

第 4 章 HIV 感染予防策

I. AIDS (HIV 感染症)

1. AIDS (後天性免疫不全症候群)とは
2. 感染経路
3. 臨床症状
4. HIV 検査実施
5. 患者の診療および告知
6. 秘密保持
7. 届出
8. AIDS (HIV 感染症) 感染予防策
9. 針刺し等汚染事故発生時の対応
10. 患者指導
11. 隔離予防策を検討すべき臨床症状
12. 部門別感染予防策
13. HIV 感染妊婦への対応

I .AIDS (HIV 感染症)

1. AIDS (後天性免疫不全症候群)とは

(国立感染症研究所ホームページ参考)

後天性免疫不全症候群(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)は、ヒト免疫不全ウイルス(human immunodeficiency virus ; HIV)感染によって生じ、適切な治療が施されないと重篤な全身性免疫不全により日和見感染症や悪性腫瘍を引き起こす状態をいう。

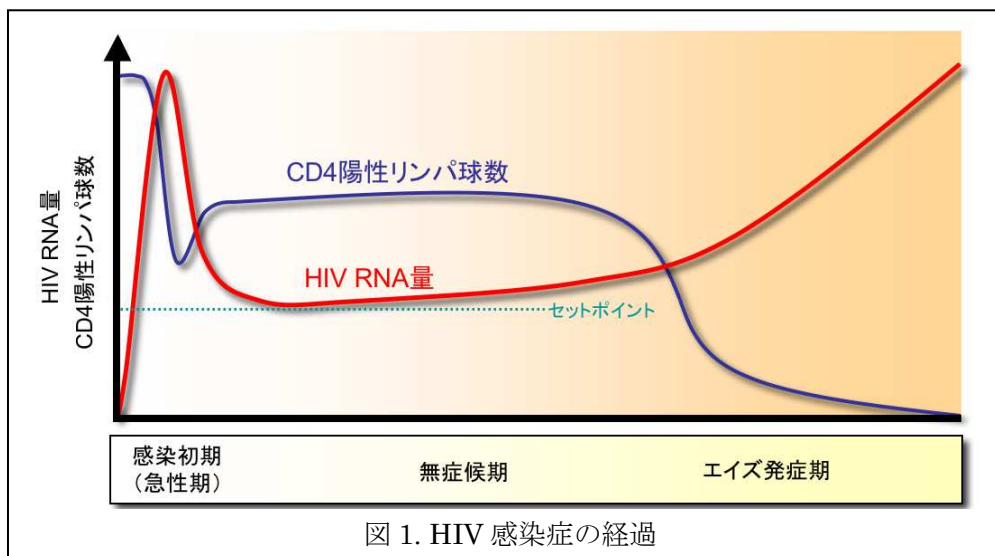
ヒト免疫不全ウイルス(human immunodeficiency virus ; HIV)は、主としてCD4陽性 T リンパ球とマクロファージ系の細胞に感染するレトロウイルスである。

2. 感染経路

主な感染経路には、①性的接触 ②母子感染(経胎盤、経産道、経母乳感染) ③血液によるもの(輸血、臓器移植、医療事故、麻薬等の静脈注射など)がある。血液や体液を介して接触がない限り、日常生活では HIV に感染する可能性は限りなくゼロに近い。唾液や涙等の分泌液中に含まれるウイルス量は存在したとしても非常に微量であり、HIV は体外に出るとすぐに不活化してしまう程、脆弱なウイルスである。

3. 臨床症状

HIV 感染の自然経過は感染初期(急性期)、無症候期、エイズ発症期の 3 期に分けられる(図 1)。その間持続的に免疫システムの破壊が進行し、ほとんどの感染者は免疫不全状態へと至る。



1) 感染初期(急性期)

HIV 感染成立の 2~3 週間後に HIV 血症は急速にピークに達するが、この時期には発熱、咽頭痛、筋肉痛、皮疹、リンパ節腫脹、頭痛などのインフルエンザあるいは伝染性単核球症様の症状が出現する。症状は全く無自覚から、無菌性髄膜炎に至るほどの強いものまで、程度は様々である。初期症状は数日から 10 週間程

