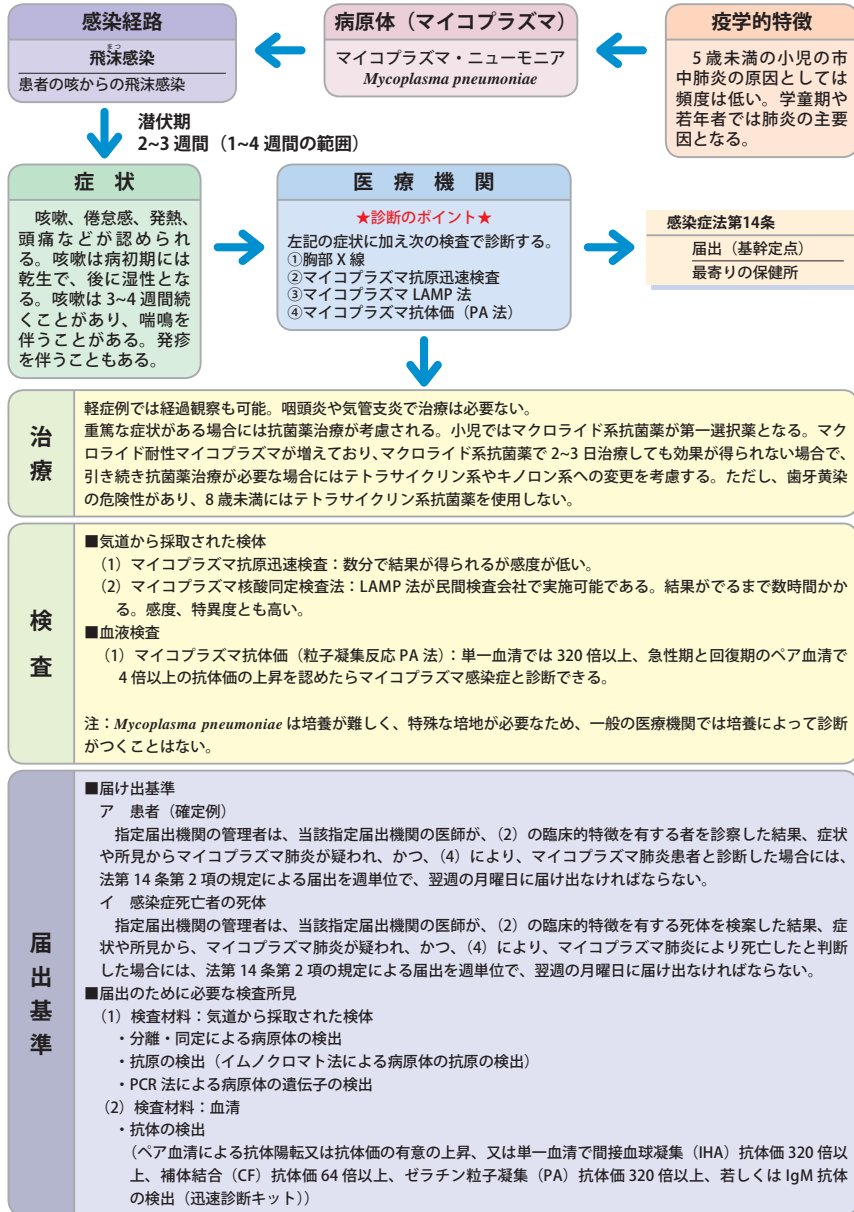


(14) マイコプラズマ肺炎 ……五類感染症・基幹定点

Mycoplasmal pneumonia



参考図書

- (1) American Academy of Pediatrics: RED BOOK 2015, 568-571
- (2) Mandell, Bennett, & Dolin: Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed. 2183-2189
- (3) UP To Date: Mycoplasma pneumoniae infection in children (2017/6/23 アクセス)

- (4) 日本マイコプラズマ学会: 肺炎マイコプラズマ肺炎に対する治療指針

**発生状況** *Mycoplasma pneumoniae* はヒトにのみ病気を発症させる。5歳未満の小児の市中肺炎の原因としては頻度は低い。学童期や若年者では肺炎の主要因となる。

**臨床症状** 症状はさまざまであるが、咳嗽、倦怠感、発熱、頭痛などが認められる。咳嗽は病初期には乾生で、後に湿性となる。咳嗽は3~4週間続くことがあり、喘鳴を伴うことがある。発疹を伴うことがあり、その他にも頻度は低いが無菌性髄膜炎、脳炎、末梢神経障害などの神経系病変、心筋炎、心外膜炎、関節炎、溶血性貧血、血小板減少性紫斑病、血球貪食症候群を来すことがある。

**検査所見** 胸部X線上の異常所見は多様であり、両側びまん性の浸潤影や、硬化性病変のような局在性病変、胸水、肺門部リンパ節腫大を認めることもある。マイコプラズマ抗原迅速検査は数分で結果が得られるが感度が低いことが問題である。マイコプラズマ核酸同定検査法としてLAMP法が民間検査会社で実施可能である。結果がでるまで数時間かかる。感度、特異度とも高いが実施するための検査装置が必要であり、医療機関によっては外注検査のため、結果が得られるまで数日を要する。マイコプラズマ抗体価をPA法で測定した場合単一血清では320倍以上、急性期と回復期のペア血清で4倍以上の抗体価の上昇を認めたらマイコプラズマ感染症と診断できる。

**病原体** *Mycoplasma pneumoniae* 細胞壁のない多形性細菌である。グラム染色では染色されない。特殊な培地を使わなければ分離培養はできず、多くの医療機関では培養困難である。

**感染経路** 飛沫感染であり、職場内、家族内感染の傾向が強い。

**潜伏期** 2~3週間 (1~4週間の範囲)

**行政対応** 指定届出機関 (基幹定点) の医師は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に年齢・性別ごとの患者発生数を届け出る。

**治療方針** マイコプラズマ感染症の多くは自然軽快する。軽症の下気道感染の小児に対する抗菌薬治療のメリットは乏しい。またマイコプラズマによる上気道炎において、抗菌薬治療が適応とならない。そのため、マイコプラズマの迅速検査やマイコプラズマのLAMP法が陽性であるというだけでは治療対象にはならない。重篤な症状がある場合には抗菌薬治療が考慮される。その場合、マクロライド系抗菌薬が第一選択薬として推奨される。マクロライド系抗菌薬で2~3日治療しても効果が得られない場合で、引き続き抗菌薬治療が必要な場合にはテトラサイクリン系やキノロン系への変更を考慮する。ただし、歯牙黄染の危険性があり8歳未満にはテトラサイクリン系抗菌薬の使用は控える。キノロン系抗菌薬もマイコプラズマ肺炎の適応となるが、耐性化をおこしやすいため、安易に使用するのは控えるべきである。

抗菌薬の用法・用量			
クラリスロマイシン	10-15mg/kg/日 (最大 400mg/日)	10日間	
アジスロマイシン	10mg/kg/日 (最大 500mg/日)	3日間	
アジスロマイシン 徐放製剤	2g/日	1日 (成人のみ)	
ミノマイシン	2mg/kg/日 (最大 200mg/日)	7日間	
レボフロキサシン	500mg/日	7日間 (小児で禁忌)	
トスフロキサシン	12mg/kg/日 (最大 360mg/日)	7日間	