

長崎県感染症発生動向調査速報

平成25年第40週 平成25年9月30日（月）～平成25年10月6日（日）

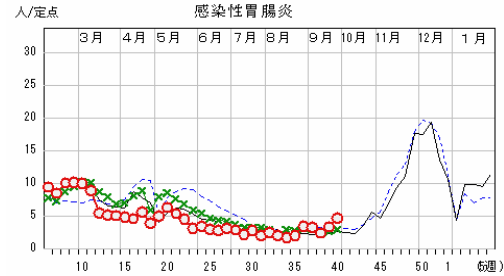
☆定点報告疾患（定点当たり報告数の上位3疾患）の発生状況

（1） 感染性胃腸炎

第40週の報告数は207人で、前週より58人増加し、定点当たりの報告数は4.70であった。

年齢別では、1歳が最も多く52人、次いで2歳（25人）、3歳（24人）の順であった。

保健所別の定点当たり報告数は、佐世保市保健所（11.17）、上五島保健所（6.00）、県北保健所（5.67）の順であった。

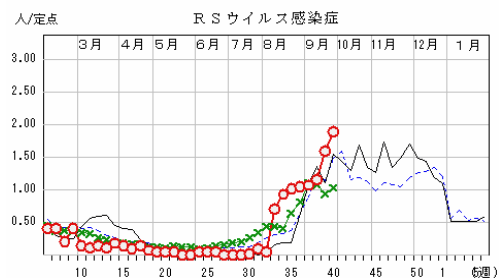


（2） RSウイルス感染症

第40週の報告数は83人で、前週より13人増加し、定点当たりの報告数は1.89であった。

年齢別では、1歳（36人）を筆頭に、～11ヶ月（21人）、～5ヶ月（12人）の順であった。

保健所別の定点当たり報告数は、長崎市保健所（4.70）が最も多く、以下県南保健所（3.80）、県央保健所（1.33）の順であった。

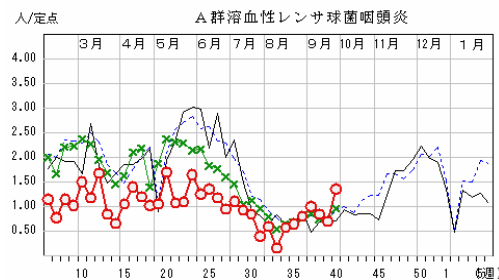


（3） A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

第40週の報告数は60人で、前週より29人増加し、定点当たりの報告数は1.36であった。

年齢別では、4歳（9人）が最多で、6歳（8人）、3歳（7人）の順に続いた。

保健所別の定点当たり報告数は、県北保健所が最も多く4.33で、次いで県南保健所（2.80）、県央保健所（1.67）の順であった。



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

☆トピックス・季節情報

【感染性胃腸炎】

第40週の感染性胃腸炎の報告数は207人で前週より58人増加しました。定点当たりの人数には大きな変動はありませんが前週より増加しており、対馬地区を除く全地域から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。

【RSウイルス感染症】

長崎県における第40週の報告数は83人で、前週より13人増加して定点当たりの人数は1.89でした。長崎および県南地区における定点当たりの報告数は、それぞれ4.70、3.80と高値で今後の動向に注視していく必要があります。

RSウイルス感染症は上気道感染症を起こしますが、6ヶ月以下の乳幼児の細気管支炎の主因となるウイルスです。晩秋から早春にかけて流行することが多く、鼻汁、喀痰などが付着した手指、器物を介する接触感染、あるいはそれらの飛沫感染により感染します。成人では、重篤な呼吸器症状を呈することは少ないですが、乳幼児、特に6ヶ月未満の乳幼児が本ウイルスに罹患すると、呼吸困難を伴う重篤な細気管支炎や肺炎、脳症を発症することがありますので、心臓などに基礎疾患のある小児では特に注意が必要です。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心がけましょう。

【A群溶血性レンサ球菌咽頭炎】

長崎県における第40週の報告数は、前週より29人増加して60人でした。定点当たりの人数は1.36で、県北地区(4.33)および県南地区(2.80)は他の地域に比べ患者報告数が多いようです。

本感染症の好発年齢は5～15歳で、鼻汁・唾液中のA群溶血性レンサ球菌の飛沫などによってヒトからヒトへ感染します。また、食品を介しての経口感染もあります。潜伏期間は約1～4日で、突然の発熱(高熱)、咽頭痛、全身倦怠感、時に皮疹もあります。急性期患者の感染力は強いですが、適切な抗菌薬の投与により多くは1～2日後には症状も消失し、感染力も著しく低下します。不十分な治療は無症状保菌者を生じやすいため、早期に医療機関を受診するとともに、手洗い・うがいを励行し、感染防止に努めましょう。

☆トピックス：RSウイルス感染症が全国的に増加しています。

RSウイルスの報告数が全国的に増加しています。例年冬期に流行のピークを迎え、夏期には報告数が少ない状態が続いていましたが、2011年以降、夏ごろから報告数の増加が見られるようになりました。本年、全国的には第25週から報告数が増加し始め、第35週に急増しました。本県でも、第33週から増加傾向にあります。

