

4. 秋に向けた対策

今まで漠然と書きつづったポイントをまとめておきます。

1) 予防 (かからない、うつさない)

マスク、手洗い、人混みを避けるなどで。集団発生の兆候がある場合は極力自宅待機で感染拡大を防止します。

2) かかったかなと思ったらすぐに行動

新型インフルエンザによるARDSは急速に悪化します。おかしかなと思ったら、電話で問い合わせの上、素早く受診し、インフルエンザかどうかの診察が必要です。治療はすみやかな抗ウイルス剤の使用です。

3) 自宅治療のポイント

毎日体温や症状の推移を記録しておきましょう。「インフルエンザ自己管理表」をお使い下さい。息切れなど肺炎・ARDSが疑われる場合は、すみやかに医療機関に電話で相

談し、指示を仰いで下さい。脳症が疑われる場合も同様です。自宅安静は7日間確保するなど、長めをお願いします。

明るいニュースと暗いニュース

タミフル耐性のH1N1ウイルス株の検出が相次いでいます。幸いに、抗ウイルス剤3種CS-8958(第一三共)、ベラミビル(塩野義)、T-705(富山化学)の発売が近くなってきています。今のところどれも効果良好と報じられており、問題となる副作用がなければ明るいニュースです。

予防としてワクチンが期待されていますが、全ての国民に行き渡るほど生産される見込みはありません。その上お金に任せて海外から調達するのも発展途上国からの批判を浴びるため、期待薄です。今年は運のよい人は予防接種を受けられ、残りの多くの方々は、抗ウイルス剤での治療を優先させることとなります。手遅れにならぬよう、早めの受診がポイントです。

編集後記

政治の空白を突くように、全国的に新型インフルエンザが広がってきました。アメリカ人との交流の機会が多い沖縄が流行の先頭を切り、鎌倉でも8月以降連日、インフルエンザA型の感染者が報告されており、その数も徐々に増加中です。この流れからは夏休み明けからの流行は避けられない気配です。流行を少しでも軽く、先延ばしにすることが公衆衛生上の目的です。今頃になって、「夏にこれほどまで流行するとは思わなかった。」と厚労相を通じて現政府は言い訳を言っていますが、これは2ページ目の図のように自然の摂理なのでやむを得ません。新政府がまず最初に取り組まなければならないことは、9月からの新型インフルエンザ対策になるのでしょうか。まずはお手並み拝見です。(以下の講演会もご参考して下さい。)

夏休みに、高松、金比羅さん、松山と、初めて四国へ行ってきました。都会化した場所もありましたが、30年前の日本の原風景が残っており、とても懐かしく感じました。温泉街などでは時間が止まっているような錯覚を覚え、日常を忘れてのんびり過ごせました。島がプカプカ浮かんでいる瀬戸内の海は、太平洋と違い、メリハリが効いた多彩な表情を楽しませてくれました。機会を見つけて、行きそびれた宇和島や高知なども訪ねてみたいと思っています。

市民公開講座 H1N1新型インフルエンザの流行を乗り切るために 9月12日(土)15時から
場所：鎌倉生涯学習センター(鎌倉駅徒歩2分) 講師：山口内科院長 山口 泰



(診療時間)

山口内科

〒247-0056

鎌倉市大船3-2-11

大船デパートビル201

電話 0467-47-1312

	月	火	水	木	金	土
AM8:30-12:00	○	○	○	○	○	8:30-
PM3:00-7:00	○	○	×	○	○	2:00まで

http://www.yamaguchi-naika.com

すこやか生活



目次: ページ

新型インフルエンザの実情	1
新型インフルエンザは何が問題か?	2
流行は集団発生から	3
日本の対応は正しかったか?	3
明るいニュースと暗いニュース	4
秋に向けた対策	4
編集後記	4

1. 新型インフルエンザの実情

4月末のGW直前に、世界を不安に陥れたH1N1型新型インフルエンザ(豚インフルエンザ)は当初、メキシコ、アメリカ、カナダの北米3国から、イギリスなどヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランドなど、アメリカと関係の深い国々へ伝播しました。また、冬を迎えているアルゼン

