

日本紅斑熱 — 臨床の最前線 —

馬原 文彦¹

要 約

日本紅斑熱 (Japanese spotted fever) は、紅斑熱群に属するリケッチア感染症で、マダニ類により媒介される急性熱性発疹症である。1984年馬原らにより初めて臨床例が報告され、1992年、病原体は *Rickettsia japonica* とされた。本症は1999年4月から施行された感染症新法により第4類全数把握感染症に指定され、徐々に疫学的なデータも蓄積されつつある。臨床的に本症は、高熱、発疹、刺し口があるなど、恙虫病に類似するが、恙虫病よりは重症化しやすく、早期診断と適切な治療が必要である。早期診断や確認診断法としては酵素抗体法が有用である。また、治療の遅れによる初の死亡例が報告されるなど、日本紅斑熱は新興感染症として、第一線の医師が必ず念頭に置くべき感染症である。臨床的に日本紅斑熱と診断した場合、テトラサイクリンを第一選択薬とするが、一日の最高体温39℃以上の症例では、直ちにテトラサイクリン薬とニューキノロン薬による併用療法を行うことを提唱したい。

キーワード：新興感染症，日本紅斑熱，Japanese spotted fever，酵素抗体法

日本紅斑熱 (Japanese spotted fever) は、紅斑熱群に属するリケッチア感染症で、マダニ類により媒介される急性熱性発疹症である。臨床的には、高熱、発疹、刺し口を3徴候とし恙虫病に類似するが、恙虫病より重症化しやすく、病初期よりの適切な治療が必要である。最近、日本紅斑熱の発生数や発生地域が拡大の傾向にあり、しかも重症例や死亡例も報告されるなど臨床の場では注意すべき感染症として重要である。本稿では日本紅斑熱の疫学、臨床像、治療法について最近の知見を詳述し、人獣共通感染症の視点から動物との関わりまで言及する。

日本紅斑熱の概要

疫 学

紅斑熱熱群リケッチア症は世界中に分布する。日本紅斑熱は1984年馬原らにより報告された新興感染症である (馬原ら, 1985)。1992年病原体は *Rickettsia japonica* とされた (Uchida et al., 1992)。発生数は希少感染症として研究者の間で集計されていたが (Mahara, 1997)、1999年の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」感染症法 (2003年改正) により診断した医師は直ちに届出する義務が生じた。第4類届け出感染症の頻度では、日本紅斑熱は、レジオネラ、恙虫病に次いでマラリア、デング熱とともに発生数が多い感染症である。全国感染症発生動向調査による日

本紅斑熱の届け出数は、1999年以来38, 38, 38, 36, 51例が報告され、2004年は67例、05年は62例と多発した (図1)。発生地域も拡がりを見せ、従来の発生地の他に感染症新法により新たに11県から報告され (図2)、九州、四国では沖縄、香川を除く全域、本州では関東以西の比較的温暖な太平洋岸沿いに多く報告されていたが、鳥根、鳥取や福井など日本海側でも発生が確認された。発生時期は春先から晩秋まで発生する (図3)。好発時期はダニの植生や人とダニとの接触の機会などの地域特性により異なる (徳島県では春と秋、高知県では夏に多い)。また、最近、福井県で報告された *R. japonica* 以外の紅斑熱群リケッチア (*R. helvetica*) による感染が示唆されている (高田ら, 2006)。

臨床症状

本症は2-10日の潜伏期を経て、2-3日間不明熱が続いた後、頭痛、発熱、悪寒戦慄をもって急激に発症する。他覚所見は高熱、発疹、刺し口が3徴候である。急性期には39-40℃以上の弛張熱が多く、悪寒戦慄を伴う。重症例では40℃以上の高熱が稽留する。日本紅斑熱の日中最高体温は、38.7-40.8℃、平均39.5℃であり、これは、各地の新型恙虫病の最高体温が38.5-39.1℃あったことと比較して、紅斑熱ではやや高く重症感がある。

臨床症状は恙虫病のそれと類似するが、詳細に見ると皮疹の性状、分布、刺し口の大きさ、形状等が異な

¹馬原医院 徳島県阿南市新野町信里6-1

Tel: 0884-36-3339 E-mail: mahara@tokushima.med.or.jp