

## 薬疹とウイルス性疾患の鑑別方法

杏林大学皮膚科臨床教授

**狩野 葉子**

(聞き手 池田志孝)

---

薬疹とウイルス性疾患の鑑別方法についてご教示ください。

〈埼玉県勤務医〉

---

**池田** まず、薬疹とウイルス性疾患は鑑別できるかということにつきまして、皮膚症状等、細かく見ていただいて、鑑別の方法を教えていただきたいと思います。

**狩野** 日常の臨床ではご存じのとおり、薬疹とウイルス性発疹症の鑑別は非常に難しいと思います。最初に、患者さんから得られる情報がとても重要なことを述べさせていただきます。

まず生活環境を聞いてみるのが大切です。例えば、家族の何らかの先行感染症、あるいは学校、職場での感染症の流行、また海外渡航歴などについて聞くことが重要です。といいますのは、学童で伝染性紅斑（リンゴ病）がはやっていたりすると、大人ではいろいろな発疹ができますし、マイコプラズマ感染などにかかっていると、じんましん様の発疹も出てきます。また、

渡航歴があり、デング熱にかかったりしていても全身性の発疹が出てきます。

それから、今までの感染の既往歴、例えば麻疹、風疹、水痘などにかかっているかどうか。また、ワクチン接種歴などについても聞くことが重要と思います。そして、その後に薬剤摂取歴を聞く必要があるのではないかと考えます。それに関しては、現在内服しているもののみを考えて聴取しがちですが、注射あるいは坐薬なども含めてとらえる必要があります。

また、発疹が出る前に検査を受けたかどうか。そのときに検査薬を使用したかどうか。あるいは、健康食品などをとっているかどうかなどを尋ねます。患者さんの中には、こういうものは発疹の出現と関係ないと思われる方もいらっしゃると思いますので、聞いてみる必要があります。

次に、身体所見、臨床症状の診察です。まず粘膜症状を見ることが重要と思います。初めに、先生方もご存じの粘膜病変であるコプリック斑の有無を見ます。これは、麻疹の診断に重要な所見です。また、風疹では後口蓋に紫斑をもたらすこともあります。

ここで注意する必要があるのは、コプリック斑が非常に広範囲に見られた場合には、スティーブンス・ジョンソン症候群という粘膜症状を伴う重症薬疹に類似してくることがあるのです。

また、口唇や口の周りに小水疱などが見られた場合には、スティーブンス・ジョンソン症候群と口唇ヘルペス、あるいは同じところに毎回水疱が出てくる薬疹のタイプである固定薬疹などを考えながら診察します。

また、ウイルス性疾患で伝染性単核球症、これはEpstein-Barrウイルスによってもたらされることが多いのですが、これによって生じる粘膜病変もあります。これでは、扁桃の腫大、あるいは膿栓を付した扁桃腫大が見られることが多いようです。

このように、ウイルス性発疹症と薬疹の鑑別には、粘膜症状に注意を払って進めていくことが大切です。

それでは、皮疹ではどうでしょうか。皮疹の場合は、分布あるいはその性状に注意する必要があるのではないかと思います。

まず分布ですけれども、例えば日光

露光部、露出部などに皮疹が有意に分布しておりましたら、内服している薬剤に光線過敏があるかどうかなどを考える必要があります。

また、私どもの経験からですが、ウイルス性発疹症の場合は四肢に優位に、薬剤性の場合は体幹に多く皮疹が見られる傾向があるような印象を持っています。

また、ここで見逃してはいけないのは多形紅斑といわれる発疹で、爪甲大ぐらいの大きさの紅斑です。これはウイルス性疾患で見られることも多いのですが、薬疹でも認められることも多いのです。

この場合、中央に紫紅色調あるいは水疱などが見られた場合には、先ほども申しましたけれども、スティーブンス・ジョンソン症候群を考えます。これは薬疹の最も重症型である中毒性表皮壊死症などへ進展する場合がありますので、発疹の性状にも十分気をつけて観察する必要があるように思います。

