



전 세계 감염병 발생 동향

Global Infectious Disease Outbreak Update

요약

1. 홍역, 미주지역 Measles in the Americas

※ 「전 세계 감염병 발생 동향」 20호('26.6.5.) 관련 업데이트

'26년 미주지역 홍역, 8주 만에 확진자 2배 이상 증가하며 '04년 이후 최대 규모 유행 지속

- '26년(~역학28주) 미주지역 16개국 및 1개 준주에서 홍역 확진자 47,459명(사망 44명)이 발생함. 이는 '25년 동기간(5,123명) 대비 8배 이상 증가한 수치이며, '04년 이후 22년 만의 최대 발생 규모임
- 주요 발생국은 과테말라, 멕시코, 미국, 페루이며, 이들 4개국에서 전체 확진자의 95%가 발생함. 연령별로는 20~29세가 31%로 가장 높은 비율을 보였으며, 인구 10만 명당 발생률은 1세 미만인 28.2명으로 가장 높게 나타남. 또한 확진자의 73%가 백신 미접종자였으며, 홍역 염기서열 감시 데이터베이스(MeasNS)에 보고된 N-450 부위 염기서열 598건 중 D8형이 97.2%로 확인됨
- PAHO/WHO는 미주지역에서 대규모·장기간 홍역 유행이 지속되면서 홍역 퇴치 성과의 취약성이 나타나고 있다고 평가함. 특히 ① 5세 미만 아동(특히 1세 미만 영아)의 이환·사망 위험 증가, ② 이동성이 높은 젊은 성인에서의 상당한 전파, ③ 원주민 집단의 취약성이 현재 유행의 주요 역학적 특징으로 제시됨
- 국내 홍역 환자는 '24년 49명, '25년 78명, '26년 10명(8.12. 기준, 잠정통계)으로 모두 해외유입 또는 해외유입 관련 사례임. 홍역 감염을 예방하기 위해서는 해외여행 전 홍역 유행 국가를 확인하고, 출국 전 홍역백신 접종(2회) 완료를 권고함. 귀국 후 의심증상 발생 시 다른 사람과의 접촉을 최소화하고 마스크를 착용하고, 가까운 의료기관을 방문하여 해외여행력을 알린 후 진료받을 것을 당부함

2. 치쿤구니아열, 다국가 Chikungunya fever in Multi-Country regions

브라질과 인도 중심으로 치쿤구니아열 환자가 발생하며, 수리남, 프랑스령 기아나 등과 같이 지난 수년간 환자가 발생하지 않은 국가에서도 최근 다시 발생

- '26년 8월 11일 기준 전 세계 34개 국가에서 치쿤구니아열 환자 240,286건(사망 78건) 이상 발생한 것으로 확인됨
- 미주 지역에서는 브라질과 볼리비아, 아시아 지역에서는 인도에서 대규모 환자가 발생하였으며, 수리남, 프랑스령 기아나 등 지난 수년간 치쿤구니아열 환자 발생이 없던 국가에서 환자 발생이 보고됨
- WHO는 최근 수년간 여러 지역에서 대규모·광범위한 치쿤구니아열 유행, 치료제 부재, 제한적인

- 백신 사용, 기후·운송 수단에 의한 모기 분포 확대, 국제 여행 증가 및 우기 등의 요인으로 인해 치쿤구니아열 전파 위험을 증가시키며, 과거 환자가 발생하지 않은 지역에서 재출현한다고 설명함
- 국내에서는 치쿤구니아열 해외유입 사례만 보고되고, 전체 사례의 93%(‘25.7.25. 기준)가 아시아 지역을 방문함에 따라, 치쿤구니아열 유행 지역 여행 시 모기물림 예방 수칙을 준수하고, 국내 입국 후 2주 이내 의심 증상(발열, 관절통, 발진 등)이 나타나면 의료기관을 방문·의료인에게 해외 여행력을 알려 치쿤구니아열 진단에 협조할 것을 권고함

3. 찬디푸라바이러스 감염증, 인도 Chandipura virus infection in India

‘26년 인도 구자라트주에서 급성뇌염증후군(AES) 의심환자 184명 중 찬디푸라바이러스 감염증 확진 35명, 사망 22명(치명률 62.9%) 발생, 최근 20년 중 최대 규모였던 ‘24년 유행 이후 재유행

- 인도 구자라트주 보건당국은 ‘26년 8월 3일 현재 급성뇌염증후군(Acute encephalitis syndrome, 이하 AES) 의심환자가 184명 발생했으며, 이 중 35명이 찬디푸라바이러스감염증으로 확진됐다고 밝힘. 또한 ‘26년 7월 첫째 주 이후 찬디푸라바이러스(Chandipura virus, CHPV) 감염으로 총 22명의 소아가 사망했으며(확진자 기준 치명률 62.9%), 확진자는 모두 15세 미만으로 확인됨
- ‘24년 유행시 AES 환자 245명, 사망 82명(치명률 33%) 발생이 보고됨. 이는 최근 20년 중 최대 유행이며, 인도 43개 지역(district)에서 AES사례가 보고되었고, 이전 발생처럼 여러 지역에서 산발적으로 발생함. 보고된 총 245명의 AES 환자 중 64명에서 CHPV감염이 확인되었으며, 이 중 61명은 구자라트주에서, 3명은 라자스탄주에서 보고됨
- ‘03년 안드라프라데시에서 9개월~14세 소아를 중심으로 AES 환자 329명, 사망 183명(치명률 55.6%)이 발생함. 당시 경과가 매우 빠르게 진행되었고, 이후 연구에서 CHPV가 원인 중 하나로 제시됨
- 인도 구자라트주 보건당국은 매개체 관리를 위해 가축 사육 지역에 대한 대규모 살충제 살포를 실시하고, 흙집 균열 보수 등 거주지역 환경 관리를 지시함. 또한 증상있는 소아들을 산소 및 기계환기 지원이 가능한 중환자실에 즉시 입원시킬 것을 권고함
- WHO는 ‘24년 유행시 ①과거 20년 중 최대 규모의 유행, ②몬순기(우기) 동안 매개체 개체군 증식에 유리한 조건으로 향후 수 주간 추가 전파 가능, ③급속한 증상발현과 높은 치명률(56%~75%), ④특이 치료제 및 백신 부재로 대중적 관리에 의존, ⑤감시, 환자관리, 감염예방 및 통제, 감염진단을 위한 실험실 역량 등 공중 보건 시스템에 상당한 부담을 초래할 수 있다는 점을 근거로 국가 수준 위험도를 ‘중간(moderate)’으로 평가함. 다만, ‘24년 유행에 대한 평가로 ‘26년 유행에 대한 WHO의 별도 위험평가는 현재까지는 발표되지 않음

1. 홍역, 미주지역 Measles in the Americas

발생 상황

- '26년(~역학28주) 미주지역에서 홍역 확진자 총 47,459명(사망 44명)이 발생함. 이는 '25년 동기간(5,123명) 대비 8배 이상 증가한 수치이며, '04년 이후 최대 발생 규모이자 최근 22년 중 가장 큰 유행 수준임
- 주요 발생국은 과테말라, 멕시코, 미국, 페루 순이며, 연령별로는 20~29세(31%)가 가장 높은 비율을 보였고, 인구 10만 명당 발생률이 가장 높은 연령대는 1세 미만(28.2명)으로 확인됨. 또한 이 중 73%가 백신 미접종자였으며, 확진자 유전자 염기서열 분석에 의하면 97.2%가 D8형으로 확인됨

- 범미보건기구(PAHO)에 따르면, '26년(~역학28주) 미주지역 16개국 및 1개 준주에서 홍역 확진자 총 47,459명(사망 44명)이 발생함. 이는 '25년 동기간(5,123명) 대비 8배 이상 증가한 수치이며, '04년 이후 22년 만의 최대 발생 규모임¹⁾
- 또한, '26년 5월 29일 PAHO/WHO 역학경보 당시(~역학20주) 확진자 수와 비교해 8주 만에 2배 이상 증가하여 미주지역 홍역 바이러스 전파가 빠르게 가속화되고 있음을 시사함¹⁾

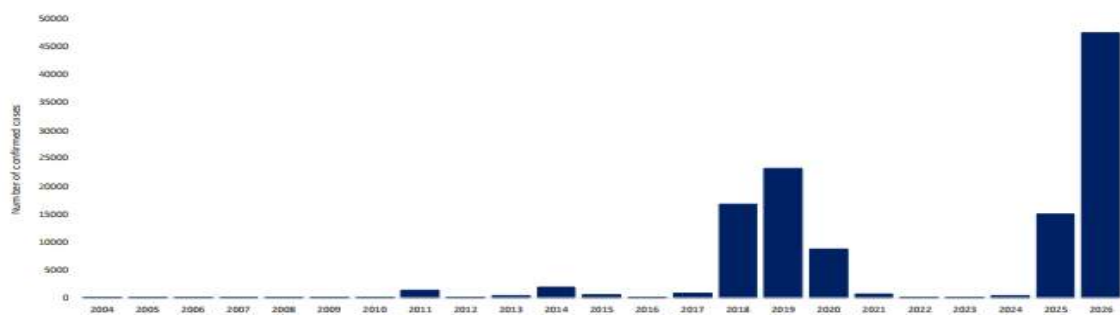


그림 1-1. '04년~'26년 역학 28주 기준 미주지역 연도별 홍역 확진자 발생현황¹⁾ (PAHO, '26.8.7.)

- '26년(~역학28주) 주요 발생국은 과테말라 30,371명(사망 26명), 멕시코 12,255명(사망 17명), 미국 (2,260명), 페루(1,277명) 순으로 발생했으며, 과테말라·멕시코·미국·페루에서 전체 확진자의 95%가 발생함. 그 외 캐나다*(1,107명), 볼리비아(65명), 엘살바도르(53명), 브라질(15명), 콜롬비아(14명), 온두라스(12명), 벨리즈(11명) 등에서 발생함¹⁾

* 캐나다는 홍역 사례에 확진(confirmed)과 추정(probable) 사례가 포함되며, 과테말라는 실험실 확진, 임상적 진단 및 역학적 연관 사례를 포함함

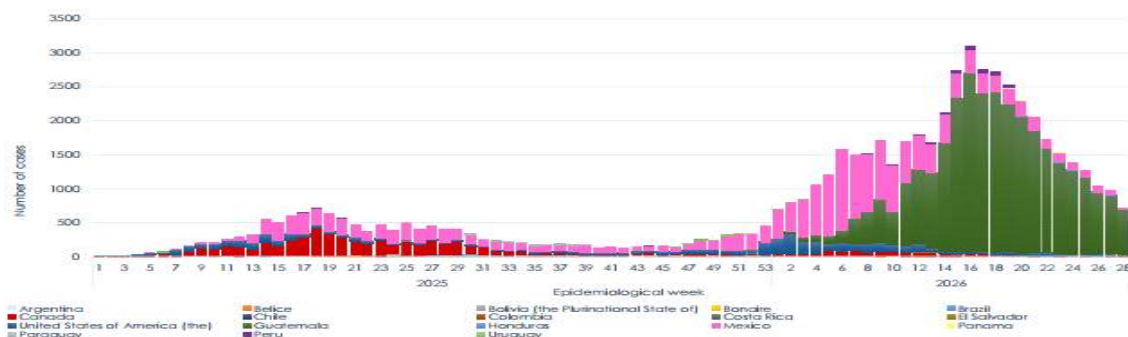


그림 1-2. '25년~'26년(~역학 28주) 미주지역 내 국가별 홍역 확진자 발생현황¹⁾ (PAHO, '26.8.7.)

