

Q 国内で接種されている麻疹ワクチンはどういうものですか。

A 国内で市販されている麻疹ワクチンに含まれているワクチン株(ワクチンウイルス)は、武田薬品工業のSchwarz-FF8株、北里研究所のAIK-C株、阪大微生物病研究会のCAM株、千葉県血清研究所のTD97株の4種類ですが、千葉県血清研究所が2002年9月に閉鎖されて以降は、武田薬品、北里研究所、阪大微研の3社が麻疹ワクチンを製造しています。これらのワクチン株をニワトリ胚培養細胞あるいはニワトリ胚初代培養細胞で培養して、ワクチンが製造されています。接種時には、ワクチンに添付されている溶解液(注射用水)0.7mlで溶解後、0.5ml(力価5,000TCID₅₀/0.5ml以上)を皮下接種します。また、1989年から1993年4月までの間、麻疹ワクチン定期予防接種時に、麻疹風疹おたふくかぜ混合ワクチン(measles-mumps-rubella; MMRワクチン)を選択しても良いことになっていましたが、おたふくかぜワクチンに由来した無菌性髄膜炎の多発により、国内でのMMRワクチンの接種は中止となり、現在に至っています。2006年4月から、予防接種法に基づく定期予防接種として、麻疹風疹混合ワクチン(measles-rubella; MRワクチン)が使用されていますが、現在、国内では、武田薬品工業と阪大微生物病研究会が上記のワクチン株を使用して、製造を行っています。

Q 麻疹ワクチンの定期予防接種方式は(定期、任意)。

A 2007年6月現在、予防接種法に基づく定期予防接種は、1歳児(第1期)および5歳以上7歳未満で小学校入学前1年間の者(第2期)がそれぞれ1回ずつ、2回接種を行うことになっていました。2008年4月1日から5年間の期限付きで、麻疹と風疹の定期予防接種対象が、現在の第1期、第2期に加え、第3期(中学1年生相当年齢)、第4期(高校3年生相当年齢)に拡大されます。接種対象年齢以外の方については任意接種となります。
<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/01.html>

Q 麻疹ワクチンの接種を希望すれば定期予防接種以外でも接種してもらえますか。

A 定期予防接種対象者以外で麻疹ワクチンの接種を希望する場合、0歳児以外は年齢に関係なく、任意接種として接種が可能です。0歳児の場合、生後6カ月未満の乳児には接種を行いません。生後6カ月以上1歳未満で接種を希望する場合は、麻疹流行時の緊急避難的な場合のみとし、接種に当たってはかかりつけ医にご相談ください。

Q 麻疹ワクチンを生後12ヵ月以前に接種してもよいですか。

A 生後4～6ヵ月で移行抗体はほぼ消失し、6ヵ月を過ぎると罹患の可能性がでてきます。したがって、流行地では生後9ヵ月からワクチンを接種している国もあります。日本でも任意接種として可能です。

Q 麻疹の予防接種は、どうして2回必要なのですか。

A 2回接種が必要な理由は3つあります。
(1)1回の接種で免疫がつかない子どもたち(数%存在すると考えられており、primary vaccine failure; PVFと呼びます)に免疫を与えること、
(2)1回の接種で免疫がついたにもかかわらず、その後の時間の経過とともにその免疫が減衰した(secondary vaccine failure; SVFと呼びます)子どもたちに再び刺激を与え、免疫を強固なものにすること、
(3)1回目に接種しそびれた子どもたちにもう一度、接種のチャンスを与えること、です。このような理由から2006年6月2日以降、麻疹および風疹に関して、2回接種法が導入されています。

■麻しんワクチンの有効性・安全性

Q 麻疹ワクチン接種後の副反応には、どのようなものがありますか。

A 麻疹ワクチンは生ワクチンですので、ワクチンの中に存在する弱毒化された麻疹ウイルスが体内で増殖する時期(接種後5～14日)を中心として、約5.4%に37.5℃以上38.5℃未満、約8.1%に38.5℃以上の発熱、約5.9%に麻疹様の発疹が見られます(厚生労働省予防接種後健康状況調査報告書)。そのほかに、接種部位の局所反応、熱性けいれん(約3,000人に1人)、じんましん等も見られますが、いずれも一過性です。脳炎脳症は100～150万人接種に1人以下、急性血小板減少性紫斑病は100万人接種に1人程度とされています。ワクチン接種後の亜急性硬化性全脳炎(SSPE)は極めてまれであり、麻疹ワクチン接種者100万人に1人とされています。

Q 麻疹ワクチンを再接種した場合、副反応が増強することはありますか。

A 再接種でも副反応は初回接種と同程度と考えられます。再接種で副反応が強くなるというデータはありません。

Q 卵アレルギーがありますが麻疹ワクチンは接種できますか。

A 極めて微量ですが麻疹ワクチンにはニワトリ胚細胞成分が含まれています。しかし、高度に精製されており、卵アレルギーがあってもアナフィラキシー反応など全身症状を示したことがなければ特に問題はなく接種が可能です。個別にはワクチン接種に際して接種医、かかりつけ医に相談してください。

Q 熱性痙攣や癲癇の既往がある子への麻疹ワクチン接種は可能ですか。

A 単純性熱性痙攣の場合には発作後、2ヵ月以上、複合型熱性痙攣では3ヵ月以上発作がなければ体調のよいときに接種することは可能です。個別ケースでは担当医に相談してください。

Q HIV感染者への麻疹ワクチン接種は可能ですか。

A HIV感染者が麻疹に罹患すると合併症により重症化する可能性があります。エイズ発症前であれば麻疹ワクチンの接種は可能です。

Q 授乳中に麻疹ワクチンを接種できますか。

A 母親の体内で増殖したワクチンウイルスが母乳に出る可能性はありますが、乳児の唾液や胃酸で不活化されると考えられます。また、もともとワクチンウイルスですので心配ないと思いますが、正確なデータがありません。

