

今週の話題：

< 旅行者に対する通達 >

ドミニカ共和国 マラリア予防勧告（更新）

低危険度のマラリア - 熱帯マラリア 型のみが、特に Castanuelas、Hondo Valle および Pepillo Salcedo のような西部地方にある村落地域で、年間を通して存在している。いかなる抗マラリア薬に対しても熱帯マラリア耐性の確証はない。危険地域で推奨された予防内服薬：クロロキン

* 注意：2004年12月17日のNo.51/52 (p.453)において、マラリアの集団発生は、2004年のハリケーンによって生じた復旧活動や環境衛生と関連して、観光地を含む La Altagracia (東部行政区) で報告された。この集団発生は、今は保健省により鎮圧されてきている。もはや、La Altagracia の観光地に滞在する観光客がマラリアの予防的薬学療法を使用する理由はない。旅行者のためのマラリア危険度に関するより一般的な情報としては、<http://www.who.int/ith/index.html> をご覧下さい。

流行ニュース：< 鳥インフルエンザ、ベトナム（更新¹） >

2005年3月11日、ベトナム保健省は、鳥インフルエンザ H5N1 型のヒトへの感染の更なる 10 例を確認した。これらの新しく報告された症例のうち 3 例は死亡した。

2004年12月中旬から検査で確認されたベトナムでの症例数は 24 例で、そのうち 13 例は死亡した。また、WHO は全 24 症例の発症日、転帰、行政区を一覧表にして発表する予定である。

* 2004年1月以降のヒトにおける全症例（全ての国で）:

H5N1 型での最初のヒトの感染例は、ベトナムとタイで 2004年1月に報告された。それ以来、あわせて 69 例が報告され、そのうち 46 例が死亡した。ヒトの症例は、次の 3 段階で発生していた：2004年1-3月(35例、うち24例死亡)、2004年8-10月(9例、うち8例死亡)、2004年12月から現在まで(25例、うち14例死亡)。現在の段階で、合計数にはカンボジアで死亡した単独症例を含めている。

鳥インフルエンザ A(H5N1) のヒトにおける確定症例の累積数、2004年1月28日 (WER 参照)

< 赤痢：疾患による健康負担、疫学、および症例管理 >

赤痢菌 1 型 (Sd1) は、疾病の重症度とその流行性のため、きわめて脅威を示す。Sd1 の流行は約 10 年間隔で起こる傾向がある。最近の数年間ほとんど集団発生が報告されていなかったが、問題が解決されたわけではなく、新たな発生が将来において生じないとはいえない。

現在まで、シプロフロキサシンとノルフロキサシンのようなフルオロキノロンは赤痢菌に対して有効であった。しかし、これらの抗生物質に対して耐性を示す Sd1 株を伴った発生が最近報告されている。細菌性赤痢に関するワークショップが、WHO、バングラディッシュ国際下痢性疾患研究センター (ICDDR,B) の保健人口調査センター、国際ワクチン研究所 (韓国); ダッカ (バングラディッシュ) ICDDR,B の米国国際開発局で 2004年2月16-18日に共同開催された。

* 疾患の健康負担：

アジアの細菌性赤痢の重荷は、1990年以後のアジア諸国の調査研究から推定された。アジアでの赤痢菌が原因の年間罹患数および死亡数は、それぞれ 9100 万と 41 万 4 000 人と推定された。また、サハラ以南のアフリカで過去 10 年にわたって細菌性赤痢の健康負担と Sd1 抗菌薬耐性の推移を推定しようとした。発生の第 1 波は、1993-1994年に五大湖領域で勃発した。西アフリカで最初に報告された Sd1 の流行は、1998年に Abidjan (コートジボアール) で発生した。11ヶ国から集められた監視データでは、発生率の中央値が 10.2/1000 集団/年の出血性下痢を報告した。アフリカの医療施設で見られる出血性下痢の症例数は、1年あたり 800 万以上に及ぶと算定されている。アジアや五大湖領域からの経験では、ナリジクス酸を過度に使用した 2、3 年以内に Sd1 が抵抗力を高めている。

* 赤痢菌の疫学と伝播の最新情報：

全体として、細菌性赤痢は雨季の前後で良く発生する傾向があり、赤痢菌のピークシーズンはコレラシーズンの 2-3 週間後のようなものである。Sd1 を伴う感染率は、10年のサイクルで続くようである。それぞれの新しいサイクルで流行菌株は、一般的に治療で使われた抗生物質に対する耐性を獲得するようである。最近、シプロフロキサシンや他の新しいキノロン類等に抵抗する Sd1 による赤痢の集団発生がバングラディッシュ、インド、ネパールで観察された。環境調査による新知見では、赤痢菌は周りの環境中の水サンプルから見つけることができる。

赤痢菌は通常、ヒトからヒトへ伝染する。赤痢菌の伝播を予防する方策は、手を清潔にする、水使用時の飲料水の殺菌を確実にしておくこと、安全な水の貯蔵を確実にすること、公衆衛生状態を改善する

