

インフルエンザなど感冒関連疾患

Influenza and Common Cold

[要 旨] インフルエンザ様疾患あるいはかぜ症候群は、基本的には臨床的に診断し外来診療の対象となる疾患であるが、非特異的な症状だけに、合併症の有無の確認と他の疾患との鑑別は不可欠で、病原診断を常に念頭に置かなければならない。患者本人の診療だけでなく、感染管理も重要である。発病後できるだけ早期に診断し、適切な治療薬投与と全身管理を行い、同時に周囲への感染の防止をする。

合併症で最も重要なものは下気道感染症で、胸部 XP で確認する。病原検索は細菌培養や迅速検査キットで行う。迅速検査キットは治療に直結する有用な検査であるが、感度と特異度は限界があるので、適切な検体採取をすることと、偽陰性と偽陽性のリスクを考慮し総合的に判断することが重要である。

[キーワード] インフルエンザ、かぜ症候群、迅速検査

臨床症状

かぜ症候群とは、上気道の炎症による症状をきたす急性呼吸器疾患の総称である。その病因は、大部分を占めるウイルスの他、細菌、ウイルス、マイコプラズマ、クラミジア(クラミドフィラ)など多岐にわたり、合併症も多彩である。また、重症感染症の初期や、アレルギーなどの非感染性疾患でも同様の症状をみることがあり、逆に、同じ病因でも呼吸器症状に乏しい場合がある。感染症法によるインフルエンザの報告基準は、突然の発症、38℃を超える発熱、上気道炎症状、全身倦怠感等の全身症状となっている。健康な成人と年長児では、インフルエンザの流行期にはこのような症状のみから診断できるが、流行期以外あるいは高齢者や小児では診断は容易でない。

診療に際して判断すべき点は以下ようになる。

上気道に局限しているか。特に二次感染を含めて中・下気道合併症、呼吸器外合併症の有無。脱水などの全身状態の把握。病原の特定。抗菌薬や抗ウイルス薬の適応。リスクの判断(基礎疾患の有無、年齢など)。感染源としてのリスクの判断(施設内発症、医療従事者など)。

確定診断に要する検査

かぜ症候群診断の基本は、詳細な医療面接による症状と接触歴などの把握と、漏れのない理学的所見の確認である。アレルギー性疾患、異物、腫瘍などの非感染性疾患を除外し、感染症の場合は病巣を特定し下気道などの合併症の有無を確認することが必要で、そのための最も重要な検査は胸部 X 線検査である。これらが否定的であれば、かぜ症候群として病原検索を行う(図1)。

入院治療か外来治療かの判断

かぜ症候群は外来治療が一般的であり、入院の適応となるのは、肺炎などの重症合併症、呼吸や全身状態の悪化した場合がほとんどであるが、糖尿病などの基礎疾患を有する症例では、かぜ症候群などを契機に基礎疾患が悪化する例もあるので留意する。X 線検査、血液ガス分析(SpO₂ モニターでも可)、尿検査などを行う。

病原微生物検索のための検査(表1)

