

今週の話題：

< SARS 症例の研究所の確認、中国南部 >

中国南部の広東省で、32才の男性が、2004年1月5日に研究所の確認試験により、SARS 症例と確認された。患者はテレビプロデューサーで、昨年12月20日以来、Guangzhou 内の病院で隔離治療を受けていた。2004年最初に確認された SARS 症例であり、2003年7月5日の SARS 最初の集団発生封じ込め宣言以降に起きた実験室事故と関係のない初めての症例である。実験室由来の症例は、去年の7月5日以降、9月にシンガポールと台湾、そして、12月に中国において確認された。

疑い例が最初に中国当局により報告された12月26日以降、広東省の症例はWHOのサポートのもと調査が行われてきた。当初、確証が得られず、WHO 認定研究所による SARS 陽性の確認が SARS 確定診断のために必要とされた。この確定診断は、香港大学とクイーンメリー病院で実施された。

しかし、この新たに確認された症例の感染源は不明瞭なままである。昨年の一連の調査により、SARS が中国南部の野生動物取引市場で売られた動物接触からおきた可能性が示唆されている。去年実施された研究ではハクビシを含む数種の動物種から SARS に似たウイルスが見つかった。患者の経歴の回顧調査では野生動物に接触した2002年11月半ばに広東省で発生した最初の数症例との関連があった。しかし、SARS コロナウイルス病原体保有動物はこれまで最終的に確認されていない。中国の疫学調査では今なおこの患者の野生動物または他の疑いのあるウイルス源への曝露が関連付けられていない。

中国当局は、症例の調査が進展するにつれて、いくつかの措置を導入した。患者は発病4日後の12月20日に入院して以来隔離治療されている。全ての接触者に追跡調査とフォローアップがなされた。全員が症状無しと報告され殆どが隔離から解放され、更なる伝播は起こらないと示唆している。追加症例の調査が広東省と他の省で強化された。1例の単独症例では SARS 警告や旅行と取引に関する制限を発令する根拠にはならない。中国当局の依頼を受け、WHO は今週、感染源を特定し、更なる症例を防ぐ研究を援助する為に追加チームを送る予定である。

SARS の最初の症例は2002年11月中旬に広東に発生し、2003年2月下旬に世界的に広まり始め、結果として27ヶ国774例の死亡を含む8,000例以上の症例を引き起こした。

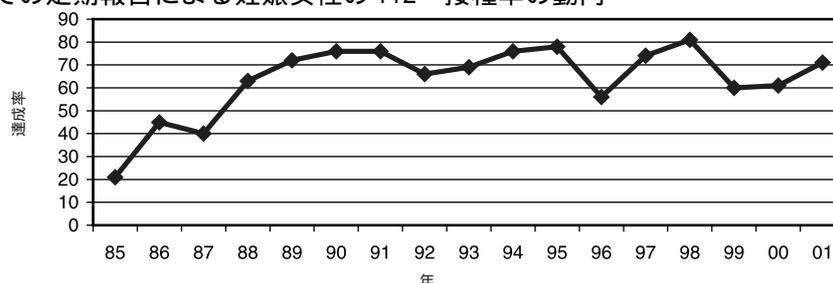
< マラウイでの新生児破傷風排除の評価 >

2002年3月、WHO と UNICEF の協力のもと、マラウイの保健人口省は各地区で母子破傷風(MNT)の排除を評価した(排除は1000回の出生(LBs)あたりの新生児破傷風(NT)の症例が1件未満と定義される)。評価に備えて、2001年10月に、地区レベルデータの初期調査が行われた。報告された新生児破傷風(NT)症例に関するデータ、病院または保健センターでの分娩(clean delivery、CD)の割合、妊婦管理(antenatal care、ANC)達成率、妊娠中および妊娠可能年令の女性への破傷風トキソイドの2回以上(TT2+)の接種率、および幼児のジフテリア-破傷風 百日咳の3回接種(DTP3)の達成率そして、DTP1-DTP3の未接種率が調査され、マラウイでMNT排除を達成したことを示した。(表1; 図1)

