



# 感染症発生動向調査 Infectious Diseases Weekly Report

# 週報

今週の発生動向総覧	1	今週の時系列グラフ総覧	4
注目すべき感染症	2	今週の全データ	11
・インフルエンザ流行状況		感染症の話(発疹チフス)	19
・病原微生物検出情報月報より速報記事			

(99.12.27 現在データ)

## 今週の発生動向総覧

### 全数報告の感染症

1 類感染症の報告はない。

2 類感染症：コレラ1例(推定感染地：タイ)、細菌性赤痢10例(推定感染地：インド3例、インドネシア2例、国内2例、ミャンマー1例、メキシコ1例、不明1例)、腸チフス2例

3 類感染症：腸管出血性大腸菌感染症は20例が報告されている。

4 類感染症：アメーバ赤痢7例

急性ウイルス性肝炎9例      A型8例\_\_全て国内感染

B型0例\_\_

C型0例\_\_

その他1例\_\_EBウイルス

クロイツフェルトヤコブ病1例(孤発型)、後天性免疫不全症候群7例、ツツガムシ病31例、梅毒7例、マラリア3例(熱帯熱マラリア1例 感染推定地：インドネシア、三日熱マラリア1例 感染推定地：パプアニューギニア、不明1例)

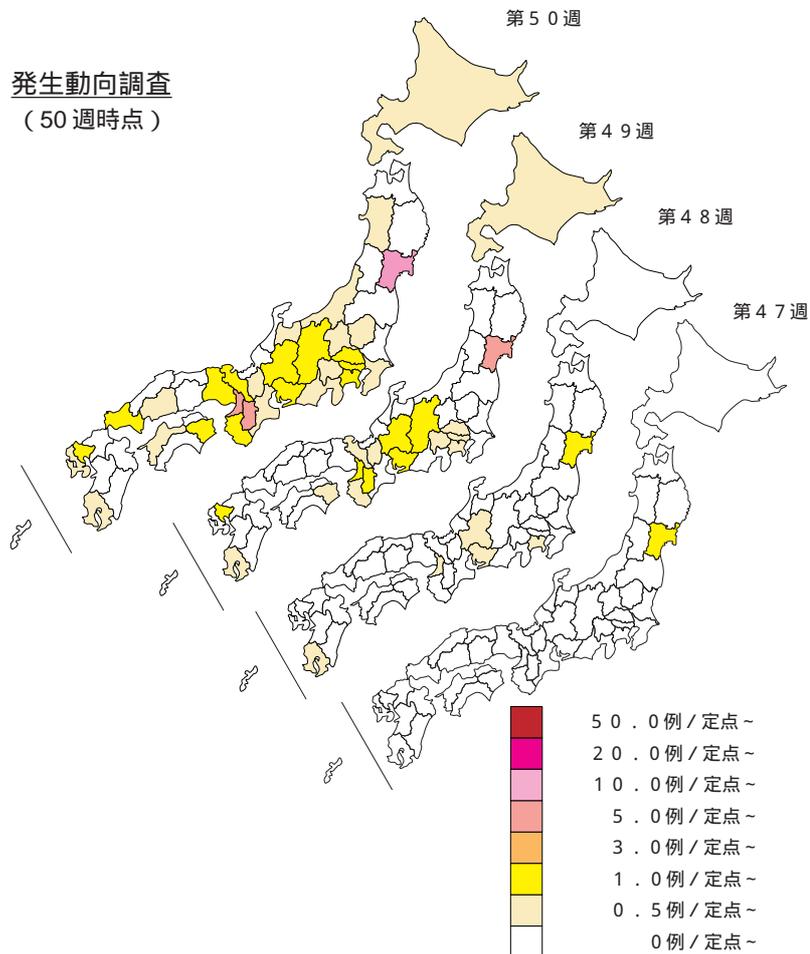
### 定点把握の対象となる4類感染症(週報対象のもの)

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘など、冬期に流行のみられる疾患の報告数が多くなっている。特に感染性胃腸炎は全国的に流行が見られており、過去10年間で最高の流行曲線を描いている(時系列グラフ参照)。インフルエンザは、宮城県で定点当たり報告数11.10、奈良県で5.80、大阪府で5.39と多くなっている。病原体としては、宮城県でAソ連型、奈良県でもAソ連型、大阪府ではAソ連型とA香港型の両方が分離されている。(詳細は次ページインフルエンザ流行状況参照)

注目すべき感染症

<インフルエンザ流行状況>

第50週(12月13日~12月19日)現在、全国レベルの報告患者数は定点当たり1.54で、47週の0.21、48週の0.35、49週の0.74と比べると徐々に増加してきており、例年定点当たり1.0を超えるとその後は増加の一途をたどるので、今後の状況が注目される場所である。都道府県別では、以下の地図グラフで見られるように、中部・近畿地方で、患者報告数は増加傾向にある。12月27日までに、国立感染症研究所ウイルス第1部呼吸器系ウイルス室には、合計275株のウイルス分離報告がはいており、このうち184株がA/ソ連型(H1N1)、91株がA/香港型(H3N2)である。A/ソ連型の報告数が多いのは、集団発生例を多数含んでいるためであり、地域的にみると、A/香港型のみ分離されている地域は、北海道、福島、新潟、埼玉、長野、静岡、岐阜、滋賀、和歌山、島根、佐賀、鹿児島で、A/ソ連型のみ分離されているのは、秋田、群馬、愛知、奈良、香川、A/ソ連とA/香港が混合して分離されているのは宮城、千葉、神奈川、大阪、兵庫、広島、長崎である。A/香港型とA/ソ連型の混合流行の様相を呈している。小学校の集団発生ではA/ソ連型が分離されている例が多いが、インフルエンザウイルスが分離されていない例も依然多い。現在、感染性胃腸炎が過去10年間で最高の患者報告数を記録しており、学校の集団発生例からヒトカリシウイルス(SRSV)が検出された例が病原体情報事務局に届いており、インフルエンザウイルスが分離されない例では、ヒトカリシウイルスが原因となっていることも考慮されるべきである。



