



化学療法（抗菌薬） - 6

- チール・ネールゼン染色と抗酸菌 -

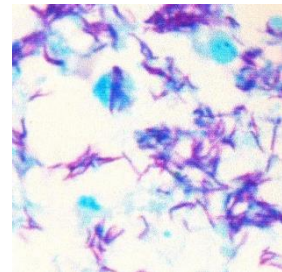
<https://l-hospitalier.github.io>

2020.12

感染対策の基礎知識

#271

肺炎に画期的効果を示したサルファ剤やペニシリンは結核に無効。 シャッツとワクスマンが発見（1943年）したストレプトマイシンが最初のアミノグリコシドで結核に有効。 【チール・ネールゼン（Ziel-Neelsen）染色】は石炭酸^{*1}とフクシンによる抗酸菌（acid-fast bacillus）染色法。 結核の診断はPCRやLAMP法に変わったが（血痰などで）PCRインヒビションがあるので注意。 結核菌を代表とする抗酸菌はミコール酸やリン脂質の外膜を持つ疎水性で通常色素と結合しにくい。 Z-N染色では石炭酸（phenol）を媒染剤として使う。 フェノールはコールタールから分離されベンゼン核に水酸基という単純な構造で、リスターが最初の消毒薬として使用。 水に難溶な有機酸（化学構造はアルコールだが右図のようにH⁺供与体のローリーの定義のルイス酸）で酸性度はアルコールとカルボン酸（-COOHを持つ酢酸など）の中間。 皮膚浸食（腐食）性が強く1gの服用は致死性（ヒトでLD₅₀=20mg/Kg）の毒物。 マイコバクテリアの細胞壁に入った色素は酸やアルコール脱色されないで、1%塩酸と70%エタノールで洗浄後メチレン青で後染色（ここから抗酸菌の名称）。 結核菌の同定には高度のテクニックが必要で、通常controlの抗酸菌（Tbc菌）を研究施設から分与してもらって同時に染色する。 塗抹染色で菌が検出されるのは喀痰1mL中に10⁴~10⁵CFU（Colony Forming Unit：コロニー形成単位）の菌が必要^{*2}。 抗酸菌^{*3}は（難染色性）グラム陽性桿菌の結核菌と非定型抗酸菌（トリ型結核菌 *Mycobacterium avium*、牛型結核菌 *Mycobacterium bovis*）を含むマイコバクテリウム属の細菌を指す用語だが不明確。 ノカルジア属、コリネバクテリウム属、アクチノミセス属、ロドコッカス属の細菌はZ-N染色陽性だが、抗酸菌というとTbc菌、非定型抗酸菌、癩菌を指すことも。 βラクタムはグラム陽性菌に有効だが抗酸菌（結核菌、癩菌）は特殊と思込むとペニシリン系は無視するが、マイコバクテリアは殆ど基質特異性拡張型βラクタマーゼ（Extended spectrum β-lactamases：ESBL）を持つ耐性菌。 しかしメロペネムとクラバン酸併用が多剤耐性結核菌に（マクロライドやキノロンも）有効^{*4}。 FDAは2剤を承認、両剤とも副作用が少ないので小児の結核治療に静脈投与が行われる。 但し結核菌の特徴は極めて成長が遅いこと、このため抗菌剤の効果は大幅に減弱。 【ミコール酸生成阻害薬】ミコール酸やアラビノガラクトサン代謝は不明な点が多いが、脂質であるミコール酸や可溶性リン脂質の材料はアセチル CoA で右図のように脂肪酸合成酵素（fatty acid synthetase 1：FAS1）が脂肪酸に変換し、FAS2がミコール酸を合成。 FAS1はピラジナジドが阻害し、FAS2はイソニアジド（INH）が阻害。 【ポリペプチド系】はポリリキシンBやポリリキシンE（コリスチン）、バシトラシンなど。 カチオン（陽電荷）性の界面活性剤で負に帯電している細菌細胞膜に結合、外膜を破壊する。 コリスチン（とそのプロドラッグ）以外は吸収が悪く、毒性も高いので外用薬として使用。 1950年ライオン製薬が開発、尿路感染症などに経口で全身投与されたが（コリマイ S[®]）。 好気性の他剤耐性グラム陰性桿菌に殺菌性の効果があるのと耐性発生が稀なので再使用の機運が高まり、2015年静注剤コリスチン（オールドレブ[®]）が多剤耐性菌感染症用に認可された。 構造は新規薬のダプトマイシンに類似。 バシトラシンはポリペプチド系だが細胞壁の脂質を標的にする点で特異な抗生剤。 バシラス属の菌から同定されたのでこの名がある。 バクトブレニル2リン酸の脱リン酸化を阻害してムレイン単量体の生成阻害。 腎、神経、骨髄毒性が強く全身投与はできない。 消化管から吸収されないで経口経口投与でクロストリジウム・デフィシルやバンコマイシン耐性腸球菌の消化管の除菌に使用。



Z-N 染色の結核菌
赤紫（肺 100倍）

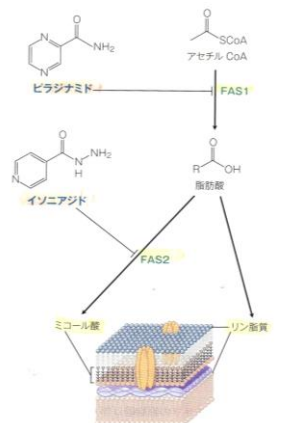
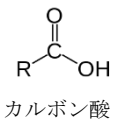
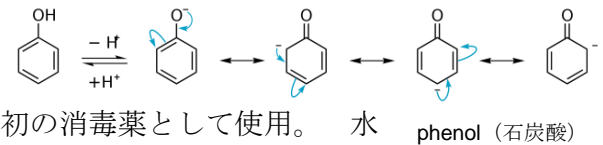


図 34-4 ミコール酸合成に対する抗マイコバクテリア薬の作用
ミコール酸は、アセチルCoA（アセチル CoA）由来の脂肪酸の縮合により合成される。この縮合の失効は、合成における複数の段階を示している。脂肪酸合成酵素（FAS1 および FAS2）は薬物標的として重要である。注目すべき点である。最終的には、FAS1 はピラジナジドにより阻害され、FAS2 はイソニアジドにより阻害される。

^{*1} 医学生の時ポリクリで鳥飼龍生教授は石炭酸水溶液で手を洗って、ハンドクリームを塗っておられた。^{*2} 若い女医さんが「ガフキーが3日連続（一）だからTBの隔離解除」と断言しているのを聞いて絶句。一方「菌1個でもうつりますよ！」と力説する若いDrもいるが、病原体1個での感染実験は実験そのものが成立していない（病原体1個の生存と感染性が検証できていない）。ノロウイルスで50-100コピーの感染データがある。^{*3} 仙台に「抗酸菌研究所」があってTbcを研究、今野淳先生のナイアシンテストは抗酸菌がヒト型か非定型か判別する方法。^{*4} 結核診断前のニューキノロン投与は検査の偽陰性で死亡率を倍増させるので、風邪症状に安易な抗生剤の投与は危険。