



公益社団法人

福岡県医師会

FUKUOKA PREFECTURE MEDICAL ASSOCIATION

サイト内検索

→ サイトマップ

→ お問い合わせ

トップ

県民の皆様

医師の皆様

アクセス

リンク

会員専用

感染症発生動向調査 週間コメント

《 疾病別 推移グラフ 》

222298

第44週 (H28.10.31～H28.11.6)

■今週のトピックス

▽ 今週(2016年第44週:10/31-11/6)はインフルエンザの報告がやや増加し定点当たり0.56、キットは大部分がA+です。RSウイルス感染症はやや減少しました。手足口病も多く、流行性耳下腺炎、マイコプラズマ肺炎も多発が続きます。ノロウイルスの報告は続きます。手足口病からコクサッキーA6型の分離報告があります。

病 名	報告数	前週比	主な増加地区等	1定点当たりの患者数	
				福岡県	全国
インフルエンザ	110	125%	福岡62、筑後30	0.56	0.47
RSウイルス感染症	208	86%	北九州77、福岡58	1.73	1.67
咽頭結膜熱	62	113%	福岡33、北九州18	0.52	0.25
A群溶連菌咽頭炎	307	97%	福岡195、北九州54	2.56	1.69
感染性胃腸炎	776	92%	福岡287、北九州284	6.47	5.26
水 痘	58	100%	福岡37、筑後15	0.48	0.37
手足口病	225	87%	福岡117、北九州56	1.88	1.06
伝染性紅斑	10	+5	北九州5、筑後2	0.08	0.09
突発性発しん	69	92%	福岡33、筑後16	0.58	0.45
百日咳	1	-5	福岡1	0.01	0.02
風しん	0	±0		0.00	
ヘルパンギーナ	68	110%	福岡30、筑後29	0.57	0.32
麻しん	0	±0		0.00	
流行性耳下腺炎	114	88%	福岡84、北九州17	0.95	0.97
川崎病(MCLS)	8	±0	福岡6、筑後1	0.07	
マイコプラズマ肺炎	129	102%	北九州57、福岡43	1.08	1.46
クラミジア肺炎	0	±0		0.00	0.01
細菌性髄膜炎	0	±0		0.00	0.03
無菌性髄膜炎	1	-3	北九州1	0.01	0.05
急性脳炎	0	±0		0.00	
急性出血性結膜炎	0	±0		0.00	0.00
流行性角結膜炎	10	-13	福岡5、北九州3	0.38	0.87
性器クラミジア感染症	16	-3	福岡11、北九州3	0.43	
性器ヘルペス	5	-2	北九州3、福岡2	0.14	
尖圭コンジローマ	4	+1	福岡3、筑豊1	0.11	
淋菌感染症	8	-3	福岡5、北九州3	0.22	
梅 毒	1	+1	福岡1	0.03	

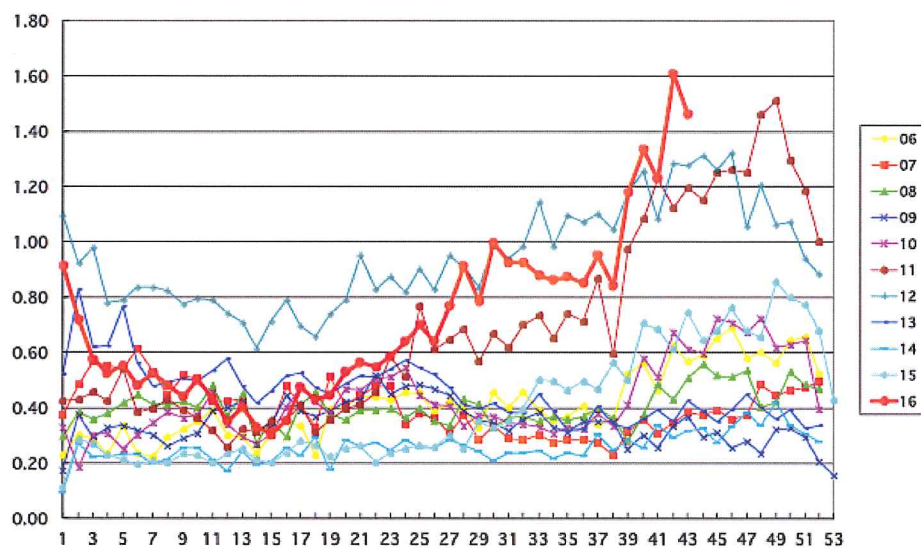
全国情報は平成28年43週分です。全国情報ではマイコプラズマ肺炎691、クラミジア肺炎4例。

