

## 24章 細菌感染症

皮膚細菌感染症は、表皮や粘膜の常在菌あるいは通過菌が、毛包や汗腺など皮膚バリア機能の低下している部位や創部などから侵入して生じる。一般に感染が起こってから発症するには菌量、毒力など細菌側の要因と宿主の防御機構の相対的な力関係により左右される。皮膚細菌感染症を疑った場合には、必ず細菌培養、同定、薬剤感受性試験を行い、適切な抗菌薬を選択することが大切である。本章では臨床的に、①急性の一般的な皮膚感染症（急性膿皮症）、②慢性の皮膚感染症（慢性膿皮症）、③菌の産生する毒素などにより生じる全身性感染症、④特殊な菌により特殊な臨床像を呈する疾患群の4群に分類し、それぞれ代表的な疾患について解説する。

### A. 急性膿皮症 acute pyoderma

#### 1. 伝染性膿痂疹 impetigo contagiosa ★

##### Essence

- 角層下に細菌感染が起こり、その毒素のために水疱や痂皮を形成。自家接種により拡大する。いわゆる“とびひ（飛び火）”。
- 乳幼児に好発し、黄色ブドウ球菌により水疱を形成する水疱性膿痂疹（bullous impetigo）と、主にA群β溶血性レンサ球菌の感染により痂皮を形成する痂皮性膿痂疹（crusted impetigo）に分類。
- 治療はセフェム系抗生物質の全身投与が中心。

#### 1) 水疱性伝染性膿痂疹 bullous impetigo contagiosa ★

##### 症状

主に3歳以下の幼小児で、夏季に好発する。保育園や幼稚園などで集団発生しやすい。小外傷部や虫刺症、湿疹、アトピー性皮膚炎などの掻破部位に初発する。痒痒を伴う炎症の乏しい小水疱から始まり、大型化して弛緩性水疱を形成する。これは容易に破れてびらんとなり、辺縁に拡大して周辺や遠隔部位へ“飛び火”して新たな水疱となる（図24.1）。接触により他人に伝染する。痂痕を残さず治癒するが、ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群（SSSS）へ移行する場合がある（後述）。Nikolsky現象陰性。

##### 病因

角層で増殖した黄色ブドウ球菌が表皮剥脱毒素（exfoliative toxin；ET）を産生し、浅い水疱を生じることによる。



図24.1 ① 伝染性膿痂疹（impetigo contagiosa）  
びらん、水疱、膿疱、痂皮を認める。



図 24.1 ② 伝染性膿痂疹  
顔面に小水疱，小膿疱を播種状に認める。

### 鑑別診断

虫刺症は炎症が強く，水疱は形成しても通常緊満性で，水疱内容は無菌である．ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 (SSSS) では独特の顔貌 (眼囲，口囲の特徴的な病変) を示し，Nikolsky 現象陽性．成人での発症の場合は落葉状天疱瘡との鑑別を要する．

### 治療

シャワーなどで清潔を保ち，痂皮形成するまではタオルなどを患者専用にして病変の拡散を防ぐ．抗生物質含有軟膏の外用，セフェム系抗生物質内服を行う．

## 2) 痂皮性伝染性膿痂疹 *crusted impetigo contagiosa* ★

### 症状・疫学

水疱形成は少なく，小紅斑から始まり，膿疱，黄褐色の痂皮を形成する．痂皮は厚く固着性で，圧迫によって膿汁を排出する．通常，皮疹は同時に多発する．所属リンパ節は有痛性腫脹をきたし，咽頭痛や発熱を伴うことが多い．水疱性膿痂疹と異なり，年齢や季節を問わずに突然発症するが，近年アトピー性皮膚炎患者で増加している．

### 病因

主に A 群  $\beta$  溶血性レンサ球菌 (化膿性レンサ球菌 *Streptococcus pyogenes*) が角層下に感染することによる．

### 鑑別診断

とくにアトピー性皮膚炎患児では Kaposi 水痘様発疹症との鑑別が難しく，合併例もある．Tzanck 試験や膿汁の塗抹標本で巨細胞の有無を検索する．

### 治療

抗生物質内服．レンサ球菌性の場合は，糸球体腎炎の併発に注意して尿検査も行う．腎炎の併発予防の点から，皮疹が軽快後もさらに最低 10 日間の抗生物質内服を続ける．

## 2. 丹毒 *erysipelas* ★★

### Essence

- 主に A 群  $\beta$  溶血性レンサ球菌 *Streptococcus pyogenes* による真皮の感染症。

- 突然発熱し、顔面に好発。急激に境界明瞭な浮腫性紅斑が拡大。圧痛や熱感が強い。
- 細菌培養は検出率が低いため、ASO、ASK 値なども測定する。
- 治療はペニシリン系抗生物質が第一選択。

