



矢野 邦夫 先生

浜松医療センター

院長補佐 兼 感染症内科長 兼 臨床研修管理室長 兼 衛生管理室長

'81年 名古屋大学医学部卒業。名古屋第二赤十字病院、名古屋大学病院を経て、'89年 フレッドハッチンソン癌研究所、'93年 県西部浜松医療センター(2011年4月より「浜松医療センター」に病院名変更)。「96年 ワシントン州立大学感染症科エイズ臨床、エイズトレーニングセンター臨床研修修了。「97年 感染症内科長/衛生管理室長に就任。2011年4月より現職。

ホームページでも、公開しています。

メディコン CDCWatch

検索

COVID-19についてのQ&A

CDCがCOVID-19についてのQ&Aを公開しているので、その一部を抜粋して紹介する(1)。

Q 基礎疾患のある医療従事者がCOVID-19患者をケアするときには、何らかの業務制限はあるか？妊娠している医療従事者についてはどうか？

A COVID-19確定患者もしくは疑い患者のケアには、可能であれば、「COVID-19による重症疾患を発症するリスクの低い医療従事者」もしくは「妊娠していない医療従事者」を優先するのが望ましい。スタッフ不足の場合は、「COVID-19による重症疾患を発症するリスクが高い医療従事者」または「妊娠している医療従事者」が感染のリスクの高い手技(エアロゾル産生処置など)が行われているCOVID-19患者をケアすることを避けるのが望ましい。

65歳以上の人々、および重篤な心臓疾患、慢性肺炎疾患、糖尿病などの基礎疾患を持つすべての年齢の人々は、COVID-19によって重症疾患を発症するリスクが高い。妊婦については、現時点ではCOVID-19による重症化のリスクが高いとは考えられていない。ただし、COVID-19と同じ仲間のウイルスやインフルエンザなどの他のウイルス性呼吸器感染症に感染すると、重症化するリスクが高いことが知られている。

Q どのような体液が感染を拡大させるか？

A SARS-CoV-2 (COVID-19の原因ウイルス)が検出される身体部位については、RNAは上気道検体と下気道検体から検出され、ウイルス自体は上気道検体と気管支肺胞洗浄液から分離されている。SARS-CoV-2が検出される検体については、RNAは血液および便検体で検出され、ウイルスは発症15日後に肺炎患者を含む一部の患者の便から分離されている。上気道検体と下気道検体、および肺外検体でSARS-CoV-2 RNAが検出される期間はまだ不明であるが、数週間以上となる場合もある。実際、SARS-CoV (SARSの原因ウイルス)やMERS-CoV (MERSの原因ウイルス)では、数週間以上の期間が観察されている。

感染性のある生きたSARS-CoVは呼吸器、血液、尿、および便の検体から分離されたが、感染性のある生きたMERS-CoVは気道の検体からのみ分離されている。感染性のある生きたSARS-CoV-2が嘔吐物、尿、母乳、精液などの体液(非呼吸性)に含まれているかどうかはまだ判っていない。

Q COVID-19から回復した人々が再び、SARS-CoV-2に感染しうるか？

A SARS-CoV-2感染に対する免疫応答(免疫の持続時間を含む)はまだ解明されていない。MERS-CoVについては、回復した直後に再感染する可能性は低かったが、SARS-CoV-2で同様の免疫防御が観察されるかどうかはまだ不明である。

Q 他の呼吸器ウイルスの検査が陽性であった場合、感染症の原因としてSARS-CoV-2を除外してもよいか？

A 患者が同時に複数のウイルスに感染する可能性がある。実際、COVID-19患者で他の呼吸器ウイルスを同時感染したという報告がある。従って、1つの呼吸器ウイルスによる感染を特定しても、SARS-CoV-2感染は除外できない。

