

2. 医学からみたハンセン病

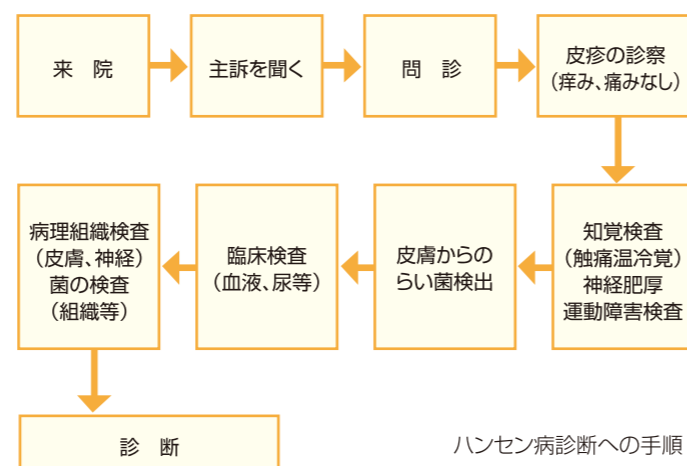
ハンセン病Q&A

ハンセン病は、「らい予防法」では療養所を中心とした隔離を治療の基本としていました。しかし、平成8年(1996年)に制定された廃止法によって、基本方針は一般の医療機関による外来診療へと大きく転換さ

れました。同時期に成立した「感染症法」においてもハンセン病は届け出が不要な疾患とされ、現在はいわゆる普通の疾患として保険診療が行われています。

Q どこで、どのように診察しているのですか?

新規患者のほとんどは、大学病院や一般の医療機関の皮膚科で診療を受けています。診断の手順は、皮膚症状、神経の所見、らい菌の証明、病理組織検査などを総合して判断します。ハンセン病は、皮膚症状やらい菌の多寡などから多菌型と少菌型に分類され、それにより治療法(薬の種類、内服期間)が違ってきます。国内にはハンセン病患者数が少ないので、特殊な検査は国立感染症研究所ハンセン病研究センターで実施されています。



Q どのように治療するのですか?

抗生物質を内服します。リファンピシン(結核の治療にも使われている殺菌力の強い薬)、DDS(スルホン薬)、クロファジミン(色素剤)の3種類の抗生物質を併用します(多剤併用療法)。この治療を行うと、短期間でらい菌は感染力を失います。ハンセン病は治る病気ですが、早期診断、早期治療、治療薬の確実な内服を心がけ、後遺症を残さず、耐性菌を作らないようにすることが大切です。らい菌が多い(多菌型)患者は1年から数年、らい菌の少ない(少菌型)患者は6カ月の内服で治癒します。



ハンセン病の治療薬

Q どのように感染し発症するのですか?

一般的な環境では非常にうつりにくい病気です。感染源となる可能性があるのは未治療のハンセン病患者ですが、日本では感染源になる人はほとんどいません。患者と結婚した人が発症することも非常に少ないと考えられています。感染経路に関する見解は現在も統一されていませんが、発症に大きく関与する感染の機会として、まだ抵抗性の発達が不十分な乳幼児期に、感染源となる未治療の患者と長い間一緒に生活したりすると、鼻腔粘膜などから感染(主に呼吸器感染)して、数年から数十年の潜伏期を経て発症する可能性があるといわれています。



らい菌(赤く棒状のもの、皮膚の検査、1,000倍拡大)



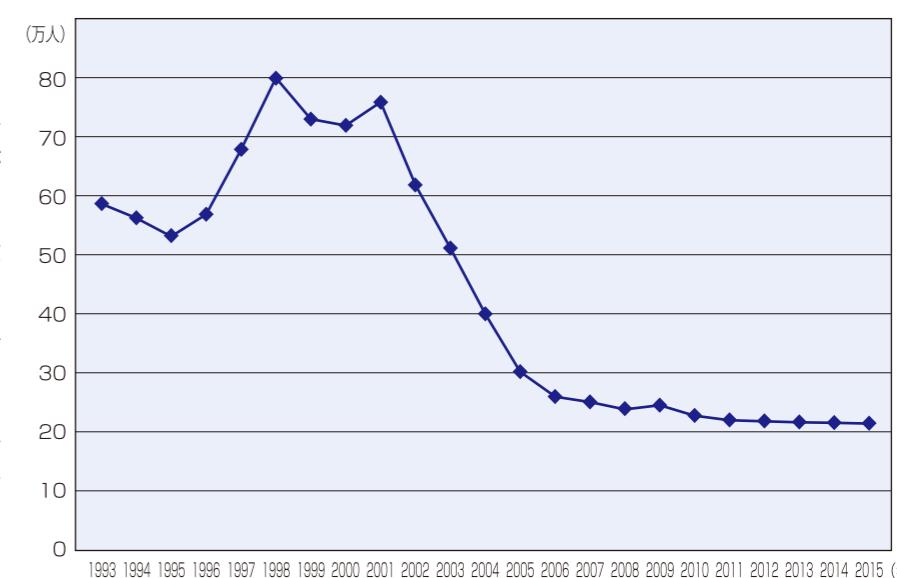
多菌型の患者。浮腫性で光沢のある紅斑で、一部には結節(しこり)が見られる。この結節部分を検査すると、らい菌を検出できる。



小指に軽度の変形がみられる患者。

世界のハンセン病新規患者数の推移(WHO)

ハンセン病は、公衆衛生や栄養状態、経済状態の悪い国々で見られます。これらの国では子どもでも発症することがあるため、早期発見と治療、予防が課題になっています。しかし医師の絶対的不足、貧困、ハンセン病に対する偏見や差別など大きな困難があります。WHOが掲げた目標値を達成し患者が減少していますが、国あるいはWHOのテコ入れが低下することが懸念されており、NGO等の地道な努力が求められています。



2015年の新規患者数が1,000人以上の国(WHO)

国名	新患者数	国名	新患者数
インド	127,326	ミャンマー	2,571
ブラジル	26,395	タンザニア	2,256
インドネシア	17,202	スリランカ	1,977
エチオピア	3,970	フィリピン	1,617
コンゴ民主共和国	4,237	マダガスカル	1,487
ナイジェリア	2,892	その他の国々	12,101
ネパール	2,751	世界合計	210,758
バングラデシュ	3,976		

日本のハンセン病新規患者数

