

研究講座

口腔に現れるウイルス性感染症 ③

大阪大学大学院歯学研究科顎口腔病態制御学講座
口腔外科学第二教室教授 由良 義明

「口腔に現れるウイルス性感染症」は今回で最終となります。ヘルペスウイルス感染症の続きとして水痘—带状疱疹ウイルスならびに口腔のRNA型ウイルスについて述べます。

1. みずぼうそう(水痘)と带状疱疹の原因は同じ

水痘は水痘—带状疱疹ウイルス(VZV)の初感染による臨床像で、全身に水疱を形成します。空気感染するため、麻疹、結核、SARSとともに感染対策上重視されています。水痘の感染は起こりやすく、家族の一員が感染した場合、家族内で約90%が感染するといわれています。発熱、倦怠感など前駆症状後に皮疹が全身に発現し、透明な液体を含んだ水疱が形成されます(図1)。

痂皮が脱落するまでは5~20日かかります。ライ(Reye)症候群は水痘やインフルエンザの急性期にサリチル酸を服用していた小児に多くみられるもので、嘔吐、意識障害、痙攣を来し、致死率は20~30%で回復しても脳障害が残ります。歯科では非ステロイド性抗炎症薬を用いる機会が多いので、水痘患者には注意する必要があります。

2. 高齢者の带状疱疹では痛み対策を

带状疱疹は水痘後、潜伏感染していたVZVが細胞性免疫能の低下により再活性化され、特定の神経支配領域に水疱性病変を形成したものです。潜伏部位は神経節の神経細胞と一部のサテライト細胞とされています。片側に集簇性ないし帯状に生じ、疼痛を伴います。皮膚の着色や瘢痕を残すことがあります(図2)。口腔内にも片側性に水疱や潰瘍を生じます。带状疱疹は一生に一度ですが、2回以上を経験する人も1.7%あります。

治療としてアシクロビルを1回5~10mg/kg、1日3回で7日間点滴静注します。経口ではアシクロビル錠800mgを1日5回、バラシクロビルは1000mgを1日3回で7日間投与します。带状疱疹後神経痛は高齢者ほど発生率が高くなります。神経ブロックを行い、三環系抗うつ薬および抗てんかん薬を投与します(図3)。

3. 伝染性単核球症では白血球分画に注目

伝染性単核球症はEBVの初感染で起こるもので、思春期以降で多くみられます。口腔にウイルスが排泄されるため、経口、経気道感染します。小児では母親から、思春期では異性から感染することが多く、キス病とも呼ばれます。発熱、咽頭扁桃炎、全身リンパ節腫脹の3徴候を認めます。口蓋点状出血、皮疹がみられます。白血球増加、リンパ球増加、異型リンパ球出現があり、EBV抗体価が上昇します。

4. ムンプスではアミラーゼ検査を

ムンプスはパラミクソウイルス科に属するウイルスです(図4)。わが国では1989年に導入されたMMRワクチンが1993年中止されたこともあって、3~4年周期での患者の増加がみられます。幼児、学童低学年で罹患率が高く、成人では顕性感染が多くみられます。一側性あるいは両側性に耳下腺腫脹をきたします。耳下腺導管開口部は発赤、腫脹します。耳痛、咀嚼・嚥下困難もあります。終生免疫を残しますが、小数の再感染例も報告されています。睾丸副睾丸炎は思春期以後の罹患男性の約30%にみられるもので、約20%は両側性で、両側性萎縮をきたすと男性不妊症となることがあります。女性では約7%で卵巣炎を合併するとされています。

唾液腺炎で血清のS型アミラーゼが上昇します。唾液からウイルスが分離されると、特徴的な細胞変性が出現します(図5)。急性と回復期のペア血清で有意な

上昇があれば診断できます。ELISAで急性期IgM抗体を検出すれば有力な診断根拠となりえます。

5. 「はしか」と「三日ばしか」では感染対策も違う

麻疹(はしか)ウイルスはパラミクソウイルス科に属します。感染力が強く、空気感染する代表的なウイルス感染症です。発熱が2~3日続いたあと、頬粘膜に紅暈をもつ小白斑の集簇のコプリック(Koplik)斑が出現します。これは、1~2日で消えます。その後、発疹がまず顔面に現れ、次第に体幹に広がります(図6)。

風疹(三日ばしか)ウイルスはトガウイルス科に属します。紅い斑状丘疹性の発疹、リンパ節腫脹、発熱を3主徴とし、春から夏にかけて流行します。発熱、倦怠、気道炎、結膜炎があり、その後小紅斑が突然顔面に出現し、頸部、後頭部、耳介後部から体幹・四肢に拡大します。3~5日で速やかに消退します。飛沫感染します。

6. こどもの口内炎では手・足の視診を

手足口病はピコルナウイルス科に属するエンテロウイルス71とコクサッキーA16がおもな原因で発症します(図7)。夏季に1~5歳児で流行します。口腔では、頬部、舌、軟口蓋、歯肉において、はじめは小紅斑として現れ、小水疱が破れて潰瘍化します。1週間から10日で治癒します。

