

スペシャル企画

新型インフルエンザ

日本小児科学会の発表は「1-5歳にタミフル全例投与」だけ取り上げるべきではない-国立成育医療センター・齋藤昭彦氏に聞く◆Vol.36

安易な抗インフルエンザ薬投与防止も重要なメッセージ

2009年9月18日 聞き手・伊藤 淳(m3.com 編集部)

「あの報道の仕方では誤解を招く部分がある」。そう語るのは、国立成育医療センター感染症科医長の齋藤昭彦氏。あの報道とは、9月13日に一般紙で「新型インフルエンザの1-5歳は全例タミフル投与を」と報道された日本小児科学会からの発表のことだ。

日本小児科学会では、タミフル投与方針に関して国立成育医療センターをモデルに紹介する予定になっている。そこで、齋藤氏に発表の意味するところから、抗インフルエンザ薬投与に当たっての実際の注意点などを聞いた(2009年9月15日にインタビュー)。



「新型インフルエンザの治療では、世界の標準的治療と足並みをそろえる必要がある」と語る齋藤昭彦氏。

——単刀直入に、小児科学会からの発表は何を意味するのでしょうか。

まず現在流行している新型インフルエンザでは急速に症状が進行したり、肺炎から急性呼吸窮迫症候群(ARDS)を合併することがあり、通常の季節性インフルエンザとは同じとは言えないことが根底にあります。当院では、季節性インフルエンザには、基礎疾患のある患者さんにのみ、抗インフルエンザ薬の投与を推奨していますが、今回の新型インフルエンザに関しては、それとは異なるアプローチをとっています。その大きな違いが、1-5歳の幼児と妊婦に抗ウイルス薬を投与するということです。すなわち、現時点で新型インフルエンザによる重症化リスクが高いと考えられている患者に対しては、抗インフルエンザ薬を投与するということです。

実際、成育医療センターでは、今回の新型インフルエンザに対しては、基礎疾患(心疾患、呼吸器疾患、肝疾患、腎疾患、糖尿病、免疫不全など)のある患者、妊婦、全身状態悪化のため入院を必要とする患者、5歳以下の幼児を抗インフルエンザ薬投与の対象としています。したがって、重症化リスクの低いと考えられている患者、例えば6歳以上で基礎疾患のない小児には、安易に抗インフルエンザ薬を投与しないということも重要なメッセージの一つです。このようにはっきりと年齢に線を引くことは大変難しい判断なのですが、その基準をある年齢で決定しないと現場が混乱します。その決定は、現時点で得ることのできるデータを統合し、世界の標準的治療を行うという観点に立って行いました。

——抗インフルエンザ薬投与の基準をどのように決定したのでしょうか。

繰り返しますが、当院の様々な感染症に対する治療の方針は、世界の標準的治療を実践するという事です。誤解を招く部分があると思うのですが、日本だけ幼児にタミフル投与を勧めているわけではなく、当院の方針は、世界の標準的治療と足並みをそろえていることをおわかりいただけたらと思います。抗インフルエンザ薬使用に関して、[WHO\(世界保健機関\)の勧告](#)や[CDC\(米疾病対策センター\)の勧告](#)を見ても、5歳以下には投与を推奨しています。5歳以下となれば、1歳以下の乳児もその治療対象となりますが、海外、並びに日本では1歳以下の乳児に対して、抗インフルエンザ薬の有効性を示すデータが不足していることもあって、今回は除外することとしました。1歳以下の乳児への投与は、その児の状態が思わしくない場合、入院を要するなど担当の医師が重症と判断した場合に行うとしました。

——新型インフルエンザ(H1N1)だけを判別する迅速診断キットが実用化されていませんので、現状ではA型という検査結果が出れば抗インフルエンザ薬投与を行うということでしょうか。

そうですね。当院では季節性インフルエンザには基礎疾患を有する患者を除き、抗インフルエンザ薬の投与を行っていませんが、今の流行状況を見ると、迅速診断キットでA型の検査結果が出れば新型インフルエンザ感染として間違いないでしょう。

——インフルエンザの検査を行うに当たり、成育医療センターで注意していることはありますか。

発熱早期には陽性にならないことが多いので、発熱後12時間以降でなければ検査をしないと決めています。また、周囲で集団感染が認められるような疫学情報があれば、検査キットの数にも限りがあることから、臨床症状がインフルエンザ感染症に合致すれば、検査をせずに新型インフルエンザ感染症として治療を行います。

——タミフル処方の際して、保護者にはどのように説明していますか。

三つのポイントをきちんと伝える必要があります。一つは、症状が出てから48時間以内に投与しないと効果がないこと、二つ目は有熱期間を1-1.5日短縮すること、そして三つ目は合併症の予防効果は証明されていないということです。この三点を理解していただいてから、処方することが大事です。当然、症状が出て48時間経った患者さんには、薬の有効性を裏付けるデータはないことを確認し、処方を行わないようにしています。

——現在、タミフルとリレンザの国内供給はほぼ同数になることが見込まれています。タミフルとリレンザはどのように使い分けたらよいでしょうか。

[リレンザの添付文書](#)に「4歳以下の幼児に対する安全性は確立していない」という表記があります。米国では、治療は、7歳以上が適応となっていますし、小児が吸入にどこまで協力できるかが問題となることもあります。吸入が可能であれば、1-4歳の患者にはタミフルを投与し、5歳以上の患者であればタミフル、またはリレンザを投与するということになると思います。また、10歳以上の患者で抗インフルエンザ薬の投与が必要で、異常行動の出現を問題とするのであれば、リレンザが第一選択となるでしょう。

——今後、方針が変更されることもあるのでしょうか。

その通りです。新しい情報を基に、順次変更していく予定です。今の段階では季節性インフルエンザに比べ、新型インフルエンザは重症化する可能性が高いことはわかっていますが、それがどの程度のものなのかデータが不十分です。特に小児のデータは乏しく、今後、様々なデータが集積されていくと思います。例えば、CDCが米国

でのデータを分析したところ、18歳未満の小児の死亡例のうち、5歳未満は19%であったという報告が最近発表されました(9月4日付けのMMWR)。死亡者の中で、乳幼児が、とりわけ大きな割合を占めることはないことを示しています。このようなデータが集まることで、新型インフルエンザの治療方針は今後より適切なものに改変されていくと思います。

今の報道は、その治療に焦点が大きく置かれていますが、それ以上に大事なのが、感染をいかに予防するかということです。手洗いの励行、咳エチケットなど、最低のルールを守ることは、とても重要です。また、呼吸器症状、発熱があるという理由で、医療機関を気軽に受診すると、病院は、患者であふれ返り、多くの医療機関がその機能を失います。そのようなことがないように、症状が軽い場合は、家で様子を見て、他の人に広げないという概念も重要と考えます。

筆者プロフィール **齋藤 昭彦(さいとう あきひこ)氏**

1991年新潟大学医学部卒業。1991年聖路加国際病院小児科レジデント、1994年同チーフレジデント。1995年米国ハーバードUCLAメディカルセンターアレルギー、臨床免疫部門リサーチフェロー。1997年6月米国南カルフォルニア大学(USC)小児科レジデント。2000年米国カルフォルニア大学サンディエゴ校(UCSD)小児感染症科クリニカルフェロー、2003年同講師、2004年同准教授。2008年より国立成育医療センター感染症科医長。米國小児感染症認定医、米國小児感染症学会専門医。