

CAMの3日間の併用療法は、淋菌感染症の治療に有用であることが示唆された。

E. 発表

1. 原著論文・総説

1) 遠藤勝久、小野寺昭一

淋菌感染症に対する薬物療法

医薬ジャーナル 40(3):86-91, 2004

2) 各務 裕、遠藤勝久、鈴木博雄、清

田 浩、小野寺昭一

男子淋菌性尿道炎由来淋菌の各種抗菌薬に対する感受性

—1999～2004年分離株の比較—

日本化学療法学会雑誌 53(8): 483-487, 2005

2. 学会発表

1) 遠藤勝久、小野寺昭一

Neisseria gonorrhoeae の経口セフェム薬耐性について

第7回東京性感感染症 (STD) 研究会
2003年3月13日 東京

2) 遠藤勝久、鈴木博雄、清田 浩、小野寺昭一

男子淋菌性尿道炎由来淋菌に対する各種抗菌薬の感受性

—1999～2003年分離株の比較—

第16回日本性感感染症学会学術大会
2003年12月6日 長野

3) 各務 裕、遠藤勝久、鈴木博雄、清田 浩、小野寺昭一

男子淋菌性尿道炎由来淋菌に対する各種抗菌薬の感受性

—1999～2004年分離株の比較—

第17回日本性感感染症学会学術大会
2004年12月5日 東京

4) 遠藤勝久、鈴木博雄、各務 裕、清

田 浩、小野寺昭一

セフェム低感受性 *N. gonorrhoeae* に対するマクロライド+ β -ラクタム薬の併用効果の検討

第18回日本性感感染症学会学術大会
2005年12月3日 北九州

5) 遠藤勝久、小野寺昭一

シンポジウム「性感感染症の現状と対策」

薬剤耐性淋菌感染症の現状

第94回日本泌尿器科学会総会
2006年4月12日 福岡

6) 遠藤勝久、小野寺昭一

シンポジウム「STDの現状と今後の展望」

尿道炎の治療：治療の落とし穴は何か？

第71回日本泌尿器科学会東部総会
2006年10月20日 東京

7) 遠藤勝久、小野寺昭一、清田浩

Enhancement of antimicrobial activities of ceftoram or clavulanic acid/amoxicillin against cefixime-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in the presence of clarithromycin or azithromycin

10th Western Pacific Congress on Chemotherapy and Infectious Diseases

2006年12月5日 福岡

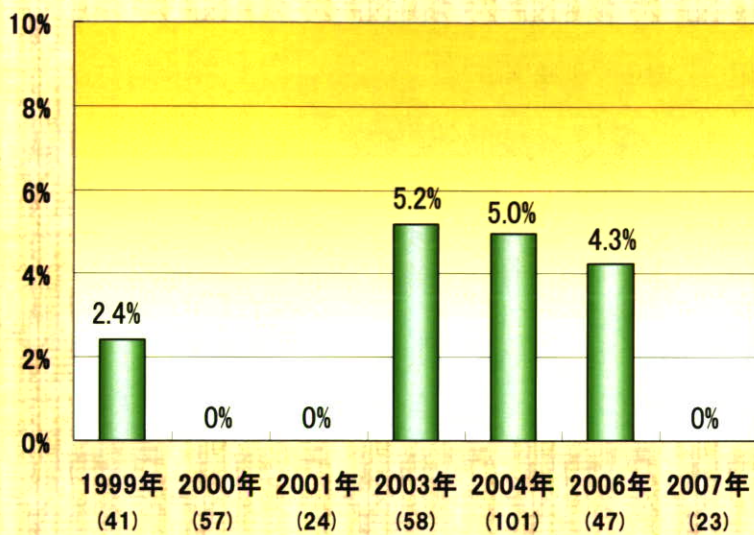
8) 遠藤勝久、小野寺昭一、清田浩

男子淋菌性尿道炎由来淋菌に対する各種抗菌薬の感受性 (2006年次報告)

第19回日本性感感染症学会学術大会
2006年12月9日 金沢

- 9) 遠藤勝久、小野寺昭一、清田浩
シンポジウム「性感染症の動向—変
貌する尿道炎—」
薬剤耐性淋菌への対応：単独療法と
併用療法
第 95 回日本泌尿器科学会総会
2007 年 4 月 17 日 神戸
- 10) 遠藤勝久、小野寺昭一、清田浩
男子淋菌性尿道炎由来淋菌に対する
各種抗菌薬の感受性—1999～2006
年分離株の比較—
第 55 回日本化学療法学会総会
2007 年 6 月 1 日 仙台
- 11) 遠藤勝久、小野寺昭一、清田浩
男子淋菌性尿道炎に対するセフテラ
ムピボキシル、クラリスロマイシン
3 日間併用療法の有効性および安全
性の検討
第 20 回日本性感染症学会学術大会
2007 年 12 月 1 日 東京

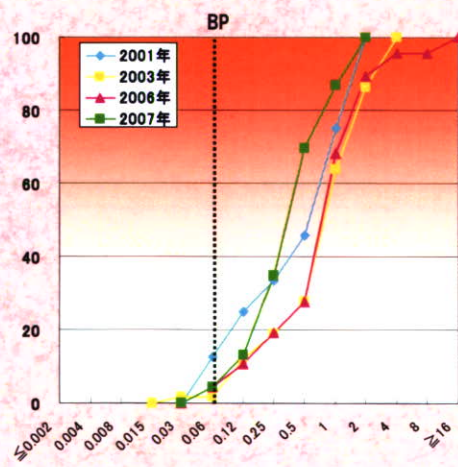
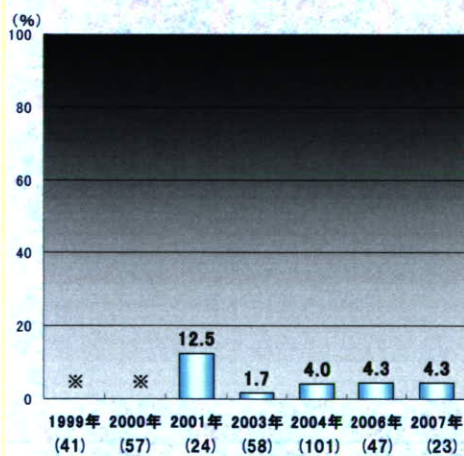
(図1) β -lactamase陽性株の分離頻度