- '26년 확진자 중 관련 정보가 확보된 46,541명을 기준으로 연령별 분포는 20~29세가 31%로 가장 높은 비율을 차지했으며, 10~19세(17%), 30~39세(16%) 순으로 나타남. 반면 인구 10만 명당 발생률은 1세 미만이 28.2명으로 가장 높았고, 20~29세 9.24명, 1~4세 8.6명 순이며, 30~39세 연령군까지 1명/10만 명을 초과하는 수준으로 유지됨¹⁾

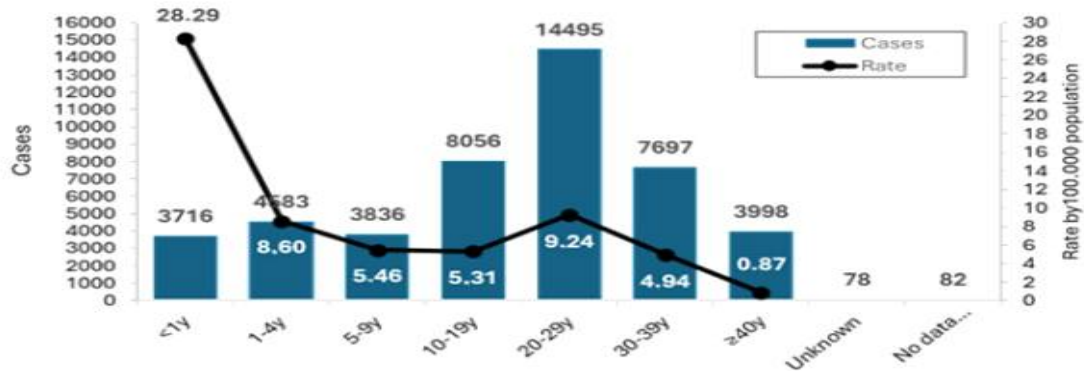


그림 1-3. '26년(~역학28주) 미주지역 연령별 홍역 확진자 및 인구 10만 명당 발생률 현황¹⁾
(PAHO, '26.8.7.)

- 예방접종력별로는 미접종자가 73%로 가장 높은 비율을 차지했으며, 접종력이 확인되지 않거나 불명확한 경우가 17%로 확인됨. 감염경로는 지역사회 감염 4%, 해외유입 관련 12%, 감염원 불명 27%, 해외유입 2%로 분류되었으며, 나머지 55%는 감염경로 정보는 확인되지 않음. '26년 확진자 중 홍역 염기서열 감시 데이터베이스(MeaNS)에 보고된 N-450 부위 염기서열 598건 가운데 D8형이 97.2%(583건), B3형이 2.8%(15건)으로 확인됨¹⁾

※ 전 세계 홍역 발생 현황('26.8.7 기준)

- ▶ WHO에 따르면 '26년 1월~7월까지 165개국에서 총 186,168명의 홍역 환자가 보고되었으며, 이 중 83,201명(44.69%)이 확진됨
- ▶ 확진 사례의 지역별 분포는 동남아시아(32%), 미주(27%), 동지중해(14%), 유럽(13%), 아프리카(9%), 서태평양(4%) 순임
- 특히, '26년 7월 기준 미주(23,165명)와 동남아시아(70,499명) 지역의 확진자 수는 '25년 연간 확진자 수 (미주 14,640명, 동남아시아 19,943명)를 이미 넘어선 상황임*

* 미주지역 확진자 수는 WHO 잠정자료 기준으로, PAHO 회원국 직접보고 기준(47,459명)과 집계 기준·시점이 상이함

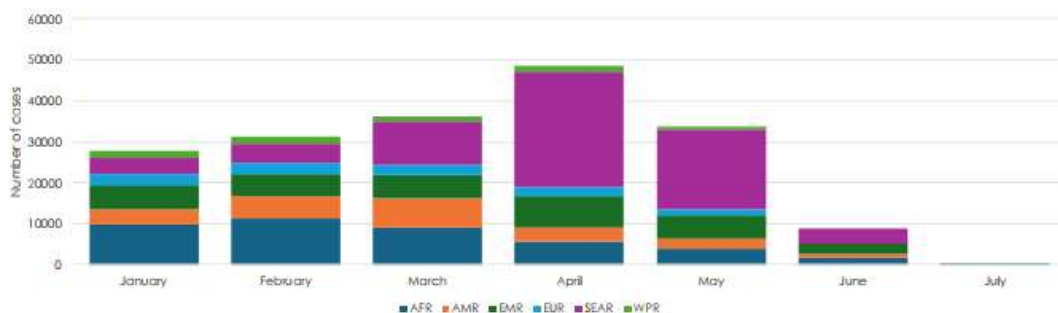


그림 1-4. '26년 1월~7월 전 세계 홍역 발생현황¹⁾
(WHO Provisional measles and rubella data(PAHO 재인용), '26.8.7.)

- '26년 미주지역 주요 홍역 발생 국가별 현황은 다음과 같음¹⁾

과테말라

- '26년(~역학28주) 과테말라는 전국 22개 주 전역에서 홍역 확진자 30,371명(사망 26명)이 발생했으며, 20~28주 사이에만 11,455명(사망 3명)이 추가로 확인됨. 주요 발생 지역은 과테말라주 11,496명(사망 4명 포함), 키체 2,302명(사망 7명 포함), 우에우에테낭고 1,797명, 솔룰라 1,464명(사망 2명), 토토니카판 1,058명(사망 2명), 치말테낭고 571명(사망 2명)임
- 연령별 분포는 20~29세가 37.2%(11,284명)로 가장 높은 비율을 차지했으며, 0~4세가 17.28%(5,284명, 이 중 1세 미만 2,755명), 10~19세가 14.76%(4,484명) 순으로 나타남. 연령별 발생률은 0~4세에서 가장 높았으며, 특히 1세 미만 영유아의 발생률이 인구 10만 명당 776.30명으로 가장 높았고, 20~29세가 인구 10만 명당 333명으로 뒤를 이음
- 전체 확진자 중 67.1%가 백신미접종자였고, 7,865명(25.9%)은 접종 이력이 불분명했으며, 1,150명(3.79%)만이 MMR 접종자였음. 또한 전체 확진자의 2,793명(9.2%)이 입원치료를 받았으며, 확진 환자 검체(88건)를 대상으로 유전자형 분석결과 D8 유전자형만 확인됨
- 사망자 26명 중 36%가 1세 미만 영아로, 1세~5세 미만의 사망 위험이 두드러짐

멕시코

- '26년(~역학28주) 멕시코는 31개 주에서 홍역 확진 12,255명(사망 17명)이 발생했으며, 주요 지역은 할리스코주 6,603명(사망 3명 포함), 멕시코시티 1,011명(사망 3명 포함), 치아파스 846명, 두랑고 573명(사망 1명 포함), 소노라 371명, 멕시코주 349명, 사카테카스 313명(사망 6명 포함)임
- 연령별 분포는 1~4세 12.1%(1,480명), 5~9세 11.9%(1,454명), 30~34세 11.8%(1,444명) 순으로 나타남. 인구 10만 명당 발생률은 1세 미만이 52.15명으로 가장 높았고, 1~4세 17.60명, 5~9세 13.95명 순으로 확인됨
- 예방접종률은 미접종자가 91.60%(11,226명)로 대부분을 차지했으며, 1회 접종자 6.05%(741명), 2회 이상 접종자 2.35%(288명)로 확인됨. 전체 확진자 중 1,589명이 입원치료를 받았으며, 이 중 584명이 할리스코주 출신이었음. 또한 확진 환자 검체(83건)에 대한 유전형 분석결과 D8 유전자형으로 확인됨
- 사망자 17명 중 13명은 예방접종률이 없었으며, 4명은 발진 발생 10일 이내에 1회 접종을 받은 사례였음. 사망자는 사카테카스(6명), 할리스코(3명), 멕시코시티(3명), 미초아칸·게레로·두랑고·시날로아·틀락스칼라(각 1명)에서 발생함

미국

- '26년(~역학28주) 미국에서는 홍역 확진자 2,260명이 발생했으며, 이 중 2,245명이 44개 관할지역에서 보고됨. 주요 발생지역은 사우스캐롤라이나(670명), 유타(518명), 텍사스(182명), 버지니아(176명), 플로리다(141명)임. 또한 미국을 방문한 국제 방문객 중 총 15명의 홍역 환자가 보고됨
- 전체 확진자의 93%(2,108명)가 집단발생(3명 이상 발생으로 정의)과 관련되었으며, '26년 총 34개의 집단발생이 확인됨

- 연령별 분포는 5~19세가 50%(1,130명)로 가장 많았고, 20세 이상 30%(672명), 5세 미만 20%(451명), 연령 미상 1% 미만(7명) 순으로 나타남. 인구 10만 명당 발생률은 1세 이상 5세 미만 아동에서 2.46명으로 가장 높았으며, 1세 미만이 2.24명으로 뒤를 이음
- 예방접종력은 미접종 또는 접종력을 알 수 없는 경우가 93%였으며, 1회 접종자 3%, 2회 접종자 4%로 확인되었으며, 접종력이 확인된 확진자 중에서는 5세 미만 9%, 5~19세 34%, 20세 이상 57%로 나타남. 전체 확진자 중 146명(6%)이 입원했으며, 입원환자의 31%(45명)가 5세 미만 아동으로 나타남. 유전자형 분석이 완료된 771건 중 D8형이 97%(747건), B3형이 3%(24건)였으며, D8형의 91%(683건)는 특정 염기서열(DSId 9171)로 확인됨

페루

- '26년(~역학28주) 페루는 8개 주에서 총 1,277명의 홍역 확진 사례가 발생했으며, 9주간(20~29주) 916명이 추가되어 이전보다 2.5배 이상 증가함. 환자는 주로 푸노주(1,061명), 리마주(25명)에서 발생함
- 연령별 분포는 20~29세가 36%(465명)로 가장 많았고, 10~19세 30%(380명), 5~9세 13%(161명) 순으로 나타남. 인구 10만 명당 발생률은 20~29세 연령군에서 8.88명으로 가장 높았으며, 0~4세와 10~19세 연령군이 각각 8.24명과 6.92명으로 뒤를 이음
- 예방접종력은 미접종자 54%(690명), 1회 접종자 3%(38명), 2회 이상 접종자 26%(332명)로 확인되었으며, 전체 확진자 중 143명이 입원치료를 받았으며, 확진 환자 검체(11건)를 대상으로 유전자형 분석결과 D8형과 B3형이 확인됨