Q 麻疹ワクチンの接種で発生した著しい健康被害の救済制度はありますか。

A 定期接種の場合には予防接種法に基づく救済の対象になります。任意接種の場合には「医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法」により救済の対象となります。いずれの場合も副作用被害判定部会での審査を経た後、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金などが支給されます。

Q ワクチンよりも自然感染の方が強い免疫を得られると聞きました。むしろ自然に罹った方が良いのではないですか。

A 麻疹に罹患すると、臨床症状が重篤なだけでなく、Q1-[4]にあるような合併症を起こすことがあります。麻疹ワクチン接種後の副反応はQ3-[7]にあげたように、一過性のことが多く、自然感染による症状の重症化、合併症を併発するリスクの方が高い頻度で発生します。さらに、Q3-[6]にもありますように、1回接種で免疫がつかなかったPVFはワクチン接種者の5%未満と少なく、ワクチン接種後に自然感染のブースター効果を受けなかったことにより、免疫が減衰し、麻疹ウイルスに曝露されたときに修飾麻疹として発症するSVFも現在のところ、10-20%程度と推定されますので、1回の接種を受けたほとんどの方は、麻疹に対する免疫を獲得し、維持することができます。麻疹は、ワクチンで予防することが可能な疾患ですので、自然罹患で重症になったり、合併症を併発して後遺症を残したり、さらには死亡したりする方々が出ないようにすることが重要です。

■麻疹感染時の対応

Q 麻疹に罹ると学校には何時から登校できますか。

A 解熱後3日を経過するまで出席停止となりますが、麻疹は、学校保健法に基づく第二種学校伝染病に指定されており、学校をお休みしても、欠席扱いにはなりません。

Q ある生徒(もしくは児童)の保護者から医師から麻疹と診断されたとの連絡をうけました。学校として必要な対応は何でしょうか

A まず、校医・園医に相談の上、監督部署(市区町立の幼稚園・学校の場合は教育委員会、保育園の場合は福祉課等、私学の場合は私学振興室等)と、保健センター・保健所にご連絡ください。麻疹が施設内で広がる事を防ぐには、麻疹にかかった方を確実に隔離すること、麻疹に対する免疫のない周囲の方に、ワクチン接種などの対応を至急とることが必要です。なお国立感染症研究所感染症情報センターのホームページに、「保育所・幼稚園・学校等における麻疹患者発生時の対応マニュアル」が掲載されていますので合わせてご参照ください。<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/index.html>

Q 同じクラスに麻疹にかかった児童・生徒がいた場合、どのように指導したらよいでしょうか。

A まず子どもさんの母子手帳をみてもらい、麻疹にかかったことがあるか？もしくは麻疹ワクチン(MRワクチン、MMRワクチンを含む)をうけたことがあるかを確認してもらってください。麻疹にかかったことが確定であればまず心配はありませんが、麻疹ワクチンを受けたとの記録がある場合も含めて、今後2週間程度、毎朝、登校前に体温を測定することを指導すると良いでしょう。もし、37.5度以上の発熱がある場合は、学校へ連絡するとともに、医療機関を受診することを勧めます。医療機関を受診する際には、その子どもさんのクラスには麻疹を発症した人がいることを事前に電話連絡してから受診するよう、伝えてください。母子手帳に、麻疹にかかった記録がなく、しかも麻疹ワクチン(MRワクチン、MMRワクチンを含む)をうけた記載もない場合は、麻疹ワクチンの接種の件につき、なるべく早くかかりつけの医師などに相談するよう説明してください。

Q 保育園、幼稚園、学校における麻疹発生時の対応が決められているのはなぜですか。

A 麻疹は感染力が極めて強いので、周囲にいる麻疹に対する免疫のない人に感染を拡げてしまう恐れがありますので、周囲の方の免疫の状態を早急に確認し、適切な対応(Q4-[1])を迅速に取る必要があります。また、麻疹は重症化の可能性があり、大人に比べると小児は、麻疹に対する免疫がない人の割合が比較的高いことと、閉鎖された室内では、麻疹の感染が効率よく起こることが知られていますので、室内で集団生活を行っている保育園、幼稚園、学校等では特に注意が必要です。

Q 保育園の中で、麻疹と診断されたお子さんがいました。同室で保育をしていた0歳の園児の保護者に対しては、どのように指導したらよいでしょうか。

A まず、生後6カ月までの園児については、お母さんの麻疹ワクチン接種歴、麻疹罹患歴を確認してください。もし、いずれもない場合は、園児、お母さんともに麻疹に対する免疫を持っていないため、発症してしまう可能性があります。園医あるいはかかりつけの医師に速やかに相談するように指導してください。もし、生後6カ月までの園児で、お母さんに麻疹ワクチン接種歴あるいは麻疹罹患歴が有る場合は、園児は妊娠中にお母さんから麻疹に対する免疫をもらっていますので、罹る可能性は低くなります。生後6カ月以上の園児については、お母さんの麻疹ワクチン接種歴、麻疹罹患歴に関わらず、お母さんからの免疫は少なくなっています。0歳児は麻疹ワクチンの定期予防接種の対象ではありません(Q3-[5])が、このような状況では、接触後の麻疹ワクチン接種が発症予防に効果的である場合がありますので、園医あるいはかかりつけの医師に速やかに相談するように指導してください。

