

# 当院で経験した日本紅斑熱3例の検討

石川県立中央病院 救急科

南 啓介

山口 智広, 吉田 圭佑, 山田 はな, 灰谷 淳, 寺島 良, 古賀 貴博

拜殿 明奈, 蜂谷 聡明, 高松 優香, 太田 圭亮, 明星 康裕

野田 透(同院集中治療科), 越後 岳士(同院皮膚科)

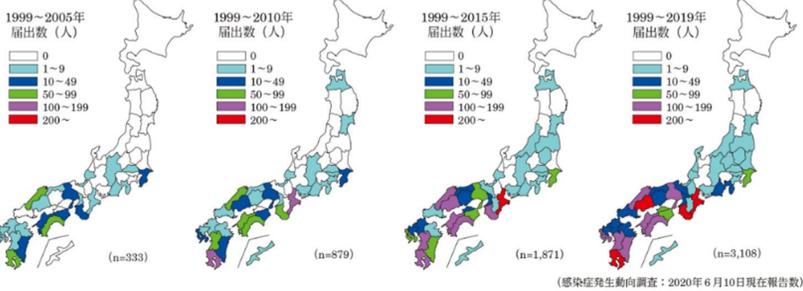
本演題の発表にあたり  
開示すべきCOIはありません

演題番号

## はじめに

日本紅斑熱は *Rickettsia japonica* を有するマダニ刺咬によって発症するリケッチア感染症である。1984年徳島県阿南市で馬原文彦が国内で初めて報告した<sup>1)</sup>。1999年に第4類感染症に指定され以降、西日本を中心に発生報告がなされているが、近年徐々に東北地方まで発生地域が拡大している<sup>2)</sup>。

日本紅斑熱の都道府県別患者届出状況, 1999~2019年



石川県では2017年に初報告があり、以後年間0~1例程度発生している。当院では2019~2024年までに3例を経験し、経過などを合わせて報告する。

## 症例1 70歳代 男性

【主訴】 発熱, 全身倦怠感, 嘔気  
【既往歴】 2型糖尿病, 高血圧症, 両側白内障  
【生活歴】 イノシシ駆除を目的に金沢市の山間部に頻繁に出入りしていた。  
【現病歴】

9月 X日 発熱, 右大腿部の皮疹を自覚した。  
X+3日 嘔気も出現し近医Aを受診。経口第3世代セフェムが処方された。症状が改善しないため同日夜間に当院を受診した。

【来院時現症】  
BT 37.4°C, BP 156/77mmHg, PR 102/min, RR 16/min, SpO2 95%(RA), 意識: 清明  
体幹四肢に赤色小紅斑が多発, 大腿部に痂皮を伴う紅斑あり。



【血液検査】

●生化学		●血算	
総蛋白	5.8 g/dL	WBC	5800 /μL
T-bil	2.3 mg/dl	RBC	455 10 <sup>9</sup> /μL
D-bil	1.3 mg/dl	Hb.	14.7 g/dL
ALP	348 U/L	Ht.	40.8 %
AST	309 U/L	Plt.	5.7 × 10 <sup>9</sup> /μL
ALT	235 U/L		
LDH	688 U/L	●凝固	
CK	131 U/L	PT%	71 %
BUN	34 mg/dl	PT-INR	1.2
Cr.	1.1 mg/dl	APTT	40 秒
Na	132 mEq/L		
Cl	100 mEq/L		
K	4.5 mEq/L		
CRP	17.37 mg/dl		

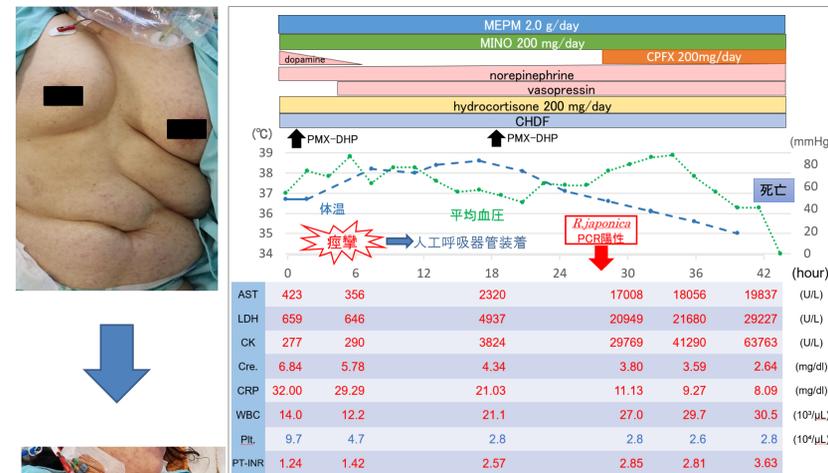
【Problem list】  
# 発熱, 全身倦怠感, 嘔気  
# 四肢体幹の発疹, 右大腿部刺し口疑い  
# 肝機能障害, 血小板減少  
マダニなどによる節足動物媒介感染症疑い  
● 日本紅斑熱 (*R. japonica*)  
● ツツガムシ病 (*O. tsutsugamushi*)  
● 重症熱性血小板減少症候群 (SFTS)  
↓  
保健所にPCR検査を依頼  
(血清および刺し口の痂皮を提出)