感染経路は、主に飛沫感染と接触感染となります。生後間もない乳幼児が罹患した場合、重篤な呼吸器症状や合併症を発症することもありますので、外出後の手洗い・うがいを励行し、感染予防に努めましょう。

<RSウイルス感染症に関するQ&A>

(参考) 厚生労働省ホームページ RSウイルス感染症に関するQ&A

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/rs_ga.html

☆トピックス：手足口病が全国的に流行しています。

◎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。報告数は減少傾向にありますが、県北地区において、警報レベル「5」以上が続いています。県全体としてはようやく終息に向かいつつあるようです。県内の44小児科定点からの今期の累積報告数は3,997名にのぼります。今年は、全国的にも大きな流行になりました。

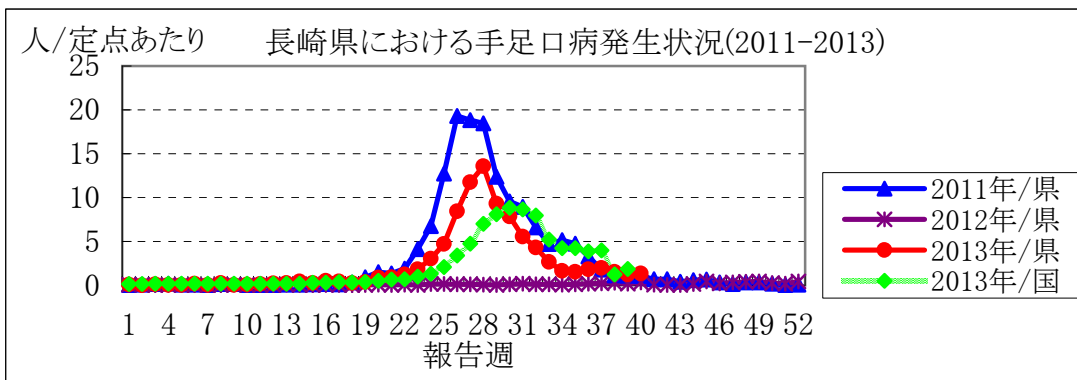
手足口病は、その名のとおり四肢および口腔内に水疱性の発疹を生じる疾患で、通常はCA16、CA10、EV71などのウイルスにより惹き起こされます。ところが、2011年に全国的に手足口病が大流行した際の原因ウイルスは、これまでは類似疾患であるヘルパンギーナの原因ウイルスとして知られるCA6が主流でした。本年の流行の原因ウイルスは、当初、関西、中国、四国地方ではCA6、CA16およびEV71が混在して流行していましたが、最近では全国的にCA6が主流になっているようです。本県をはじめ流行が認められている九州各県では大半、CA6が流行の原因ウイルスとして同定されています。今回の流行の規模は、大流行した一昨年(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疱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、異なる時期にCA6およびEV71の2種類のウイルスに感染し、1人で2度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は、警報レベルに達していた対馬地区および上五島地区において、いずれも終息基準値を下回り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も混在していますので、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。全体的に終息に向かいつつありますが、流行の再燃の可能性もありますので、今後の発生動向には注意が必要です。



<手足口病に関するQ&A>

(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/kekaku-kansenshou19/sfts.html>

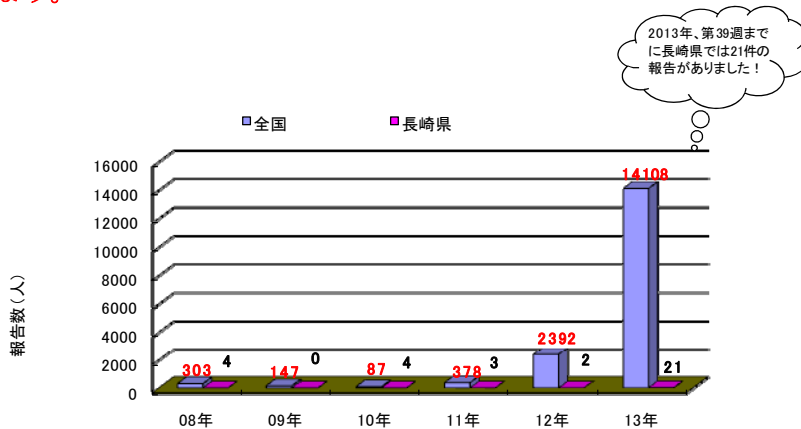
☆トピックス：昨年に引き続き風しんが増加しています。

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38週に大阪府の1例の報告が加わり、今年に入り計14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39週までの累積値は、14,108人と昨年の5.9倍にもものぼるため、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こり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39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39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.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ha/rubella.html>

☆トピックス：日本脳炎の患者が発生しました。（注意報発令中）

第38週に、今年初となる日本脳炎の患者発生が諫早市で確認されました。本県では2010年、2011年の連続発生から4年間で4例もの発生が認められたこととなりますので、特段の注意が必要です。暑さのピークは過ぎましたが、ウイルスを媒介する蚊の活動時期は本県では秋季半ばまで続きますので、蚊に刺されない対策をとることが重要です。

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、麻痺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て、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