캐나다

- '26년(~역학28주) 캐나다는 8개 주에서 총 1,107명(확진 1,025명, 추정 82명)의 홍역 사례가 보고됨. 지역별로는 매니토바(677명), 앨버타(311명), 브리티시컬럼비아(43명), 퀘벡(31명), 온타리오(29명) 순이며, 주간 발생은 역학 5주 90명으로 정점을 기록한 후 점차 감소하는 추세임
- '26년 전체 사례 중 1,063명(96%)이 지역 사례 감염, 34명(3%)은 해외유입, 10명(1% 미만)은 감염경로 불명 또는 조사 중으로 분류됨. 연령별 분포는 5~17세가 41%로 가장 많았고, 18세 이상 40%, 1~4세 15% 순으로 나타남. 예방접종력은 백신미접종자 86%, 1회 접종자 4%, 2회 이상 접종자 5%, 백신접종여부 미확인이 5%로 확인됨
- 전체 사례의 7%(75명)가 입원했으며, 선천성 홍역 확진 사례 4명이 보고되었으나 사망자는 없음. 유전자형 분석 결과가 있는 확진 사례 중 유전자형은 D8형(564건), B3형(12건)으로 확인됨

상황 평가

- PAHO/WHO는 미주지역에서 대규모·장기간 홍역 유행이 지속되면서 홍역 퇴치 성과의 취약성이 나타나고 있다고 평가함. 특히 ① 5세 미만 아동(특히 1세 미만 영아)의 이환·사망 위험 증가, ② 이동성이 높은 젊은 성인에서의 상당한 전파, ③ 원주민 집단의 취약성이 현재 유행의 주요 역학적 특징으로 제시됨
- '26년(8.12. 기준) 국내 홍역 환자는 총 10명 발생이 보고됨. 홍역 감염을 예방하기 위해서는 해외 여행 전 홍역 유행 국가를 확인하고, 출국 전 홍역백신 접종(2회) 완료를 권고함. 귀국 후 의심증상 발생 시 다른 사람과의 접촉을 최소화하고 마스크를 착용하고, 가까운 의료기관을 방문하여 해외여행력을 알린 후 진료받을 것을 당부함

- PAHO/WHO는 미주지역에서 대규모·장기간 유행이 지속되는 상황이 홍역 퇴치 성과의 취약성을 보여준다고 평가함. 특히 5세 미만 아동(특히 1세 미만 영아)에서 높은 발생 및 사망 위험이 나타나고, 이동성이 높은 젊은 성인층에서의 상당한 전파가 확인되며, 원주민 집단의 취약성이 현재 유행의 주요 역학적 특징으로 제시됨¹⁾
 - 이에 따라 전국적으로 MMR 2회 접종률을 95% 이상으로 유지하여 높은 집단면역을 확보하고, 조기 환자 발견을 위한 역학감시를 강화하는 한편, 긴 전파사슬의 형성을 차단할 수 있는 신속·효과적인 대응 역량을 확보할 필요가 있음을 강조함. 이를 통해 토착전파(Endemic transmission)가 없는 국가에서는 홍역 바이러스의 재유입 및 토착전파를 예방하고, 토착전파가 재출현한 국가에서는 홍역 퇴치 지위를 회복할 필요가 있음을 제시함
- PAHO/WHO는 지역별 전파 상황을 ① 환자 미발생 지역, ② 제한적 전파 및 확인 가능한 전파사슬이 존재하는 지역, ③ 지역사회 전파가 발생하는 지역의 3개 역학적 시나리오로 구분하고, 각 상황에 따라 대비·대응조치를 단계적으로 시행할 것을 권고함. 대응은 조정, 역학감시, 임상관리·감염예방, 예방접종, 위험소통 및 지역사회 참여의 5개 분야를 중심으로 추진하도록 제시함¹⁾
 - 특히 대규모 행사 및 국제여행은 홍역 바이러스의 국가 내 유입 및 확산을 촉진할 수 있는 요인으로 제시됨. 이에 대규모 행사 개최 시 적극적 환자 발견(Active Case Finding)을 통해 감시체계의 민감도를 높이고, 여행객에게 예방접종 및 홍역·풍진 관련 정보를 제공할 것을 권고함
- 해외여행객의 경우 생후 6개월 이상이면 홍역·풍진 백신 2회 접종력 또는 면역력을 확인할 수 없는 사람*은 홍역·풍진 백신 1회 접종을 권장하며, 홍역 또는 풍진 전파가 확인된 지역으로 여행하는 경우 가능하면 출국 2주 전에 접종하도록 권고함¹⁾
 - * 단, 생후 6~11개월 영아에게 시행하는 추가접종은 생후 12개월 이후 정규 1차 접종을 대체하지 않음
- 국내 홍역 환자는 '24년 49명, '25년 78명, '26년 10명(8.12. 기준, 잠정통계)으로 모두 해외유입 또는 해외유입 관련 사례임. 홍역 감염을 예방하기 위해서는 해외여행 전 홍역 유행 국가를 확인하고, 출국 전 홍역백신 접종(2회) 완료를 권고함. 귀국 후 의심증상 발생 시 다른 사람과의 접촉을 최소화하고 마스크를 착용하고, 가까운 의료기관을 방문하여 해외여행력을 알린 후 진료받을 것을 당부함²⁾³⁾

질병개요	홍역	〈Measles〉 ³⁾
정의	· 홍역 바이러스(Measles morbillivirus) 감염에 의한 급성 발열 및 발진성 질환	
방역이력 및 발생현황	· 법정감염병(제2급) · 국내에서는 2000~2001년에 대유행이 발생하여, 2001년 홍역 일제 예방접종 실시 후 급감 - 2006년 11월 국가 홍역퇴치를 선언, 2014년 3월 국가홍역퇴치 인증 - 해외유입에 의한 국내 환자 발생 및 유입사례 관련 소규모 유행 가능 · 전 세계적 백신 도입으로 발생이 크게 감소하였으나 사하라 이남 아프리카, 동지중해 일부 지역 등 토착 지역에서 여전히 주요 감염병이며, 선진국을 포함한 많은 국가에서 해외 유입 관련 유행이 지속 보고됨 * 2000년 대비 2021년 환자발생 72% 감소, 사망발생 83% 감소(MMWR 2022:71:1489-1495)	
병원체	· 홍역 바이러스(Measles morbillivirus)	
감염경로	· 에어로졸화 된 비말핵 공기매개 전파, 호흡기 비말, 환자의 비·인두 분비물과 직접접촉	
전염력	· 전염력이 매우 높음(밀접 접촉 환경에서 노출된 감수성자의 2차 발병률은 90% 이상)	
전염기	· 발진이 나타나기 4일 전부터 발진이 나타난 후 4일까지	
잠복기	· 7~21일(평균 10~12일)	
주요증상 및 임상경과	· 급성 발열성 발진성 감염병 · 전구기(3~5일간): 전염력이 강한 시기 - 발열, 기침, 콧물, 결막염, 특징적인 구강내 병변(Koplik's spot, 1~2 mm 크기의 회백색 반점) 등이 나타남 · 발진기: 전반적인 증상이 가장 심한 시기 - 발진은 바이러스에 노출 후 평균 14일(7~18일)에 발생하며, 5~6일 동안 지속되고 7~10일 이내에 소실됨 - Koplik 반점이 나타나고 1~2일 후 홍반성 구진상 발진(비수포성)이 목 뒤, 귀 아래, 몸통, 팔다리, 손·발바닥에 발생. · 회복기: 발진이 사라지면서 색소 침착을 남김 · 합병증 - 중이염, 기관지염, 모세기관지염, 기관지폐렴, 크룹 등의 호흡기 합병증, 설사, 급성뇌염, 아급성 경화성 뇌염(Subacute sclerosing panencephalitis, SSPE) 등	
진단	· 검체(비강도말, 구인두도말, 비인두도말, 혈액, 소변 등)에서 Measles morbillivirus 분리 · 검체(비강도말, 구인두도말, 비인두도말, 혈액, 소변 등)에서 특이 유전자 검출 · 검체(혈액)에서 특이 IgM 항체 검출 · 회복기 혈청의 항체가가 급성기에 비하여 4배 이상 증가	
치료	· 보존적 치료: 안정, 충분한 수분 공급, 기침·고열에 대한 대증치료	
환자관리	· 환자 격리 : 공기주의(격리 기간 : 발진 발생 4일 전부터 4일 후까지) * 면역저하자의 경우 의료진 판단 하에 격리기간 확대가 가능할 수 있음 · 접촉자 관리: 예방접종, 면역글로불린 투여, 증상 발생 모니터링	
예방	· 예방접종 - (소아) 생후 12~15개월, 4~6세에 MMR 백신으로 2회 접종 - (성인) 면역의 증거가 없는 '68년 이후 출생자는 접종(최소 1회)을 권고 * ① 확진된 홍역 병력, ② 홍역 백신 2회 접종력, ③ 혈청 검사에서 홍역 항체가 있는 경우 ※ 청소년, 대학생, 직업 교육원생, 의료종사자 및 해외여행자는 최소 4주 이상의 간격을 두고 2차 접종	

1) Epidemiological Alert Measles in the Americas Region (PAHO, '26.8.7.)

2) 감염병포털 전수감시감염병 2급 홍역 (질병관리청, '26.8.12.)

3) '26년도 예방접종 대상 감염병 관리 지침(질병관리청, '26.6.11.)

