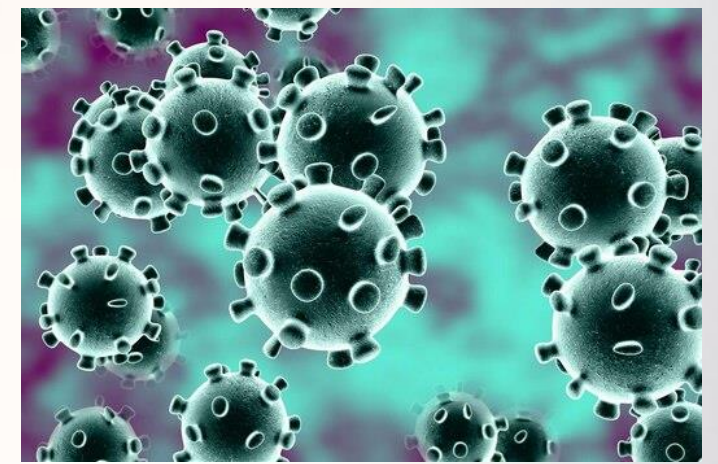


新型コロナウイルスのNOW!

2020年4月26日

いろんな情報が増えすぎていて、何が正しいんだか正しくないんだかわからなくなってきております。まとめるのも一苦勞ですが。とりあえず現在のこの病気に対する状況をまとめました。若干医療者向けの部分もありますが、読み物として自粛期間の暇つぶしにしてもらえればと思います。

コロナウイルスって何???



- ・太古の昔から**風邪の原因のウイルス**の一つとして存在。
- ・風邪の**15%前後**はもともとコロナウイルス由来とされる。
→そもそも人類のほぼ全ては感染している。何度も感染する。
- ・コロナウイルス自体は15種類あり、ヒト、ネコ、ウマ、ウシ、ブタ、シチメンチョウなどに**動物特異的に感染症**を起こす。
- ・ヒトに対しては**4種類**のコロナウイルスが従来報告されていた。

新型とやらは???

	通常のコロナウイルス	重症急性呼吸器症候群	中東呼吸器症候群	新型コロナウイルス
ウイルス名称、病名	229E、OC43、NL63、HKU1	SARS	MERS	COVID-19
感染源	不明	コウモリ、ハクビシン	ラクダ(1歳以下)	コウモリ?
感染経路	接触・飛沫感染	接触・飛沫感染	接触・飛沫感染	接触・飛沫感染
潜伏期	2-5日間	2-7日間	2-14日間	2-14日間
症状	インフルエンザ様の症状で発症 発熱、咳、息切れ、呼吸困難、下痢、肺炎、ARDS			
何人に感染させるか	-	1.4-2.5	0.6前後	2.2 - 3.6
死亡率		9.6%	34%	0.6-2%前後
治療	対症療法・明らかな治療もワクチンもない			
スーパースプレッダー※	不明	あり	あり	不明
origin	不明	広東省	サウジアラビア	湖北省(武漢)

※ 平均より圧倒的多くの周りの人に感染させる力のある患者

症状はなに？

ダイヤモンドプリンセス号では
331/712(46.5%)のPCR陽性
患者が無症状であった。

PCRは偽陰性が30%とすると、300人
ほど隠れ患者がいる可能性。

つまり、この病気、60-70%
くらいの患者は無症状であ
る可能性が高い。



そんな中、有症状の患者はどんな症状があるのかを表したのがこちら。

	LANCET	JAMA	Allergy	NEJM
発熱	83%	98%	92%	88.7%
咳	82%	59%	75%	67.7%
息切れ	32%	31%	37%	18.7%
筋肉痛	11%	35%		14.9%
意識障害	9%			
頭痛	8%	7%		13.6%
咽頭痛	5%	17%		13.9%
鼻水/鼻閉	4%			4.8%
胸痛	2%			
下痢	2%	10%	13%	3.8%
嘔吐	1%	10%	5%	5%

嗅覚・味覚障害はあるんでしょうが、自覚症状として訴えるレベルではなかったよう
また、熱は最初からあるわけではなく、いろんなタイミングで起こりうる。

Lancet 2020; 395: 507-13
JAMA. 2020 Feb 7.
Allergy. 2020 Feb 19.
N Engl J Med. 2020 Feb 28.



