医の果たす役割は大きい。

ということがあげられると思います。

我々皮膚科医はどちら言えば診断の付いた患者の皮膚粘膜症状について相談を受けることが多いかもしれませんが、带状疱疹や粘膜カンジダ症で皮膚科を初診する可能性もなくはないでしょう。大切なことは本症を考え、次にどのように具体的に対処するかということです。総合病院の勤務医は、他人ごとでなく、実際患者に出くわしたらどのように、具体的に対処するか病院全体で考え、マニュアルを作っておくことが大切であると感じました。

エイズらしい患者を診て

杉本 純一

(その1)

患者は60代男性、家族歴に特別なことはなく、既往歴に胆石、腰痛がある。94年1月初診。

主訴は口腔内のびらんと白苔、ほぼ全身の発疹（紅斑、落屑、痒痒感）。ほぼ1年前から主訴の症状が始まり、2、3の皮膚科を訪れたが一進一退である。発疹は93年11月頃、顔面から始まり近医で外用剤の処方を受けやや改善するがだんだんに広がったため当院を受診した。ここ1年間で体重が5～10kg減少して全身倦怠感がある。

検査により口腔内の白苔はカンジダ症であることが判明し、フロリドゲルの投与で軽快した。体の発疹は慢性湿疹、あるいは脂漏性皮膚炎であろうということでステロイド剤を外用するが一進一退であった。

口腔内のカンジダ症から、エイズその他の免疫不全疾患を思い浮かべない訳ではなかったがこちらはむしろ一開業医であるし、患者の全身状態からもそれほど重篤感はなく、一般検査でも異常がないため皮膚科的治療を続行した。

そうこうしている内に患者は来院しなくなり、そのままにしておいたが、神奈川県皮膚科医会で懇親会のおりに某病院の某先生がおまえの所に〇〇という患者がきていたろう、という話があり、あれはこの病気だったぞと言う話を聞いて、患者の沈鬱そうな表情、いかにも全身倦怠がありそうな動作から、やっぱりそうかと思った次第である。後から聞いた話であるがその某先生も気がつかないで、この病気と分かったのは後に間質性肺炎を併発し、それがカリニ肺炎と分かってからだそうで、この病気の診断もなかなか大変だなと思った。

高野 裕

(その2)

現在神奈川県外の某市で開業しているが勉強のため週1回、県内某病院の皮膚科で見学生として研修させてもらっている。今年の5月、診断不明の患者の予診をとったが、後でエイズであったことを知らされるほどなと思った。皮膚科のエキスパートであるその病院の部長先生もその時は全くわからなかったらしく、私にわからないのも当然だと思った。

患者は60代の男性（杉本先生と同一症例）、主訴は全身の発疹と発熱、体重減少。1993年11月、頭、顔面の紅斑出現、近所の内科を訪れ接触皮膚炎と診断されやや改善した。本年1月、発疹はほぼ全身に広がり、口腔内にも粘膜疹が出たため外用剤と内服剤を投与された。口腔内の粘膜疹は良くなったが、体の発疹は一進一退であった。その内に微熱、時に夜間は39度の発熱を来たしたためK病院皮膚科を受診、RDPO、ゲンタシン軟膏、ポララミン、ミノマイシンを投与されたが余り効果がないため、別のルートから当病院を紹介された。この1年間で10kgの体重減少があるという。

初診時現症はほぼ全身のびまん性紅斑、所々に落屑。紅皮症に近い感じである。

考えられる疾患は、接触皮膚炎？、脂漏性皮膚炎？、→紅皮症、？感染による中毒疹？、悪性腫瘍に伴う紅皮症？、皮膚筋炎？、その他の膠原病？



取りあえずジフラル軟膏、サトウザルベ外用、ミノマイシン200mg、ボルタレン、トリルダン内服で1週間経過をみた。

1週後、紅斑はやや改善したが全身倦怠、発熱は改善されず、検査で、Wa陽性、HC陽性、LDH、GOTやや高値、SLE関連検査は陰性であった。胸部XPで間質性肺炎を疑わせる所見がみられた。

HC(+)のため取りあえず消化器内科を紹介した。

### (その3)

### 某病院皮膚科部長 匿名希望

上記患者はこの時点でエイズということは気がつかれず、内科を訪れた。全身倦怠は更に進行し、呼吸も苦しいという訴えがあったため、再度胸部XPを撮ったところ、間質性肺炎が顕著になっていた。そのため呼吸器内科に転科し、呼吸器専門病院への転院を予定された。皮膚科に皮膚筋炎の可能性はと問い合わせがあった。CPK低値が矛盾するが、臨床症状から可能性はあると皮膚及び筋肉の生検を行った。この時点でもまだエイズに気がつかなかった。HC(+)のため。生検時それなりの予防処置は行っていた。皮膚筋炎としてステロイドによるパルス療法に近い投与が開始され、患者の発熱、呼吸困難などの症状は一時改善されたが間質性肺炎の改善が全く見られなかった。皮膚および筋生検の結果は、皮膚筋炎はなく、皮膚は非特異的皮膚炎であり、皮膚筋炎は否定された。そのためWa(+)のこともあり、呼吸器科主治医の判断でHIV検査が行われた。