Q 大学で麻疹が流行しています。教育実習に行く場合、どのようなことに注意すれば良いでしょうか。

A 麻疹に対する十分な免疫を有さない者が麻疹患者と接触すれば、2週間以内に麻疹を発症する可能性は95%以上であると考えられています。麻疹流行の有無に関わらず、教育実習中に麻疹患者と接触する可能性、実習生が麻疹を発症することにより、実習先の学校の生徒や教職員にうつしてしまう可能性があることを考慮し、開始前までに、母子手帳等で、麻疹罹患歴ならびに予防接種歴の確認、できれば麻疹に対する免疫が十分にあるかどうかを、血液検査で確認することも一つの方法として挙げられます。もし確実な麻疹罹患歴がない場合、あるいは麻疹の発症を予防するのに十分な抗体がないと判断された場合は、麻疹ワクチンあるいは麻疹風疹混合ワクチンの接種を受けてから実習に参加することが望まれます。

通学中の大学で麻疹が流行しているような特別な状況下では、その学生が麻疹患者あるいは麻疹の疑いが強い者と接触したことが明らかであれば、その後2週間は(教育実習等を問わず)、毎朝検温をする等、発熱などの症状の出現についての自己観察を行う必要があります。麻疹の罹患歴がない(あるいは、はっきりしない)・麻疹に対する十分な免疫が確認できていない場合には、患者と接触して3日以内であれば麻疹ワクチンを接種することで発症を予防できる可能性がありますので、速やかに大学の担当者(保健センターなど)あるいは近くの医療機関にご相談ください。麻疹患者あるいは、疑われる患者と接触後は、少なくとも2週間、できれば3週間、実習への参加を見合わせることもやむをえないと考えられます。麻疹は空気感染の形態もとる(同じ空間を共有するだけで感染する)感染症です。学内で麻疹患者との接触を覚えていなくとも、学生が発熱などの体調の異常を自覚した場合には、速やかに大学担当者に連絡を取り、自己隔離や医療機関の受診、教育実習活動の延期など、必要な処置についてご相談下さい。発熱があるにも関わらず、解熱剤を服用しながら、実習に参加するといったことだけは、絶対に避けてください。

Q 学校等で、麻疹の終息宣言を出すには、何日間新たな患者発生がないことを確かめなければならないでしょうか。

A 麻疹の潜伏期間は約10-12日程度です。通常、この2倍程度の観察が必要とされています。園内、校内の新規麻疹患者の発生が迅速かつ確実に把握されていることを条件として、最後の麻疹患者と、園児・児童・生徒・職員との最終接触日から4週間新たな患者発生がなければ、終息宣言を考慮し、園医、校医、嘱託医、保健所等の専門家と相談の上、終息宣言の時期を決定します。詳細は、保育所、幼稚園、学校等における麻疹対応マニュアル(PDF)をご参照下さい。

麻疹は感染力が強い病気です。地域で麻疹患者の発生が続いている限りにおいては、いつまた、その施設への侵入を果たすかもしれません。重要なことは、施設に関係している者(児童・生徒・学生、教職員、その他職員、出来れば職員の家族に至るまで)について、麻疹の感受性者(麻疹への十分な抗体がなく、ウイルスに曝露されると感染・発症してしまう者)を、麻疹を含むワクチンの接種によって出来るだけ早期にゼロにすることです。感受性者は、過去の麻疹の確実な既往の確認、抗体検査によって知ることが出来ます。麻疹が発生した場合には、Q4-[1]などを参考にしつつ、残る感受性者を直ちに減らす方策をとられるようお願いいたします。

Q 医療機関の職員に対する麻疹対策はどのようにすればよいでしょうか。

A 麻疹が流行している、あるいは麻疹患者が来院してからとる対策も大切ですが、平常時から対策を取っておけば、そのようなときの対応が格段に楽になります。もっとも大切なことは、すべての職員の麻疹罹患歴と麻疹ワクチン接種歴を把握しておくことで、雇用時などにそれらの情報を入手しておきます。ただし、職員の記憶があいまいな場合や、ワクチン接種後の抗体価の低下によって麻疹に罹患するリスクをもつ人もありますので、理想的には雇用時あるいは雇用前、あるいは健康診断時などにB型肝炎の抗体検査と共に麻疹抗体価の検査を行なうことがすすめられます。

麻疹未罹患かつワクチン未接種、あるいは、麻疹抗体価検査により抗体陰性または抗体価が低いと判断された場合は、任意となりますがワクチン接種を勧めると良いでしょう。接種できない場合には、未接種未罹患者であることを健康記録として留めておくとい良いでしょう。

Q 外来での麻疹疑いの患者に対する対応はどの様にすればよいですか。

A 患者がこれから外来を受診する場合は、他の患者とスペースを共にしないよう、別室へ誘導します。すでに来院してしまった場合は、できるだけ速やかにそのような別室へ誘導します。またその患者は出来るだけ早く診察をするよう配慮する必要があります。

患者の対応にあたるスタッフは、麻疹抗体価検査によりすでに抗体陽性が確認されているか、麻疹に罹患したことが確実なものに限定します。麻疹は空気感染する疾患ですので、免疫がないスタッフが対応する場合には本人の防護のためにN95マスクあるいはそれ以上の性能のものを着用すべきですが、麻疹に対する免疫があることが確実なスタッフは特に防護はなくても対応可能です。ただし、他の疾患の可能性も考えた場合には、サージカルマスクの着用が推奨されます。

麻疹疑いの患者に対しては、麻疹の罹患に関する臨床的評価とウイルス学的診断のための検査(麻疹特異的IgM抗体の確認、ベア血清で麻疹特異的IgG抗体の陽転あるいは有意上昇の確認、咽頭ぬぐい液あるいは血液から麻疹ウイルスゲノムの検出、咽頭ぬぐい液あるいは血液から麻疹ウイルスの分離など)を行ないます。ウイルス検査のための検体を採取するスタッフは、最低でも手袋とサージカルマスクを着用します。麻疹罹患歴が確認できていないか抗体陽性が確認できていないスタッフが、麻疹患者と接してしまった場合の対応は、国立感染症研究所「医療機関での麻疹の対応について」(PDF)をご覧ください。