平成28年第43週までの累計は、急性灰白髄炎0、結核19873(県内832)、コレラ9、細菌性赤痢106(県内3)、腸管出血性大腸菌感染症3233(今週80、県内今週6、計172)、腸チフス50(県内1)、パラチフス17、E型肝炎320、A型肝炎244(今週5、県内9)、オウム病4、ジカウイルス感染症9、SFTS53(県内2)、チクングニア熱13、つつが虫病110、デング熱309(県内5)、日本紅斑熱243、日本脳炎9(県内0)、マラリア44(県内1)、レジオネラ症1332、アメーバ赤痢951、ウイルス性肝炎237(県内14)、急性脳炎649(県内29)、クロイツフェルト・ヤコブ病148、劇症型溶レン菌感染症421(県内24)、後天性免疫不全症候群1208(県内77)、侵襲性インフルエンザ菌感染症252(県内7)、侵襲性髄膜炎菌感染症38、侵襲性肺炎球菌感染症2080(県内99)、水痘(入院)247(県内15)、先天性風しん症候群0、梅毒3684(県内83)、風しん113(今週2、県内3)、麻しん143(今週2、県内1)例。1類感染症の報告はない。

国立感染症研究所ホームページより

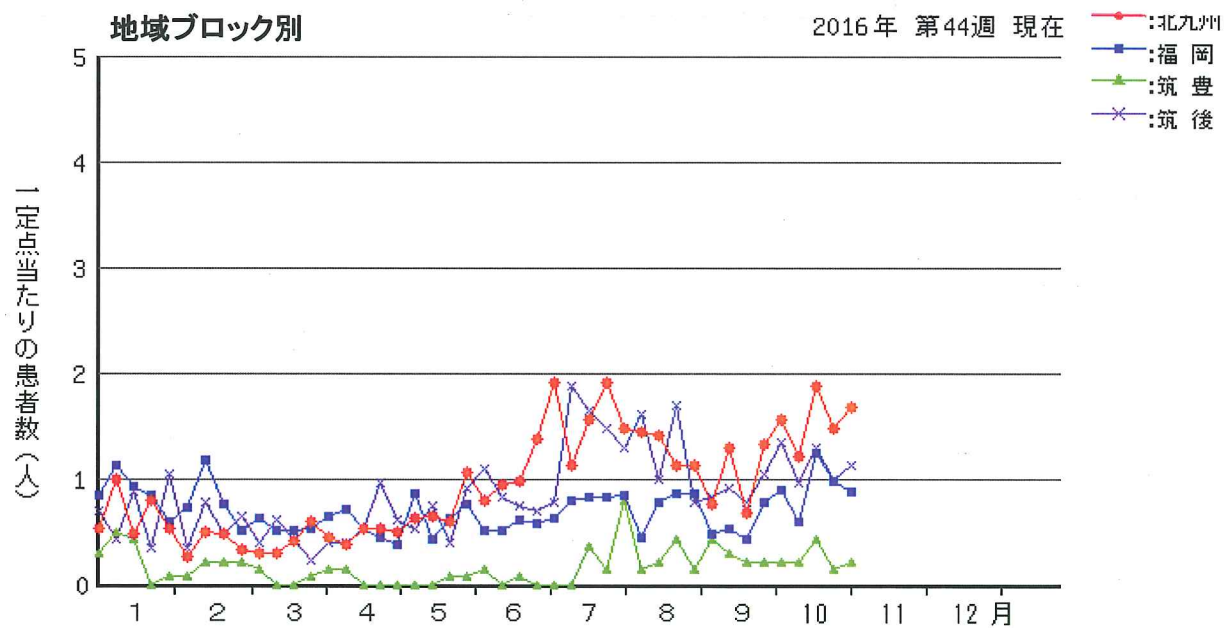