2. 치쿤구니야열, 다국가 Chikungunya fever in Multi-Country regions

발생 상황

'26년 8월 11일 기준 전 세계 34개 국가에서 치쿤구니야열 환자 240,286건(사망 78건) 이상 발생한 것으로 확인되며, 브라질(WHO/PAHO 기준 환자 116,095건)과 볼리비아(WHO/PAHO 기준 환자 41,944건), 인도(인도 보건부 기준 임상사례 70,511건) 중심으로 대규모 환자가 발생함. 또한 수리남, 프랑스령 기아나 등 지난 수년간 치쿤구니야열 환자 발생이 없던 국가에서 환자 발생이 보고됨

- '26년 8월 11일 기준 전 세계 34개 국가에서 치쿤구니야열 의심 및 확진환자 240,286건(사망 78건)* 이상 발생한 것으로 확인됨

* PAHO ARBO Portal('26.8.12.), 홍콩 착신통향 보고서('26.8.6.), 필리핀 언론보도('26.7.31.), 중국 CDC 보고서('26.7.23.) 기준으로 집계

- 발생 지역별로 살펴보면, 미주 지역(19개 국가-지역)에서 환자 180,635건(사망 78건), 서태평양 지역, 동남아시아 지역 및 동지중해 지역(10개 국가-지역)에서 환자 52,661건 이상(홍콩 공공보건국 및 필리핀 언론보도·중국 CDC 보고서 기준), 아프리카 지역(4개 국가-지역)에서 환자 약 6,870건(사망 0건), 유럽 지역 (1개 국가)에서 환자 120건(사망 0건) 발생이 확인됨

※ 일부 국가에서 확진 사례 및 사망 사례 통계를 공개하지 않음

- ECDC는 '26년 1월부터 7월 28일까지 EU/EEA 국가 및 속령을 제외한 25개국에서 치쿤구니야열 환자 219,522건(사망 81건)을 보고하며, 7월에 보고된 환자 수와 사망자 수(환자 6,746건, 사망 4건)가 6월(환자 41,959건, 사망 23건) 대비 감소하였다고 설명함¹⁾

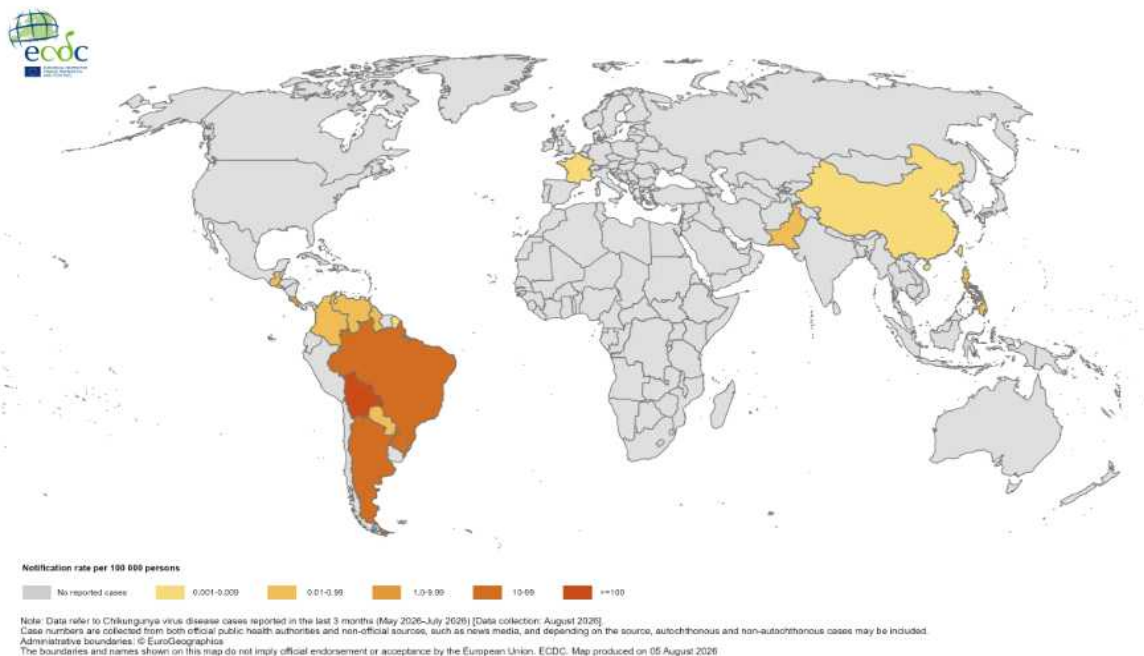


그림 2-1. 2026년 5월부터 7월까지 3개월간 인구 10만명당 치쿤구니야열 발생 신고율²⁾
(ECDC, '26.8월, 지도제작, '26.8.5.)

■ 미주 지역 (Region of the Americas)

- WHO/PAHO 자료에 따르면, 미주 지역 19개 국가에서 국가별 최종 보고일 기준(브라질 '26.8.8., 31주, 잠정 통계)으로 치쿤구니아열 신고 사례 180,635건(확진 69,308건, 사망 78건)을 보고하며, 브라질(환자 116,095건, 확진 49,375건, 사망 47건), 볼리비아(환자 41,944건, 확진 11,407건, 사망 27건), 아르헨티나(환자 12,114건, 확진 3,600건, 사망 2건) 등의 국가에서 대부분의 사례가 발생하고 있음³⁾
 - WHO/PAHO 자료에 따르면, '26년 31주까지 환자 수는 작년 동기간('25년 31주까지) 환자 220,900건(확진 102,162건, 사망 128건) 보다 낮은 수준이지만, 최근 치쿤구니아열 환자를 보고하지 않았던 수리남, 프랑스령 기아나 등에서 환자 발생 중³⁾
- 브라질 보건부는 '26년 8월 8일(역학 32주, 잠정 통계) 기준 추정환자(casos prováveis) 63,388건*(WHO/PAHO 기준 확진 49,375건, 사망 47건)을 보고하며, 전체 환자 중 여성(58.4%)과 연령 20대(16.6%)가 많이 차지하고 지역별로는 미나스제라이스(환자 15,235건, 인구 10만명당 발생률 71.2건), 마토그로수두술(환자 12,447건, 인구 10만명당 발생률 425.6건), 고이아스(환자 11,471건, 인구 10만명당 발생률 154.5건) 주 순서로 많다고 발표함⁴⁾
 - * 브라질 보건부 자료 기준 '26년 환자 수는 작년 동기간 대비 43.5% 감소함('25년 역학 32주까지 환자 112,289건, 확진 98,170건, 사망 124건 발생).⁴⁾ WHO/PAHO 자료 기준
- 볼리비아(WHO/PAHO 기준)는 '26년 7월 11일(27주, 잠정 통계) 기준 환자 41,944건*(확진 11,407건, 사망 27건)을 보고하며, 지역별로는 산타크루즈에서 환자가 가장 많이 발생했고 코차밤바와 타리하-라파스에서 환자가 많이 발생했지만, 최근 볼리비아 내 환자 수가 지속 감소 중이라고 설명함¹⁾³⁾
 - * WHO/PAHO 자료 기준 '26년 환자 수는 작년 동기간 대비 787.7% 증가함('25년 27주까지 환자 4,725건, 확진 3,714건, 사망 4건 발생)³⁾
- 아르헨티나 보건부는 '26년 1월 4일부터 8월 1일(30주, 잠정 통계)까지 확진 및 추정환자 3,611건*(사망 2건)을 보고하며, '26년 16주에 환자 수가 정점(446건)을 기록한 후 감소세 유지하고 있으며, 대부분 북서부 지역('25/26절기 총 3,618건 중 96.8% 차지)**에서 발생하였고, 전체 환자의 54%가 여성, 연령 45~65세에서 환자가 가장 많이 발생하였다고 설명함. 또한, 치쿤구니아열 감염에 의한 중증 환자 9건(이 중 2건 사망)을 보고함⁵⁾
 - * '25년 31주부터 53주까지 확진 및 추정환자 7건, '25년 31주부터 '26년 30주까지 확진 및 추정환자 3,618건⁵⁾
 - ** '25년 31주부터 '26년 30주까지 환자 총 3,618건 중 살타(2,261건), 투크만(702건), 후후이(284건), 산티아고 델 에스테로(233건) 등을 포함한 북서부 지역에서 환자 3,503건(96.8%) 발생⁵⁾
- 수리남(WHO/PAHO 기준)은 '25년 12월 일부 환자들의 증상 발생 이후('20년부터 환자 0건)* '26년 5월 16일(19주) 최종 보고 기준(최종 환자 발생일 4월 18일) 환자 7,484건(확진 3,389건, 사망 0건)을 보고함. 수리남 보건부는 치쿤구니아열 환자가 파라마리보와 브로코폰도에서 여전히 보고되고 있으며, 그 외 지역에서는 산발적으로 발생한다고 발표함³⁾⁶⁾²⁵⁾
 - * WHO/PAHO 자료 기준 '25년 치쿤구니아열 전체 환자 575건(확진 190건, 사망 0건) 발생³⁾
- 프랑스 보건부는 '26년 1월 26일 프랑스령 기아나('19년부터 환자 0건)에서 지역감염 환자가 발생한 이후 '26년 8월 2일(31주 잠정 통계)까지 확진환자 1,418건(사망 0건)을 보고함. 다만, 부문별 유행 양상이 달라 지역 전체 추세 해석은 제한적이며(서부 연안은 감소, 사바나 지역은 유행 지속·심화), 전체 확진환자 중 여성이 56%, 연령 중앙값은 35세, 입원환자 244건 중 분류된 242건 기준 중증 16건(7%), 모자간 전파 사례 1건 발생하였다고 설명함⁷⁾⁸⁾

- 그 외 발생 국가(WHO/PAHO 국가별 최종 보고일 기준)로 쿠바(환자 1,457건, 확진 114건, 사망 2건, '26.1.31. 기준), 코스타리카(환자 113건, 확진 71건, 사망 0건, '26.7.25. 기준), 베네수엘라(환자 33건, 확진 4건, 사망 0건, '26.7.25. 기준) 등에서 치쿤구니야열 환자 발생을 보고함³⁾

■ 서태평양 지역, 동남아시아 지역 및 동지중해 지역 (Western Pacific Region, South-Eastern Asia Region and Eastern Mediterranean Region)

- 홍콩 공공보건국 자료에 따르면, WHO 서태평양 지역, 동남아시아 지역 및 동지중해 지역 8개 국가·지역*에서 '26년 8월 6일 기준 치쿤구니야열 환자 52,180건을 보고함⁹⁾
* 홍콩('26년 누적환자 2건), 호주('26년 누적환자 55건), 일본('26년 누적환자 2건), 싱가포르('26년 누적환자 6건), 대만('26년 누적환자 11건), 인도('26년 누적환자 46,230건), 인도네시아('26년 누적환자 5,856건), 파키스탄('26년 누적환자 18건)
- 인도 보건부는 '26년 6월까지 임상사례(Clinical cases) 70,511건을 보고함. 이는 '25년 연간 발생(환자 75,784건)의 93.0% 수준이며, 지역별로는 카르나타카(환자 22,807건), 마하라슈트라(환자 19,587건), 구자라트(환자 9,052건) 순으로 많이 발생하였다고 발표함¹⁰⁾
- 인도네시아 보건부는 '26년 30주까지('26.8.8. 자료 추출) 치쿤구니야열 의심환자 6,138건을 보고함. 지역별로는 자와 텡아(환자 2,264건), 자와 바랏(환자 1,546건), 수마트라 우타라(환자 455건) 순으로 많았으며, '26년 1주(M1) 환자 발생이 '25년 동일 주보다 낮은 수준이라고 발표함¹¹⁾
- 필리핀 보건당국은 사마르 주에서 '26년 7월 동안 환자 372건 이상 발생하였다고 발표함(유행 선포지역 : 간다라바세이 2개 지역). 또한, 필리핀 사마르 주 간다라 지역 보건당국은 6월 28일부터 7월 4일까지 의심환자 84건(인구 천명당 발병률 23명)이며, 이 중 46건은 여성, 중위 연령은 30세라고 발표함¹²⁾¹³⁾
※ 일부 지역의 보도에서 발표한 수치로, 전국 공식 누계는 아님
- 중국 CDC는 '26년 6월 30일까지 광둥성, 후난성, 저장성, 후베이성 등에서 해외유입 환자 18건, 지역감염 환자는 9개 성·시에서 91건*을 보고함¹⁴⁾
* 광둥성 환자 76건(5월 집단발생 2건 보고 후 22일간 신규 환자 없어 유행 종료), 후난성 환자 3건, 저장성 환자 3건, 푸젠성 환자 3건, 후베이성 환자 2건, 산시성(陝西) 환자 1건, 상하이시 환자 1건, 윈난성 환자 1건, 허난성 환자 1건

