

# 長崎県感染症発生動向調査速報

平成25年第37週 平成25年9月9日（月）～平成25年9月15日（日）

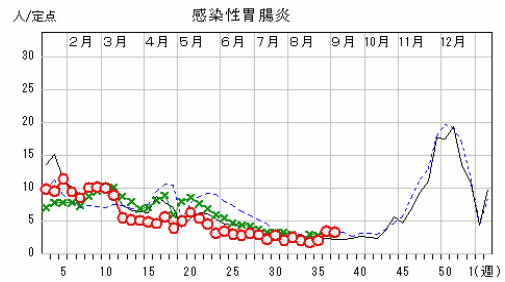
## ☆定点報告疾患（定点当たり報告数の上位3疾患）の発生状況

### （1） 感染性胃腸炎

第37週の報告数は144人で、前週より6人減少して、定点当たりの報告数は3.27であった。

年齢別では、1歳（27人）が最も多く、次いで3歳（15人）、5歳（15人）の順であった。

保健所別の定点当たり報告数は、上五島保健所（9.50）が最多で、以下佐世保市保健所（5.33）、長崎市保健所（5.00）の順であった。

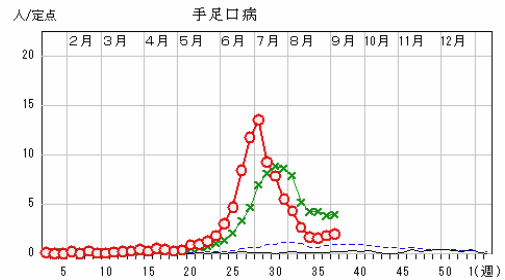


### （2） 手足口病

第37週の報告数は86人で、前週より6人増加し、定点当たりの報告数は1.95であった。

年齢別では、1歳（35人）を筆頭に、2歳（21人）、3歳（8人）の順であった。

保健所別の定点当たり報告数は、県北保健所（6.67）、上五島保健所（5.50）が警報レベル以上の値を示した。

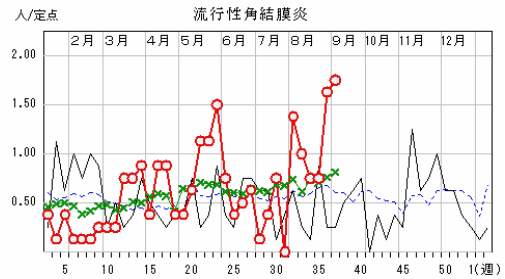


### （3） 流行性角結膜炎

第37週の報告数は14人で、前週より1人増加して、定点当たりの報告数は1.75であった。

年齢別では、30～39歳（6人）、40～49歳（3人）、4歳（2人）の順であった。

保健所別の定点当たり報告数の最多は長崎市保健所（3.00）で、以下五島保健所（2.00）、佐世保市保健所（1.00）の順であった。



## ☆トピックス・季節情報

### 【感染性胃腸炎】

第37週の感染性胃腸炎の報告数は144人で前週より6人減少しました。定点当たりの人数には大きな変動はなく小康状態で推移していますが、上五島地区では定点当たりの人数が先週の5.00から9.50に増加し、壱岐地区・対馬地区を除く全地域からも散発的に報告があがっていますので、油断は禁物です。今後の動向に注視し、手洗いの励行を心がけましょう。

感染性胃腸炎は、細菌又はウイルスなどの病原微生物による嘔吐、下痢を主症状とする感染症です。年齢別に見ると、報告の多くは1～2歳の乳幼児が占めています。原因はロタウイルス、ノロウイルスをはじめとするカリシウイルス、エンテロウイルス、アデノウイルスなどのウイルス感染による場合が主流ですが、腸管出血性大腸菌などの細菌が原因となる場合もあります。