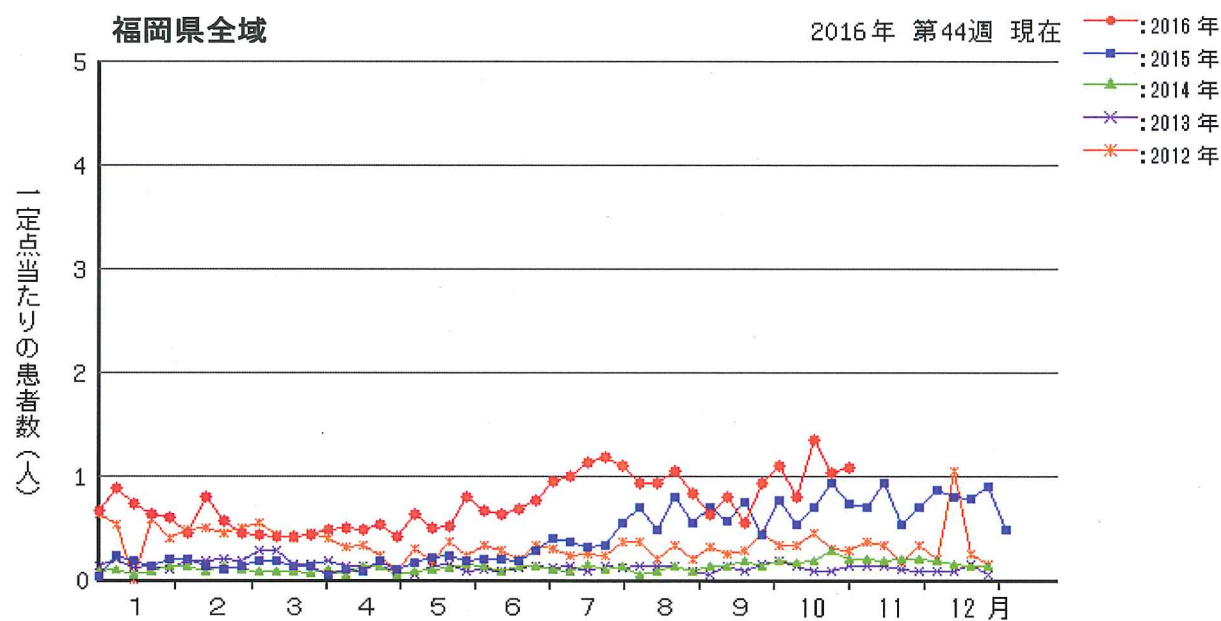
■ マイコプラズマ肺炎 Mycoplasma Pneumonia

Mycoplasma pneumonia cases reported per sentinel weekly [定点当たり報告数]



Copyright 1998 National Institute of Infectious Diseases, Japan

マイコプラズマ肺炎発生状況(速報値)(第44週 H28.10.31～H28.11.6現在)



マイコプラズマ肺炎とは

以前には、定型的な細菌性肺炎と違って重症感が少なく、胸部レ線像も異なる故に「異型肺炎」に分類されてきた肺炎群があり、その後、マイコプラズマ肺炎は「異型肺炎」の多くを占めるものであることが解った。近年「異型肺炎」の病名は使われなくなる傾向にある。

疫学

旧感染症発生動向調査では「異型肺炎」の発生動向調査が行われていたが、これにはマイコプラズマ肺炎以外にも、クラミジア肺炎やウイルス性肺炎などの疾患が含まれていた。1999年4月施行の感染症法により、マイコプラズマ肺炎として疾患特異的な発生動向調査を行う目的から、病原体診断を含んだ発生動向調査が行われることになった。

