

淋菌感染症の20~30%はクラミジア感染症を合併していることがあり、このためクラミジアの検査も併せて実施することが望ましく、この点TMA法による同時核酸増幅同定精密検査の意義が高い。また、パートナーの診断、治療も不可欠である。

③ 咽頭炎（クラミジア、淋菌による）

オーラルセックスにより、クラミジアや淋菌が咽頭から検出される症例が増加し、女性、男性とも性器のクラミジア、淋菌感染症症例の10~20%が咽頭でも陽性であるが、一般に咽頭の炎症症状（咽頭痛など）が自覚されないため、検査が行われない場合が多い。検査法ではクラミジアで抗原検査、淋菌では培養検査が勧められる。淋菌核酸増幅法（PCR法）による抗原検査は非病原ナイセリアの存在で偽陽性が起こることがあり注意を要する。

治療に用いるSTD治療薬剤は性器に感染したものに比べ治療に時間がかかると言われている。クラミジアによるものではアジスロマイシン（AZM）の咽頭炎への投与（500 mg、1回/分1、3日間投与）が可能である。

淋菌感染症にはセフトリアキソン、セフォジム各1,000 mgの単回投与を行うが、適宜追加投与が必要なことが多い。なお、スペクチノマイシンは咽頭への移行が悪く、咽頭炎には効果が低いと言われる。

④ 梅毒

1) 疫学、症状、診断

梅毒トレポネーマ *Treponema pallidum* (TP) による感染症で、STDの代表でもあり、五類感染症の全数把握（7日以内に届け出）の疾患の一つで、皮膚や粘膜の小さな傷からTPが侵入して起こる全身性の慢性感染症で、皮膚、粘膜の発疹や臓器梅毒の症状を呈する顕性梅毒と、症状は認められないが、梅毒血清反応の陽性である無症候梅毒や先天梅毒に分けられる。近年梅毒は減少しているが、欧米では再び増加傾向にある。

後天梅毒

(1) 第1期梅毒

感染後約3週間すると感染局所（大小陰唇、陰茎）に初期硬結、硬性下疳（単発が多い）をつくり、その後遅れて、鼠径部などリンパ節が腫脹し、無痛性横痃となる。

(2) 第2期梅毒

3カ月後に皮膚、粘膜の発疹や臓器梅毒の症状の見られるものである。

発疹は多彩で、丘疹性梅毒疹（梅毒性バラ疹）、梅毒性乾癬や扁平コンジローマ（尖圭コンジローマと鑑別を要する）、梅毒性脱毛がある。

以上2期までの確定診断はTPの検出、あるいは梅毒血清反応でなされる。

なお、感染が3年以上経過して起こる第3期梅毒（ゴム腫形成など）や、心血管梅毒や神経梅毒を呈する第4期梅毒は現在ほとんど見られない。

無症候梅毒

初感染後まったく症状を呈さない場合や陳旧性梅毒などである。STSで16倍以上陽性かつTPを抗原とする検査（TPIIA法、FTA-ABS法）が陽性である。

2) 治療

ペニシリンが第一選択薬であり、経口合成ペニシリン剤を500 mg 1日3回内服投与する。投与期間は第1期で2~4週間、第2期で4~8週間である。ペニシリンアレルギーにはミノサイクリン1日200 mg（分2）を投与するが、妊婦ではアセチルスピラマイシンを1日1,200 mg（分6）を内服投与する（表2）。

⑤ HIV感染症

1) 疫学、症状、診断

HIV感染症はhuman immunodeficiency virus（ヒト免疫不全ウイルス）による感染症で、血液、体液などを介して感染し、本邦では異性間および男性同性間の性的接触が主要な感染経路で、時に母子感染も起こる。

五類感染症の全数把握（7日以内に届け出）の一つである。

表2 性感染症の治療法 (その2)

梅毒	トレポネーマパリジウム (TP)	後天梅毒：経口合成ペニシリン1日1,500 mg (分3) 1~2 カ月 妊婦梅毒：ペニシリン剤 (経口) を優先する。ペニシリンアレルギーの場合、マクロライド (アセチルスピラマイシン) を投与する。
HIV 感染症	ヒト免疫不全ウイルス (HIV)	抗 HIV 剤として逆転写酵素阻害剤 2 剤とプロテアーゼ阻害剤 1 剤の 3 剤併用が標準治療。単剤投与は不可。また薬剤により併用不可のものがある。
性器ヘルペス	ヘルペスウイルス (HSV)	アシクロビル、バラシクロビル経口投与が標準治療。再発型ではアシクロビルやピダラビンの軟膏投与も可能。重症例にはアシクロビルの点滴
尖圭コンジローマ	ヒトパピローマウイルス (HPV)	外科的切除、液体窒素による凍結療法、CO ₂ レーザー、5-FU、イミキモド塗布など

(性感染症診断・治療ガイドライン 2006 参照)

HIV 感染症は、HIV が CD4 陽性 T リンパ球やマクロファージ系の細胞に感染した結果、免疫システムが徐々に破壊される進行性の疾患である。その病期は、1) 感染初期 (急性期)、2) 無症候期、3) エイズ発症期に分類される。また HIV 感染症は他の STD の合併例も比較的多い。エイズ発症期は免疫不全のために日和見合併症が生じた状態で、現在エイズの指標疾患 (厚生省エイズ動向委員会) として真菌症 (カンジダ症ほか)、原虫症 (トキソプラズマ症ほか)、細菌感染症 (化膿性細菌感染症、結核ほか)、ウイルス感染症 (サイトメガロウイルス感染症、単純ヘルペスウイルス感染症ほか)、腫瘍 (カポジ肉腫ほか)、その他肺炎 (反復性肺炎) などがあり、これらの 1 つ以上が明らかに認められた場合に抗体検査と併せてエイズと診断することとされており、症状もそれぞれの疾患で異なる。本邦ではカリニ肺炎でエイズを発病するものが割に多い。潜伏期間も感染から初感染症状出現まで 2~4 週間、抗体出現までは数週間を要し、感染からエイズ発病まで約 10 年を要するとされるが、個人差が大きい。

検査は HIV 抗体検査をスクリーニング検査 (酵素抗体法-ELISA など) から行い、陽性の場合、確認検査 (Western blot 法、蛍光抗体法)

や HIV 抗原検査を行う。なお、症状の把握のために CD4 陽性 T リンパ球数の減少、血清免疫グロブリンの高値などを参考にする。

2) 治療

強力な多剤併用療法 (HAART: highly active antiretroviral therapy) を行うことが基本である⁹⁾。本邦では現在 20 種以上の薬剤が承認されており、これら抗 HIV 薬を 3 剤併用する方法が勧められる (表 3)。

6 性器ヘルペス

1) 疫学、症状、診断

性器ヘルペス (性器ヘルペスウイルス感染症) は性行為により単純ヘルペスウイルス 1 型 (HSV-1) または 2 型 (HSV-2) の感染により発症する。本邦の女性性器ヘルペスは 1 型が 40%、2 型が 60% と言われている。HSV の特徴的な感染病態は、一度ヒトの体内に入ると神経節に潜伏感染し、再発が多いことである。病型には初感染の場合と HSV の再活性化による再発があり、再発が性器ヘルペス全体のうち 60~70% と言われる。発症数では女性の性器ヘルペスが多い。通常初感染では 2~10 日間の潜伏期間の後、急速に発症し、発熱などの全身症状を伴うことも多い。性器の病変は外陰部の水疱性、または潰瘍性の病変が多発し、鼠径部のリンパ節の腫脹、発熱を認

