

DI ニュース

(Drug Information News)
NO. 241
2005年1月
徳山医師会病院 薬局
TEL: 0834-31-7716
FAX: 0834-32-5349
e-mail: yaku@tokuyamaishikai.com

薬局ホームページアドレス <http://www.tokuyamaishikai.com/yaku/index.htm>

1. お知らせ

○ 塩酸モルヒネ注射液（麻薬/武田）の【警告】、【効能・効果】、【用法・用量】に変更、追加がありました。
（下線部追記・変更箇所）

【警告】本剤の硬膜外及びくも膜下投与は、これらの投与法に習熟した医師のみにより、本剤の投与が適切と判断される患者についてのみ実施すること。

旧【効能・効果】 激しい疼痛時における鎮痛・鎮静
激しい咳嗽発作における鎮咳
激しい下痢症状の改善及び手術後等の腸管蠕動運動の抑制
麻酔前投薬、麻酔の補助
激しい疼痛を伴う各種癌における鎮痛

新【効能・効果】〔皮下及び静脈内投与の場合〕
激しい疼痛時における鎮痛・鎮静
激しい咳嗽発作における鎮咳
激しい下痢症状の改善及び手術後等の腸管蠕動運動の抑制
麻酔前投薬、麻酔の補助
中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛
〔硬膜外及びくも膜下投与の場合〕
激しい疼痛時における鎮痛
中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛

旧【用法・用量】通常、成人には、塩酸モルヒネとして、1回5～10mgを皮下に注射する。また、麻酔の補助として、静脈内に注射することもある。なお、年齢、症状により適宜増減する。
激しい疼痛を伴う各種癌における鎮痛において持続点滴静注又は持続皮下注する場合には、通常、成人には、塩酸モルヒネとして、1回50～200mgを投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

新【用法・用量】〔皮下及び静脈内投与の場合〕
通常、成人には、塩酸モルヒネとして、1回5～10mgを皮下に注射する。また、麻酔の補助として、静脈内に注射することもある。なお、年齢、症状により適宜増減する。
中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛において持続点滴静注又は持続皮下注する場合には、通常、成人には、塩酸モルヒネとして、1回50～200mgを投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。
〔硬膜外投与の場合〕
通常、成人には、塩酸モルヒネとして、1回2～6mgを硬膜外腔に注入する。なお、年齢、症状により適宜増減する。
硬膜外腔に持続注入する場合は、通常、成人には、塩酸モルヒネの1日量として2～10mgを投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。
〔くも膜下投与の場合〕
通常、成人には、塩酸モルヒネとして、1回0.1～0.5mgをくも膜下腔に注入する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

～用法及び用量に関連する使用上の注意～

〔皮下及び静脈内投与の場合〕

200mg注射液（4％製剤）は、10mgあるいは50mg注射液（1％製剤）の4倍濃度であるので、1％製剤から4％製剤への切り替えにあたっては、持続注入器の注入速度、注入量を慎重に設定し、過量投与とならないように注意して使用すること。

〔硬膜外投与の場合〕

（1）200mg注射液（4％製剤）は硬膜外投与には使用しないこと。

（2）オピオイド系鎮痛薬を使用していない患者に対しては、初回投与時には、24時間以内の総投与量が10mgを超えないこと。

（3）硬膜外投与で十分な鎮痛効果が得られず、さらに追加投与が必要な場合には、患者の状態（呼吸抑制等）を観察しながら慎重に投与すること。

〔くも膜下投与の場合〕

（1）200mg注射液（4％製剤）はくも膜下投与には使用せず、原則として10mg注射液（1％製剤）を使用すること。

（2）患者の状態（呼吸抑制等）を観察しながら慎重に投与すること。

（3）原則として追加投与や持続投与は行わないが、他の方法で鎮痛効果が得られない場合には、患者の状態を観察しながら、安全性上問題がないと判断できる場合にのみ、その実施を考慮すること。

○インスリンの保存についての注意

*未使用のインスリンは冷蔵庫に保存しますが、凍らせないでください。

・季節に関係なく凍結が起きています。

・全国で凍結が報告されています。

・冬の寒冷地では、車の中で凍結することもあります。

*冷蔵庫では、吹き出し口からの冷風が直接当たる場所は避けてください。

・一度凍らせたインスリンは、作用する時間が変わるなどして品質が保てませんので、使用しないでください。

・凍結が原因でインスリンカートリッジがひび割れたり、ゴム栓がふくらんだり、カートリッジ内に大きな気泡ができることがあります。

・イノレット、フレックスペンなどのキット製剤は、凍結すると故障して注射できなくなることがあります。

*使い始めたカートリッジ製剤やキット製剤は室温で保存しますが、高温にご注意下さい。

○ゲーベッククリーム（外用感染治療剤/三菱ウェルファーマ）の効能又は効果に関連する使用上の注意が新設されています。

～効能又は効果に関連する使用上の注意～

軽症熱傷には使用しないこと。（疼痛がみられることがある。「重要な基本的注意」の項参照）

< * 但し、以前より禁忌の欄にも記載有り >

2 . 新規収載医薬品

2005年1月7日薬価収載

エプジコム錠	
製造・販売	グラクソ・スミスクライン
分類	内服薬：HIV感染症を効能・効果とする新医療用配合剤（新医療用配合剤）
一般名	ラミブジン・硫酸アバカビル
薬価	1錠 4,014.10円
効能・効果	HIV感染症
用法・用量	通常、成人には1回1錠（ラミブジンとして300mg及びアバカビルとして600mg）を1日1回経口投与する。

