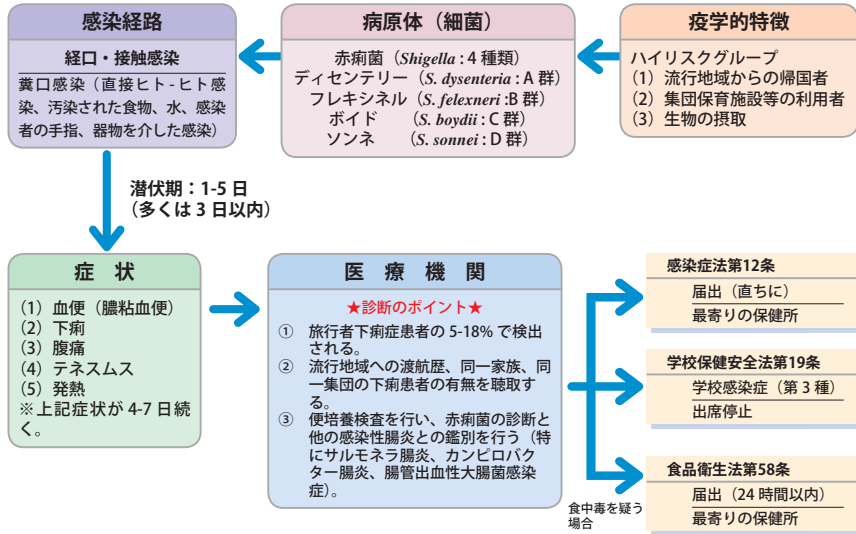


(2) 細菌性赤痢 ……三類感染症

Bacillary dysentery (Shigellosis)



治療

(1) 脱水や電解質異常に対して、輸液などの対症療法を行う。赤痢菌を疑った際に止痢剤は使用しない。
(2) 抗菌薬の使用により、発熱や下痢の出現期間や、赤痢菌の便への排出期間が短縮する。
(3) 第1選択薬剤（経口投与 5日間）
a フルオロキノロン系抗菌薬（シプロフロキサシン、レボフロキサシンなど）
b 第三世代セフェム系抗菌薬（セフトリアキソン）
c アジスロマイシン
※感受性試験判明後、臨床経過を踏まえて治療を再度検討する。

検査

■検査材料：便
(1) 分離・同定による病原体の検出

届出基準

診察あるいは検案した医師の判断により、
ア 患者（確定例）
症状や所見から細菌性赤痢が疑われ、上記検査によって病原体の診断がなされたもの。
なお、鑑別を必要とする疾患は、カンピロバクター、赤痢アメーバ、腸管出血性大腸菌等による他の感染性腸炎である。
イ 無症状病原体保有者
臨床的徴候は呈していないが、上記検査によって病原体の診断がされたもの。
ウ 感染症死亡者の死体
症状や所見から細菌性赤痢が疑われ、上記検査によって病原体の診断がなされ、細菌性赤痢で死亡したと判断したもの。
エ 感染症死亡疑い者の死体
症状、所見から細菌性赤痢で死亡したと疑われるもの。
以上の場合は、感染症法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

参考図書

- (1) von Seidlein L et al. A multicentre study of *Shigella* diarrhoea in six Asian countries: disease burden, clinical manifestations, and microbiology. *PLoS Med* 2006;3:e353.
(2) Khan WA et al. Gastrointestinal and extra-intestinal manifestations of childhood shigellosis in a region where all four species of *Shigella* are endemic. *PLoS One* 2013;8:e64097.
(3) Zhang W et al. Wide dissemination of multidrug-resistant *Shigella* isolates in China. *J Antimicrob Chemother* 2011; 66: 2527-35.

発生状況 近年の細菌性赤痢は輸入感染症の色彩が強く、本邦においては、推定感染地としてインド、インドネシア、中国、ベトナム、カンボジア、タイ、フィリピン等の報告が多い。現在年間の患者発生数は300人前後であるが、今でも時に幼稚園、保育園や福祉施設などでの集団発生を見ることがある。食中毒として発生することもある。

臨床症状 通常潜伏期1-5日（多くは3日以内）で発症し、全身の倦怠感を伴う発熱、腹痛、水様性下痢を呈する。典型例では血便やテネスマス（しぶり腹）などの赤痢症状を伴う。近年では、ソネネ菌（*Shigella sonnei*）による症例が多く、重症例は少なくなっている。ディセンテリー菌やフレキシネル菌では典型的な赤痢症状を起こすことが多い。菌血症は0-7%で生じ、小児、65歳以上の高齢者または基礎疾患を持つ成人で認められることが多い。

検査所見 (1) 便の培養検査による赤痢菌の分離同定（通常2日を要する）
(2) 血液検査は非特異的な所見を示す。

病原体 赤痢菌はディセンテリー菌（*Shigella dysenteriae*, A群）、フレキシネル菌（*S. flexneri*, B群）、ボイド菌（*S. boydii*, C群）、ソネネ菌（*S. sonnei*, D群）があり、ソネネ菌を除き数種の血清型に分かれる。グラム陰性の短桿菌で鞭毛はない。国内発生例では、D群の報告が70-80%を占めている。

ディセンテリー赤痢菌1型は志賀毒素を産生することから、溶血性尿毒症候群（HUS）との関連が注目されている。抗菌薬の使用によるHUSの発症増加はないといわれる。
近年の分離菌の多くは、ナリジクス酸やスルファメトキサゾール/トリメトプリムに耐性であるが、フルオロキノロン系抗菌薬やセフトリアキソン、アジスロマイシンへの耐性菌も報告されている。ESBL産生赤痢菌の存在も認めており、抗菌薬選択には感染地域の薬剤耐性情報が重要である。

感染経路 赤痢菌はヒト、サルが保菌する。患者や保菌者の便内の赤痢菌に汚染された水、食物による経口感染である。発症に要する菌量は極めて少ないことから、ヒトからヒトへの直接感染の危険性もある。家族内感染を20%に認めたとの報告もある。

潜伏期 潜伏期は1-5日（多くは3日以内）。排菌期間は通常4週間以内。排菌期間は有効な抗菌薬の内服により、3日間程度に短縮できる。

行政対応 患者、無症状病原体保有者を診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届け出る。病原体を保有しなくなるまで、飲食物の製造、販売、調整又は取扱いの際に飲食物に直接接触する業務への就業を制限する。学校保健安全法では学校感染症（第3種）として対応。食中毒が疑われる場合は、24時間以内に最寄りの保健所に届け出る。
■病原体を保有していないことの確認

(患者) 抗菌薬の服薬中止後48時間以上を経過した後に24時間以上の間隔をおいた連続2回の検便において、いずれも病原体が検出されないこと。
(無症状病原体保有者) 無症状病原体保有確認後48時間以上を経過した後に（抗菌薬を投与していた場合には、服薬中止後48時間以上を経過した後に）24時間以上の間隔をおいた連続2回の検便において、いずれも病原体が検出されないこと。

拡大防止 (1) 患者の便で汚染されたトイレの消毒
(2) 排便後及び食事前の手洗いの励行

治療方針 優越性が確立された抗菌薬はないものの、フルオロキノロン系抗菌薬、第三世代セフェム系抗菌薬、アジスロマイシンが選択される。近年の薬剤耐性赤痢菌の増加を踏まえて、感染地域の薬剤耐性菌の情報や検出された菌の薬剤感受性試験を参考に治療を検討するのが望ましい。