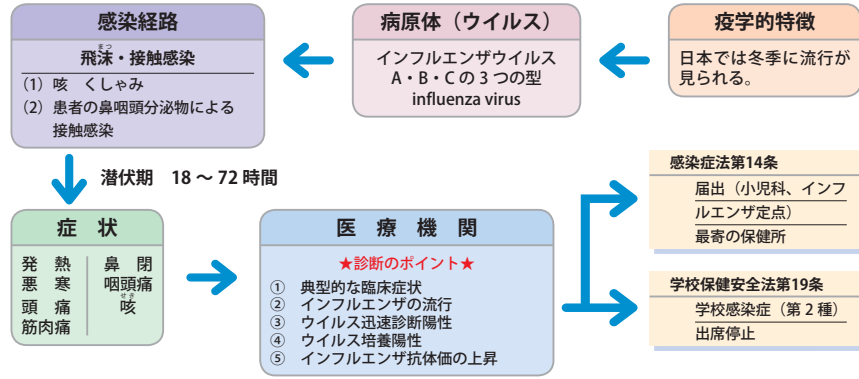


(1) インフルエンザ ……五類感染症・小児科・インフルエンザ定点 (鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)

Influenza



(鳥インフルエンザを除く)

治療

対症療法
特異療法 ノイラミナーゼ阻害薬 (オセルタミビル、ザナミビル、ベラミビル、ラニナミビル) はインフルエンザ A 型と B 型の発症 48 時間以内は有効である。アマンタジンはインフルエンザ A 型の発症 48 時間以内は有効である。
注意: (1) 年齢・疾患への注意
乳幼児、高齢者及び慢性疾患 (心・肺・腎疾患)、代謝疾患を有する者は、重篤になりやすい。
(2) 合併症への注意
(3) アマンタジンは耐性株が多い。

臨床症状 必要な

届出のために必要な臨床症状 (4つすべてを満たすもの)
ア 突然の発症
イ 高熱
ウ 上気道炎症状
エ 全身倦怠感等の全身症状

検査

■検査材料: 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液
(1) 迅速診断キットによる病原体の抗原の検出
注: 分離用の検体は室温に放置しない。採取後は速やかに検査を行う。
① ウイルス分離 発症後 3 日以内に採取した咽頭ぬぐい液又はうがい液
② 迅速抗原試験は、鼻咽頭からの採取が陽性率が高く、咽頭ぬぐい液は陽性率が劣る。
③ RT-PCR 法

届出基準

診察あるいは検案した医師の判断により、
ア 患者 (確定例)
症状や所見からインフルエンザが疑われ、上記の臨床症状のすべてを満たすか、上記の臨床症状のすべてを満たさなくても、上記の検査によって病原体の診断をしたもの。
イ 感染症死亡者の死体
症状や所見からインフルエンザが疑われ、上記の臨床症状のすべてを満たすか、上記の臨床症状のすべてを満たさなくても、上記の検査によって病原体の診断をしたもの。
上記の場合は、指定届出機関の管理者は、感染症法第 14 条第 2 項の規定による届出を、週単位で翌週の月曜日に届け出なければならない。

参考図書

- 山崎修道ほか編『感染症予防必携』日本公衆衛生協会 1999
- Dolin R: Influenza In: Harrison's Principles of Internal Medicine. (Fauci AS et al.eds.) McGraw Hill, New York 2008
- 国立感染症研究所 IASR 2015/16 シーズンのインフルエンザ脳症について 2016;37:221-223

発生状況 インフルエンザウイルス A 型により大流行を起こす。このウイルスはさまざまな亜型を持つ上に、しばしば抗原変異を起こす。B 型は散発的あるいは局地的な流行を起こすが、A 型のような変異は起こさない。C 型による感染は少なく疫学的に重要ではない。東京では 12 月ごろから流行が始まり、1 月後半～2 月初めにピークを迎え、3 月までには流行が終わるのが多い。ただし、B 型は 5 月の連休ごろまで散見される。

臨床症状 典型的には突然の発熱で始まり、半日以内に 38℃ を超える高熱となる。発熱は 3 日程度続き、その間しばしば頭痛、筋肉痛、腰痛などを伴う。解熱しても咳が続き、完全に回復するのに 1～2 週間以上かかることも少なくない。
① インフルエンザウイルス肺炎は、非常にまれであるが重篤な呼吸困難、チアノーゼを起こす。インフルエンザ発病後約 1 週間して現れる。
② 二次性細菌性肺炎は、肺炎球菌、ブドウ球菌、インフルエンザ桿菌によってインフルエンザ軽快後出現する。
③ ①と②の混合性肺炎は、慢性的心肺疾患を持つ患者が合併しやすい。①に比し軽症である。
④ ライ症候群は、急性の脳浮腫と肝臓の脂肪浸潤を伴う脳症として発症する。小児のインフルエンザ B 型感染に伴うことが多い。疫学的にアスピリンの使用と関係があるとされ、この警告が広がるとともに頻度は減少してきている。
⑤ インフルエンザ脳炎・脳症は、2009/10 シーズン～2015/16 の 7 シーズンに計 972 例が報告された。主な症状は意識障害、発熱、けいれん、頭痛、嘔吐、項部硬直等であり死亡として届けられたのは未成年で約 5.5% であった。

検査所見 採取すべき検体: 咽頭ぬぐい液、うがい液、ペア血清。
初期には白血球数が 15,000 個 /ml 以上となり、遅れて白血球減少が見られることもある。

病原体 インフルエンザウイルス (influenza virus)
エンペローブをもつ RNA ウイルスで、A 型 (Influenza virus A H1N1pdm、香港型 H3N2)、B 型、C 型に分類される。

感染経路 主に飛沫感染。患者の鼻汁などによって間接的に接触等により感染することもある。流行しているインフルエンザウイルスに対する抗体をもっていなければ感染する。一般的には学童期の小児が最も患しやすい。

潜伏期 潜伏期は 18～72 時間。発症後 2～5 日間はウイルス排泄を認める。

行政対応 指定届出機関 (小児科、インフルエンザ定点) の医師は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に年齢・性別ごとの患者発生数を届け出る。学校保健安全法では、学校感染症 (第 2 種) として、発症から 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日 (幼児は 3 日) を経過するまで、出席停止。

拡大防止 予防策として、手洗い、咳エチケットの励行、湿度の保持など。
ワクチンは有効性 50～80% とされている。高齢者では重症化、死亡を防ぐ点で効果がある。また、小児に対しても有効であり、特に発症後 1.4 日で生じるインフルエンザ脳炎・脳症にはワクチン以外有効な対策はないと考えられている。H1N1、H3N2、B 型 2 系統の不活化 4 価 HA ワクチンが一般的に用いられている。

治療方針 ノイラミナーゼ阻害薬 (オセルタミビル、ザナミビル、ベラミビル、ラニナミビル) はインフルエンザ A 型と B 型の発症 48 時間以内は有効である。解熱剤に関してインフルエンザの致命率増加にシクロフェナクナトリウム、メフェナム酸の関与が示唆されている。一般的に頻用されているアセトアミノフェンによる致命率の上昇はない。インフルエンザに伴う発熱に対して使用するのであれば、アセトアミノフェンがよい。