Q 胸部CTはCOVID-19の診断に使用すべきか？

A COVID-19の診断や管理のために、胸部CTを撮影するならば、その画像によって臨床的な管理が変わるかどうかについて検討すべきである。米国放射線学会は「CTをCOVID-19のスクリーニングに使用すべきではない」「CTをCOVID-19の診断のための一次検査として使用すべきではない」と述べている。CTの使用を控えめにして、CTの臨床的適用のある入院患者や症状のある患者が使用できるようにすることを推奨している。

Q COVID-19患者では、アンジオテンシン変換酵素阻害薬(ACE-I: angiotensin converting enzyme inhibitor) またはアンジオテンシン受容体拮抗薬(ARB: angiotensin receptor blocker) を中止すべきか？

A 現在、CDCはACE-IまたはARBとCOVID-19の発症リスクまたは重症度との関連を確立する科学的根拠を確認していない(註釈)。米国心臓協会、米国心不全学会、および米国心臓病学会は、心不全、高血圧、または虚血性心疾患などの治療薬として、これらの薬物がすでに処方されている患者に対して、ACE-IまたはARBの投与を継続することを推奨している。

COVID-19と診断された心血管疾患患者は、治療薬を追加または中止する前に医療専門家によって十分に評価されるべきであり、治療の変更は最新の科学的根拠に基づくべきである。

註釈:SARS-CoV-2は細胞に侵入するときに、ACE2(アンジオテンシン変換酵素2)を受容体として利用している。

Q 喘息患者でのCOVID-19のリスクを軽減するために、喘息の予防管理について何らかの変更をすべきか？

A 中等度から重度の喘息患者は、その管理が不十分であればCOVID-19によって重症化するリスクが高い可能性がある。COVID-19についての既知の情報に基づく、喘息ガイドラインで推奨される治療オプションは影響されない。

コルチコステロイド吸入薬の使用がCOVID-19に罹患するリスクを増加させるという証拠はない。喘息のコントロール治療の継続によって喘息増悪のリスクを減少させることができるという豊富なデータがあるので、コルチコステロイド吸入薬を継続することは重要である。喘息の症状がなく、COVID-19の診断を受けていない患者については、必要ならばネブライザー治療を継続すべきである。

Q 喘息の増悪がみられる場合、COVID-19のリスクを軽減するために、これまでとは異なる治療法を行うべきか？

A 喘息増悪のガイドラインでの推奨治療はCOVID-19によって影響されない。例え、喘息増悪がCOVID-19によって引き起こされたとしても、それを治療するために全身性コルチコステロイド治療を実施する必要がある。喘息増悪を治療するための短期の全身性コルチコステロイド治療は継続すべきである。

中程度または重度の喘息増悪に対する全身性コルチコステロイド治療を支持するデータは豊富にある。喘息の増悪を治療するために全身性コルチコステロイド治療を短期的に実施しても、重度のCOVID-19を発症するリスクが高まるという証拠はない。

喘息を伴うものの、COVID-19の症状もみられず、診断もされていない患者は、学会の推奨に基づいて、必要なネブライザー治療を継続すべきである。症状がみられるか、COVID-19を診断された患者がネブライザーを使用しているときに医療従事者が同席する必要があるときは、エアロゾル産生処置を実施しているときの予防策を行う。

Q 喘息患者がCOVID-19に罹患している場合、喘息治療について何らかの変更が推奨されるか？

A COVID-19の症状がみられたり、COVID-19と診断された喘息患者が自宅でネブライザー治療が必要な場合は、家族への曝露を最小限に抑え、曝露を避けることができる場所で、また、空気が再循環しない場所(ガレージなど)で、ネブライザーを使用する。そして、ネブライザーを使用する部屋または場所にいる人の数を制限する。

[文献]

- 1) CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) FAQs
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html>

こちらも公開しています。

メディコン CDCガイドライン 

製造販売業者

株式会社メディコン

本社 大阪市中央区平野町2丁目5-8 ☎0120-036-541

crbard.jp

BD, the BD Logo are trademarks of Becton, Dickinson and Company or its affiliates. © 2020 BD. All rights reserved.