この主張を立証するため、MNT 排除がマラウイで達成されたという地区レベルのデータの再調査を基に、地域密着型の調査が集団サンプルにおける地区質的保証法により、最もリスクの高い3地区で行われた。この調査は、ナミビアとジンバブエを含む他国でMNT排除の評価に使用されている。最もリスクの高い地区でのNT発生率が排除レベルより下回れば、他の地域も排除されたとみなす。

1998年の人口調査に基づいた評価より、3地区から150の村が選択された。150集団のうち50集団が1000LBsの最初のサンプルをとるために選定された。最初のサンプルでNTが0だとNTが排除されたとし、4以上だと排除されていないとし、調査を中止する。1-3例が発見されたときは、更に2番目のサンプル(残り100集団の2000LBs)の調査を始める。結果は、マラウイではNTは排除されている事を示唆した。3地区の妊婦のTT及びTT2普及率は高い(92%-84%)。マラウイの女性は、妊娠中およびヘルスケアの期間に免疫プログラムを受けているが、NT排除の維持のためにも継続の必要がある。表1: NT排除の指標に対する管理データ値、マラウイ、2001年、表2: 3選択地区の管理データ概要、マラウイ、2001年、表3: 最もリスクの高い3地区の集団の特徴、マラウイ、2002年3月、表4: 最もリスクの高い地区のカード保持とTT接種率、地域別調査、マラウイ、2003年3月(全てWER参照)

図1: マラウイでの定期報告による妊娠女性のTT2+接種率の動向



< 勧告： TB/HIV 協力活動に関する暫定政策 >

1. 目的と目標： 政策の目的は結核と HIV 双方の患者の負担を減少する事である。TB/HIV 協力活動の目標は(i)結核と HIV/AIDS のプログラム間で協力し合う仕組みを確立すること、(ii)HIV/AIDS 患者内の結核罹患を減少させること、(iii)結核患者の HIV 罹患数を減少させること(表1)である。

表1：奨励された TB/HIV 協力活動 (WER 参照)

2. TB/HIV 協力活動に関する勧告：

A. 結核と HIV/AIDS プログラム間の協力体制の確立： A.1 国や地域、地方自治体等あらゆるレベルで効果的な活動を行う調整機関を設立する。 A.2 結核患者における HIV 流行の監視体制を確立する。 すなわち、HIV の有病率に関係なく結核患者内での HIV の監視を全ての国で行い、結核患者の中における HIV 有病率が不明の国は抗体調査を実施すること。広範囲に流行している国では、全結核患者に対し、HIV 検査やカウンセリングを実施し、また流行が集中している行政地区において HIV 検査、カウンセリングを全結核患者へ実施することが必要である。 A.3 TB/HIV 共同計画の実行 十分な資質をもつ人的資源の活用を行い TB/HIV 調整機関による社会資源流動化への協力推進が必要である。 TB/HIV の為の技術者を育成 共同トレーニング計画及びヘルスケア従事者の協力による継続医学教育として実施し、TB/HIV 協力活動の為に検査や試薬の供給、効果的な照会システムを確実にする必要がある。 TB/HIV の支持プログラムの相互交換及び人材の結集 TB/HIV の支持活動は、国や地域及び様々なレベルで実施し、結核と HIV/AIDS のプログラムは、相互交換と人材結集によって発展させる必要がある。また相互交流戦略により TB/HIV 相互の意志疎通の確保が必要である。 コミュニティの参画 TB/HIV 双方の予防とケア、支援サービスを確保し、サポートグループが参加地域の協力を得る必要がある。結核と HIV/AIDS のプログラムは、地域に密着した結核予防や HIV/AIDS 防止、その支援を充実し、コミュニティでの結核感染防止とケアサービスでは、HIV/AIDS 感染予防を同時に含む必要がある。 TB/HIV 協力活動を強化する戦略研究の実施 TB/HIV の協力活動を効果的に実行するために根拠となる戦略上の研究を実施する必要がある。 A.4 TB/HIV 協力活動のモニタリングと評価 TB/HIV のプログラムは基準とデータ収集双方の一致が必要で、さらに評価には WHO ガイドラインを基本に用いる必要がある。