度続き、多くの場合自然に軽快する。この時期に診断が出来る、その後の治療及び経過に圧倒的に有利になる。そのため、アクティブな性行為感染症(STD:梅毒、淋病、コンジローマ、クラジミアなど)を上記急性感染症状と同時に診た時は、HIV感染を考えることが重要である。

2) 無症候期

感染後の免疫応答(CTL誘導や抗体産生)により、ピークに達していたウイルス量は6~8カ月後にある一定のレベルまで減少し、定常状態(セットポイント)となる。その後、数年~10年間ほどの無症候期を過ぎると、発熱、倦怠感、リンパ節腫脹などが出現し、帯状疱疹などを発症しやすくなる。この期間、HIV感染症に特徴的な症状はほとんどないが、STDや肝炎、繰り返す帯状疱疹、ヘルペス、結核や口腔カンジダ、赤痢アメーバなどがきっかけとなってHIV感染が判明することも少なくない(表1)。

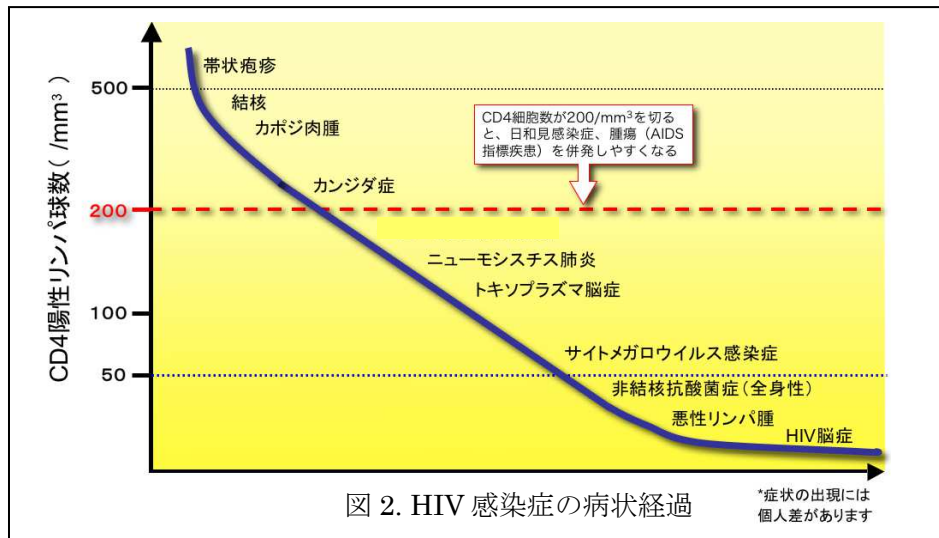
表1. HIV検査を考慮すべき臨床状況

- 一般内科・救急領域
 - ・インフルエンザ様症状(特に数日を超えて続くもの)
 - ・伝染性単核症
 - ・原因不明の長期こわたる発熱
 - ・原因不明のリンパ節腫大
 - ・原因不明の脳炎・髄膜炎
 - ・血球減少(3系統いずれの減少も来しうる)
- 消化器領域
 - ・ウイルス性肝炎(A型・B型・C型)
 - ・赤痢アメーバ症(腸炎・肝臓腫)
 - ・抗菌薬に反応しない虫垂炎(アメーバ症の可能性あり)
 - ・腸管感染症(細菌性赤痢・ジアルジア症など)
 - ・肛門周囲膿瘍
 - ・肛門部尖圭コンジローマ
 - ・口腔・食道カンジダ症
 - ・Kaposi肉腫
 - ・悪性リンパ腫
 - ・消化管サイトメガロウイルス感染症
- 皮膚科領域
 - ・帯状疱疹
 - ・繰り返すヘルペス感染症
 - ・難治性の皮膚真菌症
 - ・難治性湿疹
 - ・好酸球性毛嚢炎
 - ・カポジ肉腫
 - ・梅毒
 - ・尖圭コンジローマ
- 泌尿器科・婦人科領域
 - ・尿道炎(淋菌・クラミジア)
 - ・陰部ヘルペス
 - ・尖圭コンジローマ
 - ・その他の性感染症
- 生活歴・既往歴・社会背景
 - ・性感染症の既往
 - ・ウイルス性肝炎の既往
 - ・日和見疾患の既往(若年者の帯状疱疹など)
 - ・男性との性的接触のある男性
 - ・性産業に従事者
 - ・既知のHIV感染者との性的接触
 - ・麻薬・覚醒剤など薬物濫用の既往
 - ・HIV有病率の高い国の出身者
 - ・妊婦女性(早期発見すれば児への感染を予防することができます)

