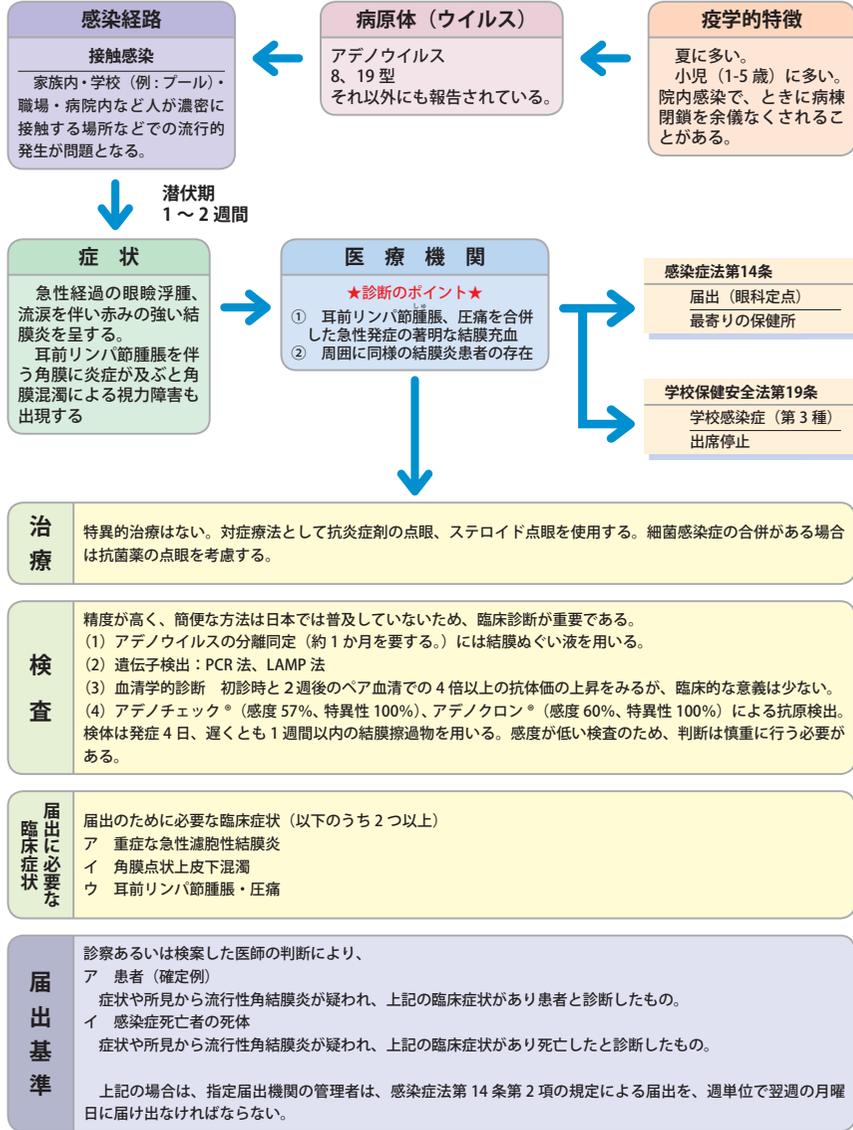


(12) 流行性角結膜炎 ……五類感染症・眼科定点

Epidemic keratoconjunctivitis (EKC)



参考図書

- (1) Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed: pp1787-1793
- (2) 国立感染症研究所 流行性角結膜炎とは
https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/528-ekc.html

参考図書

- (3) 日本眼科学会 第6章 院内感染対策 <http://www.nichigan.or.jp/member/guideline/conjunctivitis-6.pdf>

発生状況

感染症法施行後の発生動向調査によると、全国約600の眼科定点からの報告では2013年に報告数20,606（定点当たり報告数30.21）、2014年に20,233（29.62）、2015年に25,037（36.44）となっている。季節としては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。

臨床症状

流涙、結膜充血、眼脂が主症状だが、眼脂より流涙、結膜充血を訴えるのが特徴である。片眼発症後2～3日で両眼に発症、耳前リンパ節腫脹と圧痛を認める。眼球結膜は充血浮腫状を呈し、眼瞼結膜に強い充血、ろ胞形成、混濁が見られる。乳幼児や小児、高齢者では偽膜をつくりやすい。鑑別診断：咽頭結膜熱、急性出血性結膜炎、ヘルペスウイルス結膜炎、クラミジア結膜炎

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。

病原体

アデノウイルス（adenovirus）8、19型が多い。

感染経路

接触感染：患者の眼や顔を触った手で触れた物を介して感染する。
家族内感染：共用のタオルあるいは患者が触れた物を介して感染。
学校、プール、職場内感染。
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。
結膜炎症状がある間は、感染の危険性あり。

潜伏期

1～2週間

行政対応

指定届出機関（眼科定点）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出る。学校保健安全法では、病状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで、出席停止。

拡大防止

患者や接触者、医療従事者の手指の消毒、器械や器具の消毒、点眼時の注意は前述の咽頭結膜熱、急性出血性結膜炎の項を参照。
院内感染：外来では結膜充血が強くアデノウイルス感染が疑われる患者は検査の前に一般の患者から離して早急に診察し診断を確定する体制が重要で、再来患者は診療の最後に受診させ、他の患者と接触しない場所（椅子）で待っていただき、できれば専用の細隙灯顕微鏡で診察する。この際、患者に非常に感染性が高い疾患であることを説明し了解を得ることが大切である。院内で発症した際は、散瞳薬や表面麻酔薬などの共通の点眼薬を中止し、個々の患者に必要な点眼薬を処方する。医師や看護師は手袋をはめて検査を行い、検査後は、水と石鹸による十分な手指衛生と速乾性手指消毒薬を併用する。併せて、器械や器具の消毒を行ってビニール袋に捨てる。これを1人の診察・処置が終了することに行う。入院患者では初めの発症はほとんど手術眼である。術眼には多くの場合結膜充血があり発見が遅れる原因となる。病棟で発症した時は速やかに診断し、退院可能な患者はできるだけ早期退院させる。退院できない場合は個室に収容する。感染者が続発する場合は、病棟閉鎖も考慮に入れて適切な消毒対策をし、保健所と相談し対応する。

治療方針

対症療法が中心となる。症状が強い場合は、低濃度副腎皮質ステロイド薬点眼あるいは非ステロイド系抗炎症薬点眼などを考慮する。糸状角膜炎や広範囲の角膜上皮剥離出現時にはヒアルロン酸ナトリウムなどの点眼を、多発性角膜上皮下浸潤に対しては副腎皮質ステロイド点眼薬を処方する。
抗菌薬は、細菌感染症の合併が無い限り原則不要である。