結果は陽性であり、確認試験も陽性、間質性肺炎はエイズによるカリニ肺炎で、皮疹は脂漏性皮膚炎様皮疹ということになった。

患者は呼吸器疾患ということで横浜市内の呼吸器専門病院に転院した。HIV陽性が判明したのは転院してからである。現在患者はその病院で加療中とのことである。

### 反省

原因不明の消耗状態でまず考えるのは悪性腫瘍である。しかし最近ではHIV感染症も念頭に置かなければならない。この際大切なことは詳しい病歴であり、HIV感染がSTD(性病)であることから、性に関する情報を得る必要があるが、プライバシーの問題もあり、これはなかなか困難である。自分の経験した患者では、正常の結婚をしており娘がいる。妻とは死別で現在一人暮らし。年齢が65歳ということでSTDは考えなくてもよいと判断した。そこが間違いであった。

職業は、水商売ではないが関連の仕事。自宅に仕事関係の弟子に相当する若い衆が一人同居。もっともこれは後から判ったことである。この辺で皮膚科(性病科)のベテランとしては、それ以上は聴かなくともピンとこなければいけないのであった。

いずれにせよ原因不明の体重減少、永く続く微熱、種々の皮膚病変に気づいたならばHIVの検査もした方がよいと思った次第である。

## かびとAIDS

横浜市立大学医学部皮膚科講師

石井 則久

かび(真菌)とAIDSは特別相性が良いわけではありませりん。しかしカンジダ症、クリプトコッカス症、ヒストプラズマ症などはAIDS患者に発症しやすい真菌症です。

AIDSでしばしば観察できる口腔カンジダ症を例にして、AIDSとかびの関わりについて話を進めましょう。

カンジダ症は、皮膚あるいは口腔粘膜などから生体に侵入する場合、細胞性免疫優位な排除機構で殺されていきます。一方、AIDSでは細胞性免疫の担い手であるCD4陽性のヘルパー型T細胞(Th)が激減します。従ってAIDS患者にカンジダ菌が付着した場合は、その部位にカンジダ症を発症します。ただし、深在性カンジダ症発症には好中球やマクロファージなどのカンジダ貪食能の低下が必要なため、AIDSでは深在性カンジダ症は発症しにくくなっています。

当科に受診したAIDS患者8名全員が口腔カンジダ症に罹患しましたが、内臓カンジダ症には1例も罹患しませんでした。またT細胞の欠損したマウスを用いてカンジダ症の実験を行うと、皮膚粘膜カンジダ症を発症させることは可能ですが、深在性カンジダ症を発症させることはできませんでした。このように、AIDS患者と真菌感染症との関係はCD4陽性T細胞(Th)減少が密接に関与しているのです。

CD4陽性T細胞減少に伴う真菌症は皮膚粘膜カンジダ症の他に、クリプトコッカス症、ヒストプラズマ症、コクシディオイド真菌症等が知られていますが、現在までに当科で経験したのはカンジダ症だけです。また、口腔カンジダ症は抗真菌剤の内服、外用で著効を示します。特に外用剤は数日で効果を発揮します。今後は長期間加療による菌交代現象、耐性菌などの出現に注意を払う必要があります。



## 県内皮膚科医会の活動状況

### (1) 横浜市皮膚科医会

#### 講演会要旨

#### 軟膏療法の基本

平山皮膚科医院

平山 芳

本日軟膏療法の基本に就いて、今までの経験から私見を述べる。先づ炎症性痒痒性皮膚疾患の治療における軟膏療法は必要欠くべからざる治療法でこれの基本的な手技を充分習得しておくことが、最も大切なことである。

次に昭和20年頃から現在までの外用剤の変遷、油脂性軟膏、新型軟膏、ステロイド外用剤に就いて述べ、現在も依然として油脂性軟膏の利用価値があることに触れる。

さて軟膏療法を考えて見ると、これには基礎編と応用編があり、基礎編は一定の基本的規則に従って治療が行われるべきものであり、応用編は医師個人が基本的規則に従って永年の臨床的経験に依って習得すべきものであろう。

次に現在でも昔しの油脂性軟膏が使用されている症例に就いて述べ、更に軟膏療法の効果を挙げるための一般的注意のなかで、患者にたいするその軟膏の使用回数、使用方法に就いて確実に説明し必ずこれを守らせることの重要性を説明した。

また軟膏の効果を挙げるためには、患者に自分の皮膚疾患を十分に理解せしめ、治療に患者が努力し協力することの大切さを述べ、2、3の疾患をあげてそのポイントをスライドを見ていただいて、述べた。

