

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。