

## ハイライト

### トリインフルエンザ

ベトナムでのトリインフルエンザの非定型症状、2004年2月

トリインフルエンザ、ヒト症例 - 東アジア(44報) : ベトナム

### マールブルグ出血熱

診断されない出血熱、アンゴラ - 情報求む

アンゴラにおけるマールブルグ出血熱 - 更新

マールブルグ出血熱 - WHO要録

アンゴラにおけるマールブルグ出血熱 - 更新7

アンゴラにおけるマールブルグ出血熱 - 更新13

## トリインフルエンザ

### 経過の概要

1997年香港においてトリインフルエンザウイルスA/H5N1のヒト感染例(症例18死亡6)が発生して以来、東南アジアには広くこのウイルスが定着、ヒトとの接触も散見される状況になっていた。そもそもH5N1は高病原性(HPAI)の肩書きを持ち、養鶏業界の恐怖の的である。同じHPAIのH7N7は2003年ヨーロッパの家鶏に大流行し、同時にトリ ヒト感染が多発したが、その際ヒトでは殆ど結膜炎症状のみで稀に呼吸器症状を伴うという特徴があった(症例>250、死亡1;本誌v4n3にて紹介)。

昨2004年からベトナムを主な舞台にH5N1は活動を再開、多数の家鶏が犠牲となっている(自然界宿主はアヒルやカモの水鳥らしい)。ヒトへの感染も多くベトナム、タイで発生し、この場合非常に高い死亡率が問題視されている。この項の終わりに、国立感染研が作図した本疾患の分布図を借用転載する。H5N1その他の広がり、またヒトへの係わり方がよく判る。

ヒトの立場からHPAIに対する警戒の主眼は、トリ ヒト路線の拡幅、さらにトリ ヒト ヒト路線の新設、すなわちヒト感染能を獲得した変異株の出現である。その意味から、少し変わった症状の発現に対しては特別の関心が向けられるのである。

本号の異常症状を論じた2報文の、1つは下痢・脳炎で呼吸器症状なしの例、他の1つは感染しても無症状の例である。後者は通常の流行に多い不顕性感染と簡単に片付けられるか否か、ヒトへの浸潤度が不明なので解釈に戸惑う。現地では疫学調査の範囲が狭く、検査精度にも問題があるようである。極め手となる遺伝子の検討結果は、流行ウイルス株に大きな変異を認めていないので、早急な変遷はなさそうである。が、対岸の火事。厳戒の態勢は緩められない相手であろう。

## ベトナムでのトリインフルエンザの非定型症状、2004年2月

Atypical presentation of avian influenza in Vietnam, February 2004

[Eurosurveillance Weekly v10, n8, 24 Feb. 2005]

Jonathan V. Tam & John Watson, Haelth Protect Centre for Infect., UK

最近発表された論文は、2004年2月ベトナムにおける4才男児の病状を次のように記載している：高熱、頭痛、嘔吐と激しい下痢を呈していたが、引き続き痙攣発作と昏睡に陥った（胃腸炎および脳炎）。患者は呼吸器症状を呈せずまた初期の胸部レ線像は正常であった。症状は急速に進行し男児は手厚い看護に拘わらず死亡した。病歴の終わり頃多少の呼吸器症状の徴候（両側性の弱い撥音、ぜいぜい息、レ線上の浸潤像）も出現し呼吸困難も事実上発生したが、治療に当たっていた医師らは、病気の全期間を通じて呼吸器状態が臨床最重要問題と考えなかった。「腸管熱」が最初の診断であり患者はそのように治療された。

しかし脳炎に関する一連の検査中、患者の脳脊髄液、糞便、咽喉液、血清からトリインフルエンザウイルス（A/H5N1）が分離され、インフルエンザと診断された（死後、2004年10月）。明らかになったことは、患者の姉が11日前に同様の症状を呈し死亡しているが、病材は何ら採られていない。

両患者が病気のトリと明確な接触をもったか否かは疫学調査で明らかになし得なかった。しかし2人とも家の横の小川でいつも洗い物（姉は毎日水泳）をしていたが、そこではアヒルも泳いでいる（アヒルは感染すると大量のウイルスを排出する）。両症例の発病間隔からヒト-ヒト伝搬はほとんど除外出来る。

脳炎ないし脳炎症状は、インフルエンザにおける稀な併発症として知られているが、発熱と下痢で最初発症し呼吸器症状を伴わないH5N1感染報告は2報目である。この展開をもつ最初の症例はやはり2004年の死亡例（2004年3月タイで発症、同年7月発表、編集委註1）であるが、メディアの注意を惹かなかつた。

