

今夏、デング熱は流行する？

昨年夏、戦後初となるデング熱の国内感染例が確認され、最終的に 162 人の国内感染例が確認されたことをふまえ、厚生労働省は 2015 年 4 月、「蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針」を取りまとめました¹⁾。デング熱患者にみられる症状や検査所見、デング熱を疑う目安（以下参照）

デング熱を疑う目安

海外のデング熱流行地域から帰国後、あるいは海外渡航歴がなくてもヒトスジシマカの活動時期に国内在住者において、発熱と以下の所見の 2 つ以上を認める場合にデング熱を疑う。

1. 発疹、2. 悪心・嘔吐、3. 頭痛・関節痛・筋肉痛、4. 血小板減少
 5. 白血球減少、6. ターニケットテスト陽性※、7. 重症化サインのいずれか。
- ※ ターニケット(駆血帯)テスト：上腕に駆血帯を巻き、収縮期血圧と拡張期血圧の中間の圧で 5 分間圧迫を続け、圧迫終了後に 2.5cm x 2.5cm あたり 10 以上の点状出血が見られた場合に陽性と判定する

重症型デングの診断基準、重症化サインなどを更新しました。今後はこのガイドラインに沿って診療することになります。なお、チクングニア熱もデング熱と同じ蚊が媒介する感染症で²⁾、現在、カリブ海諸国で流行しており、2014 年の感染者数は 100 万人規模に達しています。日本で確認されている症例は全て輸入感染例ですが、今年のデング熱と同様に国内発生が危惧されているため、ガイドラインに記載されています。

東京医療センター総合内科の森伸晃氏は、「これまでデング熱を疑った場合、流行地域への渡航歴の有無で絞り込んでいた。しかしこれからは、特に夏場は渡航歴がなくともデング熱を鑑別に挙げる必要がある」と指摘しています³⁾。日本ではヒトスジシマカがデングウイルスを媒介します。本州でのヒトスジシマカの活動は 8 月がピーク。デング熱のリスクが高くなるのは 7~9 月です。この時期に突然の 38℃以上の発熱を来した患者が来院したら、頭痛や関節痛、筋肉痛、発熱後の血小板数・白血球数減少を目安に、渡航歴がなくともデング熱を鑑別疾患に挙げる必要があります。

森氏らは鑑別のポイントを探るため、2014 年 8 月から 10 月までの 2 カ月間に、東京医療センターの外来を受診した患者で、当時厚労省が示していた「デング熱国内発症例の行政調査要件」を満たす患者を検討しました。その結果、調査要件を満たしていた患者は 8 例でした。つまり 8 例がデング熱の診断基準を満たしていたのですが、最終的な診断名は、デング熱が 2 例、デング以外のウイルス感染症が 3 例、尿路性敗血症、蜂窩織炎、辺縁系脳炎がそれぞれ 1 例ずつという結果でした。このうち尿路感染症や蜂窩織炎などの症例では、明らかな感染巣があるにもかかわらず、患者の「蚊に刺された」という訴えや「行政調査案件に該当する」との前提に重きを置き過ぎたことが、診断を困難にさせていた原因

であると結論しています。それほど症状のみでは診断が難しいということです。

日本赤十字社医療センター感染症科の守屋敦子氏は、2014年8月から10月に同センターを受診したデング熱の国内感染例15例について検討しました³⁾。デング熱の診断は、リアルタイムPCR (RT-PCR) 法による血液中のデングウイルス遺伝子の検出、血清中の非構造蛋白抗原 (デング NS1 抗原) の検出、またはデングウイルスに特異的な IgM 抗体の検出のいずれかで行ったそうです。患者背景は、年齢6~77歳 (中央値37歳) で、男性6例、女性9例。発症日は8月9日~9月29日。潜伏期間は感染日時が不明の3例を除き、3~9日 (中央値5.5日) でした。初診時臨床症状は高熱100%、頭痛93%、でしたが特徴とされる皮疹は発熱と同時に出現していたのはわずか13%でした。皮疹の中央値は第5病日であり、解熱の前後から発生する例がほとんどでした。やはり症状のみでのデング熱の拾い上げは難しそうです。検査所見での特徴は、血小板減少、白血球数減少、肝機能異常の3つ。それぞれ14例 (93%、10万/ μ L以下は80%)、14例 (93%)、11例 (73%) に認めていました。これらは出現時期が異なり、初回採血で血球減少が確認されたのは、血小板が8例 (53%)、白血球が10例 (66%) と、半数弱の症例では初回採血時には低下を認めていませんでした。特徴的と言えるのはC反応性蛋白 (CRP) で、0.1~1.6mg/dL (中央値0.28mg/dL) と正常範囲内またはごく軽度の上昇のみでした。症状が重篤な割にCRPが上昇しないということが診断の目安になるかもしれません。

いずれにしても確定診断には現段階では保健所での検査が必要になります。しかし、デング熱は特別な治療法がなく、また重症化するひとは再感染の場合に多く、日本において重症化する確率は極めて稀と考えられ、デング熱を恐れるあまりに他の治療可能な感染症、たとえば日本紅斑熱などのリケッチア感染症や、より感染力の強い感染症、たとえば麻疹などを見逃すことのほうが患者さんにも社会的にも損失が大きく、医者も患者さんも蚊に刺されて熱が出た！デング熱では！という強い思い込みは誤診にもつながる恐れがあると思われまます。

平成27年7月14日

参考文献

1) デング熱・チクングニア熱の診療ガイドライン

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/dl/dengue_fever_jichitai_20150421-02.pdf

2) デング熱とチクングニア熱

<http://www.nobuokakai.ecnet.jp/nakagawa76.pdf>

3) その発熱患者、デング熱ではありませんか？

<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/201507/542810.html>