

# 長崎県感染症発生動向調査速報

平成25年第45週 平成25年11月4日(月)～平成25年11月10日(日)

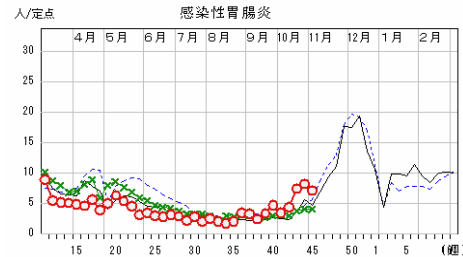
定点報告疾患(定点当たり報告数の上位3疾患)の発生状況

## (1) 感染性胃腸炎

第45週の報告数は313人で、前週より47人減少し、定点当たりの報告数は7.11であった。

年齢別では1歳(72人)が最も多く、以下1歳未満(41人)、4歳(29人)の順であった。

保健所別の定点当たり報告数は、県南保健所(16.60)が最多で、佐世保市保健所(10.17)、県北保健所(7.67)がこれに続いた。

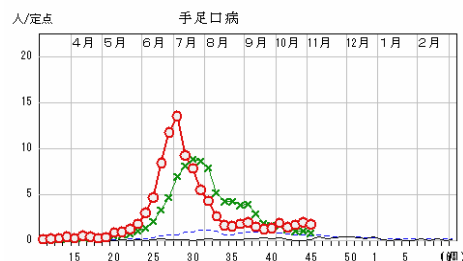


## (2) 手足口病

第45週の報告数は前週より11人少ない177人で、定点当たりの報告数は1.75であった。

年齢別では、2歳(27人)を筆頭に、1歳(17人)、4歳(12人)の順であった。

保健所別の定点当たり報告数は、県央保健所(2.83)、長崎市保健所(2.70)、佐世保市保健所(2.33)の順であったが、保健所間に大差は認められなかった。

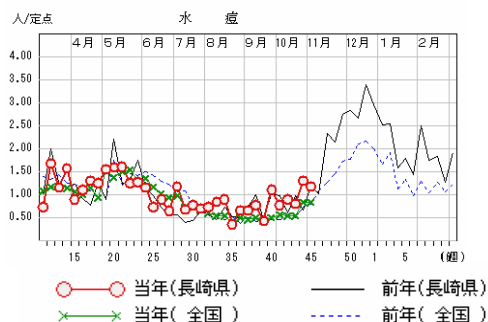


## (3) 水痘

第45週の報告数は52人で、前週より5人減少した。定点当たりの報告数は1.18であった。

年齢別では、2歳(18人)が最も多く、次いで1歳(10人)、3歳(7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(3.00)が最多で、以下県南保健所(2.20)、長崎市保健所(1.70)の順であった。



## トピックス・季節情報

### 【感染性胃腸炎】

第45週の感染性胃腸炎の報告数は前週より47人減少して313人となり、定点当たりの人数は7.11でした。壱岐・対馬地区以外の地区から散発的に報告があがっています。特に県南地区における定点あたりの報告数は16.60と高値を示しています。昨年よりは患者数の増加が少し早い傾向にあるようですので注意が必要です。

ウイルス性感染性胃腸炎はこれから本格的な流行シーズンを迎えますので、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45週の患者報告数は前週より11人減少して77人となり、定点当たりの人数は1.75でした。全体的に終息に向かいつつありますが、長崎市および県北地区など一部の地区で報告数の増加がみられますので注意が必要です。

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。

【水痘】

長崎県における第45週の報告数は、前週より5人減少して52人となり、定点当たりの人数は1.18でした。県北・県南地区においては増加傾向にありますので注意が必要です。

この疾病は、例年、冬場に患者数が増加する傾向にありますので、今後の動向に注視していく必要があります。

水痘は水疱瘡（みずぼうそう）とも呼ばれ、原因となる水痘帯状疱疹ウイルスは伝播力が強く、ウイルスを含む飛沫あるいは飛沫核を経気道的に吸入することによる飛沫感染あるいは水疱の内容液と触れることによる接触感染により感染が成立します。手洗いの励行、体調管理を心がけ感染防止に努めましょう。

**トピックス：手足口病が全国的に流行しています。**

一年ぶりに流行した手足口病は、報告数から見ると終息に向かっていますが、再び報告数の増加が見られる地区もありますので注意が必要です。県内の44小児科定点からの今期の累積報告数は4,388名にのぼります。今年、全国的にも大規模な流行になりました。