いくつかの直接関連事項：

\* H5N1の臨床症状の範囲は初期の考えより広

い；南東アジアで同様な症例が見過ごされていたか否か、の判定にさらなる情報が必要である。

\* H5N1ウイルスが糞便から検出されたことから、H5N1ウイルスの伝搬径路には今迄予想しなかった径路が存在し得るし、これは感染対策にも直結する。

\* 稀であるにせよH5N1感染の輸入症例の調査において、上記症状を持つ個人も該当するように補正されるべきかも知れない。しかし他の見逃し症例から類似情報が得られるまでは、トリインフルエンザの審査規定を広めて、熱と下痢を伴う南東アジアから帰る旅行者も加える、という勧告はしない。

本論説は下記文献による：

HPA, Avian influenza in Viet Nam in February 2004: two deaths that presented with atypical symptoms. CDR Wkly (Online) 2005;15(8): news. (<http://www.hpa.org.uk/cdr/index.html>)

編集委註1： Apisamtharak A, & 10 others. Atypical avian Influenza(H5N1). Emerg Infect Dis. 2004 Jul;10(7):1321.

2004年3月初旬、タイ国Ayudhayaに住む39才女性；高熱、下痢、悪心嘔吐の症状1週間の後突然肺症状現れ翌日死亡した（重症成人呼吸窮迫症候群）。死後検査でH5N1がRT-PCR、ウイルス分離共に陽性、によりトリインフルエンザと最終診断。自宅にて病鶏から感染と推定。

編集委註2.：この論説にある「下痢・脳炎を症状とするヒトのトリインフルエンザ」は、当患者の治療に当たった医師らによって今年2月別に発表されている。

De Jong M.D. & 12 others. Fatal avian influenza A (H5N1) in a child presenting with diarrhea followed by coma. N. Eng J Med. 2005 Feb 17; 352(7): 686.

トリインフルエンザ、ヒト症例 - 東アジア(44報) : ベトナム  
Avian Influenza, Human - East Asia (44): Viet Nam  
[ ProMED Digest, March 9, v2005, #098]

[1] ベトナム : ヒト由来トリインフルエンザウイルスH5N1の最近の解析短報

Viet Nam: a brief summary of recent analyses of avian influenza H5N1 viruses from humans  
Source: Global Influenza Programme, WHO/CDS/CSR

2004年12月24日から2005年1月29日の間に採取された、ベトナムにおける確定ないし疑似H5N1感染ヒト症例からの臨床病材90例以上をWHOは受理した。抗原および遺伝子分析が、日本の国立感染症研究所(WHOインフルエンザ基幹・研究協力センター、およびWHO H5基幹検査所)で実施されている。現在、南ベトナムからの病材からウイルス9株が分離されている。

成績 :

(1)これらのウイルスはZ群に属し、A/Vietnam/1194/2004 および A/Vietnam/1203/2004を含む2004年分離のウイルス株、と遺伝子は殆ど同じである。上記株はワクチン原株

であってWHOが大流行用ワクチン製造用として推したものである。

- (2)1株を除き、他の全ては抗原的に極めて近縁である。
- (3)レセプター認識部はトリレセプターを認識する型である。

現時点での結論 :

- (1)昨2004年から極めて小さな変異のみ見られる。
- (2)WHOで昨2004年に選定した大流行用ワクチン原株の変更必要なし。
- (3)遺伝子から見ると、ウイルスはamantadine耐性を示す。

トリインフルエンザ、ヒト症例 - 東アジア(44報) : ベトナム  
Avian Influenza, Human - East Asia (44): Viet Nam  
[ ProMED Digest, March 9, v2005, #098]

[ ] ベトナム : トリインフルエンザに感染しながら症状なしの家族

Viet Nam: Relatives have avian influenza but no symptoms  
Source: Reuters New Agency

トリインフルエンザで死亡した患者の家族であるベトナムの成人2人が、検査ではH5N1ウイルス陽性であるのに何ら症状を現していない、と衛生関係者が述べている。両者とも北部のThai Binh 省に住むが、そこでは集団発症があったため、H5N1ウイルスのヒト-ヒト伝搬の可能性について重大な関心が引き起こされている；専門家は大流行を起こし得る形に変異したのでは、と案じている。WHOの広報担当者は“われわれはその症例を知っているし、そのことについて検討続行中である”と語っている。

無症状でウイルスキャリアーという1例は61才の女性。ウイルスとの関連性は彼女の夫(だけ)にあり彼はトリインフルエンザで2005年2月24日に死亡している(発症2月19日)。“年配の女性は完全に健康だ、”と彼女の住む部落のQuy Tien の診療所医師は言う。“彼女は夫の病気をずっと看病した。そ

れ以外彼女は豚しか食べないし、その家で飼われている4羽のトリはトリインフルエンザ陰性だった”。

他の1例は81才の男性。病気に罹患した孫兄妹の祖父であって、去る2月のTet Lunar旧正月祭りでアヒルの生血を飲んだ、と彼の村の衛生担当者は述べた。“1ヶ月もの間ウイルスを持ち続けていて発病しないのは極めて奇妙なこと”とThai Thuy 地区Thuy Luong 部落の衛生担当者は語った。普通ウイルスに感染したら3から10日で症状が出ている。