3) エイズ発症期

感染後、抗HIV療法が行われないとHIV感染がさらに進行し、CD4陽性T細胞は急激に減少する。CD4リンパ球数が $200/\text{mm}^3$ 以下になるとニューモシスチス肺炎などの日和見感染症を発症しやすくなり、CD4リンパ球数が $50/\text{mm}^3$ を切る

とサイトメガロウイルス感染症、非定型抗酸菌症、中枢神経系の悪性リンパ腫などの日和見感染症や悪性腫瘍を発症する(図 2)。また、食欲低下、下痢、低栄養状態、衰弱などが著明となる。



4. HIV 検査実施

1) HIV 検査実施に対する基本的な考え方

HIV 抗体検査実施は、人権保護の観点から、本人の同意を得て検査を行う。

2) HIV 検査実施について

医師が問診や病状等から HIV 検査の必要があると判断したときは、事前にその旨を説明し、本人の同意を得た上で検査を行う。患者本人が意識不明であるなどにより同意がとれない状況においては、医師の判断によって HIV 検査を実施することも認められる。なお、HIV 検査の実施について患者の同意が得られない場合には、感染している可能性があることを前提として対応する。

観血的処置を行う場合において、院内感染防止を主たる目的としての HIV 検査を実施する場合にも、患者の同意が必要である。その場合、当院においては、病院負担で HIV 検査を実施している。

5. 患者の診療および告知

- 診療に関する相談は、HIV・AIDS 対策室で受け付ける。
- 結果については、本人への告知を原則とし、プライバシー保護に十分配慮する。
- 陽性者の家族に対する告知は、陽性者本人の承諾を得て行う。
- 担当医は二次感染予防の観点から、陽性者本人を通じて、性的接触者が速やかに医療機関を受診し、相談、検査を受けるよう指導する。
- 曝露者の精神的ケアについて十分考慮し、カウンセリングを行う。

6. 秘密保持

患者およびその家族へのプライバシーと人権保護に努める。

- 陽性者に対する指示、指導、連絡等は、医師が直接本人に伝える。本人以外からの電話等による問い合わせには一切応じない。
- 陽性者の病状等に関わる証明書等の交付は、原則として本人以外の者に対しては行わない。

7. 届出

「後天性免疫不全症候群」は、感染症法の全数把握対象疾患(五類感染症)である。原則、診断後 7 日以内に最寄りの保健所へ届出が必要である。診断した医師は、感染対策室に連絡後、届出用紙を感染対策室まで提出する。感染対策室から保健所へ連絡を行う。

8. AIDS(HIV 感染症)感染予防策

HIV は感染者の血液、精液、膣分泌物、唾液、母乳に認められる。感染源として重要なのは血液、精液、膣分泌物で、輸血、母子感染、性行為、注射針の共用などにより伝播するが、通常の接触では伝播しない。唾液中に少量の HIV は存在するが感染することはない。入院患者間での通常の接触における HIV 感染リスクはないと考えてよい。感染力は弱く、針刺しによる感染率は 0.3%程度といわれる。

HIV 感染患者に対しては、標準予防策で対応する。HIV 感染者だということを理由に特別な対策を実施する必要はない。(第 1 章 病院感染の伝播予防策 I.標準予防策の実際を参照)

患者に感染防止について十分説明し、理解と協力を得る。

1) 個室隔離の適応

個室隔離の必要はないが、患者の病状、精神状態に合わせて、病室を選択する。

- (1) 周囲環境を血液・体液等で汚染する可能性がある場合(重症の下痢、血液飛散の可能性のある時など)
- (2) 空気感染、飛沫感染する感染症を併発した場合
- (3) 意識障害、神経・神経系の症状が出現した場合
- (4) 骨髄抑制をきたしている場合