本疾患は通常通年性にみられ、普遍的な疾患であると考えられている。欧米において行われた罹患率調査のデータからは、報告によって差はあるものの、一般に年間で感受性人口の5～10%が罹患すると報告されている。本邦での感染症発生動向調査からは、晩秋から早春にかけて報告数が多くなり、罹患年齢は幼児期、学童期、青年期が中心である。病原体分離例でみると7～8歳にピークがある。本邦では従来4年周期でオリンピックのある年に流行を繰り返してきたが、近年この傾向は崩れつつあり、1984年と1988年に大きな流行があつて以降は大きな全国流行はない。

病原体

病原体は肺炎マイコプラズマ(*Mycoplasma pneumoniae*)であるが、これは自己増殖可能な最小の微生物で、生物学的には細菌に分類される。他の細菌と異なり細胞壁を持たないので、多形態性を示し、ペニシリン、セフェムなどの細胞壁合成阻害の抗菌薬には感受性がない。専用のマイコプラズマ培地上にて増殖可能であるが、日数がかかり(2～4週間)、操作もやや煩雑で、雑菌増殖による検査不能例も発生する。肺炎マイコプラズマは熱に弱く、界面活性剤によっても失活する。

感染様式は感染患者からの飛沫感染と接触感染によるが、濃厚接触が必要と考えられており、地域での感染拡大の速度は遅い。感染の拡大は通常閉鎖集団などではみられるが、学校などでの短時間での暴露による感染拡大の可能性は高くなく、友人間での濃厚接触によるものが重要とされている。病原体は侵入後、粘膜表面の細胞外で増殖を開始し、上気道、あるいは気管、気管支、細気管支、肺胞などの下気道の粘膜上皮を破壊する。特に気管支、細気管支の繊毛上皮の破壊が顕著で、粘膜の剥離、潰瘍を形成する。気道粘液への病原体の排出は初発症状発現前2～8日で見られるとされ、臨床症状発現時にピークとなり、高いレベルが約1週間続いたあと、4～6週間以上排出が続く。

感染により特異抗体が産生されるが、生涯続くものではなく徐々に減衰していくが、その期間は様々であり、再感染もよく見られる。

臨床症状

潜伏期は通常2～3週間で、初発症状は発熱、全身倦怠、頭痛などである。咳は初発症状出現後3～5日から始まることが多く、当初は乾性の咳であるが、経過に従い咳は徐々に強くなり、解熱後も長く続く(3～4週間)。特に年長児や青年では、後期には湿性の咳となることが多い。鼻炎症状は本疾患では典型的ではないが、幼児ではより頻繁に見られる。嚔声、耳痛、咽頭痛、消化器症状、そして胸痛は約25%で見られ、また、皮疹は報告により差があるが6～17%である。喘息様気管支炎を呈することは比較的多く、急性期には40%で喘鳴が認められ、また、3年後に肺機能を評価したところ、対照に比して有意に低下していたという報告もある。昔から「異型肺炎」として、肺炎にしては元気で一般状態も悪くないことが特徴であるとされてきたが、重症肺炎となることもあり、胸水貯留は珍しいものではない。

他に合併症としては、中耳炎、無菌性髄膜炎、脳炎、肝炎、膀胱炎、溶血性貧血、心筋炎、関節炎、ギラン・バレー症候群、スティーブンス・ジョンソン症候群など多彩なものが含まれる。

理学的所見では聴診上乾性ラ音が多い。まれに、胸部レ線に異常陰影があつても聴診上異常を認めない症例があり、胸部レ線検査が欠かせない。胸部レ線所見ではびまん性のスリガラス様間質性陰影が特徴とされてきたが、実際には多いものではなく、むしろウイルス性、真菌性、クラミジア性のものに多いと報告されている。マイコプラズマ肺炎確定例では、大葉性肺炎像、肺泡性陰影、間質性陰影、これらの混在など、多様なパターンをとることが知られている。血液検査所見では白血球数は正常もしくは増加し、赤沈は亢進、CRPは中等度以上の陽性を示し、AST、ALTの上昇を一過性にみとめることも多い。寒冷凝集反応は本疾患のほとんどで陽性に出るが、特異的なものではない。しかしながら、これが高ければマイコプラズマによる可能性が高いとされる。