レクシヴァ錠700	
製造・販売	グラクソ・スミスクライン
分類	内服薬：HIV感染症を効能・効果とする新有効成分医薬品（新有効成分）
一般名	ホスアンプレナビルカルシウム水和物
薬価	700mg1錠 800.60円
効能・効果	HIV感染症
用法・用量	通常、成人には以下の用法・用量に従い経口投与する。投与に際しては、必ず他の抗HIV薬と併用すること。 1．抗HIV薬の治療経験がない患者 ・ホスアンプレナビルとして1回700mgとリトナビル1回100mgをそれぞれ1日2回併用投与 ・ホスアンプレナビルとして1回1400mgとリトナビル1回200mgをそれぞれ1日1回併用投与 ・ホスアンプレナビルとして1回1400mgを1日2回投与 2．HIVプロテアーゼ阻害剤の投与経験がある患者 ・ホスアンプレナビルとして1回700mgとリトナビル1回100mgをそれぞれ1日2回併用投与

3．薬事委員会報告

1.新規常備医薬品

1)新規医薬品

内服

品名	規格	包装	包装薬価	薬効
カソデックス錠	80mg1錠	30錠	40,146	前立腺癌治療剤

注射

品名	規格	包装	包装薬価	薬効
ネオパレン1号	1000ml1袋	10袋	15,590	高カロリー輸液用糖・電解質・アミノ酸総合ビタミン液
ネオパレン2号	1000ml1袋	10袋	17,090	高カロリー輸液用糖・電解質・アミノ酸総合ビタミン液
シプロキササン注300mg	300mg150ml1袋	50袋	35,220	ニューキノロン系抗菌剤

外用

品名	規格	包装	包装薬価	薬効
ヒーロンV0.6	2.3%0.6ml1筒	1筒	13,160.7	眼科手術補助剤

2)規格の追加

内服

品名	規格	包装	包装薬価	薬効
ボラキス錠2	2mg1錠	100錠	4,260	尿失禁・尿意切迫感・頻尿治療剤

2.常備中止医薬品

内服

品名	在庫	薬効	代替医薬品
ケフレックスシロップ用細粒200	0g	経口用セフェム系抗生物質製剤	ケフラール細粒小児用100mg

注射

品名	在庫	薬効	代替医薬品
パシル点滴静注用500mg	8袋	ニューキノロン系抗菌剤	シプロキササン注300mg
アミノトリパ1号1700ml	0袋	高カロリー輸液用糖・電解質・アミノ酸液	アミノトリパ850ml×2本

～新規採用医薬品についての説明～
カソデックス錠

禁忌… 1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 小児
3. 女性

効能又は効果… 前立腺癌

用法及び用量… 通常、成人にはピカルタミドとして80mgを1日1回、経口投与する。

副作用… 承認時及び市販後臨床試験時における延べ227例中、163例(71.8%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められ、主な副作用は、乳房腫脹101件(44.5%)、乳房圧痛95件(41.9%)、ほてり33件(14.5%)、性欲減退18件(7.9%)、勃起力低下17件(7.5%)、総コレステロール上昇13件(5.7%)、AST(GOT)上昇12件(5.3%)、ALT(GPT)上昇12件(5.3%)であった。

重大な副作用… 1. 肝機能障害、黄疸(0.1%未満)
AST(GOT)、ALT(GPT)、Al-P、 γ -GTPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、定期的な肝機能検査の実施を考慮するとともに、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
2. 白血球減少、血小板減少(頻度不明)
白血球減少、血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
3. 間質性肺炎(頻度不明)
間質性肺炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

ネオパレン1号 2号

警告… ビタミンB1欠乏症と思われる重篤なアシドーシスが発現した場合には、直ちに100～400mgのビタミンB1製剤を急速静脈内投与すること。また、高カロリー輸液療法を施行中の患者では、基礎疾患及び合併症に起因するアシドーシスが発現することがあるので、症状があらわれた場合には高カロリー輸液療法を中断し、アルカリ化剤の投与等の処置を行うこと。

禁忌… 1. 電解質代謝異常のある患者
(1) 高ナトリウム血症の患者
(2) 高クロル血症の患者
(3) 高カリウム血症(乏尿、アジソン病、高窒素血症等)の患者
(4) 高リン血症(副甲状腺機能低下症等)の患者
(5) 高マグネシウム血症(甲状腺機能低下症等)の患者
(6) 高カルシウム血症の患者
2. 重篤な肝障害(肝性昏睡又は肝性昏睡のおそれ等)のある患者
3. 重篤な腎障害のある患者
4. アミノ酸代謝異常のある患者
5. 本剤又は本剤配合成分に過敏症の既往歴のある患者
6. 血友病の患者