まとめとして、ステロイド外用剤が出現してから、軟膏療法が簡単に出来ると錯覚され、従来の軟膏療法が軽視される傾向があり、皮膚科を専門としている医師以外の医師が軟膏療法を充分理解しないで皮膚疾患を治療することが多くなり、治療が永びいたり、副作用を見たりする症例が多くなったように思われる。軟膏療法は皮膚疾患の治療に必要欠くべからざる治療法で他科の医師の容易に真似の出来ない治療法であると考えられる。そのためにも、もう一度軟膏療法の基本を見なおし、検討してみることが大切であらう。

このことが本日の会の趣旨であると考えます。

#### 印象記

### 平山 芳先生講演会印象記

三木 信男

平山先生の横浜市皮膚科医会に於ける「軟膏療法の基本」の講演についての感想をかくようにと新関先生にいわれました。私は皮膚科、泌尿器科を標榜していますが御承知の様に泌尿器科の専門医です。皮膚科の専門医ではないので辞退いたしました但实际上に毎日多くの皮膚科の患者を診て治療もしていますのでその立場でとのことで敢えて感想をかかせていただきましたことを御理解いただきたいと思います。平山先生については私が学生時代に皮膚科の講義を何回か聞いたことがあると思うのですが今となっては昔の事で当時のことは思い出せません。先生のお話を伺って一番大事なことは皮膚科治療に於ける軟膏療法の基本は今も昔と変わらず極めて重要な位置を占めることです。今回のように新型軟膏やステロイド軟膏が氾濫している時代でも軟膏療法というものは皮膚に対して刺激のないことが必要であり、昔の油脂性軟膏が大事であることを皮膚科専門医として声を大にしてのべられたことと思います。このことはステロイド軟膏の乱用による副作用が問題になっている今日一般臨床医に対する警鐘であり大事な問題であると思います。私の手許に「今日の軟膏療法」という日本皮膚科学会東京地方会第383例会に於ける合同討議という昭和35年皮膚科の臨床（第3巻臨時増刊行）の別冊がありました。これをみると小堀先生は油脂性軟膏を使うドイツ学派に対して乳剤性軟膏はアメリカで主に使われていたと記しています。土肥先生は皮膚病の軟膏療法は乳剤性でも油脂性でも皮膚に刺激のないことが重要であり急性期には油脂性軟膏を使うとのべておられます。土肥門下の平山先生も全く同意見だと思えます。その別冊に私の亡父（三木信之大正3年九大卒旭門下）も軟膏療法についてのべています。父は当時ラノリン pasta とグリテール pasta を主として使っていました。私は家で父の治療方針と慈恵での土肥、平山両先生の講義から今日でも急性期には亜鉛華軟膏を主として使い慢性期にはステロイド軟膏を併用しています。

今日でも皮膚科専門医でない皮膚科標榜医の処を訪れる患者は相当にいます。先生の今回の講演はその様な一般臨床医に対して皮膚疾患の治療は油脂性軟膏を基本として外界の刺激を遮断して患者自身の治癒力を期待するという皮膚科の根本的な考え方は今も昔も変わっていないことを私どもにお示しくださったと思ひ今後もこの方針に沿って治療にのぞみたいと思います。

**(2) 第35回茅ヶ崎医師会皮膚科部会****講演会要旨****アトピー性皮膚炎の考え方**

東京医科歯科大学皮膚科 教授

**西岡 清**

アトピー性皮膚炎に対する検討はIgEアレルギーの面と皮膚易刺激性の面とから行われ、前者のデータが多数出されている。そのため、アレルギーの観点からの発言が多く見られる。しかし、臨床の間では本症の症状をすべてアレルギーで解釈することは不可能である。皮膚易刺激性の本格的検討は最近はじまったばかりであるが、この観点からの解釈も重要なものとなっている。さらに、近年増加傾向にある難治性成人型アトピー性皮膚炎では、これまで加えられた治療に対する副作用症状が加わり、より以上の複雑さを呈するようになっている。

本症の治療法について多数な報道が行われ、患者のみならず医師をも混乱させている。それらはいずれも本症のある一面を物語るものであって、全てのアトピー性皮膚炎患者に適応出来るものとはなっていない。すなわちアトピー性皮膚炎に多様性があることを示す結果となっている。したがって、治療に至っては、個々の症例での増悪因子（湿症反応をおこしている原因）を明らかにし、それを患者生活環境から除去することが原因療法といえよう。さらに、発症した湿症反応に対してはこれ迄行われてきた皮膚科的治療、すなわち患者皮膚の状態にあわせた軟膏療法が行われるべきであろう。

**印象記****西岡清先生の講演を聞いて****森田 上**

5月27日、新関先生から促されて、この原稿を書き始めた。今日はヤケに水虫の患者が多い。聞いてみると、今朝テレビで某大学教授による水虫のお話があり、それを聞いて来たと言う。巷間アトピー性皮膚炎が一人歩きをしていると言われている。アトピーと言う言葉がマスメディアに乗らない日はないと言っても過言ではない。ステロイド剤の副作用を問題視しているものが多い。影響は大だ。

