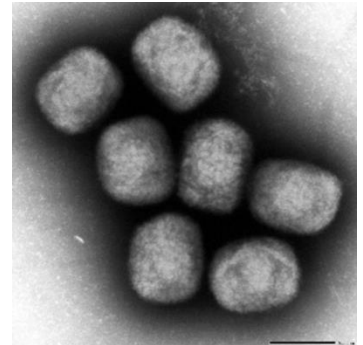


# \*\*\* 今日の健康 (6月) \*\*\*

## < サル痘 >

サル痘は、サル痘ウイルス感染による急性発疹性疾患で、感染症法では4類感染症に位置付けられており、1970年にザイール（現在のコンゴ民主共和国）で初めて報告されて以降、アフリカ中央部から西部にかけて主に発生してきています。自然宿主はアフリカに生息するげっ歯類が疑われていますが現時点では不明です。稀に流行地外でも流行地からの渡航者や輸入動物等に発生した事例があります。

**病態：**サル痘の潜伏期間は5～21日（通常7～14日）とされ、潜伏期間の後、発熱、頭痛、リンパ節腫脹、筋肉痛などが1～5日続き、その後発疹が出現します。発症から2～4週間で自然に治癒します。発疹は皮膚だけではなく、口腔、陰部の粘膜、結膜や角膜にも生じることがあり、特に初期においては水痘や麻疹、梅毒などのその他の発疹症との鑑別が困難なことがあります。致死率は0～11%と報告され、特に小児において重症化、死亡した症例の報告もあり致死率は高い傾向にあります。先進国では死亡例は報告されていません。



**病原体：**写真はサル痘ウイルスの電子顕微鏡写真ですが、形態的にはサル痘ウイルス、天然痘ウイルス、ワクチニアウイルス等を相互に区別できません。オルソポックスウイルス属には、サル痘ウイルス、痘そうウイルス（天然痘ウイルス）、ワクチニアウイルス（種痘に用いられるウイルス）、牛痘ウイルス等が含まれます。サル痘ウイルスには大きく分けてコンゴ盆地系統群（クレード）と西アフリカ系統群（クレード）の2種類の遺伝的系統群があり、コンゴ盆地系統群は西アフリカ系統群に比較して、重症化しやすく、またヒトからヒトへの感染性が高いとされています。

**感染経路：**サル痘ウイルスの動物からヒトへの感染経路は、感染動物に咬まれること、あるいは感染動物の血液・体液・皮膚病変（発疹部位）との接触による感染が確認されており、自然界ではげっ歯類が宿主と考えられています、自然界におけるサイクルは現時点では不明です。

ヒトからヒトへの感染は稀ですが、濃厚接触者の感染や、リネン類を介した医療従事者の感染の報告があり(Aaron TF. 2005, Aisling V. 2020)、患者の飛沫・体液・皮膚病変（発疹部位）を介した飛沫感染や接触感染があると考えられています。

**治療：**主として対症療法が行われます。シドフォビルはサイトメガロウイルスの治療などに海外で使用されている抗ウイルス薬であり、動物実験でサル痘への有効性が確認されています。他に、シドフォビルの誘導体である Brincidofovir (CMX001)（国内では現在流通していない。）、Tecovirimat (ST-246) 米国では天然痘に対する承認が得られている（国内では流通していない）。

**予防：**家庭、市中における感染対策について、発熱、皮疹がありサル痘が疑われる場合、マスク着用を行い、咳エチケットを守り、手指衛生を行う。また、患者が使用したリネン類から感染した報告があることから、使用したリネン類や衣類は手袋などを着用して直接的な接触を避け、密閉できる袋に入れて洗濯などを行いその後手洗いを行う。

**ワクチン：**天然痘のワクチンである痘そうワクチンがサル痘予防にも有効ですが、日本では1976年以降、痘そうワクチンの接種は行われていません。サル痘ウイルス曝露後4日以内に痘そうワクチンを接種すると感染予防効果が、曝露後4-14日で接種した場合は重症化予防効果があるとされています。

前澤クリニック 内科・小児科 0422-30-2861

天文台通り もみじ山公園バス停裏