しかしこの男性が、無症状であり乍らH5N1ウイルスを実際に1ヵ月持っていた、ということの専門家の直接証明はない。一方彼の21才の孫息子は、Tet祭りでアヒルの生血を飲んで発症しているのである。その妹、14才になる孫娘は病鶏と接触後感染したし、さらに今

(4 ページに続く)

(3 ページから続く)

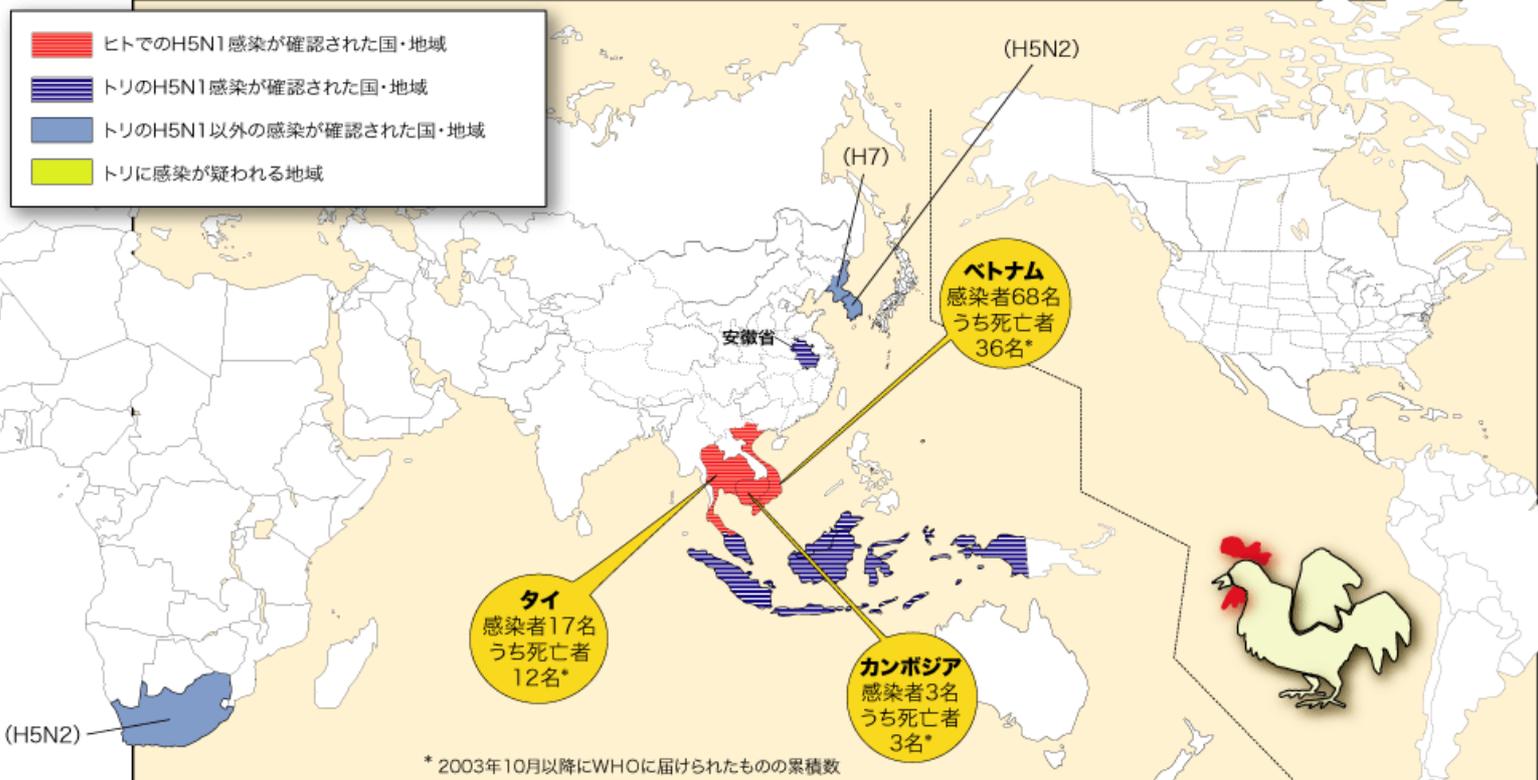
週(3月第2週)孫息子を看病していた男性看護師がトリインフルエンザに感染したことを、衛生担当者は確認している。病院長の言:26才の男性看護師は、鶏がH5N1ウイルスに冒された地域に住んでいるし、また鶏を食べていたのは確かである。しかし医療陣による症例検討の焦点は、看護師が看護中の患者から感染した可能性に絞られている、と。