## &lt; 病原微生物検出情報月報より速報記事 &gt;

世界のインフルエンザウイルス分離速報

カナダ：A型多数とB型1株を10月第1～2週に分離。1株はA(H1N1)型。

英国：A(H3N2)型2株を分離(今季初)。

スウェーデン：10月第3週にストックホルムで、輸入例を初発例とする地域流行が起こった。A(H3N2)型1株を分離。次の週には2例の輸入例のA型感染が確認された。

フランス：A(H3N2)型2株を分離(今季初)。

ドイツ：A(H3N2)型1株を10月最終週に分離(今季初)。

ノルウェー：A型1株を10月最終週に分離(今季初)。

オーストラリア：A型3株とB型3株を10月第1～2週に分離。

ブラジル：10月第1週にサンパウロで地域流行が起こり、B型1株を分離。

(WHO, WER, 64, Nos. 43-45, 1999より抄訳)

## &lt; 情報 &gt;

下痢、腹痛の原因となる韓国産カキに寄生する吸虫(ギムノファロイデス)について

ギムノファロイデス(*Gymnophalloides seoi*)というのは、1993年に初めて人体寄生例が韓国で見つかった寄生吸虫である。カキの生食によりヒトが幼虫を摂取すると、成虫が腸管に寄生するところとなり、上腹部の不快感や下痢、腹痛などの消化器症状を起こす。体長は0.4mm程度と小型であるので、症状の強度は寄生した虫の数により左右されると考えられ、韓国での調査では、最多数例で26,373匹の人体寄生例が報告されている。

また、韓国全土で、産地別にカキの本種幼虫寄生状況を調査したところ、日本海側からは陽性カキは見つからず、黄海側の全羅南道の押海島など島嶼部で生産されたものに陽性カキが見つかった。何故、地域が限定されているのかという原因は必ずしも明らかではないが、本種寄生虫の自然宿主がこれらの島嶼部に分布している海鳥であることがその一つとして挙げられている。

## 【参考文献】

- 1 . Lee SH et. al., Am. J. Trop. Med. Hyg. 51:281 -285, 1994
- 2 . Lee SH et.al., Korean J. Parasitol. 34: 107- 112, 1996
- 3 . Sohn WM et. al., Korean J. Parasitol. 36: 163 -169, 1998

国立感染症研究所

寄生動物部扁形動物室 川中正憲

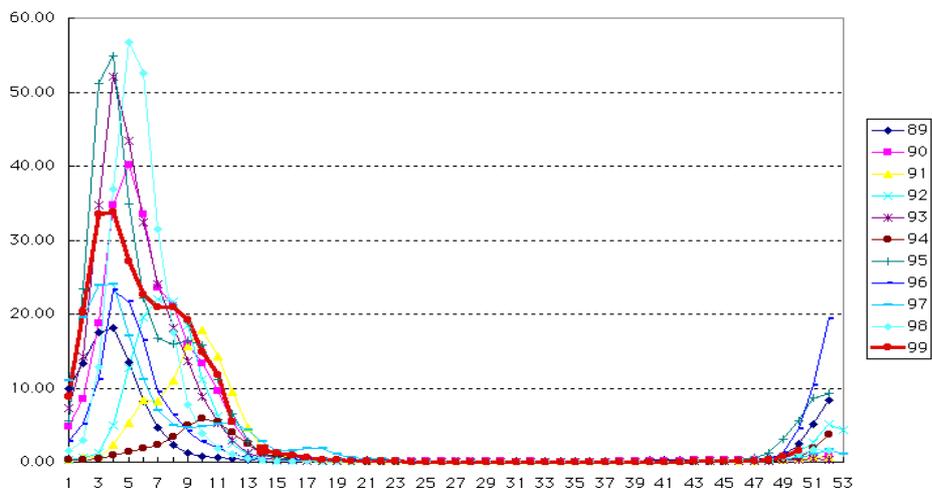
(IASR12月号掲載記事より抜粋、詳細は同号参照)