効能又は効果… 経口・経腸管栄養補給が不能又は不十分で、経中心静脈栄養に頼らざるを得ない場合の水分、電解質、カロリー、アミノ酸、ビタミン補給

用法及び用量… ネオパレン1号

本剤は経中心静脈栄養法の開始時で、耐糖能が不明の場合や耐糖能が低下している場合の開始液として、あるいは侵襲時等で耐糖能が低下しており、ブドウ糖を制限する必要がある場合の維持液として用いる。

用時に上下2室の隔壁と上室内にある黄褐色の小室を同時に開通し十分に混合して、開始液又は維持液とする。

通常、成人には1日2000mLの開始液又は維持液を24時間かけて中心静脈内に持続点滴注入する。なお、症状、年齢、体重に応じて適宜増減する。

ネオパレン2号

本剤は経中心静脈栄養法の維持液として用いる。

用時に上下2室の隔壁と上室内にある黄褐色の小室を同時に開通し十分に混合して、維持液とする。

通常、成人には1日2000mLの維持液を24時間かけて中心静脈内に持続点滴注入する。

なお、症状、年齢、体重に応じて適宜増減する。

副作用… 消化器(胃又は大腸)手術の術後患者を対象とした総症例47例の臨床第III相試験1)において医学的に有害であると判断された副作用は、5例(10.6%)で、発現件数は8件(血清ALT(GPT)上昇、血清Al-P上昇が各2件、血清ビリルビン上昇、血糖上昇、そう痒感、発疹が各1件)であった(【臨床成績】の項を参照)。(承認時:2004年)

- 重大な副作用・・・**
1. アシドーシス
重篤なアシドーシスがあらわれた場合には、【警告】の項を参照し、適切な処置を行うこと。
 2. ショック、アナフィラキシー様症状
ショック、アナフィラキシー様症状を起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧低下、意識障害、呼吸困難、チアノーゼ、悪心、胸内苦悶、顔面潮紅、そう痒感、発汗等があらわれた場合には、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 3. 高血糖
本剤は高濃度のブドウ糖含有製剤なので、過度の高血糖、高浸透圧利尿、口渇があらわれるので、このような症状があらわれた場合には、インスリン投与等の適切な処置を行うこと。
- 適用上の注意・・・**
1. 投与経路
末梢静脈内には投与しないこと。
 2. 調製方法
用時に外袋を開封し、必ず2室の隔壁と小室を同時に開通して3室液を十分に混合すること。
混合方法（必ず3室の液を混合すること）
 3. 調製時
 - (1) 次のような製剤を配合する場合は、沈殿等の外観変化を生じることがあるので注意すること。
 - 1) アルカリ性側で安定化されている製剤
 - 2) 水に難溶性の製剤
 - 3) リン酸塩又は炭酸塩を含む製剤
 - (2) 脂肪乳剤と配合しないこと。
 - (3) 投与に際しては、感染に対する配慮をすること（患者の皮膚や器具消毒）。
 - (4) 寒冷期には体温程度に温めて使用すること。
 - (5) 残液は決して使用しないこと。
 - (6) 外袋開封後及び混合後は速やかに使用すること。
 4. 投与时
 - (1) 尿量は1日500mL又は1時間あたり20mL以上あることが望ましい。
 - (2) ビタミンの光分解を防ぐため、遮光カバーを用いるなど十分に注意すること。
 5. その他
可塑剤としてDEHP〔di-（2-ethylhexyl）phthalate；フタル酸ジ-（2-エチルヘキシル）〕を含むポリ塩化ビニル製の輸液セット等を使用した場合、DEHPが製剤中に溶出するので、DEHPを含まない輸液セット等を使用することが望ましい。

シプロキシサン注300

- 禁忌・・・**
1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
 2. ケトプロフェンを投与中の患者
 3. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
 4. 小児等
- ただし、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び小児等に対しては、炭疽に限り、治療上の有益性を考慮して投与すること。
- 効能又は効果・・・**
- 適応菌種**
本剤に感性のブドウ球菌属、腸球菌属、炭疽菌、大腸菌、クレブシエラ属、エンテロバクター属、緑膿菌
- 適応症**
敗血症、外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、肺炎、腹膜炎、胆嚢炎、胆管炎、炭疽
- 用法及び用量・・・** シプロフロキサシンとして、通常、成人には1回300mgを1日2回点滴静注する。
点滴静注に際しては、生理食塩液、ブドウ糖注射液又は補液で希釈して、1時間かけて投与する（30分以内の点滴静注は避ける）。
- 併用禁忌・・・**
- 薬剤名等**
ケトプロフェン（オルヂス、カピステン等）
- 臨床症状・措置方法**
痙攣を起こすことがあるので、併用しないこと。
- 機序・危険因子**
併用により、ニューキノロン系抗菌剤のGABAA受容体への阻害作用が増強され、痙攣が誘発されることが考えられている。
てんかん等の痙攣性疾患又はこれらの既往歴のある患者、腎障害のある患者では特に注意する。

副作用・・・ 承認時の調査症例413例中30例（7.26％）に副作用が認められ、主な副作用は静脈炎、嘔気、各1.21％（5/413例）等であった。

また、主な臨床検査値異常はAST（GOT）上昇7.21％（29/402例）、ALT（GPT）上昇8.23％（33/401例）、Al-P上昇3.58％（14/391例）、γ-GTP上昇4.11％（15/365例）、好酸球増多3.74％（14/374例）等であった。

