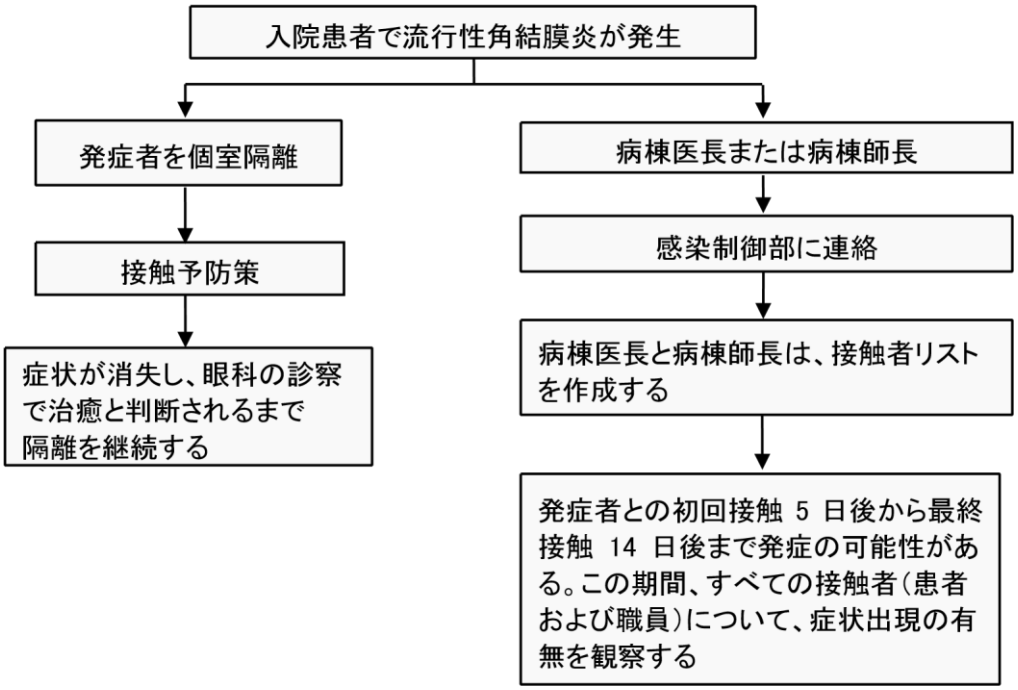
■流行性角結膜炎

流行性角結膜炎（EKC：epidemic keratoconjunctivitis）は、主に D 群のアデノウイルスによる疾患で、主として手を介した接触により感染する。アデノウイルスは種々の物理学的条件に抵抗性が強いため、その感染力は強い。特に、アルコールが作用するエンベロープを持たないため、アルコールの消毒作用が劣る。

■入院患者発症時のフローチャート



①患者接触後は石けんと流水による手洗いを実施する
②患者や患者周囲の物品・環境への接触時は、手袋と必要に応じてエプロンを着用する
③眼脂や涙の付着した清浄綿などは感染性廃棄物として廃棄する
④環境や器具は、0.1%次亜塩素酸ナトリウムによる清拭・消毒を行う
⑤腐食性のある器具は、ペルオキソ一硫酸水素カリウム製剤（ペルシールクリーン®）も使用できる

■伝播経路と疫学

流行性角結膜炎患者との接触により汚染されたティッシュペーパー、タオル、洗面器、患者周囲の環境等に触れるなどして感染する。年齢による頻度の差はみられない。 季節は 8 月を中心として夏に多く、年齢では 1～5 歳を中心とする小児に多いが、成人も含み幅広い年齢層にみられる。

■病原体

アデノウイルスは現在まで 49 種の血清型が知られているが、EKC を起こすのは D 群の 8、19、37 型である。まれに、B 群の 11 型、E 群の 4 型も病因となりうる。

■臨床症状

潜伏期は 8～14 日。急に発症し、眼瞼の浮腫、流涙を伴う。感染力が強いので両側が感染しやすいが、初発眼の方が症状が強い。耳前リンパ節の腫脹を伴う。角膜に炎症が及ぶと透明度が低下し、混濁は数年に及ぶことがある。時に結膜炎が出血性となり、出血性結膜炎（EV70, CA24 変異株による）や咽頭結膜熱との鑑別を要することがある。

■病原診断

眼ぬぐい液や結膜擦過法によりアデノウイルスを分離することが、病原診断の基本である。迅速診断法として ELISA やクロマトグラフィー法（アデノクロン、アデノチェック）がある。

■治療と予防

対症療法として抗炎症剤の点眼を行い、角膜に炎症がおよび混濁がみられるときは、ステロイド剤を点眼する。細菌の混合感染の可能性に対しては、抗菌剤の点眼を行う。眼の分泌物の取扱いと処分に注意し、流水と石けんによる手洗いをきちんと行う。点眼瓶類がウイルスで汚染されないように注意をし、汚染された病院内の器具類はオートクレーブで滅菌するか、あるいは次亜塩素酸、ヨード剤などで消毒する。予防の基本は接触予防策の徹底である。

■疑い患者の外来来院時対応

受付・外来問診等で眼瞼浮腫、充血や眼脂が強く、流行性角結膜炎発症が疑われる患者が外来受診した場合は特殊診察室へ誘導し診察を行う。診察後は患者に使用した器具および患者が接触した環境は次亜塩素酸（腐食が懸念される器具は界面活性剤入りクロス）等による消毒を行う。

■入院患者の発症

入院患者で流行性角結膜炎を発症した場合、または発症が疑われる場合、担当医はリスクマネージャーへすみやかに連絡し、リスクマネージャーは感染制御部門に報告し、以下の接触感染対策をとる。

1) 個室隔離とし、医療器具は個別化する。
2) 入室していた病室、ベッド周囲環境、共有環境（手洗い場やトイレ等）の環境消毒を行う。
3) 患者接触後は石けん・流水による手洗いを実施する。
4) 患者や患者周囲の物品・環境への接触時は、手袋と必要に応じてエプロンを着用する。
5) 眼脂や涙の付着した拭き綿などは感染性廃棄物として処理する
6) 環境は、0.1%次亜塩素酸ナトリウム等の塩素系消毒薬による清拭を行う。

7) 器具は腐食性のないものは 0.1%次亜塩素酸ナトリウムによる消毒を行う。腐食性のあるものはペルオキソ一硫酸水素カリウム製剤（ペルシールクリーン）等も使用可能である。

8) 同一病棟で複数例発症した場合は院内伝播が疑われるため、アウトブレイクの発生を念頭に置き診療科とベッドコントロールを含めた感染対策を検討する。

■職員の発症

職員が流行性角結膜炎を発症した場合または発症が疑われる場合は、リスクマネージャーは感染制御部に報告する。原則として発症から 2 週間は出勤を控える（眼科の診断書が必要）。