

臨床と検査

－病態へのアプローチ－ (VOL.18)

Vibrio vulnificus 感染症について

はじめに

Vibrio vulnificusによる感染は、本邦では1978年に河野らによって敗血症例が初めて報告され、2000年までには約100例あまりが西日本中心に報告されています。そのうちの基礎疾患に肝硬変の患者が71%と最も多く、次いで他の肝疾患、糖尿病患者でした。また、その死亡率は68.4%で、このうち56%は3日以内という急激な経過をたどっています。

このように、V. vulnificusによる感染症は、肝硬変などの基礎疾患を有するハイリスク患者にみられる日和見感染症ですが、本菌による敗血症では特徴的な皮膚所見を伴い、急激な経過で死に至る劇症型が多く、これから夏にかけての季節、食中毒などビブリオ属菌による感染症の増加が見られるため、注意が必要です。

症状及び検査所見

原因食を摂取後、48時間以内に39台の発熱、悪寒、下肢等の疼痛があり、さらに特徴的な皮膚病変（発赤、腫脹、紫斑、水疱、壊死斑、蜂窩織炎）がみられます。

下に示すような検査所見がみられますが、本症に特異的なものはなく、大部分の患者では敗血症性ショックを呈します。

検査所見

生化学検査	A S T、C P Kなど高値
血液像	血小板減少
血液ガス	代謝性アシドーシス著明
細菌検査	血液、浸出液などから本菌検出

上肢の特徴的な皮膚変



発症機序とその病原因子

本症は、健常人に発症することは極めて稀で、症例の多くは肝硬変患者です。

その理由として、健常人では血中遊離鉄濃度が低いため、鉄要求性の高い本菌は発育できないが、肝硬変患者などで血中遊離鉄濃度が高い場合、本菌の増殖、病原性が著しく上昇するためと考えられています。

病原因子としては、細胞障害性溶血毒、エラスターゼ分解産物、siderophore（低分子鉄キレート剤）産生、細胞外膜のリポ多糖体や莢膜多糖などがあります。

診断と治療

同様の皮膚病変や軟部組織の壊死を伴う感染症に、劇症型 A 群溶連菌（グラム陽性球菌）、ガス壊疽が考えられますが、肝疾患があり、血液や滲出液などの直接塗抹鏡検にて、湾曲したグラム陰性桿菌を認め、X線像にてガス壊疽を否定することで、ある程度本菌を推定可能とされています。（最終的には、血液や壊死組織からの培養による本菌の証明によります。）

本菌が疑われるときは、早期にテトラサイクリンや、第三世代セファロスポリン系抗生剤の投与と、的確な対症療法、並びに救命のための広範囲なデブリードマン（壊死組織切除術）が必要とされています。

以上のように、本菌による原発性敗血症は、発症すれば極めて経過が早く劇症型の経過を辿るため、菌の培養結果を待たずして死亡する可能性が高く、本菌を疑う場合、迅速に塗抹検査での入念な観察により推定して、できる限り早期に治療を開始することが重要と考えられています。

また、肝障害などのハイリスク患者には、夏場の魚介類の生食を控え、創傷のある場合には、海水との接触を避けるよう指導することも大切と思われます。

引用文献

勝屋 弘忠：致命的 *Vibrio vulnificus* 感染症 メディヤサークル Vol.40,No.3(1995)

佐藤 正一：魚生食後発症した *Vibrio vulnificus* 劇症感染症の一例

日本臨床微生物学会雑誌 Vol.11,No.1(2001)