重大な副作用・・・ 1. ショック（0.1％未満）

ショックがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便意、耳鳴、発汗、悪心・嘔吐、呼吸困難、末梢冷感、蕁麻疹、血圧低下等があらわれた場合には投与を中止すること。ショックがあらわれた場合には直ちにエピネフリン等の投与により血圧の維持をはかり、必要に応じて気道の確保、副腎皮質ホルモン剤、抗ヒスタミン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

2. アナフィラキシー様症状（0.1％未満）

アナフィラキシー様症状（呼吸困難、浮腫、蕁麻疹等）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止すること。アナフィラキシー様症状があらわれた場合には必要に応じて気道の確保、エピネフリン、副腎皮質ホルモン剤、抗ヒスタミン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

3. 大腸炎（0.1％未満）

偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

4. 横紋筋融解症（0.1％未満）

筋肉痛、脱力感、CK（CPK）上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とし、急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症があらわれることがあるので注意すること。

5. 間質性肺炎（0.1％未満）

発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

6. 低血糖（0.1％未満）

重篤な低血糖があらわれることがある（高齢者、特にグリベンクラミド併用患者であらわれやすい）ので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

7. 痙攣（0.1％未満）

痙攣があらわれることがある（特に、腎機能が低下している患者や高齢者であらわれやすい）ので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。〔「用法・用量に関連する使用上の注意」、「高齢者への投与」の項参照〕

8. 中毒性表皮壊死症（Lyell症候群）、皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

9. 急性腎不全、間質性腎炎（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

10. アキレス腱炎、腱断裂等の腱障害（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

11. 肝機能障害、黄疸（肝壊死等）（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

12. 錯乱、抑うつ等の精神症状（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

13. 無顆粒球症、汎血球減少、骨髓抑制（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

14. 重症筋無力症の悪化（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

15. 血管炎（0.1％未満）

副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

ヒーロンV0.6

効能又は効果・・・ 白内障手術・眼内レンズ挿入術における手術補助
用法及び用量・・・ 白内障手術・眼内レンズ挿入術を連続して施行する場合には、通常0.3～0.6mLを前房内へ注入する。また、必要に応じて、眼内レンズのコーティングに約0.1mL使用する。ただし、白内障手術又は眼内レンズ挿入術のみを施行する場合には、以下のとおりとする。

白内障手術

通常0.1～0.3mLを前房内へ注入する。

眼内レンズ挿入術

眼内レンズ挿入前に、通常0.1～0.4mLを前房内へ注入する。また、必要に応じて、眼内レンズのコーティングに約0.1mL使用する。

副作用・・・ 調査症例数79例（国内臨床試験）中、副作用発現症例は5例（6.3%）であり、副作用発現件数は延べ7件であった。その主なものは、眼圧上昇4件（5.1%）、角膜浮腫2件（2.5%）であった。（承認時までの調査の集計）

また、海外での臨床試験517例中42例（8.1%）に副作用が認められた。その主なものは、眼圧上昇33件（6.4%）、近視11件（2.1%）であった。

4．医薬品・医療用具等安全性情報

(No.207)2004年11月 厚生労働省医薬食品局 【概要】

1.重要な副作用等に関する情報

【1】バクリタキセル

当院採用品：なし

販売名：タキソール注

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

〔重要な基本的注意〕

本剤は無水エタノールを含有するため、前投薬で投与される塩酸ジフェンヒドラミン錠とアルコールの相互作用による中枢神経抑制作用の増強の可能性があるため、本剤投与後の患者の経過を観察し、アルコール等の影響が疑われる場合には、自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。

〔副作用（重大な副作用）〕

心筋梗塞、うっ血性心不全、心伝導障害、肺塞栓、血栓性静脈炎、脳卒中、肺水腫：心筋梗塞、うっ血性心不全、心伝導障害、肺塞栓、血栓性静脈炎、脳卒中、肺水腫があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。

消化管壊死、腸管穿孔、消化管出血、消化管潰瘍：消化管壊死、腸管穿孔、消化管出血、消化管潰瘍があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

重篤な腸炎：出血性大腸炎、偽膜性大腸炎、虚血性大腸炎等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、激しい腹痛・下痢等があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

腸管閉塞、腸管麻痺：腸管閉塞、腸管麻痺（食欲不振、悪心・嘔吐、著しい便秘、腹痛、腹部膨満あるいは腹部弛緩及び腸内容物のうっ滞等）を来し、麻痺性イレウスに移行することがあるので、腸管閉塞、腸管麻痺があらわれた場合には投与を中止し、腸管減圧法等の適切な処置を行うこと。

【2】ラベプラゾールナトリウム

当院臨時採用品：パリエット錠20mg

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

〔副作用（重大な副作用）〕

汎血球減少、無顆粒球症、血小板減少、溶血性貧血：汎血球減少、無顆粒球症、血小板減少、溶血性貧血があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し適切な処置を行うこと。

劇症肝炎、肝機能障害、黄疸：劇症肝炎、肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し適切な処置を行うこと。

