

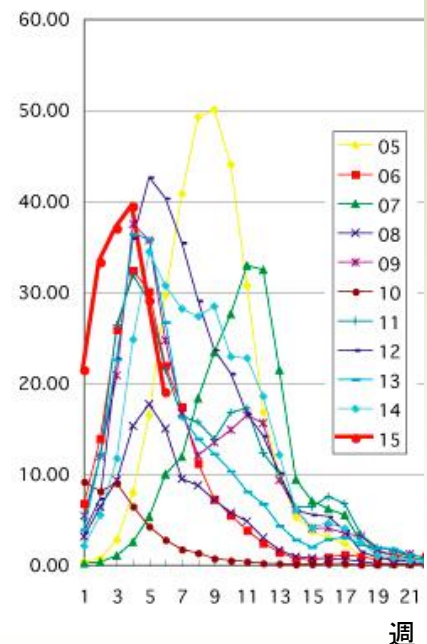
ICT だより 第 78 号

季節性インフルエンザの感染拡大と 抗インフルエンザ薬の予防投与

厚生労働省の発表によると、2015 年 1 月中旬を境に、今シーズンのインフルエンザの流行はピークアウトしつつあるようです。これまでの流行の主体はインフルエンザ A 型 H3N2(いわゆる A 香港型)であり、今後は B 型が小規模な流行を春先まで繰り返すと考えられます。

今シーズン世界で流行している A 香港型は、抗原の変異の度合いが大きいと CDC は推測しており、変異株が流行すると、ワクチンによる予防効果が低くなり、罹患者も相対的に増加します。その証左となるのが、国立感染症研究所が発表している定点当たりのインフルエンザ罹患者の報告数です(右上図)。15 年(赤線)は 12 年(紫線)以来の高い報告数となっており、流行の拡大が示唆されています。また、正確な比較はできませんが、例年と比して病院内での感染拡大が多いともいわれており、特に医療職が感染源となり大規模な院内感染となるケースが頻発し、免疫をもっていない青～中年層が多数存在するのではないかとする向きもあります。

インフルエンザのワクチンは、ニワトリの卵でワクチン株を培養して精製されます。A 香港型は卵の中での増殖が、他の H1N1pdm09(新型インフルエンザ)株や B 型よりも難しく、卵での培養効率を重視すると、本来の抗原性が失われて、ワクチンとしての効力が失活するとの報告もあります。つまり、A 香港型に対するワクチンの効果はそもそも頑健ではなく、A 香港型が流行する年は潜在的に感染者が多くなる可能性があるのです。



定点当たりのインフルエンザ報告数

目次

- 季節性インフルエンザの感染拡大と
抗インフルエンザ薬の予防投与
予防投与だけに頼るのは疑問



予防投与だけに頼るのは 疑問

インフルエンザの感染経路は飛沫感染が主で、接触感染もするといわれています。しかしながら、現状ではクロストリジウム・ディフィシルやノロウイルス感染者などに対応するような接触予防策を実施することは稀です。基本的には飛沫予防策（感染者と接触者のサージカルマスク着用）と標準予防策の遵守が感染予防の基本となります。

予防投与は非常に高い確率でインフルエンザの感染を防御します。インフルエンザ感染者との接触の度合いにもよりますが、おそらく飛沫予防策や標準予防策を実施するよりも効果的にインフルエンザの発症を抑制すると思われます。

しかし、抗インフルエンザ薬は飛沫予防策に使用するサージカルマスクや、標準予防策に使う手指消毒剤や手袋等より100倍以上も高価です。医療経済的には飛沫予防策、標準予防策の方に利があり、感染予防も期待されることから、インフルエンザの流行期には、常日ごろからの適正なマスクの着用と手指衛生の徹底が重要といえます。

季節性インフルエンザの感染拡大と

抗インフルエンザ薬の予防投与

また、前回の ICT だよりも触れましたが、現在、用いられているインフルエンザワクチン自体も、インフルエンザの感染機序から逸脱した免疫を誘導するため、A 香港型だけに限らず、ワクチン自体の有効性にも疑問が投げかけられています。

特に、日本においては 20 歳以上では、ワクチンを打っても予防効果がなかったとする報告が、昨シーズンまで 5 年間続いています。おそらくは、今年も同様な傾向となるため、6 年連続してワクチンは効かなかったということになりそうです。

このような状況では、ワクチンにインフルエンザ感染の予防を期待することはできません。そこでワクチンの代わりとなり、インフルエンザの予防に重要性が増しているのが、抗インフルエンザ薬の予防投与になります。

インフルエンザへの予防投与が認可されている薬は、オセルタミビル(タミフル®)、ザナミビル(リレンザ®)、ラニナビル(イナビル®)の 3 つです。どの薬剤も治療量の半分を、治療期間の倍の時間をかけて投与します。つまり、イナビルを例にとれば、治療では 1 日 2 回 1 日間であるのに対し、予防投与では 1 日 1 回 2 日間となり、合計投与量は同じでも、投与期間が 2 倍になっています。

予防投与の効果は各臨床試験のデザインが異なるものの、どの薬剤でもプラセボ群と比較して、インフルエンザの発症を有意に抑制できたとしています。当院の例をあげれば、これまでに約 3 シーズンの期間中(2015 年 2 月 8 日現在)、延べ 267 人の職員がインフルエンザ感染者との接触後 48 時間以内に病院負担により予防投与をされましたが、ひとりの発症も認めていません。また、患者でも 48 時間以内の投与では発症者がなく、48 時間を経過した後の投与では、32 名中 4 名の患者が発症しています。ある報告によれば、接触後 24 時間以内の投与の方がより、予防効果が高くなるといわれており、インフルエンザの発症抑制には、迅速な投与が効果的といえそうです。

ちなみに、予防投与には保険が適用されていません。つまり、費用はすべて自己負担となります(当院で実施しているインフルエンザ院内発生に関する予防投与は病院負担で、これはあくまでも院内規定)。実際にどのくらいの費用がかかるかは、各医療機関により様々です。また、抗インフルエンザ薬の予防投与が承認されていることを知らない開業医もいるようで、まだまだ認知度が低いともいわれています。家族などにインフルエンザ感染者がいて、市中のクリニックなどで予防投与を希望する際には、事前に問い合わせることをお勧めします。

最後に、シーズン中の頻回な予防投与に関しては、副作用による健康被害は考慮する必要は低いとされ、耐性株の誘導も、現状では確認されていません。今後の動向を見極める必要はありますが、今のところは、シーズン中にインフルエンザ感染者と接触するたびに予防投与は問題がないと思われます。