チン、ブラジルなど南米各国では猖獗を極め、公式発表ベースでアメリカに迫る死亡者数がでていきます。(8月19日現在アメリカ477名、アルゼンチン386名、ブラジル339名)真夏のアジアでも、タイで111名、マレーシア64名、先進国の一角であるシンガポールでさえも10名亡くなっています。日本でも8月5日大阪で、重症化ではないが、3歳の新型インフルエンザ感染者に人工呼吸器を使ったとの発表がありました。痰がつまったことによる、無気肺との説明でしたが、実際のX線写真が提示されていないため真実は不明です。8月16日、ついに初の死亡者が出て、以後は続けざまです。これから日本でも確実に広がり、国民の3~4割が今後一年間に感染

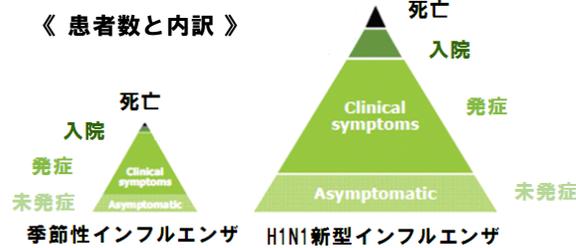
するとされるパンデミックです。すでに流行中の諸国では臨床経験、社会経験が少しずつ発表されています。これらの情報から新型インフルエンザの真実に迫ることが今月の主題です。

1) 中等度毒性である?

強毒性の鳥インフルエンザ、弱毒性の季節性インフルエンザと2者択一なら弱毒性に近いです。感染者死亡率が5割を越える鳥インフルエンザほど危険ではありません。風邪をこじらせて命を落とす可能性のある乳児や高齢者は別として、H1N1では少・青・壮年層が多数死亡しています。季節性インフルエンザでは、このようなことはありません。過去のパンデミックの死亡率はスペイン風邪1~2%(1918年)、アジア風邪0.5%(1957年)、香港風邪0.2%(1968年)程度で、H1N1は香港風邪と同程度以下の死亡率とされます。しかし、スペイン風邪の時代は抗生物質が無く、合併した細菌性肺炎でどんどん亡くなりました。アジア風邪、香港風邪の時代は抗生物質はあり

ましたが、酸素吸入や人工呼吸器での治療は行き渡っていませんでした。もちろんタミフルもありません。これらを総括するとH1N1の本当の毒性はスペイン風邪に近いのかもしれない。

インフルエンザによる肺炎や急性呼吸障害に対して、抗ウイルス剤や抗生物質に加え人工呼吸器を使っても若い人が死亡するという事態は、季節性インフルエンザと同等ではありません。ヨーロッパCDCでは下図のように表現しています。強・弱2者

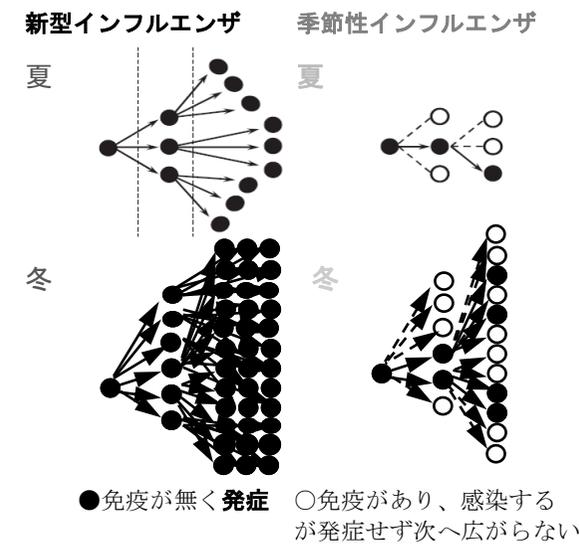


択一でなく、中等度毒性という表現も出てきました。これが真実なのでしょう。

2) 免疫がないと冬でなくとも流行する

夏は1人が3人にうつすとします。ほとんどの人に免疫が無い感染症(H1N1)は次から次へと広がります。(左上) 季節性インフルエンザでは免疫を持つ人が多いので、夏には患者が増えず横ばいです。(右上) 冬はウイルスが住みやすい環境なので、1

人の感染者が6人にうつすとします。このため一部の人に免疫があっても、発症者の総数も多いため季節性の流行が起きます。(右下) 新型インフルエンザが冬に流行したらどのようなようになるでしょうか? $3 \times 3 = 9$ が、左下のように $6 \times 6 = 36$ となります。これが現在南半球で起こっている感染の拡大です。感染拡大が急速なことに加えて、季節性と比べて新型インフルエンザの毒性が強いため、南米各国、オセアニアでは大きな問題となっています。今後秋から、冬を迎える日本はこれらの点を踏まえた対策が必要です。



2. 新型インフルエンザは何が問題か?

