（25）日本紅斑熱（はん）　……四類感染症

Japanese spotted fever

感染経路
経皮感染
感染マダニの刺咬（こう）

病原体（リッチケア）
日本紅斑熱リケッチア
Rickettsia japonica

疫学的特徴
ハイリスクグループ
流行地（関東地方以南の西日本各地）の野山へ立ち入ったもの

潜伏期
2～8日

症　状
（1）突然の高熱
（2）全身倦怠感
（3）関節痛
（4）刺し口
（5）紅斑

医　療　機　関
★診断のポイント★
確定診断はリケッチアの分離又は、血清抗体価の上昇
・流行地への旅行歴、野外活動歴
・悪寒戦りつをともなう高熱
・四肢体幹の紅斑
・刺し口の証明
・全身のリンパ節腫脹を認めない

感染症法第12条
届出（直ちに）
最寄りの保健所

治療
ミノサイクリン　200mg / 日　分２　経口投与　14 日
ドキシサイクリン　200mg / 日　分２　経口投与　14 日
重症例にはミノサイクリンの点滴静注を行う。テトラサイクリンを投与できない場合には、ニューキノロン系抗菌薬を選択。β - ラクタム系、アミノグリコシド系抗生物質は無効

検査
■検査材料：血液、病理組織
（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：血清
（3）間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出（IgM 抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しく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）
　症状や所見から日本紅斑熱が疑われ、上記の検査によって病原体の診断がされたもの。
イ　無症状病原体保有者
　臨床的特徴を呈していないが、上記の検査により、病原体の診断がされたもの。
ウ　感染症死亡者の死体
　症状や所見から日本紅斑熱が疑われ、上記の検査によって病原体の診断がされたもの。
エ　感染症死亡疑い者の死体
　症状や所見から、日本紅斑熱により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。

参考図書

（1）馬原文彦ほかわが国初の紅斑熱リケッチア感染症　感染症学雑誌 59：1165-1172 1985
（2）成田博実ほか：宮崎県の紅斑熱リケッチア症　つつが虫病との臨床的鑑別点について　西日皮膚　50:853-861，1988

発生状況
昭和 59 年に新たに徳島県で発見。世界各地域に存在する紅斑熱群リケッチア症の一つ。
4 ～ 11 月にかけて、九州、四国、中国地方などの西日本南部、さらに近畿、中部、関東地方の温暖な地域に報告が多い。夏から秋にかけて多い。

臨床症状
高熱、発疹、刺し口が 3 徴候である。つつが虫病との鑑別が重要。
発症は潜伏期の後、高熱と共に小豆大の紅斑が四肢に多数出現する。掻痒（そうよう）感、疼痛がないのが特徴。発疹は速やかに全身に広がるが、体幹部よりは四肢末梢部に多い傾向にある。3 ～ 4 日目をピークとして 2 週間ほどで消退する。手掌部への紅斑の出現は本症に特徴的、つつが虫病と異なり全身のリンパ節腫脹は認めないことが多い。

検査所見
血小板減少、CRP 陽性、肝機能異常などが認められる。白血球数は軽度増多又は減少、核の左方移動が著明。重症例では播（は）種性血管内凝固症候群、多臓器不全の所見を示す。
Weil-Felix 反応　OX- 2 価上昇（陰性例も認められる。）

病 原 体
日本紅斑熱リケッチア
Rickettsia japonica

感染経路
感染マダニの刺咬により感染。ヒト→ヒト感染はない。

潜 伏 期
2 ～ 8 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
山野に入る際には、肌の露出を少なくし，除虫剤を適宜使用する。皮膚に付着したダニは潰さないように注意して直ちに取り除く。子供の頭部や頸部、犬などの動物の皮膚のダニも見落とさないこと。
感染者が多く見られる山野については、必要な場合以外には立ち入らない。また、保健所は必要に応じて情報を提供する。

治療方針
本症が強く疑われる場合には、診断確定を待たずに早期にテトラサイクリン系抗生物質を開始する。テトラサイクリン系抗生物質の投与ができない症例に対しては、ニューキノロン剤の投与を検討する。最重症例ではテトラサイクリン系抗生物質とニューキノロン剤の併用療法を行う。抗生物質投与に対し、速やかに全身状態が改善することが多い。一般的に本疾患は予後良好だが、治療開始が遅れた場合に血小板減少から播種性血管内凝固症候群、多臓器不全などによる死亡例の報告もある。