専門家が最も案じているのは、ウイルスがヒトの中に容易には入り込み得る形に変異する可能性であり、その先には、当該ウイルスに免疫のない世界で数百万人を殺す大流行が始まる、ということである。今までのところ、変異が生じたという証左はないし、ヒト-ヒト感染としての前例はタイで起こった

唯一の疑似症例、病気の娘を数時間腕に抱いてあやした後死んだ母親の症例、のみである。

H5N1ウイルスは、2003年末からアジアの大部分を冒して以来、ベトナムで34人、タイで12人、カンボジアの1人を殺している。数百万羽の鶏を屠殺してもウイルスは幾度となく来襲し、最近南ベトナムのメコンデルタで始まった流行は以後ベトナムの半分を冒してしまった。同じ頃タイ国でも突発し、同国政府発表では、全76省のうちの19省に広がっているが、ヒトの間には以後の感染はみられない、と。

## 鳥インフルエンザの公式発表にもとづく分布 (2004年6月以降)



注) 香港特別行政区では、2004年11月、12月および2005年1月に死んだ渡り鳥のH5N1ウイルス感染を確認しているが、行政区内の感染とはしていないため上図には含めていない。(WHOとOIEおよび他の政府機関公表情報をもとに感染症情報センターが作製:更新日 2005/4/18)

## マールブルグ出血熱

### 経過の概要

エボラ出血熱と並び恐れられるマールブルグ出血熱の大流行である。身体各所からの出血と異常に高い死亡率。昨2004年暮れ頃からアンゴラ最北部Uige州において発生。当初は小児が多く発症、エボラか？と思われたがそうでなく、正体不明の死病として数ヶ月間経っていた。今年3月下旬やっとマールブルグと診断された。

アンゴラは30年以上の国内紛争の後遺症が、国内の政治経済医療その他各部門に蓄積。病人は家で看病という伝統に加えて、この病気で入院しても治る事なく大抵は死んでしまうという事実などの影響で、外部応援による感染防御の方策も民衆が受け入れない。MSFなどの努力で施設した隔離病棟も無患者のままとか。非協力のみでなく妨害も発生している（赤十字職員殺害、調査車の破壊）。従って政府、WHOその他の支援組織による感染防御対策も実効に繋がらない。アンゴラの国内事情はかなり特殊である（更新7）。

更新13の報文で、地域の指導者“ Sobas ”の協力によって民衆の理解が得られ好転しつつあると、期待が持てる状況が述べられた。しかし、5月6日のWERでは、流行防遏態勢がほぼ整ったが、肝心の医療機関においてさえ未だに感染症対策への認識が極めて不十分である、とかなり深刻さが滲んでいる。

本流行の状況は頻繁にProMEDやWHOのCSRで報じられている。本誌への登場は都合でその中の数編とWHOの要録に限定したが、編集委は報告された資料に基づき累積症例数の図を作ったので文末に挿入する。この症例数はアンゴラ国の総数とされているが、そのほぼ90%（最近は95%以上）をUige州が占めているのであって、本流行は極めて局地的なのである。しかし累積数曲線は依然上昇一途であり、この流行の異常さに刮目せざるを得ない。一日も早い好転が待たれる。

### 診断されない出血熱 - アンゴラ：情報求む

Undiagnosed Hemorrhagic Fever - Angola : Request for Information  
[ProMED Digest March 15 2005, v2005 #107]  
Source:Prensa Latina

正体不明の流行病アンゴラにて56名を斃す

Huige州立病院勤務の2名の看護師正体不明の疾患で死亡、の報はWHOの注意を喚起している。アンゴラにおいてはこの2週間で同様症状で56名死亡しているのである。一人の看護師は同僚の葬儀の後同じ症状で死亡したというニュースは国中を駆け巡った。

Huige病院の医療従事者は報道関係者に、こちらではこの病気を「胃出血」と称している。これは高熱の症状で始まり2日後患者は咳き込んで吐血し、昏睡に陥り4日以内に死亡す

る。と語ったがさらに、WHOは既にこの稀な疾患に関心を示していたが、我々は如何に対処するか未定、と述べた。

地方ラジオ数局は地域住民に、未知の流行病の誘因になりかねない食物と衛生上の予防に最大の注意を、と力説している。

編集委註：

- 1.地名Huigeは後続報告でのUigeと同じ。
- 2.この報文に続いて、Moderator MPPの注釈が述べられているが割愛する。

アンゴラにおけるマールブルグ出血熱 - 更新  
Marburg hemorrhagic fever in Angola - update  
[Communicable Disease Surveillance & Response (CSR, WHO)]