中毒性表皮壊死症（Lyell症候群），皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群），多形紅斑：中毒性表皮壊死症（Lyell症候群），皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群），多形紅斑等の皮膚障害があらわれることがあるので，観察を十分に行い，異常が認められた場合には投与を中止し適切な処置を行うこと。
 間質性腎炎：間質性腎炎があらわれることがあるので，腎機能検査（BUN，クレアチニン等）に注意し，異常が認められた場合には投与を中止し適切な処置を行うこと。

5．インフルエンザ

インフルエンザの季節がやってきました。約2年前から世界各地で猛威をふるった新型肺炎（SARS）の影響からか、今期はインフルエンザの予防接種をされる方が例年になく多かったとも言われています。インフルエンザに関する情報を載せたいと思います。

○インフルエンザと“かぜ”（普通感冒）のちがい

インフルエンザは突如、強烈な流行が発生することが特徴です。「スペインかぜ」「香港かぜ」など世界的に大流行し多くの死者を出したインフルエンザもあります。健康な人もインフルエンザにかかる本人が苦しい思いをするだけでなく、ウイルスをまき散らして周囲の人に感染する原因にもなります。

～インフルエンザと“かぜ”（普通感冒）のちがい～

	インフルエンザ	かぜ
初発症状	悪寒、頭痛	鼻咽頭の乾燥感およびくしゃみ
主な症状	発熱、筋痛、関節痛	鼻汁、鼻閉
悪寒	高度	軽度、きわめて短期
熱および熱型（期間）	38～40（3～4日間）	ないか、もしくは微熱
全身痛、筋肉痛、関節痛	高度	ない
倦怠感	高度	ほとんどない
鼻汁、鼻閉	後期より著しい	初期より著しい
咽頭	充血およびときに扁桃腫脹	やや充血
結膜	充血	アデノではある。 咽頭結膜熱では特にひどい。
合併症	気管支炎、インフルエンザ肺炎、細菌性肺炎、脳炎、脳症	まれ
病原	インフルエンザウイルスA，B	ライノウイルス アデノウイルス コロナウイルス RSウイルス パラインフルエンザウイルス インフルエンザウイルスC
迅速診断法	あり	なし

～インフルエンザQ & A～

インフルエンザの症状と診断方法

症状については、突然の38～39度を超える発熱と頭痛、関節痛、筋肉痛などに加え、鼻汁、咽頭痛、咳などの上気道炎症状がみられ、全身倦怠感等の全身症状も出現します。流行期（我が国では例年11月～4月）にこれらの症状のあった場合はインフルエンザの可能性が高いと考えられます。潜伏期は1日から5日（平均3日間）とされています。通常、症状は約1週間で軽快することがほとんどですが、肺炎などを合併する場合もあり注意が必要です。また、インフルエンザは、非特異的な症状を呈する例も多く、流行のピーク以外の時期に臨床所見だけから他の疾患と鑑別することは困難です。

確定診断は、咽頭ぬぐい液、うがい液、鼻腔吸引液などからのウイルス分離や、血液検査で抗体価の有意な上昇（抗体陽転あるいは急性期と回復期で4倍以上の上昇）の確認で行いますが、検査に日数を要することから臨床現場での実用性は高くありません。しかし、流行中のウイルス種の同定や、次シーズンのワクチン株選定のためにはこれらの検体からのウイルス分離が重要な情報となります。

臨床現場での診断補助のためには、発症早期にインフルエンザウイルス抗原を検出するための迅速診断キットがすでに普及しており、通常30分以内に結果を判定でき、ベッドサイドや外来でも診断が可能です。現在、7種類程度の迅速診断キットが流通しています。検査の感度は、検体の種類や採取時期、キットの種類により異なります。添付文書等を参照してください。

* 迅速診断キットには下記のような種類があります。

商品名	発売元
インフルA・Bクイック クイックS—インフルA・B	デンカ生研
エスプライン インフルエンザA & B - N	富士レビオ
キャピリア Flu A, B	日本ベクトン・ディッキンソン
ディレクティジェンFlu A+B	
ボクテム インフルエンザA/B	シスメックス
ラビットテスト FLU II	第一化学薬品
ラビットビューインフルエンザA/B	住友製薬バイオメディカル

インフルエンザの合併症

抵抗力の弱い高齢者・乳幼児、気管支喘息等の呼吸器疾患、慢性心不全等の循環器疾患、糖尿病、腎不全、免疫不全（免疫抑制剤による免疫低下も含む）などの方は、インフルエンザにかかると合併症を併発する場合があります。高齢者では細菌の二次感染による肺炎、気管支炎、慢性気管支炎の増悪が起こります。また、乳幼児では中耳炎や熱性けいれんが起こります。その他の合併症としては、ウイルスそのものによる肺炎や気管支炎、心筋炎、アスピリンとの関連が指摘されているライ症候群などが挙げられます。合併症の状況によっては入院を要したり、死亡する例もあり注意を要します。近年我が国では、小児において年間100～200例のインフルエンザに関連したと考えられる急性脳症の存在が明らかとなり、現在病態の解明が進められています。