抗生物質の適応となる細菌、マイコプラズマ、クラミジアと、抗ウイルス剤の適応となるインフ

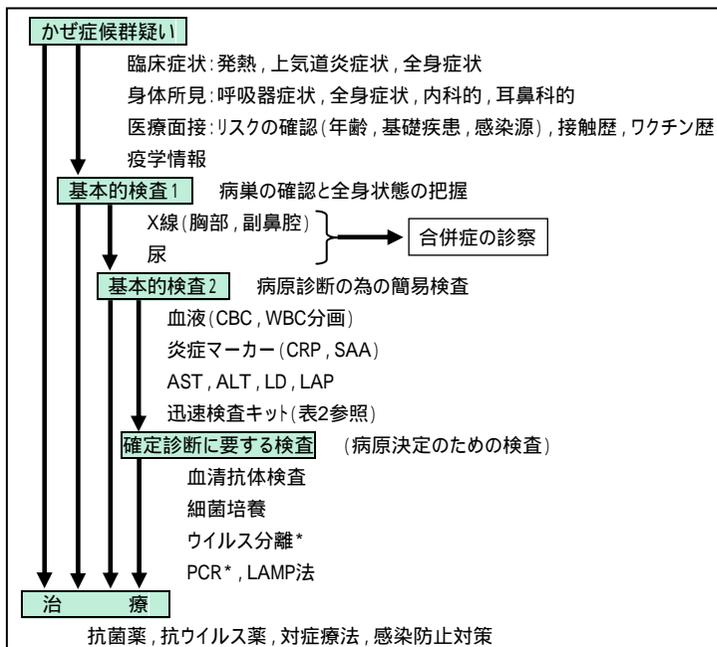


図1 かぜ症候群の検査のフローチャート

表1 かぜ症候群の病原診断のポイント

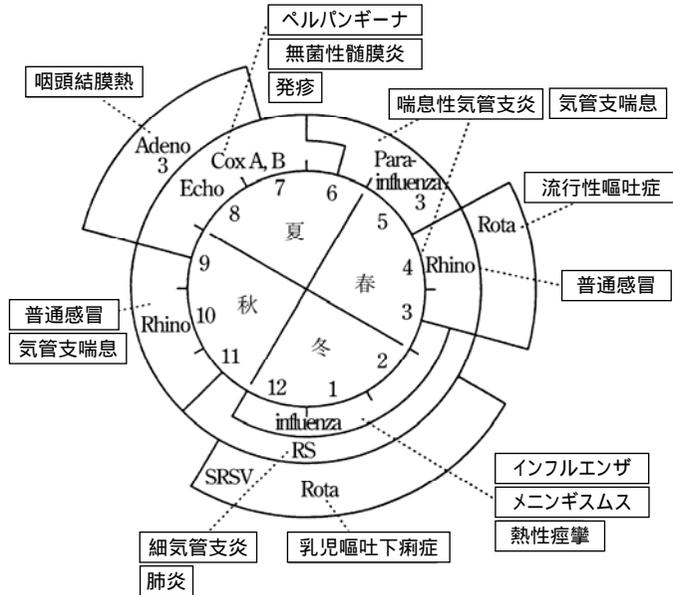
流行状況と接触歴の把握	医療面接	家族や集団(保育園, 学校, 施設など)の流行状況と接触歴, 渡航歴などを詳しく
	流行調査	国立感染症研究所や地方衛生研究所のホームページで情報を収集
血清学的検査	抗体検査	HI, CF, PHA, ELISAなど病原体によって選択 急性期と回復期のペア血清で判断することが原則 病原や年齢などによっては, 反応が弱いことがある
病原検出検査	細菌培養	病原体, 施設などによる精度の相違がある 検出菌が病原であるとは限らない
	ウイルス分離*	使用する細胞培養によってウイルスに対する感受性が異なる 数日を要することが多い
	PCR*, LAMP法	高感度 コンタミネーションに対する細心の注意が必要
	酵素免疫法 迅速検査キット	吸光度や目視で判定 簡便で, 多くは30分以内に目視判定 偽陰性と偽陽性のリスクを常に考慮する 確実な検体を採取する

ルエンザウイルスを検出することが主目的となる。抗菌薬の乱用を防ぐためにも, また感染管理のためにも病原診断は重要である。ウイルス感染の診断には, 季節の流行パターンの認識が有用である(図2)。病原検査で陽性にでも, 重複感染や二

次感染, あるいは回復後も病原体のみが検出されている場合などがあるので, 総合的に判断する必要がある。

A. 一般血液検査

細菌かウイルスかの鑑別は, 白血球数, 分画,



・コロナウイルス、ヒトメタニューモウイルスは秋から春に多い。
 ・アデノウイルス、マイコプラズマ、クラミジア、単純ヘルペスウイルスは通年性

図2 季節的にみた主要ウイルスの流行パターンと代表的疾患(文献¹⁾より)