表3 現在使用可能な抗HIV薬

逆転写酵素阻害薬		プロテアーゼ阻害薬
核酸系	非核酸系	
AZT (レトロビル)	NVP (ビラミューン)	IDV (クリキシバン)
ddI (ヴァイデックス)	EFV (ストックリン)	SQV (インビラーゼ)
ddI EC (ヴァイデックス EC)	DLV (レスクリプター)	SQV-SC (フォートベイス)
ddC (ハイビッド)		RTV (ノービア)
3TC (エピビル)		NFV (ピラセプト)
d4T (ゼリット)		APV (プローゼ)
ABC (ザリアジェン)		LPV+RTV (カレトラ)
TDF (ピリアード)		ATV (レイアタッツ)
FTC (エムトリバ)		fAPV (レクシヴァ)
AZT+3TC (コンビビル)		
ABC+3TC (エプジコム)		
TDF+FTC (ツルバダ)		

() 内は商品名

(性感染症診断・治療ガイドライン 2006 参照)

めたり、子宮頸管にも感染が及んだりする。症状が強いことから急性型とも呼ばれ、治療しなくても2～3週間で自然治癒する。再発型は繰り返し再発することが特徴で、症状は軽く、小さい潰瘍性または水疱性病変を1～数個形成するだけで1週間以内に治ることが多い。

性器ヘルペスの診断は典型的な例は臨床症状から可能であるが、詳しい精密検査には病原診断(ウイルス分離やウイルス抗原の検出)と血清診断があり、蛍光抗体法によるHSV抗原の証明や血清抗体による診断があるが、後者は初感染では回復期にならないと診断できないなど、診断面では有用でない。

本邦では初感染例ではHSV-1が検出されることも多いが、再発のほとんどはHSV-2が検出される。一般にHSV-2に感染した例は再発の頻度が高い。

2) 治療

抗ヘルペスウイルス薬のアシクロビル錠 200 mg を1日5回、5日間(重症例には点滴静注も可)、またはバラシクロビル錠 500 mg を1日2回、5日間経口投与するが、症状により10日間まで可能で、重症例にはアシクロビル注を1日3回点滴静注する。再発例にも5日間程服用さ

せる。なお、軽症例には抗ヘルペスウイルス剤を含む軟膏(3%ピダラビン軟膏、5%アシクロビル軟膏)を1日数回、5～10日間の塗布を行う(表2参照)。

7) 尖圭コンジローマ

1) 疫学、症状、診断

性器のイボ(genital warts)と言われる良性の腫瘍性病変である。原因はヒト乳頭腫ウイルス(HPV)の感染で、現在このHPVには90種以上の遺伝子型が知られ、このなかの6型または11型が原因ウイルスである。大部分が性交あるいはその類似行為で感染し、発症までの潜伏期間が長く平均3カ月と言われ、かつ再発しやすい疾患である。

女性では大小陰唇、陰前庭、会陰、膣、子宮腔部、男性では陰茎の亀頭、冠状溝、また男女の肛門や尿道口に好発する。カリフラワー状、鶏冠状などと形容されるように先の尖った乳頭状で、しばしば多発する。

自覚的には無症状のことが多いが、時に痒痒感や違和感を訴える。局所所見から診断は可能であるが、HPVは外陰部だけでなく腔壁や子宮頸部(膣部、頸管)にも感染して病変を形成することがあり、腔鏡診、コルポスコピーにより観察す

ることが勧められる。確定診断は病理組織学的検索である。病原体を検出するには、PCR法とhybrid capture (HC)法があり、HCでは良性型(6, 11など)と悪性型(16, 18, 31, 33, 52など)のHPVを検出できる。なお鑑別すべき疾患として梅毒(扁平コンジローマ)に留意するほか、HIV感染との合併に注意する。

2) 治療

外科的療法と薬物療法があり、外科的療法は切除、液体窒素による凍結療法、電気焼灼、炭酸ガスレーザーが行われる。薬物療法として欧米では10%ポドフィリン・アルコール溶液の塗布(外用)(週1~2回)が勧められているが、本邦では認可されていない。そこで5-FU軟膏(週1~2回)(保険適用外)、イミキモド(承認申請中)やトリクロル酢酸の外用が行われる。巨大な腫瘍形成例ではブレオマイシンやインターフェロンなどの局注療法を行うこともある(保険適用外)(表2参照)。

3) HPVの疫学

HPVが注目されるのは子宮頸癌組織にHPV-DNAが高率(約95%)に検出されるからで、このHPVは尖圭コンジローマから検出される型とは違って16型、18型、52型、58型などで16型が最も高頻度に検出される。これより子宮頸癌と関連しているタイプをhigh risk HPV、尖圭コンジローマのような良性の乳頭腫の原因とされる6型や11型をlow risk HPVと呼んでいる。ただ、これらのウイルスは健常者からも検出されることがわかり、単にhigh risk HPVに感染しただけでは子宮頸癌になるわけではなく、発癌はその他のいくつかの因子が重なって初めて起こると考えられている。

8) 腔トリコモナス症

1) 疫学、症状、診断

腔炎におけるSTDの代表で、有症状(帯下増量)が多いが、時に無症状感染(10~20%)も見られる。発症機序として腔トリコモナスが腔の清浄度を維持する乳酸桿菌と拮抗して起こるとい

う説が有力で、治療により腔トリコモナスが消失すると、再び乳酸桿菌が優位となり治癒に向かう。

本症の症状は腔炎によるもので、診断にあたっては、自覚的に希薄膿様(時に臭気)の帯下を主訴とし、他覚所見は腔壁の発赤、漿液膿性、淡黄色の分泌物(急性期に泡沫状を呈する)が参考になるが、診断の確定は腔分泌物の鏡検(培養)で、腔トリコモナス原虫を証明することである¹⁰⁾。なお治癒判定には培養が望ましい。各種腔炎との比較で、腔トリコモナス症では帯下感が強く、これに比べカンジダ症では掻痒感が強い。図3に示したのが本症の診断手順である。

2) 治療

抗トリコモナス剤による感染トリコモナスに対する治療と感染様式、感染経路(男性尿路)に対する対策が治療方針の眼目である。すなわち性交感染(ピンポン感染)を考えると、本症治療の第一選択薬剤は経口投与の可能な薬剤ということになり、ニトロイミダゾール系のメトロニダゾールを500mg/日、分2、10日間経口投与する。ただし妊婦にはメトロニダゾール腔錠を使用する。頑症例には経口、腔錠の併用も考慮する。また患者とパートナー(この場合経口)を同時に治療することが望ましい。

9) 腔カンジダ症

1) 疫学、症状、診断

通常、外陰・腔カンジダ症の型で現れることが多く、本症はカンジダ・アルビカンス *Candida albicans*により起こるが、時にはカンジダ・グラブラータ *Candida glabrata*によっても同様の病態を呈する。カンジダはもともと腔の常在菌でもあり、腔内カンジダの検出率と発症頻度との関係は、カンジダ陽性率は妊婦においてははるかに高いが、発症率はかえって妊婦に低い。すなわち、妊婦ではカンジダの過剰増殖を来しやすい。また本症は頻度は低いがSTDの関与も考えられ、パートナーの龟头炎が見られたりする。STDの感染源は通常腔であり、女性から男性への感染が多

