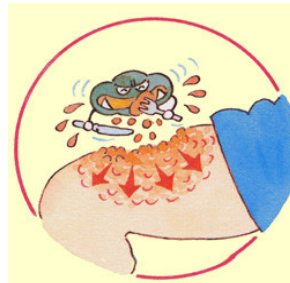


診療所だより 平成 28年（2016年）2月

「劇症型溶血性レンサ球菌感染症」について

「劇症型溶血性レンサ球菌感染症」は突発的に発症し、急速に多臓器不全に進行する溶血性レンサ（連鎖）球菌（下記）による敗血症性ショック病態です。敗血症性ショックは、「レンサ球菌性毒素性ショック症候群」、あるいは＜黄色ブドウ球菌＞による毒素性ショック症候群に症状が似ることから「毒素性ショック様症候群」とも呼ばれます。

（死亡率が高く、菌により筋肉組織などの軟部組織を壊死をきたすことから、メディアなどで「人食いバクテリア」といった病名で、センセーショナルな取り上げ方をされることがあります。）



溶血性レンサ（連鎖）球菌とは？

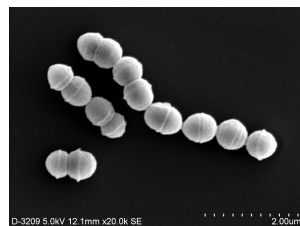
略して「溶連菌」と呼ばれることがあります。

「溶血性」とは、（血液寒天培地での）細菌の培養の際の特徴での分類（ α 、 β 、 γ ）で、赤血球を溶かす溶血毒を産生することです。（図下）

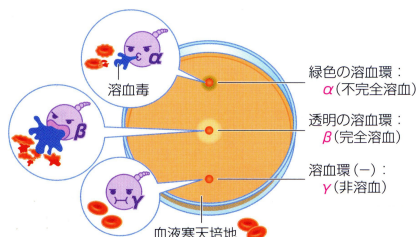
さらに細胞壁の抗原性により分類されます（「Lancefield分類」：A～Vまであり、IとJは欠番）。

「レンサ（連鎖）球菌」とは、鎖の样につながって配列（図 右上、右）する特徴がある「球菌」（*）です。

* 「球菌」とは球の様に丸い菌で、ほかに細長い形をした「桿（かん）菌」などがあります。



図（上）：
A群溶血性レンサ球菌（電子顕微鏡写真）



「溶血性レンサ球菌」と呼ばれる細菌には、 α 溶血と β 溶血を呈する2種類があり、後者でヒトに病原性を有するものは、A群、B群、C群、G群などです。溶連菌感染症の90%以上がA群によるものです。したがって、一般にはA群溶血性連鎖球菌（A群 β 溶血性連鎖球菌）による感染症を「溶連菌」感染症として理解されています。（「A群 β 溶血性連鎖球菌」の大部分が＜化膿性レンサ球菌＞（図 下）ですが、他の菌種も含まれます。）

菌 名	溶血性	Lancefield分類	主な感染症
ストレプトコッカス ピオゲネス <i>Streptococcus pyogenes</i> =化膿性レンサ球菌	β (完全溶血)	A群	咽頭炎・扁桃炎、猩紅熱、 丹毒、痂皮性膿痂疹、 劇症型A群レンサ球菌 感染症など
ストレプトコッカス アガラクティアエ <i>Streptococcus agalactiae</i> =B群 β 溶血性レンサ球菌 (GBS) =アガラクシア菌	β (完全溶血)	B群	新生児敗血症、髄膜炎
ストレプトコッカス ニューモニアエ <i>Streptococcus pneumoniae</i> =肺炎球菌	α (不完全溶血)	分類不能	肺炎、髄膜炎、 中耳炎、副鼻腔炎
viridans streptococci (oral streptococci) =緑色レンサ球菌 (口腔レンサ球菌)	α (不完全溶血)	分類不能	亜急性心内膜炎

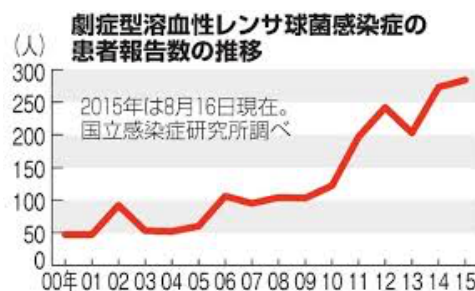
「溶連菌」は、健康な小児の2割程度が咽頭に保有している細菌です。一般的には、「A群 β 溶連菌感染症」は学童期に多く、咽頭炎・扁桃炎として発生し問題となる菌は、A群 β 溶連菌です。咽頭炎・扁桃炎などの急性感染症と「続発症」があります。上気道症状のほかに皮膚の感染症状が多く見られます。