3月23日 2005

アンゴラにおけるウイルス性出血熱流行の原因は、マールブルグウイルスなることが検査で確定された。ウイルスは3月21日、死亡12例のうちの9例の病材から検出された。

遡行調査によると、この流行は2004年10月からであり、通して102症例が確認された。そのうち95例は死亡している。殆どの症例は北部のUige州に固まって発生している。流行発生以来、症例数は月ごとに増加したが、これは調査能力の向上結果による面もある。症例の約75%は5才以下の小児に発生している。成人のそれには医療従事者が少数含まれる。

マールブルグウイルス病にはワクチンも治療法もなく、しかも急速に死亡する。今回の流行では死亡の多くは発症後3から7日に現れ

ている。過去の流行では、看病を受けていた場所や埋葬行事の際に感染が起こるらしく、感染患者の体液との近密な接触が感染を増加させると指摘されている。

WHOはアンゴラの衛生省による様々な努力、すなわち、病院内感染予防の強化、症例発見や接触者追跡の能率化、疾患およびその感染様式に関する住民の理解の向上、などの面を支援している。

「背景」

編集委註：この「背景」ではマールブルグ出血熱の病態や過去の流行史などが記述されているが、それらは次に続くWHO Fact Sheet (要録)で更に詳しく見られるので、この「背景」の内容は省略する。

マールブルグ出血熱 - WHO 要録  
Marburg haemorrhagic fever - Fact sheet  
[Weekly epidemiological record, 15 April 2005, 80(15), 135]

31 March 2005

マールブルグ出血熱は重症かつ致死性疾患であり、その原因ウイルスはエボラ出血熱ウイルスと同じ科に属す。電子顕微鏡下で見るウイルス粒子は、長いフィラメント状を、時には奇妙なコイル状をとり、そのためFiloviridaeなる科名(フィロウイルス)が付けられている。これらのウイルスは、ヒトに感染するものの中で病原性最強の病原体である。

エボラ出血熱とマールブルグ出血熱はそれぞれ違ったウイルスで発症するが、臨床的には区別できない。両者とも発生は稀にしろ、高い死亡率の劇的な流行を起こす力がある。歴史的にみると、医療現場で不適当な感染予防処置をくぐって感染が拡大して始めて、医療当事者が流行に気付くのである。

両疾患ともワクチンはなく特別の治療法もない。長年に亘る数百の動物、昆虫、植物を動員しての研究にも拘らず、両ウイルスともその宿主動物または環境源も判明していな

い。サルは感染に感受性があるが、全ての感染動物は早急に死亡するためウイルスの保存を支えず、生きた保有宿主とは考えられない。ヒトも自然界の感染サイクルに組み込まれているとは考えられず、感染は偶発事である。

「自然史と臨床像」

原因病原体：Filoviridae科のMarburgvirus

発生地理：流行発生、散発発生とも報告地は；アンゴラ、コンゴ共和国、ケニア、南アフリカ(直前のジンバブエ旅行者由来)。最初の流行は1967年Marburg、Frankfurt、Belgradeの3カ所において、ウガンダから輸入したミドリザルを使った試験業務に関連して発生した。

伝搬：ヒト-ヒト間のウイルス伝搬は、患者との極めて近密な接触を要する。血液または高濃度ウイルスを含む体液(便、嘔吐物、尿、唾液、気道分泌液)、それも特に血液を

(7 ページに続く)

(6 ページから続く)

含むもの、との接触によって感染が生じる。精液からの感染は、病状回復後7週でも起こり得る。

日常の接触で感染が起こることはほとんど無いと考えられる。日常接触でヒト感染が低率なのは、呼吸器からのエロゾール感染は、たとえ起こったとしても効率が悪いと云うことであろう。潜伏期間中では他人への伝搬は起こらない。

出血症状を伴っているような病気の極期において、患者は最も強い感染力を発揮する。自宅や病院における、または埋葬行事での、重症であった患者との密接な接触が最も普通の感染経路である。汚染した注射器具また針刺し傷を通じての感染は、重症状態になり易くさらに、早期に悪化し死亡率も高い。

潜伏期：3から9日。

感受性：何れの年齢層も感染に感受性があるが、多くは成人に発症する。アンゴラにおける現流行以前では、小児の症例は極めて稀と考えられていた。過去記録上の大流行、1998年末から2000年にかけてのコンゴ共和国における流行では、154症例のうち5才以下の症例数は12例(8%)と少数であった。

臨床像：マールブルグウイルスによる症状は突然現れ、激しい頭痛と重篤な不穏感を伴う。筋肉痛と体躯の痛みが普通現れる。通常発病初日から高熱が現れ、一方的に急速に心身耗弱を呈する。重症水様下痢、腹痛と痙攣、悪心と嘔吐が3病日頃から始まる。下痢は1週続く。この期の患者の容貌は“幽霊の如く”と描写されているように、目は落ち窪み、表情の失せた顔貌、極端な脱力を呈す。1967年のヨーロッパ流行時では、発症後2から7日の患者の多くに、痒くない発疹の発生が気付かれている。

