

◆ こどものことをもっと知ろう

こどものことを
もっと知ろう

流用

スミベタ
文字・白スミ
13a 見出し MB3I

Y49 311

スミベタ + スミ40%
56a ロタンB (Y4)

Y60 311

第86回

水痘 (Varicella)

庄司 健介

SHOJI, Kensuke

国立成育医療研究センター 教育研修センター / 感染症科

スミ10% 14%
66a 311
Y72 311
Y83 311

スミ70% + スミ20%

保護者：お腹に湿疹が数個あります。保育園で水ぼうそうが流行しているのですが、この少ない数でも水ぼうそうなんでしょう？

小児科医：赤くて水ぶくれのような、典型的な水ぼうそうの発疹ですね。お子さんはきちんと2回ワクチン接種をしているので、発疹の数が少ないのかもしれませんが。

流用
(以下同)

18入

スミ30% (以下同)

新B (以下同)

はじめに

本文

K74/明朝

W2

Y49

20H

22w 詰

水痘は水痘・帯状疱疹ウイルス varicella-zoster virus (VZV) の初感染により発症する急性発疹性疾患であり、小児期に遭遇する代表的なウイルス感染症である。水痘ワクチンが定期接種化される以前は多くの小児が罹患するきわめてありふれた疾患であったが、日本では2014年に2回接種が定期接種となって以降、患者数と入院例は大幅に減少した(図1)¹⁾。11.5a B太ゴ B10I (以下同)

一方で、未接種者、乳児、免疫抑制患者などの高リスク集団では依然として重篤化が問題となり、さらにワクチン接種後に発症する比較的軽症な breakthrough varicella の増加により、臨床診断が難しい症例も増えている²⁾。比較的まれな疾患になってきている点、症状が典型的でない breakthrough varicella もある点には注意が必要となる。

麻酔科医にとって水痘が重要である最大の理由は、本症が空気感染を起こし³⁾、周術期の患者動機に注意が必要である。感染力は発疹が出現する1線(病棟、検査室、手術室、回復室)を介して院内外曝露が広範に成立し得る点にある。発疹出現1

～2日前から感染性を有するため、術前評価時点では明らかな症状がなく、入院後に発疹が出現し水痘と判明した場合でも対応が必要となることがある。かかわったスタッフ、同区域の患者が曝露対象となり、患者隔離や接触者調査、曝露後予防を要する事態に発展し得る。

本稿では水痘の病原体、感染経路、疫学、臨床症状、重篤な合併症、治療、予防(通常のワクチンおよび曝露後予防)について概説する。

病原体

VZV は、ヘルペスウイルス科αヘルペスウイルス亜科に属するDNAウイルスである。初感染では上気道や結膜などの粘膜で感染が成立する。初感染後にウイルスは感覚神経(後根神経節、脳神経節)および自律神経(腸管神経系を含む)の神経節に潜伏感染する。これが再活性化した場合に帯状疱疹を生じる³⁾。

感染経路、潜伏期間、感染可能期間

VZV の感染経路は空気感染が中心であるが、皮疹・水疱内容物との接触感染も成立する。潜伏期間は10～21日(典型的には14～16日)だが、曝露後予防(後述)などの理由でガンマグロブリンが投与された場合は28日まで延長し得ること⁴⁾に注意が必要である。感染力は発疹が出現する1線(病棟、検査室、手術室、回復室)を介して院内外曝露が広範に成立し得る点にある。発疹出現1

▼図1 水痘小児科定点報告 年別定点あたり報告数(2000年～2021年第26週)(文献1より)

図中 ネール
・基本 11a M4G BBB
(10a以下は、ロタンM)
・太いネール
11a B太ゴ B10I
(10a以下は、ロタンDB)

図版は、0.12 311
色ベタで囲む

(前後)
105 311
178 311

から感染力がある、ということが感染対策を難しくする。例えば入院中に発疹が出現し、水痘と診断された場合には、通常、発疹出現の2日前までさかのぼって接触者をリストアップし、対応することが必要となる。上記の感染力があるとされる期間中は、院内感染対策として患者を陰圧個室に収容し、空気感染予防策と接触予防策を実施する必要がある。

帯状疱疹の場合でも、免疫不全者に起こりやすい播種性帯状疱疹では水痘と同様の対応が必要である。免疫正常者で、播種性帯状疱疹が否定され、局所の帯状疱疹であると判断された場合は空気感染予防策は不要であるが、局所を完全に覆い、標準予防策を確実に実施する必要がある¹⁾。

疫学

水痘ワクチンは日本では欧米諸国と異なり長きに渡り任意接種であり、接種率がそれほど高くなかったことから多数の水痘患者がいた。しかし2014年により水痘ワクチンの定期接種化(2回接種)が行われ、以降、水痘の患者報告数は大幅に減少し、入院例や合併症も著減した¹⁾。この

変化は小児の感染症診療に大きな影響を与えている。すなわち、かつて水痘はきわめてありふれた疾患で診療する機会も多く、臨床医は水痘の診断、診療に慣れていた。しかしながらワクチンの普及により(きわめて良いことではあるが)日常的に水痘患者を経験する時代ではなくなった結果、若手医療者を含めて典型皮疹を目にする機会が減り、軽症例・非典型例の見逃しが相対的に増え得る状況となっている。

また、医療従事者の免疫獲得もきわめて重要な問題である。すなわち、水痘に感染する機会が減少している現在においては、医療従事者はワクチン接種によって水痘に対する感染防御能を確実に獲得しておくことが重要である。環境感染症学会の医療関係者のためのワクチンガイドラインでは、勤務開始前に1歳以上で2回の水痘ワクチン接種を実施することを強く推奨している⁴⁾。手術室で勤務する医療従事者についても、接触した患者が後日水痘であったと判明する可能性はあるので、自身のワクチン接種歴をしっかりと把握し、接種回数が足りない場合は追加接種をするなどの対応が必要である。