こと、トイレ使用習慣の改善、適切なハエの駆除である。多くの研究において、石けんと水を使った手洗いが、下痢のリスクの大幅な減少に結びつくことを実証してきた。

また、赤痢菌ワクチンの必要性は緊急である。S. flexneri 2a に対しては SC602 と CVD1203、そして S. sonnei に対しては WRSS1 というワクチン候補は、赤痢菌株において免疫原性と有効性を示した。また、ワクチン候補は流行している地域の子供に対しての臨床試験で評価される必要がある。

* 細菌性赤痢の監視技術：

非自動性、嫌気性、栄養要求性のバクテリアで、大腸菌に類似し、しかも赤痢に関連しているものは、赤痢菌属のグループになる。識別には、血清型を必要とする。S. dysenteriae には 15 の血清型、S. flexneri には 6 つの血清型、S. boydii には 18 の血清型、S. sonnei には 1 つの血清型がある。

赤痢菌検出のための便や環境や食物の標本の処理方法は、他の菌種の混在や異種菌などの競合有機体存在のために異なっている。

* 細菌性赤痢の病態生理学と臨床管理：

細菌性赤痢に対する抗生物質の使用は有効であるが、抗菌療法には、地域で流布している赤痢菌菌株の抗菌への耐性パターンを知る必要がある。そして、ワークショップは、ナリジクス酸を赤痢菌感染の処置に用いないこと、シプロフロキサシンを細菌性赤痢のための第一線の処置に用いるよう勧告した。

* 結論：

細菌性赤痢に関する状況の再調査により WHO ガイドラインの改訂が行われた。

・赤痢の Sd1 集団発生だけに焦点を合わせるよりはむしろ赤痢の制御のためのガイドラインをすすめる。・予防方法の中で手洗いの実行に絞った介入の必要性。・ナリジクス酸は勧められず、フルオロキノロンが有効であること。患者は、さらに亜鉛補充も受けなければならない。

研究課題の優先順位

・手洗い実行の改善のための研究。・集団発生の地域調査と危険因子に関する研究。・患者管理の領域では、抗菌剤の研究が優先されるべきである。これには新薬の開発から、治療手順の適応、そして混合療法の開発と新しいパッケージングや紹介。・非抗菌剤（抗菌ペプチド）食事とビタミン A の役割の調査。・信頼性の高い迅速な診断検査法と良い増菌培地の開発は、診断と地域調査を改善するために緊急に対処されなければならない。環境における赤痢菌研究も実行されなければならない。DNA と無処理の菌株の運搬方法開発も菌種を運ぶ困難性の見地では必要である。

流行ニュースの続報： <インフルエンザ>

・オーストリア¹：流行は局所的であった。・ベラルーシ：流行は増加し、広範囲で報告された。・ベルギー¹：インフルエンザ様疾患（ILI）の全体の受診率がわずかに下降し、広範囲に A（H3N2）型が報告された。・ブルガリア²：流行は増加し、局所的であった。A（H1N1）型と A（H3N2）型の両方が分離された。・カナダ：広範囲な流行が 3 行政区で報告された。今週発見されたウイルス中 80%は A 型、20%は B 型であった。・クロアチア：ウイルス数は 7 週から増加し、B 型が優勢であった。・デンマーク¹：流行は局所的で、ILI 受診率は第 9 週目に増加した。・フィンランド¹：A（H3N2）型が増加し続け広範囲にわたった。・フランス¹：流行は局所化し減退した。・ドイツ¹：広範囲にわたる流行が報告された。・ギリシア¹：流行は第 7 週目から局所的で、A（H1N1）型と A（H3N2）型が第 9 週目に発見された。・香港¹：流行のわずかな増加が観察された。A（H3N2）型と B 型が共に流布していた。・イタリア¹：発生は下降し続けた。A 型と B 型が共に流布していた。・ラトビア²：全体的に流行が増加し、限局化している。・ノルウェー²：ILI 受診率は、有意に増加し、広範囲にわたっている。・ポーランド²：流行は下降し、限局化している。・ロシア連邦¹：流行は広範囲に及び、77.8%の地域で有病率が流行閾値を上回った。・スウェーデン²：A 型の活動が増加し、9 週間限局化した。・スイス：流行の低下が第 7 週目から観察されたが、第 9 週目には広範囲にわたった。・チュニジア²：流行は第 7 週目から中等度より低いままで、A（H3N2）型と A（H1N1）型が検出された。・ウクライナ¹：広範囲にわたる B 型の活動が報告された。・英国²：2 つの A 型の集団発生が、中央イングランドで報告された。全体の ILI 受診率は、ベースラインレベルであった。・アメリカ合衆国²：発生は低下し、全体の ILI 受診率は国のベースラインより上にあつた。肺炎やインフルエンザに起因する死者割合は流行時閾値を上回り、第 9 週目に、2 例の子供の死亡例が報告された。第 8 週目に発見されたウイルスの 73%が A 型で、27%が B 型であった。その他の報告：第 9 週目、次の国では、流行は低度であった。アルゼンチン¹（A 型）、ハンガリー¹（H3 型、H1 型、A 型、B 型）、イラン・イスラム共和国¹（H1 型、H3 型、B 型）、日本²（H3 型、B 型）、ポルトガル²（B 型）、スロベニア²（A 型、B 型）ブラジル¹では流行の報告はなかった。参照¹No.9,2005,p.84、²No.8,2005,pp.75-76（丸尾朝之、伊藤浩充、中園直樹）