(図2) PCG (BP: ≤ 0.06)

感受性率

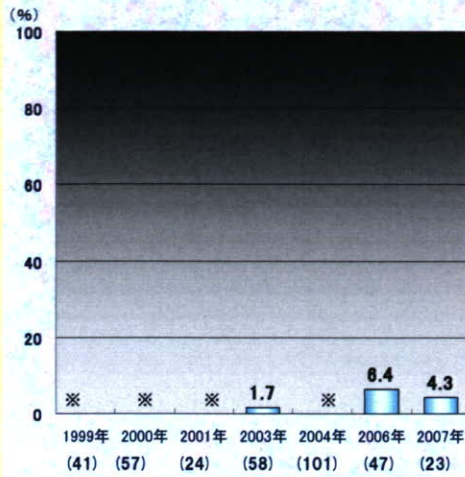
MIC累積分布



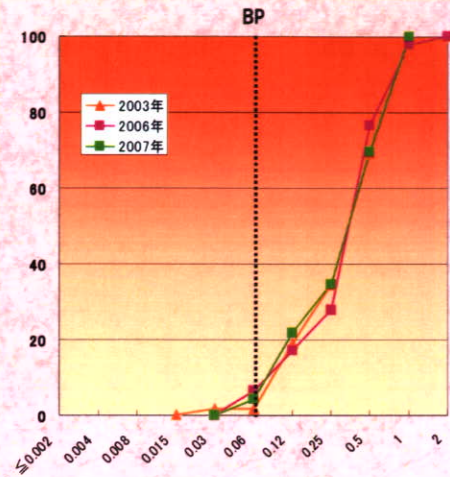
※PCGは2001年度より測定

(図3) **CVA/AMPC** (BP: ≤ 0.06)

感受性率



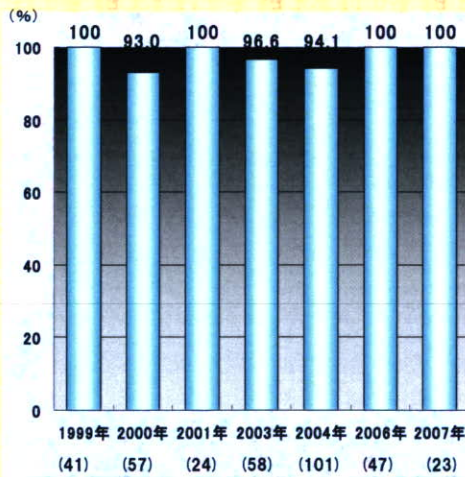
MIC累積分布



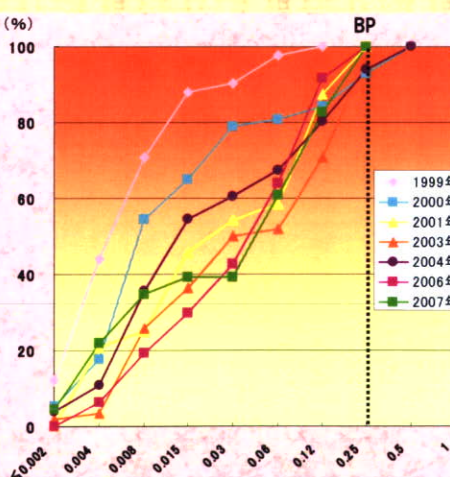
※CVA/AMPCは2003年度より測定

(図4) **CFIX** (BP: ≤ 0.25)

感受性率



MIC累積分布



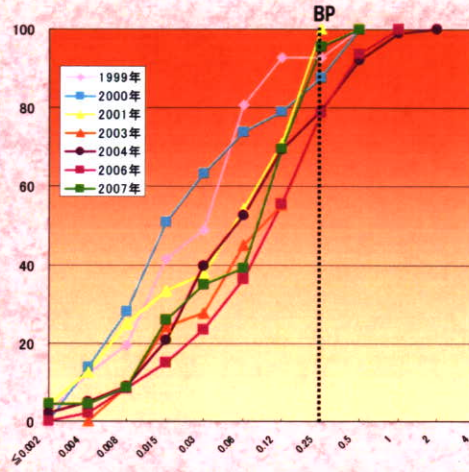
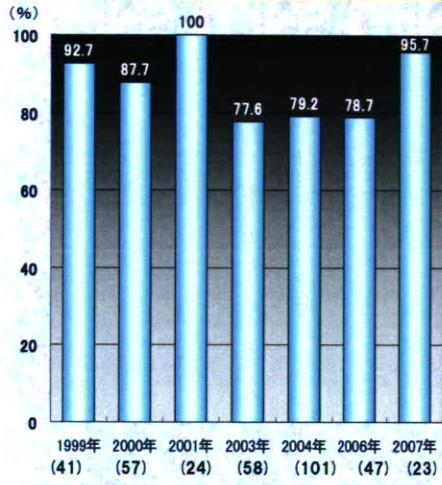
(图5)

CFTM

(BP: ≤0.25)