## 症例2 60歳代 女性

【主訴】 発熱, 皮疹  
【既往歴】 高血圧, 脂質異常症  
【現病歴】  
6月X-3日 山間部にある自宅の庭や蔵の掃除をした。  
X日 38度台の発熱と皮疹を自覚。  
X+1日 近医Bを受診し、経口第3世代セフェムが処方された。  
X+3日 徐々に全身倦怠感が増悪し、C病院を受診した。採血で炎症反応高値と肝腎機能障害を認め、血圧64/48mmHgであり敗血症性ショックの診断で入院。発疹がありリケッチア感染症も疑われMINO+MEPMが開始された。  
X+4日 ショック状態が遷延し呼吸不全も認め集中治療目的に当院へ転院した。

【来院時現症】  
BT 37.7°C, PR 135/min, BP 80/66mmHg (NAD 0.20γ+ DOA 7γ), RR 24/min  
SpO2 93%(リザーバー 6L/min), GCS: E3V5M6  
四肢や体幹に多発する2-5mm大の淡い紅斑を認める (刺し口は確認されず)



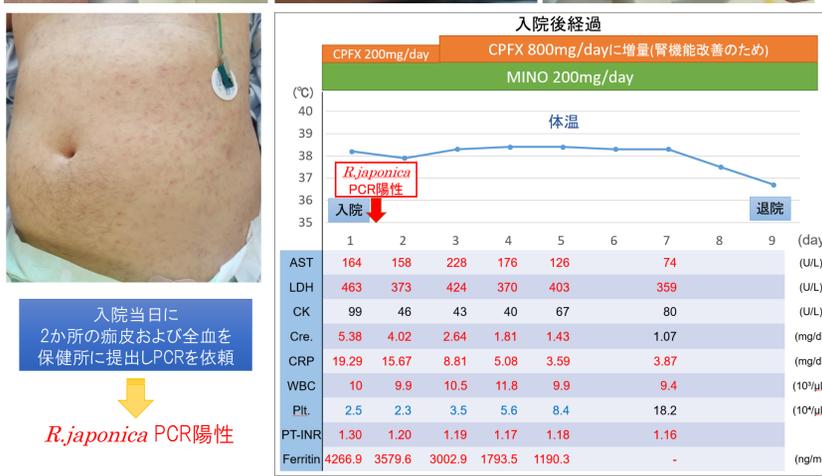
当院入院45時間後(発症から8日目)の死亡時皮膚所見  
全身に紫斑が拡大し、四肢末梢の黒色壊死が出現した



## 症例3 60歳代 男性

【主訴】 発熱, 全身倦怠感, 意識障害, 痙攣  
【既往歴】 脂質異常症  
【生活歴】 趣味: 登山 金沢市に単身赴任中  
【現病歴】  
5月X-4日 兵庫県の自宅の庭木の剪定を行った。  
X日 全身倦怠感が出現。  
X+6日 近医Dを受診しE病院に入院。MEPMによる抗菌薬治療が開始された。  
X+8日 未明に全身痙攣を発症し、当院に紹介搬送され、ICU入院となった。

【来院時現症】  
BT 37.3°C, BP 115/74mmHg, PR 137/min, RR 22/min, SpO2 95%(リザーバー 8L/min)  
GCS: E3V3M5, 手掌を含む体幹四肢に小紅斑が多発, 左臀部/左下腿に痂皮あり。



## 日本紅斑熱の特徴

発生時期: 3~11月(特に夏~秋にかけて多い), 潜伏期間: 2~8日<sup>3)</sup>

【暴露歴・居住地の聴取】

- ✓ 野山に入ったか, 畑仕事など屋外活動はしていないか
  - ✓ ダニ刺咬の有無(刺されたことを自覚しないことも多い)
- (自験例もマダニに刺されたという自覚はなかった)



リンパ節腫脹, 肝脾腫, 肺水腫, 意識障害, 痙攣  
血小板減少, AST・LDH・フェリチン上昇など<sup>4)</sup>

ポイント①  
詳細な問診や身体所見からダニ媒介感染症の可能性を検討する

【診断】

① PCR: 血清や刺し口の痂皮を提出 ⇒ 即時診断が可能  
※保健所等に検査依頼する必要がある

② ペア血清: 抗体価測定での診断も可能であるが時間を要する

ポイント②  
一般の医療機関では確定診断は困難であり  
疑った段階で最寄りの保健所などに連絡し検査を依頼する

【治療】

標準治療薬: テトラサイクリン系

・ドキシサイクリン 1回100mg 1日2回 経口 7~14日間  
または  
・ミノサイクリン 1回100mg 1日2回 経口or点滴 7~14日間

重症例やテトラサイクリン単独治療難反応例ではニューキノロン併用が選択されることもある  
・シプロフロキサシン 1回400mg 1日2回(腎機能に応じて要調節)  
(自験例では3例中2例は併用療法とした)

ポイント③  
細胞内寄生菌であり, βラクタム系抗菌薬は無効  
疑った段階で有効な治療を開始する

## 結語

- 日本紅斑熱は、今後更に発生地域が拡大すると思われる。
- 初期症状は発熱や全身倦怠感など非特異的で、一般クリニックを最初に受診することが多いと思われるが、初診時に診断されないこともあり、治療が遅れると重症化、致死的になりえる。
- 臨床医や市民に対し広く啓蒙していく必要があると考える。

### 参考文献

- 1) 馬原文彦: 日本紅斑熱の発見と臨床的疫学的研究. モダンメディア54巻2号: 32-41, 2007年
- 2) 国立感染症研究所: IASR Vol. 41: 133-135, 2020年
- 3) 岩崎博道: リケッチア感染症診療の手引き: 2019年
- 4) 坂部 茂俊: 日本紅斑熱 14 例の臨床経過. 日本内科学会雑誌 第98巻第2号: 383~387, 2009