### 症状

突然、悪寒発熱を伴って、主に顔面や下肢に境界明瞭な浮腫性の紅斑が生じる。表面は緊張して光沢があり、圧痛が強い。所属リンパ節の腫脹を伴う。皮疹は急速に“油を流したように”遠心性に拡大していく。ときに浮腫性紅斑上に水疱を形成することがある〔水疱性丹毒 (erysipelas bullosa)〕。顔面では片側から始まり、急速に両側性となりやすい (図 24.2)。発熱や悪心、嘔吐など全身症状を伴う。約 1 週間で解熱とともに皮疹も消退する。同一部位に繰り返し発症する場合があります。これは習慣性丹毒 (erysipelas habitualis) と呼ばれる。

### 病因

真皮を病変の主座とする化膿性炎症性疾患で、主に A 群  $\beta$  溶血性レンサ球菌 (*S. pyogenes*) が原因である。他群のレンサ球菌 (新生児では B 群)、黄色ブドウ球菌、肺炎球菌などでも類似の症状をきたす場合がある。習慣性丹毒は局所でのリンパ流障害や不十分な治療によるとされるが、原因は不明である。

### 検査所見

レンサ球菌感染を反映して、菌体外産物に対する抗体 (ASO、ASK など) が上昇する。赤沈亢進、白血球増多 (核左方移動)、CRP 陽性。組織片や吸引組織液からの細菌検出率は低い。PCR 法によるレンサ球菌の検出も可能である。

### 鑑別診断

蜂窩織炎はより深在性の病変であり (図 24.3)、紅斑の境界が明瞭ではない。壊死性筋膜炎は、急速に進展する皮膚の壊死病変と激烈な全身症状が鑑別のポイントとなる。そのほか、虫刺症、血栓性静脈炎、Sweet 病、帯状疱疹、丹毒様癌などと鑑別する。

#### 類丹毒 erysiploid

★ MEMO

グラム陽性桿菌である *Erysipelothrix rhusiopathiae* (豚丹毒菌) の経動物感染による。動物や獣肉、魚介類を扱う人に好発する。手指などの微細外傷から菌が侵入し、1～4 日の潜伏期を経て有痛性の境界鮮明な浮腫性紅斑が生じる。遠心性に拡大し中心治癒傾向をもつ。ペニシリン系やテトラサイクリン系薬内服が著効する。



図 24.2 丹毒 (erysipelas)  
顔面の境界明瞭な浮腫性紅斑。熱感、圧痛を伴う。

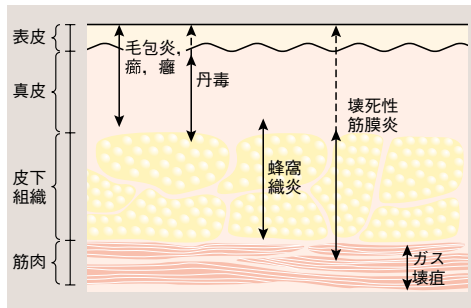
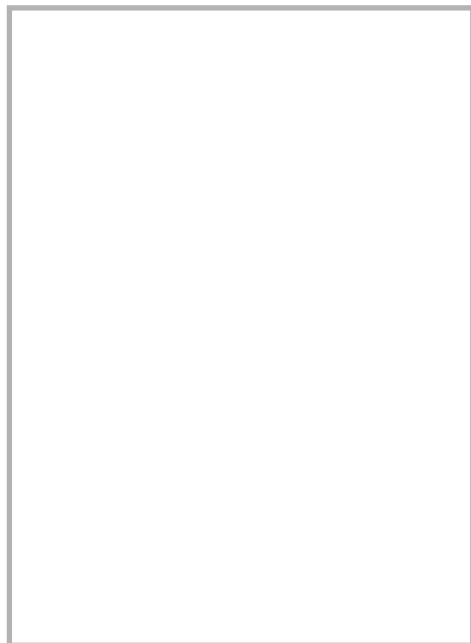
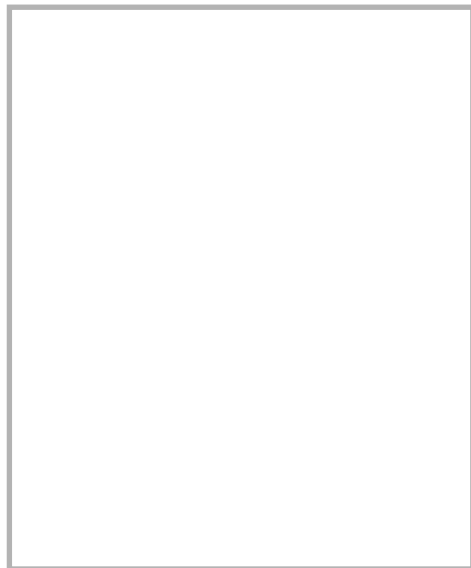


