



平成 23 年 10 月 21 日 金曜日

奈良県感染症発生動向調査還元情報（週報）

奈良県感染症情報センター
(奈良県保健環境研究センター内)
Nara IDSC



● 今週の概要

- 今週の感染症情報
- 気になる話題 ～今年のRS ウイルス感染症～
- 保健環境研究センター10月日より ～今さら細菌性赤痢?～



(調査週) 平成 23 年 第 41 週 10月10日(月)～ 10月16日(日)

奈良県および二次医療圏別発生状況 (奈良県上位 5 疾患) (5 週前からの動向)

順位	疾患	定点当たり	奈良県	北 部	中 部	南 部
1	感染性胃腸炎	1.71	→～↑	→	→～↑	↑
2	手足口病	1.06	→～↓	→～↓	→	↓
3	RS ウイルス感染症	0.89	↑	↑↑	↓	↑↑
4	水痘	0.46	→	→	→	↑↑
5	A 群溶連菌咽頭炎	0.43	→～↑	↑↑	→～↓	↓

全県の動きと目立って異なる推移（定点当たりの変化程度で実数ではない）を太い矢印で示す。

★奈良市保健所管内で手足口病の警報が解除となりました（定点あたり1.86<終了基準値2.00）。

県北部地区概況 報告数は 99 例で、前週報告の 85 例からやや増加。上位 5 疾患は、①RS ウイルス感染症、②感染性胃腸炎、③手足口病、④A 群溶連菌咽頭炎、⑤突発性発疹＝水痘の順。RS ウイルス感染症の報告数（13→27 例）は、ほぼ倍増。A 群溶連菌咽頭炎の報告数（9 例）は、やや増加。水痘の報告数（6 例）も、やや増加。突発性発疹の報告数（6 例）も、やや増加。手足口病の報告数（29→16 例）は、ほぼ半減。感染性胃腸炎の報告数（19 例）は、やや減少郡山 HC 管内基幹定点から、マイコプラズマ肺炎が 1 例報告された。奈良市 HC および郡山 HC 両管内眼科定点からの報告はなかった。（村井 記）

県中部地区概況 報告数は 40 週の 78 例から、41 週は 93 例と増加した。上位の 5 疾患（40 週→41 週）は、①感染性胃腸炎（25 例→36 例）、②手足口病（14 例→20 例）、③咽頭結膜熱（11 例→8 例）、④水痘（10 例→7 例）、⑤突発性発疹（7 例→5 例）＝A 群溶連菌咽頭炎（4 例→5 例）の順であった。感染性胃腸炎が更に増加し 1 位、手足口病も増加し 2 位となった。RS ウイルス感染症は更に減少し 8 位（5 例→3 例）となった。インフルエンザの報告はなかった。基幹定点からは、葛城 HC よりマイコプラズマ肺炎 2 例の報告があった。眼科定点からの報告はなかった。（徳田 記）

県南部地区概況 報告数（第40週→第41週）は11例→15例と推移。報告のあった疾患は
 ①感染性胃腸炎（2例→5例）、②水痘（2例→3例）、③RSウイルス感染症（0例→1例）、
 ③A群溶連菌咽頭炎（1例→1例）、③手足口病（1例→1例）、③突発性発疹（3例→1例）、
 ③ヘルパンギーナ（2例→1例）、③流行性角結膜炎【眼科定点】（0例→1例）、③マイコ
 プラズマ肺炎【基幹定点】（0例→1例）であった。（柳生 記）

【気になる話題 ～今年のRSウイルス感染症～】

RSウイルス(Respiratory syncytial virus)は、特に乳児期において気を付けなくてはならない呼吸器系疾患ウイルスの一つです。生後数週間から数ヶ月に感染すると、肺炎や気管支炎を起こし重症化する危険性が高く、中耳炎を併発する例がよく見られます。大人も感染しますが、重症化することはまれです。