原因微生物のうち、ロタウイルスについてはすでにワクチンが認可されていますので、予防することが出来るウイルスです。特に、小さいお子さんがいらっしゃるご家庭では、保護者の方が手洗いの励行、体調管理や体調の変化に心掛けてあげるなどして感染防止に努め、早目に医療機関を受診させてあげるようにしましょう。

### 【手足口病】

長崎県における第37週の患者報告数は、前週より6人増加して86人でした。定点当たりの人数は1.95となり、県全体では第33週より警報レベル「5」以下になっていますが、県北地区(6.67)、上五島地区(5.50)は依然警報レベル以上の値を示しています。一昨年の手足口病の流行の際は、6月中旬に大規模な流行のピークと9月初旬に小規模な流行のピークが形成され、二峰性の流行様式が認められましたが今のところ小康状態を維持しています。

手足口病は、初夏から夏場にかけて流行し、口腔粘膜および四肢末端に現れる水疱性発疹を特徴とする乳幼児に多いウイルス性疾患です。感染経路は、糞口感染が主体で、飛沫感染や水疱内容液からも感染します。急性期に最もウイルスの排泄量が多く、発症してから回復後も2～4週間程度は、便中にウイルスが排泄されるため感染源となりえますので、保護者は乳幼児に手洗い、うがいを励行させて、感染防止に努め体調管理に気をつけてあげましょう。原因ウイルスの種類によっては（特にエンテロウイルス71型、EV71）手足口病とともに無菌性髄膜炎や脳炎を併発させることもありますので、保護者は早目に医療機関を受診させてあげるよう心掛けましょう。

県下全域より採取された検体を当センターで調べたところ、原因ウイルスとして本土地区ではすべて一昨年流行したコクサッキーウイルスA6型（CA6）が検出されました。離島地域の中で、対馬地区からはCA6とともに、神経病原性の強いEV71が検出されています。五島地区、上五島地区ではCA6の他、平成22年以前に流行したCA16が同定されています。

○ 当年(長崎県)      — 前年(長崎県)  
× 当年(全国)      - - - 前年(全国)

## 【流行性角結膜炎】

長崎県における第37週の報告数は前週より1人増加して14人でした。定点当たり報告数は1.75で長崎市、五島地区、佐世保地区、西彼地区および県央地区の眼科定点から報告があつています。

本感染症はアデノウイルス8型が原因となることが多く、アデノウイルス19型や37型によっても起こることが知られています。小児から老人まで幅広く罹患します。

流行性角結膜炎は、涙液、眼脂で汚染された指やタオル類からの接触感染により伝播します。眼分泌物はティッシュペーパーなどで除去して、直接手で触れないように気をつけましょう。手洗いを励行し、洗面器、タオルを共有せず、触れた場所をアルコール綿でよく拭くなどして、感染防止に努めましょう。

## ★トピックス：手足口病が流行しています。

◎昨年はほとんど報告のなかった手足口病が流行しています。報告数は減少してきているものの、依然警報レベル「5」を超えて高値を示している地区があります。離島地域で流行が再燃していた対馬地区は3.00となり、ようやく終息に向かい始めているようです。県内の44小児科定点からの累積報告数は3,815名にのぼります。流行は東日本にも拡大し全国的な流行になっています。