患者の大多数で5から7病日に出血症状が現れ、死亡症例では大抵体の各所から何らかの形の出血を見ている。嘔吐物また糞便中に新

鮮血液を見る時は、多くの場合鼻や歯茎や膈からの出血を伴っている。静脈注射跡からの不意の出血は特別な問題を起こし得る。患者が高熱繫留にある時期は病状が重篤状態である。病態が中枢神経組織に及ぶ段になると、錯乱や激情、攻撃性が生じるようになる。病気の後期には時に睾丸炎が発生、との報告がある(15病日)。

死亡例では通例、発症後8から9日に大量出血とショックを伴って死亡。

ウイルスの自然界宿主：不明。

「流行史記録」

1967：旧西ドイツ、旧ユーゴスラビア

マールブルグ出血熱は、Marburg、Frankfurt、Belgradeにおいて、同時発生した流行で検出されたのが最初である。最初の発症者は、ウガンダから輸入されたアフリカミドリサルを取り扱った事業所の研究員からである。その時の流行は、初発感染者25例、内死亡7例、2次感染者6例、死亡0であった。研究員らは、サルないしその組織を取り扱い中にマールブルグウイルスに曝露し、初発感染者となった。2次感染者には医師2、看護師1、屍体処理者1、獣医師の妻1が含まれた。2次感染者は全て初発患者との、多くは血液を介した近密接触があった。2人の医師は患者から採血時の針刺し事故で感染。

1975：南アフリカ(多分ジンバブエ経由)

2月半ば30才のオーストラリア人、急病で南アJohannesburgの病院に入院。彼は2月の前半19才の女性と共に、野宿を交え乍らジンバブエを縦横に旅行した。彼は入院4日後死亡した。彼との接触者は全て隔離され厳重な感染予防監視下に置かれた。しかし、旅行同伴者が発症し、両人を看護した20才の看護婦も感染、発病したが、どちらも手厚い看護が奏功し回復した。

1980：ケニア

1月8日、56才のフランス人、急性の発熱、続いて頭痛、下痢、嘔吐に襲われた。その前

(8 ページに続く)

(7 ページから続く)

の旅行歴にはケニアElgon山国立公園のKitum洞窟が含まれている。Nairobiにおける特別看護、強制甦生術にも拘らず1月15日死亡した。甦生術に当たった医師が9日後発症したが回復した。

#### 1987：ケニア

8月13日、ケニア滞在1ヶ月の15才のオランダ男性、3日続く頭痛、倦怠、発熱、嘔吐で入院。発症9日前、彼はElgon山国立公園のKitum洞窟を訪れている。患者は治療の甲斐なく発症11日後死亡。後続者は出なかった。

#### 1998-2000：コンゴ共和国

自然発生の流行では最初の大流行。1998年末から2000年に亘る流行は、154発症例と128死亡例を出し、症例死亡率は83%であった。症例の多くは、国の北東部にあるDurba金鉱山

に働く若い男性に発生、この地が流行中心となった。患者はその後隣村のWatsaにも現れた。患者の世話をする家族にも症例がでたが、2次感染は稀であった。直後のウイルス学検査は、未知の環境から幾つかの異なる株が、7回以上別々に人々の中に侵入した、というを示している。

#### 2004-2005（進行中）：アンゴラ

流行は2004年10月、Uige州で始まった。2005年4月2日現在の衛生省発表では、163症例、150死亡例。他の省における症例も殆どUigeの流行に直接結びついている。政府の要請で流行封じ込めのため、WHO応援による国際協力体制が作られている。

流行の最新情報はWHO Disease outbreak newsから； <http://www.who.int/csr/don/en>

### アンゴラにおけるマールブルグ出血熱 - 更新7

Marburg hemorrhagic fever in Angola - update 7

[Communicable Disease Surveillance & Response (CSR, WHO)]

#### 4月6日2005

4月5日現在、アンゴラ衛生省の発表：マールブルグ出血熱181症例、内死亡156例。患者は現在5つの州から報告されているが、Uige州が依然として流行中心である。初期の段階では症例の75%を5才以下の子供が占めていたが、最近の症例では成人層の増加が見られている。

コンゴ民主共和国において現在1人がマールブルグ出血熱の疑いで検査されている。

#### 「流行の現状分析」

WHOならびに政府当局共に、アンゴラにおけるマールブルグ出血熱流行の今後の推移を懸念している。病原体がマールブルグウイルスと確定した3月21日以来、WHOは状況の把握と緊急初期対策の立ち上げのため、Uigeに上級疫学専門家を派遣した。この流行分析は、緊急かつ多量の援助追加を促し、現時点ではUigeとLuandaにおいて専門家国際チームの結成と、種々の供給物の出荷に結びついた。専門家はWHOおよび世界流行警報対応