表4 膣炎の比較

	膣カンジダ症	膣トリコモナス症	細菌性膣症
病因	カンジダ	膣トリコモナス	<i>G. vaginalis</i> と嫌気性菌などが関係
主な症状	痒痒 (強い), 帯下	帯下 (多量), 時に臭気	臭気, 帯下 (軽度)
分泌物	チーズ状, 粥状, 量少	淡膿性, 泡沫状 (時に), 量多	灰色, 量普通
炎症所見	腔壁発赤, 外陰炎所見	腔壁発赤	特になし
膣内 pH	<4.5	>5.0	>5.0 (4.5)
アミン臭 (10% KOH 添加)	なし	しばしばあり	あり
鏡検	カンジダ (孢子, 偽菌糸) 上皮, 白血球	膣トリコモナス 白血球多し	clue cell, 細菌 白血球 (稀)
治療	イミダゾール系 (クロトリマゾールほか)	メトロニダゾール	クロラムフェニコール
性行為伝播	多くない	あり	多くない
膣の清浄度	I	III	II~III

い。

症状は痒痒感と帯下が主訴である。診断は膣内の培養結果 (サブロー寒天培地, 簡易診断培地) に加えて自他覚所見を参考にする (図3参照)。本症は強い痒痒感と帯下を主訴とし, 局所所見で腔壁の発赤, 外陰の発赤, 腫脹などを見る。腔内容は粥状で病変が強いとチーズ状を呈し, 腔内容の直接グラム染色では楕円形の分芽孢子や偽菌糸が証明される。

2) 治療

治療は抗カンジダ剤による治療と同時に, 感染に好条件となっている局所的・全身的条件 (長期の抗菌薬使用, 妊婦, 糖尿病, 副腎ステロイドの大量使用ほか) に対する対策と感染源, 感染経路への配慮が膣トリコモナスの場合と同じく大切である。患者には局所療法を行うが, 膣錠による連日治療として, イミダゾール系の膣錠クロトリマゾール 100 mg, 硝酸ミコナゾール 100 mg, 硝酸イソコナゾール 100 mg, 硝酸オキシコナゾール 100 mg を 1 日 1 回 6 日間使用するほか, 週 1 回治療として硝酸オキシコナゾール膣錠 600 mg を 1 回, 硝酸イソコナゾール膣錠 300 mg を 2 錠 1 回使用する。局所塗布剤では上記の膣錠とともに

イミダゾール系のクリーム 1 g を外陰部に塗布する。

10 細菌性膣症

1) 疫学, 症状, 診断

細菌性膣症 bacterial vaginosis (BV) は乳酸桿菌 (*Lactobacillus*) が優勢の膣内細菌叢から好気性菌の *Gardnerella vaginalis*, 嫌気性菌の *Bacteroides* 属, *Mobiluncus* 属などが過剰増殖した複数菌感染として起こる病態と考えられている。

本症の自覚症状としての帯下感の訴えは軽い。

診断は膣分泌物の性状検査, グラム染色検査に重点を置き, 細菌培養の結果を参考にして行う。診断基準として, ①灰色帯下, ②膣内 pH > 5.0, ③アミン臭の検出 (採取した腔内容に 10% KOH を加えるとアミン臭-魚臭を生ずる), ④clue cell の検出がある。以上 4 つのうち 3 つが陽性であれば, ほぼ診断ができるが, これに前記の細菌培養成績 (*Gardnerella vaginalis* や嫌気性菌の検出など) が伴えば一層確かである。むしろ BV の実用的でかつ迅速な診断法として, 腔内容の鏡検 (グラム染色によるヌージェントスコア) 所見と性状検査を併せた判定法が勧められる。表4は膣トリコモナス症, 膣カンジダ症との比較を示したもの

である。

2) 治療

BVの治療には局所療法(クロラムフェニコール腔錠(100 mg) 1日1回, 7~10日間)と内服療法(メトロニダゾール1日1,000 mg/分2, 7日間)があるが, 現在内服療法の保険適用はない。

■ 文献

- 1) 小坂 円, 岡部信彦: 発生動向調査からみた性感染症の最近の動向. 日性感染症会誌 17 (suppl.): 90-98, 2006.
- 2) 松田静治: 最近の性感染症の動向について. 日医会誌 131: 1545-1550, 2004.
- 3) 松田静治: 産婦人科領域のSTD (現状・検査・診断). (財)性の健康医学財団編, 性感染症/HIV感染—その現状と検査, 診断, 治療, 78-87, メジカルビュー社, 東京, 2001.
- 4) 性感染症診断・治療ガイドライン2006. 日性感染症会誌 17 (suppl.): 31-88, 2006.
- 5) CDC: Sexually transmitted Diseases Guidelines, 2006. MMWR 55: No.RR-11, 2006.
- 6) 松田静治, 野口昌良, 塚本泰司, 公文裕巳, 他: TMA法を用いたRNA増幅によるクラミジア・トラコマチスおよび淋菌の同時検出—産婦人科および泌尿器科における臨床評価—. 日性感染症会誌 15: 116-126, 2004.
- 7) 熊本悦明, 松田静治, 野口昌良: chlamydia trachomatis 性子宮頸管炎に対するクラリスロマイシンの治療効果の検討. 日性感染症会誌 17: 82-92, 2006.
- 8) 田中正利: 淋菌の薬剤耐性. 化学療法の領域 18: 1620-1623, 2002.
- 9) HIV感染症「治療の手引き」(第9版). HIV感染症治療研究会編, 2005年.
- 10) 松田静治: 膣トリコモナス症. 臨床と研究 80: 855-858, 2003.

子どもを蝕む大人の病気

細菌性性感染症

松田 静 治

金 原 出 版 株 式 会 社

各論

細菌性性感染症

松田 静治 性の健康医学財団

まつだ せいじ

キーポイント

近年 HIV 感染を含め世界的に増加している STD の対策は重要である。病原微生物から性器クラミジア感染症、淋菌感染症、梅毒は代表的な STD で、梅毒を除き、クラミジア、淋菌による感染症は若年層を中心に増えている。本稿ではこれら 3 疾患（これに GBS 感染症、カンジダ症を追加）を中心に疫学、症状、診断、治療とともに母子感染の現況を述べた。

はじめに

近年、HIV 感染をはじめ性感染症 (STD) の世界的増加が大きな社会的関心を招いているが、この背景には性の自由化、性風俗の変化、性行為の多様化といった風潮が根底にある。STD の抱える問題点として、病原微生物の多様化、無症状感染の広がりや性器外感染 (咽頭感染など) の増加に加えて、患者の低年齢化、つまり性行動の活発な若年層での流行が懸念されている^{1)~3)}。

性感染症の現況

近年、若年層の間で STD の急速な増加が問題になっている。STD には 10 種以上の疾患があり、その内訳は梅毒をはじめ細菌性疾患では淋菌感染症、性器クラミジア感染症が、ウイルスによるものでは性器ヘルペス、尖圭コンジローマ、エイズ (HIV)、肝炎 (HBV) などがあり、加えて原虫による膣トリコモナス症、真菌によ

る性器カンジダ症、寄生虫による毛ジラミがある。さらに産婦人科で近年注目されている細菌性膣症も広義には性関連疾患として STD に含まれる。

このように STD の病原微生物は多様化し、細菌ではクラミジア・トラコマチス、淋菌が、ウイルスではヘルペスウイルス群、パピローマウイルスなどが主流である。疾患別に増えているものは女性の性器クラミジア感染症と男性の淋菌感染症などがあり、なかでも最近では女性の患者の増加が注目される。一方、梅毒は近年激減している¹⁾。また、HIV (エイズ) は日本で 1985 年に初めて報告があつて以来着実に増え続け、なかでもほかの STD と同じく、HIV においても若年層での女性の割合が高いことが注目される¹⁾。

