

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q19（標準予防策、消毒、感染性廃棄物、アメーバ赤痢）

当院に入院した「アメーバ赤痢」疑い患者への院内感染対策について、ご指導下さい。

臨床症状からアメーバ赤痢疑いとなっており、現在検査結果待ちの状態です。その間、アメーバ赤痢を前提に院内感染対策を行っており、患者は30代の男性でオムツ等の取扱はありません。個室入院にて、標準予防策＋接触予防策で対応していますが、患者は個室備え付けのトイレを使用しています。トイレの便座等の消毒はアルコール、0.2%次亜塩素酸ナトリウムにて行っていますが、排便後の便等をそのまま下水に流してしまっているのかとの意見が出ています。排便後のトイレの中に次亜塩素酸ナトリウムを入れるなどは意味があるのでしょうか。

それともポータブルトイレを使用してもらい次亜塩素酸ナトリウム等につけおきした後、院内の汚物処理上にて廃棄すべきでしょうか。

A19

アメーバ赤痢は原虫である赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) を病原体として結腸に形成された潰瘍性病変により臨床的に血液や粘液の混じる水様便、しぶり腹や腹痛を高頻度に伴う病態を意味しますが、現在の感染症法では腸管外に形成された病変（肝膿瘍や皮膚病変など）をも含め5類感染症「アメーバ赤痢」として報告の対象としております。今日のわが国での本疾患のハイリスクグループは男性同性愛者、発展途上国からの帰国者（来日者）と知的障害者・精神障害者施設入所者です。感染は本原虫に感染したヒトの糞便が直接、或いは汚染飲食物を介して間接的に新たな宿主に伝播して成立します。感染性を持つ原虫形態は成熟した嚢子（シスト）のみであり、臨床的に急性赤痢症状を示す症例から検出される栄養型の感染性は無視できるほど低いとされます。このため赤痢アメーバ感染者では無症候期に糞便中に排出されるシストが大きな問題になります。感染者では1日に1000万個以上に及ぶ大量のシストが糞便とともに排出され、ヒトでの感染実験からはこのうち2000～4000個のシストの経口摂取で安定的に感染が成立し、さらにごく少数のシストによっても感染が成立するほど強い感染力を持つことが知られます。シストは水中や湿性環境下で数週～数ヶ月程度感染力を保持しますが、乾燥に対しては抵抗力が弱く（手指の皮膚表面上で10分以内に死滅）、さらに、日光や加熱に対する感受性も高いことが知られます。ヨードや塩素などは高濃度でなければ消毒効果を認めないとされます。

ご質問の「アメーバ赤痢」疑い患者の扱いは、標準予防策＋接触予防策対応で十分です。診療、看護においては手袋、エプロンを着用し、手洗い（手指消毒）を励行することとし、使用済みのリネン類は熱水消毒後に乾燥、医療器具は（他の病原細菌汚染の可能性もあるため）エタノール等で消毒します。

個室備え付け便器の便座等に対する消毒は、失禁等により糞便が付着した場合を除き不要です。便座などの肉眼的汚染に対しては、汚染物の除去と次亜塩素酸ナトリウムやエタノール消毒、乾燥により対処します。赤痢アメーバは乾燥下で短時間内に不活化するため、トイレ周囲等の環境は清拭後、乾燥状態を保つ必要があります。

排水処理施設が設置されていない医療機関では、この原虫に汚染された糞便を加熱消毒（データ上は50～70℃で不活化）、或いはオートクレーブ処理による消毒後に廃棄することが望ましいと考えます。便器内に次亜塩素酸ナトリウム等の消毒薬を注入しても本原虫に対する消毒効果の有効性は証明されておらず、使用は勧められません。

いずれにしても、赤痢アメーバ症が医療機関内で集団発生したとする報告は極めてまれであり、この原虫感染症は標準予防策と接触予防策により十分コントロールできると考えられています。

[参考文献]

- Walsh J. A.: Transmission of Entamoeba histolytica: Amebiasis (Ravdin, J. I., ed.), pp.106-126, Churchill Livingstone, New York, 1988
- Yorke, W. et al: Observations on Entamoeba histolytica Trop. Med. Parasitol. 20: 317-326, 1926

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q20 (標準予防策、接触感染予防対策、伝染性膿痂疹)

当院は41床の産婦人科の病院です。今年3月頃より新生児室にて新生児に伝染性膿痂疹(とびひ)が発症し、いろいろ対策をしましたが、今だ終息に至っていません。発症例は少なく一人か二人ポツン、ポツンと起こる程度です。

今までにとってきた対策として

1. 一処理毎に必ず手指の消毒の徹底及びグローブの着用を励行する。
2. AM、PM3時、9時にオスバンガーゼで病棟各階のスケールの拭き掃除とシーツ交換をする。
3. 沐浴は基本的に中止する。ただし、日令2日目と退院時、感染症母体から出生した児は沐浴する。
4. 出生直後は家族と面会后、ラジファント上で清拭する。ステンレスボールにアルファーズ(使い捨てガーゼ)5枚、綿花3枚を用意し、分娩直前に調乳用ポットの湯を入れて用意すると分娩後には適温になっている。これを用いて清拭する。頭部の血液はきれいに落とすようにする。
5. 沐浴しない児は(日令1,3,4)使用しているコットの中で、清拭ガーゼを電子レンジで熱し、これを適温に冷まし、清拭、臍処理、皮膚の観察、更衣を行う。
6. 沐浴時には児を裸にし、今まで使っていたシーツを体重計に敷き、体重測定する。基本的には裸で共用する体重測定は行わない。
7. 水泡形成や膿痂疹ができた児は皮膚培養を提出する。
8. 上記症状のある児は沐浴を最後にし、イソジン浴をしてテラマイシンを塗布、広範囲ならばケフラール細粒を投与する。
9. 沐浴槽は洗剤で清掃し、最後にポピドン-Jを沐浴槽全体にかけ、消毒する。
10. 母児同室は2日目から実施する。

皮膚培養の結果、黄色ブドウ球菌を検出。MRSAの検出はゼロ。

今までとった対策について不備があればご指摘下さい。また、今後とるべき対策があればお教え下さい。

A20

新生児の黄色ブドウ球菌による伝染性膿痂疹が8カ月にわたり持続している状況で、どうやってその連鎖を断ち切るかという相談です。

新生児室の部屋(隔離室の有無)の状況、母児同室(個室かどうか)の状況など分かりませんが、以下のようなことを検討してはどうかと思います。

1. 患児と健常児の部屋を別にすること、あるいは、区域的に離すこと。
2. 患児と健常児をケアする人手を別々にすること。
3. 母親を指導し、患児のケアを母親に任せること。また、兄弟のこともあるが、早期退院を図ること。

今までとった対策については、特に不備があるようには思えません。ただ、患児のイソジン浴が必要かどうかは疑問です。また、治療については、軟膏としてはフシジン酸ナトリウム軟膏の導入も考慮し、治療期間は内服あるいは局所療法(1日3回塗布)とも7~10日間続け、完治させることが必要と思います。また、沐浴槽にオーバーフローを防止するための排水口がある場合には、黄色ブドウ球菌が生息する可能性がありますので、検査の上同じ遺伝子型の黄色ブドウ球菌が検出される場合には、テープをはるかコーキングでうめて対策をとります。

体温計など医療用の小器具を個別化するののも一つの方法と考えます。