

「エボラ出血熱」について

エボラ出血熱は、エボラウイルス（フィロウイルス科エボラウイルス属）（図 右下）を病原体とする急性ウイルス性感染症です。

エボラ出血熱は、オオコウモリがウイルスを持っており、それがサルなどに感染して、エボラウイルスを持つサルを人間が食べることが人間に感染する原因と言われています。

初めてこのウイルスが発見されたのは1976年で、スーダン（現：南スーダン）のヌザラという町で男性が発症し、感染が広がり最終的にヌザラでの被害は、感染者数284人、死亡者数151人と言うものでした。この最初の感染者の出身地付近のエボラ川からこのウイルスの名前は**エボラウイルス**と名づけられ、病気も**エボラ出血熱**と名づけられました。その後エボラ出血熱はアフリカ大陸で10回、突発的に発生・流行し、感染したときの致死率は50～90%と非常に高い致死率となっています。

*** 出血熱とは**、様々なウイルス感染の結果として起こる多様な症候群ですが、たいてい高熱、白血球減少、精神状態の変調、易出血性をきたし、死に至ることも多い病気です。**ウイルス性出血熱**とも呼ばれる最初の4種（エボラ出血熱、マールブルグ熱、ラッサ熱、クリミア・コンゴ出血熱）は日本においては、**1類感染症**とされ、これらは特に重篤な症状を来すことから、まとめて**4大出血熱**と呼ばれることもあります。その中で、致死性の面からも、感染力の面からも、最強のウイルスはエボラウイルスです。しかし、エボラ出血熱はその臨床像において出血症状が必ずしも認められないことから、近年では**エボラウイルス病（エボラ熱、エボラ病）**と呼ばれることもあります。

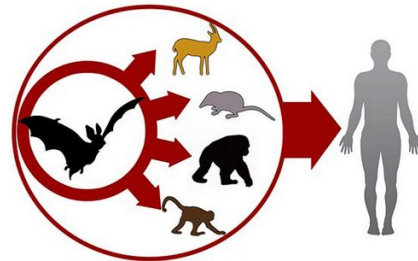


図 上：エボラウイルスの電子顕微鏡写真

ウイルスは大きさが80 - 800 nmの細長いRNAウイルスであり、ひも状、U字型、ぜんまい型など形は決まっておらず多種多様です。

どのようにして感染するのか？

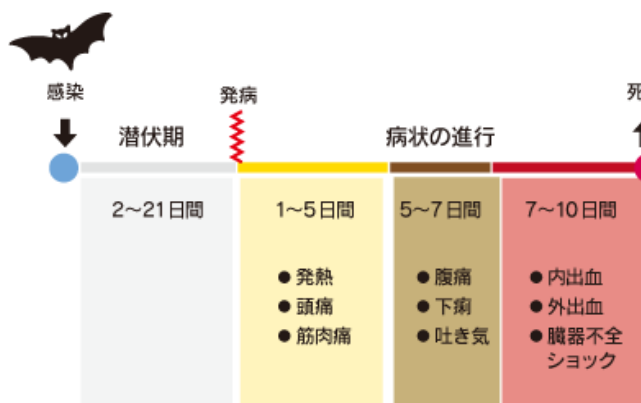
接触感染が中心です。患者の血液や体液、吐いた物、下痢便、尿などの排泄物に直接ふれ、その手に傷があったり、ふれた手で目、鼻、口の粘膜をさわったりすると感染します。

潜伏期間中での感染は今のところ報告されておらず、発病してから感染力がみとめられるとされ、死亡時にはウイルス量が最も増加し感染しやすい状況になっています。

空気感染はしないとされていますが、くしゃみなどで飛散した唾液で感染する可能性はあります。しかし、アフリカの健康人の抗体の保有状況からは不顕性感染*もあると考えられています。

*** 不顕性感染**：感染が成立しているが臨床的に確認しうる症状を示さない感染様式のこと。

エボラ出血熱感染後の発症経過



症状は？

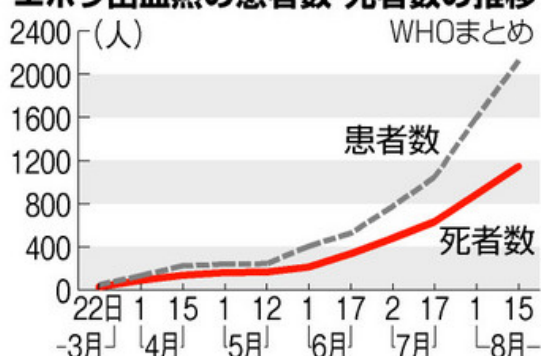
通常は2日～21日の潜伏期に続き、発熱・頭痛・筋肉痛・咽頭痛などのインフルエンザと同様の症状で発病します。発症後5日目頃から腹痛・吐き気・嘔吐・下痢などの消化器症状が、7～10日目頃から歯ぐき・目・鼻・消化管からの出血が現れます。出血は、すべての発症患者にみられるわけではありません。重症化すると多臓器不全で死亡し、致死率はウイルスの型で異なりますが、25～90%です。

現在の発生状況は？

1970年代以降、中央アフリカ諸国（コンゴ民主共和国、スーダン、コンゴ共和国、ウガンダ、ガボン等）で、しばしば流行が確認されていました。

現在、西アフリカ諸国で起こっている流行は、2014年3月にギニアでの集団発生から始まり、住民の国境を越える移動により隣国のリベリア、シエラレオネへと流行地が拡大しています。新たな患者の発生が持続しており、これまで知られている流行のうち最も大きな流行となっています。アフリカ大陸以外（スペイン、米国）での発生が確認されたのは、今回が初めてです。

エボラ出血熱の患者数・死者数の推移



エボラ出血熱が日本で発生する危険性は？

エボラ出血熱は、インフルエンザなどとは異なり空気感染せず、主として患者に直接接触することにより感染すること、流行地域はアフリカに限定されていることから、現時点では国内で発生するリスクは低いと考えられます。

しかしながら、すでに欧米諸国でみられたとおり、外国との交流も活発でグローバル化した世界では、水際で阻止することに限界があることも事実です。したがって国内で患者が発生する可能性はゼロではなく、国内での発生に備えて体制が整えられつつあります。

今後の課題などについて

海外から、特に西アフリカからの渡航者からの感染の広がりが危惧されています。

ウイルスは、アルコールなどの一般的な消毒剤にも有効とされ、感染様式も限られていますが、厳重に対応しているはずの医療従事者への二次感染もあり、厳重な対策が必要です。

治療は、現在のところ対症療法が中心ですが、「アビガン」などの薬剤の有効性も試され、ワクチンも開発されつつあります。

10月24日の厚生省からの医療機関への通知（依頼）では、「発熱に加え、ギニア、リベリア又はシエラレオネの過去1か月以内の滞在歴が確認された者は、エボラ出血熱の疑似症患者として取り扱う」こととされています。そして、医療機関から保健所長を経由して都道府県知事へ届出がなされた場合には、直ちに厚生労働省健康局結核感染症課に報告されます。エボラ出血熱の疑似症患者の移送に当たっては、特定感染症指定医療機関又は第一種感染症 指定医療機関と連携しつつ、移送に当たる職員等の感染予防に万全を期すようになっています。

図は、朝日新聞の医療サイト<apital>、<Kirei Switch>、<NewsDigest ニュースダイジェスト>、<So-net ブログ>から引用しました。

この「診療所だより」や診療についての御意見・ご要望などをお気軽にお寄せ下さい。
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所
〒639-2216 奈良県御所市343番地の4（御国通り2丁目）

