

インフルエンザのお話



今年もインフルエンザの流行が気になる季節となりました。みなさん、予防接種はもう済みましたか？毎年こういう話の内容は「インフルエンザの予防にマスク、手洗い、うがいを忘れずに！」とか、「インフルエンザの重症化防止のために予防接種を受けよう！」とかばかりなので(もちろんいずれも基本で大事なことです)、今年は少し内容を変えます。

今シーズン(2012/2013)の流行株は？

全国集計によるとすでに今シーズン(2012/2013)は9月上旬からA型が数十例報告され(海外感染輸入例のH1N1pdm09が1例、他は国内集団発生のH3)、B型も1例(山形系)報告があります。横浜市衛生研究所の調査ではA、Bいずれのインフルエンザウイルスも、今シーズンのワクチン株に対する反応性を保持しており抗インフルエンザ薬4剤に対する感受性の低下はみられなかったようです。今のところは今年のワクチン接種は効果がありそうと思われます。なお富山県の報告では9月から10月末までの定点報告で20例近くのインフルエンザが報告されています。

インフルエンザ病院内感染対策の考え方について:2012年日本感染症学会提言

インフルエンザの院内感染対策をもっと積極的に行いましょう

- ① これまでの予防策に加えて、院内流行の対策として抗インフルエンザ薬予防投与(=曝露後予防投与)が重要である。
- ② 入院患者のインフルエンザ(疑い)発生時には、ただちに個室に隔離する。インフルエンザは飛沫感染と接触感染が主体なので陰圧室に隔離する必要はない。インフルエンザ未発症の患者と直接に接触することを避ける目的なので、多数のインフルエンザ患者が発生した場合は発症患者を大部屋に集めて収容する。
- ③ インフルエンザを発症した入院患者へは、直ちに(原則48時間以内)ノイラミニダーゼ阻害薬(タミフル®、リレンザ®、イナビル®、ラピアクタ®)による治療を開始する。インフルエンザが疑わしい症例や発症48時間以上経過でも軽快傾向でなければ積極的に投与を考える。
- ④ 院内発生した際は他の入院患者への予防投与を、可能であれば12~24時間以内に行う。
- ⑤ 予防投与の対象者の範囲は、ICTによるリスクアセスメントを行ったうえで、基本的に最初は発症者の同室者が原則。
- ⑥ 流行拡大時の病院職員への予防投与は原則として必要ない。病院の職員は本来健康でワクチン接種をうけていることが前提であり、発症した場合は早期治療開始と十分な家庭療養を行う。しかしそのシーズンの抗原変異のためワクチンの効果が低下すると予測される場合は職員の予防投与も必要となる場合がある。

なおこれには高齢者施設に対する提言もあります。興味のある方は日本感染症学会のHPをご覧ください。http://www.kansensho.or.jp/influenza/pdf/1208_teigen.pdf



バシラス セレウス菌って何？



細菌学的形態 グラム陽性桿菌

環境常在菌ですが芽胞を形成するため**100℃の加熱やアルコール製剤に耐性を示します**。血液培養から検出された場合、常在菌であるためコンタミネーション(雑菌混入)で処理されます。しかし、複数回検出された場合や、検出患者数が増加している場合は注意が必要です。

有効な消毒薬 次亜塩素酸ナトリウム

一般的に洗浄や清掃などによって物理的に菌量を減少させる方法をとる。

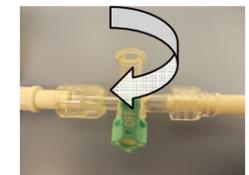
汚染原因

- 1、リネン類からの付着
- 2、**輸液・薬剤の投与や点滴ラインから血流内への侵入**

血流感染予防のための対策

★輸液点滴ラインの取り扱いの注意点

1. 点滴作業環境の整備(作業台の清掃、整頓)
2. 早めの点滴の作り置きをしない
3. 輸液交換や側管に接続時、接続部の消毒を入念にする。
(単包アルコール綿を使用し**一方向に数回強く擦る。アルコール綿の面を替えて行いましょう。**)
***強く擦り物理的に除去することが重要です**
4. 寝具類の上に点滴やトレイをなるべく置かない。やむを得ず置いた場合はアルウエッティで丁寧に拭きとる。(物理的除去)→ナースセンターに戻って消毒する



生活環境の中には、様々な菌が存在しており、その菌が、手を介して人や物に移っていきます。病院には免疫力の低下した患者さんが入院しているため伝播しないように**手指衛生と環境整備をしっかりと実施しましょう。**



みなさんが感染源にならないように感染対策に努めましょう！