■ 아프리카 지역 (Africa Region)

- 홍콩 공공보건국 자료에 따르면, WHO 아프리카 지역 4개 국가에서 '26년 8월 6일 기준 치쿤구니야열 환자 6,870건을 보고함⁹⁾
- 아프리카 CDC는 모리셔스(로드리게스 섬 포함)에서 '26년 30주까지 확진환자 6,782건(사망 0건), 세네갈에서 '26년 23주까지 확진환자 6건(사망 0건)*을 보고함¹⁵⁾¹⁶⁾
* 세네갈 확진환자 6건 중 여성 5건, 연령 15세 이상 3건, 주 증상은 근육통, 관절통, 두통, 구역(오심) 등이며, '25년 9개 지역에서 확진환자 10건(사망 0건) 발생하였다고 설명함¹⁶⁾
- 그 외 발생 국가(홍콩 공공보건국, '26.8.6. 기준)로 세이셸(환자 53건), 마다가스카르(환자 29건)에서 치쿤구니야열 환자를 보고함⁹⁾

■ 유럽 지역 (Europe Region)

- 프랑스 보건부는 본토(France hexagonale) 치쿤구니야열 지역감염 환자 15건('26년 5월 1일부터 8월 10일까지)과 해외유입 환자 105건('26년 5월 1일부터 8월 9일까지)을 보고함¹⁷⁾

- 지역감염 환자는 지롱드(환자 7건)와 타른(환자 8건) 도에서 보고하였고, 해외유입 환자는 프로방스-알프-코트다쥐르(환자 19건), 누벨-아키텐(환자 17건), 일-드-프랑스(환자 14건), 옥시타니(환자 13건), 오베르뉴-론-알프(환자 12건) 순으로 많이 발생하였다고 보고함¹⁷⁾

상황 평가

- WHO는 최근 수년간 여러 지역에서 대규모·광범위한 치쿤구니야열 유행, 치료제 부재, 제한적인 백신 사용, 기후·운송 수단에 의한 모기 분포 확대, 국제 여행 증가 및 우기 등의 요인으로 인해 치쿤구니야열 전파 위험을 증가시키며, 과거 환자가 발생하지 않은 지역에서 재출현한다고 설명함
- 국내에서는 치쿤구니야열 해외유입 사례만 보고되고, 전체 사례의 93%(25.7.25. 기준)가 아시아 지역을 방문함에 따라, 치쿤구니야열 유행 지역 여행 시 모기물림 예방 수칙을 준수하고, 국내 입국 후 2주 이내 의심 증상(발열, 관절통, 발진 등)이 나타나면 의료기관을 방문·의료인에게 해외 여행력을 알려 치쿤구니야열 진단에 협조할 것을 권고함

- WHO는 최근 수년간 여러 지역에서 치쿤구니야열이 대규모·광범위하게 유행하고, 치료제 부재, 제한적인 백신 사용, 기후와 운송 수단의 영향으로 모기 분포의 범위 확대, 국제 여행의 증가 및 우기로 인한 모기 번식으로 인해 치쿤구니야열의 전파 위험을 증가시켜 전 세계 공중보건 위험을 '중간'(정보 신뢰도 : 중간)으로 평가함¹⁸⁾
- 또한, WHO는 매개 모기의 지리적 분포 확대뿐만 아니라 부적절한 환경 관리, 매개 모기의 관리 및 감시체계 미흡, 정치적·인도주의적 위기로 인한 불안정한 보건 체계, 병원체 변이, 국제 이동 증가 등으로 인해 치쿤구니야열의 전파 위험이 증가하며, 과거 환자가 발생하지 않은 지역에서 재출현하였다고 설명하며, 조기 감시와 매개체 관리 및 지역사회 참여의 중요성을 강조함¹⁸⁾
- 美CDC는 치쿤구니야열이 유행하는 중남미 및 아프리카 일부 국가*에 대해 여행건강경보 2단계(강화된 예방조치 실행, Practice Enhanced Precautions)를 발령함¹⁹⁾
- * 니카라과('26.8.3.), 코스타리카('26.7.30.), 프랑스령 기아나('26.6.4.), 수리남('26.2.17.), 볼리비아('26.2.11.), 모리셔스('26.5.14.), 세이셸('26.2.5.)¹⁹⁾
- ECDC는 유럽에서 보고된 대부분의 치쿤구니야열 환자는 해외여행과 관련이 있고 '26년 8월 5일까지 프랑스에서만 지역감염 환자가 보고되어, 여행객에게 모기물림 예방 활동을 권고함¹⁾
- 美CDC는 여러 자가면역 질환 및 장기 이식 거부 반응 치료에 사용되는 B세포 억제·조절 약물*(특히, 항-CD20 단클론항체)이 모기와 진드기에 의해 전파되는 아르보바이러스** 질환의 신경침습 발생 위험(항-CD20 단클론항체 투여 환자에서 보고된 증례 기준 전체 사망률은 약 40%, 생존자 대부분 장기적인 신경학적 후유증 경험)을 증가시킬 수 있어, 모기나 진드기에 물리지 않도록 예방조치의 중요성을 강조함²⁰⁾
- * 리툽시맵(Rituximab 및 유사 의약품), 오크렐리주맵(Ocrelizumab), 오파투무맵(Ofatumumab), 우블리툽시맵(Ublituximab), 오비누투주맵(Obinutuzumab), 이브리투모맵 티옥세탄(Ibritumomab tiuxetan) 등이 해당²⁰⁾
- ** 美CDC는 이러한 사례 보고에서 가장 흔한 감염성 아르보바이러스로 웨스트나일 바이러스, 동부말뇌염 바이러스, 파와산 바이러스 등(그 외 제임스타운캐니언·라크로스·캐시밸라·포토시 바이러스)을 소개함²⁰⁾
- ※ 치쿤구니야열, 황열 등도 아르보바이러스 질환에 해당함²¹⁾²²⁾
- 브라질 보건부는 '26년 6월 20일까지 뎅기열과 치쿤구니야열 환자 수가 전년 동기간 대비 각각

73%, 46% 감소했지만, 올해 하반기부터 엘니뇨 영향이 강해져 매개 모기의 활동 증가에 유리한 환경을 조성할 것으로 예상하여, 각 주와 지방자치단체에 아르보바이러스 관련 경보를 발령함²³⁾

- 수리남 보건당국은 치쿤구니야열 환자 수가 크게 감소하며 유행 단계를 벗어났지만, 지속적으로 모기 번식지를 제거하고 물 저장 시설은 철저히 청소해야 한다고 설명하며, 상황을 모니터링하고 있다고 설명함²⁴⁾
- 중국 CDC는 기온 상승과 강수량 증가가 겹치고 해외유입 사례가 지속되면서, 매개 모기 관리가 취약한 지역에서 집단발생이 보고될 위험이 커지고 있어, 위험지역에 대한 모기 방제와 감시체계 강화가 필요하다고 평가함¹⁴⁾
- 국내에서는 '13년 최초 보고 후 '25년까지 79명의 해외유입 사례가 신고되었으며, '26년에는(8.12. 기준) 해외유입 사례 5명이 보고됨²⁵⁾. 추정 감염국으로는 국민이 선호하는 여행지인 아시아가 93%를 차지하였으며, 그 외에 남아메리카(수리남, 에콰도르, 파라과이), 아프리카(기니)도 확인됨('25.7.25. 기준)²⁶⁾
- 치쿤구니야열 유행 지역 여행 시 모기물림 예방 수칙을 준수하고, 입국 후 2주 이내 의심 증상 (발열, 관절통, 발진 등)이 나타나면 의료기관을 방문·의료인에게 해외 여행력을 알려 치쿤구니야열 진단에 적극적으로 협조할 것을 권고함²⁶⁾

1) Communicable Disease Threats Report, Week 32, 1-7 August 2026 (ECDC, '26.8.7.)

2) Chikungunya virus disease worldwide overview (ECDC, '26.8.12.)

3) PAHO ARBO Portal - Chikungunya (WHO/PAHO, '26.8.12.)

4) 아르보바이러스 감시 상황판. Painel de Monitoramento das Arboviroses (브라질 보건부. Ministério da Saúde, '26.8.12.)

5) 2026년 30주 역학보고서. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL N° 820 Semana epidemiológica 30 AÑO 2026 Desde 26/07 al 01/08 (República Argentina Ministerio de Salud, '26.8.10.)

6) BOG. 치쿤구니야열 확산 방지를 위한 협력의 중요성 강조. BOG benadrukt: samenwerking cruciaal bij indammen chikungunya (수리남 정부. Republiek Suriname, '26.1.28.)

7) 프랑스령 기아나의 보건 감시. 2026년 2월 5일자 보고서. Surveillance sanitaire en Guyane. Bulletin du 5 février 2026. (프랑스 보건부, Santé publique France, '26.2.6.)

8) 아르보바이러스 역학 감시 보고서. Surveillance épidémiologique des arboviroses. (프랑스 보건부, Santé publique France, '26.8.6.)

9) Latest situation on chikungunya fever, Provisional figures as of 6 August 2026 (Centre for Health Protection The Government of the Hong Kong Special Administrative Region, '26.8.6.)

10) Rajya Sabha unstarred question no. 1055 to be answered on 28th July, 2026 Surveillance data on monsoon-related diseases (Government of India Ministry of Health and Family Welfare, '26.7.28.)

11) 신종감염병 및 잠재적 유행에 관한 상황보고. Situation report Penyakit infeksi emerging dan potensial KLB/Wabah, Minggu ke-31 Tahun 2026 (Ministry of Health Republic of Indonesia, '26.8.8. (※ 수치는 30주까지 누적)

12) 언론보도 | DOH says chikungunya cases in Samar now under control (Republic of the Philippines Philippine News Agency, '26.7.31.)

13) 언론보도 | Chikungunya outbreak declared in two Samar villages (DailyTribune, '26.7.9.)

14) Risk assessment of public health emergencies concerned in China, July 2026 (China CDC, '26.7.23.)