**IASR**

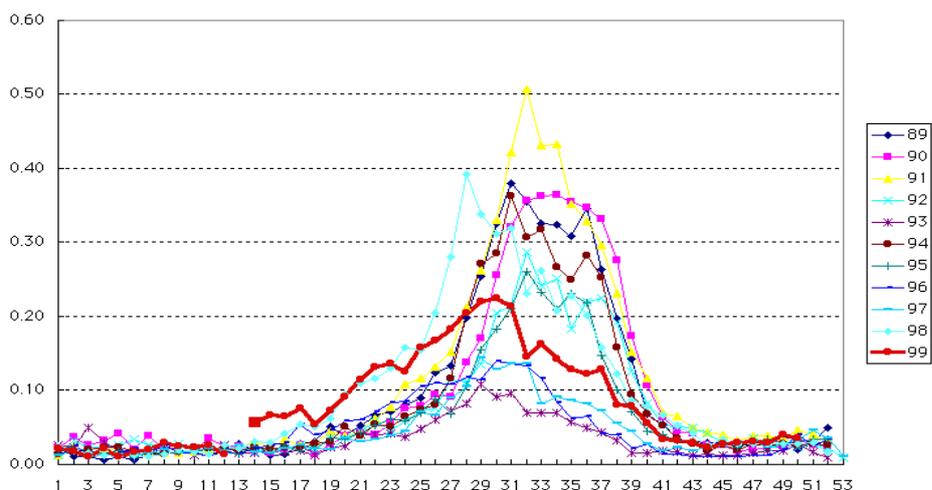
Infectious Agents Surveillance Report

## 今週の時系列グラフ総覧

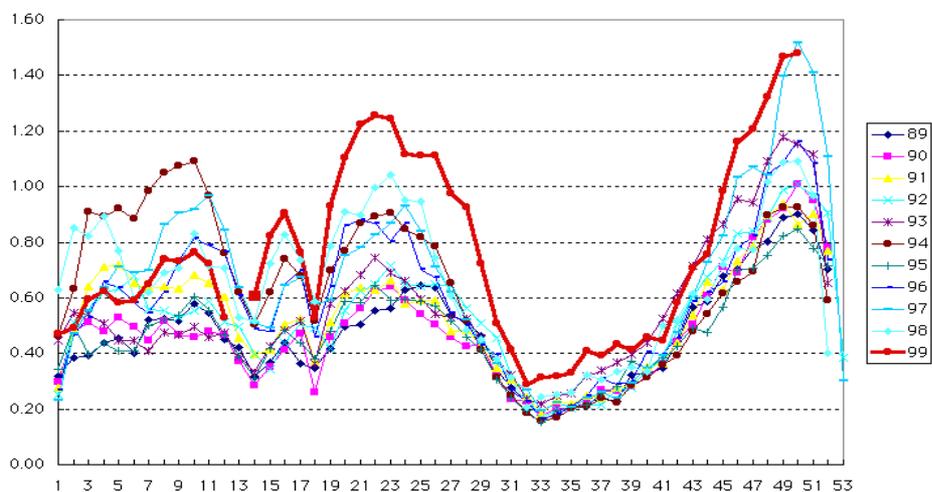
### インフルエンザ



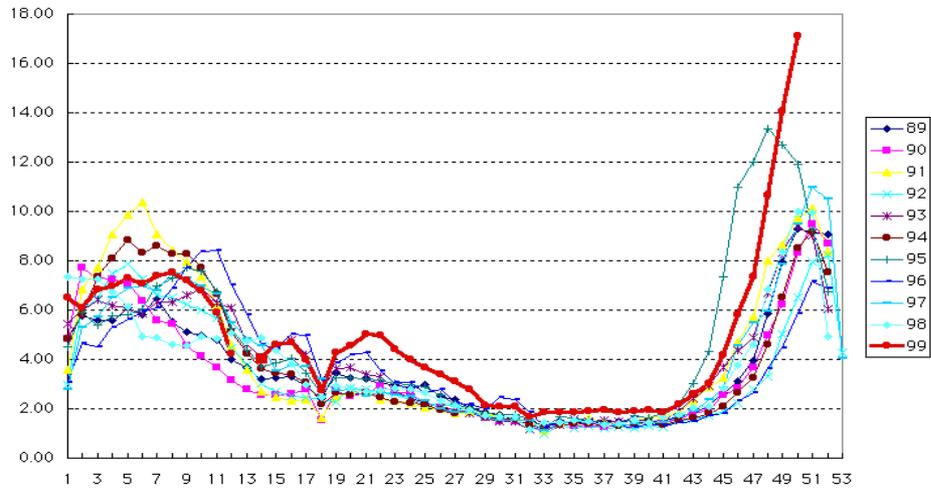
