

インフルエンザにおける新生児への対応案

2017年9月20日改訂

日本小児科学会
日本新生児成育医学会

日本小児科学会は、2009年に「新型インフルエンザ（パンデミック（H1N1）2009）に対する出生後早期の新生児への対応案」を、2010年に「2010/11シーズンのインフルエンザに対する出生後早期の新生児への対応案」を作成・公表した^{1,2)}。その後の全国的な調査の結果、我が国では新型インフルエンザを発症した母親に関連する新生児のインフルエンザの発症症例の報告は少なく、母子感染の重症化例は見られなかった³⁾。以後7年経過したが、その後も新生児領域でインフルエンザについて大きな問題は見られていない。

しかし、前回の対応案の提言から一定期間が過ぎたこと、オセルタミビルの新生児への使用が健康保険適用となったことなどの理由により、日本小児科学会・日本新生児成育医学会は、現時点での周産期・新生児期におけるインフルエンザ対策を新たに提案することとした。もし、新たな新型インフルエンザの流行がみられた時は、病原性が把握されるまでは2009年の提言¹⁾を参考にして対応する。

以下は本対応案の要点である。

1. 正期産児、それに準ずる早産児の出生直後の母子同室は妨げない。飛沫・接触感染に十分注意を払う。
2. 平成29年3月24日に公知申請により承認されたオセルタミビルの治療投与に関しては、新生児・乳児も適応になったが、低出生体重児または生後2週未満の新生児に対する使用経験が得られていないため、投与する場合は副作用の発現に十分注意する⁴⁾。
3. オセルタミビルの新生児への予防投与の有効性は明らかでないことから、原則行わない方針を継続する。

具体的な対応策

A. 症状を有さない新生児の管理について

- a. 正期産児、正期産児に準ずる対応が可能な早産児
 1. 母親が妊娠～分娩8日以前までにインフルエンザを発症し治癒後に出生した場合
 - 通常の新児管理を行う。
 2. 母親が分娩前7日から分娩までの間にインフルエンザを発症した場合
 - 分娩後より、母子は他の母子からの隔離を行う。この際、飛沫・接触感染予防策を講じた上で行う母子同室は妨げない。母子異室の場合は、新生児室で児に対して飛沫・接触感染予防策を講じ、他児と十分な距離をとる（1.5m以上）。ただし、各病院によって環境や状況も異なることが想定されるので、感染対策チームと連携し、必要な対策を講じる。
 - オセルタミビルの予防投与はせず、児の症状の観察とバイタルサインのモニタリングを行い、発症時は後述するB.のように対応を行う。

3. 母親が分娩後～産院退院までにインフルエンザを発症した場合（カンガルーケアや直接授乳などすでに濃厚接触している場合）

- 個室にて、直ちに飛沫・接触感染予防策を講じる。母子同室の継続は妨げない。その際、児を保育器に収容したり、母と児の間に十分な距離を確保する等の予防策を講じ、母子間の飛沫・接触感染に注意を払う。
- 母親の発症状況や児への曝露の程度を総合的に判断して、嚴重な症状（B. に示す）の観察とバイタルサインのモニタリングが必要と考えられた場合には、それが可能な施設に児を移送し、発症の有無を確認する。移送後の児は、原則保育器管理を行う。保育器がない場合や一般病棟の場合は他児と十分な距離をとる（1.5 m 以上）。
- オセルタミビルの予防投与は原則、推奨しない。

b. a. 以外の児（NICU 入院中の早産児等）

- 多くの児は出生後、NICU に入院していることから、保育器隔離をし、児の治療やケアを行う。保育器がない場合は他児と十分な距離をとる（1.5 m 以上）。
- オセルタミビルの予防投与はせず、児の症状の観察とバイタルサインのモニタリングを行い、発症時は後述する B. のように対応を行う。
- 母親は、インフルエンザ発症後 7 日間は、原則、NICU へ入室しない。ただし、母親の状態が回復して十分な飛沫・接触感染予防策を講じることができると判断できる場合には、NICU 等へ入室できる場合もありえる。