15) Africa CDC Epidemic Intelligence Report (Africa CDC, '26.7.26.)

16) Africa CDC Epidemic Intelligence Report (Africa CDC, '26.6.14.)

17) 프랑스 본토에서의 아르보바이러스 감시 강화 조치 중간점검 결과(5월 1일~8월 9일) Bilan de la surveillance renforcée des arboviroses en France hexagonale du 1er mai au 9 août 2026 (Santé publique France, '26.8.12.)

18) Rapid risk assessment, acute event of potential public health concern - Chikungunya virus disease, Global (WHO, '26.4.24.)

19) Travel Health Notices (CDC, '26.8.12.)

20) Risk of Severe Arboviral Disease in Patients Receiving B Cell-Depleting or Modulating Medications (CDC, '26.8.11.)

21) Yellow Fever (CDC Yellow Book™, '25.4.23.)

22) Chikungunya (CDC Yellow Book™, '26.1.29.)

23) 브라질 보건부, 엘니뇨에 따른 전국 아르보바이러스 증가 가능성 경고 발령. Ministério da Saúde alerta estados e municípios sobre possível aumento de arboviroses no país devido ao El Niño (브라질 보건부. Ministério da Saúde, '26.7.22.)

24) 치쿤구니야열, 전국 유행 단계 종료. 경계 지속 필요. Chikungunya landelijk uit epidemische fase; alertheid blijft geboden (수리남 정부. Republiek Suriname, '26.8.11.)

25) 감염병 포털, 감염병 통계 대시보드 (질병관리청, '26.8.12.)

26) 보도참고자료 | 질병청, 치쿤구니야열 유입대비 상황 점검 (질병관리청, '25.7.29.)

3. 찬디푸라바이러스 감염증, 인도 Chandipura virus infection in India

발생 상황

인도 구자라트주 보건당국은 '26년 8월 3일 현재 급성뇌염증후군(Acute encephalitis syndrome, AES) 의심환자가 184명 발생했으며, 이 중 35명이 찬디푸라바이러스로 확진됐다고 밝힘. 또한 '26년 7월 첫째 주 이후 찬디푸라바이러스(Chandipura virus, CHPV) 감염으로 총 22명의 소아가 사망했으며, 확진자는 모두 15세 미만으로 확인됨

- 인도 현지보도에 따르면, '26년 8월 3일 현재 인도 구자라트주 보건당국은 급성뇌염증후군(Acute encephalitis syndrome, 이하 AES) 의심 환자 184명이 발생했으며, 이 중 35명이 찬디푸라바이러스(Chandipura virus, 이하 CHPV) 양성을 보였고, 아직 11건에 대한 검사가 진행 중이라고 밝힘¹⁾
- '26년 7월 첫째 주 이후 CHPV 감염으로 총 22명의 소아가 사망했으며, 확진자 중 7명은 현재 치료 중이고, 6명은 퇴원함. '26년 7월 14일 보도 당시 CHPV 양성 확진 7명, 사망 3명(소아) 대비 확진(7명→35명) 및 사망(3명→22명)으로 모두 증가하였으며, 확진자 기준 치명률은 62.9%임¹²⁾
- 확진자는 모두 15세 미만이며, 특정 마을이나 지역이 아닌 여러 지역에 걸쳐서 발생하였으며, 간디나가르, 사바르칸타(힘마트나가르), 파탄, 라지코트, 바브나가르 등 주내 여러 시·군의 공공 병원에서 전문의 관리 아래 치료받고 있음¹⁾
- 인도 당국은 '24년 CHPV 유행이 보고된 61개 지역 전체에 대해 방역 및 주민 홍보를 완료했으며, '26.7.14.기준 해당 61개 지역에서는 신규 발생이 보고되지 않았다고 밝힘. 신규 발생 지역에는 즉시 연무·살포·소독을 시행 중임²⁾

이전 대규모 유행

- '24년 유행시 인도 보건당국은 6월 초~8월 15일까지 AES 환자 245명, 사망 82명(치명률 33%) 발생을 보고함. 이는 최근 20년 중 최대 유행이며, 인도 43개 지역(district)에서 AES사례가 보고되었고, 이전 발생처럼 여러 지역에서 산발적으로 발생함³⁾
- 보고된 총 245명의 AES 환자 중 64명에서 IgM ELISA 또는 RT-PCR을 통해 CHPV감염이 확인됨, 확인된 64명 중 61명은 구자라트주에서, 3명은 라자스탄주에서 보고되었으며, 특히 구자라트주에서는 4~5년마다 CHPV 발병이 증가하는 추세를 보임³⁾
- '03년 안드라프라데시에서 9개월~14세 소아를 중심으로 AES 329명, 사망 183명(치명률 55.6%)이 보고됨. 이후 연구에서 CHPV가 해당 유행의 원인 중 하나로 제시됨³⁴⁾

표 3-1. 인도 찬디푸라바이러스 감염증(CHPV) 연도별 주요 유행 발생상황⁵⁾(L.Lodha et.al., 2025 발췌)

발생연도	지역	발생규모(명)	사망(명)	치명률(%)	연령	비고
2003	안드라프라데시 마하라슈트라	329	183	55.6	9개월 ~14세	대규모 유행
2004	구자라트	26	18 이상	78.3		
2005 ~2006	북부 텔랑가나	의심 90	49	54.4	15세 미만, 특히 0~4세	
2006	나그푸르 마하라슈트라	78	39	50	15세 미만	
2009	칸드하말, 오디샤	35	10		18세 미만	
2024	구자라트· 라자스탄 등	AES 245	82	33	1~15세	최근 20년 중 가장 큰 유행

※ 치명률 산출 기준이 연도별로 상이하므로, 연도 간 직접 비교에 주의 필요, 1965년(최초 분리), 1980, 2012, 2016년 소규모 산발 발생은 본 표에서 제외

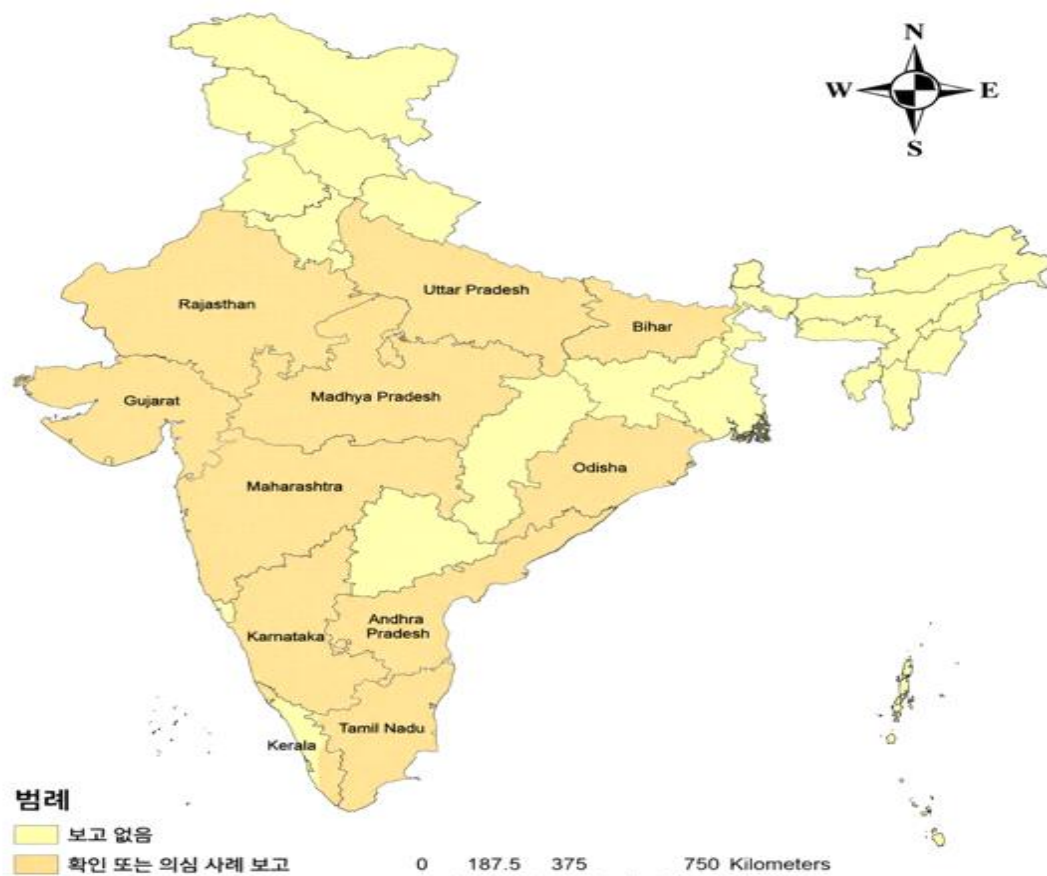


그림 3-1. 1965년~2024년 인도 찬디푸라바이러스 감염 발생 지역 현황⁵⁾
(L.Lodha et.al.자료활용, '25.10.27.)

