

表 27.1 STS と TPHA 結果の解釈とその対策

STS	TPHA	解釈	対策
-	-	非梅毒	
		*梅毒に感染した直後	数週間おいて再検査
-	+	治療後の梅毒	
		*梅毒感染後長い年月を経たもの	FTA-ABS による確認
+	-	*非特異反応	
		梅毒感染の初期	一定期間後の再検査と FTA-ABS による確認
+	+	他の疾患による BFP	自己免疫性疾患などの検査
		梅毒	治療開始
		*BFP と非特異反応	FTA-ABS による確認

*を付したものはごくまれである。BFP：biological false positive（生物学的偽陽性）
 (菅原孝雄・高橋朋子。免疫学的検査 梅毒トレポネーマ。日本臨床 1990；S48：408-12 から引用)

TPHA を対比してまとめた。この 2 種の試験を組み合わせることで、梅毒罹患の有無や病勢などを判断できる。

また、神経学的症状を認める例、治療の失敗例、非ペニシリン治療例、大動脈炎やゴム腫、虹彩炎などの活動性梅毒を示す症状のある例、HIV 陽性例では神経梅毒の検索のため腰椎穿刺の適応となる。

治療

第一選択はペニシリン系抗生物質。現在までにペニシリン耐性株は出現していない。晩期梅毒では早期梅毒に準じた治療を半年おきに反復するが難治である。ペニシリン過敏症のある場合は、マクロライドやテトラサイクリン系の薬剤を使用する。早期梅毒に抗生物質を投与すると、トレポネーマが急速に大量に死滅するため中毒反応が生じ、投薬後数時間のうちに 40℃前後の発熱と皮疹の増悪をみる (Jarisch-Herxheimer 反応)。これに対しては NSAIDs を使用する。神経梅毒に対してはペニシリン内服や筋注では髄液への移行が不良のため、水性ペニシリン G の大量静注が推奨されている。

また、HIV 感染者では治療への反応が典型的ではないこともあり、神経梅毒に準じて高容量かつ長期の治療が必要となることもある。梅毒トレポネーマの再感染もまれではない。

2. 軟性下疳 chancroid ★

病因・疫学

性行為によって軟性下疳菌 *Haemophilus ducreyi* が感染することによる。グラム陰性桿菌で、Unna-Pappenheim 染色によく染まる。熱帯や亜熱帯地方では頻度が高いが、わが国では年間数十例程度。

症状

感染から 2～3 日後に、冠状溝、包皮、陰唇、陰口などに紅色丘疹を認め、まもなく膿疱化、潰瘍となる。潰瘍は激痛を伴い、中心に膿苔をもつ。触れると軟らかい。病変ははじめ 1 か所であるが、自家接種による多発や急速な拡大がある。発症して 2～3 週間後に、25～60% の患者において有痛性、片側性の鼠径リンパ節腫脹を認める [有痛性横痃 (bubo dolenter)]。

検査所見・診断

臨床症状から診断を下すことが多い。伊東反応 (軟性下疳菌ワクチンを用いて皮内反応を行う) が従来用いられていたが、

近年は行われていない。

治療

アジスロマイシン，セフトリアキソン，エリスロマイシンなどが第一選択となる。大部分の菌株はテトラサイクリン，アモキシシリン，ST 合剤などには耐性となっている。

3. 鼠径リンパ肉芽腫症 lymphogranulomatosis inguinale ★

Essence

- クラミジア感染症であるが日本ではまれ。
- 性行為で感染し，感染後 1～2 週間で外陰に小丘疹や小水疱。さらに 1～2 週間で発熱し，鼠径部，大腿部のリンパ節が腫脹。

病因

以前は宮川小体と呼ばれていた，クラミジアの一種 *Chlamydia trachomatis* による。

症状

第四性病とも呼ばれ，熱帯に多い。感染後数日で，外陰や肛門部に直径 1 mm 大の単純疱疹に類似した小丘疹が単発する。自覚症状を欠くため，気付かないうちに自然消退する。その後約 1 週間で，発熱や肝脾腫などの全身症状をきたし，同時に所属リンパ節が硬く腫脹しはじめ，自潰排膿をするようになる。男性では主に鼠径リンパ節が，女性では肛門直腸リンパ節が侵されやすい。とくに女性では外陰部リンパ浮腫や象皮症様変化，尿道および直腸狭窄をきたすことがあり，この現象をエスチオメヌ（esthiomène）と呼ぶ。

検査所見・診断・治療

抗原検査法，PCR 法，また，皮疹やリンパ液に病原体が存在するかを電顕で確認する。患者リンパ節穿刺液を用いた皮内反応検査〔フライ反応（Frei reaction）〕は近年行われていない。生検は瘻孔を形成するため禁忌である。治療にはテトラサイクリンやマクロライド系薬剤の内服を行う。