

今週の話題：

<エボラ出血熱の流行、ウガンダ、2000年8月～2001年1月>

2000年10月8日、ウガンダ Gulu 地域 Lacor の聖マリア病院長と Gulu 地区の保健所医務官代理の両者から Kampala の厚生省に致命率の非常に高い熱性疾患の集団発生が報告された。症状は胃腸炎、頭痛、結膜炎と時折の出血である。同月10日に Lacor 病院に隔離病棟が設置され、15日に出血熱と確定された。この流行で分離されたウイルスはエボラ-スーダンであり、初期のエボラ スーダンとポリメラーゼ(362ヌクレオチド)とヌクレオキャプシッド(146ヌクレオチド)の蛋白質をコードしている遺伝子でそれぞれ3.3%、4.2%相当異なっていた。厚生大臣はWHOの国際規模の協力を要請した。

## \* 流行への介入：

エボラ出血熱の活動調査システムは、流行の規模・範囲を把握し、流行の中心を見極め疾患の早期発見を行うことから着手された。予防活動は21日間(最長潜在期間)の接触追跡調査、エボラ出血熱死亡者を埋葬するチームの訓練、地域教育、伝統的な治療活動と埋葬及び大規模な集会の中止、病院の感染コントロール対策の更新が目的とされた。

## \* サーベイランス：

活動サーベイランスシステムは症例報告を3つに分類(警告、疑い、可能性)していった。「警告」の分類は、突然の高熱、突然死、又は出血徴候のある個人について、移動チーム、周辺の医療ユニット、診療所や薬局への通達のための使用に限定された。「疑い」は移動チームと周辺の医療ユニット使用の用語で可能性のある症例を分類し、隔離が必要かどうかを決定するためのカテゴリーである。兆候のある全ての個人と説明不可能な死亡者の全例を含む。「可能性」の症例の定義は、医師による診断が行われたかという点を除いて「疑い」の分類と同じであった。検査で確定した症例は、エボラウイルス抗原もしくはエボラウイルス IgG 抗体が陽性であった。つまり「そうでない症例」はエボラに特異的な抗体もしくは抗原を持たないものであった。徴候なしで IgG 抗体が分離された個人は、症例には含まれなかった。

## \* 症例記載：

Gulu 病院に入院してエボラ出血熱と診断された62人の患者に共通した症状は下痢(66%)、脱力感(64%)、食欲不振(61%)、頭痛(63%)、吐き気と嘔吐(60%)、腹痛(55%)、胸痛(48%)であった。出血が見られた患者は20%であった。脱力感、食欲不振、咳、腹部右上の柔軟性、結膜の充血もしくは出血、丘疹性の発疹、歯肉出血などの徴候は有意( $p < 0.05$ )に他疾患の患者よりエボラの症例に共通していた。入院患者の累積的な致命率は58%で15歳未満での致命率はより高い(80%以上)。感染妊婦では流産が認められた。致命的な症例は一般に急速なショック進展、凝血の増加、意識消失を示した。

## \* 疫学：

2001年1月23日現在、エボラ出血熱の推定患者(425例)は3地域で見られた(地図1)。女性269人、男性156人で、死亡者数は224人であった(図1)。平均年齢は $27 \pm 16$ 歳で、感染者の20%は13歳未満であった。医療従事者の感染は29人に及んでいる。発症から死にいたるまでの平均日数は $8 \pm 5$ 日であった。2001年1月23日の時点で428人のエボラ出血熱患者が報告された。重要感染経路は葬式、多くの家族ケア提供者のいる患者、もしくは院内感染である。Gulu 地域における22人の医療従事者のうち、14人は隔離病棟が設立された後に感染した。2つの離れた地域に集中した流行はGulu から Mbarara または Masindi 地域へのエボラ出血熱症例との接触感染者の移動によって始まった。国の通達やサーベイランスの努力により、これらの流行中心地は早期に同定され効果的な封じ込めが行われた。

