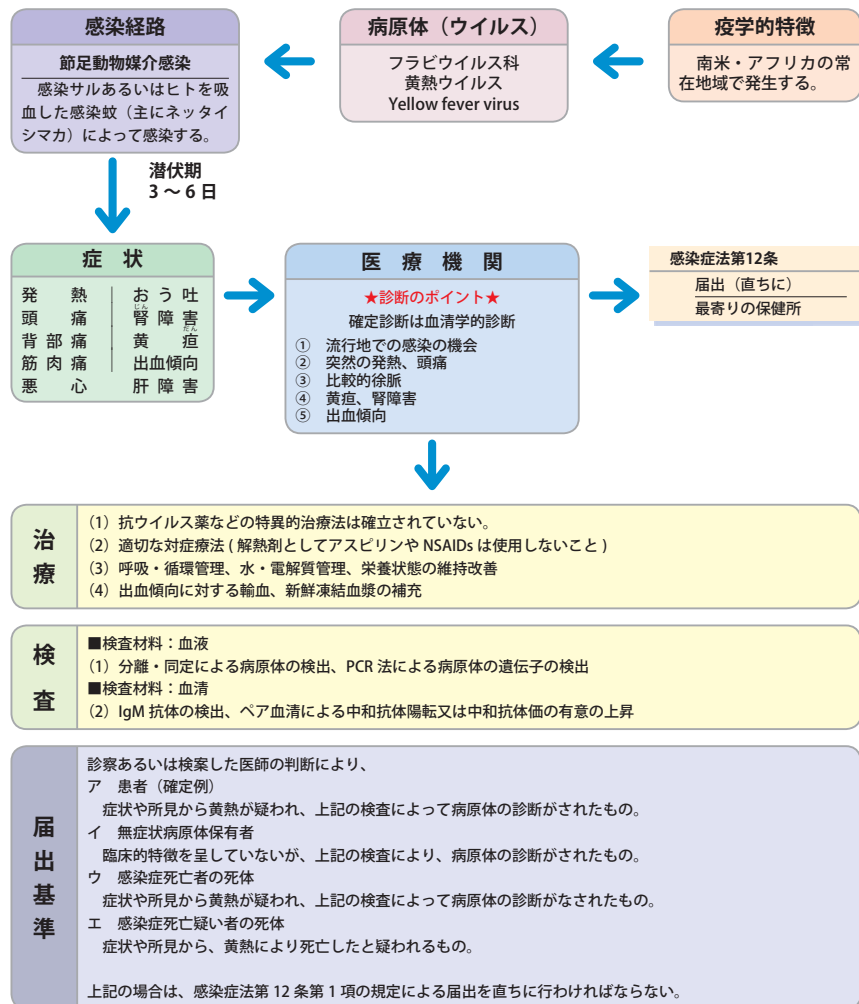


(5) 黄熱 ……四類感染症

Yellow fever



参考図書

- (1) Gershman MD. Yellow Fever. CDC Yellow Book 2018, Brunette GW, Oxford University Press, NY, USA, 2017, <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/infectious-diseases-related-to-travel/yellow-fever>
(2) 国立感染症研究所感染症情報センター <https://www.niid.go.jp/niid/ja/from-idsc.html>

- (3) ECDC. Rapid Risk Assessment: Outbreak of yellow fever in Angola, 24 March 2016, Stockholm, 2016

発生状況

南米（パナマから南緯15°）、アフリカ・サハラ砂漠以南（北緯15°から南緯15°）の間に常年在している。
患者数は年間推定8万4千人～17万人（死亡例最大約6万人）とされ、その9割はアフリカで発生している。
流行には、都市型流行と森林型流行があり、時に両者が混在した流行（中間型流行）も認められる。
都市型流行は、蚊（主にネッタイシマカ）を媒介として都市部でヒトの間で流行するものである。森林型流行では、蚊を媒介としてサルなどの間で流行するものであり、ヒトへの感染もみられる。

臨床症状

発熱と頭痛が突然現れ、インフルエンザ様の症状で発症する。他覚所見として、眼結膜充血、顔面紅潮、舌の発赤、比較的徐脈（Faget徴候）を認める。発症3～4日後に症状が軽快し、多くはそのまま寛解する（軽症黄熱）。重症黄熱ではこの症状が軽快する数時間～48時間までの寛解期を経て、発熱、腎障害、出血傾向、黄疸、意識障害などが出現し、多臓器不全を呈する（中毒期）。高齢者では重症化する頻度が高いとされる。

検査所見

白血球数減少、蛋白尿、腎障害、肝障害、凝固異常、血小板数減少を認める。
診断には、抗体検査（IgM抗体の検出、ペア血清による抗体価上昇の確認）、抗原検査（ウイルス分離、PCR法など）が行われる。

病原体

黄熱ウイルス（Yellow fever virus）
エンベロープをもつRNAウイルス（フラビウイルス科フラビウイルス属）

感染経路

感染源は、感染したサル及び患者の血液であり、蚊（ネッタイシマカ、森林性の蚊など）が媒介する。
我が国では本州以南の地域にヒトスジシマカが生息する。ヒトスジシマカが黄熱ウイルスを媒介する能力はネッタイシマカよりも低いとされる。

潜伏期

潜伏期間は3～6日。発症前数日から第5病日までの患者血液を吸血した蚊が感染力を有する。感染したネッタイシマカは終生にわたり媒介能力がある。

行政対応

診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届け出る。

拡大防止

黄熱ワクチン（弱毒生ワクチン、17D株。0.5 ml皮下注射1回）が有効。入国前に黄熱ワクチンの接種を義務づけている国では、その接種証明書（イエローカード）を求められる。接種証明書の有効期間は初回接種10日後より生涯有効とされる。国内では、黄熱ワクチンの接種は国内検疫所（2017年時点で名古屋検疫所は休止中）および公益財団法人日本検疫衛生協会東京診療所、国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院、東京医科大学病院で接種可能である。
黄熱ワクチンには、稀ではあるが重篤な副作用の報告がある。

治療方針

特別な治療法及び抗ウイルス剤はない。対症療法のみ。かつて重症例は死亡したが、維持療法の発達で予後は改善された。