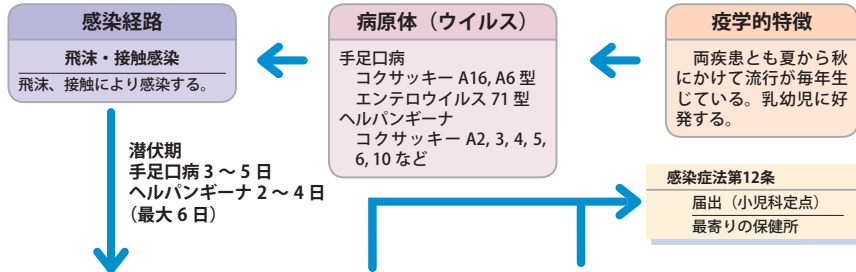


(8) 手足口病・ヘルパンギーナ ……五類感染症・小児科定点

Hand, foot, and mouth disease (HFMD), Herpangina



症 状 ・ 所 見	手 足 口 病	ヘルパンギーナ
発 熱 の 程 度 ・ 頻 度	発熱は約 1/3 に見られるが軽度であり、38℃以下の方がほとんど	38～40℃の発熱が 1～3 日続く。
臨 床 症 状	口腔粘膜、手掌、足底や足背などの四肢末端に 2～3mm の水疱性発疹が出現する。時に肘、膝、臀部などにも出現することもある。通常は 3～7 日の経過で消退する。 近年のコクサッキーウイルス A6 による手足口病では、水疱は扁平で臍窩を認め、サイズが大きいく、発症の数週間後に爪甲脱落が起こることが知られている。	発熱に続いて咽頭痛が出現し、口腔内、主として軟口蓋から口蓋弓にかけて直径 1～2mm、大きいものでは 5mm ほどの紅暈を伴う小水疱が出現する。小水疱が破れて浅い潰瘍を形成し、疼痛を伴う。発熱時に熱性痙攣を伴うことや、口腔内の疼痛のために不機嫌、拒食、脱水を呈することがある。
合 併 症	髄膜炎、小脳失調症、急性弛緩性麻痺、脳炎などの中枢神経系疾患	まれに髄膜炎、急性心筋炎
届 出 に 必 要 な 臨 床 症 状 と 届 出 基 準	届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの) ア 手のひら、足底又は足背、口腔粘膜に出現する 2～5mm 程度の水疱 イ 水疱は痂皮を形成せずに治癒 診察あるいは検案した医師の判断により、ア 患者 (確定例) 症状や所見から手足口病が疑われ、かつ、上記の臨床症状があり患者と診断した場合 イ 感染症死者の死体 症状や所見から手足口病が疑われ、上記の臨床症状があり手足口病により死亡したと診断した場合 上記の場合は、指定届出機関の管理者は、感染症法第 14 条第 2 項の規定による届出を、週単位で翌週の月曜日に届出なければならない。	届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの) ア 突然の高熱での発症 イ 口蓋垂付近の水疱疹や潰瘍や発赤 診察あるいは検案した医師の判断により、ア 患者 (確定例) 症状や所見からヘルパンギーナが疑われ、上記の臨床症状があり患者と診断した場合 イ 感染症死者の死体 症状や所見からヘルパンギーナが疑われ、上記の臨床症状がありヘルパンギーナにより死亡したと診断したもの。 上記の場合は、指定届出機関の管理者は、感染症法第 14 条第 2 項の規定による届出を、週単位で翌週の月曜日に届出なければならない。

検 査 ウイルス分離や PCR によるウイルス検出が行われる。水疱内容物、咽頭拭い液、便、髄膜炎を合併した場合は髄液が用いられる。急性期と回復期の血清で 4 倍以上の中和抗体価の上昇によっても診断できる。

治 療 特異的な治療法は無く、対症療法が中心になる。抗菌薬投与は意味がない。安静、十分な水分補給を行う。

参考図書

- (1) 手足口病とは 2014 年 10 月 17 日改訂, 国立感染症研究所 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/sa/cmv/392-encyclopedia/441-hfmd.html> (2017 年 6 月 23 日アクセス)
- (2) ヘルパンギーナとは 2014 年 7 月 23 日改訂, 国立感染症研究所 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/515-herpangina.html> (2017 年 6 月 23 日アクセス)
- (3) Enterovirus (Nonpoliovirus) : 30th edition, American Academy of Pediatrics, The United States of America, 2015

発 生 状 況 毎年 5 月頃より増加し始め、7 月頃にかけてピークに達し、9～10 月にかけてほとんど見られなくなる。5 歳以下の乳幼児を中心に流行する。

臨 床 症 状 手足口病は、口腔粘膜、手掌、足底や足背などの四肢末端に 2～3mm の水疱性発疹が出現する。時に肘、膝、臀部などにも出現する。ヘルパンギーナは発熱、咽頭痛、口腔内 (主に軟口蓋から口蓋弓へかけて) の紅暈に囲まれた小水疱が認められる。
エンテロウイルス 71 に関連する手足口病の脳炎合併例やさらに死亡する例が、1997 年にマレーシアから、また 1998 年に台湾から報告されている。日本でも 1997 年に大阪で 3 例の死亡例が報告された。
近年、コクサッキー A6 による手足口病では、水疱は扁平で臍窩を認め、サイズが大きく、発症の数週間後に爪脱落が起こることが報告されている。

検 査 所 見 検体: 水疱内容物、咽頭ぬぐい液、便、(髄膜炎があれば) 髄液
上記検体を用いて、ウイルス分離や PCR 法によってウイルス検出が行われる。急性期と回復期の血清で 4 倍以上の中和抗体価上昇によっても診断できる。通常、病院の検査室では行われていない。

病 原 体 エンテロウイルス: ピコルナウイルス科エンテロウイルス属に分類されるエンペローブをもたない RNA ウイルス
手足口病: コクサッキー A 16 型、A6 型とエンテロウイルス 71 型など
ヘルパンギーナ: コクサッキー A 群 2, 3, 4, 5, 6, 10 など

感 染 経 路 両疾患とも飛沫、接触により感染が成立する。ウイルスの便への排出は、回復後も 2～4 週間と長期にわたることがある。
病因ウイルスが複数であるため、一度手足口病、ヘルパンギーナに罹患しても、他のウイルスによる手足口病、ヘルパンギーナに罹患することがある。

潜 伏 期 手足口病では 3～5 日、ヘルパンギーナでは 2～4 日である (最大 6 日)。

行 政 対 応 両疾患とも、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 手洗いの励行が重要である。患者、あるいは回復者に対しても、特に排便後の手洗いを徹底させる。患者が乳幼児の場合には、おむつ交換後の手洗いも重要である。

治 療 方 針 特異的な治療法がないため、対症療法が中心になる。抗菌薬投与は意味がない。安静、十分な水分補給を行う。