インフルエンザの治療薬や予防薬

インフルエンザの治療薬としては、ここ数年で様々な薬剤が利用可能となりました。

本邦では平成10年11月に、インフルエンザの治療薬として抗ウイルス剤の塩酸アマンタジン(商品名シンメトレル)が認可されました。

* 塩酸アマンタジン・・・パーキンソン病の治療薬として1970年代から用いられている。

ウイルス粒子の細胞核内への輸送を阻止することで、抗ウイルス活性をもつとされている。A型だけが持つM蛋白に作用するため、A型インフルエンザのみにしか効果はない。アマンタジンを投与された患者の約30%でアマンタジン耐性のA型インフルエンザウイルスが出現するという報告もあることから投薬には注意が必要であり、投与期間を1週間程度に止めることという使用上の注意が出されている。

副作用・・・主として嘔気などの消化器症状やふらつき、不眠などの中枢神経症状が軽度ながら出現することがあると報告され、使用した場合の注意事項としては、車の運転を避けることなどが挙げられている。米国では重症化のおそれがあるとされるグループやワクチンの接種が出来ない者、医療従事者へのワクチン接種を補う予防薬としての位置付けが明らかにされている。

近年、抗インフルエンザウイルス剤が開発されました。現在2種類の薬剤が使用可能です。吸入薬のザナミビル(商品名リレンザ)と経口薬であるリン酸オセルタミビル(商品名タミフル)は、平成13年2月より健康保険の適応となり、平成14年4月からはリン酸オセルタミビル(商品名タミフル)ドライシロップが健康保険の適応となり、1歳以上の小児で、使用可能となっています。

* ザナミビル/

リン酸オセルタミビル・・・インフルエンザウイルスが細胞から細胞へ感染、伝播していくために不可欠な、ウイルス表面に存在するノイラミニダーゼの作用をブロックすることによって、増殖したインフルエンザウイルスが細胞外へ出て行くことを阻害する。ノイラミニダーゼはA、B型に共通であることから、A型、B型インフルエンザ両方に効果がある。

重篤な副作用・・・アマンタジンに比べ少ないとされているが、消化器症状（嘔気、嘔吐、下痢、腹痛など）の副作用が報告されている。また最近、リン酸オセルタミビルにおいても耐性ウイルスの出現頻度が報告された。アマンタジン耐性、オセルタミビル耐性となったインフルエンザウイルスによる感染が容易に生じるかどうかは不明だが、いずれにせよむやみな使用は慎むべきと考えられる。

これらの抗インフルエンザウイルス薬は、発症後48時間以内に服用することにより、合併症のないインフルエンザでの罹病期間を短縮することが確認されています。ハイリスク患者においても、抗菌薬を必要とするような合併症を減少させたという報告もありますが、合併症などの重症化を予防できるかどうかについてはまだ結論は得られていません。

また、塩酸アマンタジンは催奇性が疑われるため、妊婦または妊娠している可能性のある女性への投与は禁忌となっています。ザナミビル、リン酸オセルタミビルに関しては、妊娠中の投与に関する安全性は確立しておらず、動物実験では薬剤の胎盤通過性が報告されており、治療上の有益性が危険性を上回ると判断した場合にのみ投与することとなっています。

授乳婦に投与する場合は、乳児に対する安全性も確立していませんし、乳汁中に薬剤が移行することが動物実験などで報告されていることから、投薬中の授乳を避けることが勧められます。

予防薬としては、平成16年7月にリン酸オセルタミビルに対し、成人および13歳以上の小児を対象に、効能追加が承認されました。米国の成績ですが、予防効果は82%と報告されています。ただし、その使用に関しては、様々な条件があります。

- 条件：(1)インフルエンザを発症している患者と同居する高齢者や慢性疾患をかかえるいわゆるハイリスク患者を対象としている
(2)医療保険の給付対象とならない
(3)医師の処方が必要である

また、用法・用量も異なっており、治療に使用する場合は1日2回、1回75mg（5日間）であるのに対して、予防投与の場合は1日1回75mg（7日間～10日間）です。リン酸オセルタミビルの予防投与はワクチンによる予防に置き換わるものではありません。

1歳未満の乳児がインフルエンザに罹った場合、リン酸オセルタミビル(商品名タミフル)を投与可能か
リン酸オセルタミビル（商品名タミフル）の添付文書において、幼小児の用法及び用量は定められていますが、乳児に対する用法及び用量は定められていません。1歳未満の乳児に対する本剤の投与については、禁忌とされているわけではありませんが、承認時において1歳未満の乳児に関する十分なデータがなかったことから、添付文書に「1歳未満の患児に対する安全性及び有効性は確立していない」と記載され、注意喚起がなされているところです。患児の保護者等に薬剤名、服用方法、効能、特に注意を要する副作用及び本剤の1歳未満の患児に対する安全性及び有効性が確立していないことなどについて丁寧に説明し、同意を得た上で、慎重に投与すべきです。

インフルエンザに罹ったときの発熱に使う解熱剤について

解熱剤には、インフルエンザに罹っているときは使用を避けなければならないものがあります。例えば、アスピリンなどのサリチル酸系解熱鎮痛薬は、15歳未満のインフルエンザ患者へは投与しないことになっています。