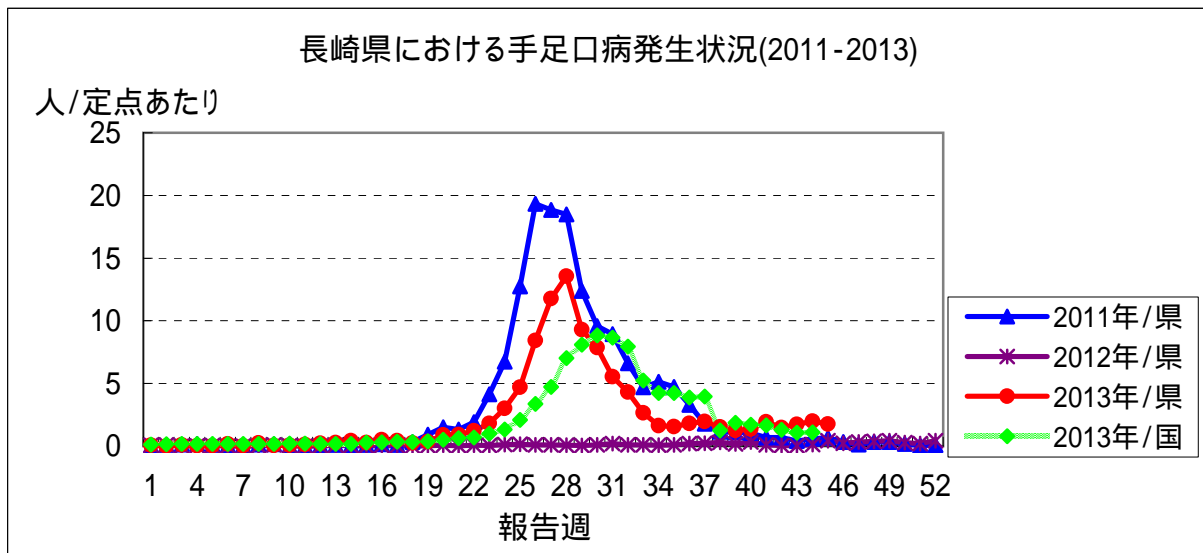
手足口病は、その名のとおり四肢および口腔内に水疱性の発疹を生じる疾患で、通常はCA16、CA10、EV71などのウイルスにより惹き起こされます。ところが、2011年に全国的に手足口病が大流行した際の原因ウイルスは、これまでは類似疾患であるヘルパンギーナの原因ウイルスとして知られるCA6が主流でした。本年の流行の原因ウイルスは、当初、関西、中国、四国地方ではCA6、CA16およびEV71が混在して流行していましたが、最近では全国的にCA6が主流になっているようです。本県をはじめ流行が認められている九州各県では大半、CA6が流行の原因ウイルスとして同定されています。今回の流行の規模は、大流行した一昨年（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せんが、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上五島地区において、終息基準値を下回り、減少傾向で推移しています。また、対馬地区の流行は、ほぼ終息したようですがCA6とEV71が混在して流行を惹き起こしました。流行の再燃している地区では、対馬地区のように、CA6に加えてEV71が新たな原因となっている可能性も考えられますので、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、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&amp;A

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/hfmd.html>**トピックス：インフルエンザの流行に備えましょう。**

インフルエンザは、インフルエンザウイルスを病原とする気道感染症です。他の原因によるかぜ症候群より重症化しやすい傾向がありますので注意を要します。1～3日間の潜伏期間のあとに38以上の発熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛・関節痛などの全身症状が突然現れます。これに続いて咳、鼻汁などの上気道炎症が起こり、約1週間ほどで軽快するのが典型的なインフルエンザの症状です。呼吸器、循環器等に慢性疾患を持つ方は、その病状が悪化することもあります。小さなお子さんの場合、熱性痙攣や気管支喘息を誘発することもあります。

インフルエンザの流行パターンを全国レベルでみると、例年11月下旬から12月上旬頃に流行が始まり、年が明けて1～3月頃に患者数のピークを迎えます。ところが、大都市を除く地方では年末年始の帰省時期後の新年第1週から流行が始まり、以後患者数が急増して2月初旬から中旬にかけてピークに達する傾向にあり、本県も同様の流行パターンで推移しています。基本的には4～5月にかけて患者数が減少していきませんが、ここ数年は春先に小規模な流行が再燃する傾向にあります。

感染経路は、咳やくしゃみの飛沫による飛沫感染と、飛沫等に含まれるウイルスが付着した手指で自分の眼や口、鼻を触ることによって成立する接触感染があります。

予防には、ワクチン接種をはじめ、日頃からしっかりと休養をとり、バランスの良い食事を摂ることで免疫力を維持することが重要です。また、上記のような経路で感染が成立するため、手洗いの励行、外出先から帰宅した際のうがいの徹底なども有効です。

当センターに搬入された、今シーズン最初のインフルエンザウイルスサーベイランスの検体からはインフルエンザウイルスの遺伝子は検出されませんでした。しかし、本年8月にインフルエンザ疑いで搬入された検体からは、2009年の流行の原因であるインフルエンザウイルスA(H1N1)/pdm09の遺伝子が検出されています。これからの流行期に備えてインフルエンザウイルスワクチンの接種を心がけましょう。

**<今冬のインフルエンザ総合対策について>**

(参考) 厚生労働省ホームページ平成25年度今冬のインフルエンザ総合対策について

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/>**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、自分で無理に取るうとせず、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いわれています。

**<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：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。最低気温が10を下回る日も増えて、冬の到来を感じるようになりましたが、この時期においても、温暖な本県では再び気温の上昇をみることがしばしばあります。平均気温が20を超えるような日が一週間程度続くとウイルス媒介蚊の産卵行動が活発になります。一昨年はこの時期に患者発生がありましたので、油断は禁物です。



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、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

