



図1 新規日本人HIV感染者の年次別報告数

350/ μ L以上では治療は開始しない。200から350/ μ Lの間はウイルス量や患者の状態に応じて治療を検討する。選択する薬剤はKey drugと呼ばれる強力な抗ウイルス薬であるプロテアーゼ阻害薬、または非核酸系逆転写阻害薬とそれを補助する2剤の核酸系逆転写阻害薬の3剤で治療を行う。最近、抗HIV薬によるリポシトロフィー（脂質代謝異常や脂肪分布異常）や乳酸アシドーシス（核酸系逆転写阻害薬により体内に乳酸が増加し肝不全、膵炎、末梢神経障害などを起こす）などの長期服用後の副作用が問題となっており、以前よりは早期に開始しない傾向になっている。月に数回の飲み忘れでも耐性を獲得する可能性があり、治療開始前に治療の効果、副作用、内服の重要性などを十分に説明し服薬のアドヒアランス（患者が治療方針決定に参加し自らの決定に従って服用し、それを続けていく姿勢）を維持していくことが重要である。

抗HIV療法のガイドラインは頻繁に改訂されているので最新の詳細な情報は<http://www.aidsinfo.nih.gov/>を参照いただきたい。

インフルエンザウイルスと抗ウイルス薬

インフルエンザウイルスは、A、B、C型に分類されヒトに流行するのはAとBである。A型は抗原性が変化しやすく、大変異を起こし数年から数十年ごとに世界的流行を起こす。B型は大変異を起こさない。潜伏期は1～5日で悪寒戦慄を伴う急激な発熱（38℃以上の高熱）、頭痛、倦怠感、関節痛、筋肉痛などが突然現れ、咳・鼻汁などの上気道炎症状がこれに続き、約1週間の経過で軽快する。通常のかぜよりも症状が強いのが特徴である。高齢者や呼吸器、循環器疾患、糖尿病などの慢性疾患を持つ患者がインフルエンザに罹患すると原疾患が悪化するとともに、二次的な細菌性肺炎などの合併症を起こしやすく入院や死亡の危険が増加する。ま

た、小児では脳炎や脳症などの重症中枢神経系合併症が増加することが報告されている。インフルエンザ脳症の増加の原因として一部の非ステロイド系消炎鎮痛剤の使用との関連性が疑われているため、それらをインフルエンザ治療中には使用しない。また、アスピリンを投与するとまれにライ症候群を起こすことがありアスピリンの使用も原則禁忌である。診断は咽頭拭い液やうがい液からのウイルス分離や抗体検査であるが時間を要するため、ベッドサイドで迅速簡便に抗原診断が可能なキットが有用である。

治療はA型に対しては塩酸アマンタジンが使用されるがB型に無効である。最近開発されたノイラミダーゼ阻害薬(リン酸オセルタミビル、ザナミビル水和物)はA、B型とも有効で発症後48時間に投与すれば臨床症状が軽くなり、罹患期間を短くすることができる。ただし、1歳未満の乳児に対してのリン酸オセルタミビルの安全性が確立していないために1歳以上に使用する。アスピリンや非ステロイド系解熱薬の使用は禁忌で、解熱薬が必要なときはアセトアミノフェンを使用する。

予防にはインフルエンザワクチンの接種が有用でインフルエンザウイルスの感染やインフルエンザの発症を完全には防御できないが、重症化や合併症の発生を予防する効果は証明されている。特に高齢者、慢性呼吸器疾患、循環器疾患患者、免疫低下機能患者などのハイリスクグループ、医療従事者、慢性疾患患者の介護者、家族に背積極的な接種が奨められている。

