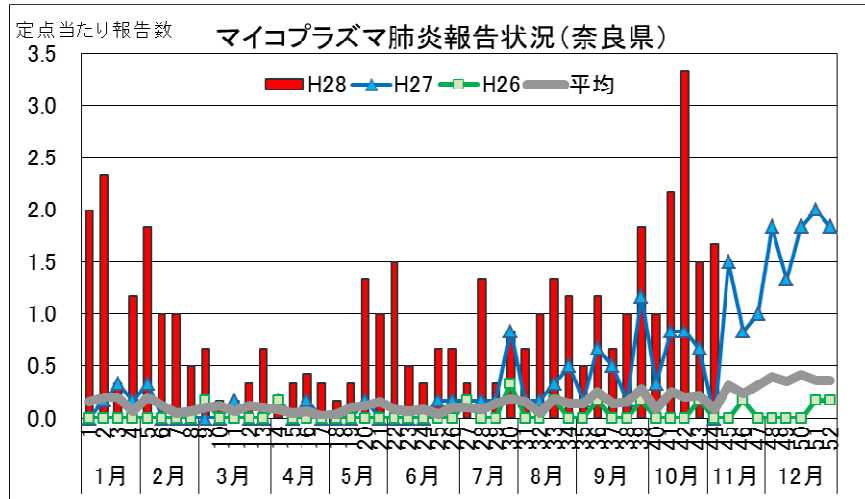


# マイコプラズマ肺炎流行中

マイコプラズマ肺炎の報告が、増加しています。昨年の秋から増加し、非常に多い状態が続いています。マイコプラズマ肺炎は、こじらせると入院加療が必要になります。ワクチンはなく、手洗い・うがいで予防するしかありませんが、抗菌薬で治療できます。長引く咳を自覚したら、医療機関を受診してください。



## 【マイコプラズマ肺炎は・・・】

晩秋から早春にかけて報告数が多くなり、罹患年齢は幼児期、学童期、青年期が中心である。本邦では従来4年周期でオリンピックのある年に流行を繰り返してきたが、近年この傾向は崩れつつある。

病原体は肺炎マイコプラズマ (*Mycoplasma pneumoniae*) であり、感染様式は感染患者からの飛沫感染と接触感染による。感染により特異抗体が産生されるが、生涯続くものではなく徐々に減衰していくが、その期間は様々であり、再感染もよく見られる。

潜伏期は通常2～3週間で、初発症状は発熱、全身倦怠、頭痛などである。咳は初発症状出現後3～5日から始まることが多く、当初は乾性の咳であるが、経過に従い咳は徐々に強くなり、解熱後も長く続く(3～4週間)。特に年長児や青年では、後期には湿性の咳となることが多い。胸痛は約25%で見られ、また、皮疹は報告により差があるが6～17%である。喘息様気管支炎を呈することは比較的多く、急性期には40%で喘鳴が認められる。肺炎としては元気で一般状態も悪くないことが特徴であるとされてきたが、重症肺炎となることもあり、胸水貯留は珍しいものではない。

抗菌薬による化学療法が基本であるが、ペニシリン系やセフェム系などのβ-ラクタム剤は効果がなく、一般的には、マクロライド系のエリスロマイシン、クラリスロマイシンなどを第一選択とするが、学童期以降ではテトラサイクリン系のミノサイクリンも使用される。特異的な予防方法はなく、流行期には手洗い、うがいなどの一般的な予防方法の励行と、患者との濃厚な接触を避けることである。

\*学校保健安全法における取り扱い(2012年3月30日現在)

明確には定められていないが、条件によっては、第3種の感染症の「その他の感染症」として、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまでの期間の出席停止の措置が必要と考えられる。

(国立感染症研究所感染症情報センターHPより)

(奈良県保健予防課・奈良県感染症情報センター)