### 咽頭結膜熱



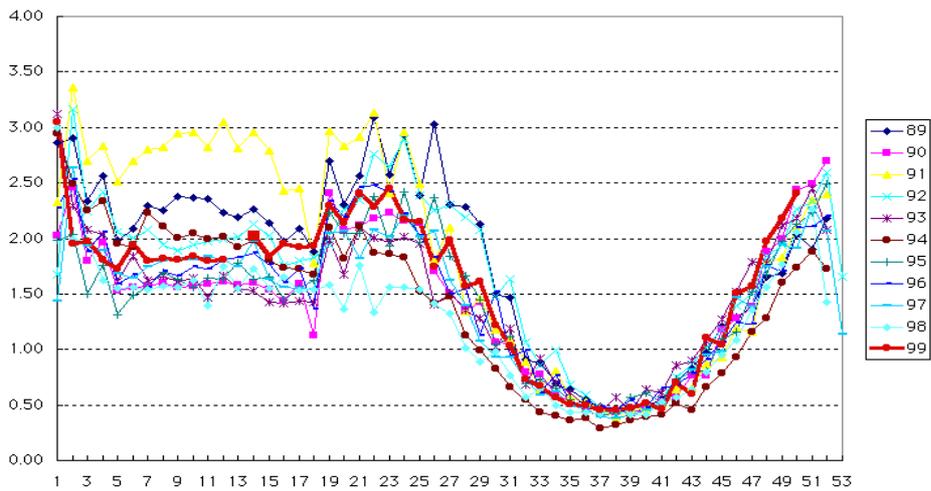
### A群溶血性レンサ球菌咽頭炎



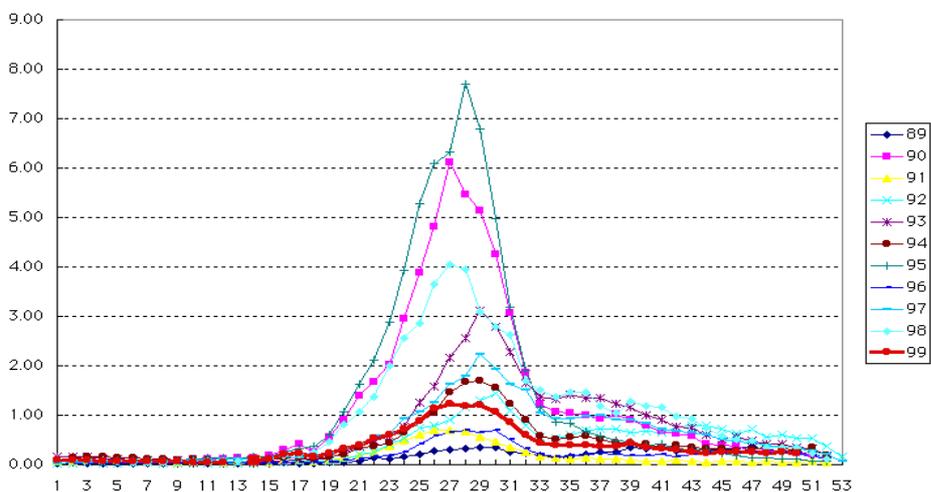
感染性胃腸炎



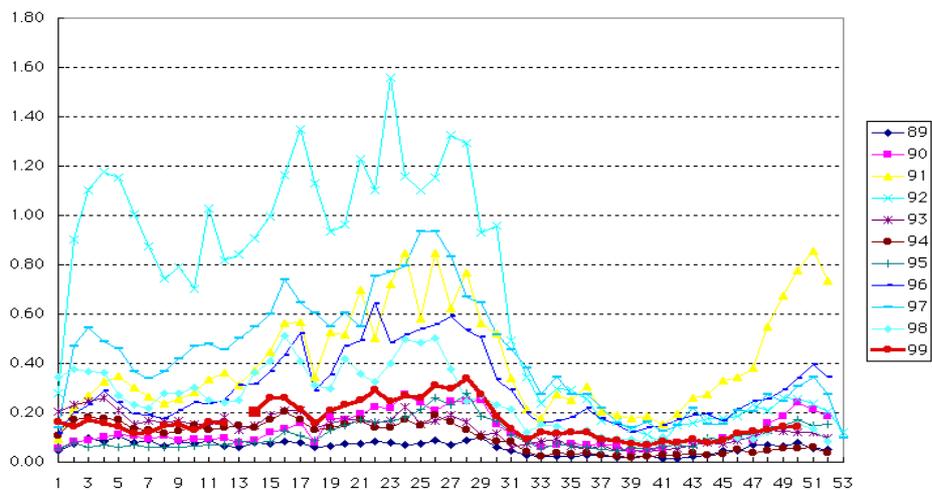
水痘



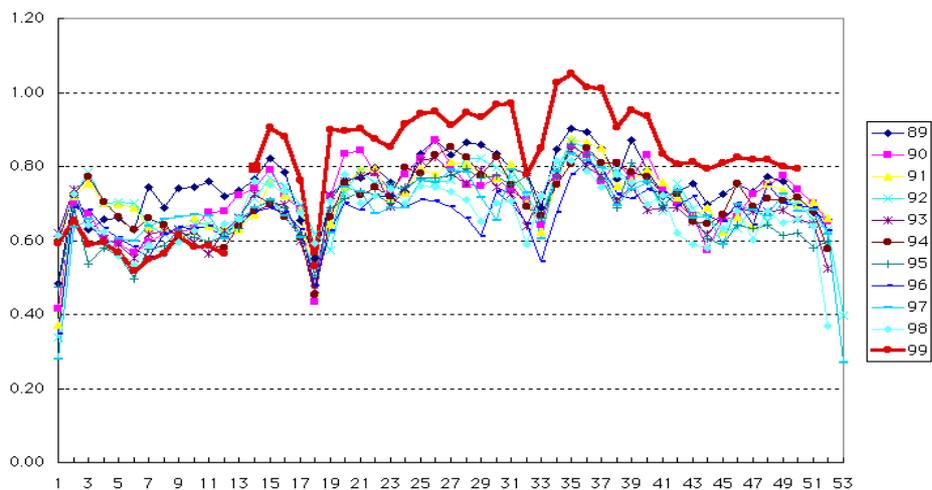
手足口病



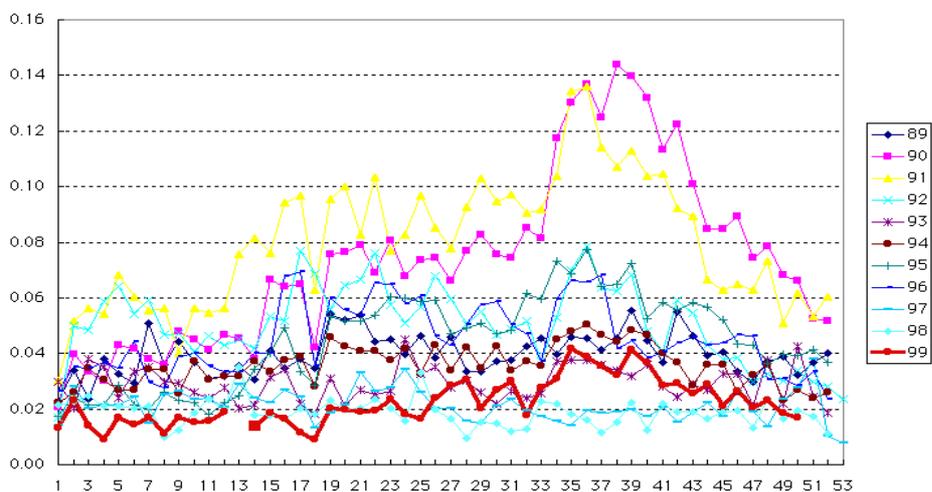