## \* 編集ノート：

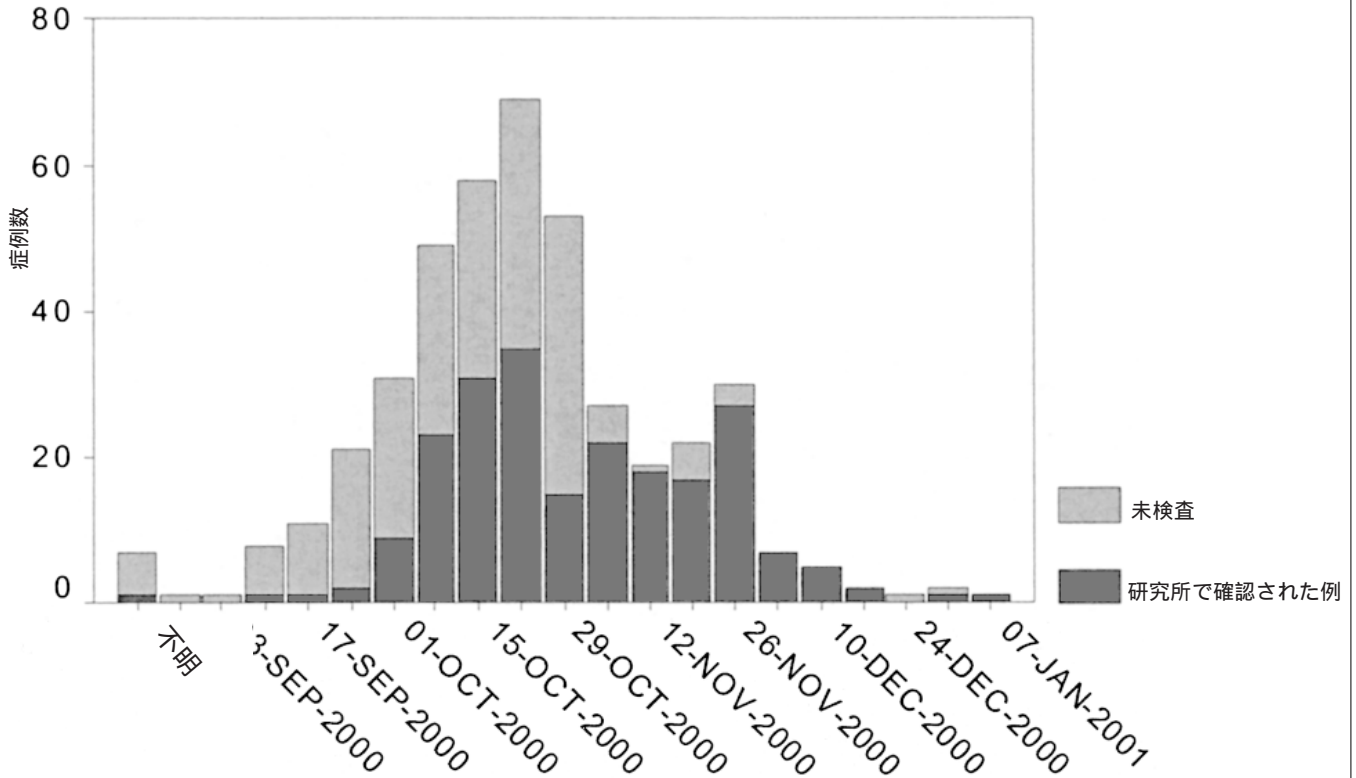
エボラ出血熱は Filoviridae 科エボラ属のウイルスが感染に関連している。自然界でこのウイルスを保有している動物は知られていない。最初の流行は1976年南スーダンで起きたが、今回のものが最大である。1979年には同一の場所で再びエボラ-スーダンが流行した。これらの流行の致命率は共に約50%であった。前の流行と同様に、今回の流行も地域や医療施設における伝染によって Gulu 自治体のウイルスの進入により始まったようだ。しかしこの流行の早期の症例は不明瞭であったため、ウイルスの宿主の追跡調査は制限されることとなった。