外来を訪ねる患者で、先生はステロイドを使っていますかと聞かれ、使ってますと言うと、そのまま帰ってしまう患者もいる。又感染症に対して抗生剤を処方した所、これは例の副作用が強いといわれているステロイドでしょうかと聞かれ唖然としたことがある。所謂ステロイド拒否症である。本講演会ではアトピーの成因、症状、診断、治療について極めてわかり易く解説された。来場の先生方も満足されたことでは

う。アトピー性皮膚炎の治療の根本は今日でも軟膏療法であり、ステロイド外用剤は最も重要な外用剤であるが、その有効性と副作用について熟知の上使用し、必要に応じてステロイド外用剤以前の古典的軟膏、白色ワセリンや亜鉛華軟膏を用いての治療等示唆に富んだ講演であった。然し一つ気になったことは、ステロイド医者を糾弾する会が存在するということである。医師会挙げてしっかりと対処して頂きたい。

**印象記****第35回茅ヶ崎医師会皮膚科部会講演会**

日 時：平成6年3月30日（水）

場 所：茅ヶ崎市コミュニティーホール

講 師：東京医科歯科大学皮膚科教授 西岡 清先生

演 題：アトピー性皮膚炎のとらえ方

今回は10周年記念講演会として、アトピー性皮膚炎についてのご講演をいただいた。診断基準には、最近やっと確立された皮膚科学会94年の診断基準があるが、Overdiagnosisへの注意が必要であり、除外診断も重要である。アトピー性皮膚炎にはpast historyがあることや、都市部での発生が郡部の2倍あり、また、10～30代に多いことなどは最近の特徴であり、これからはますます増加の一途をたどると考えられる。

最近の研究では、Barrier dysfunction 特にceranidesの減少が指摘されている一方で、家系図も重視されており、子供で50%、大人で83%にのぼる遺伝率や遺伝子としてβ鎖が考えられている。

アトピー性皮膚炎の治療方法は教科書的にもいくつかあげられるが、いかなる治療をするにせよ患者さんのコンプライアンスが問題であるとしめくられたのは、治療の困難さを端的に示したものといえるだろう。

アトピー性皮膚炎という、皮膚科疾患のなかでも最も治療に困難を要する疾患について、短時間に要領よくわかりやすく御講演いただき、10周年記念にふさわしい内容となった。

(皮膚科部会・五島明彦)



### (3) 第36回茅ヶ崎医師会皮膚科部会

#### 講演会要旨

## 接触皮膚炎の診断と治療

日本医科大学皮膚科 教授

**本 田 光 芳**

接触皮膚炎には、一次刺激性物質による毒性接触皮膚炎と蓄積障害性接触皮膚炎、アレルギー性接触皮膚炎、光接触皮膚炎の4種類に分類できる。

毒性接触皮膚炎：灯油、アオバアリガタハネカクシによるものを供覧した。

蓄積障害性接触皮膚炎：弱い1次刺激性物質、たとえば、弱酸、弱アルカリ、洗剤などにくりかえし接触して発生するため手に好発する。最近ではエステティックサロンにおける過度のマッサージ、民間療法の塩もみ療法などに起因する症例もみられる。

アレルギー性接触皮膚炎：原因植物として春のときわ桜（プリムラ・オブコニカ）、秋のぎんなんを忘れることができないが、釣竿、三味線、箸などのうるし、マンゴーによる接触皮膚炎も特異な病像を示す。

マキロン、ムヒパッチ、ウナコーワシールなど、最近ではOTC外用剤に含有されている局所麻酔による接触皮膚炎が増加している。

ピアスによるニッケル感作が増加しているためアクセサリ、下着の金属、装身具によるニッケル皮膚炎が頻発している。

アレルギー性接触皮膚炎は、生活様式、流行、職業、地域差、治療、またその移り変りなど、多くの流動する因子に支配されて新しい病像を生じる。アレルギー性接触皮膚炎では、詳細は問診により原因物質を推定、貼布試験によりこれを確認、原因物質との接触を避け、その代替品を使用するよう指導すれば根治する。

アレルギー性接触皮膚炎の原因を見出すには、長い期間のトレーニングと、日々移りゆく生活環境に対して、常に繊細で鋭敏な感覚を養うことが必要である。

#### 印象記

#### 第36回茅ヶ崎医師会皮膚科部会講演会

日 時：平成6年5月17日（火）

場 所：ネスパ茅ヶ崎3F

講 師：日本医科大学皮膚科教授 本田光芳先生

演 題：接触皮膚炎の診断と治療

今回は接触皮膚炎の原因となるものについて、多くのスライドを用いて、わかりやすく御講演をいただ

いた。消毒薬による場合は、食塩水の湿布で対処するとか、治療薬であるはずのステロイド軟膏や、抗アレルギー剤によるものなどは大変興味深く聞かせていただいた。

また、植物による接触皮膚炎についての季節感あふれる話題や、患者さんの生活スタイルや習慣を細かく聴取し、そこから原因をさぐりだす手法にはパズルを解くような爽快感があり、実に楽しんで治療しておられる様子が目に浮かぶようであった。このような姿勢こそわれわれが日常診療の場で忘れかけているものかもしれないと思った。