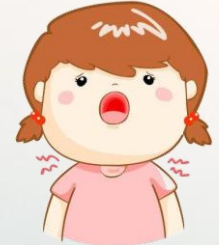
高熱
(37.5°C以上)



咳



息苦しさ



喉の痛み



寒気



嗅覚障害



下痢



皮疹



くしゃみ



鼻水



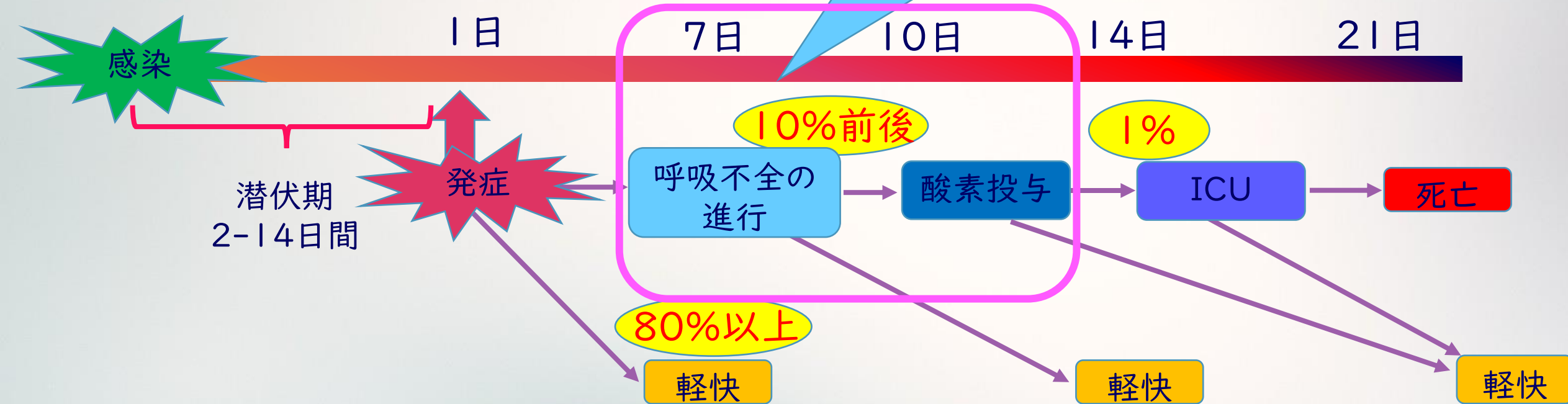
そもそも半数
以上が無症状



症状

かかるとどうなるの？

このタイミングのことを個人的には”ドカンが来る“とよんでいます。



基本的には80%以上は本当に!ほんとうに!風邪みたいな症状でそのまま改善していく。だから、自宅療養でOK! インフルエンザと一緒にね。

でも注目すべきは、発症から7-10日目くらいでいきなり悪化する人が出る。

→この人達が入院すべきで、我々が救命しなければいけない人たち!!

重症化って何が起こることなの???

この病気の特徴は10%くらいですが、最初は落ち着いていてもあるタイミングで突然悪化する人がいることです(もちろん他の病気でもそういうことは十分あります)。

この重症化というのは

呼吸状態が悪くなる

→1分間の呼吸回数が25-30回を超えて、肩で息をしたり歩くだけで苦しくなったりする。

意識状態が悪くなる

→呼吸ができなくなるとともに受け答えもおかしくなったり反応しなくなったりする。

などです。早い場合はこれが起こり始めて数時間で人工呼吸器となったり命を落としたりする例が極稀にございます。

この重症化というのは発症から大体7-10日目に起こります。そして超重症だと発症から死亡までの平均日数は**17.8日間**といわれます。

個人的に、38度以上の発熱が全然さがらない患者さんがそのままこの発症7-10日に突入すると重症化となる印象です。

逆に言えば診断されても元気ですぐ解熱してれば可能性は低い印象です。

重症化しやすい人たちは??