本稿では以下細菌性の STD について述べる。

連絡先：性の健康医学財団
〒113-0033 東京都文京区本郷 3-14-10

小児科 Vol. 48 No. 5

533

表1 淋菌、クラミジア・トラコマチスによる子宮頸管炎の比較

	淋菌性子宮頸管炎	クラミジア性子宮頸管炎
潜伏期間	2~7日	1~3週
症状	帯下	帯下 無症状のことも少なくない
子宮頸管分泌物(色) (量)	粘液膿性 多	漿液性~粘液膿性 中等

(松田静治, 2001³⁾, 1998⁴⁾より)

表2 性感染症と母子感染(産道感染, 経胎盤感染)

微生物	児の疾患	主な経路
クラミジア・トラコマチス	結膜炎・肺炎	産道感染
淋菌	新生児膿漏眼	産道感染
梅毒トレポネーマ	先天梅毒	経胎盤感染
カンジダ	鰐口瘡, 全身性カンジダ症	産道感染

性器クラミジア感染症

疫学, 症状, 診断

クラミジア・トラコマチスによる性器クラミジア感染症はもっとも頻度の高いSTDで, 女性の子宮頸管炎は男性の尿道炎とともに感染力と頻度の高いSTDと考えられている(表1)。感染後1~3週間で発症し, 女性ではときに子宮頸管炎から上行感染し, 子宮付属器炎など骨盤内炎症性疾患(pelvic inflammatory disease: PID)を起こし, 卵管性不妊や子宮外妊娠の誘因になったりする。また妊娠の子宮頸管炎から後述の母子感染(産道感染による児の結膜炎, 肺炎)を起こしたりする。男性ではクラミジアによる尿道炎は非淋菌性尿道炎の約半数以上を占め, 淋菌性尿道炎におけるクラミジアの合併頻度は20~30%といわれる。本症では主訴(帯下, 排膿, 分泌物増加など)が少なく, 2/3が無症状であり, 早期検診, 検査が蔓延をくい止める最善の策である³⁾。診断は通常, 子宮頸管分泌液, 尿(男性の尿道炎)検体について抗原検査(TMA法, PCR法などの核酸増幅法など)により行う。

母子感染

産道感染(垂直感染)により, 児の結膜炎(新生児封入体結膜炎)と肺炎を起こす(表2)。

クラミジア感染を有する妊婦の抗原陽性率は地域差はあるものの全国平均で4~5%であるが, 近年陽性妊婦に対する抗菌薬投与で母子感染の頻度は減少している。われわれの成績では垂直感染の割合は10~20%(無治療群)であるが, クラリスロマイシン(CAM)を主とした妊娠中の治療群(20例)(妊娠18~31週)では, 母子感染は認められなかった(表3)。問題は垂直感染による母子感染の発症が潜伏期の関係もあり, 産科の退院後に多いことで, 産科医と小児科医の連携が望まれる⁵⁾。このほかクラミジアが流産, 低出生体重児などの原因にもなるという報告もあるが, これらはなお検討を要する課題である。ちなみにわれわれの成績では正常妊娠群, 異常群(流産, 子宮内胎児死亡群)に差があるとは思われなかった。

実際の母子感染として未治療の場合, 産道感染により20~50%で封入体結膜炎を発症し, また3~20%の児では新生児期または乳児期に肺炎を発症するものと推定されている。結膜炎は典型的な場合は出生後2週間以内で発症するが,

表3 クラミジア・トラコマチス抗原陽性妊婦と新生児

	抗原陽性例	使用抗菌薬	妊娠週数	分娩前		新生児 (1カ月)	
				抗原	IgA抗体	結膜炎	肺炎
治療群	20 (16)*	CAM 400 mg/日 7~14日 EM 1,200 mg/日 14日	26~31 (14例) 18~30 (6例)	陰性	(13)*	0	0
非治療群	28		31~36	不検	(19)*	3 (10.7%)	0

* () IgA抗体陽性

(松田静治, 1998⁹⁾より)

表4 性感染症の治療法 (除くウイルス感染症)

	起炎菌	治療薬	使用法	備考
性器クラミジア感染症	クラミジア・トラコマチス	(経口) アジスロマイシン (AZM) クラリスロマイシン (CAM) ガチフロキサシン (GFLX)* レボフロキサシン (LVFX)* トスフロキサシン (TFLX)*	1回 1,000 mg 単回 1回 200 mg 1日2回(7日間) 1回 200 mg 1日2回(7日間) 1回 100 mg 1日3回(7日間) 1回 150 mg 1日2回(7日間)	近年ペニシリン、ニューキノロン、セフェム耐性の淋菌が増加している。クラミジア・トラコマチスには今のところ耐性株はない。
淋菌感染症	淋菌	(注射) セフトリアキソン (CTRX) セフォジジム (CDZM) スペクチノマイシン (SPCM)	1回 1,000 mg 静注 (単回) 1回 1,000 mg 静注 (単回) 1回 2,000 mg 筋注 (単回)	
梅毒	トレポネーマ・パリツム	後天梅毒: 経口ペニシリン 1日 1,500 mg (分3) 1~2カ月 妊婦梅毒: 経口ペニシリン優先。ペニシリンアレルギーの場合アセチルスピラマイシン (マクロライド剤) を投与する		

*妊婦には使用しない

(性感染症診断・治療ガイドライン 2006⁹⁾より)

淋菌によるものとは異なり、結膜、眼瞼の充血、発赤腫脹は軽度であるが、ときに膿漏眼を認める。クラミジア・トラコマチス肺炎患児は通常鼻汁や軽度の咳嗽で発症し、多くの場合無熱性で遷延性の経過をたどる (無熱性肺炎)⁸⁾。また多呼吸を伴ったり、体重増加不良をみるほか結膜炎の合併がしばしば認められる。

ニューキノロン系のガチフロキサシン (GFLX) (1日 400 mg/分2, 7日間)、レボフロキサシン (LVFX) (1日 300 mg/分3, 7日間) を使用する⁶⁾。ただ妊婦には上記のマクロライド系を使用する⁴⁾ (表4)。またパートナーの検査、治療も同時に進めることが望ましい。クラミジア・トラコマチス肺炎の治療にも上記マクロライド系抗菌薬を7~10日投与する。

治療

治療には経口投与が原則で、マクロライド系のアジスロマイシン (AZM) (1,000 mg 単回投与のみ)、CAM (1日 400 mg/分2, 7日間) や



疫学、症状、診断

淋菌 (*Neisseria gonorrhoeae*) による感染症は STD の代表的疾患の一つで、通常潜伏期は 2~7 日である (表 1)。女性では子宮頸管炎、男性では尿道炎が代表である。淋菌はときに管内性に感染を拡大し、PID や精巣上体炎、さらに咽頭炎、直腸炎を起こしたりする。患者数では男性が多いが、最近では女性の淋菌感染症が増加していることに注意すべきである。症状は代表的な男性の尿道炎では排尿痛や膿性尿道分泌物の出現など有症状が多いが、典型的な子宮頸管炎では帯下感の主訴と頸管帯下として粘液性、膿性の分泌物が外子宮口付近にみられるが、ただ患者の多くは、感染の自覚がない。PID はクラミジアやほかの一般細菌に比べて淋菌の起炎菌としての比率は低いが、症状、病態 (発熱、下腹痛、付属器圧痛など) は、クラミジアによるものより強い。検査法には尿道分泌物、子宮頸管分泌物の培養や抗原検査 (TMA 法、PCR 法などの核酸増幅法など) があるが、グラム染色標本の鏡検での診断は男性の尿道炎に比べ子宮頸管炎での正診率は低い。咽頭炎を疑えば咽頭材料の培養を行う。この際抗原検査 (PCR 法) は非病原ナイセリアの存在で、疑陽性を起こすこともあり、不適當である。