2) 統一事項の確認と情報収集

- (1) 患者本人への告知の有無
- (2) 他者への説明内容(HIV 感染・感染経路・入院理由など)
- (3) キーパーソンについて確認
- (4) 患者本人もしくは HIV 感染告白者以外に、感染の事実が知られないよう注意する。

9. 針刺し等汚染事故発生時の対応

- 曝露部位を大量の流水と石けん(粘膜曝露の場合には、大量の流水)で洗浄する。
- 第2章 職業感染防止対策 II. 針刺し・切創、皮膚・粘膜汚染発生時の対応に従って対応を行う。
- 速やかに HIV 診療担当医師と連絡を取り、予防内服に関する指示を仰ぐ。
- HIV 診療担当医師と連絡が取れない場合には、1 回目の予防内服を曝露者の判断で開始する。(妊娠の有無、活動性 B 型肝炎、腎障害の有無がないかを確認)

10. 患者指導

患者には、日常生活で血液や体液が他の人に直接触れないような対応を患者自身が実施できるよう指導する。

1) 入院中

- (1) 血液や分泌物等はティッシュペーパーにとり、小ビニール袋に入れ封をして、感染性廃棄物に破棄する。
- (2) 排泄後、トイレの便座等が血液や体液で汚染した場合は、トイレトペーパーで拭き取った後、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(ルビスタ®)または、0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡洗浄ハイター1000®等)で清拭消毒する。
- (3) 血液・体液の付着した下着等は、次亜塩素酸ナトリウム消毒液(キャップ1杯のハイターを3リットルの水に入れ30分程度浸す)で消毒後、洗濯をする。

2) 退院後

- (1) 免疫力が低下している場合、生ものは控える。感染症に罹患しやすくなるため、手洗いや手指消毒、マスク着用などでの予防に努める。
- (2) 自覚症状がなくても必ず定期的に受診する。
- (3) 内服薬は、処方通りに服薬を継続する。
- (4) 鼻出血や怪我などで出血した場合、止血などの応急処置は可能であれば自分で行う。血液の付いたガーゼは、ビニール袋に密閉し処理する。
- (5) 排泄後、トイレの便座等が血液や体液で汚染した場合は、トイレトペーパーで拭き取った後、泡ハイター等で拭き取る。
- (6) 使用済み生理用品は、ビニール袋に入れて封をして、可燃ごみとして破棄する。
- (7) 歯ブラシやカミソリは共有しない。
- (8) 血液や浸出液のついていない洗濯物は通常の洗濯でよい。
- (9) 血液や体液の付着した下着等は次亜塩素酸ナトリウム消毒液(キャップ1杯のハイターを3リットルの水に入れ30分程度浸す)で消毒後、洗濯をする。
- (10) 適切なコンドーム着用により、感染リスクは大きく減少する。
- (11) 救急車を呼んだ場合、歯科や他施設を受診する場合、感染防止や使用禁忌薬剤などの影響を考え、HIV 感染者であることを伝える。

11. 隔離予防策を検討すべき臨床症状

(国立国際医療センターホームページ参考)

HIV 感染者は細胞性免疫不全宿主であり、入院時および入院管理中は合併しうる各種感染症への注意と標準予防策に加えて適切な感染経路別予防策(接触予防策、飛沫予防策、空気予防策)が必要となる場合がある。

1) ニューモシスチス肺炎(PCP)

未治療の HIV 感染者が罹患する肺炎として最も頻度が高い。原因病原体である *Pneumocystis jirovecii* が患者周辺の環境に拡散し空気感染しうるということが判明している。よって、HIV 感染者はもちろん、他の細胞性免疫不全患者(免疫抑制剤やステロイドを内服している症例)への病院感染が起こりうる。PCP 発症者を入院させる場合には重度免疫不全者とは病棟を別にするか、あるいは PCP 治療開始 1~2 週間程度は個室で管理することが望ましい。

2) 肺結核

肺病変を有する呼吸器症状を伴う HIV 感染者では常に考慮すべき疾患である。細胞性免疫能の低下に伴い臨床症状や画像所見はしばしば非典型的となるため、診断自体が必ずしも容易ではない場合がある。CT 画像における縦隔リンパ節腫大と造影剤によるリング状増強所見は結核を疑う重要な所見であり、このような所見を見た場合には肺野に陰影を認めない場合でも、喀痰の塗抹検査を実施すべきである。