- ・高齡者 (>65歳)
- ・高血圧
- ・糖尿病
- ・悪性腫瘍
- ・慢性腎不全
- ・慢性肺疾患
- ・心血管疾患
- ・喫煙
- ・肥満

とにかく高齡というのは他のどんな因子より圧倒的にリスク

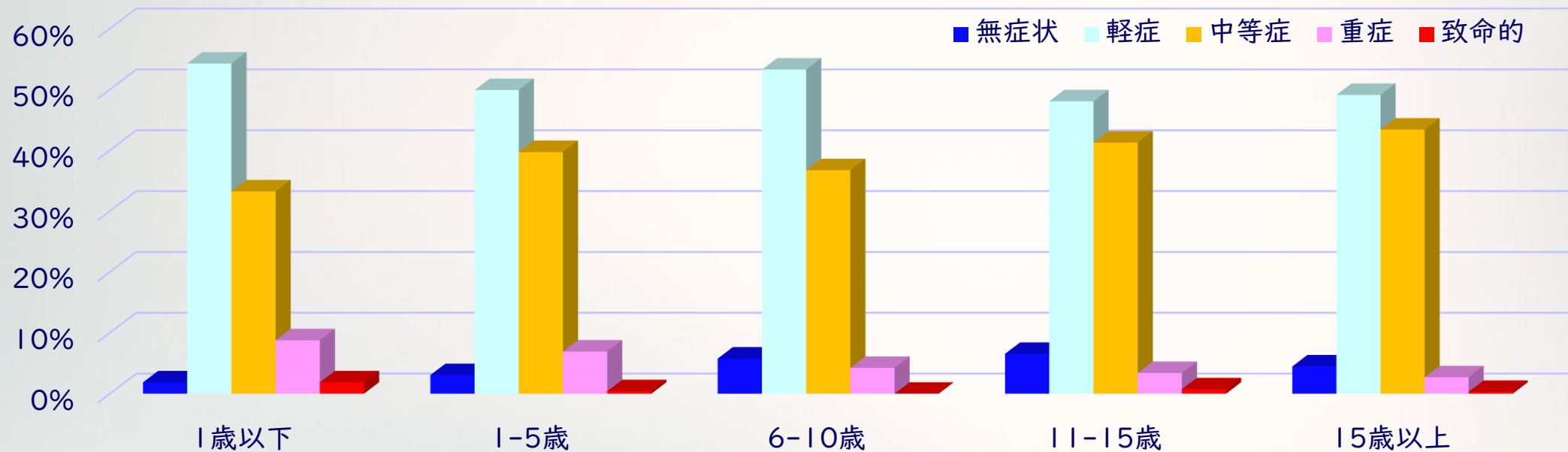
でも軽い糖尿や高血圧は大きな影響はなさそう。肥満ってのもBMI>40とかいう話



この中では特に年齢が高いことが重要！ 80歳以上は15%近くの死亡率だけど、60歳以下は0.2%以下！

ちなみに80歳以上の人は普通の細菌性肺炎も死亡率は10-20%くらいです。

小児は??