**池田** 問診・臨床症状を中心に鑑別診断を組んでいくのですけれども、その際、質問の先生方にとりまして、鑑別的手段としてどのようなものがあるかということが重要になると思うのですけれども、特にリンパ球幼若化試験とか、そういったものの信頼性はいかなのでしょうか。

**狩野** リンパ球幼若化試験（薬剤添

加リンパ球刺激試験)、DLSTと略しますが、これも薬疹とウイルス性発疹症の1つの鑑別に使える場合があります。これは薬疹の臨床病型や時期によって陽性になる場合が異なります。

例えば、薬剤性過敏症症候群といわれる薬剤アレルギーとヒトヘルペスウイルス6 (human herpesvirus 6) の再活性化で形成される複合的な病態ですが、この疾患においてDLSTを行いますと、初期には陰性になります。しかし、1カ月以上経過してDLSTの検査を再度行いますと、陽性になります。この結果は信頼できると思います。一方、スティーブンス・ジョンソン症候群や中毒性表皮壊死症では、すべてにあてはまるわけではないのですが、比較的早期に陽性になる傾向があるような印象を持っております。感染症時にはDLSTが陽性になりやすい傾向があり、その解釈に悩むこともあります。

実際の臨床では、DLSTの結果はすぐには得られないので、その場で判断することは難しいのですが、あとになって薬疹とウイルス性発疹症を分け、原因薬を決定する一つの手段ではあると思います。

**池田** 皮膚生検とかは役に立つことが多いのでしょうか。

**狩野** 皮膚生検による評価は、難しい場合が多いですが、若干の違いはあります。全身性の紅斑を呈する薬剤性

過敏症症候群と麻疹を比べると薬剤性過敏症症候群では通常の麻疹、風疹などよりも、リンパ球あるいは好酸球などが真皮といわれる部分に比較的多く浸潤していますし、時々表皮の中にもリンパ球が入っています。

ウイルス性発疹症の麻疹では巨細胞などが出てくることがあります。また、細胞浸潤の程度は、薬剤性過敏症症候群と比べて低いのではないかと思います。

**池田** 先ほどお話に出ましたけれども、薬疹とウイルス性疾患の狭間みたいな薬剤性過敏症症候群というお話がありましたけれども、それについて少しうかがいたいと思います。

**狩野** 薬剤性過敏症症候群というのは、ある特定の薬剤とヒトヘルペスウイルス6が絡み合って起きる症候群で、重症の薬疹です。その特定の薬剤というのは、抗てんかん薬、例えばカルバマゼピン、フェノバルビタール、あるいはアレピアチンなど、またアロプリノール、サラゾスルファピリジン、メキシレチンなどによって起こる薬疹です。これらを短期間ではなくて、2～6週間の長期にわたって内服しますと発疹が出てきます。

その発疹の特徴ですけれども、最初に顔面の浮腫、それから麻疹様、あるいは先ほども申しましたが、多形紅斑様の発疹が全身に出てきます。頸部のリンパ節、また鼠径部などの表在リン

関節が腫大します。そして、高熱を伴い肝障害も出現してきます。

また、この薬疹の特徴は、薬剤を中止して、いったんよくなったように見えても、また発熱が再燃したり、発疹が再発したり、遷延する経過を取ります。経過中、ヘルペスウイルスが再活性化して病態を複雑にします。6型のヘルペスウイルスだけでなく、様々なヘルペスウイルスが再活性化することもわかってきています。

**池田** 今うかがいまして、薬疹とウイルス性疾患の鑑別はかなり難しいものがありますし、薬疹といっても、かなりの重症のものから、そうでないものもあって、なかなか専門医でも鑑別

が難しいということでしょうか。

**狩野** そうですね。私どもでも、麻疹とスティーブンス・ジョンソン症候群を見分けることができなかった症例があります。また麻疹、薬剤性過敏症症候群、また伝染性単核球症、この3つは初診時の臨床像が非常に似ておりまして、初診時にはなかなか診断はつかないと思います。臨床経過、内服歴、それから粘膜疹や皮疹の状況、そのようなものを総合的に考えまして、初診時には決定できなくて、薬疹とウイルス性発疹症の両者を疑いながら経過をみていくことが重要だと思います。

**池田** どうもありがとうございます。