淋菌による結膜炎は新生児膿漏眼ともいわれ (表 2)、昔はかなりしばしばみられたが、近年ではほとんど発生をみていない。ただ産道感染ではないが乳児期には時に報告されている。典型例では結膜充血、眼瞼部の発赤腫脹、膿性眼脂が特徴である。子防、治療法としてエリスロマイシン (EM)、テトラサイクリン (TC) の眼

科用軟膏、または点眼薬が用いられる。



近年淋菌の抗菌薬耐性化は著しく、多剤耐性化も進み、使用薬剤は限られるようになった。現在勧められる治療法は注射薬の単回投与が主流で⁶⁾、セフトリアキソン (CTRX) 1,000 mg 静注単回投与、セフォジジム (CDZM) 1,000 mg 静注単回投与、スペクチノマイシン (SPCM) 2,000 mg 筋注単回投与がある (表 4)。



梅毒トレポネーマ (*Treponema pallidum*: TP) による感染症で、STD の代表でもあり、五類感染症の全数把握 (7 日以内に届出) の疾患の一つで、皮膚や粘膜の小さな傷から TP が侵入して起こる全身性の慢性感染症である。皮膚、粘膜の発疹や臓器梅毒の症状を呈する顕症梅毒と、症状は認められないが、梅毒血清反応の陽性である無症候梅毒や先天梅毒に分けられる。近年、梅毒は減少しているが、欧米では再び増加傾向にある。

● 後天梅毒

① 第 1 期梅毒

感染後約 3 週間すると感染局所 (大小陰唇、陰茎) に初期硬結、硬性下疳 (単発が多い) を作り、その後遅れて鼠径部などリンパ節が腫脹し、無痛性横痃となる。

② 第 2 期梅毒

3 カ月後に皮膚、粘膜の発疹や臓器梅毒の症状のみられるものである。発疹は多彩で、丘疹性梅毒疹、梅毒性乾癬、梅毒性バラ疹や扁平コンジローマ (尖圭コンジローマと鑑別を要する)、梅毒性脱毛がある。

表5 梅毒定性検査の結果の解釈

STS	TP 抗原系	結果の解釈
-	-	① 非梅毒 ② まれに梅毒感染初期
+	-	① 生物学的偽陽性 (BFP) ② まれに梅毒感染初期
+	+	① 梅毒 (早期から晩期) ② 梅毒治療後の抗体保有者
-	+	① 梅毒治療後の抗体保有者

(大里和久, 2001⁷⁾より)

梅毒感染初期が疑われる場合は2~3週間後に再検査する。

TP: トレポネーマ・パリツム

以上2期までの確定診断はTPの検出あるいは梅毒血清反応でなされる。

なお、感染が3年以上経過して起こる第3期梅毒(ゴム腫形成など)や、心血管梅毒や神経梅毒を呈する第4期梅毒は現在ほとんどみられない。

検査診断の手順としてはSTS(血清反応)とTP抗原系の検査法を組み合わせるまず定性検査を行う。定性検査の結果の解釈を表5に示した⁷⁾。

●無症候梅毒

初感染後まったく症状を呈さない場合や陳旧性梅毒などである。STSで16倍以上陽性かつTPを抗原とする検査(TPHA法, FTA-ABS法)が陽性である。

先天梅毒—母子感染

臨床上問題となる先天梅毒は妊娠18週以降のTPの経胎盤感染によって発症する(表2)。胎児梅毒は胎児水腫による死産、流産、生後早期の死亡の転機をとる。乳児(早期性先天)梅毒は生後1カ月ごろに鼻閉(鼻炎)、梅毒疹、肝脾腫、骨軟骨炎の所見がみられる。遅発梅毒は学童期以降ハッチンソン3主徴(角膜炎、ハッチンソン歯牙、内耳性難聴)や骨、皮膚、内臓に病変をきたす。ただ以上の症状、所見を呈す

る症例は現在ほとんどみられることはない。確定診断は母体の抗体価に比べて児の血清抗体価が著しく高いことや、児のTPHA IgM抗体陽性の場合である。

治療

ペニシリンが第1選択薬で、経口ペニシリン(ABPC, AMPCなど)剤を500mg1日3回投与する。期間は第1期で2~4週間、第2期で4~8週間である。

その他

B群溶連菌(GBS)感染症

一部STDとの関連も指摘されている新生児期のGBS感染症で、生後7日以内に発症する早発型(敗血症型、肺炎)とそれ以降の遅発型があり、ともに新生児の重症感染症の一つである⁹⁾。このうち早発型はほとんどが産道感染で、生後6時間以内の発症が多い。ただ本症の実際の発症率は保菌妊婦(約1~2%)の1%以下と低い現状である。治療はペニシリン系薬剤(ABPC, PIPC)の経口もしくは静注を行う。

性器カンジダ症

女性での主な疾患は膣炎、外陰炎で両者は合併することが多く、一般に外陰、膣カンジダ症とよばれる。症状、所見はかゆみ、帯下のほか膣壁、外陰の発赤と膣内容がチーズ状、粥状を呈し、診断は培養と局所所見から容易である。産道感染として新生児鵝口瘡が有名で、そのほか新生児寄生性紅斑や未熟児では全身性カンジダ症を起こすことが知られている(表2)。性器カンジダ症の治療には抗カンジダ剤の膣錠と軟膏を使用する¹⁰⁾。

文 献

- 1) 小坂 円, 岡部信彦: 発生動向調査からみた性感染症の最近の動向. 日本性感染症会誌 17 (Suppl): 90-98, 2006
- 2) 松田静治: 最近の性感染症の動向について. 日本医師会雑誌 131: 1545-1550, 2004
- 3) 松田静治: 産婦人科領域のSTD (現状, 検査, 診断). (財) 性の健康医学財団 (編); 性感染症/HIV 感染, メジカルビュー社, 東京, pp78-87, 2001
- 4) 松田静治: 妊産婦感染症と治療の適応. 妊産婦の感染症治療の手びき, ヴァンメディカル, pp13-22, 1998
- 5) 松田静治: STD と母子感染. 東京都予防医学協会年報 27: 180-185, 1998
- 6) 性感染症診断・治療ガイドライン, 2006, 日本性感染症会誌 17 (Suppl): 31-88, 2006
- 7) 大里和久: 梅毒. (財) 性の健康医学財団 (編); 性感染症/HIV 感染, メジカルビュー社, 東京, pp158-161, 2001
- 8) 沼崎 啓: 母子感染. (財) 性の健康医学財団 (編); 性感染症/HIV 感染, メジカルビュー社, 東京, pp50-57, 2001
- 9) 保科 清: GBS 感染症. (財) 性の健康医学財団 (編); 性感染症/HIV 感染, メジカルビュー社, 東京, pp168-170, 2001

最近の新生児医療の基準をわかりやすくまとめた実践的ガイド!!
待望の改訂版、刊行成る!!

