

千葉市感染症発生動向調査情報

2013年 第36週 (9/2-9/8) の発生は？

1 定点報告対象疾患(五類感染症)

報告のあった定点数		36週	35週	34週	33週
上段:患者数 下段:定点当たりの患者数	小児科	17	17	18	18
	眼科	5	5	5	5
	インフルエンザ*	27	27	28	28
	基幹定点	1	1	1	1

「定点当たりの患者数」とは
報告患者数/報告定点数。

定 点	感 染 症 名	千 葉 市					千葉県
		注意報	9/2-9/8	8/26-9/1	8/19-8/25	8/12-8/18	8/26-9/1
			36週	35週	34週	33週	35週
小 児 科	RSウイルス感染症		3 0.18	5 0.29	4 0.22	0 0.00	47 0.36
	咽頭結膜熱		2 0.12	5 0.29	5 0.28	0 0.00	47 0.36
	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		24 1.41	20 1.18	15 0.83	11 0.61	111 0.85
	感染性胃腸炎		48 2.82	31 1.82	44 2.44	35 1.94	239 1.82
	水痘		5 0.29	7 0.41	3 0.17	6 0.33	44 0.34
	手足口病	★○	71 4.18	70 4.12	108 6.00	92 5.11	521 3.98
	伝染性紅斑		1 0.06	0 0.00	1 0.06	0 0.00	8 0.06
	突発性発しん		11 0.65	12 0.71	15 0.83	6 0.33	77 0.59
	百日咳		1 0.06	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4 0.03
	ヘルパンギーナ		11 0.65	17 1.00	22 1.22	30 1.67	115 0.88
	流行性耳下腺炎		1 0.06	0 0.00	1 0.06	1 0.06	39 0.30
	インフル	インフルエンザ*(高病原性鳥インフル エンザを除く)	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00
眼 科	急性出血性結膜炎		0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00
	流行性角結膜炎		3 0.60	9 1.80	3 0.60	1 0.20	23 0.68
基 幹 定 点	細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌性髄膜炎を除く)		0 0.00	0 0.00	1 1.00	0 0.00	0 0.00
	無菌性髄膜炎		0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00
	マイコプラズマ肺炎		0 0.00	2 2.00	1 1.00	1 1.00	3 0.33
	クラミジア肺炎 (オウム病を除く)	○	4 4.00	2 2.00	1 1.00	0 0.00	2 0.22

★★:流行中 ★:やや流行中 ◎:増加 ○:やや増加 →:変化なし ↓:やや減少 ↓↓:減少

2 全数報告対象疾患(5件)

病名	性	年齢層	診断(検査)方法	病名	性	年齢層	診断(検査)方法
ライム病	男性	30歳代	血清抗体の検出	破傷風	男性	70歳代	臨床診断
レジオネラ症	男性	50歳代	病原体抗体の検出	破傷風	女性	70歳代	臨床診断
後天性免疫不全症候群	男性	40歳代	血清抗体の検出	-	-	-	-