B. HIV/AIDS 患者中の結核患者の減少： B.1 結核症例探索の確立 全 HIV 患者への結核症例の探索を簡易な質問などを用いて確立し、クリニックや病院で HIV/AIDS 患者の中の結核症例や、疑わしい結核症例を確認する必要がある。 B.2 イソニアジド予防薬治療 活動性結核が除去されれば、HIV/AIDS のプログラムは HIV/AIDS 患者のケアの一部としてイソニアジド予防薬治療を提供し、またそれらの情報は、HIV/AIDS 患者全員が利用できるようにする必要がある。 健康管理と集団における結核伝染制御の保証 結核伝染病制御のための計画が必要である。

C. 結核患者内での HIV の減少： C.1 HIV 検査とカウンセリングの提供 結核患者の中で HIV の流行が 5% を上回る場合、HIV テストとカウンセリングを全ての結核患者に実施する必要がある。 C.2 HIV 防止策 結核制御プログラムの開発、包括的な HIV 防止戦略の確立が必要である。妊娠による感染予防も必要である。 C.3 ST 合剤コトリモキサゾール(商品名バクタ)による予防的治療 C.4 HIV/エイズのケアと支援 結核に罹患した HIV/AIDS 患者への治療とサポート・サービスを備える必要がある。 C.5 抗レトロウイルス療法 結核患者の治療の適正基準に従い、抗レトロウイルス療法は、全ての HIV 陽性の結核患者に提供する必要がある。

3. TB/HIV 協働活動の開始レベルへの勧告：

カテゴリー の国(成人 HIV 有病率 1%以上、結核患者での HIV 有病率 5%以上)では表1の全ての対策をとる必要があり、カテゴリー 、 の国もそれぞれのレベルで対策をとるべきである。

流行ニュースの続報： < インフルエンザ >

主として 51 週目を中心に報告されている。ベルギー¹：A 型(H3N2)。カナダ²：A/Fujian/411/2002 様、A/Panama/2007/99 様、A/New Caledonia/20/99 (H1N1) 様、A 型(H1N2)。チェコ共和国²：A 型(H3N2)、A 型。フィンランド³：A 型(H3N2)、A/Fujian/411/2002 様。フランス³：A 型(H3N2)。ギリシャ⁴：A 型(H3N2)、A 型(H1N1)。イスラエル⁴：流行は高レベル。ラトビア⁴：流行は低レベル。メキシコ⁴：A 型。ノルウェー⁴：A 型(H3)(A/Fujian/411/2002 様) A 型(H1) (A/New Caledonia/20/99 様) ポルトガル³：A 型(H3N2) ロシア連邦³：A 型(H3N2) (A/Fujian/411/2002 様、A/Panama/2007/9 様) 。スペイン²：流行が減少。スイス³：A 型(H3) (A/Fujian/411/2002 様) 。ウクライナ²：A 型(H3N2)、A 型(H1N1)。アメリカ合衆国³：A 型(H1) (A/Panama/2007/99 様、A/Fujian/411/2002 様) A 型(H3N2)、B 型、A(H3N2)。

その他の報告：低レベルの流行がアルジェリア、オーストリア²、チリ³、クロアチア³、香港²、ハンガリー³、アイスランド³、日本²、マダガスカル⁵、セルビアとモンテネグロ²、スロベニア、タイ² で報告された。アルゼンチン⁶とポーランド³で流行は報告されていない。

参照：¹No. 4, 2003, p. 24. ²No. 50, 2003, p. 430-432. ³No. 51/52, 2003, p. 440. ⁴No. 49, 2003, p. 424. ⁵No. 46, 2003, p. 404.

⁶No. 48, 2003, p. 416

(上原映子、木村仁美、岡本玲子、石川雄一)