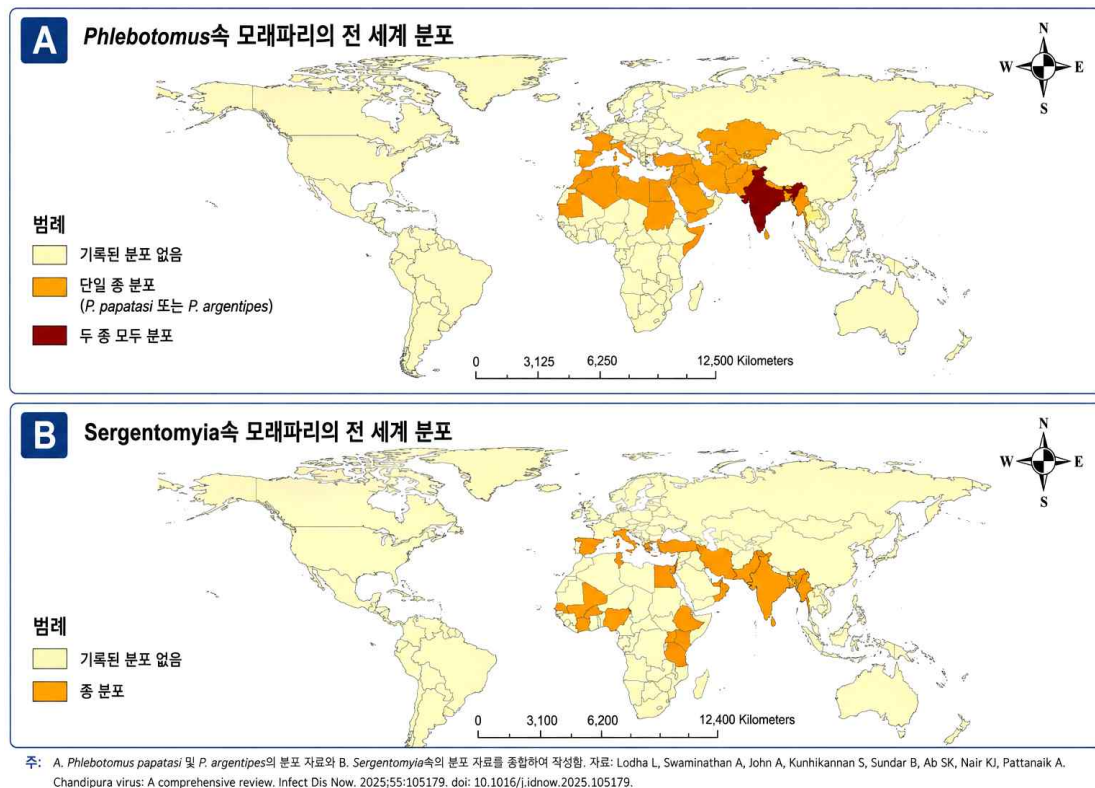


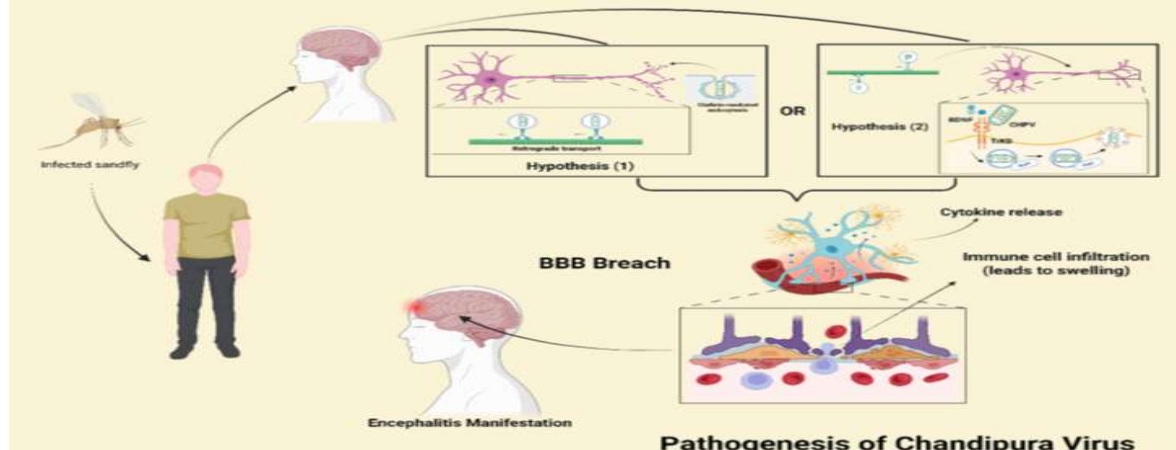
그림 3-2. CHPV 매개 가능 모래파리 전 세계 분포 현황⁵⁾ (L.Lodha et.al.자료활용, '25.10.27.)

상황 평가

- 인도 구자라트주 보건당국은 매개체 관리를 위해 가축 사육 지역에 대한 대규모 방제를 진행하고, 흙집 등 거주지역 환경 관리를 지시함. 또한 증상있는 소아들을 산소 및 기계환기 지원이 가능한 중환자실에 즉시 입원시킬 것을 권고함
- WHO는 '24년 유행시 ①과거 20년 중 최대 규모의 유행, ②몬순기(우기) 동안 매개체 개체군 증식에 유리한 조건으로 향후 수 주간 추가 전파 가능, ③급속한 증상발현과 높은 치명률(56%~75%), ④특이 치료제 및 백신 부재로 대중적 관리에 의존, ⑤감시, 환자관리, 감염예방 및 통제, 감염진단을 위한 실험실 역량 등 공중 보건 시스템에 상당한 부담을 초래할 수 있다는 점을 근거로 국가 수준 위험도를 '중간(moderate)'으로 평가함

- 인도 구자라트주 보건당국은 가축 사육 지역에 대한 대규모 살충제 살포, 거주지역 환경관리를 위해 흙집의 균열 관리를 지시함. 또한 다발성 장기부전 같은 심각한 상황을 예방하기 위해 모든 공공 및 민간 소아과 시설에 증상 있는 소아들을 산소 및 기계환기 지원이 가능한 중환자실에 즉시 입원시킬 것을 권고함¹⁾
- 찬디푸라바이러스(CHPV)는 *Rhabdoviridae*과 *Vesiculovirus*속에 속하는 절지동물매개바이러스로, 1965년 인도 마하라슈트라주 나그푸르 지역의 찬디푸라(Chandipura) 마을에서 처음 확인됨. 주로 15세 미만 소아에서 심각한 급성 뇌염을 유발하며, 발열 후 구토, 경련, 의식저하가 빠르게 진행하여 수일 내 사망할 수 있는 높은 치명률을 보이는 병원체로 알려짐⁴⁾⁵⁾

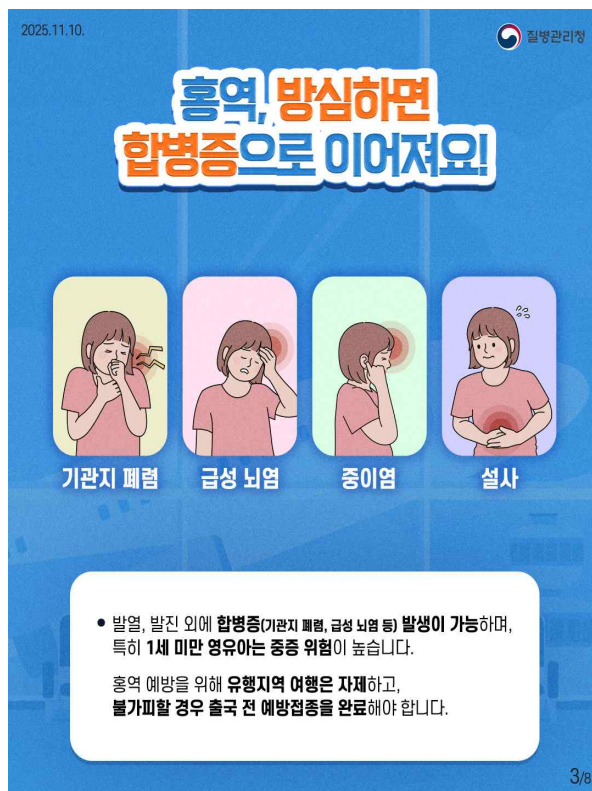
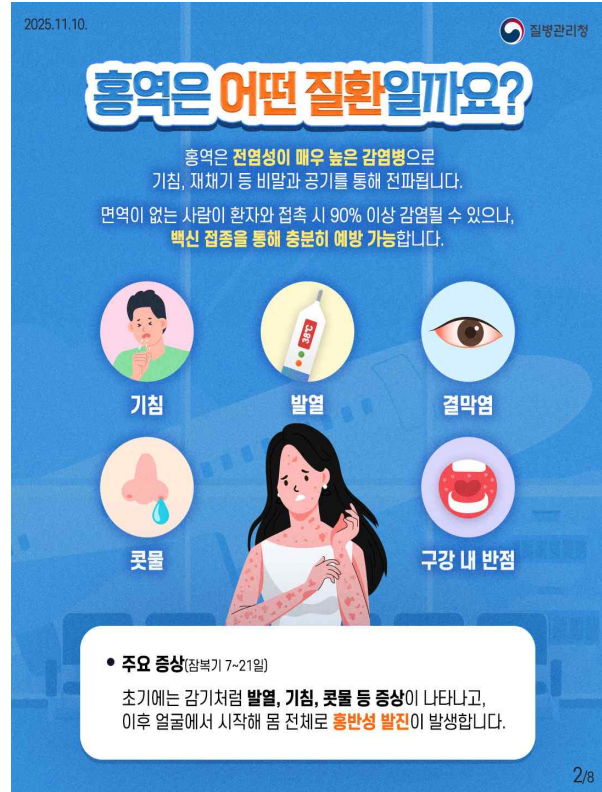
- WHO는 '24년 유행시 ^①과거 20년 중 최대 규모의 유행, ^②몬순기(우기) 동안 매개체 개체군 증식에 유리한 조건으로 향후 수 주간 추가 전파 가능, ^③급속한 증상발현과 높은 치명률(56%~75%), ^④특이 치료제 및 백신 부재로 대중적 관리에 의존, ^⑤감시, 환자관리, 감염예방 및 통제, 감염진단을 위한 실험실 역량 등 공중 보건 시스템에 상당한 부담을 초래할 수 있다는 점을 근거로 국가 수준 위험도를 '중간(moderate)'으로 평가함. 다만, '24년 유행에 대한 평가로 '26년 유행에 대한 WHO의 별도 위험평가는 현재까지는 발표되지 않음. 당시 WHO는 현재까지 여행 및 교역 제한을 권고하지 않고 있음³⁾
 - 현재까지 사람간 전파는 확인되지 않았으며, 인도 외 국가에서 환자가 보고된 사례가 없다고 평가함. 다만 동남아시아 지역에서 모래파리 매개체가 널리 분포하고 있어 인접국가에서도 매개체 분포를 고려할 필요가 있다고 언급함³⁾
 - 아울러 WHO는 한 연구를 인용해 CHPV가 아시아·아프리카의 다른 국가에도 존재할 가능성이 있다고 언급 하였으며, 다만 인도에서 타국으로 이동한 여행객에서 이 바이러스가 검출되었다는 근거는 없다고 밝힘³⁾
 - CHPV에 대한 특이적인 치료제와 허가된 백신이 없으므로 조기 진단과 적극적인 중환자 치료가 중요하며, 매개체 방제와 모래파리·모기·진드기 물림 예방이 가장 효과적인 예방전략이라고 밝힘³⁾
 - 이에 따라 WHO는 매개체 관리를 위해 ^①열악한 주거 환경 및 위생 여건(폐기물 관리 미비, 개방형 하수 등) 관리, 특이적인 치료제나 백신이 없으나 조기에 적절한 치료를 받을 수 있도록 ^②일선 의료 종사자의 증상 및 지정 시설로의 이송에 대한 지식 향상, 특히 ^③급성 발열 및 중추신경계 증상을 보이는 15세 미만 소아와 같은 위험군에 대한 감시 강화, ^④혈청 및 뇌척수액 검체의 적시 채취·이송·검사를 포함한 실험실 역량 확보, ^⑤지역주민 대상 효과적인 정보 제공 및 인식 제고를 권고함³⁾
- 찬디푸라바이러스 감염증은 사람 간 전파가 보고된 바 없고, 인도 이외 국가에서 환자 발생이 보고된 사례도 없어 국내 유입 위험은 낮을 것으로 보이나, '24년에 이어 '26년에도 구자라트주에서 유행이 반복되고, 몬순기(5~9월)에 발생이 집중되는 계절적 특성이 있어 인도 방문객을 대상으로 아래의 건강 수칙 준수를 권고함
 - 여행 전이나 여행 중에는 모래파리·모기·진드기 물림 예방을 위해 곤충 기피제를 사용하고, 긴 소매·긴바지를 착용하며, 방충망·냉방 시설이 갖춰진 숙소를 이용하고, 흙벽·축사 인근 야간 활동을 자제할 것
 - 귀국 후 발열, 구토, 경련, 의식저하 등 증상 발생 시 즉시 의료기관을 방문하고 인도 여행력을 알릴 것
 - 의료기관에서는 인도 여행력이 있는 15세 미만 소아에서 급성 발열과 중추신경계 증상이 동반될 경우, CHPV감염 가능성을 고려할 것