感受性率

MIC累積分布



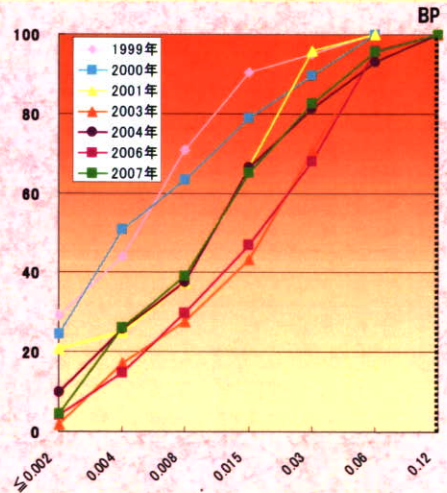
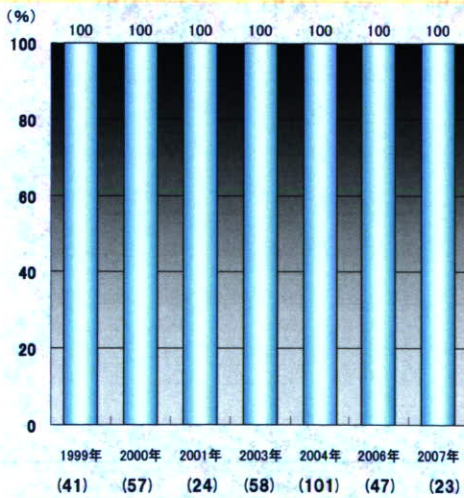
(图6)

CTRX

(BP: ≤0.25)

感受性率

MIC累積分布



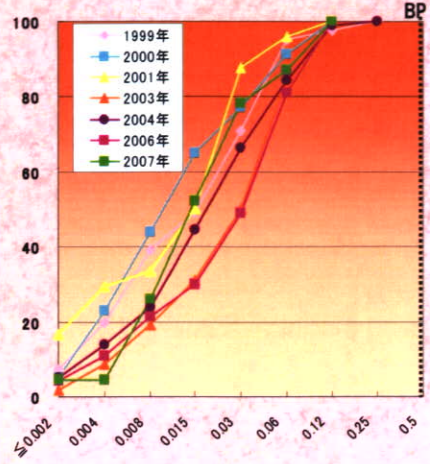
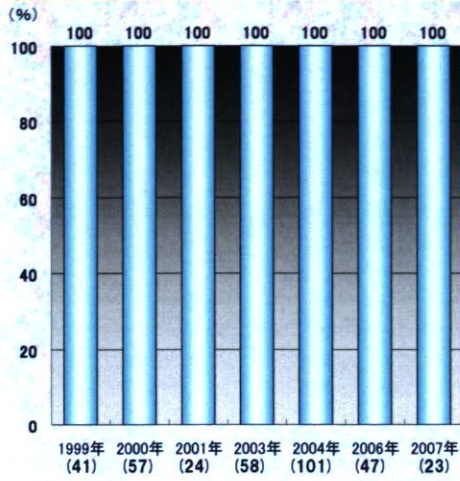
(图7)

CDZM

(BP: ≤ 0.5)

感受性率

MIC累积分布



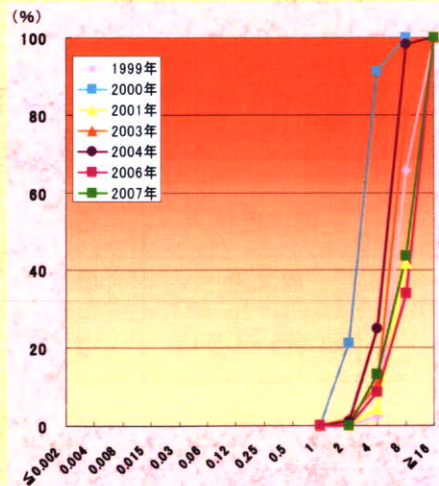
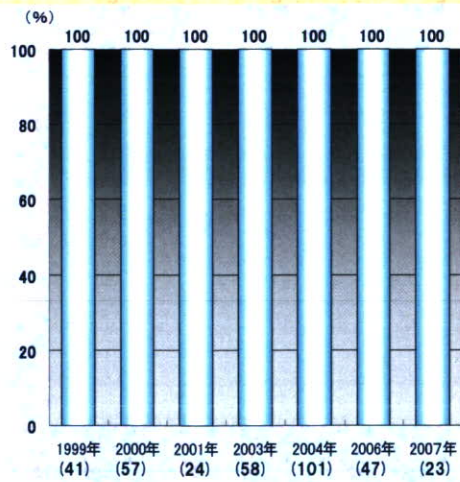
(图8)

SPCM

(BP: ≤ 32)

感受性率

MIC累积分布

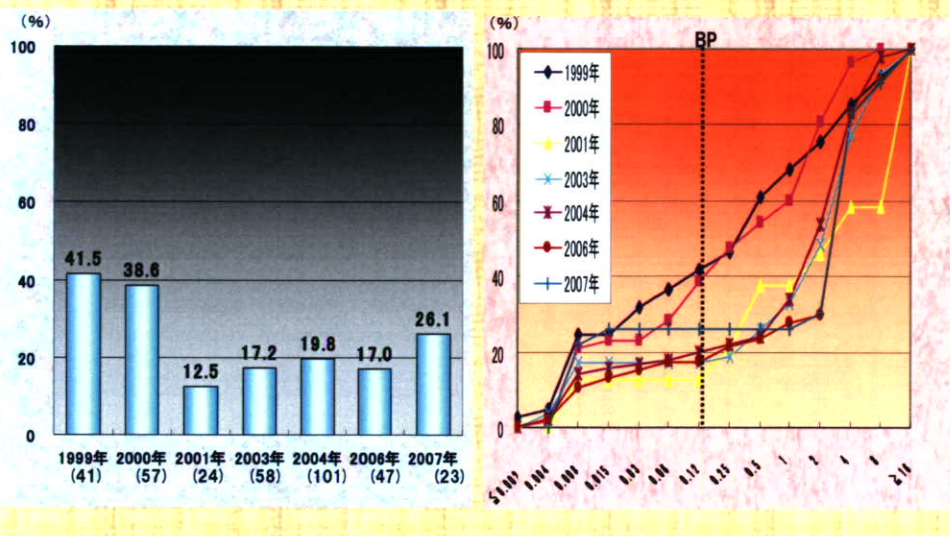


(図9)