ネット(GOARN)から選ばれている。現地の診断および通信機能の能力強化用の器材は到着した。

この支援の拡大は継続中であって、要員と供給物の迅速な移動、緊急対応を支える基礎的内部組織の組み立て、などの実現のためWHOは政府と共に大きな努力を払っている。

WHOは、マールブルグウイルスに近縁で臨床的には殆ど等しいエボラを含めたウイルス出血熱を、効果的に押さえ込んだ広範な経験を持っている。この経験に基づきWHOは、この流行は制圧し得るという確信を保っている。然し乍ら同時に、効果ある防御策の導入は数々の強い反撃に直面しているし、その中のあるものは、この流行にだけ特異的なようである。

マールブルグ出血熱は極めて稀な疾患であり、そのため理解も貧しいままである。ヒト社会の中に侵入してからのマールブルグウイ

(9 ページに続く)

(8 ページから続く)

ルスの動態の情報も僅少である。最近出されたWHOの「Fact Sheet、要録」にあるように、アンゴラの流行は1967年ウイルスが最初発見されて以来、アフリカ土着の民衆に発生した2つのマールブルグ出血熱大流行の1つである。も1つの流行は1998年末に始まったコンゴ民主共和国のそれであり、国の隅にある2つの離れた小村落内に限られた状態で、2年以上の間細く続いた散発例であって、この2週間アンゴラで見られたような強烈な伝搬を起こしてはいない。アンゴラの流行は、記録上最大、死亡率最高の流行であるのみでなく、市街地における最初の流行でもある。

およそ30年間の社会騒乱はアンゴラを疲弊させてしまった。すなわち：衛生関係内部組織の極度の弱体化、病院組織における基礎的な装備と供給の欠乏、通信および交通の不具合、経済面の低迷による民衆の脱力。これらの弱体化状態は次の「流行の押さえ込み努力」の足枷になっている：積極的な症例調査、症例の早急な確認と特別設計し設備した施設への隔離、さらに接触者の早期追跡の実施。

対エボラでの経験に基づけば、防御策はウイルス伝搬の鎖を断ち切って即刻影響が出る筈である。しかし実際面でのその方策の成功は、民衆によるその実施の支持し方や、効率よい調査に係っているし、さらに上質な通信と輸送体制を必要としている。そのような体制は現アンゴラでは望めないし、急速な実現もあり得ない。この国の最近の歴史の経緯からみると、数万数十万の地雷が国中に残っているとわれ、レールや道路による輸送は不安定であり、職員や物資の輸送には空輸を必要とせざるを得ない。

Uigeにおける過去数日間の広範な調査で判ったことは、患者のある者は入院せず集落の中で死んでいるのであり、死者を安全に収容し埋葬する業務を早急に新設する必要性が出て来た。

医療従事者における感染例存在の意味することは、特に酷く痛めつけられているUigeと密集地Luandaにおける、最前線医療人用の予防器材の大幅な供給増加の必要性である。WHOは今日までこの器材の出荷を3回行った

が、さらなる追加出荷がその途上にある。個人用防御器具もさらに、CDC、MSF、UNICEFから供給されることになっている。にも拘らず、供給は常に必要を下回っている。マールブルグ出血熱の症状と、大多数の患者における急激な死亡は、流行地の人々に大きな不安を与えている。この不安は、汚染地域の人々をして他の地域に逃げさせ、疾病の拡散を煽るといふ危険度を増加させることになる。さらに、防御策そのものは社会分裂を作り兼ねず、住民の不安を助長している。Uigeでは、治療を求めたり病院に入院看護されることを望まぬ事実が見られる。病院機能を強化し、公衆の信頼を回復する努力が緊急的に必要なのであり、かくすることが感染防御策を受け入れ易くするのである。

毎日多数の報告を受理している衛生省とWHOのチームは迅速に検索を展開している。結果は毎日ラジオで報告され、流行の成り行きは好転しつつある。

本疾患の潜伏期は最短3日とされている故、迅速かつ有効な接触者追跡が必須であり、これは最優先とされて来た。良好な追跡と接触者の処置は、他人への伝染の危険性が最大である発症時以前に、疑わしい者を確実に隔離するのに役立つ。現状でのその他の優先事項は、最前線のスタッフを保護すること、指定された隔離病棟における感染予防の強化、疑似患者をこれらの病棟へ運搬する方法の改良、予防の行動に勇気を持たせて防御対策を受け入れ易くする教育、である。

これら基本的な命題に加え、現状での最優先項目は、この国の人口密集した市街ないしその周辺に足場を築いてウイルスの侵入を防ぐことである。例えば、現在流行中心になっているUigeの住民は約50万人であるが、患者が少し出ているLuandaの人口は3百万人に近い。Luandaに対する関心が衛生省で高まり、WHOはその地への支援国際スタッフを増員中である。