질병개요		찬디푸라바이러스 감염증 <Chandipura virus infection> ⁴⁾⁵⁾⁶⁾
정의		· 찬디푸라바이러스(CHPV) 감염으로 발생하는 급성 발열성 질환으로, 주로 소아에서 급성뇌염증후군(AES)으로 빠르게 진행할 수 있음
병원체		· <i>Rhabdoviridae</i> 과 <i>Vesiculovirus</i> 속의 외피 보유 단일가닥 음성 RNA 바이러스
병원소		· 자연 저장숙주는 명확히 규명되지 않음. 여러 동물에서 항체 또는 바이러스 관련 근거가 있으나 자연계 주요 저장숙주는 불명확함
전파 경로		· 주로 모래파리(<i>Phlebotomus papatasi</i>, <i>Sergentomyia</i> spp.)·모기·진드기 등 흡혈성 절지동물에 의해 전파되는 것으로 알려짐. WHO는 모래파리·모기·진드기를 가능한 매개체로 제시하며, 사람 간 전파는 현재까지 보고되지 않음 · 실험적으로 <i>Phlebotomus argentipes</i>에 의한 전파가 확인되었고, '12년 마하라슈트라 비다르바 지역의 모래파리(<i>Sergentomyia</i> spp.)에서 CHPV가 분리된 바 있음
 Pathogenesis of Chandipura Virus L. Lodha et al., 2025		
잠복기		· 명확히 규명되지 않음(단, 일부 문헌에서 모래파리에 물린 후 약 2~7일로 보고함)
주요 증상		· 갑작스러운 고열, 두통, 구토 등으로 시작해 의식변화, 경련, 혼수 등 AES로 빠르게 진행할 수 있으며 중증 소아에서 증상 발생 후 48~72시간 내 치명률이 가장 높음 ※ 문헌별 24~48시간, 48~72시간으로 상이하게 보고됨 · 대부분 초기 증상 후 2~3일 이내 발작이 나타나며, 이후 의식변화·혼수·편마비·뇌신경 마비가 빠르기 동반됨
치명률		· 과거 인도 유행에서 56~75%가 보고된 바 있으며, '24년 전체 AES 기준 치명률은 33%였음. ※ 사례정의·검사대상에 따라 직접 비교에 주의
진단		· 혈청·뇌척수액·인후도말 등에서 RT-PCR을 통한 바이러스 유전자 검출, IgM 항체 검사 및 바이러스 분리 등이 사용됨. 검체 종류와 채취 시점이 중요함
치료		· 대증요법(산소치료, 기계환기 등) * 현재 승인된 백신이나 특이 치료제 없음, 조기 진단과 중환자 지지요법 접근성이 생존율을 좌우함
예방		· 백신 없음 · 매개체 방제 및 거주지역 환경관리 · 모래파리·모기·진드기 물림 예방을 위한 곤충 기피제 도포, 긴 소매·긴바지 착용

-
- 1) 언론보도 | 22 children die of Chandipura virus in Gujarat, 7 under treatment (Indian Today, '26.8.3.)
 - 2) 언론보도 | 3 children dead, 4 on life support as Chandipura virus outbreak hits Gujarat (India Today, '26.7.14.)
 - 3) Disease Outbreak News: Acute encephalitis syndrome due to Chandipura virus-India (WHO, '24.8.23.)
 - 4) 논문 | Kanabar B. et al., Temporal Trends in Outbreaks of Chandipura Viral Infection in India: A Systematic Review (Cureus, '24.8월)
 - 5) 논문 | L. Lodha et al., Chandipura virus: A comprehensive review (Infectious Diseases Now, '25.10.27.)
 - 6) 논문 | AB Sudeep et al., Changing clinical scenario in Chandipura virus infection (Indian J Med Res., 2016.6월)

추가 정보 및 알림사항

홍역 카드뉴스



2025.11.10. 질병관리청

홍역, 국내 전파 가능 경로는?

해외여행

가정

직장

의료기관

홍역 환자

어린이집·학교

- 우리나라는 홍역 퇴치 인증(WHO, '14년)을 받았으나, 면역이 불충분한 영유아·성인이 해외에서 감염되어 가정, 의료기관, 학교 등으로 전파될 수 있습니다.
- 홍역 환자는 등교·출근을 자제하고, 진료 등 외출 시에는 마스크를 착용해야 합니다.

5/8

2025.11.10. 질병관리청

해외여행시, 홍역 예방수칙

▶ 여행 전

- 홍역 예방백신(MMR) 2회 접종력 확인*
*접종력은 질병관리청 예방접종도우미 누리집에서 확인 가능
- 접종 기록이 없거나 기록이 불확실하다면
출국 최소 4주 전 의료기관 방문하여 4주 간격 2회 접종

▶ 여행 중

- 사람이 많은 곳에서는 마스크 착용
- 흐르는 물에 30초 이상 비누로 손 씻기
- 기침할 때는 옷소매로 입과 코 가리기

▶ 여행 후

- 발열, 발진 등 의심증상 발생 시

- 입국 시 검역관에게 알리기
- 의료기관 방문 시 마스크 착용 및 타인과 접촉 최소화, 대중교통 이용 자제
- 의료진에게 '해외여행력' 알리기

6/8

2025.11.10. 질병관리청

홍역 예방접종 기준, 한눈에 확인하세요!

<연령별 홍역 예방접종 기준>

연령	접종 방법
생후 0~5개월	접종대상 아님
생후 6~11개월 (가속접종) * 홍역 유행 국가 출국, 학원·학사 접촉 등 신중한 면역 획득이 필요할 때 표준접종 외 시행	1회 접종 * 가속접종은 표준접종일정에 포함되지 않으며, 생후 12개월 이후 표준접종 일정에 맞춰 2회 접종 필요
생후 12~15개월 (표준접종)	1차 접종
4~6세 (표준접종)	2차 접종
청소년 및 성인*	※ 면역의 증가가 없는 경우 최소 4주 이상의 간격으로 2회(적어도 1회) 접종

* 1967년 12월 31일 이전에 출생한 경우, 홍역에 대한 자연면역이 있는 것으로 판단하여 접종 불필요

※ 홍역 면역의 증가가 없는 경우

과거 예방접종 기록이 없으면서 홍역에 걸린 적이 없거나
홍역 항체가 확인되지 않는 1968년 1월 1일 이후 출생자

7/8

2025.11.10. 질병관리청

해외여행 전·후 홍역 예방은 필수!

건강한 여행, 안전한 일상!

홍역 예방수칙으로 함께해요!

8/8

질병관리청 알림자료 > 홍보자료 > 카드뉴스에서 확인 가능

치쿤구니아열 카드뉴스

2025.7.31. 질병관리청

모기 매개 감염병, 치쿤구니아열

- 모기 감염으로 전파되는 감염병 -

치쿤구니아열, 치료제가 있나요?

치쿤구니아열 예방수칙은 있나요?

국내 전파 위험은?

✓ 치쿤구니아열이란?

- 모기를 통해 전파되는 급성 열성 질환
- 감염되면 고열과 관절통이 대표 증상

1/7

2025.7.31. 질병관리청

치쿤구니아열은 어떻게 감염되나요?

치쿤구니아 바이러스에 감염된 매개 모기
(이집트숲모기, 흰줄숲모기)에 물려 전파됩니다.

이집트숲모기

흰줄숲모기

사람 간 직접 전파는 발생하지 않으나,
드물게 수혈, 장기이식 등으로 전파되기도 합니다.

2/7

2025.7.31. 질병관리청

치쿤구니아열 주요 증상은?

고열

관절통

모기에 물린 후 1~12일 이후 증상이 발현되며,
갑작스러운 발열과 심한 관절통이 대표 증상입니다.

이외에도 두통, 근육통, 관절 부종, 발진이 발생하며,
심근염과 뇌수막염 등 중증 합병증도 일으킬 수 있습니다.

* 국내 환자의 주요 임상증상은 발열(84.5%), 근육통(63.4%), 관절통(50.7%),
피부질환(45.1%), 두통(32.4%) 순으로, 중증 합병증은 없는 것으로 확인

3/7

2025.7.31. 질병관리청

우리나라에도 발생하나요?

출처 : ECDC

아프리카 및 아시아 지역에서 풍토적으로 발생하며,
특히 인도양 주변 국가 및 동남아시아 지역에서 발생합니다.

국내에는 흰줄숲모기만 서식하고 있으며,
지금까지 모기에서 바이러스가 확인되지 않았습니다.

또한 국내 신고된 환자는
모두 해외방문 후 감염된 사례입니다.

* 2013년 첫 환자 유입 이후, 총 71명 신고(25.7.25. 기준)

4/7

2025.7.31. 질병관리청

치료제나 백신이 있나요?



치쿤구니아열에 **특화된 치료제는 없으며**
증상에 따른 **대증치료**를 합니다.



국내에는 **허가 및 상용화된 백신은 없습니다.**
(미국 및 EU 등 일부 국가에서는 제한적으로 사용)

5/7

2025.7.31. 질병관리청

해외유입 모기 매개 감염병 예방수칙

“모기에 물리지 않는 것이 최선의 예방법입니다.”

방문 전

- 방문지역별 주의해야 할 감염병 정보 확인하기
- 기피제 등 모기 기피 용품 및 상비약 준비하기

방문 중

- 풀숲, 산속 등 모기 많은 지역 피하기
- 밝은색 긴 옷 착용, 기피제 사용하기
- 취침 시 방충망·모기장 활용하기

입국 시

- 의심 증상(발열, 관절통 등) 있을 땐 검역관에게 알리기

귀국 후

- 2주 이내 증상 발생 시 의료기관 방문 및 여행 이력 알리기
- 귀국 후 현혈 보류기간(4주) 동안 현혈 금지

6/7

2025.7.31. 질병관리청



**질병관리청은 입국자 감시부터 환자 대응,
예방수칙 안내 등 치쿤구니아열의
국내 유입과 전파 차단에 최선을 다하겠습니다.**

7/7

질병관리청 알림자료 > 홍보자료 > 카드뉴스에서 확인 가능

「전 세계 감염병 동향」은 질병관리청 감염병포털 > 감염병소식 > 주간발생동향에서 확인 가능