伝染性紅斑



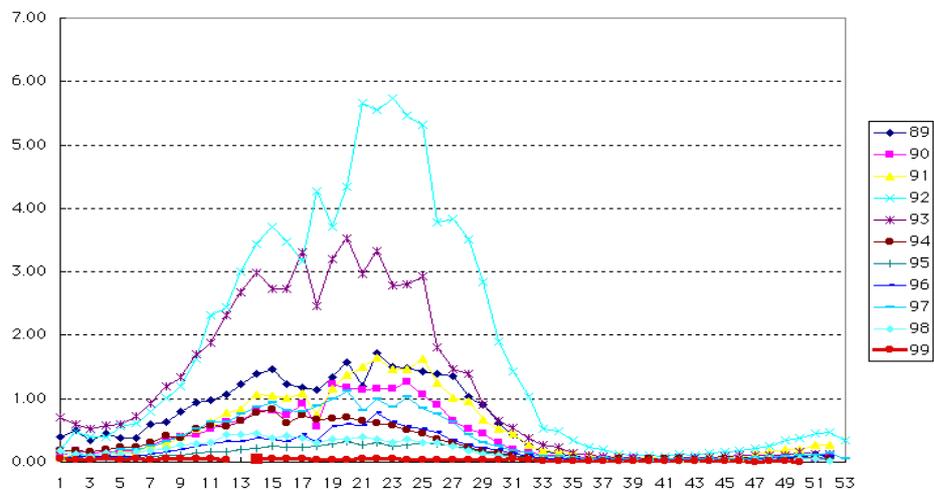
突発性発疹



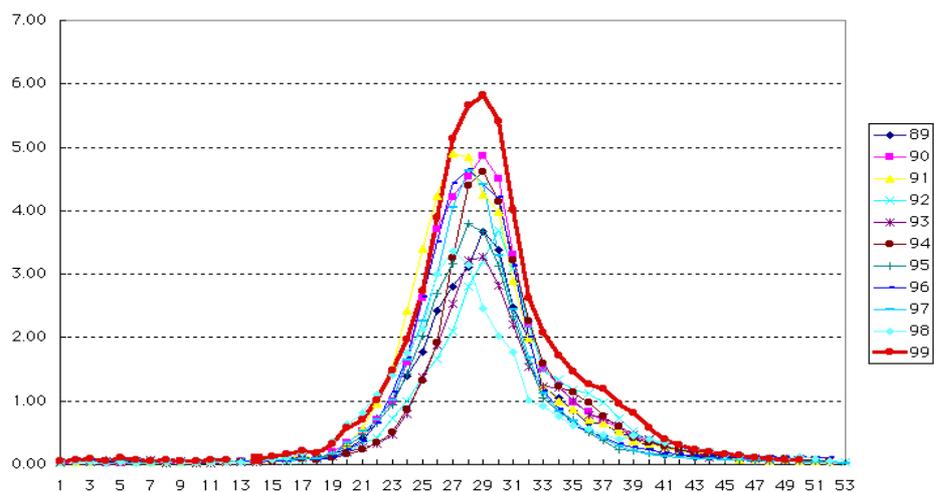
百日咳



風 疹

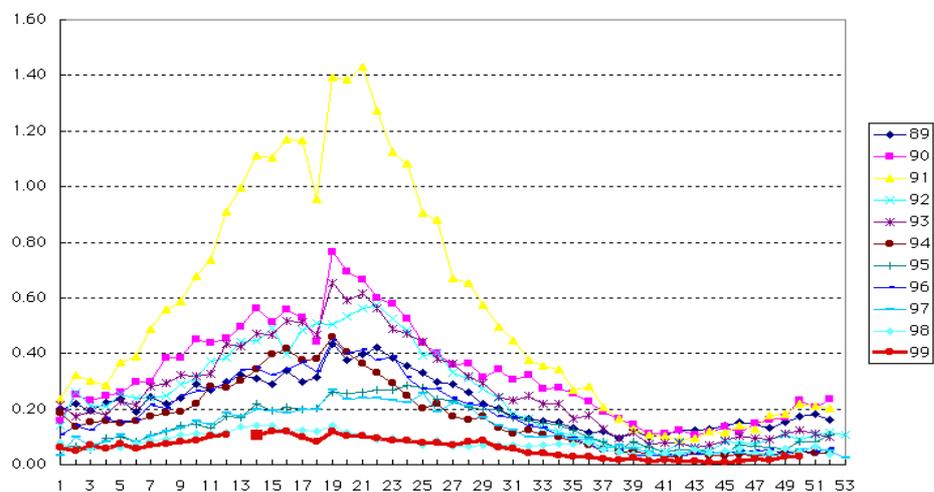


ヘルパンギーナ

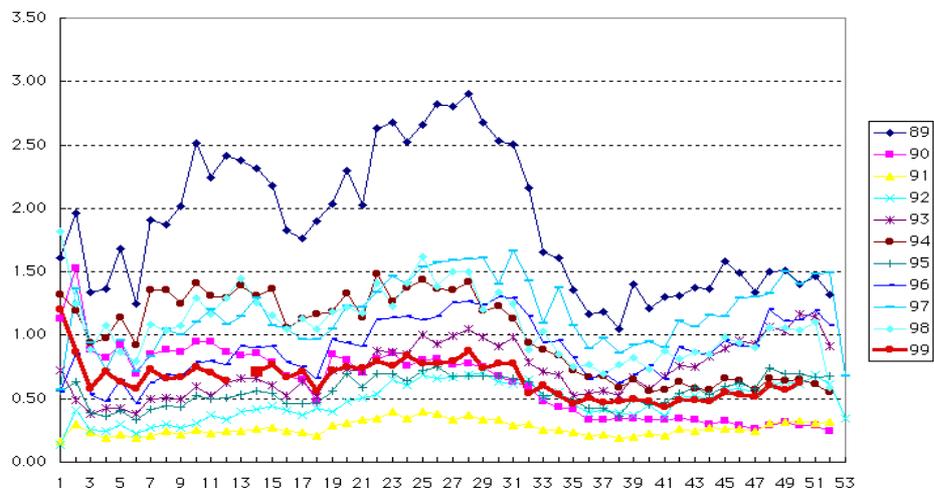


麻 疹 (成人麻疹を除く)