- 中国の患者の年齢全体では**20歳以下は2%に過ぎない**
- 男女差はほぼなし
- **90%以上が軽症**で軽快している
- 2143例中で死亡は1例のみ
- **1歳以下**は小児と比べると重症化しやすい(2-3倍)

ちなみに学校休校による死亡率低下は2-4%であり、social distanceと比べると圧倒的に有効性が低い。

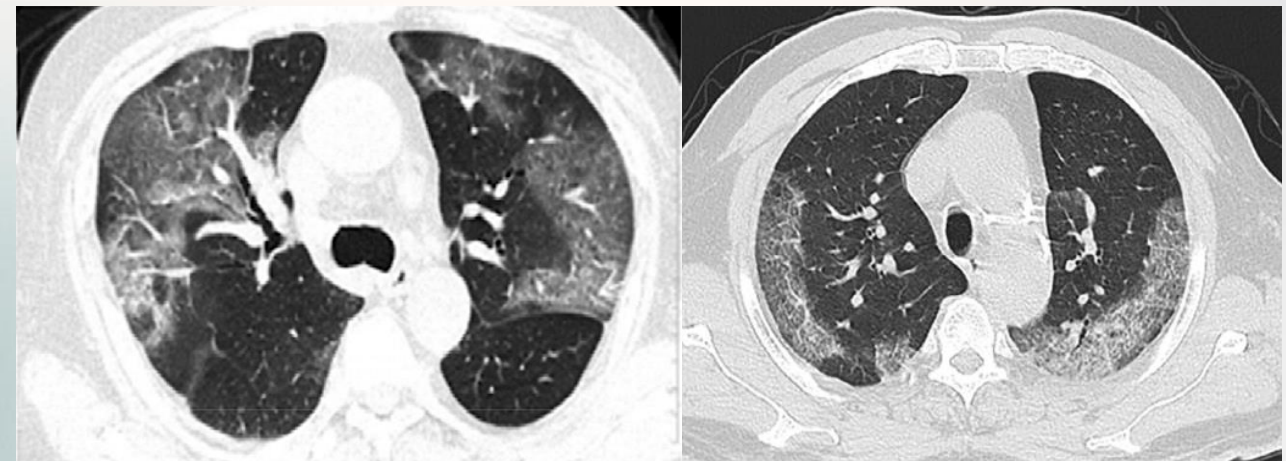
CT画像って?? N=41

すりガラス陰影	86%
浸潤影	29%
crazy-paving	19%
線状影	14%
空洞	0%
結節影	0%
胸水	0%
縦隔リンパ節腫大	0%
両側性陰影	76%
胸膜直下の陰影	33%
複数の肺葉の病変	71%
CTで異常を認めず	21%



レントゲンは
すりガラスが5%
浸潤影が7-9%
のため、初期であまり異常が出てこないことも

CTにおける画像評価の
正解率82.9%
(感度84%、特異度80.5%)



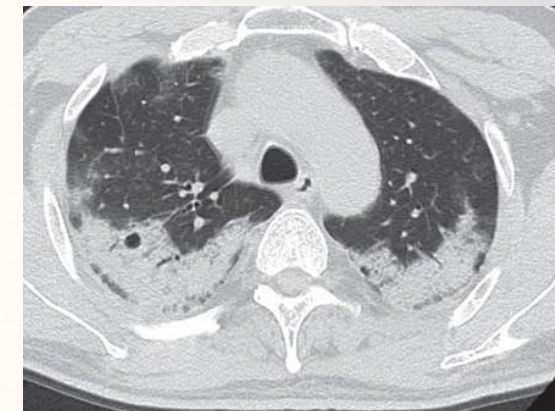
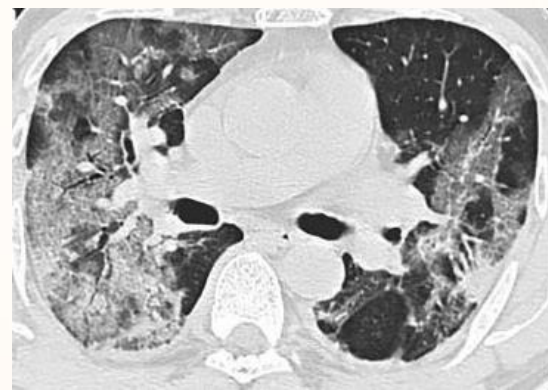
集中治療が必要な患者は両側性陰影、広範囲陰影が多かった

