



図 24.14 トキシックショック症候群 (toxic shock syndrome)

を含めた抗菌薬の大量投与や免疫グロブリン大量静注療法，抗ショック療法を速やかに行う必要がある．皮疹は1～2週間で落屑を伴って治癒する．

3. 猩紅熱 scarlet fever

Essence

- A群β溶血性レンサ球菌が産生する毒素によって生じる，紅斑および粘膜疹である．
- 咽頭痛と高热で初発し，舌の発赤（莓状舌）と全身に出現する密な紅斑が特徴．
- 皮疹は口の周囲を避ける（口囲蒼白）．
- 治療はペニシリン投与．腎炎やリウマチ熱の発症に注意．

症状

学童に好発し，潜伏期間は1～5日とされる．突然の発熱と咽頭痛で発症し，まもなく莓状舌（strawberry tongue）が出現する．初期は白苔が主体であるが，1～2日で白苔がとれて典型的な莓状舌になる．皮疹は発症後1～2日で出現する．鮮紅色で毛孔一致性の小丘疹が頸部に出現し，数日以内に体幹，顔面，四肢に拡大する．軽度の瘙痒を伴い，皮疹は癒合してザラザラした感触を有する（サンドペーパー状と表現される），顔面ではびまん性の紅潮をきたすが，口囲や鼻翼周囲では皮疹を認めない〔口囲蒼白（perioral pallor）〕．掌蹠は通常侵されない．軟口蓋の出血斑，全身リンパ節腫脹などを認める．第3～4病日で解熱し，それに伴って皮疹は落屑状になり，色素沈着などを残さず治癒する．本症の典型的な臨床経過を図 24.15 に示す．

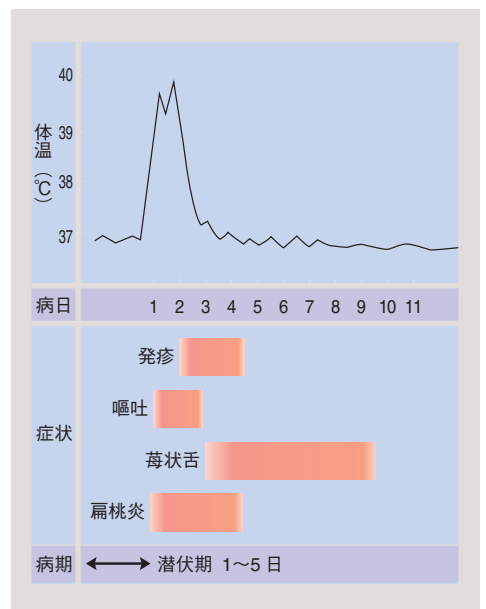


図 24.15 猩紅熱の臨床経過

“人食いバクテリア”

MEMO

Vibrio vulnificus 感染症 ★

MEMO

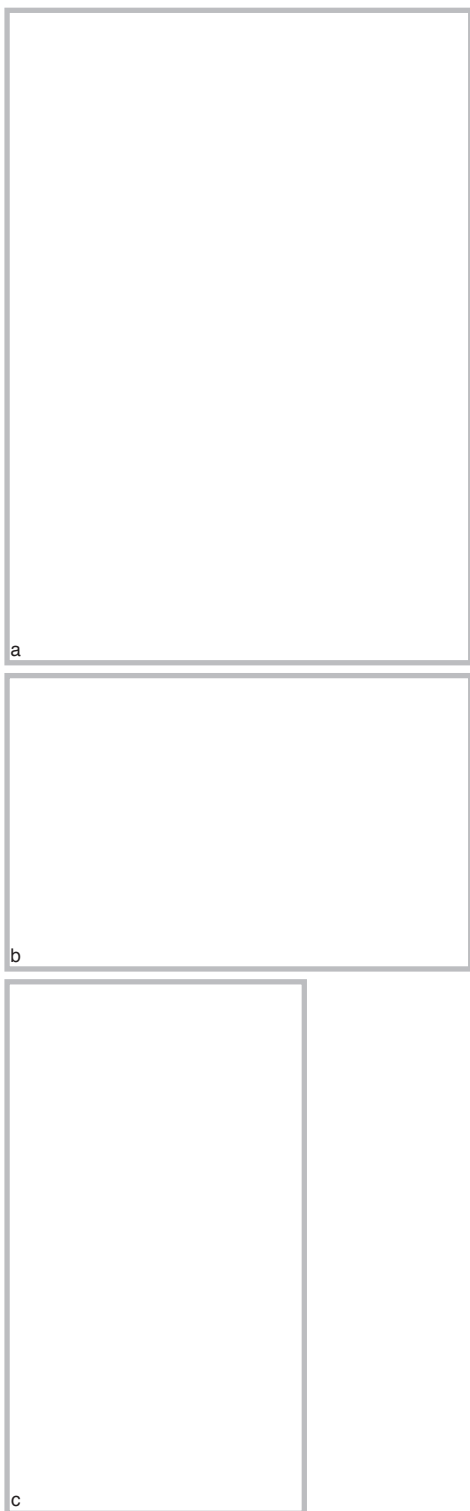


図 24.16 壊死性筋膜炎 (necrotizing fasciitis)
a, b: 急速に進行する汎発性の紫斑, 水疱, 血疱, 壊死, 潰瘍。c: 病変部のデブリードマン後, 筋膜を含む皮下組織にまで病変は及んでいた。

病因

A 群 β 溶血性レンサ球菌が口蓋扁桃や皮膚に感染し, その産生する外毒素 [SPE-B (streptococcal pyogenic exotoxin B) など] によって全身に皮疹を生じる。黄色ブドウ球菌感染でも腸毒素 [エンテロトキシン (enterotoxin): SEB (staphylococcal enterotoxin B) など] によって同様の症状を呈することがある (staphylococcal scarlet fever)。

検査所見・診断

咽頭などの感染巣から菌を検出する。迅速診断キット (ストレップ A など) も診断に有用である。白血球増加, 核左方移動などを認める。ASO や ASK は感染後 1 ~ 3 週間で上昇する。

鑑別診断

風疹などウイルス性発疹症との相違点については図 23.25 を参照。薬疹や SSSS との鑑別が必要なこともある。川崎病は臨床像が非常に類似するが, ①発熱期間が長い, ②咽頭培養陰性, ③掌蹠や眼球結膜が侵されるといった点で鑑別される。

治療・予後

ペニシリン G やセフェム系抗菌薬の内服が第一選択であり, 2 ~ 3 日で皮疹は消失するが, 投薬を早期に中止すると咽頭の A 群 β 溶血性レンサ球菌が再増殖し, 腎炎やリウマチ熱などの合併症を起こすことがあるので, 最低 2 週間内服を行う。また, その後も定期的な尿検査などが望ましい。

4. 壊死性筋膜炎 necrotizing fasciitis ★

類義語: 壊死性軟部組織感染症 (necrotizing soft tissue infection)

Essence

- 皮下脂肪組織および浅層筋膜の急性細菌性炎症 (図 24.3 参照)。中高年の四肢や陰部に好発。
- 激痛を伴う発赤腫脹や潰瘍と発熱などの全身症状。
- 早期の抗菌薬大量投与と十分なデブリードマンが必要。多臓器不全で死亡する場合もある。

症状

四肢 (とくに下腿), 陰部, 腹部に好発し, 40 歳以上に多い。限局性の発赤腫脹から始まり, 1 ~ 3 日のうちに紫斑, 水疱や血疱, 壊死, 潰瘍をみる (図 24.16)。進行とともに患部の知覚は低下する。辺縁の臨床的に一見健康にみえる部位でも, そ