LVFX (BP: ≤0.125)

感受性率

MIC累積分布



(図10) 観察・検査・調査項目

下表に従って実施し、記録した。

観察項目	投与前	投与終了翌日(4日目)	投与終了後2週間後
臨床症状	◎	○	◎(患者アンケート)
尿沈渣	◎	○	
尿エステラーゼ反応	◎		◎
PCR	◎		◎検体(尿)輸送
淋菌分離同定	◎	○	

◎必須 ○必要に応じて

(図11) 臨床効果判定

投与終了翌日に排尿痛、尿道分泌物、尿エステラーゼ反応について下記評価基準にて判定し、主治医判定にてCure・Failureを判定した。

評価基準

排尿痛 +++ :高度 ++ :中等度 + :軽度 - :なし
 尿道分泌 +++ :自然排出あり ++ :しごと多量の排出あり
 + :しごと少量の排出あり - :なし
 尿中エステラーゼ反応 + -

(図12) 結果

- ◆臨床効果 16/19(84.2%)
- ◆細菌学的効果 15/19(78.9%) ◆副作用 0/19

臨床効果とMIC

		○有効 ×無効									
C A M	1.0										
	0.5				○	○		○○○	○	○	○
	0.25								○×		
	0.12				○○	○			×	○	
	0.06										
	0.03			○				○×			
	0.015										
	0.008	○									
	0.004										
	0.002										
MIC ($\mu\text{g}/\text{mL}$)		0.002	0.004	0.008	0.015	0.03	0.06	0.12	0.25	0.5	1.0
CFTM											

(図13) 症例一覧

No.	Age	β	尿沈査	臨床効果	細菌学的効果	PCG	CFIX	CFTM	CAM	SPCM	LVFX
1	24	+	>100	Cure	Eradication	64	0.015	0.03	0.5	16	2
2	21	-		Cure	Eradication	4	0.25	1	0.5	16	16
3	24	-		Cure	Eradication	2	0.12	0.5	0.5	16	0.5
4	30	-	100	Cure	Eradication	2	0.06	0.12	0.5	16	4
5	32	-	50-99	Cure	Eradication	1	0.12	0.25	0.25	4	4
6	31	-	30-50	Failure	persistence	1	0.12	0.25	0.25	8	4
7	25	-	30-40	Cure	Eradication	0.12	0.008	0.015	0.5	16	0.008
8	31	-	50	Cure	Eradication	1	0.03	0.12	0.5	16	4
9	32	-	+	Cure	Eradication	0.12	0.008	0.008	0.03	8	0.004
10	24	-	50-60	Cure	Eradication	0.5	0.06	0.12	0.5	8	4
11	39	-	+	Cure	Eradication	0.25	0.004	0.015	0.12	16	4
12	26	-	30-50	Cure	Eradication	1	0.06	0.25	0.5	8	8
13	55	-	50-60	Cure	Eradication	0.25	0.008	0.03	0.12	4	4
14	26	-	20-30	Cure	Eradication	0.12	0.004	0.015	0.12	8	0.008
15	51	-	20-30	Cure	Eradication	0.5	0.06	0.12	0.03	4	2
16	35	-	10-20	Failure	persistence	2	0.25	0.25	0.12	16	4
17	31	-	+	Failure	persistence	0.5	0.12	0.12	0.03	16	4
18	30	-	>100	Cure	persistence	2	0.25	0.5	0.12	16	16
19	21	-	30-40	Cure	Eradication	0.06	0.002	0.002	0.008	4	0.015

(図14)

同意書

各施設病院長 殿

この度、私は「淋菌性尿道炎に対するセフトラムピボキシルとクラリスロマイシン
3日間併用療法の有効性及び安全性の検討」に関する研究について担当医師から下記
の項目につき十分な説明を受け納得しましたので、研究に協力することに同意します。

- 1) 研究の目的について
- 2) 研究の方法について
- 3) 予想される副作用（危険性）について
- 4) 他の治療方法について
- 5) 人権プライバシーの保護について
- 6) 本研究に参加しない場合でも不利益を受けないこと
- 7) 同意した場合でも随時これを撤回できること

説明担当医師名 _____

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

住所 _____

(署名または記名捺印)

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本田まりこ	単純疱疹	山口 徹 北原光夫 福井次矢	今日の治療指針 2008年版	医学書院	東京都	2008	892-893
本田まりこ	再発性ヘルペスの再発抑制療法	宮地良樹	WHAT'S NEW in 皮膚科学 2008-2009	メディカル レビュー社	東京都	2007	78-79
小野寺昭一	人の行動と感染性感染症	杉本恒明、 矢崎義雄	内科学	朝倉書店	東京都	2007	254-258
本田まりこ	皮膚感染症	岡部信彦	小児感染症学	診断と治療社	東京都	2007	104-109
小野寺昭一	細菌感染症 淋菌	岡部信彦	小児感染症学	診断と治療社	東京都	2007	333-338
本田まりこ	単純疱疹	大田 健 奈良信雄	今日の診断基準	南江堂	東京都	2007	843-844
本田まりこ	帯状疱疹	大田 健 奈良信雄	今日の診断基準	南江堂	東京都	2007	845-846