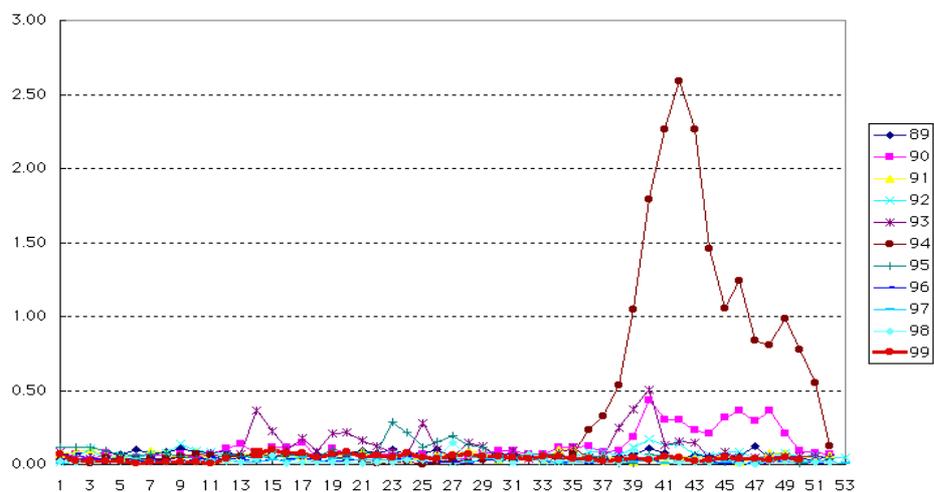
1999年の12週以前は成人麻疹を含む



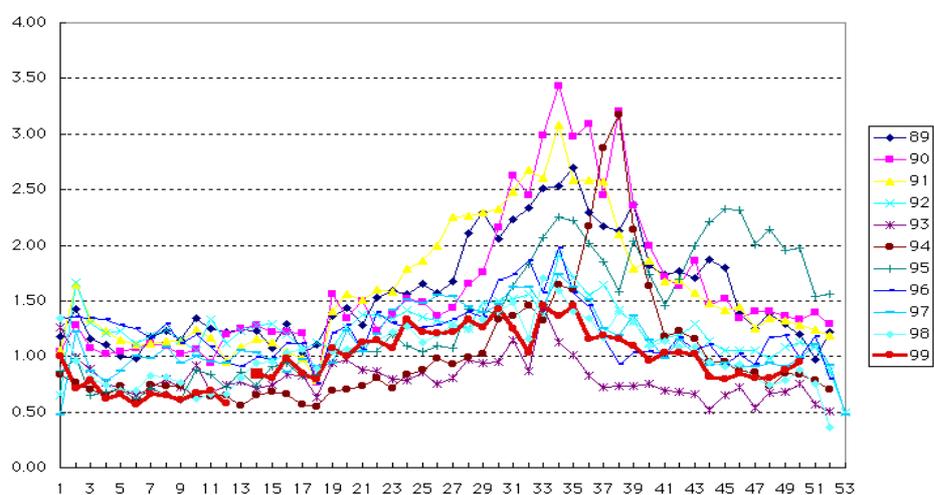
### 流行性耳下腺炎



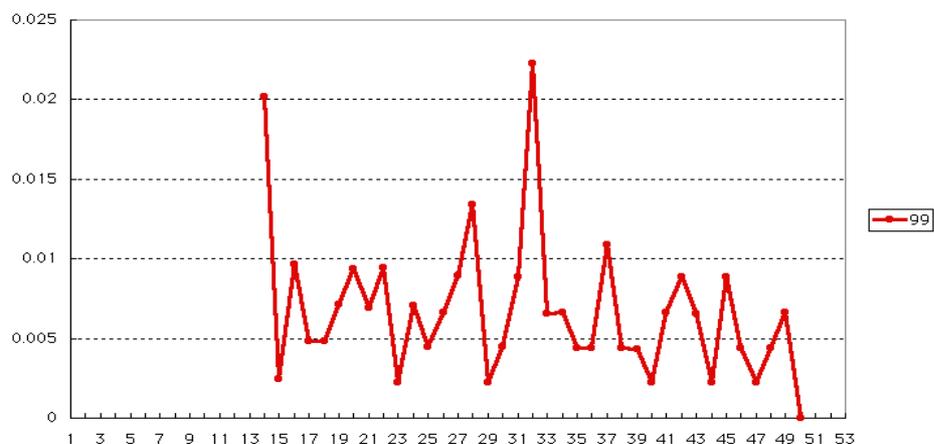
### 急性出血性結膜炎



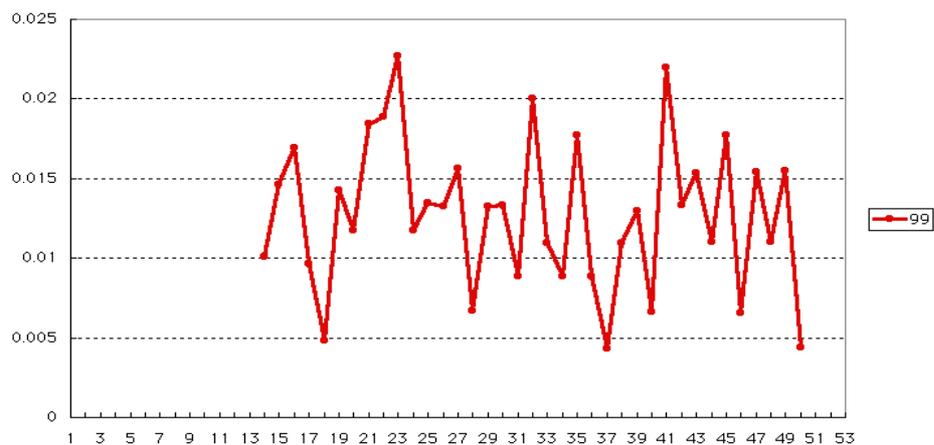
### 流行性角結膜炎



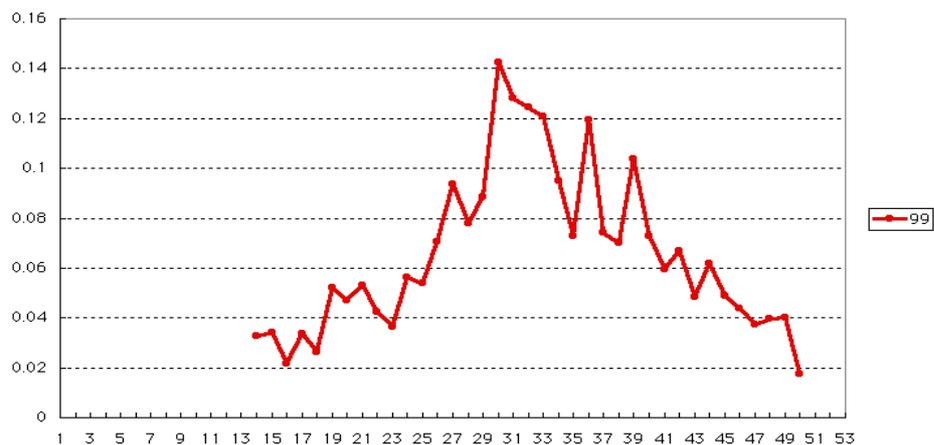
急性脳炎(日本脳炎を除く)



