



「声」の欄・投稿規定

- ★「声」の欄は読者の皆さんのお考えを、直接誌面に反映させるためのページです。皮膚病の診療に関する日ごろのご意見、新しいアイデア、ご提言などをお気軽にお寄せください。とくに日夜第一線で診療に活躍しておられる先生方からのご投稿を切望します。
- ★「声」の欄には、また皮膚病に関する“質疑応答”を取り上げます。お寄せいただいたご質問は、その方面の権威に依頼して適切な回答を用意し、誌上で発表いたします。とくに回答者を指名されても結構です。
- ★字数は一般のご投稿は1,200字以内、質問は600字以内を原則とします。
- ★ご投稿は郵送のほか、FAX（番号：03-3984-1003）とE-mail（アドレス：hifubyoh-shinryoh@kk-kyowa.co.jp）にても受け付けております。
- ★原稿には住所・氏名を明記していただきます。

アタマジラミ症にスミスリン[®]ローション5%は有効なのでしょう？

近隣の保育園から「アタマジラミ症が蔓延し困り果てている」との電話がありました。その園では受診による診断を促すため、父母に医療機関から受診証明証（≠登園許可証）をもらってくるようにとの試みを始めたとのことでした。それについては、受診の間接的な強要とも受け取られかねず賛同しかねますが、よほど困っているようです。

さて、そもそもはある父兄に当方が「フェノトリンシャンプーと髪すきでどうしても治らない場合は、最終手段として考えがある」と伝えていたことを園が聞きつけたようです。その最終手段とは、疥癬に対し保険適用を有するスミスリン[®]ローションを、当方の責任ともち出しで試したらどうか、ということでした。まだ踏み切れておりません。フェノトリンへの薬剤耐性個体が3割を超えている地区があると耳にしたことはありますが、そのような例外を除けば、0.4%のシャンプー製剤よりも5%の浸け置き製剤のほうが格段の効果が得られると着想しますがどうなのでしょう。また、治験や保険適用の話は出ていないのでしょうか。

植田 代三

（田川市・植田皮膚科クリニック）

【コメント】

2011年の調査で、フェノトリン抵抗性アタマジラミの検出率は全国的には10%以下ですが、沖縄ではほぼ全例が抵抗性をもっています。実際に、市販のフェノトリンシャンプーが効かない話は沖縄ではよく耳にします。

市販されているフェノトリンシャンプーは0.4%ですが、疥癬治療に用いられるスミスリン[®]ローション5%では、10倍以上のフェノトリンが配合されています。先生のお考えのように、10倍以上の濃度であれば抵抗性アタマジラミに効くのではないかと、ということで、2015年に沖縄のアタマジラミ症13例について、治験を行っています¹⁾。この13例全例のアタマジラミはフェノトリン抵抗性遺伝子変異をもっていました。スミスリン[®]ローション5%を頭部全体に10分間塗布し、前後で虫と卵の数を評価しました。1週間おきに2回10分塗布し有効であったのは13例中4例のみで、残りの9例は無効でした。有効の4例は塗布後に目視で虫体は確認できませんでしたが、本当に駆虫できたかは不明です。実際にスミスリン[®]ローション5%を塗布すると、1本では足りないことが多く、かなりべとつくため、長時間の浸け置き状態の維持は困難と考えます。以上より、通常フェノトリンシャンプーが無効のアタマジラミ症には、スミスリン[®]ローション5%の使用はお勧めできません。

フェノトリン抵抗性アタマジラミに有効な薬剤として、イベルメクチンローションや、市販薬としてジメチコン製剤も開発中です。しかし、現時点の沖縄では、ジメチコン製剤（海外の市販品）のネット購入を勧めるか、散髪し梳き櫛で連日除去するように指導し

ています。

保育園の先生は間違えることはないと思いますが、母親がフケやヘアキャストをシラミだと勘違いしていることがあります。難治性の場合、顕微鏡で確認することが必要だと思います。

〈文 献〉

1) Komoda M, et al : J Dermatol 47 : 720, 2020

山口さやか

(琉球大学医学部皮膚科学講座講師)

アドレナリン不応性(?)のアナフィラキシーについて

先日経験した食餌性アナフィラキシー症例(20代, 男性)について。全身の潮紅と70台までの血圧低下を認め、当院および救急搬送先の総合病院で併せて2 mg 以上投与されたアドレナリンでも昇圧せず、最後は心不全治療並みのアドレナリン持続投与でようやく回復を得ました。ここまでステロイドにもアドレナリンにも反応しないヘビーなアナフィラキシーは私は初めてでしたが、この場合どのような機序が考えられ、どのような初期治療がベターだったのでしょうか？

石川 博康

(八戸市・湊高台皮膚科)

【コメント】

機序はやはりIgE依存性即時型アレルギーを第一に考えます。アレルゲンの侵入によって、マスト細胞や好塩基球からヒスタミンをはじめとするケミカルメディエーターが放出され、全身性に血管の透過性亢進をおこしたものと考えられます。アナフィラキシーの第1選択薬はアドレナリン筋注ですが、アドレナリンの効果は短時間で消失するため、症状が続く場合に追加投与するのも適切と思われます。このことから、先生の初期対応は適切であったと思います。

アドレナリンの治療域(薬効発現濃度と有害事象発現濃度の間)は狭いため、筋注で改善傾向がみられないときに、持続静注にて循環動態を維持されたのも適切であると思います(アドレナリンの急速静注は有害事象の頻度が高まるため、一般に心肺停止のときのみ行います)。消化管から持続性に大量の食物アレルゲンが吸収されれば、IgE依存性即時型アレルギー反応が持続し、ショック状態が遷延することになり、重篤な症状をきたした症例はしばしば報告されています。

個人的な見解を申し上げますと、アドレナリンは急速な血圧低下などの症状に対する第1選択薬に間違いはないのですが、発症機序を勘案しますと、私はなるべく早い段階で抗ヒスタミン薬静注の併用をお勧めします。ただし、抗ヒスタミン薬は呼吸器症状には無効とされていますので、呼吸器症状が重篤な場合は β_2 アドレナリン受容体刺激薬の吸入なども検討します。ステロイドは効果発現に時間を要しますので、ショックの急性期の症状回復効果は期待できず、遅延性または二相性アナフィラキシーの防止、緩和に使用します。

千貫 祐子

(島根大学医学部皮膚科学講座講師)