

長崎県感染症発生動向調査速報(週報)

平成30年第22週 平成30年5月28日(月)～平成30年6月3日(日)

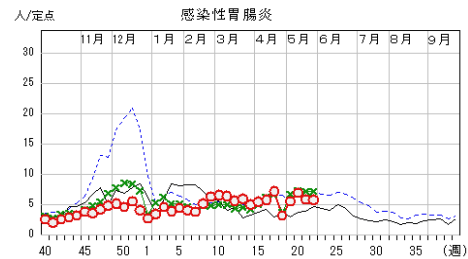
☆定点報告疾患(定点当たり報告数の上位3疾患)の発生状況

(1) 感染性胃腸炎

第22週の報告数は256人で、前週より1人少なく、定点当たりの報告数は5.82であった。

年齢別では、1歳(38人)、10～14歳(31人)、4歳(29人)の順に多かった。

定点当たり報告数の多い保健所は、県北保健所(13.67)、佐世保市保健所(9.17)、県央保健所(7.00)であった。

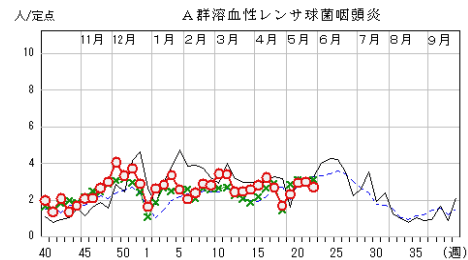


(2) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

第22週の報告数は119人で、前週より13人少なく、定点当たりの報告数は2.70であった。

年齢別では、5歳(19人)、3歳(15人)、4歳(15人)の順に多かった。

定点当たり報告数の多い保健所は、県北保健所(6.67)、県南保健所(5.60)、対馬保健所(5.00)であった。

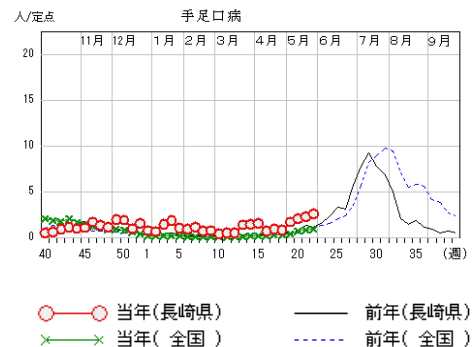


(3) 手足口病

第22週の報告数は115人で、前週より13人多く、定点当たりの報告数は2.61であった。

年齢別では、1歳(33人)、3歳(20人)、2歳(18人)の順に多かった。

定点当たり報告数の多い保健所は、県央保健所(6.17)、西彼保健所(3.75)、対馬保健所(3.50)であった。



☆上位3疾患の概要

【感染性胃腸炎】

第22週の報告数は、前週より1人減少して256人となり、定点当たりの報告数は5.82でした。地区別にみると、壱岐地区以外から報告があがっており、県北地区(13.67)、佐世保地区(9.17)、県央地区(7.00)の定点当たり報告数は他の地区より多い状況で、今後の動向に注意が必要です。

本疾患は、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、報告の多くを乳幼児が占めています。原因はノロウイルスをはじめとするカリシウイルスやロタウイルス、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。特に乳幼児には、手洗いの励行とともに、体調管理に注意して感染防止に努め、早めに医療機関を受診させましょう。

【A群溶血性レンサ球菌咽頭炎】

第22週の報告数は、前週より13人減少して119人となり、定点当たりの報告数は2.70でした。地区別にみると、壱岐地区、五島地区以外から報告があがっており、県北地区（6.67）、県南地区（5.60）、対馬地区（5.00）の定点当たり報告数は、他の地区より多い状況で、今後の動向に注意が必要です。

本疾患の好発年齢は5歳から15歳で、鼻汁、唾液中のA群溶血性レンサ球菌を含む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日から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日から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、手洗いやうがいを励行し、感染防止に努めましょう。

【手足口病】

第22週の報告数は、前週より13人増加して115人となり、定点当たりの報告数は2.61でした。地区別にみると、上五島地区以外から報告があがっており、県央地区（6.17）、西彼地区（3.75）、対馬地区（3.50）の定点当たり報告数は、他の地区より多い状況で、特に県央地区は警報レベルの目安「5」を越えていて、今後も動向に注意が必要です。

