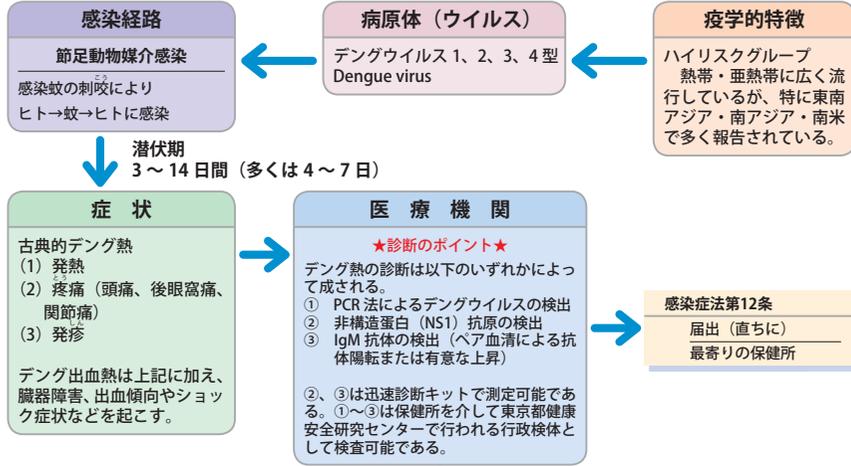


(22) デング熱 ……四類感染症

Dengue fever



治療 対症療法が中心となる。特異的治療法はない。発熱にはアセトアミノフェンなどの解熱剤（出血の危険があるため NSAIDs は禁忌である）。循環血液量低下に対してしっかりと補液を行う。血小板低下がほぼ全例にみられるが、明らかな出血症状がなければ輸血は不要である。

検査 ■検査材料：血液
 (1) 分離・同定による病原体の検出
 (2) PCR 法による病原体の遺伝子の検出
 ■検査材料：血液（血清又は全血）
 (3) 非構造蛋白抗原（NS1）の検出
 ■検査材料：血清
 (4) IgM 抗体の検出
 (5) 中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）

届出基準 診察あるいは検案した医師の判断により、ア 患者（確定例）
 症状や所見からデング熱が疑われ、上記検査によって病原体の診断がなされた場合
 なお、下記の4つの基準を全て満たした場合にはデング出血熱として届け出ること。

項目	内容
臨床症状	2～7日持続する発熱（時に二峰性のパターンをとる）
血管透過性の亢進	以下の血漿漏出症状のうち1つ以上 ・ヘマトクリットの上昇（補液なしで同性、同年代の者に比べ20%以上の上昇） ・ショック症状の存在 ・血清蛋白の低下あるいは、胸水又は腹水の存在
血小板の減少	100,000/m ³ 以下
出血傾向	以下の出血傾向のうち1つ以上 ・Tourniquet テスト陽性 ・点状出血、斑状出血あるいは紫斑 ・粘膜あるいは消化管出血、あるいは注射部位や他の部位からの出血 ・血便

イ 無症状病原体保有者
 臨床的症状は呈していないが、上記検査によって病原体の診断がされたもの。
 ウ 感染症死者の死体
 症状や所見からデング熱が疑われ、上記の検査によって病原体の診断がなされたもの。
 エ 感染症死亡疑いの死体
 症状、所見からデング熱で死亡したと疑われるもの。
 上記の場合は、感染症法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

資料編 377 ページ 写真 7

参考図書

- (1) Kutsuna S, Kato Y, Moi ML, et al. Autochthonous dengue fever, Tokyo, Japan, 2014. Emerg Infect Dis. 2015 Mar;21(3):517-20.
- (2) Kutsuna S, Hayakawa K, Kato Y, et al. The usefulness of serum C-reactive protein and total bilirubin levels for distinguishing between dengue fever and malaria in returned travelers. Am J Trop Med Hyg. 2014 Mar;90(3):444-8.

参考図書

- (3) Simmons CP, Farrar JJ, Nguyen vV, Willis B. Dengue. N Engl J Med. 2012 Apr 12;366(15):1423-32.

発生状況 熱帯・亜熱帯地方（特にアジア・オセアニア・中南米）に広く分布する。近年はアフリカでもアウトブレイクがみられている。2014年には代々木公園を中心に162例の国内感染例が報告された。

臨床症状 発熱、頭痛（後眼窩痛）、筋肉・関節痛、全身倦怠感が主症状である。上気道症状（咽頭痛など）、消化器症状（嘔吐・下痢など）を呈することもある。
 発熱は5～7日続くことが多い。解熱する前後の時期に発疹を伴うことも多い。出血傾向や血圧低下・ショックを示す重症例もある。

検査所見 血液検査での特徴として白血球および血小板の減少がみられる。AST、ALT、LDH 値上昇がみられることもある。マラリアや腸チフスなどの他の輸入感染症と比べてCRP があまり高くならない（2.4mg/dl 以下が多い）。
 確定診断は、NS1 抗原、血清デングウイルス抗体価（IgM/IgG）、PCR 検査などにより行われる。発症1～5日目ではNS1 抗原、PCR 検査が陽性となり、約4日目以降ではIgM が、約7日目以降ではIgM が陽性となる。
 NS1 抗原、デングウイルス抗体価（IgM/IgG）はデング熱迅速診断キットで測定可能である。保健所を介して東京都健康安全研究センターで行われる行政検として検査可能である。

病原体 フラビウイルス科デングウイルス（Dengue virus）。DEN-1、DEN-2、DEN-3、DEN-4 の4型がある。エンベロープをもつRNA ウイルス（フラビウイルス科フラビウイルス属）
 ネットアイシマカ・ヒトスジシマカなどが媒介する。昼間の活動性が高い。
 デング出血熱は、血清型の異なるウイルスによる再感染でリスクが高くなるが、初回の感染であって起こりうる。

感染経路 蚊の刺咬によりヒト→蚊→ヒトと感染する。
 同一血清型（1～4）のデングウイルスについては、各々に免疫が成立するが、異なる血清型のウイルスによる再感染では初回よりも重症化するリスクが高くなる。

潜伏期 潜伏期は3～14日、多くは4～7日。

行政対応 診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届け出る。

拡大防止 流行地での予防には、肌の露出を少なくし、除虫剤を適宜使用するなど、蚊に刺されないように注意する。

治療方針 対症療法が中心となる。
 発熱にはアセトアミノフェンなどの解熱剤（出血の危険があるため NSAIDs は禁忌である）。循環血液量低下に対してしっかりと補液を行う。血小板低下がほぼ全例にみられるが、明らかな出血症状がなければ輸血は不要である。デング出血熱やデングショック症候群では集中治療を要する。