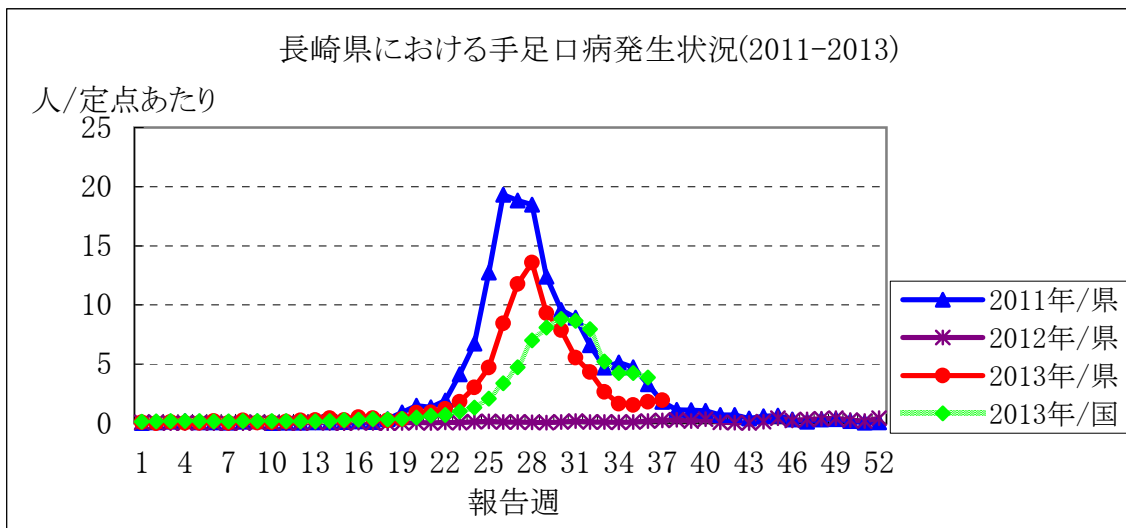
手足口病は、その名のとおり四肢および口腔内に水泡性の発疹を生じる疾患で、通常はCA16、CA10、EV71などのウイルスにより惹き起こされます。ところが、2011年に全国的に手足口病が大流行した際の原因ウイルスは、これまでは類似疾患であるヘルパンギーナの原因ウイルスとして知られるCA6が主流でした。本年の流行の原因ウイルスは、当初、関西、中国、四国地方ではCA6、CA16およびEV71が混在して流行していましたが、最近では全国的にCA6が主流になっているようです。本県をはじめ流行が認められている九州各県では大半、CA6が流行の原因ウイルスとして同定されています。今回の流行の規模は、大流行した一昨年（2011年）と比較するとやや小さいようです。これは、原因ウイルスの主流が一昨年大流行した時と同じCA6であるため、一昨年の流行期以降に出生したCA6に対する抗体を保有しない2歳以下の乳幼児が今回の流行の好発年齢となっていることが要因の一つであると考えられます。

CA6による手足口病の臨床的特徴は、上腕、臀部、大腿部の発疹が手掌、足底より目立つ場合が多く、従来の典型的な手足口病では認められない口囲や頸部周辺にも皮疹が認められます。また、水痘を疑う例があるほど水泡が大きいことや治癒した1～2ヶ月後に爪甲脱落症が認められる症例が多いのも特徴の一つです。

基本的には予後良好な疾患ですが、原因ウイルスによっては、稀に髄膜炎、小脳失調症、脳炎などの中枢神経系合併症などのほか、心筋炎、急性弛緩性麻痺などの多彩な臨床症状を併発することがあります。特にEV71は神経病原性が強く、2009年以降中国、ベトナム、カンボジア、ラオスで本ウイルスによる手足口病が大流行し、脳炎による死者も多数出ています。抗ウイルス剤やワクチンは開発されていません。咽頭で増殖したウイルスによる飛沫感染と、腸管で増殖したウイルスによる糞口感染を起こしますので、外出先から戻った際の手洗い・うがいに加えて、子どものオムツを取り替えたあとなどは手洗いを忘れないよう予防を心がけることが重要です。

手足口病の好発年齢は幼児期から学童期にかけてですが、大人でも感染する可能性があります。原因となるウイルスの種類が多いため、以前感染したウイルスに対する免疫はできますが、他の原因ウイルスに感染した場合には、手足口病に再度罹患することになります。実際に、今期CA6およびEV71の2種類のウイルスに異なる時期に感染し、2回発症した例も報告されています。

