



劇症型溶血性レンサ球菌感染症について



劇症型溶血性連鎖球菌感染症について、本稿で取り上げます。厚生労働省によると、その定義は「 β 溶血を示すレンサ球菌を原因とし、**突発的に発症して急激に進行する敗血症性ショック病態**」となります(厚生労働省ホームページ: <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-05-06.html>参照)。

劇症型溶血性連鎖球菌感染症を引き起こす主な病原体は**A群 β 溶血性連鎖球菌(Streptococcus pyogenes)**であり、一般的には急性咽頭炎などを引き起こす病原体です。一方、ひと度劇症型溶血性連鎖球菌感染症を発症すると、初期症状としては発熱、全身倦怠感、四肢の疼痛・腫脹、血圧の低下等があり、その後病態は急激に悪化して短期間の内に急性腎不全、ARDS、DIC、多臓器不全を引き起こし、死に至ることも少なくありません(死亡率は現在でも約30%とされている)。劇症型溶血性連鎖球菌感染症に至る前の病態としては、**壊死性筋膜炎**がよく知られていますが、その他皮膚軟部組織炎、上気道炎・肺炎、出産後の産道感染による産褥熱等があげられています。当院でも2024年に入ってから、出産後の産道感染や、植込み型の心臓ペースメーカーのリード(導線)感染を契機とした劇症型溶血性連鎖球菌感染症例を経験しています。「人食いバクテリア」等とメディアでセンセーショナルに取り上げられることも度々あり、そのことが返ってこの病態や原因菌への正しい理解を妨げている感があります。

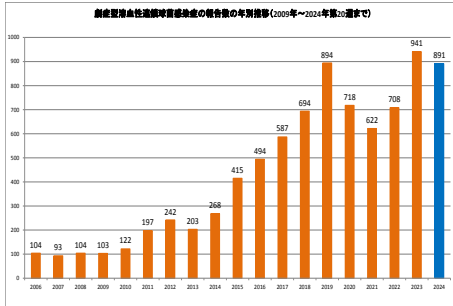


図1. 劇症型溶血性連鎖球菌感染症の報告数の年別推移 (2006年～2024年第20週、国立感染症研究所HP: <https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html>よりダウンロードされたデータを解析して作成)

2024年は、この劇症型溶血性連鎖球菌感染症の患者発生数の増加が見られています。図1は、劇症型溶血性連鎖球菌感染症年間の累積患者発生数の推移を示しています。2024年は20週までのデータですが、既に891例と2006年以降では3番目に多い報告数となっていて、今後1年間では過去最多を大幅に上回る報告数となるのが容易に推定されます。その背景としては、A群 β 溶血性連鎖球菌の一般的な感染症である急性咽頭炎患者の発生数が、2023年の秋期より急増し、以降は過去の流行時期よりも多い状態が現在まで継続していること。これによって、2023年の秋期以降は、A群 β 溶血性連鎖球菌への感染の機会が増加した状態が続いていることが挙げられると思われます(図2)。そして通常であれば、**6月と7月は年間を通して最もA群 β 溶血性連鎖球菌咽頭炎の報告数が増加する時期**であり、それに伴って劇症型溶血性連鎖球菌感染症の発生についてもまだまだ注意が必要であると思われます。

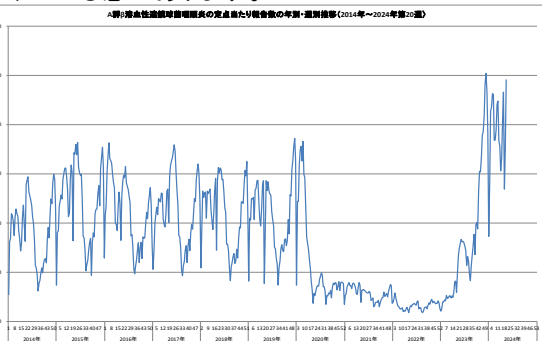


図2. A群 β 溶血性連鎖球菌咽頭炎の定点当たり報告数の年別・週別推移 (2014年～2024年第20週、国立感染症研究所HP: <https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html>よりダウンロードされたデータを解析して作成)

最後にもう一つ、やはり新型コロナの国内流行が始まった2020年以降、報告数が少ない状態が続いていた**マイコプラズマ肺炎の報告数に増加**が見られています。このままいけば、夏期から秋期にかけて、2016年以来の流行となる可能性があり、2024年はマイコプラズマ肺炎の動向に注意が必要です。(感染管理室 安井 良則)

その喀痰、「痰もどき」ではありませんか？



抗菌薬適正使用のために細菌検査は重要な検査の一つになります。細菌検査が行われる検体には血液・尿・喀痰・便など様々な種類があります。その中で、今回は採取の仕方により**検査結果が左右されやすい喀痰**について説明させていただきます。肺炎を疑う場合に行われる検査として、喀痰培養は患者さんにとって侵襲性が少ないことが利点となります。しかし、常に患者さんから喀痰を採取できるとは限らないこと、唾液混入がしやすいことなど問題点もあります。患者さんが喀痰を出せないのに関わらず、無理やり喀痰採取を行おうとすると、唾液しか採れない...患者さんがうがいやをせずに喀痰採取を行うと口腔内の常在菌が大量に混入してしまう...これらはすべて**「痰もどき」**になります。この「痰もどき」の問題点は本来検出されるべき起炎菌が検出されずに見落とされてしまう可能性があることです。喀痰培養は提出したけど常在菌しか検出されず起炎菌がわからなかった...なんてことになり、抗菌薬変更のタイミングを見失うことになりかねません。

良質な検体採取ができるよう**医療従事者が意識していくこと**で、抗菌薬の適正使用につながっていくため、ご協力をお願いします！

Miller&Jones分類

分類	喀痰の肉眼的性状
M1	唾液、完全な粘性痰
M2	粘液痰の中に少量の膿性痰を含む
P1	膿性部分が1/3以下
P2	膿性部分が1/3～2/3
P3	膿性部分が2/3以上

細菌検査では、喀痰の肉眼的性状評価を行い、結果とあわせて報告していますので参考にしてみてください。
ちなみに表の**M1とM2**に該当するものが**「痰もどき」**となります。



(細菌検査室 黒田 真莉)