表2 かぜ症候群の迅速診断キット

検出病原体	検体	特徴
溶連菌	咽頭ぬぐい液	培養法との一致率は90%以上
インフルエンザウイルス	鼻腔吸引液, 鼻腔ぬぐい液, 咽頭ぬぐい液	A型とB型を鑑別して検出, 検出率は50~100%
RSウイルス	鼻腔吸引液, 鼻腔ぬぐい液, 気管内吸引液	成人では鼻腔からの検出率は低い
アデノウイルス	咽頭ぬぐい液, 結膜ぬぐい液, 便	咽頭ぬぐい液の感度は80%以上
ロタウイルス	便, 直腸ぬぐい液, 直腸ぬぐい液	検出率90%以上
肺炎球菌	尿, 髄液	感染後長期間陽性となることがある
マイコプラズマIgM抗体	血清	病初期数日間は陽性とはならない

CRP, SAA を参考にするが、感冒症状のみの病態の場合明確な区別は困難なことが多い。麻疹, EBウイルス, サイトメガロウイルス, ヘルペスウイルスなどでは, AST, ALT, LD, LAPなどが変動することがある。

B. 血清抗体検査

急性期と回復期のペア血清で、4倍以上の上昇を認めた場合を有意とする。2週間以上の間隔が望ましい。年齢や病原によっては抗体反応が弱いことがある。検査項目の判断に迷うときは急性期の血清を保存しておく。

C. 迅速検査キット(表2)

感染初期に治療薬を開始することが原則なので、迅速検査キットが唯一治療に結びつく病原検出検査となる。発病初期, 治療開始前にタイムリーに検査する。確実な検体採取がポイントである。目視で判定する簡易検査なので、試薬の感度と特異度を確認し、偽陰性と偽陽性のリスクを常に考慮する。

D. 蛍光抗体法, 酵素免疫法

迅速診断のための検査であるが検査時間がやや長く、ある程度の設備も必要である。

E. 細菌培養

抗菌薬開始前に行う。検出菌が病原とは限らない。

F. ウイルス分離同定

ウイルス感染症では最も基本となる検査である。培養細胞における細胞変性効果で判定するが、目的のウイルスによって感受性のある細胞が異なるので、ある程度絞る必要がある。判定できるまで少なくとも数日を要する。保険収載はない。

G. PCR, LAMP 法

高感度で、活性の失われた検体でも検査できるメリットがあるが、コンタミに対する細心の注意が必要である。迅速検査となりうるが、検査時間はほぼ1時間以上であり、技術と設備も要する。

フォローアップに必要な標準的検査

合併症、二次感染、治療薬の副作用、病原体の消失確認などのために、胸部XP、肝機能、CBC、尿検査、細菌培養を検査する。確認のために回復期の血清抗体検査を行う。

専門医にコンサルテーションするポイント

中・下気道合併症以外にも、中枢神経や消化器

系などの種々の合併症があり、その専門医に依頼する。施設の集団発生や海外渡航歴がある場合は、行政機関との連携が必要なことがある。

保険診療上の注意

ウイルスの検索については保険適用の制約が多い。

参考文献

- 1) 武内可尚：インフルエンザの診断と治療 - 2000/2001, 小児の特徴. 治療 82 : 2709 ~ 2715, 2000
- 2) 三田村敬子, 七種美和子, 清水英明：かぜ症候群の迅速診断(2). インフルエンザ 4 : 333 ~ 339, 2003
- 3) 三田村敬子：インフルエンザ抗原検査. Medical Technology 32 : 1267 ~ 1275, 2004
- 4) 谷口清洲：感染症の診断・治療ガイドライン 2004 インフルエンザ(高病原性鳥インフルエンザを除く). 日本医師会雑誌 132(12) : 266 ~ 269, 2004