

24章 細菌感染症

皮膚細菌感染症は、表皮や粘膜の常在菌（resident skin flora）あるいは通過菌（transient skin flora）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。感染が成立して発症するかどうかは、菌量、毒性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、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、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 pyodermas

1. 伝染性膿痂疹 impetigo, impetigo contagiosa ★

Essence

- 角層下に細菌感染が起こり、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”。
- 乳幼児に好発し、水疱を形成する水疱性膿痂疹（bullous impetigo）と、痂皮が主体になる痂皮性膿痂疹（non-bullous impetigo）に分類される。原因菌は黄色ブドウ球菌やA群β溶血性レンサ球菌など。
- 治療はセフェム系抗菌薬の全身投与が中心。

1) 水疱性膿痂疹 bullous impetigo

症状

主に乳幼児に好発し、夏季に保育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、細菌を含む水疱内容物が周辺や遠隔部位へ“飛び火”し、新たな水疱となる（図24.1）。接触により他人に伝染する。Nikolsky現象陰性。瘢痕を残さず治癒する。ときにブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群（SSSS, p.522 参照）へ移行する場合がある。

図24.1① 伝染性膿痂疹（impetigo, impetigo contagiosa）
びらん、水疱、膿疱、痂皮を認める。

病因

角層で増殖した黄色ブドウ球菌 *Staphylococcus aureus* が表皮剥脱毒素 (exfoliative toxin) を産生し、これが表皮のデスマogleイン 1 (Dsg1) を障害することで表皮内水疱を生じる (1 章 p.7, 14 章 p.247 参照)。

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, p.522 参照) では独特の顔貌 (眼囲、口囲の特徴的な病変) や発熱などの全身症状を呈し、Nikolsky 現象陽性。成人発症の場合は落葉状天疱瘡との鑑別を要し、本症でも血清抗 Dsg1 抗体価が軽度上昇することがある。

治療

シャワーなどで清潔、乾燥を保ち、痂皮を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。抗菌薬含有軟膏の外用、セフェム系抗菌薬内服を行う。

2) 痂皮性膿痂疹 non-bullous impetigo**症状・疫学**

水疱形成は少なく、小紅斑から始まり、多発性の膿疱、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。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もある。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

A 群 β 溶血性レンサ球菌 *Streptococcus pyogenes* や黄色ブドウ球菌が角層下に感染することによる。両者の混合感染も多い。

鑑別診断

とくにアトピー性皮膚炎合併例では ^{カポジ}Kaposi 水痘様発疹症との鑑別が難しく、合併例もある。

治療

抗菌薬の外用や内服。レンサ球菌性の場合は、糸球体腎炎が続発することがあるため尿検査を検討する。腎炎の併発予防の点から、10 日間程度の抗菌薬内服が望ましい。

図 24.1② 伝染性膿痂疹 (impetigo, impetigo contagiosa)
小水疱、小膿疱を播種状に認める。

膿瘡 (ecthyma)

MEMO 