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
本田まりこ	抗ウイルス薬	皮膚科の臨床	49(10)	1173-1179	2007
白井千香	若者のクラミジア感染症は減っているか？ ～発生動向調査を読む～	ニューズレター 「性と健康」	12	6-7	2007
松田静治	わが国における性感染症の動向	臨床と研究	84(5)	617-622	2007
Masanori Hagiwara, Hajime Sasaki, Koma Matsuo, Mariko Honda et al.	Loop-mediated isothermal amplification method for detection of human papillomavirus type 6, 11, 16, and 18.	J Med Virol.	79(5)	605-615	2007
高橋 聡	尿道炎の疫学、診断：新しい動向は？	泌尿器外科	20(臨増)	465-466	2007
Hisatoshi Kaneko, Takashi Kawana, Eiko Fukushima, Tatsuro Suzutani.	Tolerance of loop-mediated isothermal amplification to a culture medium and biological substances.	J. Biochem. Biophys. Methods	70(3)	499-501	2007
松田静治	性感染症	産婦人科の世界	59(4)	395-404	2007
松田静治	細菌性性感染症	小児科	48(5)	533-538	2007
白井千香	わが国における性感染症の現状と将来	クリニカル プラクティス	26(4)	270-274	2007
松田静治	近年の性感染症事情	クリニカル プラクティス	26(4)	328-334	2007
川名 尚	性器ヘルペスウイルス感染症(性器ヘルペス)	日本臨床	65(増刊3)	331-338	2007

IV. 研究成果の刊行物・別刷

50th
Anniversary

TODAY'S
THERAPY 2008

今日の治療指針

私はこう治療している



Volume
50

医学書院

沈着する場合、皮膚のみに限局性に沈着する限局性皮膚アミロイドーシスがあり、後者にはセラチン由来蛋白が沈着する原発性皮膚アミロイドーシスと、免疫グロブリンL鎖由来蛋白が沈着する限局性結節性アミロイドーシスがある。全身性では紫斑、丘疹、結節、萎縮、限局性では丘疹（アミロイド苔癬）、色素斑（斑状アミロイドーシス）、紅褐色結節（結節性アミロイドーシス）とさまざまな所見を示す。

組織のアミロイド沈着はコンゴレッド染色、ダイロン染色により証明する。限局性皮膚アミロイドーシスでは真皮乳頭層に、全身性アミロイドーシスでは真皮全層から皮下組織にまでアミロイド沈着がみられる。原発性皮膚アミロイドーシスは抗セラチン抗体に対し陽性を示す。

治療方針

A. 内服療法

皮膚に対する機械的刺激が症状の悪化を招くため、掻痒の軽減を目的として抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬を投与する。

〔処方例〕 以下のいずれかを用いる。

- 1) タリオン錠 (10 mg) 2錠 分2 朝・夕食後
- 2) エバステルOD錠 (10 mg) 1錠 分1 夕食後

- 3) アレロック錠 (5 mg) 2錠 分2 朝・就寝前

B. 外用療法

アミロイド苔癬にはステロイド外用を行う。難治の場合、テープ剤の使用やODTを試みる。保険適用外であるがDMSO（ジメチルスルホキシド）の外用も有効。

〔処方例〕 以下のいずれかを用いる。

- 1) アンテベート軟膏 1日2-3回 塗布
- 2) ジフラール軟膏 1日2回 塗布
- 3) トクダームテープ 7.5×10 cm² 貼付

C. 外科的療法

難治性病変に対してダーモアブレーション、炭酸ガスレーザーが有効。

単純疱疹

herpes simplex

本田まりこ 東京慈恵会医科大学大学院教授・皮膚科学（青戸病院）

病態と診断

単純ヘルペスウイルス（herpes simplex virus: HSV）により皮膚や粘膜に小水疱や浅い潰瘍性病変を形成する疾患である。HSVは生物学的、物理

化学的、免疫学的差異からHSV-1とHSV-2の2つの型に分類される。その型とは無関係に皮膚や粘膜のどこにでも感染する。ウイルスは全身の知覚神経節に知覚神経を介して潜伏する。特に感染部位の知覚神経節を中心としたその神経細胞の核内に、多数のウイルスが環状のDNAの形態で潜伏する。

潜伏感染するHSVゲノム量の増加に伴い再活性化の頻度が増すとされている。したがって、HSV-1は初感染後主たる感染部位の口唇を中心として上半身に再発（または回帰発症とよぶ）し、一方HSV-2は性器を中心として下半身に再発を繰り返す。再発は、発熱、日光曝露、性行為や歯科治療の刺激、精神的なストレス、過労、生理などの誘因で起こり、誘因後約3日後に発症する。

診断は臨床症状によるが、補助診断として水疱部の塗抹標本をギムザ染色（Tzanck試験）してウイルス巨細胞を検出するか、ウイルス抗原検査を行い型判定する。抗HSV IgG抗体（EIA法）の有無を調べるが、初感染の場合は急性期と回復期の血清を採取し、抗体価の上昇を確認する。

治療方針

単純疱疹の場合、発症24時間でウイルスゲノム数がピークに達する。したがって、できるだけ早期に（24時間以内に）抗ウイルス薬の全身投与が必要である。

A. 初発例

〔処方例〕 下記のいずれかを用いる。

- 1) バルトレックス錠 (500 mg) 2錠 分2 5-10日間
- 2) ゾビラックス錠 (200 mg) 5錠 分5 5-10日間*

*症状に応じて投与期間を10日間まで延長する。

B. 重症例

〔処方例〕

ゾビラックス注 1回5 mg/kg 1日3回 点滴静注 5日間*

*症状に応じて投与期間を10日間まで延長する。

C. 再発例

〔処方例〕 下記のいずれかを用いる。

- 1) バルトレックス錠 (500 mg) 2錠 分2 5日間
 - 2) ゾビラックス錠 (200 mg) 5錠 分5 5日間
- D. 年6回以上再発する性器ヘルペス

1. 抑制療法

〔処方例〕

バルトレックス錠 (500 mg) 1錠 分1 1年間

2. 抑制療法中再発した場合

【処方例】

バルトレックス錠 (500 mg) 2錠/分2、5日間

3. 抑制療法中頻回に再発した場合

【処方例】

バルトレックス錠 (500 mg) 1錠/分2、または2錠/分1

4. 無効な場合 診断の見直し、ウイルス感受性検査を行う。

■患者説明のポイント

一度感染したウイルスは完全に取り除くことはできないが、再発の前兆のときに抗ウイルス薬を内服するか、または抗ウイルス薬による抑制療法を行うことにより再発頻度を減少できる。