#### 「国際協力」

編集委註：この項省略。この項には国際協力の実状が略記されていて、さらに要員派遣の協力国名および団体・機関名19が列記されている。我が国名はそこに見られない。

アンゴラにおけるマールブルグ出血熱 - 更新13  
Marburg hemorrhagic fever in Angola - update 13  
[Communicable Disease Surveillance & Response (CSR, WHO)]

4月15日 2005

アンゴラにおけるマールブルグ出血熱症例のデータは集計中であり、今日の全国データの発表はない。確実に向上した調査によって、最大流行の州Uigeに関しては詳細なデータが得られている。4月14日の報告では224症例、207死亡例である。その多くはUige市で発生し、175症例と163死亡例。この州内の他の7市からも、極く少数ながら報告されている。

本疾患に対する一般住民の理解と、防御策受け入れの向上、が最重要の緊急課題の一つになっている。今日WHOのUige事務所において、Uige市の伝統的部落指導者“Sobas”全員との会合を開いた。州知事と衛生部長はSobasの現行業務を7日間解放することとし、それによって彼等は医療チームの移動調査に同行し、患者の発見や屍体収容が可能になった。

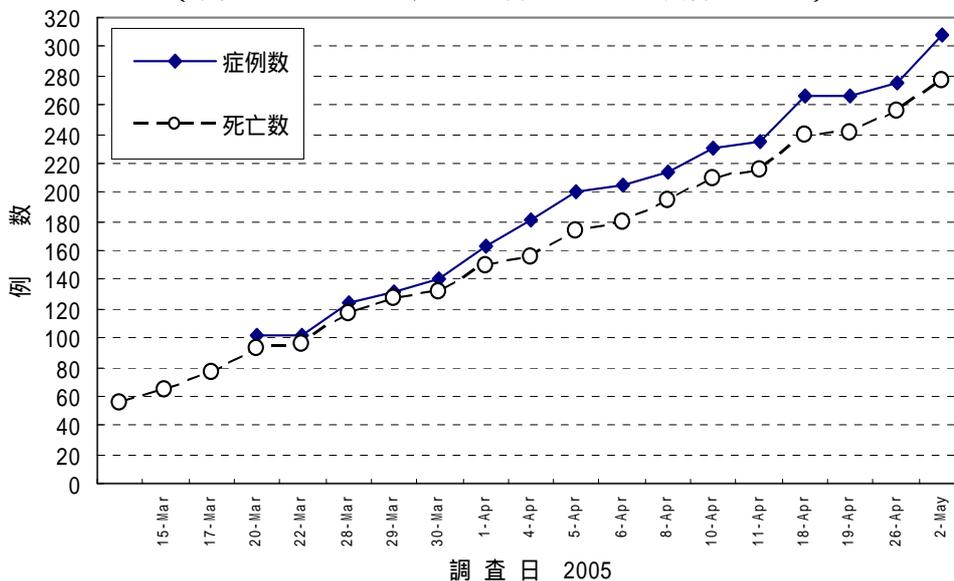
この決定は、流行を制圧するのに必要な対

策を、住民が受け入れるのに重要な前進として歓迎された。UigeのWHO事務所員は、地方における指導者Sobasを使う方法を、疾患に侵されている他の市にも次々と拡大することを計画中である。この計画は政府からも支持されている。

州立病院の勤務者を感染から予防し、かつ他への伝搬を無くすための研修が続けられている。感染病棟、産科および検査課に勤務の看護師82名の研修が本日終了した。各科の事務部長と医師の研修は昨日終了。私立医院の医療従事者、警察関係の衛生救急担当者の研修は来週早めに予定。

4月8日に発表されたWHOの国際援助要請に呼応した、ドイツ、スウェーデン、オランダ、英国、欧州人権事務局（ECHO）からの流行対策支援のための基金申し込みを、WHOは受理したところである。

図. アンゴラにおけるマールブルグ出血熱累積症例数 (編集委作図)  
(最初の4点はProMED、それ以降はWHO/CSRの資料によった)



編集後記

この号ではトリインフルエンザとマールブルグを話題として取り上げましたが、両ウイルス疾患どちらも未だ進行中です。現地では複数因子が絡み合っているからでしょうか、普段見えない問題点が幾つか示唆されているように思えます。一方今年には細菌感染症も話題性大きく、コンゴの肺ペスト、セネガルのコレラなど、大規模の流行があります。が、紙面の都合で今回は見送らせて頂きます。

編集委員 万年和明、三舟求真、大友信也

本誌のバックナンバーは下記のホームページで読むことができます。

<http://www.med.oita-u.ac.jp/infectnet/world.html>