“季節性と同等、弱毒性、日本では重症例が出ていない”とマスコミが報道し、安堵感が広まりました。しかし、国内死亡例も出始め、蔓延国を中心に世界の死亡者が急増しています。新型インフルエンザには持病の悪化の他、2つ重症化があります。

1) 肺炎と急性呼吸窮迫症候群 (ARDS)

季節性インフルエンザはウイルスがノドと鼻など上気道にとりつき炎症を起こしますが、H1N1ウイルスはこれに加え、気管

支の奥～肺までウイルスが入り込み、肺炎を起こします。それも、一般の細菌性肺炎と異なり、肺炎は一部に留まらず、1日～2日という短時間に急速に両側の肺全体へ広がります。肺全体が肺炎になると酸素を血液中に取り込めなくなり、一気に呼吸不全に陥ります。これがARDSと呼ばれる急性呼吸窮迫症候群です。ARDSに至ると、酸素吸入では呼吸が追いつかず、人工呼吸器を装着せざるを得ません。ウイルス性肺炎が主なのでタミフルなどを使いなが

ら呼吸の管理をします。細菌性肺炎併発を予防・治療するため、重症例では抗生物質も併用されています。

肺炎・ARDSの症状は、強い咳が続く、息切れがする、深呼吸をすると胸が痛む(胸膜炎の症状)、横になると苦しくなる等です。痰は肺炎の状況によって出る場合も出ない場合もあります。これらの症状がある方は、すぐに申し出てレントゲン検査を受けましょう。

2) 脳症

一般に幼少児から20歳までの若者に起こります。脳炎を起こして脳波に異常が出たり、てんかん発作を起こします。意識が怪しくなる場合もあり、重症化の

一つです。

タミフルの副作用と間違われやすいのですが、海外の事例を見ると脳症を疑う症状が出た場合は、速やかに、抗ウイルス剤が使われています。もちろんタミフルを使用中の場合も続行です。日本では、意識が怪しい場合、何でもかんでもタミフルの副作用にしてしまう傾向がありますが、脳症や肺炎のことを考えるとできるだけきちんと抗ウイルス剤を使っていくべきでしょう。ネックは、年齢によるタミフルの使用制限です。厚労省はこの点を曖昧にして、処方責任を現場に押しつけており、今後10歳代の処方が問題になるはずは

3. 流行は集団発生から

インフルエンザは人から人へうつるもの。免疫の無い人が密集し、しかも無防備な人の集まりほど集団発生がおこります。このため、手一杯となったPCRによるH1N1の精密検査は、集団発生が疑われる場合にのみ重点的に行われています。夏休み中は通常の授業がないため、クラブや合宿など小規模、単発的な集団発生がまばらに起こっています。しかし、いったん夏休みが終わると全国一斉に児童・生徒の集団生活が再開されるので、

新型インフルエンザが本格的に流行すると予想しています。従ってインフルエンザ対策は、9月、10月に正念場を迎えることになるでしょう。

集団発生を防ぐには、1人の感染者が出たら集団を7日間自宅待機とすることです。すでに数名に感染している可能性が高いからです。咳エチケットや、手洗い、マスクも大切です。

自宅待機を繰り返すことにより授業や仕事が進まないことも問題です

日本の対応は正しかったのか?

当初、鳥インフルエンザ並みの防御態勢を敷いた厚労省ですが、H1N1の毒性が弱めなことから、現在は季節性インフルエンザに近い対応となりました。幸い最初に大騒ぎになったおかげで、感染拡大期に学校が夏休みに入り大流行に至りませんでした。国民皆保険で医療機関にすぐかかれ、インフルエンザが疑われた場合、すぐに迅速検査を行い、診断が確定すればタミフルなどの抗ウイルス剤が処方されるという、他国にないインフルエンザの検査・治療スタイルが日本の特徴です。

この季節性インフルエンザに対して行われている診療スタイルがそのまま生かされてきたこと、そして学校等が7日程度の学級閉鎖を積極的に受け入れたことが、現時点で大流行や重症化が希な理由です。このように今のところ総じてうまくいっていると思います。

今回のことで日本のシステムの弱点も見えてきました。それは、強毒性対応から現在の対応へ変えるのに2ヶ月近くかかってしまったことです。臨機応変な対応を素早く行うよう、新しい政府には期待しています。