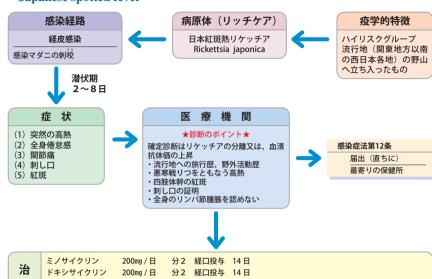
# (25) 日本紅斑熱

## ……四類感染症

## Japanese spotted fever



検

届

出

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
- 查
  - (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)

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。

#### 卷老図書

- (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
- (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。発痒感、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。手掌部への紅班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。

202