帯状疱疹

herpes zoster

浅田秀夫 奈良県立医科大学教授・皮膚科

病態と診断

帯状疱疹は、水痘罹患後に神経節に潜伏感染していた水痘帯状疱疹ウイルスが再活性化することにより生じる疾患である。はじめ神経痛様の疼痛が出現し、数日後に神経分布に一致して浮腫性紅斑、続いて紅斑上に小水疱が集簇性に生じ、膿疱化やびらん形成の後、痂皮化して約3週間で治癒する。免疫能低下例では重症化、汎発化が起こりやすい。3か月以上にわたり頑固な疼痛が持続する帯状疱疹後神経痛が残ることがあり、高齢者に多くみられる。

治療方針

早期に抗ウイルス薬を全身投与する。免疫能低下例、汎発化例では点滴静注を行う。腎機能低下のある場合、抗ウイルス薬の用量を減量する。急性期疼痛には消炎鎮痛薬、疼痛が激しい場合には副腎皮質ステロイドや神経ブロックを併用する。帯状疱疹後神経痛に対しては確実な治療法がなく、消炎鎮痛薬、ビタミンB₁₂、三環系抗うつ薬(保険適用外)、神経ブロック、イオントフォレーシスなどを組み合わせる。

A. 急性期帯状疱疹

1) 軽症・中等症

【処方例】 抗ウイルス薬 1)、2) のいずれかに、3)、4) を併用する。

1) バルトレックス錠 (500 mg) 6錠/分3、5-7日間

2) ゼビラックス錠 (400 mg) 10錠/分5、5-7日間

3) ロキソニン錠 (60 mg) 3錠/分3

4) アズノール軟膏 1日1-2回 ガーゼにつけて貼付

2. 重症

【処方例】 上記処方例の1)、2) の代わりに、以下のいずれかの点滴を使用する。

1) ゼビラックス注 (250 mg) 1回5 mg/kg 1日3回 点滴静注 7日間

2) アラセナ-A注 (300 mg) 1回5-10 mg/kg 1日1回 点滴静注 5日間

3. 疼痛が強いとき

【処方例】 上記処方例に下記を追加する。

プレドニン錠 (5 mg) 6-12錠/分1-3、漸減して7-14日で中止

B. 帯状疱疹後神経痛

【処方例】

1) メチコパール錠 (250 μg) 6錠/分3

2) トリプタノール錠 (10 mg) 3錠/分3

【保外】

3) MS温シップ 1日1-2回貼付 【保外】

■患者説明のポイント

過労を避け安静を心がける。
入浴・シャワーを制限する必要はなく、患部の清潔を保つ。

水痘の感染源となりうるため、水痘未罹患の小児への接触を避ける。

ウイルス性疣贅(いぼ)、伝染性軟属腫

viral wart and molluscum contagiosum

狩野葉子 杏林大学准教授・皮膚科

I. ウイルス性疣贅

病態と診断

ウイルス性疣贅はヒト乳頭腫ウイルス (human papillomavirus: HPV) の感染症である。臨床的に尋常性疣贅、足底疣贅、扁平疣贅、尖圭コンジローマ、ボーン様丘疹症、疣贅状表皮発育異常症などに分けられる。HPVは約130種類あり、一部では臨床像との関連性が認められている。