手足口病は、例年5月頃から報告数が増加し、夏場にピークを迎えます。本疾患は、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、回復後も2週間から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。

☆トピックス：マダニやツツガムシの活動が活発になります。ご注意ください！

マダニ類やツツガムシ類は、野外の藪や草むらに生息しているダニで、食品等に発生するコナダニや衣類、寝具に発生するヒョウダニなど、家庭内に生息するダニとは全く種類が異なります。野生動物が出没する環境に多く生息しているほか、民家の裏山、裏庭、畑やあぜ道などにも生息しています。

マダニ類は、日本紅斑熱や重症熱性血小板減少症候群（SFTS）などを媒介し、ツツガムシ類はその名のとおりにつつが虫病を媒介します。春から秋（3月から11月）にかけては、マダニ等の活動が活発になる時期ですので、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、マダニ等に咬まれていたことに気づいた場合、無理に取り除こうとすると、マダニの口器が皮膚の中に残り化膿することがありますので、皮膚科等の医療機関で適切に処置してもらいましょう。また、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。

（参考）長崎県医療政策課 ダニ媒介性感染症「ダニ媒介性感染症の予防」

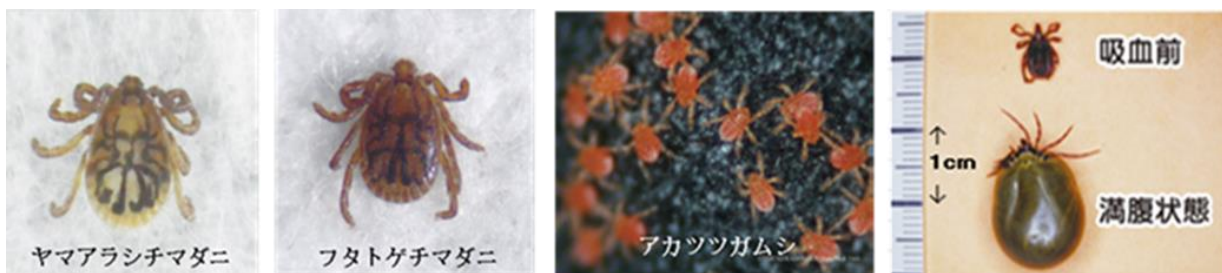
<https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/kansensho/kansenshou/tick/>

（参考）国立感染症研究所 昆虫医科学部ホームページ「マダニ対策、今できること」

<http://www.niid.go.jp/niid/images/ent/PDF/170511madanitaisaku.pdf>

（参考）厚生労働省 重症熱性血小板減少症候群（SFTS）に関するQ&A

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/sfts_qa.html



☆トピックス：麻しん(はしか) に注意しましょう!

麻しんは麻しんウイルス (Measles virus) によっておこる感染症で、人から人へ感染します。感染経路としては空気感染のほか、飛沫や接触感染など様々な経路があります。感染力はきわめて強く、麻しんの免疫がない集団に1人の発症者がいたとすると、12～14人の人が感染するとされています(インフルエンザでは1～2人)。

日本は2015年3月にWHO西太平洋地域事務局により、麻しんの排除状態にあることが認定されていますが、その後も海外からの輸入症例は報告されています。

潜伏期は通常10～12日間であり、症状はカタル症状(咳、鼻汁、くしゃみ、結膜充血、眼脂、羞明など)や特有の発疹(小鮮紅色斑が暗紅色丘疹、それらが融合し網目状になる)、発熱などです。

麻しんにはさまざまな合併症があります。中でも、肺炎は比較的多い合併症で脳炎とともに麻しんによる2大死亡原因といわれています。さらにきわめて稀ですが、罹患後7～10年の期間を経て発症する亜急性硬化性全脳炎などの致死的な合併症もあるので予防が必要になります。

特異的な治療法はなく、対症療法が中心となるので、ワクチンによる予防が最も効果的です。国内では2006年4月から、予防接種法に基づく定期予防接種として、麻しん風しん混合ワクチン(MRワクチン)が使用されています。ワクチンは任意でも接種可能ですので、希望される場合は医療機関にご相談ください。

(参考) 国立感染症研究所 麻しんとは
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/ma/measles.html>

(参考) 県医療政策課 麻しん(はしか) に注意しましょう
<http://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/kansensho/kansenshou/measles/335447.html>

