

## 迎 寛 教授 (医歯薬学総合研究科呼吸器内科)

### 肺結核をはじめ呼吸器感染症の診療・研究に取り組む

私は1985年に長崎大学医学部を卒業し、第二内科に入局。ここで呼吸器内科医の道に進みました。最初は「びまん性肺疾患」という病気を中心に診療と研究を行いましたが、抗菌薬で治療する感染症にも興味を持ち、現在では呼吸器の病気全般の診療と研究、そして教育を行っています。

#### 全国平均を上回る長崎の結核罹患率 咳や熱が続くときは早めの受診を

呼吸器感染症のなかで、長崎県での問題の一つと考えているのが結核です。わが国では、結核は過去の病気と思われがちです。しかし、人口10万人当たりの患者数(罹患率)は、先進国の中では飛び抜けて高い状態が続いています。欧米では罹患率6人以下がほとんどですが、わが国の2015年の罹患率は14.4人です。東京や大阪などの大都市で罹患率が高く、また西日本で高い傾向にあります。

結核が多い状況が続く最大の理由は、高齢者の増加です。例えば、1950年代は1年間に人口の約3%が結核に感染していました。20歳までに、約半数が結核に感染していたのです。ただ、感染はするものの、ほとんどは発病せず、感染したことさえ自覚していません。体のなかの結核菌が消えないまま、50年後に若者が70歳代となり、免疫力が低下して発病しているわけです。

長崎県の罹患率は、全国平均より数人以上多い状況が15年以上続いています。2015年は

15.7人でしたが、前年まで20人前後だったので、引き続き注意が必要です。

結核の罹患率が高い理由としては、医療機関の受診が遅れたために治療開始が遅れたというものもあります。高齢者で咳や発熱が2週間以上続く場合は、必ず医療機関を受診してください。結核は、処方された薬をきちんと飲めば治る病気です。周囲の人にうつさないために、治るまで薬を飲み続けましょう。

最近では、IGRA検査という検査法によって、結核菌を持っていても発病していない人を見つけられるようになりました。発病する前に治療することも可能になっていますので、周囲に結核になった人がいる場合には、自分が感染しているかどうかを確認するために、この検査を受けることをお勧めします。

#### 抗菌薬で重症の病気が治ることに驚き そのメカニズムの解明を進める

私が呼吸器感染症に興味を抱いたきっかけは、「びまん性汎細気管支炎」という病気の患者さんに「マクロライド」という抗菌薬を少量だけ長期に投与すると完治することを目の当たりにしたからです。びまん性汎細気管支炎は、細い気管支に慢性の炎症が起こり、せきやたんが出たり、息苦しくなる病気で、5年生存率は4割程度といわれていました。それが、抗菌薬で劇的に改善したのです。

以来、呼吸器感染症の診療と研究を続けてきました。結核についての研究は、長大の前に6年半在籍していた産業医科大学で本格的に始めました。北九州市も結核罹患率の高い都市で、何とかして結核の感染を防ぎたいと考えたからです。

一方、マクロライドが、なぜ感染症ではないびまん性汎細気管支炎に効くのかというメカニズ

ムの解明も進めてきました。するとマクロライドには炎症を抑える作用があることが分かってきました。この抗炎症作用を念頭に置いた、新しい感染症治療を展開したいと考えています。

次号(2017年10月号)では「熱帯医学・グローバルヘルス研究科」を取り上げます。

## 新興・再興感染症

# 日本紅斑熱

日本紅斑熱の患者さんが年々増えています。2016年には全国で過去最高の276人の患者が報告されましたが、国立感染症研究所によると今年は7月23日までに118人と、昨年の同時期を上回っています。

日本紅斑熱は、リケッチアという病原体による感染症で、マダニが媒介します。マダニはコナダニと同じダニ属の小さな節足動物です。吸血性で山奥の下草や地面に潜み、近くを通る野生動物を待ち伏せしており、人が遭遇すると、足などに取り付きまします。たまたまりケッチアを持つマダニに咬まれると感染してしまうこととなります。日本紅斑熱は日本の風土病と考えられており、日本以外の国での発生はほとんど見られません。マダニが媒介するリケッチアによる感染症には、ほかに「つつが虫病」があります。日本紅斑熱とつつが虫の病原体は違いますが(リケッチアの種類が違う)、臨床症状としての発熱、発疹、真ん中に黒いかさぶたのあるダニの刺し口という3つの特徴は共通していて、症状だけでは2つの病気の区別は難しいとされています。

日本紅斑熱の場合、2~8日の潜伏期間(無症状)ののち、頭痛、発熱、倦怠感などの症状が現れ、その後特徴的な発疹、刺し口が見られるようになります。診断は、PCR法による血液中の病原体

## マダニが媒介する感染症 近年増加して、発生地域も拡大

遺伝子の検出や、抗体検査で行います。日本紅斑熱が疑われた場合には、すぐに、抗菌薬(テトラサイクリン系)の投与を行います。

1994年までは、日本紅斑熱の患者さんは年間10~20人ほどでしたが、95年から増え始め、2000年頃には年間40人近くになり、その後も増え続けています。発生地域も拡大しており、98年以前は鹿児島や宮崎、高知、徳島、兵庫、島根、和歌山、三重、神奈川、千葉などで感染が見つかりましたが、その後は、広島、長崎、静岡、熊本、愛媛、栃木、新潟でも発生しています。

発生時期も、かつては夏が多かったのですが、現在では春から秋にかけて患者が多くなっています。マダニが媒介する感染症にはリケッチアによる日本紅斑熱やつつが虫のほか、ウイルスによるSFTS(重症熱性血小板減少症候群)のような致死性の高いものもあります。マダニの活動時期に、野山や河川敷に立ち入る場合は、肌の露出を避け、虫よけ剤を使いましょう。発症したときは速やかに医師にご相談ください。

次号(2017年10月号)では「天然痘とその撲滅」を取り上げます。