

流行ニュース：

<黄熱、ブルキナ・ファソ>

2004年11月24日、WHOはコートジボアールとマリの国境付近、国の南西部にある Cascades 地域の Sindou 地区での黄熱の集団発生の報告を受けた。10月10日に死亡した1症例は、Muraz センター（ブルキナ・ファソ）とパスツール研究所のダガール（ゼネガル）にある WHO 黄熱協同センターで確認された。WHO と保健省からのチームは、迅速に集団発生を調査し、追加の15の血液サンプルを得て、監視は強化されている。黄熱の集団予防接種活動は、次週、9ヶ月の子供の麻疹予防接種活動と一緒に Sindou 地区で行われる。

今週の話題：

<世界エイズデー、2004年12月1日>

女性・少女は、エイズ予防と治療および暴力からの保護を平等に受けなければならない。

2004年12月1日、世界エイズデーを記念して、WHOは各国がエイズ予防と治療サービスを平等に利用できるようにし、女性・少女の治療に対し国の特別な目標を設定するための対策を取ることを呼びかけた。目標は、HIVを患い、治療を必要とする男性、女性、子供の割合に合っていないなければならない。世界でHIVに感染している人々の47%が女性・少女であるにもかかわらず、現在、そのうち何人が治療を受けているかという情報がない。

世界エイズデーは、エイズが世界的に流行している原因の1つとして、女性・少女に対する暴力について訴える必要があることを強調した。ルワンダ、南アフリカおよびタンザニア共和国での研究において、暴力を受けた人は受けていない人と比べ、HIVの感染リスクが3倍も増大している。

女性・少女に対する暴力は、エイズコントロールの努力を無にし、エイズを増加させている。国連共同エイズ計画（UNAIDS）は、女性に対する暴力はどのレベルにおいても許されるべきではないと強調している。多くの女性は、HIVの情報を得ることや検査を受けること、また心理療法を求めることを妨害されている。

HIV/AIDS サービスと、家族計画、妊婦ケアのような性と生殖に関する健康サービスとの統合は、それぞれの異なるニーズに対応し、傷跡の軽減に役立つ。

プログラムは、薬価、利用者負担額、または、原価回収の経済原理が、いかに女性に悪影響を及ぼすかを考慮する必要がある。多くの国では、女性の収入は少なく、頻回の治療を受けることができない。当初の抗ウイルス薬無料提供は、治療プログラムを開始する女性の増加と、治療遵守率を改善することになるであろう。

WHO と UNAIDS は 2 通のドキュメントを発行した。その第 1 は政策概要であり、女性の HIV 治療とケアの利用に影響を及ぼす重要問題を概説し、女性の HIV サービス利用における男女不平等の影響に取り組むための活動を確認することである。第 2 は、倫理上のガイダンスと公平な女性の HIV 治療とケアを行うことである。

<エボラ出血熱、データ記述、2004年5月改訂>

エボラウイルスは、Filoviridae 科に属し、4つの異なる型(コートジボアール、スーダン、レストン、ザイル)がある。コートジボアール、コンゴ共和国およびスーダンで発生する3つの型は、ヒトへの感染を引き起こすと確認されている。エボラ出血熱(EHF)は、熱性の出血性疾患で50-90%の死亡率である。エボラレストン型のヒトへの感染は、大西洋で発見され無症候性で他の症状を伴わないとされている。エボラウイルスの自然界における保有宿主は、アフリカの熱帯雨林と西大西洋地域に生息するとされている。

* 感染：・エボラウイルスは感染者の血液、分泌物、体液などに直接接触することで感染する。・埋葬時、死者の遺体からも感染する。・エボラウイルスのヒトへの感染が、コートジボアール、コンゴ共和国、ガボンにおいて、感染したチンパンジー、ゴリラ、森林カモシカの取り扱いを通じて発生すると報告されている。・エボラレストン型はカニクイザルの取り扱いで感染が生じる。・医療従事者は、エボラ患者の治療の際に患者に接触し、感染することが多い。

* 潜伏期間：2-21日

* 症状：エボラは発熱、極度の衰弱、筋肉痛、頭痛、および咽頭痛の突発により起こる。嘔吐、下痢、発疹、腎機能、肝機能の低下、症例によっては内、外出血などの症状。検査により白血球数、血小板の減少が見られる。