治療方針

ウイルス性疣贅の治療法としては一般に液体窒素による凍結療法が行われている。保険適用外の治療を行う際には、患者に十分な説明が必要である。

A. 液体窒素凍結療法

細い棒の先端に脱脂綿を柔らかく巻き、これに液体窒素を含ませて病変部に数秒間程繰り返して圧抵する。週に1回施行する。

20 皮膚

Dermatology Year Book 2008-2009

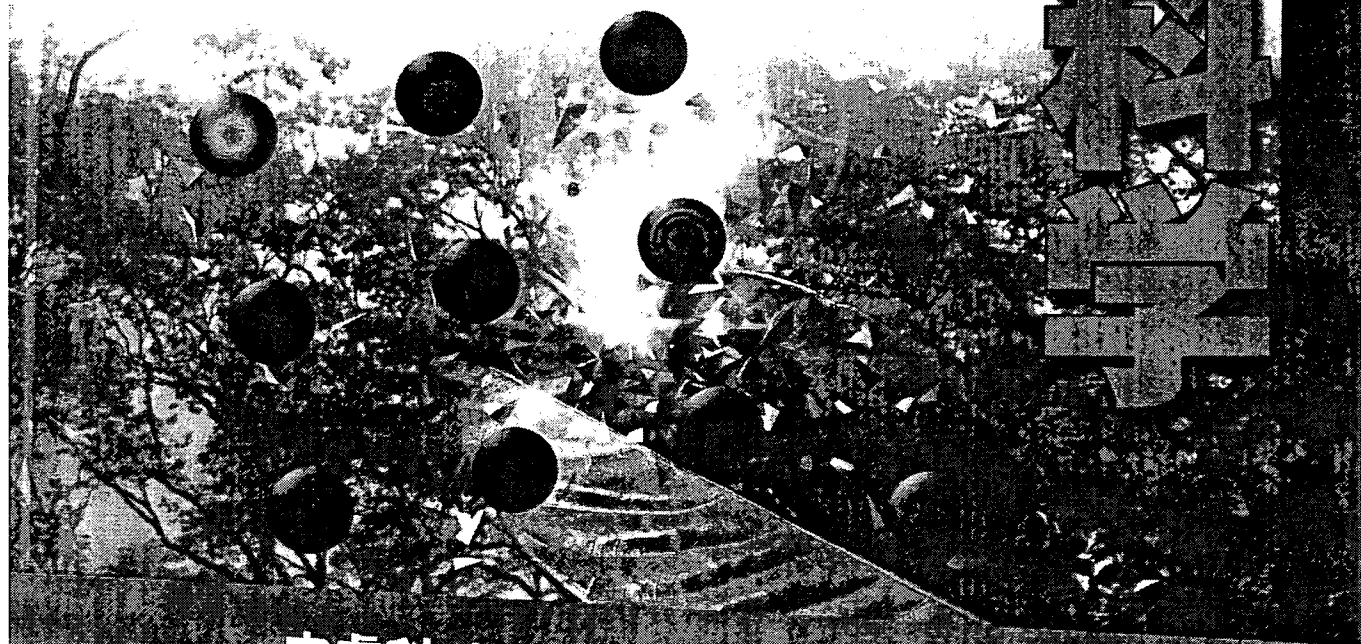
WHAT'S NEW in 皮膚

宮地良樹 編

京都大学大学院医学研究科皮膚科学教授

2008-2009

皮膚科学



皮膚科 Year Book 待望の第2弾！
2008-2009年度版が完成！

皮膚科学はこの2年でどう変わったのか
何か新しく、重要なのか？ そのポイントは？
この1冊で、最新の「皮膚科学の動向」を読む！

3

再発性ヘルペスの再発抑制療法

本田まりこ

What's
new?

再発性ヘルペスの抑制療法は、年に6回以上再発をくり返す性器ヘルペス患者に対して、抗ウイルス薬の塩酸バラシクロビル1日1回500mgをとりあえず1年間で服用して再発を抑制する療法で、2006年9月13日によろしく承認された療法である。1986年、英国で初めてアシクロビルによる抑制療法が承認され、その後バラシクロビルが1997年に承認され、現在までにバラシクロビルによる抑制療法が54カ国で承認、使用されている。米国や英国で、現在性器ヘルペスの再発抑制療法に使用されている薬剤は、アシクロビル、バラシクロビル、ファムシクロビルであり、このなかで1日1回というコンプライアンスの良さからバラシクロビルが最も多く使用されている。再発抑制療法は、再発の抑制ばかりではなく¹⁾、パートナーへの性器ヘルペス感染抑制効果が確認されており²⁾、また性器ヘルペスの再発抑制により、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)をはじめ各種性感染症の感染拡大の防止にもなることが明らかになっている³⁾。

Essence

塩酸バラシクロビルはアシクロビルのL-パルリルエステルであり、投与後おもに肝臓ですみやかにアシクロビルに加水分解され、アシクロビルは単純ヘルペスウイルス感染細胞内に入り、ウイルスのチミジンキナーゼでリン酸化されたのち、細胞性キナーゼでリン酸化され、アシクロビル三リン酸(ACV-TP)となる。ACV-TPは正常基質のdGTPと競合してウイルスDNAポリメラーゼによりウイルスDNAの3'末端に取り込まれると、ウイルスDNA鎖の伸長を停止させ、ウイルスDNAの複製を阻害する。ウイルス性チミジンキナーゼがないウイルス非感染細胞に対する障害性は低い。プロドラッグ化により経口吸収性が改善され、アシクロビル経口製剤より高い血漿中濃度が得られる。血漿中アシクロビルの薬物動態パラメータは最高血漿濃度(Cmax)は 1.50 ± 0.63 時間後に $3.66 \pm 0.83 \mu\text{g/mL}$ である。アシクロビルのIC50はHSV-1型が $0.01 \sim 1.25 \mu\text{g/mL}$ 、HSV-2型が $0.01 \sim 3.20 \mu\text{g/mL}$ であるので、1日1回で再発抑制ができる(図1)。

1. 性器ヘルペスの再発抑制療法

塩酸バラシクロビル1回500mg、1日1回。HIV感染症の成人(CD4リンパ球数 $100/\text{mm}^3$ 以上)には1回500mg、1日2回を約1年間投与し、中断後2回の再発をみてから再投与するかどうかを検討する。本剤を使用している際に再発が認められた場合には、1回500mg、1日2回5日間投与に変更する。再発抑制に対して本剤を投与しているにもかかわらず、頻回に再発をくり返すような患者に対しては、症状に応じて1回250mg、1日2回、または1回1g、1日1回投与に変更することを考慮する。

Essence

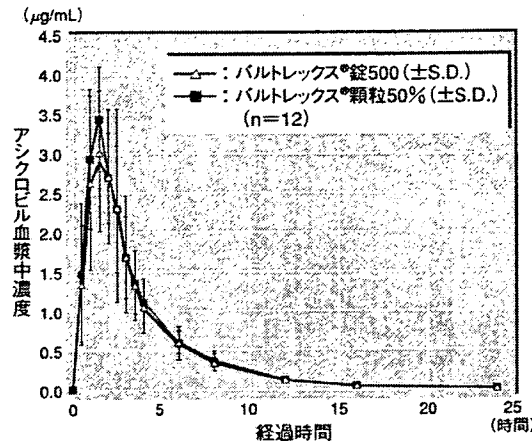


図1 平均アシクロビル血漿中濃度推移

対象：健康成人12例。
投与方法：クロスオーバー法(2群2期)、塩酸バラシクロビル 500mg (顆粒剤 1g または錠剤 1錠)を単回経口投与。

表1 腎機能低下患者における性器ヘルペスの抑制療法

CCr (mL/分)	投与量
≥15	1回500mgを1日1回
HIV感染症の成人 (CD4リンパ球数100/mm ³ 以上)	1回500mgを1日2回
<15	1回250mgを1日1回
HIV感染症の成人 (CD4リンパ球数100/mm ³ 以上)	1回500mgを1日1回
血清クレアチニン値からクレアチニンクリアランス(を推定する計算式)	
男性 CCr	$\frac{\text{体重 (kg)} \times (140 - \text{年齢})}{72 \times \text{血清クレアチニン値 (mg/dL)}}$
女性 CCr	男性の公式 × 0.85

腎障害のある患者、または腎機能の低下している患者、高齢者では、精神神経系の副作用が現れやすいので、投与間隔を延長するなど注意する(表1)。

本剤による性器ヘルペス再発抑制療法中に妊娠し、その後も本療法を続けた場合の安全性は確立していないので、中止する。外国人例での乳汁移行は500mg経口投与後、アシクロビルの乳汁中Cmaxは、母体血清中Cmaxの0.5～2.3倍(中央値：1.4)であるので、慎重に行う。

Why important?