Q 大部屋に入院していた患者に麻疹が発生した場合、医療スタッフへの対応はどうすればよいでしょうか。

A 職員については、勤務の中止、あるいは麻疹感受性者とは確実に隔離することが求められます。もし、抗体陰性あるいは、不十分であることが判明した人が発熱を認めた場合は、速やかに麻疹の可能性を考えて、隔離体制とします。

詳細については、「医療機関での麻疹の対応について(PDF)」をご覧ください。

Q 麻疹の免疫があるかどうかわからない医療従事者が麻疹の患者と接触しました。どう対応すればよいですか。

A 麻疹患者と接触後3日以内であれば緊急ワクチン接種により発病を予防できる可能性があります。従って、その医療従事者に対して直ちに麻疹抗体価を検査し、抗体価が陰性または低力価陽性の場合には緊急ワクチン接種を考慮します。ただし、麻疹抗体価検査の結果を入手できるまでに日数を要する場合は、発病を予防できる可能性のある期間を逃さないために、抗体価検査を行わずにワクチン接種を行なった方が有利であると考えられます。また、接触後4日以上6日以内であれば免疫グロブリン製剤の注射という選択肢もあります。

そもそも、このような事態が発生することがないよう、職員は雇用時に麻疹抗体価を測定し、陰性あるいは、不十分な場合は、ワクチンを接種したのち、麻疹に対する抗体陽転を確認してから勤務につくべきでしょう。

■麻疹の海外での状況

Q 世界では何人くらい麻疹の患者さんが発生しているのでしょうか。

A 先進工業国では稀な疾患となりつつあり、南北アメリカ、中東、ヨーロッパの一部ではほぼ内在性の麻疹は排除されていますが、多くの途上国では依然として多数の発生があり、世界で毎年2000万人が発症し、2005年には世界で345,000人が麻疹で亡くなっていると推計されています。

[source]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>

Q 現在、麻疹が流行している国は、どのくらいあるのでしょうか。

A 2005年のデータでは世界177カ国で麻疹患者の報告がありますが、南北アメリカと多くの中東、ヨーロッパ諸国は、年間数例から2桁までの非常に少ない報告数にとどまっています。依然として多数の患者の報告があるのは、主にアジアとアフリカ諸国です。

[source]

http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencemea.htm

Q 米国や韓国では、どのようにして麻疹を国内から排除したのでしょうか。

A (ほとんどの先進国では、麻疹対策方針として麻疹を含むワクチン(主にMMRワクチン)の2回接種法がとられています。2回接種の理由は、1回の接種で免疫ができなかったものにも確実に免疫をつけるためと、1回目で免疫のついたものにはその免疫を増強するためです。現在麻疹の排除に成功している米国、カナダなどの1回接種から2回接種に至る歴史をみると、いずれの国も1回接種の予防接種率を上昇させたあと、ワクチン接種者を中心とした若年成人における麻疹の小流行が頻発し、2回接種を導入することにより完全に麻疹伝播を抑制できています。日本では2006年6月2日から麻疹と風疹ワクチンの2回接種制度が導入されましたが、2回目の接種率がまだ低いことが問題です。<http://idsc.nih.gov/ja/iasr/28/325/pr3252.html>)

Q WHOの麻疹の排除計画とは。日本の現状は。

A WHOは麻疹排除に向かう段階を3つに区分しています。

第1段階:麻疹患者の発生、死亡の減少を目指す制圧(control)期。

第2段階:全体の発生を低く抑えつつ集団発生を予防(outbreak prevention)期

最終段階:排除(elimination)期

現在、日本は中国、インド、その他の途上国とともに第1段階にあります。2012年までに予防接種率95%を実現して排除を目指しています。

4. 発疹

トップ	発疹のトップ	先天性風疹症候群	風しん	麻疹(はしか)	手足口病	伝染性紅斑(リンゴ病)	突発性発しん
-----	--------	----------	-----	---------	------	-------------	--------

感染症について知りたい!

先天性 風疹症候群	風しん	麻疹 (はしか)	手足口病
伝染性紅斑 (リンゴ病)	突発性発しん		

4-4 手足口病

<概要>

概要
◆ 手足口病


概要

Q&A

手足口病とは

手足口病は、疾患の名前のとおり、手、足及び口に発疹がでる病気です。英語でも、hand foot and mouth diseaseと呼ばれており、HFMDと省略されます。この病気は、幼児を中心に夏季に流行が見られます。原因は、ウイルスで、その種類は、コクサッキーA群ウイルス16型、同10型、エンテロウイルス71型などです。この病気が認識されたのは、1950年代後半で比較的歴史の新しいウイルス性発疹症です。

我が国では1967年頃から確認されています。最近では、1985年、1990年、1995年、2000年と5年おきに比較的大きな流行がみられており、それぞれの年に検出されたウイルスをみると、85年はコクサッキーウイルスA群16型、90年はエンテロウイルス71型、コクサッキーウイルスA群16型、同10型の混合流行、95年はコクサッキーウイルスA群16型、2000年はエンテロウイルス71型がそれぞれ流行の主流となっていました。



☑ サイトポリシー
☑ サイトマップ
Copyright (c) 2009-2010 NPOバイオメディカルサイエンス研究会 All Right Reserved.