3) 麻疹

麻疹に対する感染防御の主体は細胞性免疫であるため、HIV 感染者では発疹が出ないなど非典型的な症状を呈することがあり、診断は必ずしも容易ではない。麻疹の流行状況を考慮し、疑い例あるいは麻疹発症者との接触歴が明らかな例では、発熱時に常に麻疹を念頭に置いた対応(空気予防策)を行う必要がある。なお進行した HIV 感染者の場合には、たとえ麻疹罹患歴があっても再感染が起こりうる。CD4 数 200/ μ L 未満の場合には既往歴に関わらず感受性者であると考えべきである。重度免疫不全例が麻疹に罹患した場合には、亜急性脳炎など致死的な合併症を来しうる。

4) 下痢症状がある場合

HIV 感染者は、性感染症としてアメーバ性腸炎、クリプトスポリジウム、ジアルジア症を発症しうる。HIV 感染者の下痢、血便を見た際には、常にこれらの疾患を念頭に置いて診療を行うことが重要である。これらの病原体を含む便検体が不適切に取り扱われた場合には経口感染する可能性があるため、検体の取り扱いには十分に留意する必要がある。

12. 部門別感染予防策

1) 手術室

- (1) 手術の順番、使用するルームは、手術部と相談の上決定する。
- (2) 職業感染防止への配慮から、手術に際しては十分な時間的余裕をもって臨む。
- (3) 針刺し等の汚染事故が起こっても対応できるように、マイナスワン・システムとする。
- (4) 手袋(2重)、ガウン、キャップ、マスク、ゴーグルを着用する。
- (5) 鋭利器材は直接手渡しせず、セーフティーゾーンを介して行う。1つの動作毎に術者、助手、看護師各々が声を出し、確認しながら手術を勧める。
- (6) 手術室の機器は必要最低限とし、可能な限りディスプレイ製品を使用する。
- (7) 血液、体液の高度の飛散が予測される手術台やその周辺、その他の備品は必要に応じて防水性シートで覆う。
- (8) 血液、体液等で汚染した床、壁などの表面は、ディスポタオル等で拭き取った後 0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡洗浄ハイター1000®等)で清拭消毒する。
- (9) 使用後の器材は、HBV、HCVと同様に処理を行う。

2) 歯科

歯科・口腔外科診療においては、抜歯、切開等の外科的処置および歯周療法等の観血的な処置を行う頻度が高い。また歯の切除処置等でエアタービンハンドピース等を使用した場合においては血液・唾液が混じったエアロゾルが飛散・浮遊するため、標準予防策を遵守する必要がある。

- (1) ①手が目に見えて汚れている時 ②血液、体液等によって汚染されている可能性の高い非生体物に素手で接触した後 ③患者の処置を行う前後 ④手袋着用する前 ⑤手袋を外した直後に手指衛生を行う。
- (2) 口腔内の唾液・血液に接触あるいは、歯の切削等でエアロゾルが発生し飛散・浮遊するため、血液・体液に汚染されるおそれがある場合には手袋、マスク、フェイスシールド又はゴーグル、エプロン(ガウン)を着用し、患者毎に交換する。
- (3) ユニットで清掃が困難な箇所は、透明なプラスチックラップ・袋・シート等で覆い患者ごとに交換または、患者毎にエタノール含浸クロスで清拭消毒する。なお、目視できる血液汚染時には、血液を拭き取った後に、エタノール含浸クロスもしくは 0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡洗浄ハイター1000®等)を用いて消毒を行う。
- (4) 取り外し可能な使用済みの機器・器具、および口腔内に挿入した機器・器具は、すべて患者毎に取り替える。
- (5) 使用済みの機器・器具は洗浄後、耐熱性のあるものは原則として高圧蒸気滅菌とし、耐熱性のないものは、プラズマ滅菌(過酸化水素低温プラズマ滅菌)を行う。