（サリチル酸系解熱剤関連リンク）

医薬品・医療用具等安全性情報No.151「ライ症候群とサリチル酸系製剤の使用について」

http://www.info.pmda.go.jp/iyaku_anzen/PMDSI151d.html#1

医薬品・医療用具等安全性情報No.167「サリチル酸系製剤の小児に対するより慎重な使用について」

http://www.info.pmda.go.jp/iyaku_anzen/PMDSI167d.html#1

ジクロフェナクナトリウムを含む解熱剤についても、15歳未満のインフルエンザの患者へは投与しないことになっています。また、平成11年度のインフルエンザ脳炎・脳症の臨床疫学的研究班による研究では、インフルエンザ脳炎・脳症を発症した患者においてジクロフェナクナトリウム又はメフェナム酸の使用群が、解熱剤未使用群と比較してわずかながら有意に死亡率が高いと報告され、平成12年度の調査では、ジクロフェナクナトリウムの使用群と他の解熱剤使用群との比較をした結果、ジクロフェナクナトリウムの使用群についてより高い有意性をもって死亡率が高いことが示されました。また、本症の脳の病理学的検査が行われ、脳血管に損傷が生じていることが特徴的に見出されました。この研究結果を踏まえ厚生労働省では、ジクロフェナクナトリウムについて、明確な因果関係は認められないものの、インフルエンザ脳炎・脳症患者に対する投与を禁忌とすることとし、ジクロフェナクナトリウムを含有する解熱剤を製造、販売する関係企業に対し、使用上の注意の改訂等を指示しました。

（ジクロフェナクナトリウム関連リンク）

厚生労働省発表資料「小児のライ症候群等に関するジクロフェナクナトリウムの使用上の注意の改訂について」（平成13年5月30日）

http://www.info.pmda.go.jp/happyou/PMDSI_010530_2.pdf

医薬品・医療用具等安全性情報No.163「インフルエンザ脳炎・脳症患者に対するジクロフェナクナトリウム製剤の使用について」

http://www.info.pmda.go.jp/iyaku_anzen/PMDSI163d.html#16

メフェナム酸を使った解熱剤についても、厚生労働省が主催した会議における小児科の医師、インフルエンザ脳炎・脳症の研究者などの意見の一致に基づいて、アスピリン、ジクロフェナクナトリウムと同様に15歳未満の小児のインフルエンザに伴う発熱に対して投与しないことになっています。

(メフェナム酸関連リンク)
厚生労働省発表資料「インフルエンザによる発熱に対して使用する解熱剤について」(平成13年5月30日)
http://www.info.pmda.go.jp/happyou/PMDSI_010530_1.pdf

厚生労働省医薬品情報提供システム
使用上の注意改訂情報(平成13年6月15日)
<http://www.info.pmda.go.jp/kaitei/kaitei20010615.html#1>

日本小児科学会では平成12年11月に、小児の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より危険の少ないアセトアミノフェンが適切であり、非ステロイド系消炎剤の使用は慎重にすべきである旨の見解を公表しました。平成16年10月時点では、成人のインフルエンザに対する解熱剤投与に関しての勧告は出されておらず、医師の判断に委ねられています。参考までに、ジクロフェナクナトリウムやメフェナム酸がインフルエンザ発症時の解熱剤として小児への使用が禁止されている理由のひとつとして、これらの薬剤が血管内皮細胞障害を修復する酵素の働きを抑制するため、脳症を発症した場合に重症化することが予想されている点があります。成人ではインフルエンザ脳症を発症する頻度は低いとされていますが、これらの薬剤の作用機序は同じであるため、脳症発症時には同様のリスクを考慮すべきであると考えられます。

なお、医療機関での処方薬は、医師が患者の状態を診察して、その状態に合ったものを必要な量処方しており、別の人に処方された薬はもちろん、当人であっても別の受診時に処方されて使い残したものを使用することは避けるべきです。しかし現実問題として、時に家庭内や知人間で、他人に処方された薬を使用する事があり得ますので、普段からインフルエンザの発熱の際には使用してはいけない薬剤があるといった情報の提供を行うことが重要です。

別の疾患にかかったときに医療機関で処方された解熱剤の使用、特に家庭に残っているものを、処方された以外の疾患や他の方に使用しないよう指導することが大切です。

インフルエンザの予防法について

予防の基本は、流行前にワクチン接種を受けることで、欧米では一般的な方法であり、本邦でも年々ワクチン接種率の上昇が見られてきています。インフルエンザワクチンは、罹患した場合の重症化防止に有効と報告されています。

インフルエンザは、罹患している人の咳、くしゃみ、つばなどの飛沫と共に放出されたウイルスを、鼻腔や気管など気道に吸入することによって感染します。インフルエンザが流行してきたら、特に高齢者や慢性疾患を持っている人や、疲労気味、睡眠不足の人は、罹患したとき重症化する可能性が高くなるので、人混みや繁華街への外出を控えることも効果があります。

空気が乾燥すると、インフルエンザに罹患しやすくなります。乾燥により咽頭粘膜のウイルス粒子に対する、物理的な防御機能が低下します。外出時にはマスクを利用したり、室内では加湿器などを使ったりして適度な湿度(50~60%)を保ちましょう。常日ごろからバランスよく栄養をとることも大切です。外出時のマスクの利用や帰宅時のうがい、手洗いは、かぜの予防と併せておすすめします。また、インフルエンザが飛沫感染であることから、インフルエンザに罹患し、咳嗽などの症状のある方は特に、周囲への感染拡大を防止する意味から、マスクの着用が推奨されます。

