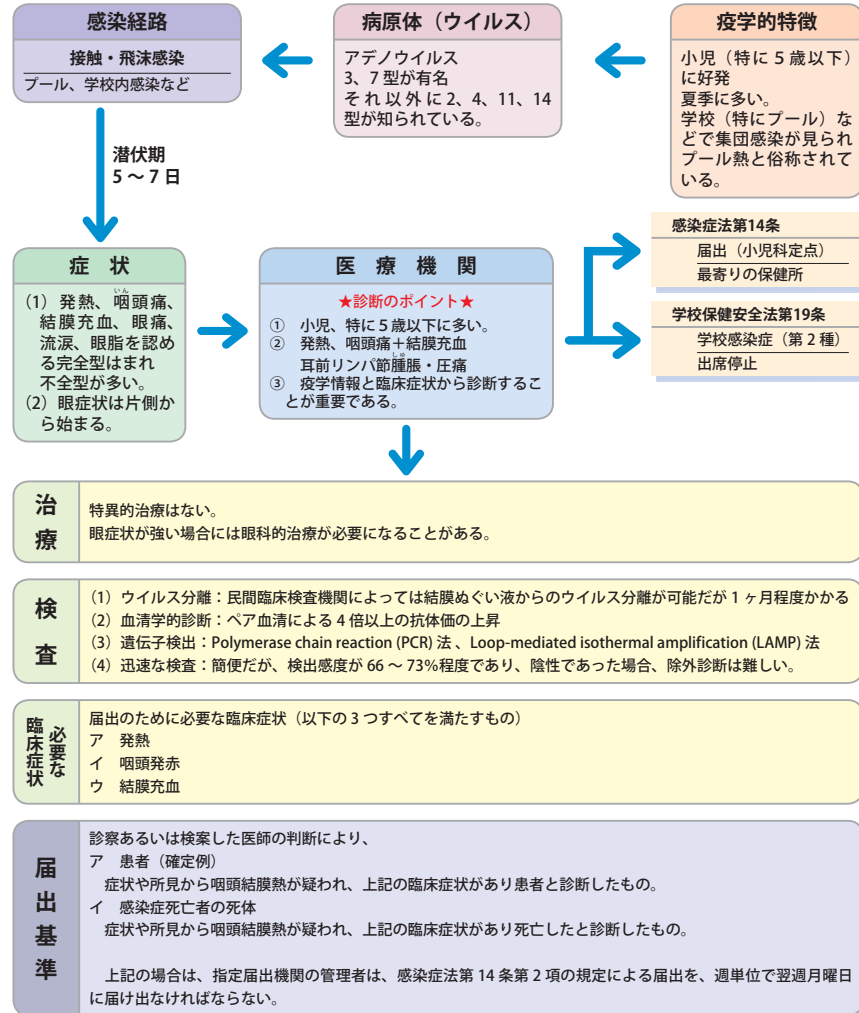


(3) 咽頭結膜熱 ……五類感染症・小児科定点
Pharyngoconjunctival fever (PCF)



参考図書

- (1) Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed: pp1787-1794
- (2) Infectious Diseases, 3rd ed: pp1601-1602
- (3) 咽頭結膜熱とは；国立感染症研究所感染症疫学センター
- (4) Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings

発生状況 小児、特に5歳以下に多い。季節的には夏に多い。

臨床症状 発熱、咽頭痛、結膜充血・眼痛・眼脂・羞明を認め、3～5日間程度持続する。眼症状は一般的に片方から始まり、その後他方にも出現する。また、結膜の炎症は下眼瞼結膜に強く、上眼瞼結膜には弱いとされる。生後14日以内の新生児に感染した場合は全身性感染を起こしやすいことが報告され、重症化する場合があることが報告されている。結膜炎発症後、約50%に多発性角膜上皮下浸潤が見られる。1～2週間で治癒する。鑑別診断：急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎

検査所見 原則、臨床診断であり、日本で簡便に使用できる精度の高い検査はない。
(1) 遺伝子検出：PCR法、LAMP法
特異性・感度ともに高い。
(2) アデノウイルスの分離
検体は結膜ぬぐい液。同定に約数週間から1か月程度要する。一部の民間臨床検査機関で対応可。
(3) 血清学的診断
初診時と2週後のペア血清で4倍以上の抗体価の上昇。
(4) アデノチェック® (感度57%、特異性100%)、アデノクロン® (感度60%、特異性100%)
による抗原検査検体は、発症4日以内遅くとも1週間以内の結膜擦過物を用いる。検出に要する時間は、アデノチェック®は10～15分、アデノクロン®は70分。陽性では感染を確定診断可。しかし、陰性でも感染を否定はできないため、検査の解釈には注意が必要であり推奨されない。

病原体 アデノウイルス (adenovirus) 3、7型

感染経路 接触感染、飛沫感染
家族内感染：タオル共用あるいは患者が触れた物を介して感染
院内感染：検査器具、点眼薬、医療従事者の手指を介して感染
プール、学校、職場内感染

潜伏期 5～7日

行政対応 指定届出機関 (小児科定点) の管理者は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に年齢・性別ごとの患者発生数を届ける。学校保健安全法では、主要症状が消退した後2日を経過するまで、出席停止。

拡大防止 アデノウイルスは熱に弱いので高圧蒸気滅菌酸化やエチレンガス滅菌は有効である。煮沸可能な器具やタオルは煮沸消毒が有効 (100℃で5秒、あるいは56℃で5分)。患者の眼や顔に触った手で触れた物を介して感染するので、患者の触れた物は、アルコールで拭く。医療従事者は検査の際手袋をはめ、検査後流水と石けんを用いて手指衛生を行い、ペーパータオルで拭き取った後、速乾性手指消毒薬を手指に擦り込む。各種滅菌方法が有効なので滅菌できる器具は滅菌し、滅菌できないものは消毒液に30分以上浸漬した後水洗いする。浸漬用消毒薬には2～3.5%グルタール、0.05～0.1%次亜塩素酸ナトリウム、80%消毒用エタノール、1.0～0.2%のポビドンヨードを用い、各30分間以上浸漬する。

治療方針 治療は感染予防と対症療法である。抗菌薬は、細菌感染症の合併が無い限り原則不要である。