<Q&A>

■ 疫学

Q 手足口病の症状はどのようなものですか。

A 手掌、足、口腔粘膜などに2～3mmの水疱性発疹が現れます。時には、肘、膝、臀部などにも出現することがあります。通常は、1週間程度で発疹が消滅します。発熱は患者さんの30%程度で見られますが軽度です。

Q 日本ではどの程度流行しているのですか。

A この病気は、比較的大きな流行が5年おきにみられます。また、その年によって主要な原因ウイルスが異なります。1年間に報告されます患者数は、インフルエンザと同規模です。

Q 世界的な流行はどのようなものですか。

A アジア地域では最近数年間に死亡例を伴った比較的大きな流行がみられ注目されました。1997年4～6月にマレーシアのサラワクではこの病気の大流行がみられ、急速な経過で死亡する例が30例以上も報告されました。

Q 流行に季節的な差はありますか。

A わが国における手足口病の流行ピークは夏季ですが、秋から冬にかけても多少の発生がみられます。

Q 感染者の年齢に差はありますか。

A この病気は、幼児を中心とした疾患ですので、2歳以下が半数を占めます。学童でも流行することがありますが、学童以上の年齢層の大半はこれらのウイルスに対する抗体をもっている場合が多いので発症することは多くありません。

Q 感染者に男女差はありますか。

A 性差に関する報告は見あたりません。

Q 生活環境中で感染源となるものは何ですか。

A 感染者の糞便、飛沫、水泡内容物及びこれらによって汚染された物品や場所も感染源となります。手足口病を起こすウイルスはインフルエンザウイルスに比べて環境中でも長期間にわたって生存します。

Q 手足口病の病原体は何ですか。

A 手足口病の病原体はウイルスです。この病気を起こす主なウイルスの種類は、コクサッキーウイルスA群16型、同10型、エンテロウイルス71型などの腸管系ウイルスです。

Q 病原体のヒトへの感染経路を教えてください。

A ウイルスの感染経路は、感染者の咽頭から排泄されるウイルスによる飛沫感染、糞便中に排泄されたウイルスによる経口感染、水泡内容物に存在するウイルスへの接触感染などがあります。

Q 手足口病の病原体に感染して発病するまでに期間はどの程度ですか。

A 潜伏期間はおおむね3～4日間です。

Q 病原体が体の中にいる期間は何日くらいですか。

A 感染者の糞便中へのウイルスの排泄は長期間にわたります。症状が消失した患者さんでも2～4週間にわたり感染源になる可能性があります。

Q 合併症はありますか。

- A** 稀には髄膜炎、小脳失調症、脳炎などの中枢神経系合併症の他、心筋炎、AFPなどを生ずることもありますが、一般的には、免疫機能が低下するなど特殊な場合を除いて予後は良好です。
しかし、エンテロウイルス71型による手足口病は、中枢神経系の合併症の発生率が他のウイルスに比較して高いとの報告があります。

Q 後遺症はあるのでしょうか。

- A** 手足口病は、基本的には予後が良好な疾患です。ごく少数例ですが、中枢神経系に浮腫や炎症がみられ、脳幹脳炎、急性脳炎と肺水腫などが認められています。

Q この病気にかかる割合はどの程度の比率ですか。

- A** 我が国では、幼児を中心に罹る代表的な疾患となっています。

Q この病気にかかって、死亡する率はどのくらいですか。

- A** 基本的にはポピュラーな軽症の疾患ですが、台湾では、1998年にエンテロウイルス71型による手足口病に関連する髄膜炎、脳炎、急性弛緩性麻痺などが相次ぎ、台湾全土で78例の死亡が確認されています。

■流行時の対応

Q 予防する薬はありますか。

- A** 病原体がウイルスですので特異的な予防薬はありません。

Q ワクチンはありますか。

- A** 手足口病の原因ウイルスに対するワクチンは開発されていません。

Q 手足口病の病原体を消毒する方法を教えてください。

- A** 一般的な消毒方法で対応できます。たとえば、加熱、塩素、オゾン、紫外線などです。

Q 日常生活において感染しないようにする方法を教えてください。

- A** 基本的な予防策としては、患者に近づかない、手洗いの励行などです。患者さんはもちろん、回復した人も、特に排便後の手洗いを徹底しましょう。

Q 居住地域で流行している場合、家庭ではどうしたらいいですか。

- A** 手洗いを励行しましょう。特に、外出から帰宅したとき、トイレの使用後、食事の前の手洗いは重要です。

Q 学区内で流行している場合、学校ではどうしたらいいでしょうか。

- A** 手洗いを励行することが最も大切です。特に、トイレの使用後、食事の前の手洗いは重要です。

Q 勤務している会社の付近で流行している場合はどうしましょうか。

A 手洗いを励行することが最も大切です。特に、トイレの使用後、食事の前の手洗いは重要です。

Q 流行している海外に渡航する際はどのような注意が必要ですか。

A 手洗いを励行しましょう。特に、トイレの使用後、食事の前の手洗いは重要です。

■感染時の対応

Q 病院における確定診断はどのようにして行うのですか。

A 病原体診断としてはウイルスの分離が重要です。その場合は、臨床材料として水疱内容物、咽頭拭い液、便、直腸拭い液などが用いられます。

Q 治療薬はありますか。

A 病原体はウイルスですので病原ウイルスに直接作用する治療薬はありません。抗生剤も無効ですので投与は意味がありません。

Q 治療法にはどのようなものがありますか。

A 特別な治療をしなくてもほとんどが自然に回復します。発疹にかゆみなどを伴うことは稀ですので、抗ヒスタミン剤の塗布を行うことはありますが、副腎皮質ステロイド剤などは使用しません。口腔内病変に対しては、刺激にならないよう柔らかめで薄味の食べ物を勧めますが、水分不足にならないようにすることが最も重要です。