さらに重要な点は、急性糸球体腎炎、リウマチ熱、リウマチ性心疾患などの「続発症」は、主に産生された抗体や免疫複合体によるもので、感染から数週間後に発症します。

「劇症型溶血性レンサ球菌感染症」は1987年に米国で最初に報告され、その後、ヨーロッパやアジアからも報告されています。日本における最初の典型的な症例は1992年に報告されており、毎年100-200人の患者が確認されています。昨年は患者数が国立感染症研究所の調査開始（1999年）以来最も多い273人に上り、今年（平成27年）は8月9日時点で昨年の報告を超えています。

（図 右）そして、このうち約30%が死亡しており、きわめて致死率の高い感染症です。

主な病原体はA群溶血性レンサ球菌です。



通常は、溶血性レンサ球菌に感染しても無症候のことも多く、一般的な小児が罹患するA群溶血性レンサ球菌感染（上記）に比べて、劇症型溶血性レンサ球菌感染症は子供から大人まで広範囲の年齢層に発症しますが、特に30歳以上の大人に多いのがひとつの特徴です。

妊婦がこの病気にかかり発病から1日以内に死亡する例が相次いでいることが分かっています。これまでに14人が確認されており、そのうち命が助かったのは1人だけです。喉（のど）などの粘膜や皮膚の傷口から感染するとされていますが、**どういう場合に劇症化するのかなど**詳しいことはわかっていません。しかし、特定の遺伝子の型を持つ溶血性レンサ球菌が劇症化することまでは解明されつつあります。

症状

初期症状は、突然の発熱、悪寒、全身倦怠感、四肢の疼痛（手足の筋肉の痛み・腫れ）、喉の痛み、食欲不振、下痢・嘔吐などインフルエンザと似た症状で、非常に判断しにくいという特徴を持っています。

さらに、初期症状が現れてから、数時間～数日の間に急激に全身症状が見られます。すなわち、傷口の激痛、血圧低下、手足が赤紫色に変化し、水疱の形成、主に手足（軟部組織）の壊死、錯乱状態や昏睡などで、24時間以内に多臓器不全へ進行することもあります。

全身症状としては、発熱が最も一般的です。

（ただし、患者の10%はショックによる低体温となります。）

局所的な腫脹、圧痛、疼痛、紅斑のような軟部組織への感染の徴候は、傷口、創部など皮膚の入口が存在する場合によくみられます。発熱などを伴い皮膚に紫色の水疱がみられると、「**壊死性筋膜炎**」や筋炎のような深部の軟部組織の感染を起こしている可能性が考えられます。38℃を超える発熱や傷口の激しい痛みや腫れなどの初期症状から急激に悪化し、数日以内にショック症状（血圧の低下が起こり、腎臓・肝臓・肺などの臓器の機能が急速に低下した状態をいいます。「レンサ球菌性毒素性ショック症候群」、「毒素性ショック様症候群」や多臓器不全などに陥ることがあります。

早期に治療を行わないと約30%が死に至る致死率の高い感染症であり、早急に病院など医療機関において、適切な処置が必要となります。

妊娠中の女性が感染した場合にも進行速度が

速く、1日で死亡に至るケースが相次いで確認されています。特に妊娠末期の子宮は、血液が大量に流れ込んでいるため、菌が繁殖しやすく、通常型よりも急激な症状を起こしているのではないかとされています。また、体力や免疫力が落ちがちであることもその一因と考えられています。

そのために妊娠中の感染予防（マスクの着用、手洗い・うがい、消毒、怪我をした時の適切な対処など）は特に注意が必要です。

治療

重症化のリスクを下げるためには、早期に治療を開始することが重要です。

抗菌薬としてはペニシリン系薬が第一選択薬です。集中管理のもと、抗菌剤による治療が行われます。

ただし、壊死に陥った軟部組織は菌の生息部位であり、感染の拡大を防ぎ、筋壊死による腎不全および代謝性アシドーシスの悪化を防止するため、可及的広範囲に病巣を切除することが必要とされます。

図は、国立感染症研究所ホームページ、livedoorBlog「地球情報局」、m3.com 臨床ダイジェスト から引用しました。



図（上）

左：「壊死性筋膜炎」の皮膚所見

右：蜂窩織炎

痛みのある発赤、腫脹は両方共通して見られる所見のため、鑑別に困難なこともあります。ただ、壊死性筋膜炎の方がさらに激しい痛み、また病変部局所の紫斑、水疱、血疱、壊死が多く例で見られます。

初期には蜂窩織炎と類似した症状を呈し、判別が難しいことがありますが、皮膚が黒く壊死してきた場合には、必ず「壊死性筋膜炎」を疑うとされています。

この「診療所だより」や診療についてのご意見・ご要望などをお気軽にお寄せください。
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4(御国通り2丁目)

電話：0745-65-2631