図 24.3 急性膿皮症の深さによる分類

図 24.4 ① 蜂窩織炎 [cellulitis, phlegmon (e)]  
境界不明瞭な紅斑、腫脹、局所熱感、圧痛を伴う。**治療**

抗生物質投与（ペニシリン系や新世代経口セフェム薬）。再発や腎炎の併発を考慮して、軽快後も 10 日間は治療を続ける。

**3. 蜂窩織炎 cellulitis, phlegmon (e)**

★

★

**Essence**

- 真皮深層から皮下組織の広範囲な急性化膿性炎症（図 24.3）。
- 顔面や四肢に突然発症し、境界不明瞭な紅斑、腫脹、局所熱感および疼痛を認める。
- 壊死性筋膜炎や敗血症へ移行することもある。
- 治療は局所の安静と抗生物質の投与。

**症状**

顔面や四肢（とくに下腿）に好発する。境界不明瞭な紅斑、腫脹、局所熱感として始まり急速に強い浸潤となり、圧痛および自発痛を伴う（図 24.4）。やがて浸潤は吸収されて治癒することが多いが中央部が軟化し膿瘍を形成することもある。発熱、頭痛、悪寒、関節痛などの全身症状を伴う。ときに壊死性筋膜炎や敗血症へ進展する。

**病因**

黄色ブドウ球菌が主体であるが、A 群  $\beta$  溶血性レンサ球菌やインフルエンザ菌（とくに乳幼児）なども原因となる。多くは経皮的に侵入し、外傷や皮膚潰瘍、毛包炎、足白癬などから続発性に生じるが明らかな侵入門戸のない場合もある。局所での静脈循環不全やリンパ浮腫も誘因となる。

**検査所見**

赤沈亢進、白血球増多（核左方移動）、CRP 陽性。ときに肝酵素が上昇する。病巣部で膿汁が存在すれば菌検出は容易であるが、膿汁がない場合は細菌培養は困難である。

**鑑別診断**

丹毒は病変部位が浅く、進行部位の境界が鮮明とされるが、実際は区別が難しい。壊死性筋膜炎は紫斑や水疱、血疱を認め、全身症状が顕著である。そのほか血栓性静脈炎、結節性紅斑、虫刺症、带状疱疹などとの鑑別が必要である。

**治療**

局所を安静に保ち、セフェム系抗生物質の内服あるいは点滴

静注を行う。局所症状に比べ、高熱、白血球数やCRPの異常高値、全身症状が顕著な場合は壊死性筋膜炎の発症を考慮して対処する。

#### 4. 毛包炎 folliculitis ★

同義語：毛嚢炎，尋常性痤瘡（acne vulgaris）

##### Essence

- 単一毛包に限局した細菌感染症。紅斑を伴う膿疱として認める。
- 思春期の顔に多発する場合，尋常性痤瘡（いわゆる“にきび”）と呼ぶ。
- 病状が進行すると癬や癰に発展する。
- 治療はスキンケア，抗生物質の外用や内服。

##### 症状

毛孔に一致した紅斑や膿疱をみる（図 24.5）。通常皮疹は数日で痂皮を形成，癢痕を残さず治癒する。浅在性で顔面などに多発するものをとくに尋常性痤瘡という（19章参照）。深在性の毛包炎では炎症症状が強く，癬や癰（次項）に移行する場合がある。男性の須毛部に発生した深在性の毛包炎を尋常性毛瘡（sycosis vulgaris）という。

##### 病因

毛孔の微小外傷，搔破，発汗過多による角質の浸軟やステロイド外用などが誘因となり，毛孔へ黄色ブドウ球菌や表皮ブドウ球菌などが感染し，毛包に炎症が生じる。

##### 治療

少数の毛包炎は治療の必要なく自然治癒する。多発する場合は抗生物質の外用や内服を行う。

#### 5. 癬（せつ），癰（よう） furuncle, carbuncle ★ ★

##### Essence

- 毛包炎が進行したもの。中心に膿点を形成し，化膿性腫脹をきたす。
- 1つの毛包に発生したものが癬（いわゆる“おでき”），複数の毛包に広がったものが癰。癬が長期間にわたって発生するか，あるいは同時に多発するものを癰腫症という。
- 治療は抗生物質の投与，切開排膿。

 『あたらしい皮膚科学』のトップページへ



図 24.4 ② 蜂窩織炎

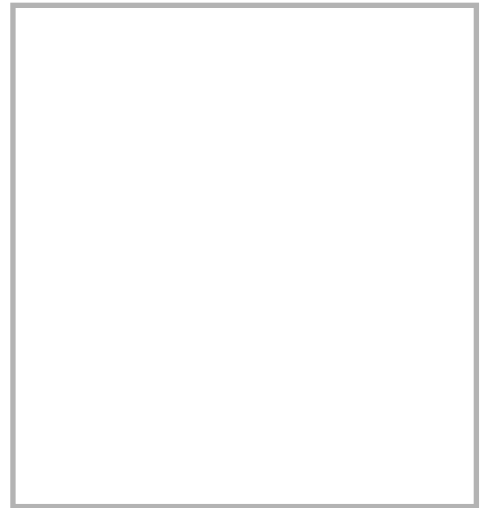


図 24.5 毛包炎 (folliculitis)  
*Malassezia furfur* による (25章参照)。