・ライム病1件(1)、レジオネラ症1件(6)、後天性免疫不全症候群1件(13)、破傷風2件(2)の報告があった。

()内は2013年累積件数 ※ 累積件数は速報値であり、データが随時訂正されるため変化します。

定点当たり報告数 第36週のコメント

＜手足口病＞先週より増加し4.18となり、依然として流行発生警報継続基準値(2.00/定点)は上回っている。過去10年の同時期と比べると多め。

＜クラミジア肺炎＞先週より増加し4.00となった。過去10年の同時期と比べ最多。

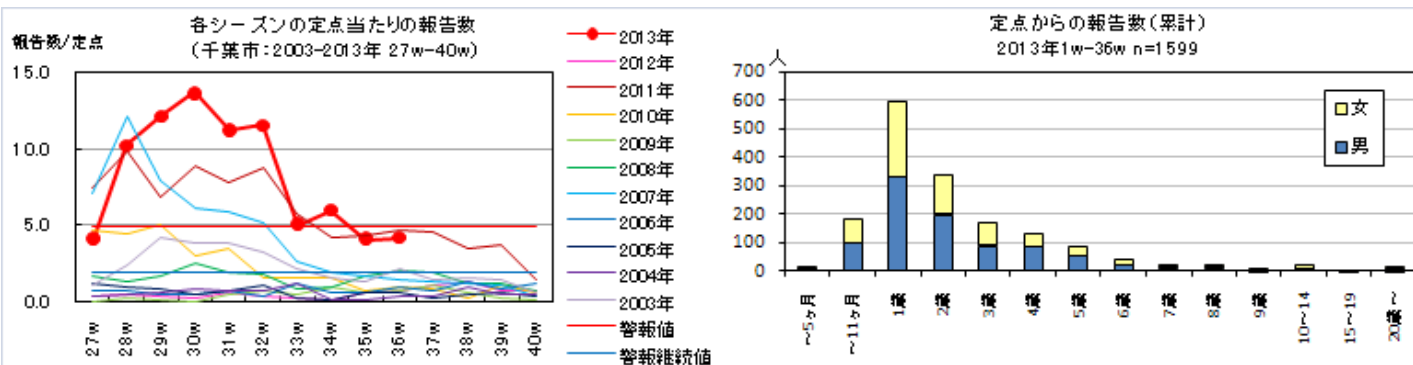
トピック

<手足口病>

2013年の全国レベルの第35週現在は前週よりやや増加し、流行発生警報開始基準値を下回っていますが、流行発生警報継続基準値は上回ったままです。過去6年間の同時期と比較すると多めとなっています。都道府県別では、新潟県、長野県、北海道の順に多く報告されています。千葉県は全国レベルと比べると少なめとなっています。千葉市の第36週は前週より若干増加し4.18となっており、依然として流行発生警報継続基準値を上回っています。過去10年間の同時期と比べると多めとなっています。区別の発生状況では、中央区、稲毛区が増加に転じ、若葉区は減少しましたがいずれも流行発生警報開始基準値を上回っており、花見川区と美浜区は減少しましたが共に流行発生警報継続基準値(2.0/定点)を上回っています。中央区が最多で、同区の1歳～3歳児で最も多く発生しています。

手足口病は、口腔粘膜および四肢末端に現われる水疱性の発しんを主症状とし、幼児を中心に流行する急性ウイルス性感染症です。主な原因ウイルスはコクサッキーA16(CA 16)、あるいはエンテロウイルス71(EV 71)です。感染経路は経口・飛沫・接触などで、潜伏期は3～4日が多く、主な症状が消失した後も3～4週間は糞便中にウイルスが排泄されます。まれに髄膜炎や脳炎などの合併があり、経過中の頭痛と嘔吐には注意が必要です。

流行していることから、感染防止に努めましょう。ワクチンなどの積極的な予防方法は現在のところありませんが、経口・飛沫・接触感染を防ぐため、排泄物の取り扱いに注意し、手洗い・うがいなどを励行しましょう。



<破傷風>

2013年の全国レベルの第35週現在の累積報告数は、過去7年間の同時期と比較すると最多となっています。都道府県別では、北海道が最多であることに次いで関東地方が多く、千葉県、茨城県、群馬県、神奈川県が同数となっています。千葉県内では安房保健所管内が最多となっています。千葉市では2008年以来1件あるかないかの状態が続いていましたが、2013年第36週に2件の発生届があり、2005年から2007年の届出数と並びました。

破傷風は、破傷風菌(*Clostridium tetani*)が産生する毒素のひとつである神経毒素(破傷風毒素)によって強直性痙攣を引き起こす感染症です。破傷風菌は芽胞の形で土壤中に広く常在しており、転倒などの事故や土いじりによる傷から体内へ侵入し感染します。世界中の土壤に広く分布していることから、日常生活において芽胞との接触を完全に遮断することは不可能で、誰でも感染が成立する可能性があります。破傷風の特徴的な症状である強直性痙攣は、潜伏期間(3～21日)の後に開口障害、嚥下困難などから始まり、ひきつったような笑い顔や破傷風顔貌といわれる顔面筋の緊張を起こし、全身(呼吸困難や後弓反張など)に移行し、重篤な患者では呼吸筋の麻痺により窒息死することがあります。なお、破傷風菌は人から人へは感染しません。予防はワクチン接種が有効です。回復した患者でも十分な免疫が誘導されないの、ワクチン接種をして免疫を獲得することが望ましいです。また、傷を適切に治療することにより、感染の可能性は低くなります。