病原診断

確定診断には、患者の咽頭拭い液、喀痰よりマイコプラズマを分離することであるが、適切な培地と経験があれば難しいことではない。しかしながら早くても1週間程度かかるため、通常の診断としては有用ではない。近年迅速診断としてPCR法が開発されており、臨床的に有用性が高いが、実施可能な施設は限られている。

臨床の現場では血清診断でなされることが多い。補体結合反応(CF)、間接赤血球凝集反応(IHA)にて、ペア血清で4倍以上の上昇を確認する。単一血清で診断するには、それぞれ64倍以上、320倍以上の抗体価が必要である。近年、粒子凝集法(PA)、蛍光抗体法(IF)あるいは酵素抗体法(ELISA)によるIgM、IgG抗体の検出も可能となっている。

治療・予防

抗菌薬による化学療法が基本であるが、ペニシリン系やセフェム系などのβ-ラクタム剤は効果がなく、マクロライド系やテトラサイクリン系、ニューキノロン系薬剤が用いられる。一般的には、マクロライド系のエリスロマイシン、クラリスロマイシンなどを第一選択とするが、学童期以降ではテトラサイクリン系のミノサイクリンも使用される。特異的な予防方法はなく、流行期には手洗い、うがいなどの一般的な予防方法の励行と、患者との濃厚な接触を避けることである。

感染症法における取り扱い(2012年7月更新)

定点報告対象(5類感染症)であり、指定届出機関(全国約500カ所の基幹定点医療機関※)は週毎に保健所に届け出なければならない。

※300人以上収容する施設を有する病院であって内科及び外科を標榜する病院(小児科医療と内科医療を提供しているもの)

届出基準はこちら

学校保健安全法における取り扱い(2012年3月30日現在)

明確には定められていないが、条件によっては、第3種の感染症の「その他の感染症」として、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまでの期間の出席停止の措置が必要と考えられる。

【文献】

- 1) Cherry JD. Mycoplasma and Ureaplasma infection. In Textbook of pediatric infectious diseases, 4th ed. WB Saunders, 1998. pp2259-2286
- 2) Anonymous. マイコプラズマ肺炎. 病原微生物検出情報月報19巻2号, 1998.

(国立感染症研究所感染症情報センター)

Copyright 1998 National Institute of Infectious Diseases, Japan

福岡県におけるインフルエンザ定点当たり報告数

2012～2013年:確定値

国立感染症研究所 感染症発生動向調査事業年報

「第8-2表 定点当たり報告数、週報定点把握対象疾患・性別・都道府県・週別」
からインフルエンザのデータを抜粋

2014年～2016年:速報値

	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
第35週	0.04	0.04	0.00	0.01	0.00
第36週	0.05	0.00	0.00	0.04	0.11
第37週	0.08	0.01	0.02	0.14	0.16
第38週	0.06	0.00	0.04	0.03	0.31
第39週	0.02	0.00	0.05	0.04	0.36
第40週	0.05	0.02	0.13	0.01	0.32
第41週	0.04	0.02	0.10	0.05	0.30
第42週	0.02	0.01	0.03	0.08	0.44
第43週	0.06	0.01	0.05	0.20	0.44
第44週	0.02	0.13	0.07	0.20	0.56
第45週	0.16	0.02	0.07	0.15	
第46週	0.12	0.03	0.19	0.16	
第47週	0.12	0.04	0.49	0.30	
第48週	0.28	0.29	0.59	0.36	
第49週	0.52	0.68	1.23	0.33	
第50週	1.28	0.92	4.69	0.39	
第51週	3.32	1.82	13.15	0.32	
第52週	4.99	2.88	35.79	0.48	
第53週	—	—	—	0.83	