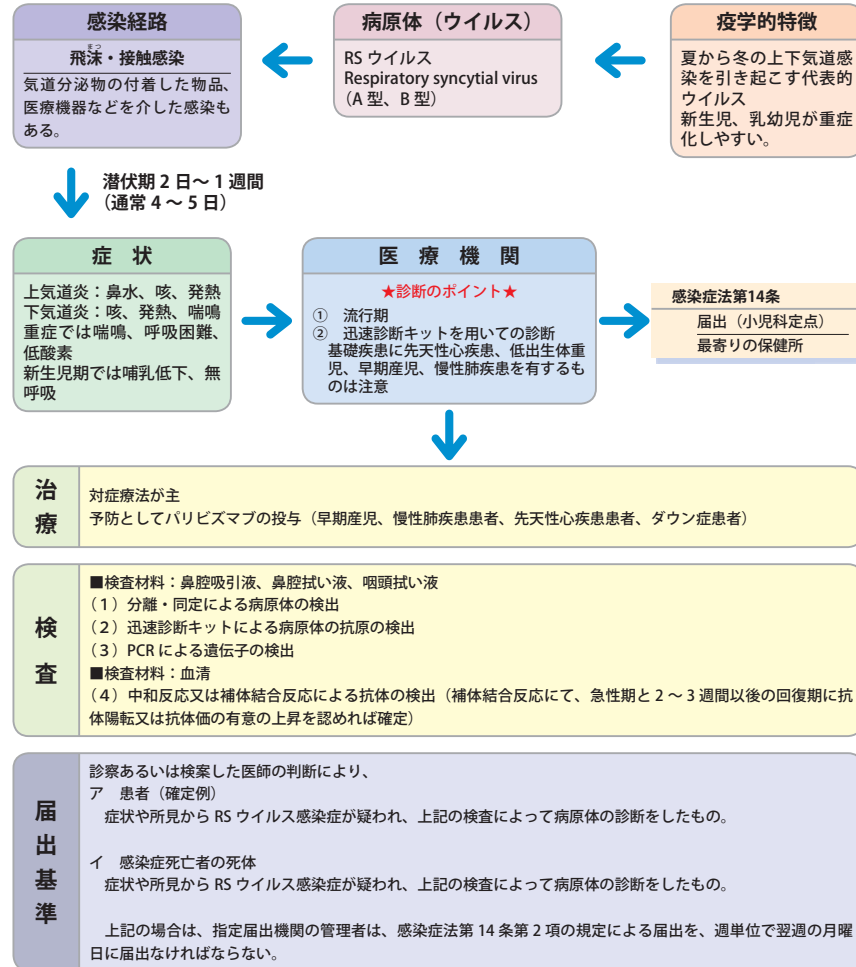


(2) RSウイルス感染症 ……五類感染症・小児科定点 (Respiratory syncytial virus infection)



参考図書

- (1) David W., M.D. Kimberlin 編 : Red Book 2015: Report of the Committee on Infectious Diseases
Amer Academy of Pediatrics; 30 版 667-676
- (2) RS ウイルス感染症 国立感染症研究所
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/317-rs-intro.html>
(2017年6月25日アクセス)

発生状況

RSV感染症は世界中に存在し地理的あるいは気候的な偏りはなく、いずれの地域においても毎年特に都市部で流行を繰り返す。温帯地域においては冬季にピークがあるが、近年は夏から流行して東京では7月から2月にかけて多い。1歳までに50～70%以上が、3歳までにすべての小児が罹患すると言われている。肺炎や細気管支炎などのRSVによる下気道症状は、ほとんどの場合は3歳以下で、入院事例のピークは2～5か月齢にある。

RSVは集団施設や、特に家族内では効率よく感染伝播することが知られており、乳幼児と年長児のいる家庭では、流行期間中に家族の44%が感染したとする報告もある。概ね家族内に持ち込むのは、軽症の上気道炎症状を来した学童年齢の小児である。

臨床症状

初感染の乳幼児では上気道症状から始まり、その後下気道症状が出現する。25～40%の乳幼児に気管支炎や肺炎の兆候がみられる。1歳未満、特に6か月未満の乳児、心肺に基礎疾患を有する小児、早産児が感染すると、細気管支炎や肺炎などの重篤な呼吸器疾患を引き起こす。新生児、特に早産児では呼吸器症状をわずかしき呈さないことが多く、嗜眠、易刺激性、哺乳力の低下、無呼吸発作などが出現するため注意を要する。RSVの再感染は生涯を通じて起こりうる。再感染の幼児の場合には、細気管支炎や肺炎などは減り、年長児や成人では軽症の上気道炎が増える。しかし、高齢者、免疫不全の人や心臓疾患を有する人では、より深刻な下気道感染を呈することもある。

検査所見

病原診断は呼吸器分泌物よりRSVの分離、もしくはウイルス抗原の検出である。迅速診断キットは数種類が利用可能であるが、感度、特異度はいずれも70～90%である。PCR法による遺伝子検出での迅速診断も可能であり、臨床上有用である。

病原体

Respiratory syncytial virus
Paramyxovirus科のPneumovirus属に分類されるエンペロープを持つRNAウイルスである。構成蛋白であるG蛋白の違いによりA、Bの亜型に分けられる。

感染経路

ヒトが唯一の感染源であり、飛沫感染、接触感染共にありうる。RSVは環境の表面で数時間、ヒトの手で30分以上生存している。ウイルスの排泄期間は通常3～8日間であるが、特に幼弱乳児や免疫抑制者ではもっと長く、3～4週間以上排泄が続くこともある。院内感染は、主に分泌物に汚染された医療器具類 (聴診器、ベッド柵)、患者の持ち物 (おもちゃなど) への接触による。

潜伏期

2日～1週間 (通常 4～5日)

行政対応

指定届出機関 (小児科定点) の医師は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に年齢・性別ごとの患者発生数を届け出る。

拡大防止

予防には標準予防策と接触感染予防策が推奨される。厳重な手洗いが重要である。ガウンとマスクの使用は院内感染率を低下させるとする報告もあり着用することが望ましい。また、流行期の院内感染を減少させるには、小児の面会制限や気道症状のある訪問者の排除が有効である。

治療方針

特異的な治療法はなく、対症療法を行う。