性器ヘルペスの再発抑制に対する本剤の投与により、再発頻度が減少し、再発のない期間が延長する。しかも、無症候性ウイルス排泄も減少するために、セックスパートナーへの感染を抑制することが認められている。ただし、投与中もセックスパートナーへの感染リスクがあるため、コンドームの使用などが推奨される。HIV感染症だけでなく、ほかの性感染症の蔓延防止にも役立つ。

References:

- 1) Romanowski B, Marina RB, Roberts JN; Valtrex HS230017 Study Group: *Sex Transm Dis* 30: 226-231, 2003
- 2) Corey L, Wald A, Patel R et al: *N Engl J Med* 350: 11-20, 2004
- 3) Wilkinson E: *Lancet Infect Dis* 7: 249, 2007

第九版

総編集

杉本恒明
矢崎義雄

編集

小俣政男
水野美邦

伊藤貞嘉
岩本愛吉
岡 芳知
金倉 讓
島本和明
菅野健太郎
曾根三郎
永井良三
中尾一和
山本一彦

内科 臨床

朝倉書店

後は開放でよいとされており、創処置による外科手術部位感染症防止のエビデンスはない。〔森澤雄司〕

■文 献

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al: Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 20: 247-278, 1999.

4-3 人の行動と感染症

1) 性感染症
sexually transmitted diseases; STD

【定義・概念】

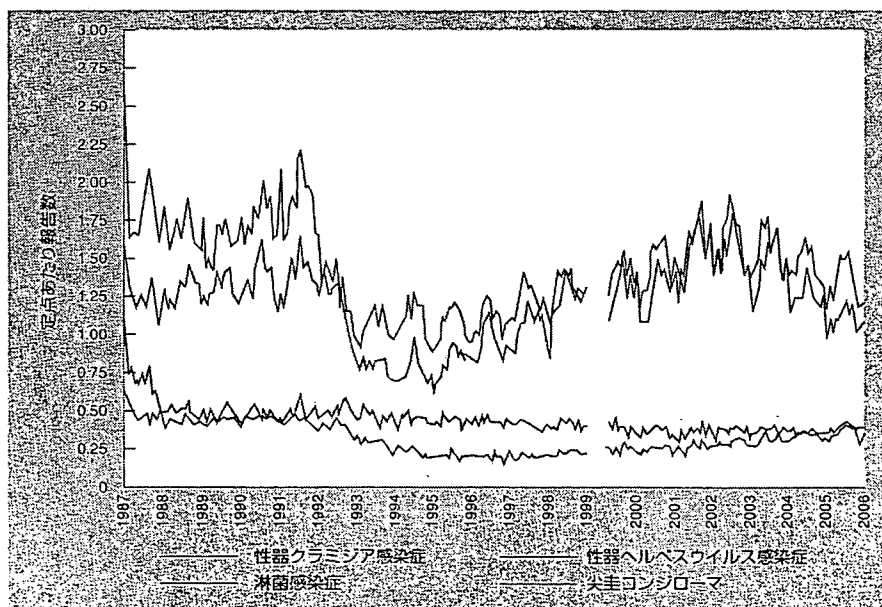
性感染症は性行為および類似の行為によって感染する疾患の総称である。わが国ではかつて、梅毒、淋病、軟性下疳、鼠径リンパ肉芽腫（第4性病）の4疾患がいわゆる性病（venereal disease; VD）として扱われ、性病予防法によって届出が義務づけられていた。しかし、その後の医学の進歩により、性行為に関連して感染する疾患がほかにも多く存在することが明らかになり、現在では約20もの疾患がその範疇に入るとされている。現時点において感染症法により届出が必要とされている性感染症は、梅毒、後天性免疫不全症候群（AIDS）、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症の6疾患であるが、前者の2疾患は全数届出、後

者の4疾患は定点調査による届出が義務づけられている。これらはいずれも現在の感染症法の分類で5類感染症として扱われている。

1) わが国における性感染症の現状 梅毒の発生動向については、1987年以後減少傾向が続いているが、この調査に関しては、検査面での報告基準が守られていない例が多いことや、報告例に占める高齢者の無症候性梅毒の割合が高いこと、あるいは報告もれがきわめて多いことなどが指摘されており、データの疫学的信頼性が問題視されている。

一方、わが国のHIV/AIDS患者に関しては、2004年の1年間に新たに報告された患者は初めて1000件をこえ、これまでの累積数も約1万件に達しており深刻な状況が続いている。先進文明国のなかでHIV/AIDS患者がいまだに増加し続けているのはわが国だけともいわれており、今後の爆発的な増加が懸念されている。

淋菌感染症、性器クラミジア感染症、性器ヘルペス、尖圭コンジローマの4つの性感染症の動向について1999年から2005年1月までのこれら4疾患の定点調査の結果を図4-1、4-2に示した。淋菌感染症、性器クラミジア感染症に関しては、男女とも2002年をピークとしてやや減少傾向にあり、尖圭コンジローマは横ばい、女性における性器ヘルペスだけが現在も増加しているように見受けられる（国立感染症研究所感染症情報センター）。なお、これらの性感染症について年齢別、男女別にその報告数をみると、淋菌感染症を除いて、性器クラミジア感染症、性器ヘルペス感染症、尖圭コンジローマのいずれにおい



〈図4-1〉1999年4月以降の性感染症の月別定点あたり報告数（男性15～29歳）