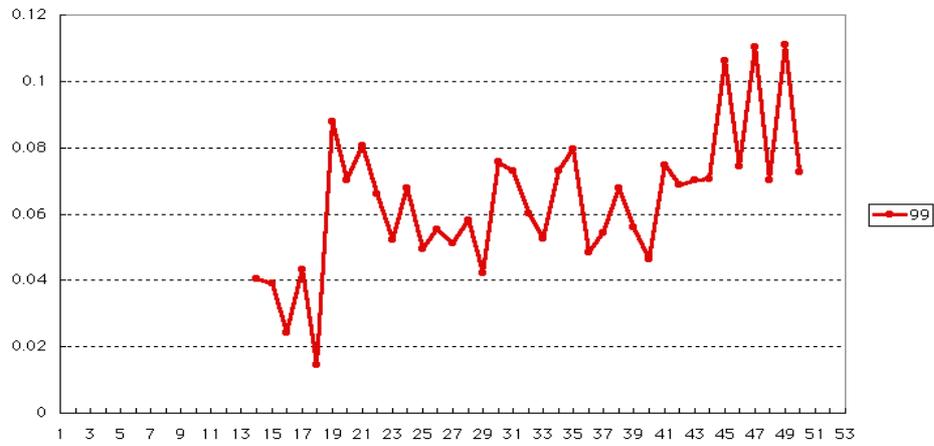
細菌性髄膜炎



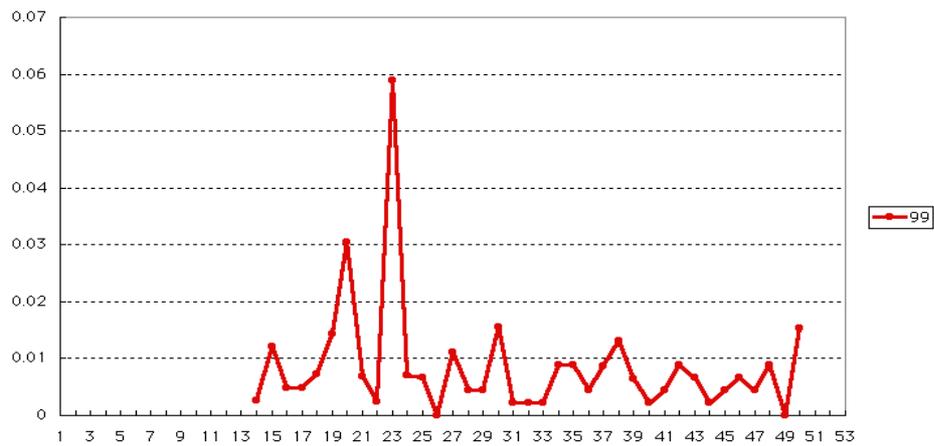
無菌性髄膜炎



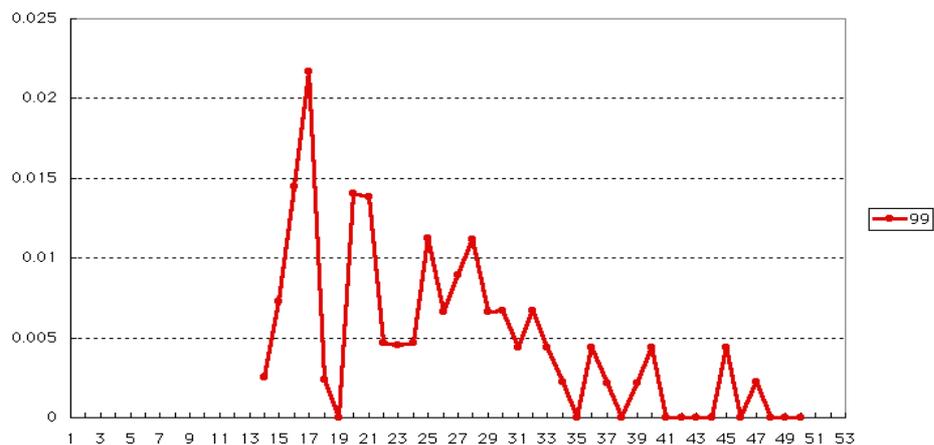
マイコプラズマ肺炎



クラミジア肺炎 (オウム病を除く)



成人麻疹

















第3102表 報告数・定点当り報告数, 疾病・都道府県別

平成11年50週

01	-----8-----8-----8-----					
	マイコプラズマ   クラミジア肺炎   成人麻疹					
01	肺炎   (オウム病を除く)					
	4-----8-----5-----8-----5-----8-----					
01	報告数   定点当り   報告数   定点当り   報告数   定点当り					
	-----5-----2-----2-----2-----2-----2-----					
	総 数					
	33	0.07	7	0.02	-	-
北海道	-	-	-	-	-	-
青森県	-	-	-	-	-	-
岩手県	-	-	-	-	-	-
宮城県	2	0.17	3	0.25	-	-
秋田県	2	0.25	-	-	-	-
山形県	1	0.11	-	-	-	-
福島県	1	0.14	-	-	-	-
茨城県	-	-	-	-	-	-
栃木県	-	-	-	-	-	-
群馬県	2	0.20	-	-	-	-
埼玉県	-	-	-	-	-	-
千葉県	1	0.11	-	-	-	-
東京都	-	-	-	-	-	-
神奈川県	1	0.09	1	0.09	-	-
新潟県	5	0.38	-	-	-	-
富山県	-	-	-	-	-	-
石川県	-	-	-	-	-	-
福井県	-	-	-	-	-	-
山梨県	1	0.13	-	-	-	-
長野県	1	0.09	2	0.18	-	-
岐阜県	-	-	-	-	-	-
静岡県	-	-	-	-	-	-
愛知県	7	0.54	-	-	-	-
三重県	1	0.13	-	-	-	-
滋賀県	-	-	-	-	-	-
京都府	-	-	-	-	-	-
大阪府	-	-	-	-	-	-
兵庫県	-	-	-	-	-	-
奈良県	1	0.17	-	-	-	-
和歌山県	-	-	-	-	-	-
鳥取県	-	-	-	-	-	-
島根県	-	-	-	-	-	-
岡山県	1	0.20	-	-	-	-
広島県	1	0.05	-	-	-	-
山口県	-	-	1	0.11	-	-
徳島県	1	0.17	-	-	-	-
香川県	-	-	-	-	-	-
愛媛県	-	-	-	-	-	-
高知県	1	0.14	-	-	-	-
福岡県	-	-	-	-	-	-
佐賀県	-	-	-	-	-	-
長崎県	-	-	-	-	-	-
熊本県	1	0.07	-	-	-	-
大分県	-	-	-	-	-	-
宮崎県	1	0.14	-	-	-	-
鹿児島県	-	-	-	-	-	-
沖縄県	1	0.14	-	-	-	-

01

## 感染症の話

### < 発疹チフスのお話 >

シラミによって媒介されるリケッチア症で、戦争、貧困、飢餓という悪条件下で流行することが多く、第一次大戦中にヨーロッパでは数百万の死者を出している。わが国では、大正3年に7,000人を超える患者発生が記録されているが、その後次第に減少し、昭和17年までは数人から数十人の患者発生で推移していた。ところが、太平洋戦争がはげしくなった昭和18年から毎年1,000人を超える患者が発生するようになり、戦後の昭和21年には32,300人強と急増した。その後、数年は年間100人を超える患者発生があったものの、28年以降32年の1例を除いて発生はみられず、今では過去の疾患となっている。しかし、世界的規模で見れば、経済状態の悪化したロシアでは本疾患の再興が報告されており、アフリカのブルンジでも刑務所内で多数の患者が発生している。いずれも衛生状態の悪化でシラミが大量発生したことによる。最近、わが国でも路上生活者でコロモジラミの発生が報告されており、今後注意しなければならない疾患である。