Q おかしいなと思ったとき、どこの病院に行けばいいですか。

A 早めにかかりつけ医を受診しましょう。

Q 家族に感染者が出たらどうしたらいいですか。

A 家族内に感染が広まらないようにするためにも、マスクの着用、手洗いの励行が重要です。便からもウイルスが出ますのでお風呂の使用順番などにも気を配りましょう。

Q 学校で感染者が出たらどうしましょう。

A 手足口病は、学校保健法による学校で予防すべき伝染病には含まれていませんが、「条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる疾患」として扱われることがあり、発熱期や口腔内の水疱、潰瘍のため食事ができない期間は出席停止となる場合があります。

Q 勤務している会社で患者が出たらどうしましょうか。

A 特段の制限はありません。

Q 海外赴任中に感染したらどうしましょう。

A 特別な治療をしなくてもほとんどが自然に回復しますが、症状が長引くようでしたら受診しましょう。

■国・地方の対策

Q 感染が判明したとき法律上、対応しなければいけないことがありますか。

A 手足口病は感染症法による五類定点把握疾患に定められていますので、全国約3,000カ所の小児科定点より毎週患者数の報告がなされています。

Q 企業等に義務付けられていることはありますか。

A 特段の制限はありません。

Q 公的な対策マニュアル等があれば教えてください。

A 厚生労働省などからさまざまな感染症情報が出されていますので、最寄の保健所などに相談しましょう。

4. 発疹

トップ	発疹のトップ	先天性風疹症候群	風しん	麻しん(はしか)	手足口病	伝染性紅斑(リンゴ病)	突発性発しん
-----	--------	----------	-----	----------	------	-------------	--------

感染症について知りたい!

先天性 風疹症候群	風しん	麻しん (はしか)	手足口病
伝染性紅斑 (リンゴ病)	突発性発しん		

4-5 伝染性紅斑

<概要>

概要
● 伝染性紅斑(リンゴ病)

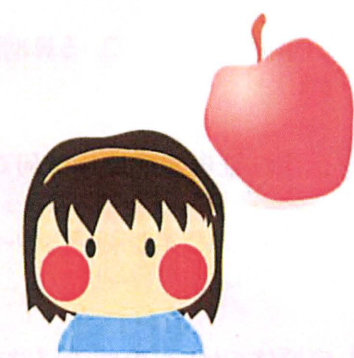
Q&A

伝染性紅斑(リンゴ病)とは

伝染性紅斑という疾患は、両方の頬が「りんごのように赤くなる」ことから「りんご病」とも呼ばれています。赤い斑点は、頬だけでなく太ももや腕にもできます。熱はほとんど出ませんが、頬はほてって、かゆくなることもあります。特に、太陽にあたったときやお風呂上がりなどはかゆみが強くなります。

この疾患の原因は長い間不明でしたが、1983年になってヒトパルボウイルスB19による可能性が指摘され、その後の研究によって確定しました。パルボウイルスB19といっても、パルボウイルスの血清型がBの19型であるという意味ではなく、ウイルスの名称が「パルボウイルスB19」ということです。

流行期は夏季にピークがあり好発年齢は5歳～10歳です。特段の治療を行わなくても自然に回復しますが、免疫力に問題がある方や慢性貧血症の方は関節炎や血液関係の合併症が起こる可能性がありますので注意しましょう。



[サイトポリシー](#)
[サイトマップ](#)
Copyright (c) 2009-2010 NPO ハイオメディカルサイエンス研究会 All Right Reserved.

<Q&A>

■疫学

Q 伝染性紅斑の症状はどのようなものですか。

A 頬に境界が鮮明な紅斑があらわれ、次いで上下肢にレース状・網目状・環状などと表現される発疹がみられます。まれには、胸腹背部にもこのような発疹が出現することがあります。発疹は通常1週間前後で消えます。

Q 日本ではどの程度流行しているのですか。

A わが国では、低年齢層を中心にほぼ5年ごとに流行がみられます。患者報告数が多い時期は夏季が中心ですが、定点医療機関あたりの平均患者報告数は多くても1人程度です。大人では30～60%の方が抗体を持っています。

Q 世界的な流行はどのようなものですか。

A 世界中で見られる感染症です。

Q 流行に季節的な差はありますか。

A 夏季を中心に患者数が増加します。流行が小さい年には、はっきりした季節性がみられないこともあります。

Q 感染者の年齢に差はありますか。

A 幼児から中学生くらいまでのお子さんに多い病気ですが、乳児や成人がかかることもあります。感染のピークは5歳～10歳です。

Q 感染者に男女差はありますか。

A 特段の性差は報告されていません。

Q 生活環境中で感染源となるものは何ですか。

A 病原体が混入している鼻咽頭の飛沫による感染が多いと言われています。稀には血液を介して感染することもあります。

Q 伝染性紅斑の病原体は何ですか。

A 病原体はウイルスです。ウイルスの種類は、バルボウイルスB19です。このウイルスは、ヒト以外には感染しません。

Q 病原体のヒトへの感染経路を教えてください。

A 通常は飛沫または接触感染ですが、ウイルス血症の時期に採取された輸血用血液による感染事例もあります。ただし、ウイルスが排泄されるのは、特徴的な発疹が出現するよりも1週間程度前までなので、伝染性紅斑の患者を隔離しても他者への感染予防にはなりません。

Q 伝染性紅斑の病原体に感染して発病するまでに期間はどの程度ですか。

A 潜伏期間については、さまざまな報告があり、4～20日間という幅があります。このことは、ウイルスに感染してから紅斑が出るまでの期間が一定しないということです。

Q 病原体が体の中にいる期間は何日くらいですか。

A 感染者からウイルスが排出されるのは、微熱やカゼ症状などの前駆症状が見られる時期です。すなわち、紅斑が出現する1週間くらい前が最も多くのウイルスが排出される期間です。従って、臨床症状から「リンゴ病」と診断された時点では他人に感染させることはありません。