13. HIV 感染妊婦への対応

1) 外来

- (1) 妊婦健診は、プライバシーの保護に努めながら、通常の妊婦健診に準ずる。
- (2) 保健指導の際は、プライバシーが保たれるよう個室を使用する。
- (3) 妊婦健診時は、HIV 診療担当医師、産科医師、小児科医師、助産師、看護師、カウンセラー、MSW などと連携を図り出産準備に備える。

2) 入院

- (1) 守秘を徹底し、個人情報保護に努める。
- (2) 患者に関わるすべてのスタッフで、陣痛発来や破水などの緊急時の対応を確認し、常に対処できるように周知・準備しておく。
- (3) 他部門(手術部、産科医師、小児科医師、HIV 診療担当医師、薬剤師、カウンセラー、外来看護師、MSW など)との連携を図る。

3) 感染予防策

標準予防策を遵守する。

患者に感染防止について十分説明し、理解と協力を得る。

(1) 処置時の注意点

処置内容	注意点
内診	<ul style="list-style-type: none">・手袋を両手に着用する。・フェイスシールドを使用する。・血液や体液曝露の程度に応じてエプロン、ガウンを着用する。・内診台には防水シートを敷く。・診察終了後、速やかに个人防护具を外し、手指衛生を行う。
経膈超音波	<ul style="list-style-type: none">・手袋を両手に着用する。・プローベカバーを使用する。
創部処置	<ul style="list-style-type: none">・手袋を両手に着用する。・血液や体液飛散の程度に応じて、フェイスシールド、エプロンを着用する。・処置終了後、速やかに个人防护具を外し、手指衛生を行う。・ガーゼ等は、ビニール袋に密閉し、感染性廃棄物に破棄する。
悪露交換	<ul style="list-style-type: none">・術後の離床が進まない場合は介助で行うが、その際は両手に手袋、フェイスシールド、エプロンを着用する。・離床後は患者自身で行う。ナプキンは、ビニール袋に入れて縛り感染性廃棄物として破棄する。
除毛	<ul style="list-style-type: none">・必要最低限とし、サージカルクリッパーを使用する。
採血	<ul style="list-style-type: none">・手袋を着用する。

(2)病室の準備

- ① 個室を使用し、病室内に感染性廃棄物容器を設置する。
- ② ベッドは、ディスポーザブルシート等で覆い汚染を防止する。
- ③ 日常使用する物品(聴診器、血圧計など)は患者専用にする必要はない。
- ④ 大・小ビニール袋を準備しておく。

(3)環境整備

- ① 環境が血液・体液で汚染した場合は、ペーパータオルで汚染を取り除いた後、0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡洗浄ハイター1000®等)を使用しふき取りを行い、その後水拭きする。
- ② 室内の清掃は、通常通り行う。

(4)日常生活上の注意点

- ① ベッド上安静で廃棄物の分別が不可能であれば、すべてのゴミを感染性廃棄物として取り扱う。ADL が自立してからは、血液・体液汚染していないものは一般ごみに破棄するよう指導し、血液や体液の付着したティッシュやナプキンは、ビニール袋に密閉し、感染性廃棄物として破棄するよう指導する。
- ② シャワー時、悪露等での汚染がないよう、浴室内を流水で十分に洗い流す。
- ③ 血液、体液で汚染したリネンは感染性リネンとして扱うが、明らかな汚染がない場合は通常リネンとして処理する。
- ④ 陰部清拭にはディスポーザブルおしぼりやガーゼを使用する。
- ⑤ 排泄後、トイレの便座等が血液や体液で汚染した場合には、トイレットペーパーで拭き取った後、ペルオキソー硫酸水素カリウム含浸クロス(ルビスタ®)または、0.1%次亜塩素酸ナトリウム(泡洗浄ハイター1000®等)消毒する。
- ⑥ 食器は一般患者と同様のものを使用する。

(5)術前準備と術後ケア

<入院後>

- ① 妊婦・家族に手術の説明を行う際は、術前術中に行う AZT の点滴、新生児への AZT 投与、母乳禁止などについても説明する。
- ② 本人・家族の疑問や不安に思うことなどを傾聴し、できるだけ解決できるように心がける。
- ③ 産科医師、小児科医師、HIV 診療担当医師、助産師、看護師、麻酔科医、手術室看護師も参加して打ち合わせ、シミュレーションを行う。
- ④ 止乳の確認と乳房緊満への対策を説明する。
- ⑤ 家族に告知していな場合は、止乳・児への投薬の理由をどのように説明するかを確認しておく。
- ⑥ 静注用 AZT の準備状況を薬剤部に確認する。