（皮膚科部会・五島明彦）

### (4) 第37回茅ヶ崎医師会皮膚科部会講演会

日 時：平成6年7月22日（金）

場 所：ネスパ茅ヶ崎3F

講 師：東京慈恵医科大学皮膚科助教授 上出 良一先生

演 題：光線過敏症最近の話題

光線過敏症について、小児期から老人にかけての各年齢層で発生する疾患およびその特徴について御講演をいただいた。小児の色素性乾皮症（XP）でのExon4の異常や、かくれXPの存在、青年の多形日光疹では抗原が不明であること、また、中年ではDrug-inducedのものが多く、さらに老年では原因不明のChronic actinic dermatitisが多く、特にAD→CADの図式も考えられており、偽光線過敏症や光増悪と共に今後の問題であるとのことであった。

光線過敏症には、このように各年齢層の好発疾患があり、日常診療の場では注意深い問診（特に服用薬）と、光パッチテスト等による診断が重要であると痛感した。

（皮膚科部会・五島明彦）

(5) 平塚市医師会皮膚科部会

第1回例会（設立総会ならびに学術講演会）

参加者：18名

日時：93年10月13日（水） 19:00～

於：平塚市地域医療管理センター講堂（平塚市医師会館）

I. 総会議事

1. 開会の挨拶：高崎 信三郎
2. 発起人より経過報告：中野 政 男
3. 議長選出：中野 政 男
4. 会則検討：三橋 進：第3条（会員の項）につき、「平塚医師会より補助が出るとして平塚医師会会員以外も宜しいか？」

高崎 信三郎：「理事の了解がある。」

5. 役員選出：会長：高崎 信三郎  
幹事：栗原 誠一、木花 いづみ、宮本 秀明  
監事：中野 政 男

II. 講演

平塚市内の病院の皮膚科より

1. 宮本 秀明（平塚共済、皮膚科）  
テーマ 「ATLの皮膚症状について」

【内容の要約】

ATLは皮膚への親和性が強く、約半数に特異疹を生じる。その発疹は、丘疹、結節、紅斑、潰瘍等多彩である。ATLの臨床型としては、急性型、リンパ腫型、慢性型、くすぶり型、急性転化型にわけられるといわれていたが、近年それらに皮膚型が加わる。くすぶり型ATLは、末梢血中の異型細胞がゼロか数%のことが多く、皮膚への浸潤が顕著でないこともあるので、ATLであることを見逃さないために診断には細心の注意が必要である。診断上は皮膚のリンフォーマを疑ったら、皮膚生検をするとともに抗HTLV-I抗体を調べる。病理組織所見がリンフォーマで、抗HTLV-I抗体が陰性ならばATL以外のリンフォーマである。陽性ならばすくなくともHTLV-Iのキャリアーであり、ATLが発症しているかはプロウイルス-DNAの検索が必要となる。

2. 木花 いづみ（平塚市民、皮膚科）  
テーマ 「真性皮膚結核の2例」

【内容の要約】

戦後の抗結核剤の治療への導入により真性皮膚結核も他の結核症とともに比較的稀な疾患となってきた。最近当院で経験した真性皮膚結核について報告した。

症例1：78歳、女。10歳代に発症した左膝周囲の広汎な尋常性狼瘡で、背部皮膚、鼠径リンパ節にも結核性病変を伴っていた。

症例2：55歳、男。胸壁の2が所に膿瘍を生じた皮膚腺病。いずれも既往歴、家族歴に結核はなく、

診断に苦慮したが、組織所見、培養検査、ツ反が診断のポイントとなった。2症例とも抗結核剤内服で軽快、治癒した。最近両疾患とも発症の高齢化がみられ、発生部位、臨床症状とも典型的でない症例が増加している傾向にある。治療に難渋する類上皮肉芽腫を認めた場合、真性皮膚結核も念頭に入れて診断をすすめていく必要がある。

III. 懇親会 20:30～

司会：高崎 信三郎

乾杯：三橋 進

会員全員の自己紹介

協賛：興和新薬

（文責：宮本秀明）

第2回例会 テーマ「こんなものがガンだった」

参加者 37名

日時：94年6月8日（水） 19:00～

於：平塚市地域医療管理センター講堂（平塚市医師会館）

司会：栗原 誠一

I. 総会議事

事業報告：高崎 信三郎

会計報告：木花 いづみ

II. 総論

内山 光明（神奈川県立がんセンター皮膚科）

テーマ 「日常生活にみられる、しかし注意しなければいけない皮膚腫瘍（悪性）」

【内 容】：乳房 Paget's disease	2例
乳房外 Paget's disease	2例
ボーエン病	2例
光線角化症	1例
有棘細胞癌	2例
慢性膿皮症	1例
基底細胞癌	4例
悪性黒色腫	6例