MANUAL OF NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT NICUマニュアル 第4版

新生児医療連絡会 編

改訂第4版の特色

新生児医療の進歩を取り入れて従来項目を大幅改訂した他, 新たに下記の項目を取り入れた。

■新たに加わった項目

未熟児貧血/黄疸・溶血性疾患/輸血療法/人工呼吸器の取り扱い/NO吸入療法/持続血液濾過(CHF), 持続血液濾過透析(CHDF)/ECMO/脳低温療法/度量衡等の換算表/新生児医療に関する通知, ガイドライン, recommendation等

ISBN978-4-307-17053-6 B6判 736頁 246図 定価7,350円(本体7,000円+税5%)

おもな内容

新生児医療の全般的知識と管理 新生児医療総論/産科学的情報/新生児の分類/分娩室ルチンと衛生術/新生児診療法/新生児室およびNICUのルチン/NICUへ収容される新生児/地域医療と新生児搬送/退院後のケア **ハイリスク児の管理** リスクの予測される児への対応/主要症状に対する診断学的アプローチと管理/主な疾患とその治療 **診断および治療上の管理要項** 保温(保育器の使用)/栄養計画/輸液療法(水・電解質の管理)/経静脈採血/輸血療法/呼吸管理/循環管理/抗感染と感染の管理/血液・凝固系の管理/新生児黄疸の管理 **診断・治療手技** 採血法/血管カニューレーション/注射法/経椎穿刺/硬膜下穿刺/脳室穿刺/膀胱穿刺/胸腔穿刺および持続吸引/気管挿管/人工呼吸器の取り扱い/NO吸入療法/気管支鏡/呼吸機能検査/超音波断層検査/頭部CT/MRI/脳波, 聴性脳幹反応/X線検査/心電図検査/腹膜透析(PD)/持続血液濾過(CHF), 持続血液濾過透析(CHDF)/ECMO/交換輸血/脳低温療法 **モニタ用機器の使用法** 呼吸・心拍モニタ/血圧測定/体温測定/超音波による臓器動脈血流測定, 経皮的ガス分圧測定(酸素, 二酸化炭酸)/パルスオキシメータ **ベッドサイドの検査** 血液ガス分析/電解質/血糖/血清蛋白濃度/CRP/アンモニア/ビリルビン/血液一般検査/ヘパラスチンテスト(HPT)/アプトテスト/マイクロバブルテスト/新生児マスキング/髄液/尿一般/細菌 **新生児医療に必要なデータ** 正常値/薬剤/母体に投与された薬物の胎児・新生児への影響/母乳中への薬物移行と児に及ぼす影響/母乳, 調製粉乳の成分表/新生児関連医療統計データ/新生児, 乳幼児身体発育表/常用外国語の対応語(新生児関係)/略語表/SI単位系への換算表/その他の換算表/新生児に関連する主な公費負担制度 **新生児医療に関する通知, ガイドライン, recommendation等**

読者対象: 看護師, 小児科医, 産科医

2006・12

 **金原出版**

〒113-8687 東京都文京区湯島2-31-14 電話03-3811-7184(営業部直通) FAX 03-3813-0288
振替00120-4-151494 ホームページ <http://www.kanehara-shuppan.co.jp/>

特集 性感染症の現状

概論

わが国における性感染症の 現状と将来

白井 千香¹⁾

1) しらい ちか／神戸市兵庫区保健福祉部 主幹

エルゼビア・ジャパン

わが国における性感染症の現状と将来

白井 千香¹⁾

1) しらい ちか/神戸市兵庫区保健福祉部 主幹

- ◇ 発生動向調査から、全数報告のHIV感染症と梅毒は増加傾向、定点からの他の性感染症の報告はやや漸減している。
- ◇ 性行動開始が早い(初交年齢が低い)10歳代では性感染症のリスクが高い。
- ◇ HIV感染症は男性間の性的接触が6割を占めるが、エイズ対策研究で、ゲイコミュニティの取り組みにより行動変容に成果が見られる。
- ◇ 性器クラミジアの病原体検査は、自己採取による検査が導入されれば、無症状の段階で早期発見・治療につなげることができる。
- ◇ 感染予防対策のアプローチは、性感染症とHIV/AIDSで共通している。地域において教育・保健・医療などあらゆる関係機関が連携し当事者に届く具体的なサポートが重要である。

KeyWords

発生動向調査
性器クラミジア感染症
HIV感染症
MSM (Men who have sex with men)
自己スクリーニング検査

【連絡先】

〒652-8570 兵庫県神戸市兵庫区荒田町1-21-1
神戸市兵庫区保健福祉部

はじめに

近年の性行動の若年化と性感染症(特に性器クラミジア感染症)の増加について、若年者は知識や感染予防行動が不十分で、性感染症を気付かずに広げていると危惧される。しかし、性行動に伴うリスクは年齢を選ばず、性感染症は誰にでも「自分のこと」として認識されるべきである。プライマリケア医においても相談の窓口になってほしい。

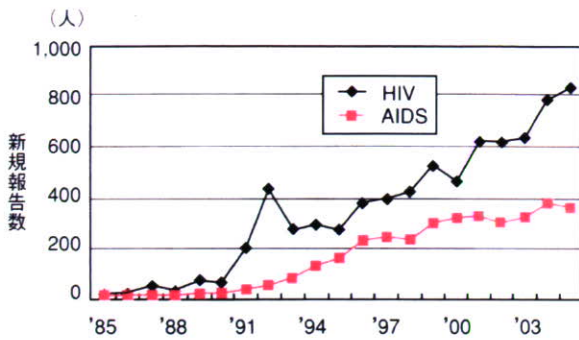
性感染症はHIV/AIDSの動向を見るサインとして重要であり、感染予防のアプローチの多くは共通している。果たして、性感染症はどのように増えているのか、その背景は何か、課題と解決策など、現状と今後の方向性を述べる。

性感染症およびHIV感染症(HIV/AIDS)の発生動向

HIV感染症(HIV/AIDS)も感染経路から、性感染症のひとつであるが、発生動向調査(サーベイランス)は分かれているため、それぞれについて説明する。

性感染症は、感染症法(「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」)によって5類感染症に分類される。そのうち診断した医師から保健所への届出が必要なものは、HIV感染症と梅毒である。HIV感染症は、2005年に感染者832人、エイズ発症367人の新規報告があった。その8~9割は日本国内での感染である¹⁾。2004年から年間1,000人を超え増加傾向は続いており、1日3人以上が発見されていることになる(図1)。梅毒は性病予防法の時代から比べて漸減し年間500~600人の