懸念されていた離島地区での流行が、対馬地区で第29週より認められましたが、減少傾向に転じたようです。対馬地区の流行の原因ウイルスはCA6に加えEV71も混在しているようですので、今後も発生動向に注意し、無菌性髄膜炎や脳炎の併発に警戒してください。また、上五島地区でも9月に入って流行が始まり、依然警報レベルにあります。さらに県北地区では、定点当たりの人数が先週の2.0から今週は6.67に増加し、流行の再燃傾向が認められますので、流行が終息し始めていた地区でも今後の発生動向には特に注意が必要です。



## &lt;手足口病に関するQ&amp;A&gt;

(参考) 厚生労働省ホームページ 手足口病に関するQ&A

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/hfmd.html>

**☆トピックス：長崎県内で4例の重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の発生が確認されています。**

◎今年、1月30日に、国内発生例としては初めてダニ媒介性のウイルス感染症「重症熱性血小板減少症候群（Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome：SFTS）」の山口県における患者発生および死亡例が報告されました。その後、各地から確認症例の報告が相次ぎ、長崎県でも平成17年(2005年)の症例2件に続き本年第22週に平成25年の発症例が初めて確認され、第29週に新たに平成25年の発症例が報告されました。

国内での患者報告を受けて、SFTSの発生を予防し、そのまん延の防止を図るため、平成25年2月22日付の法改正に基づき、平成25年3月4日から感染症法上の4類感染症に指定されました。調査・研究の進展とともに、

原因となるSFTSウイルスは海外から持ち込まれたものではなく、以前から国内に存在していたことが明らかになりつつあります。

**<感染予防について>**

◎感染源とされているマダニは全国に分布しており、主に森林や草地のほか市街地周辺でも見られ、春から秋にかけて接触する機会が増えることから、感染予防が最も大切です。今のところ、有効な抗ウイルス剤やワクチンはありません。

◎行楽やハイキング、農作業など、ダニとの接触が多くなる季節となりますので、野外で活動する際は、長袖、長ズボン、長靴を着用するなどして肌の露出を極力避けて感染防止に心がけましょう。

もし、ダニに咬まれていたことに気づいた場合は、自分で無理にとろうとせず、医療機関で取り除いてもらいましょう。

◎マダニに咬まれた後に発熱等の症状があった場合は、速やかに医療機関を受診しましょう。受診した医療機関では、咬まれた状況などをできるだけ詳細に説明しましょう。

◎多くの場合、SFTSウイルスを保有しているマダニに咬まれることにより感染するといわれていますので、インフルエンザのように人から人へ感染して広がるものでないとされています。

**<重症熱性血小板減少症候群(SFTS)について>**

(参考)厚生労働省ホームページ(重症熱性血小板減少症候群について)  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/sfts.html>

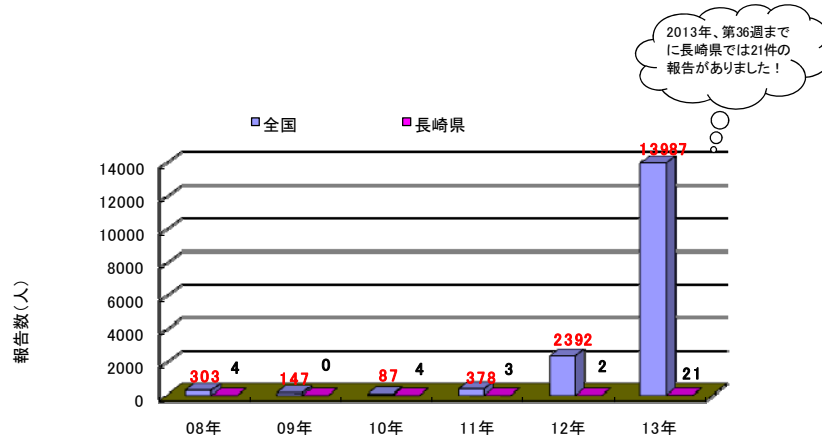
**☆トピックス：昨年に引き続き風しんが増加しています。**

今年は、昨年以上に風しんの患者数が増加し、これに伴う「先天性風しん症候群」の報告数も第34週に東京都の2例の報告が加わり、今年に入り計13例（暫定値）の報告がなされています。昨年の風しんの全国の累積値に比べて、本年の第36週までの累積値は、13,987人と昨年の5.8倍以上にもものぼるため、注意が必要です。