Q 合併症はありますか。

- A** ほとんどの場合は、合併症を起こすこともなく自然に回復します。
慢性貧血症や免疫機能が低下したヒトがバルボウイルスB19に感染した場合は、まれに、関節痛、関節炎、脳症、溶血性貧血が起こることが知られています。また、妊婦が感染すると、流産、死産、胎児水腫などが起こることもあります。

Q 後遺症はあるのでしょうか。

- A** 一般的には、自然に回復し特段の後遺症も起こりません。但し、溶血性貧血の患者では血球減少を起こしたり、妊婦の場合には流産を起こすことがあります。

Q この病気にかかる割合はどの程度の比率ですか。

- A** 紅斑などの症状の出ない感染者もいますので、子供の頃にほとんどのヒトが感染していると考えられています。

Q この病気にかかって、死亡する率はどのくらいですか。

- A** わが国における感染症情報によると死亡報告例はありません。

■流行時の対応

Q 予防する薬はありますか。

- A** 予防薬はありません。

Q ワクチンがありますか。

- A** 現在のところワクチンはありません。しかし、一度感染したら、それが症状が出ない感染であっても、生涯免疫を獲得できますので再感染はないといわれています。

Q 伝染性紅斑の病原体を消毒する方法を教えてください。

- A** 一般的な消毒方法で有効です。たとえば、加熱、塩素などです。

Q 日常生活において感染しないようにする方法を教えてください。

- A** ウイルスが感染者の体外に排泄される期間は、紅斑が出る前ですので、感染者から他人に二次感染させることを防止することは事実上困難です。

Q 居住地域で流行している場合、家庭ではどうしたらいいですか。

- A** 妊婦さんは、最悪の場合流産に至ることもありますので感冒様症状のヒトに近づかないことが肝心です。一般的には、うがいや手洗いが予防のために有効です。

Q 学区内で流行している場合、学校ではどうしたらいいでしょうか。

A 紅斑が出た生徒は、その1週間ぐらい前からウイルスを排出していますので、ウイルス感染した生徒とおなじクラスでは10～60%の生徒が感染するともいわれています。
したがって、日頃から「手洗い」と「うがい」を励行するよう心掛けましょう。

Q 流行している海外に渡航する際はどのような注意が必要ですか。

A 子供のときにほとんどのヒトが罹る病気ですので、大人はほとんど感染しません。しかし、ウイルスを子供がいる家庭に持ち帰らないためにも「手洗い」は励行しましょう。

Q 勤務している会社の付近で流行している場合はどうしましょうか。

A 子供のときにほとんどのヒトが罹る病気ですので、大人はほとんど感染しません。しかし、ウイルスを子供がいる家庭に持ち帰らないためにも「手洗い」は励行しましょう。

■感染時の対応

Q 病院における確定診断はどのようにして行うのですか。

A 臨床的には特徴的な紅斑により診断します。臨床検査としては、血液中の抗体検査が主な診断方法です。詳しく説明しますと、発症前の血液と回復した後で採取した血液（ベア血清といいます。）を用いて抗体の上昇を確認するのが一般的です。ウイルス遺伝子を検査する方法もありますが、そもそも血液中にウイルスが存在する時期に本症を疑うこと自体が不可能なため実用的ではありません。

Q 治療薬はありますか。

A 特異的な治療法がありませんので対症療法のみです。

Q 治療法にはどのようなものがありますか。

A 一般的には自然に治りますが、かゆみが強いときは抗ヒスタミン薬が処方されたり、関節痛に対して鎮痛剤が使われることがあります。

Q おかしいなと思ったとき、どこの病院に行けばいいですか。

A 早めにかかりつけ医を受診しましょう。

Q 家族に感染者が出たらどうしたらいいですか。

A 家庭では、感染した人と接触した人の約50%が感染するといわれています。妊娠中の方がかかると、流産の原因になることも知られていますので注意が必要です。患者も周囲の人もよく手を洗い、タオルなどの共用は避けましょう。

Q 学校で感染者が出たらどうしましょう。

A 伝染性紅斑は学校において予防すべき伝染病の中には明確に規定はされていません。「学校長が学校医と相談をして第三種学校伝染病としての扱いをすることがあり得る病気」と解釈されます。通常の学校などでの対応のめやすとしては、発疹が現れたときにはすでに感染力はほとんどなくなっているため、発疹のみで全身状態の良いものについては登校が可能であると考えられています。

Q 勤務している会社で患者が出たらどうしましょうか。

A 子供のときにほとんどのヒトが罹る病気ですので、大人はほとんど感染しません。しかし、ウイルスを子供がいる家庭に持ち帰らないためにも「手洗い」は励行しましょう。

Q 海外赴任中に感染したらどうしましょう。

A 子供のときにほとんどのヒトが罹る病気ですので、大人はほとんど感染しません。しかし、ウイルスを子供がいる家庭に持ち帰らないためにも「手洗い」は励行しましょう。

■国・地方の対策

Q 感染が判明したとき、法律上対応しなければいけないことがありますか。

A 伝染性紅斑は感染症法によって五類定点把握疾患に定められていますので、全国約3,000カ所の小児科定点より毎週報告がなされています。

Q 企業等に義務付けられていることはありますか。

A 特段の義務はありません。

Q 公的な対策マニュアル等があれば教えてください。

A 厚生労働省などからさまざまな感染症情報が出されていますので、最寄の保健所などに相談しましょう。

4. 發疹<伝染性紅斑>

大塚 啓二 東京大学医学部皮膚科

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。発疹は通常、顔面から始まり、四肢に広がる。発疹はしばしば「手套状」または「靴型」の分布を示す。発疹は通常、発熱、頭痛、倦怠感などの症状を伴う。発疹は通常、数日から数週間持続する。発疹は通常、自覚症状を伴わず。発疹は通常、自覚症状を伴わず。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。発疹は通常、顔面から始まり、四肢に広がる。発疹はしばしば「手套状」または「靴型」の分布を示す。発疹は通常、発熱、頭痛、倦怠感などの症状を伴う。発疹は通常、数日から数週間持続する。発疹は通常、自覚症状を伴わず。