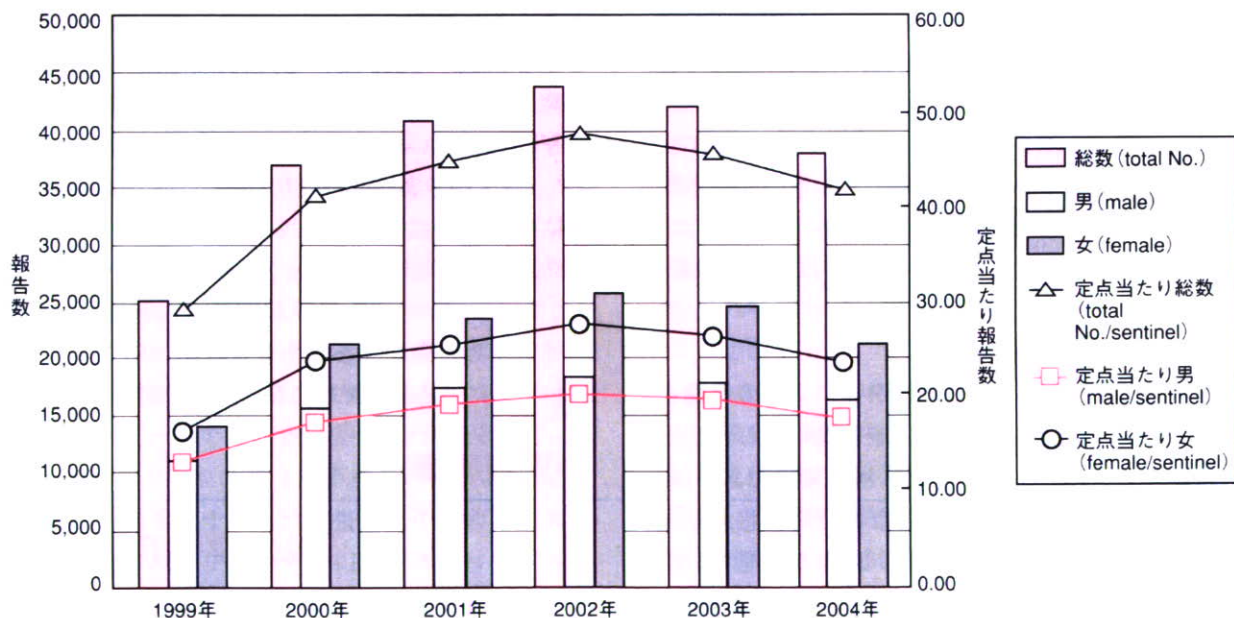
図1 年間の新規報告数の推移(文献1より引用)



報告だが、近年やや増加傾向である。HIV 感染症と梅毒の合併は多く、報告数以上の治療が行われていると推測される。

HIV 感染症と梅毒以外の性感染症として報告が必要な疾患は、性器クラミジア感染症・淋菌感染症・尖圭コンジローマ・性器ヘルペスで、これらは届出指定医療機関(全国約920 定点)から毎月、保健所へ報告される。近年、定点当たりの性器クラミジア感染症報告数はやや減少しているが(図2)、女性は20 歳代前半にピークがあり、男性はピークが小さいが30 歳以上では女性より多くなだらかな山が続く(図3)²⁾。淋菌感染症は男性で症状が出やすく、最近では薬剤耐性が増加しているためサーベイランスの意義は大きい。

図2 性器クラミジア感染症の報告数(文献2より引用)



定点は、都道府県ごとに人口に応じて医療機関(産婦人科・泌尿器科・性病科・皮膚科)を指定することとなっているが、医療機関の規模や受診者数、診療科の選択については地域の代表性を示しているかどうかには課題があり、そのため都道府県単位の比較や全国の患者数を推計することはできない。ただし疾患ごとに年次推移のトレンドは分かるため、各都道府県と全国の傾向を知ることはできる。現在、発生動向調査の評価と改善、定点の在り方や有効な活用方法についての研究が進められている。

性感染症は無症状の段階で見つけない

性感染症、特に性器クラミジア感染症は症状に気付かないことが多い。しかし、無症状でも病原体を持っていれば無防備な性行為によって感染し、次世代に影響する。無症状のうちに病原体を見つけて早期診断・治療につなげられれば、パートナーの感染防止も可能である。

著者らの調査研究では³⁾、若年者の性器クラミジアについて、自己採取によるスクリーニング検査とアンケート(性知識、性行動、検査・受診の要望など)を行った。6 地区約800 名(12~26 歳、女性:男性=9:1)の無症状者で、性器クラミジアの

図3 定点当たりの性器クラミジア感染症の報告数
(文献2より引用)

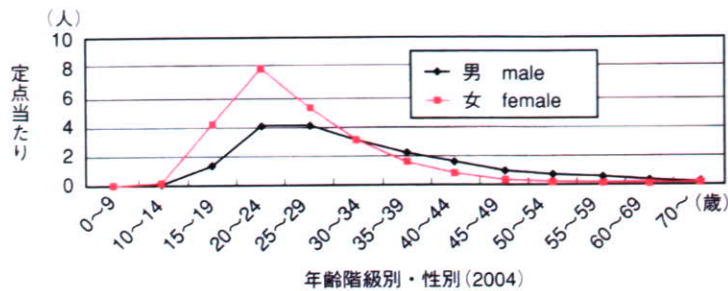


表1 年齢別予防行動(感染リスク)の比較

	14～18歳	19～21歳	有意差
平均初交年齢	15.3 ± 1.3	17.2 ± 1.6	0.000*
コンドームがないときはセックスしない	27.9%	50.0%	0.046*
初交時コンドーム使用	54.8%	66.7%	0.346
2回目からコンドーム常時使用	15.0%	28.6%	0.078
予防について特に何もしない	39.5%	21.4%	0.099

〔若年者を対象とした性感染症(無症候感染者)の実態調査と蔓延防止システムの構築〕
平成16年度研究報告書、上村茂仁(ウイメンズクリニックかみむら)の調査より〕

病原体である *Chlamydia trachomatis* のPCR陽性率は、性交経験者(初交年齢中央値:女性15歳、男性16歳)のうち女性11%、男性9%であった。検査の動機は、気になる症状があったのではなく、多くは「一度調べてみたい」と答えており、この調査が性感染症を自分の問題として考える機会になったと考えられる。陽性者では初交年齢が低く、コンドームを常時使わない、予防について何もしないなど、より若い10歳代の若年者で性感染症のリスクが高いことが分かった(表1)。「エイズも性感染症である」ことはほぼ全員が知っていたが、40%は「何らかの性感染症に罹っているとHIVに感染しやすい」ことを知らなかった。性感染症予防として実行していることとして「コンドームがないときはセックスしない」「パートナーは1人にする」を挙げたのは女性に多く、「何もしていない」と答えたのは男性が多かった。

HIV感染症も無症状の時期が長い。その期間をできるだけ延ばし、エイズ発症を遅らせるのが現在の治療の方向である。ただしHIV陽性であれば、コンドームを使わない無防備な性行為は感染拡大につながる。エイズの出現から20年が経過し、抗ウイルス薬の多剤併用療法(HAART)が進み延命が

可能となったが、一方、中高年男性の“いきなりエイズ”が目立つ。やはり無症状の段階で抗体検査を受け、生活環境を整えリスクを減らすことがQOL向上にもなり、感染拡大防止の面でも重要である。

セクシュアリティ

性感染症をコントロールするには、その疫学的特徴(年齢・性別・感染経路など)を知ることが大事である。HIV感染症については新規感染者の報告から男性が多く、20～30歳代が約7割を占める。感染経路別では男性間の性的接触MSM(Men who have sex with men)は約6割である。よって男性同性愛というセクシュアリティが注目されるが、MSMには両性愛も含まれる。男性同士の性行為

の傾向として、特定の相手に限らず同時に複数の相手との性交渉の機会があり、避妊の必要がないのでコンドームを使わない、肛門性交では粘膜が傷つきやすく炎症を起こしやすいなど、性感染症のリスクが高いことが分かっている。

MSMではこのようなリスクがあることを認識することから始め、近年はゲイコミュニティによるアウトリーチ活動や“Safer sex”についてのワークショップなど、ピアエデュケーションが都市部を中心に試みられ、HIV抗体検査を勧める啓発も展開されている。これらにより、コンドーム常用率を高めるといった行動変容の効果も得られている⁹⁾。厚生科学審議会科学技術部会は、2006年度戦略研究課題を癌対策とエイズ対策とした。エイズ予防のための戦略研究のうち「男性同性愛者を対象としたHIV新規感染者およびエイズ発症者を減少させるための効果的な啓発普及戦略の開発」について、さらに進められている研究成果を待ちたい。