を供覧し、少しでも悪性腫瘍の疑念を抱かせる症例は速やかに専門医へ紹介することと皮膚生検の重要性が強調された。

III. 症例供覧

座長：中野 政 男

1. 寺木 祐一（平塚市民、皮膚科） 計4例  
乳房外 Paget's disease 2例

- |                       |      |  |
|-----------------------|------|--|
| ポーエン病                 | 1例   |  |
| 菌状息肉症                 | 1例   |  |
| 2. 木花 いづみ (平塚市民、皮膚科)  | 計10例 |  |
| ポーエン病                 | 3例   |  |
| 基底細胞癌                 | 5例   |  |
| 有棘細胞癌                 | 2例   |  |
| 3. 新関 寛二 (茅ヶ崎皮膚科)     | 計4例  |  |
| 基底細胞癌                 | 1例   |  |
| ポーエン病                 | 3例   |  |
| 4. 金井塚 生世 (平塚共済、皮膚科)  | 計4例  |  |
| 基底細胞癌                 | 1例   |  |
| 悪性黒色腫                 | 1例   |  |
| 皮膚転移癌                 | 2例   |  |
| 5. 鈴木 恵三 (平塚市民病院泌尿器科) |      |  |
| ニューキノロンによる光線過敏症       |      |  |
| 6. 川久保 洋 (東海大、皮膚科)    | 計3例  |  |
| 悪性黒色腫                 | 2例   |  |
| clear cell sarcoma    | 1例   |  |
| 7. 日野 治子 (関東中央、皮膚科)   | 計4例  |  |
| 基底細胞癌                 | 4例   |  |

IV. 懇親会 21:00～  
協賛：鳥居薬品

(文責：宮本秀明)

第3回例会

参加者 45名  
日時：94年10月19日(水) 19:00～  
於：平塚市地域医療管理センター講堂(平塚市医師会館)  
司会：栗原 誠一

I. 会長挨拶 高崎 信三郎

II. 講演

池澤 善郎 (横浜市立大学医学部皮膚科助教授)

テーマ 「薬疹と身近なもののかブレ」

(副題：原因薬剤、交差反応、TEN と SJS の統計に焦点をあてて)

【内容の要約】

〔薬疹のかたちとタイプ〕：紅斑丘疹型と多形紅斑型で全体の5割を占める。苔癬型。光線過敏型

は高齢層に多く、固定疹・多形紅斑型は若年層に多い。AB-PCは紅斑丘疹型が多く、CCLは蕁麻疹型が多く、ピロキシカムは光線過敏型が多く、シアナミドは固定疹が多い。

〔交差反応について〕：外用(消毒薬、ワクチン、ペニシリン軟膏)による交差感作が経口トレランス成立を妨害することがある。

〔'81年～'93年の本邦におけるTEN 171例とSJS 167例の比較〕：TENよりSJSの方が若年者に多く、以前に薬疹歴のあるものはTEN 95.2%、SJS 88.3%、その原因としてTENは薬剤がほとんどであるのに対しSJSは薬剤50%、感染症20%、であり、死亡率はTEN 22.9%、SJS 7.9%であった。

〔TENおよびSJSの治療としてのステロイド投与の是非について〕：投与するなら少量を漫然と投与し続けるのではなく、初期に短期間大量に投与すべきである。

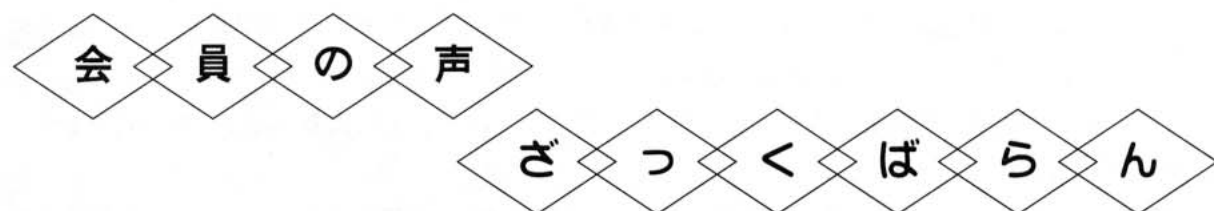
III. 症例供覧

1. 木花 いづみ (平塚市民、皮膚科) 計2例  
    ザジテン点眼薬®の接触皮膚炎  
    ピレチア®の固定薬疹
2. 金井塚 生世 (平塚共済、皮膚科) 計1例  
    アリルイソプロピルアセチル尿素による固定薬疹1例
3. 中森 美千代 (東海大、皮膚科) 計4例  
    乾燥スギナ粉による光接触皮膚炎  
    香料による接触皮膚炎  
    ゴムの配合剤による接触皮膚炎2例
4. 新関 寛二 (茅ヶ崎皮膚科) 計5例  
    台所用合成洗剤による接触皮膚炎2例  
    エポキシ樹脂による接触皮膚炎2例  
    二重眼薬用剤による接触皮膚炎1例
5. 栗原 誠一 (湘南皮膚科) 計5例  
    スルプロチン軟膏®による光線過敏性皮膚炎  
    アンダーム軟膏®による接触皮膚炎  
    ロコイド軟膏®による接触皮膚炎  
    ブデソン軟膏®による接触皮膚炎  
    アイビューラーによる接触皮膚炎