インフルエンザに罹患後、どのくらいの期間学校あるいは職場を休めばよいのか

一般的にインフルエンザウイルスに感染し、発症後3~7日間ウイルスを排出すると言われています。この期間に患者は感染力があるといえますが、排泄されるウイルス量は経過とともに減少し、排泄期間の長さには個人差があります。抗インフルエンザ薬の内服によって発熱期間は通常1~2日間短縮され、ウイルス排泄量も減少されますが、解熱後の感染力が同じように短縮されるとは限りません。

学校保健法では、「解熱した後2日を経過するまで」をインフルエンザによる出席停止期間としています。ただし、病状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではない」となっており、医師の裁量が認められています。また、職場復帰の目安については決まった規則や取り決めはありません。

インフルエンザ罹患後には体力等の低下もありますので、以上のような点を考慮の上、いずれの場合も無理をせず十分な体力の回復ののちに、復帰するのが妥当と考えられます。また、咳などの症状が続いている場合には、咳やくしゃみをする際にはハンカチやティッシュで口元を覆う、あるいはマスクをするなど、周囲への配慮が望まれます。

インフルエンザ患者の病室や衣類の管理はどのようにしたらよいのか

基本的にインフルエンザは飛沫感染であり、特別な条件下では飛沫核感染もあると言われています。飛沫というのは、1~2メートル以上は飛びませんし、患者がマスクをしていれば飛沫の発生は最小限に抑えられます。また、手指を介した接触感染もありますので、手洗いは重要です。しかし、狭い気密な部屋などでは、比較的長くウイルスが浮遊することもあり得る(飛沫核感染)ので、時々換気をすること、部屋の湿度を適度に保つことなどは意義があります。インフルエンザウイルスには、ほとんどの消毒薬が有効です。また、十分な湿度があれば生存期間も短いので、通常の清掃で十分だと考えられますが、あきらかな目に見える呼吸器分泌物(痰やつばなど)による汚染がある場合には、通常の消毒薬により消毒しておくほうがよいでしょう。

インフルエンザを発症中に使用した衣服にはウイルスが付着していることが予想されますが、これまでの知見ではこれから感染を起こすことはまれだと考えられています。使用後は、通常の洗濯をして日なたに干しておけばウイルスの感染性は消失します。

インフルエンザの疫学的特性

インフルエンザは流行性の疾患で、流行時には短期間に全年齢層を巻き込み、膨大な数の患者を発生します。本邦では例年、11月から4月ごろまでの冬から早春にかけて流行しており、近年の流行のピークは、2月初め頃で、12月から患者数が増え始め、4月には終息することが多いようです。

今年流行するインフルエンザ株

日本では、2000/2001シーズン、2001/2002シーズンは、2種類のA型インフルエンザとB型インフルエンザの3種類の型のウイルスが、同じシーズンの中で検出されていましたが、2002/2003シーズン、2003/2004シーズンは従来のように、A/H3N2（香港）型とB型2種類の流行のとなり、H1N1（ソ連）型はほとんど検出されませんでした。2002/2003シーズンは、ワクチン株とは若干異なる福建株のA/H3N2（香港）型とビクトリア系統株のB型が11月終わり頃からほぼ同時に流行し始め、A型が1月の後半に、B型が1月末から3月にまで至る長いピークがみられました。2003/2004シーズンは、ほとんどが前シーズンと同じ福建株のA/H3N2（香港）型が12月初旬から流行し始め、1月末にピークがみられました。山形系統株が主体のB型も同時に流行しましたが、その数はA/H3N2（香港）型に比べて非常に少なく（約5%）、3月中旬に流行は終息しました。

患者分離株の分析と、南半球の流行状況も考慮して、2004/2005シーズンはA型については昨シーズンと同じ種類の株が、B型は異なる系統株が流行する可能性が高いと判断され、今年のワクチンには、A/H1N1（ソ連）型のニューカレドニア株、A/H3N2（香港）型として福建株に対応できるワイオミング株、B型の上海株（山形系統株に対応できる）を混合したものが用意されました（IASR Vol25No9 p238-239）。

各地方のインフルエンザウイルスの情報は、患者の皆さんと全都道府県にあるインフルエンザ定点医療機関の協力によってウイルス検査のための検体が集められ、地方衛生研究所で分離検査が実施されています。ピーク時には週1,000件以上が分離されています。ウイルスの分離は時間がかかるので患者の発生より遅れてそのデータが集まってきますが、ウイルス検出の状況は地域の感染症情報センター、保健所や国立感染症研究所のホームページで知ることができます。

○ 国立感染症研究所感染症情報センターホームページ：

<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>

○ 地方衛生研究所・保健所ホームページへのリンク：

<http://idsc.nih.go.jp/phi/index.html>

<http://idsc.nih.go.jp/hcl/index.html>

参照：インフルエンザ情報サービス（中外製薬株式会社）ホームページ

今冬のインフルエンザ総合対策について（平成16年度）＜厚生労働省健康局結核感染症課＞