(Casper) は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。発疹は通常、顔面から始まり、四肢に広がる。発疹はしばしば「手套状」または「靴型」の分布を示す。発疹は通常、発熱、頭痛、倦怠感などの症状を伴う。発疹は通常、数日から数週間持続する。発疹は通常、自覚症状を伴わず。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。発疹は通常、顔面から始まり、四肢に広がる。発疹はしばしば「手套状」または「靴型」の分布を示す。発疹は通常、発熱、頭痛、倦怠感などの症状を伴う。発疹は通常、数日から数週間持続する。発疹は通常、自覚症状を伴わず。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。

伝染性紅斑は、人型支原体肺炎 (Mycoplasma hominis) による感染症で、特徴的な皮膚発疹を伴う。発疹は通常、顔面から始まり、四肢に広がる。発疹はしばしば「手套状」または「靴型」の分布を示す。発疹は通常、発熱、頭痛、倦怠感などの症状を伴う。発疹は通常、数日から数週間持続する。発疹は通常、自覚症状を伴わず。

4. 発疹

トップ	発疹のトップ	先天性風疹症候群	風しん	麻疹(はしか)	手足口病	伝染性紅斑(リンゴ病)	突発性発疹
-----	--------	----------	-----	---------	------	-------------	-------

感染症について知りたい!

先天性 風疹症候群	風しん	麻疹 (はしか)	手足口病
伝染性紅斑 (リンゴ病)	突発性発疹		

4-6 突発性発疹

<概要>


概要
●
突発性発疹

Q&A
▶

突発性発疹とは

突発性発疹は、生後1年までの赤ちゃんのほとんどがかかるといわれる一般的な病気で、生後初めての高熱は、そのほとんどが突発性発疹であるといわれるぐらいです。経過としては、3~4日間ほど40℃前後の高熱が続き、解熱とほぼ同時に全身に赤い発疹が出るのが特徴です。下痢を伴うこともあります。食欲があっても、機嫌も悪くないことが多く、咳や鼻水もあまり出ないのが普通です。発疹は2~3日で跡形もなく消え予後は一般に良好です。

突発性発疹は感染症法に基づいて、五類定点把握疾患に区分されています。この病気の原因はウイルスです。ウイルスの種類は、ヘルペスウイルスの6型がほとんどですが、7型による再感染もあるようです。原因はヘルペスウイルスだけでなく、コクサッキーウイルスやエコーウイルスによることもあります。



[サイトポリシー](#)
[サイトマップ](#)
Copyright (C) 2009-2010 NPOバイオメディカルサイエンス研究会 All Right Reserved.

<Q&A>

■疫学

Q 突発性発疹の症状はどのようなものですか。

A 突然38~40℃の熱が2~4日間ほど続きます。咳や鼻水はなく、高熱のわりに機嫌はあまり悪くないというのも特徴です。熱が下がった日か次の日に全身に発疹が出ます。発疹は2日位で消えてあとは残りません。

Q 日本ではどの程度流行しているのですか。

A 感染症法が施行された1999年以降、定点あたりの平均患者報告数は、30~40人程度で推移しています。大きな年次変動は認められていません。

Q 世界的な流行はどのようなものですか。

A ほとんどの国で確認されています。

Q 流行に季節的な差はありますか。

A 患者の発生状況には、季節的な差異もなく、毎週の定点当たりの患者報告数も年次による報告数もほとんど安定しています。

Q 感染者の年齢に差はありますか。

A この疾患は、生後1年未満の赤ちゃんに多くみられます。感染症発生動向調査によると、患者報告数の99%をこの年齢層で占めています。

Q 感染者に男女差はありますか。

A 特段性差はありません。

Q 生活環境中で感染源となるものは何ですか。

A ウイルスが含まれている患者さんの唾液の飛沫です。

Q 突発性発疹の病原体は何ですか。

A この病気の原因はウイルスです。その種類は、ヘルペスウイルス6型が最も多くなっています。ときには、ヘルペスウイルス7型やエコーウイルス18型、コクサッキーウイルスB群5型などによっても起こります。1910年にこの病気が報告されて以来、原因ウイルスは長い間不明でしたが、1988年になってヘルペスウイルス6型によるものであることが分かりました。

Q 病原体のヒトへの感染経路を教えてください。

A 患者さんの唾液の飛沫によって感染します。

Q 突発性発疹の病原体に感染して発病するまでに期間はどの程度ですか。

A 潜伏期間は、10～14日間程度と考えられています。

Q 病原体が体の中にいる期間は何日くらいですか。

A 初感染したウイルスは体内に潜伏しますので、断続的に唾液からウイルスが排泄されます。唾液中に排泄されたウイルスが経口的あるいは経気道的に他の乳幼児に感染すると考えられていますが、確証はありません。

Q 合併症はありますか。

A 日本の場合、患者の約10%に熱性痙攣の合併がみられますが、短時間で収まり後遺症は残りません。まれに、脳炎、脳症、劇症肝炎、血小板減少性紫斑病など重篤な合併症をおこすことがあります。一般に予後は良好です。

Q 後遺症はあるのでしょうか。

A 基本的には予後良好な疾患であり、特別な後遺症は残りません。