IV. 懇親会 21:00～

(文責：宮本秀明)





## あとぴー せんか

加藤 礼三

世はまさにアトピー戦国

患者に「アトピーですか」と問われれば、「はい、そうですよ」と答えると即座に納得してくれる。時々、このような試みをする。

次の質問で「それでは、アトピーって何ですか」と尋ねてみる。これもかなり意地悪である。患者（もしくは母親）は何も言えず返答に困る。

それからおもむろにアトピー性皮膚炎とアトピー体質について語り始める。そのうち話しながら、自分でもアトピー、体質、皮膚炎、家族、アレルギー、食べ物、ダニ、小児科の立場、皮膚科の立場・・・何を言っているのか難しくなって分からなくなる。これぞ不勉強の賜物、自己嫌悪真っ直中。

乳児から成人までかなりの数のアトピー性皮膚炎の患者はいるであろう。一日の診療でもアトピー性皮膚炎らしき患者を診る機会は多い。もはやこれは atopy ではない、a を取らねばならない。

近頃は、極力「アトピー性皮膚炎」という診断名は付けないことにしている。特に、乳児にはそうしている。診断を宣告したら最後、母親族から吊し上げられるからだ。食べ物は？ダニは？ステロイドは？漢方は？・・・次々とでてくる情報にマスコミの怖さを知る。

アトピー性皮膚炎の診断基準が日本皮膚科学会より提示された。これを基に患者に説明してみようと思う。

いろいろと難問がでる中で今日もまた現場はアトピーと戦う。

「じつは、先生、我が家の犬もアトピーなんですって」

## 医師が病気になったとき

茅ヶ崎皮膚科医院

新 関 寛 二

世間では“あなたの病気は手遅れ”の発言をよく耳にしますが、患者にとってこれ程いやな韻律の言葉はないでしょう。国民皆高齢化の今日、医師とて加齢は避けられまい。

明日は我が身と今更の様に毎年定期的健診を含めた自らの健康管理の重要性を痛感していた矢先、学兄二宮聖耳先生（大阪市）より、突然の休診における皮膚科患者の動態調査\*）なる大変興味深い調査結果を発表された別冊をいただきました。

先生は日頃から診療に研究に大変忙しく御活躍で常々敬意を表していましたが、心筋梗塞の病後にも拘らず、やはりエネルギーに纏められました。

要約しますと、先生は1991年11月5日に心筋梗塞の発作で入院され2ヶ月休診。1992年1月7日より診療を再開。その際、急病休診によって患者の理由はともあれ治療を中止したものは面接聞き取り調査で72%、郵便によるアンケート調査では51%もあったと云う。予想以上の値ですね。

又病後の患者数の変遷（1992年）を病前の1991年度におけるそれと月別に比較した結果は診療時間の短縮の影響が大きいかもしれませんが前年比65-70%、93年度前年は約80%の来院となっておりそれだけ収入減となることは否めない。

以上のことから先生は医師が病に犯されたときは案ずることなく自らの治療に専念し、十分な休養をとるべきだと結論されています。

ところで先生はこの夏2度目の再燃で入院されましたが、克服され再び診療に励んでおられる由、おめでとう存じます。

何の病気でもよくよく考えてみれば、殆どの場合リスクが考えられるのではないかと思います。例えば、肥満、高血圧、糖尿病、或いは高脂血症など、さらには運動不足、過労に加え、度重なる宴会つづきによる過食、過飲など、患者にはことさら戒めてはみるものの、これらは医師の不摂生を地で行っている様なもので反省の余地がありません。心してお互いに自重したいものです。ころばぬ先の杖、“手遅れ”にならない為に。

これからの人生は自己の健康管理もさること乍ら、多忙の中に如何に余暇をうまく作り出してエンジョイして行くかも大切と心得、自省の念と共に失礼をも省みず二宮学兄におくる言葉といたします。

健康第一。

\*）二宮聖耳：突然の休診における皮膚科患者の動態調査，皮膚科紀要：89(2)，201-204，1994。

## 皮膚にも癌はあります。病理組織を調べて下さい。

神奈川県立がんセンター皮膚科

内山 光明

この当たり前のような内容で、平塚市医師会皮膚科部会において話をする機会を得ました。大部分の先生は当たり前のことであり、大体診ただけで癌かどうかは判るでしょうと思います。でも中にはどうかと思われることをやってくれる人があり、その後をフォローするものとしては苦勞する所です。

