

疥癬は、ヒゼンダニが皮膚の角質に寄生して起こる感染症である。性感染症の一つであるが、皮膚の直接接触や寝具・衣類の共用などでも感染する。特に高齢者入所施設内での感染が多くなっている。疥癬には通常疥癬と角化型疥癬の二つのタイプがあり、通常型の疥癬で寄生するヒゼンダニの数は数十匹以下であるが、角化型（ノルウェー）疥癬では 100 万～200 万匹であり、その感染力に大きな違いがある。AIDS 患者を含む易感染性宿主では、重症で感染力の強い角化型疥癬を発症しやすいため、注意が必要である。

診断：掻痒の強いステロイド抵抗性の丘疹に加え、指間に線状皮疹（疥癬トンネル）を認めた場合、本症を強く疑う。家族や同僚などに同症状がないか確認する。角化型疥癬では、通常の疥癬と比して桁違いのヒゼンダニが寄生し、厚い鱗屑や痂皮が全身の広い範囲に付着する。指間などの疥癬トンネルを切除し、直接鏡検法にて疥癬虫や虫卵を証明する。

治療：イベルメクチン（ストロメクトール®）内服が最も有用であるが、肝機能障害のある患者には使用しにくい。2014 年 3 月よりスミスリン®ローション 5%（フェノトリン）が承認され、より安全な治療方法が追加された。他、オイラックス軟膏®や γ BHC（白色ワセリン軟膏と混合して 1%にしたもの）の外用を適宜併用する。

相互感染を防ぐため、家族、同棲者などは一斉に治療を行う。なお、通常の疥癬であれば隔離は不要であるが、感染力が極めて強い角化型疥癬の場合は、個室隔離、室内への殺虫剤撒布、衣服の熱湯処理を行う。

（皮膚科 泉 健太郎 2020.09）