<術前日>

- ① 前日の抗 HIV 薬の内服時間、当日の AZT 点滴・内服開始時期を確認する。
- ② 術前のオリエンテーションでは、通常の説明に加えて、最終の抗 HIV 薬の内服時間と術前の AZT 点滴、術後の内服について説明する。
- ③ 上腹部から恥骨上縁までサージカルクリッパーで除毛し、その後シャワー浴を行う。除毛は必要最低限とする。
- ④ 麻酔科医師、手術室看護師が術前訪問を行う。
- ⑤ 手術室への持参品を準備する。
- ⑥ 事前に手術室内の物品準備と搬入を行う。

<術当日>

- ① 指示通り AZT 点滴を開始する。
- ② 患者および持参品を搬入する。
- ③ 手術室には 2 名(①児受け②①の補助的役割)の看護師が入る。
- ④ 手術中の留意点については、9. 部門別予防策(1)手術室に従う。
- ⑤ 術後は、通常の術後ケアと同様に実施する。
- ⑥ 術後、抗 HIV 薬の内服介助を行う。

(6) 新生児のケア

<清拭の準備>

- ① インファントウォーマに分娩シートを敷き、その上に防水シート敷く。
- ② 体温低下を防ぐため、取り替えられるように 3~4 重にしておく。
- ③ 温蒸留水、生理食塩水、温オリーブオイル、RD ガーゼ、イソジン付綿棒、点眼、シリンジをワゴンに準備する。

<児の受け取り、処置>

- ① 滅菌ガウン、フェイスシールド付マスク、足袋、手袋(2重)を着用する。
- ② 児は分娩シートで受け取り、安全にインファントウォーマへ移送する。
- ③ 児の状態を確認し、必要時蘇生を行いつつ清拭を行う。吸引を行う場合は、粘膜損傷を起こさないように注意して行う。
- ④ すばやく全身の血液を拭き取り、温蒸留水で清拭(洗浄)し、モニターを装着する。
- ⑤ コッヘルを外し、臍に血液が残らないように十分しごき、断端はイソジンで消毒後、臍帯クリップで止める。
- ⑥ 温オリーブオイルを児に付けて、RD ガーゼで拭き取る。
- ⑦ 体幹⇒頭部の順で温蒸留水を使用し、RD ガーゼで清拭(洗浄)する。
- ⑧ 眼に生理食塩水 20ml をシリンジでかけ、清拭後点眼を行う。
- ⑨ 皮膚に傷があるときには、傷口をイソジンで消毒する。
- ⑩ 母子ともに状態が安定している場合は、母児対面を行う。
- ⑪ 着用していた个人防护具は全て外し、手指衛生後にガウン、手袋を着用し、新生児室へ搬送する。

<胎盤計測、臍帯血採取>

- ① 胎盤の処理や臍帯血の採取の際は、2重手袋、ガウン、足袋、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- ② 胎盤計測は、ディスポメジャーを使用しビニール袋に入れた状態で計測を行う。
- ③ 病理検査が必要でなければ、胎盤は手術室で破棄する。

(7)分娩後の児への対応

<沐浴>

- ① 児の状態が安定していれば、新生児室で沐浴を実施する。
- ② 沐浴時、ガウン、手袋、フェイスシールド付きマスクを着用する。
- ③ 沐浴後、体重測定を行い、保育器に収容する。
- ④ 沐浴槽は、低水準消毒薬で洗浄後、温水で洗い流し乾燥させる。
- ⑤ 使用したリネンはその場でビニール袋に密閉し、感染性リネンとして取り扱う。

<抗ウイルス薬の予防投与>

- ① 生後6～12時間までにAZTシロップの経口投与を開始する。
- ② シロップ内服が不可能な児は、NICUに入室し、AZT注射薬を経静脈投与する。
- ③ AZT予防投与は6週間継続する。