B. インフルエンザを疑う症状を有する新生児の管理について⁵⁾

インフルエンザを疑う症状：発熱、咳嗽・鼻汁・鼻閉などの上気道症状、活気不良、哺乳不良、多呼吸・酸素飽和度の低下などの呼吸障害、無呼吸発作、易刺激性

- 直ちにインフルエンザの検査診断（簡易迅速診断キットによる抗原検査と可能ならば RT-PCR 検査の施行が望ましい）を行う。また、新生児の場合、インフルエンザ以外の疾患で上記の症状を認める場合があるので、鑑別診断に努め適切な治療を行う必要がある。
- インフルエンザ検査が陽性の場合には治療を行う事も考慮する（D. 抗インフルエンザ薬の投与の項を参照）。
- 早産児のインフルエンザの症状・予後は不明なことが多いので、上記の症状以外であっても、症状・所見・疫学状況から勘案してインフルエンザが疑われる場合は、ウイルス検査を行うように努める。

C. 母乳の取り扱いおよび母子接触について

原則、母乳栄養を行う。

原則、飛沫・接触感染予防策の解除は、母親のインフルエンザ発症後 7 日以降に行う。

- 母親がインフルエンザを発症し重症でケアが不能な場合には、搾母乳を健康な第 3 者に与えてもらう。
- 母親が児をケア可能な状況であれば、マスク着用・清潔ガウン着用としっかりした手洗いを厳守すれば（飛沫・接触感染予防策）、直接母乳を与えても良い。
- 母親が抗インフルエンザ薬の投与を受けている期間でも母乳を与えても良いが、搾母乳とするか、直接母乳とするかは、飛沫感染の可能性を考慮し発症している母親の状態により判断する。

- 母親の症状が強く児をケアできない場合には、出生後、児を直ちに新生児室へ入室させることが望ましい。その際、他児と十分な距離をとる（1.5 m以上）。
- 哺乳瓶・乳首は通常どおりの洗浄・滅菌でよい。

D. 抗インフルエンザ薬の投与

- 症状が出現した児に対してオセルタミビルの投与（治療投与量：3mg/kgを1日2回、5日間内服）を考慮する⁴⁾。特に、早産児は発症すると重症化する可能性があることを考慮する。ただし、平成29年3月24日に公知申請により承認されたオセルタミビルの投与は生後2週以降の新生児が対象である。体重2500g未満の児または生後2週未満の新生児は使用経験が得られていないため、投与する場合は、下痢や嘔吐の消化器症状やそのほかの副作用症状の発現に十分注意する⁴⁾。
- 新生児には、原則、オセルタミビルの予防投与を推奨しない（海外でも予防投与については1歳未満で検討されていない）。ただし、どうしても必要と認めた場合に限り、倫理委員会の承認やインフォームドコンセントを得た上で、新生児へのオセルタミビルの予防投与（予防投与量：2mg/kgを1日1回、10日間内服）を検討する⁴⁾。
- ペラミビルの投与は、低出生体重児や新生児への投与は安全性が確立していないため、必要と認めた場合に限りインフォームドコンセントを得た上で、ペラミビル10mg/kgの単回の投与（点滴静注）を検討する⁶⁾。

E. 早産が予想される場合の取り扱いについて

妊娠中期以降のインフルエンザ発症により、分娩が進行し早産を起こすことがある³⁾。切迫早産徴候のある妊婦のインフルエンザ発症例は、周産期管理の出来る施設へ搬送することも考慮する。このような体制を地域で構築しておく必要がある。妊娠中のインフルエンザによる早産の予防、出生後の新生児への感染予防のためにも、妊婦へのインフルエンザワクチンを勧める。

参考文献

- 1) 日本小児科学会：新型インフルエンザ（パンデミック（H1N1）2009）に対する出生後早期の新生児への対応案、日児誌、113、1492-1494、2009
- 2) 日本小児科学会：2010/11 シーズンのインフルエンザに対する出生後早期の新生児への対応案、日児誌、114、2016-2018、2010
- 3) 日本小児科学会新生児委員会. パンデミックインフルエンザ A (H1N1) 2009 の新生児症例についての2009年度全国調査、日児誌、114、1625-1628、2010
- 4) タミフルドライシロップ3%添付文書、http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/6250021R1024_1_26/
- 5) 日本小児科学会新型インフルエンザ対策室. オセルタミビル治療を受けた生後3か月未満の乳児・新生児のパンデミックインフルエンザ A (H1N1) 2009 症例の調査解析～臨床像とオセルタミビルの臨床効果・副作用～、日児誌、114、1294-1297、2010
- 6) ラピアクタ点滴静注液バイアル150mg添付文書、http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/6250405A1032_1_06/