風しんはせきやくしゃみなどの飛沫から感染し、通常は発疹や発熱が起きますが軽微な症状で経過し重篤化することはほとんどありません。しかしながら妊娠初期に感染すると、胎盤を経て胎児にも感染し、先天性の心疾患や難聴、白内障など（先天性風しん症候群：CRS）を引き起こす危険性がある恐ろしい感染症でもあります。

風しんやCRSは予防接種により予防可能ですが、妊婦へのワクチン接種は禁忌であるため、妊婦または妊娠する可能性の高い方に伝播させることのないよう、周囲の身近な人は医師と十分相談の上、抗体検査やワクチン接種を受けることが重要です。

**本県では今年に入ってから第36週までに、21件の報告がありました。今後の風しんの動向に注視して十分に注意しましょう。**



報告年(2008～2013年第36週まで)  
 全国と長崎県の風疹の報告数の推移

**<風疹の発生動向について>**

(参考)国立感染症研究所ホームページ  
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/ha/rubella.html>

**☆トピックス：日本脳炎に注意しましょう。（注意報発令中）**

長崎県では日本脳炎の流行予測を目的として、毎年7月～9月の間に日本脳炎ウイルスの主な増幅動物であるブタ（県内産肥育ブタ）のウイルスへの感染状況を各回10頭ずつ8回（計80頭）調査しています。今回、7月23日（3回目）に調査した10頭のうち、2頭のブタから日本脳炎ウイルス遺伝子、また別の2頭から日本脳炎ウイルスに対して初感染を意味するIgM抗体が検出されました。この結果を受けて、県下に注意報を発令中です。日本脳炎はウイルスに感染したブタを吸血した蚊によって媒介され、ヒトに感染することから、日本脳炎が発生しやすい状況にあると考えられます。本県では平成22年（諫早市）、平成23年（諫早市・五島市）と2年続けて患者が発生しています。今年は例年より2週間も梅雨明けが早く、最近までほとんど降雨がなかったことから、ブタへの感染率の立ち上がりが例年より遅れて本格的な流行シーズンに入りました。十分な警戒と注意が必要です。

日本脳炎は日本脳炎ウイルス（Japanese encephalitis virus:JEV）によって起こるウイルス感染症です。人にはこのウイルスをもっている蚊、主にコガタアカイエカに刺されることによって感染します。患者発生は西日本に多く、蚊の発生時期である夏から秋にかけて報告されています。なお、人から人に感染することはありません。また、感染者を刺した蚊に刺されても感染することはありません。

潜伏期間は5～15日で、数日間の高熱、頭痛、嘔吐、めまいを発症し、重症例では、意識障害、けいれん、昏睡などがみられ、マヒ等の重篤な後遺症が残る可能性もあります。しかし、感染しても日本脳炎を発症するのは100～1000人に1人程度で、大多数は無症状で終わります。ただし、幼児および高齢者では発症率が高く、発病すると死亡率は20～40%で、幼児や高齢者では死亡や後遺症の危険性が高くなります。

予防にはワクチン接種が最も有効です。特異的な治療法はなく、一般療法・対症療法が中心で、肺炎などの合併症の予防を行います。また虫除けスプレーや長袖などを着用し、媒介する蚊（主にコガタアカイエカ）に刺されないような工夫が大切です。

ワクチン接種の詳細については厚生労働省のホームページを参考にしてください。

（参考）厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou20/annai.html>



コガタアカイエカ  
国立感染症研究所HPより