輸入感染症で注目すべきもの

2001年9月の米国でのテロ事件の影響や2003年のSARSのアウトブレイクで海外旅行者は一時的に減ってしまったが、それまでは日本人の海外旅行者は年々増加し、2000年には1,819万人が海外に出ている。その主な旅行先は欧米や東南アジアが多くを占めているが、アフリカ、ラテンアメリカなどの熱帯、亜熱帯地域への渡航も増加している。旅行者や外国人の増加に伴い、海外で感染症に感染し、日本で発症するといった“輸入感染症”を診療する機会がさらに増えることが予想される。特に熱帯、亜熱帯地域からの帰国患者が発熱、下痢を主訴に来院されることが多い。

そのような患者の診療を行う場合は、渡航歴を聴取しその地域で流行している感染症をCDC (<http://www.cdc.gov/travel>) やWHO (<http://www.who.int/ith>) などの情報を参考に確認する。また、病歴を聴取するときは現地での活動状況や食物、水、湖や河に入ったか、カ、ダニ刺され、動物との接触歴、性交渉の有無などの感染のリスク、渡航前のワクチン接種やマラリア予防内服の有無を確認する。

発熱患者を診療するときは一般的な発熱の鑑別(急性上気道炎、肺炎、尿路感染症など)をするのはもちろんであるが、渡航地や潜伏期を参考に現地で流行している疾患を鑑別することが重要である。特に重要な発熱疾患はマラリア、腸チフスやデング熱、リケッチア疾患やレプトスピラ症である。マラリアとデング熱、腸チフ

スは症状（発熱，悪寒戦慄，頭痛）や検査異常（血小板減少，肝機能異常）が類似している。マラリアは治療が遅れると致命的になるのでマラリア流行地からの帰国患者はまず末梢血の塗抹検査，迅速診断キットを用いた抗原検査をまず行う。 Dengue熱は，潜伏期が短いので，帰国後すぐに突発する発熱，頭痛，その後の皮疹と血小板減少が特徴である。 Dengue出血熱になることはまれで大部分が保存的治療で回復する。腸チフスについては血液培養を繰り返し，患者状態が悪く腸チフスが疑わしいときは，血液培養の結果が出る前に治療を開始する。ダニの刺し口（Escar）を認める場合はリケッチア疾患を考えるが診断が難しいため，発熱の原因が分からずリケッチア疾患が除外できない場合はテトラサイクリンの投与を行うこともある。レプトスピラは河などでの水の接触歴があり，発熱，筋肉痛，頭痛，眼球結膜の充血などがある場合は疑う。

渡航者下痢症はどの地域でも罹患する可能性があり，必ずしも感染症が原因ではなく，食事や水や環境の変化などでも下痢をすることがある。軽症では保存的治療のみで回復する場合が多いが赤痢やコレラなどの細菌性腸炎やアメーバ性腸炎は重症化する可能性がある。発熱や血

便，テネズムスがあるときは赤痢やサルモネラ，アメーバ腸炎が，また水様性便が大量にある場合はコレラが疑われる。症状（発熱や血便がある場合）やバイタルサインの悪い場合は早期に抗菌薬（ニューキノロン剤など）を開始する。便の直接検査でアメーバの栄養体やシストを確認，あるいは抗アメーバ抗体が上昇している場合は赤痢アメーバの治療としてメトロニダゾールによる治療を行う。

抗マラリア薬などの日本で未認可の薬剤が必要な場合にはヒューマンサイエンス総合研究事業「熱帯病に対するオーファンドラッグ開発研究」班 <http://www.ims.u-tokyo.ac.jp/didai/orphan/index.html> を通じて入手することができる。

■参考文献

- 1) 厚生労働省エイズ動向委員会. 平成15年エイズ発生動向.
- 2) 青木真ほか編. わかりやすい微生物学・感染症学.
- 3) Guidelines for the Use of Antiretroviral in HIV infects Adults and Adolescents. March23, 2004.
- 4) Ryan,ET et al. Illness after international travel. N Engl J Med, 347 (7), 2002, 505-16.
- 5) 源河いくみ. 海外から帰国後の諸症状（発熱や下痢など）をどう診ればよいか教えてください. 治療増刊号, 2002, 271-4.