特別な隔離施設で防御された看護活動にも拘らず、医療従事者の感染が起きた。しかし地域での感染拡大を防ぐためには隔離施設はエボラ出血熱の集団発生を制御する最も効果的な唯一の方法である。

国の努力により集団発生の範囲は最小限に抑えられた。集団発生の間、Gulu 地区において約5600人以上が訓練を受けたボランティア150人以上によって21日間の監視下におかれた。この集団発生の状況を理解し、病院や地域で感染の危険因子を断定し、特定集団での抗体保有状況を決定し、今後の予防活動の向上のために感染のウイルス学的・臨床的パラメーターを調査することから始められ、また全国統合サーベイランスシステムにこのエボラ出血熱のように流行の可能性のある他の疾患についても報告を行い、その報告の頻度を増やしていく努力が進められている。

地図1：エボラ出血熱の集団発生、ウガンダ、2000年8月～2001年1月(WER参照)

表 1: エボラ出血熱症例数、ウガンダ



#### 流行ニュースの続報：＜インフルエンザ＞

ベルギー(2001年1月20日)<sup>1</sup>：流行はこの2週間で沈静化した。集団発生は地域レベルで報告されているのみである。分離されたウイルスはA型、サブタイプA(H1N1)であった。

中国(2001年1月22日)<sup>2</sup>：2～3の集団発生がこのシーズンに起こった。分離されたウイルスの70%はB型であった。

チェコ(2001年1月27日)：地域的な集団発生が報告された1月第3週にインフルエンザ様疾患は64%に増加した。A型を原因とするこの流行はこの週にピークをむかえ拡大の傾向を示した。

デンマーク(2001年1月29日)<sup>3</sup>：今シーズン最初の集団発生が1月の第4週目にあり、A型(H1N1)のインフルエンザによって引き起こされた。インフルエンザ様疾患の症例割合は流行条件に対する警戒域を超えた。

フィンランド(2001年1月29日)<sup>4</sup>：地方の集団発生が報告された地域は主に軍の訓練単位で10から15に増加したが、一般地域で集団発生している証拠はまだない。分離されたすべての種はA/ニューカレドニア20/99(H1N1)様株であった。

ドイツ(2001年1月20日)<sup>4</sup>：東地域でインフルエンザ様疾患が1月第3週に急激に増加し、その活動は地域レベルにまで及んだ。集団発生はA型(H1N1)に関連していたB型も散発的に分離された。

アイスランド(2001年1月20日)<sup>4</sup>：インフルエンザの集団発生が1月第3週目に認められた。A型とB型が分離された。

スロバキア(2001年1月26日)<sup>5</sup>：1月第3週目に、インフルエンザ活動はこの2、3日の間に8地域のうちの7つに影響を及ぼすほど広がりを見せた。集団発生はA型のインフルエンザによるものであった。

スイス(2001年1月27日)<sup>5</sup>活動がより活発になり、今や地域全体レベルとなった。主にA型、サブタイプA(H1N1)のものである。参照：<sup>1</sup>No.50,2000、p.416 <sup>2</sup>No.46,2000、p.376 <sup>3</sup>No.4,2001、p.32 <sup>4</sup>No.3,2001、p.24 <sup>5</sup>No.5,2001、p.40

#### 出版ニュース：「海外旅行と健康 予防接種の必要と健康アドバイス 2001年1月1日付け」

毎年1月に更新されるこのガイドは、海外旅行者の健康を守るために必要な医学的・個人的警告に対する当局のアドバイスを提供している。『International Travel and Health Vaccination requirements and health advice Situation as on 1 January 2001』2001年、108ページ(英語版およびフランス語版)(詳細はWER参照) (吉岡知美、矢田眞美子、宇賀昭二)