* 診断：血液検体でウイルスの特異的な抗原や遺伝子を検出する。

* 治療とワクチン：・集中治療を必要とする重症例は、患者が頻回に脱水になるため、経口あるいは、静脈からの電解質を含んだ点滴が必要となる。・エボラ出血熱には、まだ有効なワクチンや治療がない。いくつかのワクチン候補が試験されているが、いずれも利用できるまでには数年かかるであろう。

新しい治療薬剤は、実験研究では有望であり、現在さらに改善されている。しかしながら、これも数年かかると思われる。・動物における高い免疫血清の使用に関する実験研究は、疾患に対する効果がないことを示している。

- * 汚染：・疑診症例は、他の患者から隔離する。・接触者の追跡と、患者との接触を通じエボラウイルスにさらされたかもしれない人々を追跡することが不可欠である。・病院職員すべてが疾患の特徴と感染ルートを知り、静脈ライン、血液の取り扱い、分泌物、カテーテル、吸引器具などの処置に使用した器材を厳重に取り扱う必要がある。病院職員は患者別のガウン、手袋、マスク、ゴーグルを使用する。廃棄不要の予防器具も滅菌がなされていない場合は再利用してはいけない。・エボラ患者が使用したリネンや衣類の接触により感染が広がるかもしれない。・エボラに感染したコミュニティは、人々が疾患の特徴や集団発生の抑制方法に関して十分に情報を得るようにしなければならない。
- * 接触：・ヒトからヒトへの最初の感染経路は、汚染した血液、体液、分泌物との接触であり、患者と直接接触をした者は厳重に監視する。1日2回の体温測定、発熱時は緊急入院とし、隔離する。・患者や汚染された器具と密接な接触のある病院スタッフは接触者と見なして、フォローする。
- * 歴史：エボラウイルスは、スーダンの西部の赤道付近とザイール（現在のコンゴ共和国）の近隣地域で1976年に初めて確認された。エボラウイルスが発見されて以来、1200以上の死亡例を含む約1850症例が報告されている（表1）。

表1：エボラ発生年表

年	国	ウイルス型	症例数	死亡数	致死率
1976	スーダン	エボラ-スーダン	284	151	53%
1976	ザイール	エボラ-ザイール	318	280	88%
1977	ザイール	エボラ-ザイール	1	1	100%
1979	スーダン	エボラ-スーダン	34	22	65%
1994	ガボン	エボラ-ザイール	52	31	60%
1994	コートジボアール	エボラ-コートジボアール	1	0	0%
1995	コンゴ民主共和国	エボラ-ザイール	315	254	81%
1996.1-4	ガボン	エボラ-ザイール	31	21	68%
1996.7-1997.1	ガボン	エボラ-ザイール	59	44	75%
1996	南アフリカ	エボラ-ザイール	1	1	100%
2000-2001	ウガンダ	エボラ-スーダン	425	224	53%
2001.10-2002.3	ガボン	エボラ-ザイール	65	53	82%
2001.10-2002.3	コンゴ共和国	エボラ-ザイール	59	44	75%
2002.12-2003.4	コンゴ共和国	エボラ-ザイール	143	128	89%
2003.11-12	コンゴ共和国	エボラ-ザイール	35	29	83%
2004.5	スーダン	エボラ-スーダン	17	7	41%
合計			1851	1290	

* 自然界における保有宿主：・多くの研究がなされているにも関わらず、エボラウイルスの自然界における保有宿主は知られていないが、大西洋とアフリカ大陸の熱帯雨林に存在すると思われる。・ヒトではない霊長類は、ヒトへの感染源であるが、保有宿主ではないと考えられている。それらは、ヒトのように自然界における保有宿主から直接感染するか、保有宿主からの伝播の鎖を通して感染するかが考えられている。・アフリカ大陸でのエボラ感染のヒトにおける症例は、ゴリラ、チンパンジー、猿、森林カモシカや熱帯雨林で死亡したヤマアラシとの直接感染に関連付けられた。これまでエボラウイルスは野生のチンパンジー（コートジボアールとコンゴ共和国で）、ゴリラ（ガボンとコンゴ共和国）、カモシカ（コンゴ共和国で）の死骸に見つかっている。・現在、エボラウイルスの自然界の保有宿主の性質を特定するための大規模な生態学研究がコンゴ共和国とガボンで進行している。

* 実験中の事故：1976年：Porton、英国、微生物学研究、針刺し事故、軽快。2004年4月：Fort Detrick、メリーランド（米国）針刺し事故、軽快。2004年5月：Koltsovo、ロシア、ウイルス学と生物学研究センター、針刺し事故、5月19日死亡。

（佐伯良子、塩谷英之、宇佐美眞）