

## 7-6. ムンプス(流行性耳下腺炎, おたふく)

### I. 診断

- 1) 通常, 唾液腺, 主として耳下腺の有痛性腫脹をもって発症する。両側又は片側の耳下腺が腫脹し, ものを嚙むときに顎に痛みを訴えることが多い。唾液腺炎は耳下腺両側が多いが, 片側耳下腺は25%, 10~15%は顎下腺である。
- 2) 一般検査: 血清, 尿アミラーゼ上昇(リンパ節腫大との鑑別に有効)
- 3) 抗体検査は急性期にEIA-IgG/IgMで行ない, 感染の確認はペア血清をCF, HI, NTで再確認する。(HI: EIAより感度が低い。パラインフルエンザウイルスと交差反応する可能性がある。)
- 4) 一側性の時は, 他のウイルスによる耳下腺炎, リンパ節炎, 化膿性耳下腺炎, 反復性耳下腺炎などの鑑別診断が重要である。

### II. 感染

- 1) 飛沫感染。
- 2) 潜伏期は14~21日。
- 3) 30-40%は不顕性感染で(2歳未満は特に多い), 不顕性感染者からもウイルスの排泄がみられる。
- 4) ウイルス排泄期間は通常発生3日前~発生後4日がピークで, 発症(耳下腺腫脹)の約7日前から9日後頃までウイルス排泄が認められる。

### III. 再感染

近年, ムンプスの再感染が多いことが知られてきた。明らかなムンプスの既往があるにもかかわらず, 両側性の耳下腺腫脹が5-7日間程度持続する場合には再感染を疑う。この場合には急性期にEIA-IgG陽性となる場合があるので注意が必要である。

### IV. 患者隔離(各部署対応)

- 1) 患者は, 耳下腺の腫脹が消失するまで隔離(経路別予防策・隔離策: 飛沫感染予防策参照)する。
- 2) 抗体陰性者が入室する時は, サージカルマスクを着用する。

### V. 患者に接する医療従事者

- 1) 「十分なムンプス抗体がある」職員が対応することを原則とする。
- 2) それ以外の者が患者と接する場合には, サージカルマスクを着用する。

## VI. 2次感染（感受性者に対する）予防の処置

ムンプスの既往歴は耳下腺腫脹が片側の場合には、抗体の検査がされていない限り（ムンプスの診断が）疑わしい事が多いので、診断時におけるムンプスの流行の状態、家族内感染なども参考にして判断する。

### 1) 曝露者リスト作成と抗体検査

①発端患者の発症7日前～発症9日後までは感染性があるので、この期間に発端者と接触した入院患者と家族、医療従事者、学生、外注職員などが対象者となる。（退院した患者と家族を含めるか否かはケースバイケースで判断する。）

②接触者リスト（患者）には、診療科、病室、患者氏名、所属、ID、既往歴とワクチン接種歴を記載し（事前調査情報を活用するとともに、不足情報は聞き取り調査する）、ムンプスIgG抗体検査を行う。

③接触者リスト（職員・家族など）には、氏名、職種、患者との続柄、性別、年齢、既往歴とワクチン接種歴を記載し、ムンプスIgG抗体検査を行う。

④「接触者リスト（患者）」と「接触者リスト（職員・家族など）」は、HIS端末の「共有フォルダ」、「01\_医科診療科別」、「00\_アウトブレイク対応（感染制御部）」のなかの各病棟別フォルダに保存されている原本をコピーして使用すること。

⑤IgG抗体検査は、生化学試験管に2ml採血し、手書きラベル（部署名、患者・家族・医師・看護師など、名前を明記）を貼付し、曝露者リストと共に感染制御部へ届ける。

⑥「接触者リスト（患者）」と「接触者リスト（職員・家族など）」にリストアップされた者のなかで、ムンプスIgG抗体検査で「十分な抗体がある」と判定された者以外については「3）2次感染する可能性のある患者の隔離（経過観察期間）と職員への対応」に従って対応する。

### 2) 2次感染予防

γ-グロブリン、ワクチンなどは無効である。

### 3) 2次感染する可能性のある患者の隔離（経過観察期間）と職員への対応

①ムンプスIgG抗体で「十分な抗体がある」と判定された者以外については、最初の曝露から7日後～最後の曝露から21日後まで隔離が望ましい。（7-1：病原体別予防策（ウイルス）の概要）

②医療従事者で抗体「陰性」あるいは「十分な抗体なし」と判定された場合には、最後の曝露から21日後まではサージカルマスクを着用して勤務する。

## VII. 職員の就業

1) 発症した医療従事者は、耳下腺腫脹後9日間は就業禁止とする。

感染制御部 石黒 信久

小山田 玲子

医療支援課 中村 澄人

(H14. 2作成・H16. 3改訂・H19. 3/30内容確認・H22. 3改訂・H25. 5改訂・H28. 5改訂)

## おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）の発生に伴うご協力のお願い

この度、病院の中で「おたふくかぜ」にかかった方がおり、患者さんを守るために、皆さま（患者さん、付き添われているご家族、職員、学生、外注職員など）に調査と採血検査、予防処置のご協力をお願い申し上げます。

- \* 「おたふくかぜ」にかかった方は、他の方々と接触しないように、一時的に隔離（かくり：個室での療養や自宅療養）させていただきます。
- \* 「おたふくかぜ」にかかったことがある方は、「おたふくかぜ」ウイルスを攻撃する抗体というものが体内にでき、「おたふくかぜ」のウイルスが身体に入ってきてても病気を発症しません。
- \* 「おたふくかぜ」にかかった覚えがなくても症状がないまま抗体ができる場合があります。
- \* 幼児期に「おたふくかぜ」ワクチンを接種した方の90-95%には「おたふくかぜ」の抗体が作られますが、時間の経過とともに抗体がなくなることがあります。
- \* 「おたふくかぜ」の抗体をもっていない方は、「おたふくかぜ」を発症する可能性があります。抗体の有無を明らかにするための採血検査のご協力をお願いします。
- \* あごや耳の付け根付ちかくのはれ等の症状があるようでしたら早めにご連絡ください。

### ご協力をお願いする内容

- ① これまでに「おたふくかぜ」にかかったことがありますか？
  - ② 「おたふくかぜ」ワクチンの接種を行ったことがありますか？
  - ③ 「おたふくかぜ」にかかったことがない方は、「おたふくかぜ」抗体の採血検査（2cc）のご協力をお願いします。
  - ④ 「おたふくかぜ」ワクチンを接種していても、時間の経過とともに抗体がなくなっている場合がありますので、「おたふくかぜ」抗体の採血検査（2cc）のご協力をお願いします。
- \* どなたにも検査のための費用はかかりません。

北海道大学病院長殿

説明者氏名： 平成 年 月 日

私は、担当者から十分な説明を受け以下のように回答します。

- |                                     |                             |                              |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ① 「おたふくかぜ」にかかったことが                  | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> 不明 |
| ② 「おたふくかぜ」のワクチン（MMR ワクチン含む）を接種したことが | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない  | <input type="checkbox"/> 不明 |
| ③ 抗体検査の採血に協力                        | <input type="checkbox"/> する | <input type="checkbox"/> しない |                             |

ご本人氏名：

代諾者氏名： （ご本人が未成年などの場合）