ヘルパンギーナはコクサッキーウイルスが原因で夏季に多くみられます。発熱とともに口蓋弓、軟口蓋から口蓋垂にかけて小水疱を形成し、その後潰瘍を形成します。その他、ピコルナウイルス科エンテロウイルス属による感染症は多彩な病型をとります(図8)。

おわりに

これまで、3回にわたって口腔に現れるウイルス性感染症をみてきました。最後に古くて新しいウイルス感染症の臨床診断像のまとめを図9に示します。通常の感染症とは違う、抗生物質が効かないときは、ウイルス感染を疑う必要があります。ウイルス診断技術を高め、口の荒れはまず歯科医院へという流れを確実にしたいものです。

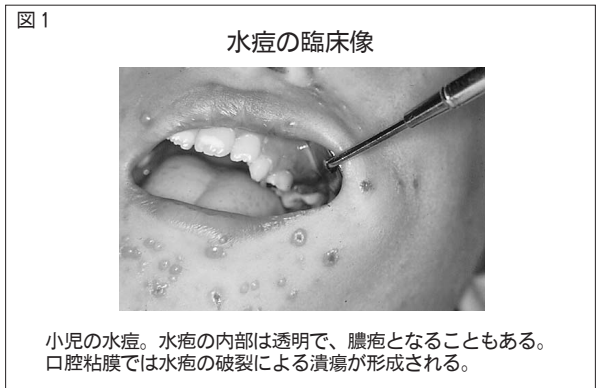


図3 带状疱疹後神経痛の治療

- ・薬物療法
抗うつ薬—イミプラミン、アミトリプチリン
抗てんかん薬—カルバマゼピン(テグレトール)
- ・神経ブロック
星状神経節ブロック、硬膜外ブロック、三叉神経ブロック
- ・外用療法
カプサイシン軟膏
リドカインゼリー
- ・刺激鎮痛法
鍼灸治療、経皮的電気刺激法、レーザー治療、イオントフォレーシス療法

図4 パラミクソウイルス科

- ・レスピロウイルス属
ヒトパラインフルエンザウイルス1型、3型、センダイウイルス
- ・モルビリウイルス属
麻疹ウイルス、イヌジステンパーウイルス、牛痘ウイルス
- ・ルブラウイルス属
ムンプスウイルス、ヒトパラインフルエンザウイルス2型、4型、ニューカッスル病ウイルス、サルパラインフルエンザウイルス5

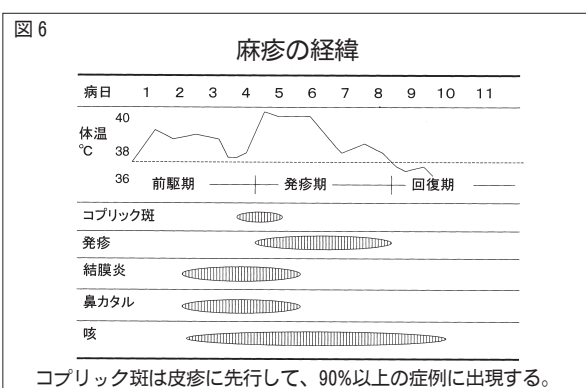
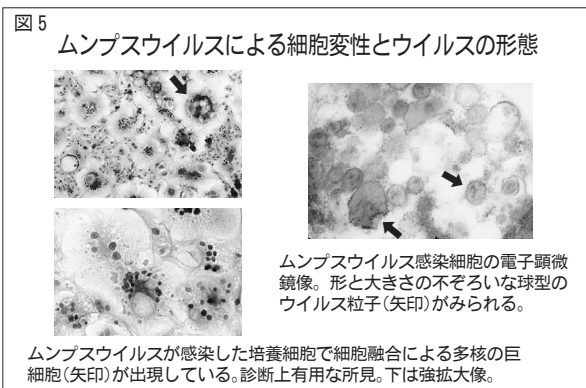


図7 ピコルナウイルス科

- ・エンテロウイルス属
ポリオウイルス1~3、コクサッキーウイルスA1~A22、A24、コクサッキーウイルスB1~B6、エコーウイルス1~7、9、11~27、29~33、エンテロウイルス68~71
- ・ライノウイルス属
ライノウイルス1A、1B、2~100
- ・ヘパトウイルス属
A型肝炎ウイルス

図8 ピコルナウイルス科エンテロウイルス属による多彩な病型

臨床像	コクサッキーA群	コクサッキーB群	エコーウイルス	エンテロウイルス	ポリオウイルス
ポリオ、ポリオ様麻痺	+				+
無菌性髄膜炎	+	+	+	+	+
夏かせ症候群	+	+	+		+
急性下気道炎	+	+	+		
手足口病	+			+	
ヘルパンギーナ	+	+			
下痢症	+	+	+		
流行性筋痛症		+			
発疹症	+	+	+		
心筋炎、心膜炎		+			
急性出血性結膜炎	+				+

図9 ウイルス感染症の臨床診断的根拠

- ・化膿や膿瘍がない。
- ・2相性の発熱、臨床経過を示すことが多い。
- ・悪寒戦慄、分利的解熱がなく、再燃が少ない。
- ・血液像で白血球増多症がなく、比較的リンパ球増加を示し、しばしば異型リンパ球が増える。
- ・発疹を伴うことが少なくない。
- ・抗生物質が無効である。