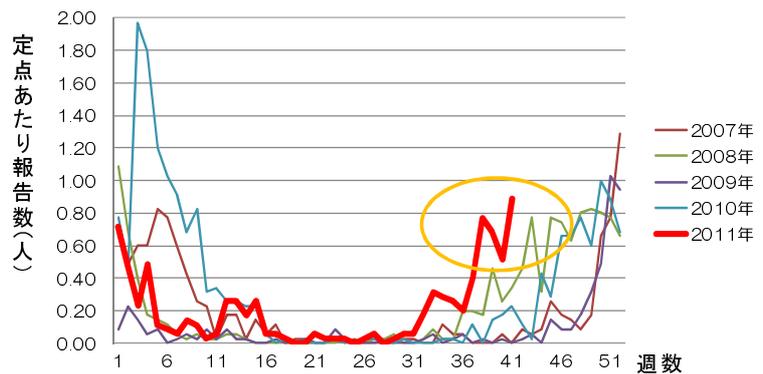


図1. 奈良県のRSウイルス感染症定点あたり報告数

グラフ（図1）は本県のRSウイルス感染症の報告数の推移を示すもので、今年は例年より早く8月ごろから報告数が立ち上がり始めました。これは全国的にも見られる傾向です。近畿各府県状況では、第41週（10/10～10/16）で滋賀県の報告数が1.19（全国値0.55、近畿圏0.59）となっており全国平均を大きく上回っています（図2左参照）。奈良県全体でも0.89とやや高値ですが、より詳細に観察すると奈良市保健所管内で3.00と著しく高く（図2右参照）、今後の中部、南部地域への影響には注意が必要です。

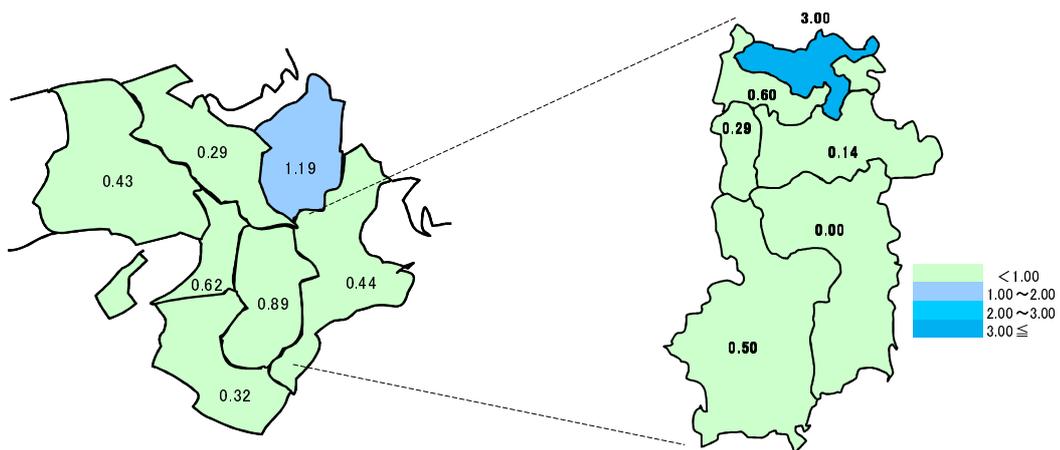


図2. 第41週のRSウイルス感染症定点あたり報告数（左：近畿各府県、右：奈良県詳細）

（感染症情報センター 記）

【保健環境研究センター10月だより ～今さら細菌性赤痢？～】

細菌性赤痢というと、遠い過去の感染症、または衛生管理の行き届いていない発展途上国の感染症と思われがちですが、そういうわけでもありません。国内で届けられる報告数は年間 200～500 例あり、奈良県においても、過去 5 年間に於いて 2008 年を除くと 2～3 例の報告がありました（図）。感染地域は、国外感染が国内感染よりも多く、奈良県での報告例も感染国がインドネシア、インド、シンガポールなどでした。しかし今年（2011 年）は国内での発生も多く、3 月には、福岡県の幼稚園で集団感染があり、また、9 月には東北地方 4 県にて同系列ファミリーレストランを原因施設とする集団食中毒事件がありましたので、既に 217 例の報告があります（2011 年 9 月 28 日現在）。

細菌性赤痢は、感染症法では 3 類感染症に指定されていますし、食品衛生法では食中毒事件の病因物質に追加されていますので、医師は速やかに保健所に報告する義務があります。

感染は、原因菌である赤痢菌に汚染された水・氷・食品などを摂取することにより起こります。1～3 日の潜伏期を経て、全身倦怠、急激な発熱の後、水溶性下痢や血便を伴う下痢などの症状が出現します。赤痢菌は、A 群（志賀）、B 群（フレキシネル）、C 群（ボイド）、D 群（ソッネ）と 4 種類に分けられ、国内では D 群による感染例が多く、7～8 割を占めています。D 群は軽度の下痢、または無症状で経過することもあり、上記のファミリーレストランでの食中毒で分離された菌もこの種類でした。治療には対症療法による全身状態の改善と、抗菌薬による除菌を図ります。

国内では、衛生状態の向上によって発症例は減っておりますが、衛生状態の悪い国への旅行の際は、生水、氷、生ものは避けることが、重要な予防方法となります。少ない菌量でも発症する危険がありますので、食中毒予防の 3 原則、「つけない、増やさない、やっつける」を心がけることも大切です。



図. 細菌性赤痢の発生状況推移(2006年～2010年)IDWR 資料抜粋

(細菌チーム 橋田 記)