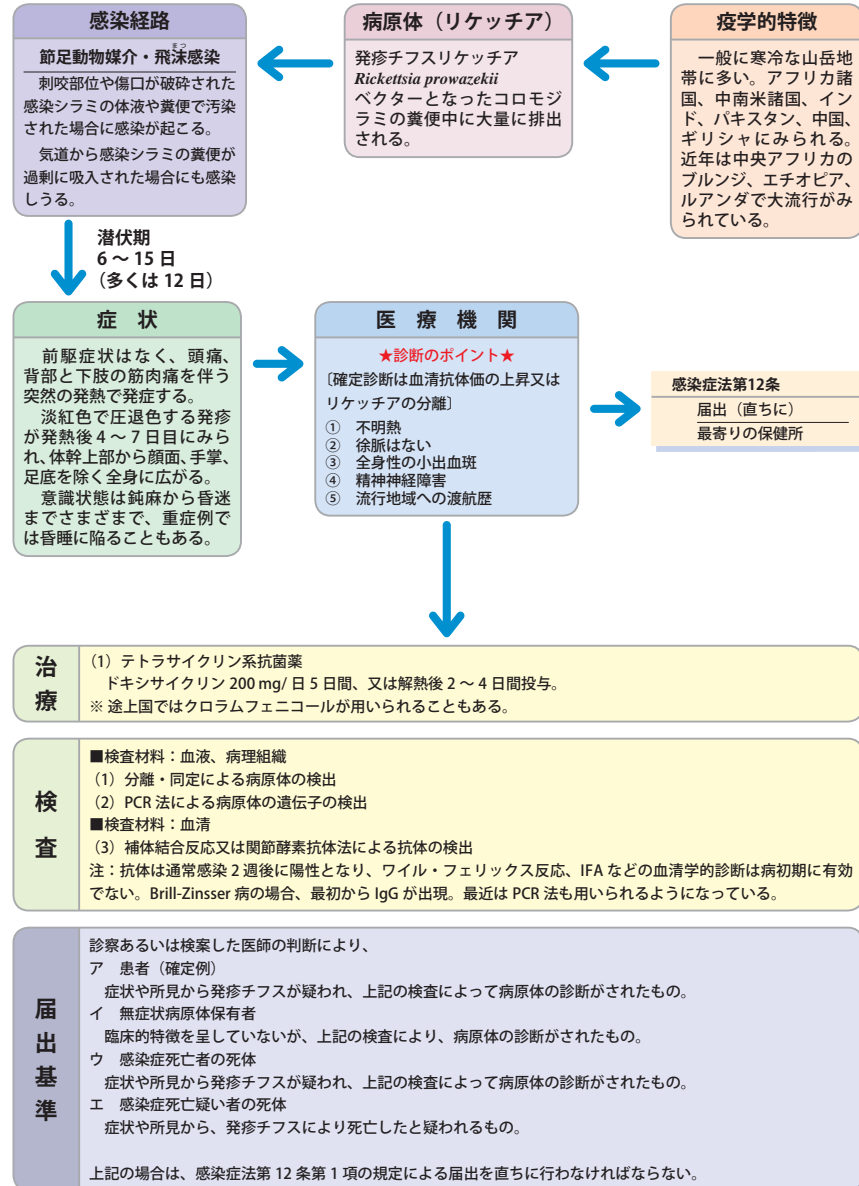


## (33) 発疹チフス ……四類感染症

## Epidemic louse-borne typhus fever



## 参考図書

- (1) Yassina Bechah et al. Epidemic typhus. Lancet Infect Dis 2008;8:417-26
- (2) 厚生労働省 海外渡航者のための感染症情報  
http://www.forth.go.jp/
- (3) 国立感染症研究所 感染症情報センター  
http://idsc.nih.go.jp/idwr/kansen/
- (4) 岡部信彦ほか編『感染症予防必携第3版』  
日本公衆衛生協会 2015

**発生状況** 寒冷地で衛生環境の不潔な地域、人口の密集(大家族など)、コロモジラミ常在地。日本では根絶している。しかし、コロモジラミは国内のごく一部で生存している。

**臨床症状** 頭痛、悪寒、稽留熱、特徴的発疹(3～6病日に生じる。体幹部上部に始まり、全身に広がるが、顔面、手掌、足底には通常生じない)、精神症状など。再発例をBrill-Zinsser病といい、多くは軽症で終わるが感染源となる。腸チフスと異なり、頻脈となる。治療しない場合の致死率は年齢により異なるが10～60%である。  
 鑑別診断は、リケッチアが病原となる発疹熱(Murine typhus, Flea-borne typhus)、Q熱(Q fever)、ロッキー山紅斑熱(Rocky mountain spotted fever)、北アジアダニ熱(North Asian tick fever)、スピロヘータ科のボレリアが病原となる回帰熱(Relapsing fever)、レプトスピラなどが挙げられる。軽症発疹チフスと発疹熱の鑑別は難しい。

**検査所見** 特異的なものはない。確定診断はリケッチア分離、血清学的診断。

**病原体** 発疹チフスリケッチア (*Rickettsia prowazekii*)

**感染経路** 感染シラミの刺咬による。まれに塵埃吸入による感染。ヒトからヒトへの直接感染はない。感受性は、普遍的。感染後は通常、長期間免疫される。  
 感染期間は、患者の発熱中及び解熱後2～3日。患者の血液を吸血したシラミは、その後2～6日間リケッチアを糞とともに排泄し感染性を有するが、まもなく死亡する。しかし、死後も数週間感染性のリケッチアを体内に持つ。

**潜伏期** 6～15日(多くは12日)

**行政対応** 診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届け出る。

**拡大防止** シラミの駆除を行なう。シラミが広範に生息している住民に対し、シラミ駆除剤を提供する。同居者(寝食を共にしている者)については、2週間の健康観察を行う。患者とその衣類の消毒が重要だが、消毒薬耐性コロモジラミが広がっているため、衣類は出来るだけ加熱消毒が望ましい。ワクチンは市販されていないが、流行地に住んでいるヒトに生ワクチンが、流行地を訪れるヒトに不活化ワクチンがある。

**治療方針** テトラサイクリン、クロラムフェニコールが著効する。セフェム系抗生物質は無効、ニューキノロン系はin vitroでの感受性に関わらず避けるべきである。発疹チフスが疑われる重篤な患者は、検査結果を待たずに適切な治療を開始する。