まず第一にいえることは、メラノーマなどの小さいものは見ただけでは絶対に判らないということです。教科書に書いてあるメラノーマの鑑別法をいくら見てもダメです。病理組織を診ても判定に苦しむことがあります。メラノーマを疑ったらすぐに送って下さい。写真を撮る必要があります、部分切除は危険とされています。それでも自分のところで切除される場合は、写真を撮り、必ず病理を出して下さい。少なくとも病理を出してメラノーマと分かりびっくりして送ってくれる人はまだ良心的といえます。切除だけしてあれは良性だったといっても転移がきてからでは手遅れです。

次に注意する場所としては、老人、特に女性の外陰部、いわゆる中年女性の乳房です。この様な場所は人に見せにくいので意外と進行した皮膚癌を診ることがあります。特に気をつけるのはパージェット病です。これは部分切除で大丈夫ですから病理組織を取ってから送って下さい。治りにくい外陰部の皮膚病はほとんどがパージェット病といっても過言では有りません。働き盛りの中年女性で乳房パージェット病も含めて進行性の乳ガンに出くわすこともあります。中年女性は、子供が受験であるとか、夫も管理職で忙しくつい夜の夫婦生活が疎遠になりがちです。この様なとき、乳ガンに思わず侵されていることがあります。

まあ私はがんセンターというところへ勤めていますからつい“がん”をまず考えるし、ここで見落とす訳には行きませんから慎重に色々調べることとなります。失敗、誤診は許されないので疑わしきは罰するということとなります。

本日、特に強調したいことは、患者さんサイドから“治りにくいが癌じゃないでしょうね、一つ調べてくれませんか”と言われたときに、医者の子にこだわって“そんなことは医者である私が決める”などと力まなないで、素直に組織検査をするか、然るべき病院に送って下さい。あなたの名医としての評判が高まることは請け合いですよ。組織検査をためらわないで下さい。そしていつまでも患者を暖めていずに早く病院へ送ること。社会的な制約でなかなか送れないこともあるでしょうが、進行してからではもう手遅れです。

## 編集後記

記録破りのあの夏の暑さがそろそろ懐かしくなる今日この頃ですが、皆様にはつつがなくお越しのことと思います。早いものでもう神皮第2号の発刊を迎えることになってしまいました。昨年は創刊号ということで、皆様のご挨拶、歴史物語的な編集になってしまいましたが、それは創刊号であり、お許し願うとして、広報委員長の方針としては、親しく読まれる会報、単なる例会の抄録集でなく、会員各位の相互研鑽記録、或いは情報交換の場の提供、ざっくばらんな自由投稿覧、単に皮膚科だけでなく、我々をとりまく昨今の諸問題に付いてメスをを入れて見よう、ということでありました。

さて第2号は如何でしたでしょうか。今回は1年間の例会の抄録をそのまま載せてみました。この抄録は県医師会雑誌に載りますが、皮膚科だけまとめたものではないため、探すのに少し不便です。ちょっと思い出して、見てみたいと思うとき、こじんまりとまとめた抄録集があれば便利かもしれないということで編集しました。参考文献として引けるとは思いませんが、参考にはなるといえます。広報委員長の方針に逆らった訳ではありませんが、単なる抄録集と見られても致し方ないかもしれません。ただし、それに付随して会員の印象記、感想、関連記事が載せてありますので、読み物としてはそちらもじっくりご覧下さいということになります。各地区の皮膚科医会の勉強会は、横浜、茅ヶ崎、平塚が原稿を寄せられました。会員の声、ざっくばらんな今回は原稿が少なく、もっと積極的に集める工夫が必要であると痛感いたしました。

当分、トライアンドエラーが続くと思います。年1回の発行ですからやり直しは出来ません。ニュースの情報交換もタイミングを考えないと適当でなくなることもあります。どうも編集や方針が生ぬるいと感じた方はどうぞ積極的に広報委員会へ申し出て下さい。編集へ参加されても結構です。単なる抄録集では困ると思う方は是非広報委員会の誰かへご意見をお寄せ下さい。またまた次号に乞うご期待という所で編集のご挨拶とさせていただきます。  
(文責 内山 光明)

### 行事報告 (平成6年)

日 時	例会名	テーマ	場 所
平成6年3月6日(日)	84回例会	瘻瘻の話	関内新井ホール
7月10日(日)	85回例会	エイズの話	関内新井ホール
12月3日(土)	86回例会	化粧品の話	パシフィコ横浜

### 行事予定 (平成7年～8年)

日 時	例会名	テーマ	場 所
平成7年3月5日(日)	87回例会	皮膚と神経	鎌倉市
6月24日(土)	88回例会 第11回日本臨床皮膚科医学会と共催		関内ホール
6月25日(日)			
12月1日(日)	89回例会	未定	川崎市(予定)
平成8年3月3日(土)	90回例会	未定	横須賀市(予定)

神 皮 (第2号)

1994年12月 発行

発行 神奈川県皮膚科医会

発行人 加藤安彦

〒235 横浜市磯子区磯子3-7-29

電話 045-751-4573

印刷 有限会社 長谷川印刷

電話 045-711-5286