小児買売春

エイズ啓発予算が豊富だった十数年前、『行ってらっしゃい、エイズに気をつけて』というポスターがエイズ予防財団によって作られ、旧厚生省から

図4 エイズ啓発ポスター



全国の自治体に配布された(図4)が、「これは問題である」とのクレームがつき撤去された。このポスターが問題視された背景には、「海外旅行や出張に伴った買春を容認している」との声があった。しかし、これを隠蔽しても問題が解決されるわけではない。

タイやカンボジアでは、地方から都会へ売春婦として少女が売られるという現実があり、貧困ゆえ家族のために子どもが犠牲になっている。山岳民族の村では『お母さん、お父さん、私を売らないで』というポスターが貼られているという。都会で売春婦になった少女は、エイズに感染するリスクが高く、働けなくなって親元に帰されたときにはエイズを発症している⁵⁾。

これらのことは海外での買春であるが、日本の子どもたちに「関係ないこと」とは言えない。日本では、1999年に児童ポルノ・児童買春禁止法が施行され買春の処罰が制度化されたが、インターネットや携帯サイトに溢れる性情報や出会いサイトが買春と関係ないと言えるだろうか。児童福祉法には18歳未満の者の性風俗産業への従事が禁止されているが、日本の子どもたちは貧困のために売春するのではない。「自由に使えるたくさんのお金が欲しい」「一瞬でも誰かに愛されたい」という心の貧困が性のリスクに巻き込ませているのである。

薬物乱用と性感染症

性風俗産業における児童買春と薬物乱用について

では警察の取締りが厳しいため、合法的に営業している雇用者側では尿検査でドラッグのチェックをしているところも多い⁶⁾。HIV感染症やウイルス肝炎の感染経路には経静脈性薬物使用者(Intravenous Drug Users: IDU)による注射針の共有があるが、日本では少ないとされる。ただし、日本での薬物濫用は少ないからと安堵はできない。“脱法ドラッグ”のような経口薬やアルコールによっても無防備な性行為が誘発されるため、性感染症のリスクは高くなり、それに伴いHIV感染症のリスクも上がる。イベント時に行ったキャンペーンで自己検査(性器クラミジア)と性行動のアンケート調査を行ったところ、*C. trachomatis*(PCR)陽性者では、陰性者と比較しコンドームなしでのセックス、複数のパートナーとのセックス、ドラッグを使ったセックスが多いことが統計的にも有意に認められた⁷⁾。このように薬物濫用には、直接的な血液の共有による感染とともに、間接的に性感染症を拡大する要因が関連している。

性感染症予防のための連携

性感染症対策は医療関係者だけでは進まない。性に関する正しい知識の普及や学習の機会の提示など、対象者に合わせた対策が重要である。若年者については学校と、セクシュアルマイノリティーには当事者を含むNGOと、また治療については基礎研究や専門医、予防対策では臨床と社会医学、また行政や地域のさまざまな機関や個人の連携が求められる。リスクのある性行動に対する行動変容は、どんな対象にもあらゆる機会ですべて促していく連携が望まれる。性のトラブルとしての性感染症は、「家族へも秘密にしておきたい」ために、医療機関には丁寧な「プライバシー保護」を求めている、診療の場でもデリケートな部分が多いことを考慮する必要がある。また、「保険証を使いたくない」「受診を知られたくない」などの偏見意識や疎外感を当事者自身が持っていることもあり、それを払拭して治療や行動変容に向かうサポートが必要である。専門的な治療の受け皿としては婦人科や泌尿器科が中心(HIV感染症では免疫血液内科や呼吸器内科が主)となるが、その道筋をつけるのはプラ

表2 性感染症予防対策

<ul style="list-style-type: none"> ・対策の優先順位を付けた目標設定 (例：都道府県感染症予防計画) ・発生状況の実態把握(発生動向調査の改善) ・医療機関、行政(GO)、NGO、教育機関との連携 ・スクリーニング検査の推進 無症状感染者の発見と早期対応 ・地域の医療機関の診断・治療の向上 エビデンスの蓄積～ガイドラインの普及推進 ・対策の客観的評価(plan-do-check-action)

イマリケアの現場で可能である。地域で信頼されている小児科や内科はむしろ受診しやすいかもしれない。性に関して困ったとき、若年者にとっては信頼できる大人の存在が必要で、「気軽に受診できる医療機関を知りたい」「検査や治療の方法と費用はどれくらいか」など、具体的な相談や助言をしてくれる医療者を求めている。日本性感染症学会では「性感染症 診断・治療 ガイドライン」を2006年版に改訂したところであるが、プライマリケアの現場でも活用してもらいたい。

おわりに

昨年、厚生労働省から、性感染症予防指針とエイズ予防指針が、それぞれ改訂され告示された。これは国や都道府県の役割を明確にし、地域や対象者に応じた対策が進められるよう、性感染症の実態把握と予防、治療などへの指針を示したものである。著者もそれらの見直し検討に加わったが、従来の予防指針の周知は十分ではなく、実行性も乏しかった⁸⁾。性感染症対策については、厚生労働省(感染予防)と文部科学省(性教育)に温度差があり、発生動向調査が分かりにくく、自治体の対策費の優先度が低いなど多々課題はあるが、それらを改

善する実質的な研究や取り組みが進められている(表2)。

感染予防対策のアプローチは、性感染症とHIV/AIDSで共通している。性感染症やHIV/AIDSの増加を不安に思うだけではなく、今は関心を持つ良いチャンスと思う。予防の焦点は、当事者がリスクを認識し自らの行動変容によって感染防止ができるよう、予防の具体策と検査、治療など医療に関するサポートを当事者に届く方法で、ニーズに合わせて提供することである。特に若年者については学校など教育機関や保健・医療の連携をいっそう図り、地域における性感染症予防対策を推進していきたい。

文献

- 1) 厚生労働省エイズ動向委員会. 2005年エイズ発生動向年表, 2006.
- 2) 厚生労働省健康局結核感染症課, 国立感染症研究所感染症情報センター. 感染症発生動向調査事業年報 2004年, 2006.
- 3) 白井千香, 小野寺昭一, 他. 若年者における無症候性器クラミジア感染症の把握と蔓延防止システムについて, 日本性感染症学会誌 2006; 17: 28-34.
- 4) 市川誠一. 厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業「男性同性間のHIV感染予防対策とその推進に関する研究」平成14～16年度総合研究報告書, 2005, p21-88.
- 5) 池間哲郎. あなたの夢はなんですか? 私の夢は大人になるまで生きることです. 東京, 致知出版社, 2006, p36-43.
- 6) 水島 希. 日本のセックスワークとSTD. 母の会, 2005.
- 7) 萩野員也, 小野寺昭一. 厚生労働省科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業「性感染症の効果的な蔓延防止に関する研究」平成15～17年度総合研究報告書, 2006, p46-54.
- 8) 白井千香, 他. 性感染症に関する特定感染症予防指針に基づく取組状況の検討—全国の自治体、保健所を対象としたアンケート調査—. 日本性感染症学会誌 2006; 17: 58-64.

特集 性感染症の現状

性感染症の予防に向けて

近年の性感染症事情

松田 静治¹⁾

1) まつだ せいじ/財団法人 性の健康医学財団 理事長

エルゼビア・ジャパン