### 疫学 非衛生的状態での生活や戦争、飢餓が患者発生の要因

寒冷地に多く、1990年代における発生地は上記の国のほかエチオピア、ナイジェリア、ペルーなどとされている。病原体を保有しているのはヒトで、直接の感染源は発熱している患者の血液を吸血したコロモジラミ (*Pediculus humanus corporis*) である。シラミは感染後およそ2週間で死亡するので、ヒトが潜伏感染によって病原体を維持する役目を果たしている。感染しているコロモジラミはその糞便中にリケッチアを排泄する。シラミは通常吸血時に排便することから、ヒトは刺し口あるいは引っ掻き傷などに糞便やつぶしたシラミを擦り込むことによって感染する。また、ヒトの密集した場所ではシラミの糞便で汚染された塵埃による経気道感染も注目される。

ヒトは一度罹ると通常長期間の免疫が得られるが、潜伏感染し数年後に再発することがある(Brill-Zinsser病)。過度のストレスによる免疫機能低下あるいは低栄養状態が再発の原因とされる。軽症で致死率も低いが、新たな感染源となる。

発疹チフスの感染サイクルは本来ヒトシラミヒトであるが、米国ではムササビの一種 (*Glaucois volanis*) に本リケッチアの自然感染があり、ヒトがムササビから感染したと思われる例が報告されている。感染源は寄生するシラミあるいはノミによると推定されているが確証は得られていない。



図 コロモジラミ (提供 昆虫医科学部)

### 病原体 リケッチア

発疹チフスリケッチア *Rickettsia prowazekii* は細胞内でのみ増殖する。感染シラミは吸血後2~6日以内に糞便にリケッチアを排泄するが、リケッチアは死亡したシラミの体内

でも数週間生残しているとされる。糞便内でのリケッチアは60度の蒸気であれば20秒で死滅するものの、室温では2週間以上300日間も感染力を保有していたことが報告されている。

## 臨床症状 突然の発熱と発疹

発熱、頭痛、悪寒、脱力感、嘔気、嘔吐、手足の疼痛を伴って突然発病する。潜伏期間は6~15日で通常は12日間とされている。体温は39~40度に急上昇する。発疹は発熱後2~5日で体幹に初発し、第5~6病日で全身に広がるが、顔面、手掌、足底に出現することは少ない。発疹は初め指圧により消失するが、数日後には出血により消失しなくなる。発疹は急速に暗紫色の点状出血斑となる。患者は重症感非常に強いが、発熱からおよそ2週間後に急速に解熱する。重症例の半数に精神神経症状が出現する。有熱期の第5病日からうわごとを発し、第2週目ごろから興奮発揚し幻覚、錯覚に悩み、終わりには狂躁状態に至るものもある。意識は第5~6病日ごろから混濁し始める。循環器系では腸チフスとことなり頻脈を示す。治療しない場合の致死率は年齢によって異なるが10~40%である。発疹のない軽症例は子供および部分免疫があるヒトでみられる。発熱中と体温が平常化してからも2~3日間は吸血するシラミにリケッチアは移行するとされている。

他の熱性疾患との鑑別には、血清学的診断ならびに疫学的考察を加えることが必要である。

- 1) 発疹熱は軽症発疹チフスとの鑑別は困難。
- 2) 腸チフスおよびパラチフスは発病は一般に緩徐である。熱型と脈拍に注意すること。発疹の現れ方が違う。
- 3) つつが虫では体の何処かに「刺し口」があり、その所属リンパ節の疼痛性腫脹が見られる。

## 病原診断

実験室診断には病原体分離が最も信頼性が高いが、発疹熱リケッチアは病原体安全度レベルが3であることから、実験室診断としての分離試験は一般にはすすめられない。

遺伝子増幅による診断はリケッチアの生死にかかわらず可能であることから、リケッチアの感染性をなくしても検出することができる。しかし、高感度であるため、材料の取扱に注意する。

血清診断：ワイル・フェリックス反応ではOX19およびOX2が陽性となるが、感度および特異性は低い。Brill-Zinsser病ではワイル・フェリックス反応は通常陰性を示す。間接蛍光抗体法は一般に特異性が高いが、発疹熱との鑑別は相互のリケッチアによる血清の吸収試験を行わない限り困難である。そのほかCFやEIAが用いられる。

## 治療・予防

テトラサイクリン系抗生物質による治療が有効である。予防のためには、基本的に衣類を清潔にし、シラミの発生を防ぐことが重要である。

## 発生動向調査について

わが国では現在発生はないが、輸入感染症としての注意が必要である。感染症新法で第4類感染症の全数届け出疾患とされた。報告のための基準は以下の通りである。

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。

- ・病原体の検出

例：血液からのリケッチアの分離など

- ・病原体に対する抗体の検出

例：補体結合(CF)法(IF)法、酵素抗体(EIA)法など

### 【付】

1. 病原体の安全度レベルは3であるため、病原体の分離はP3レベルの実験室で行うこと。
2. 最近病原体の遺伝子の検出も用いられるようになった。同法を用いてシラミから遺伝子を検出する方法も用いられている。
3. 抗体検出では発疹熱との鑑別が重要である。

## 学校保健法での対応

最近学校でのアタマジラミの感染が報告されているが、アタマジラミは一般に発疹チフスを媒介しない。

感染症週報 第1巻、第37号 平成12年1月6日発行

発行：国立感染症研究所 感染症情報センター

厚生省保健医療局結核感染症課

厚生省大臣官房統計情報部

連絡先：〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1(感染症情報センター)

TEL：03-5285-1111

FAX：03-5285-1129

URL：<http://www.mhw.go.jp> <厚生省>

<http://idsc.nih.go.jp> <感染症情報センター>

本週報に記載のデータは、感染症新法に基づく発生動向調査によるものであり、全国の医療従事者、定点医療機関、保健所、保健所設置市、特別区、都道府県、地方衛生研究所等の皆様のご協力により収集されたデータです。本週報記載の内容について、速報性を重視しておりますので、今後、調査などの結果に応じて、若干の変更が生じることがありますが、その場合には、週報上にて訂正させていただきます。また本週報の内容について、学術的研究、あるいは公衆衛生活動にかかわる業務以外の目的においては、無断転載を禁じます。