Early Stage

Progressive Stage

Peak Stage

Absorption Stage



発症0-4日目前後

GGOが散在性に複数散らばっている。

多くの場合、無症状

発症5-8日目前後

急速に画像が悪化していく、多発するびまん性すりガラス、Crazy-paving、浸潤影の出現。

場合によっては呼吸不全の急速な進行

発症9-13日目前後

画像のさらなる悪化で、浸潤影がよりはっきりとしてくる。両側の肺に広がっていく。

挿管、ECMOに至る例もある。

ドカン!!!

発症14日目以降

ヤマを超えると浸潤影の吸収像としてのGGOが出てくるが、結構長いこと消えない。Crazy-pavingは出現しない。

結構呼吸不全を引きずる患者もある。酸素化は安静時と労作時で大きく違う。

軽症者・中等症者・重症者って??

37.5度の熱があっただるいし動くのもしんどいし。。。ご飯もあんまり食べたくないし。。。コレって重症なんじゃない??
→違うんです。明確な定義はないですが、ざっくりとした分類があります。多くの方は軽症に入ります。

軽症

肺炎がない人
わずかに肺炎がある人
発熱や倦怠感、咳がある人

微熱が続くし咳が出るし、だるい。
身体も重い感じだし。なんとなく
治りきった感じがしないし。。

中等症

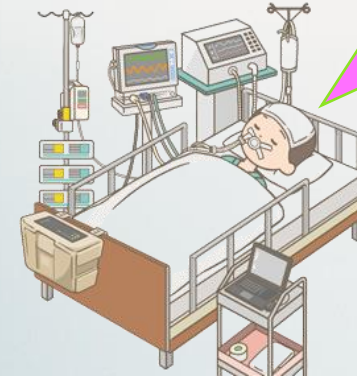
- ・呼吸困難がある
- ・呼吸回数が1分間に25-30回以上
(肩で呼吸)
- ・肺の画像がどんどん悪くなる

酸素を吸って安静にして
入院しないと、とても呼吸
状態が保てない。

重症

呼吸不全で人工呼吸器
ショック状態
肝臓腎臓なども壊れていく人

人工呼吸器を使用して集中
治療室にはいるような例
ECMOもココ



検査方法は???

PCR法

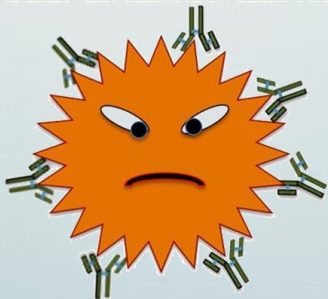


ご存知、みんな大好きPCR法。ウイルスの遺伝子を見つけ出す検査。
とにかく話題に上がりやすい。

何度も言うけど、見落としが多すぎる!!!(100人中30人以上見落とす!)
お金もかかるし、時間もかかる。ましては検査できる技師さんが少ない。

でも現状で、この検査しか感染を見つけられないからやるしかない。

抗体検査



最近よく聞く単語。要するに抗体があるかどうかを見ている。

抗体て??? →ウイルスに感染すると産生される免疫細胞。

次回ウイルスが入ってきたときにすぐに戦ってくれる。

抗体の種類は5つあるけど、よく見られるのはIgMとIgGという2つ。

ざっくりいうと

IgMは、ウイルスが入ってすぐに戦いに行く速攻部隊

IgGは、2週間くらい準備してから戦いに行く遅延部隊

PCR法でドライブスルーすればいいじゃん

もしかして発熱がある人や、咳が出る人をドライブスルーで検査すればいいって思ってませんか??
そうすれば自分も検査してもらえらるってさ。

目的が全然違います。

そもそも、熱が出た人に“コロナしか疑ってない”なんて状況ありますか???

まさか、他の病気があるかもなのにコロナだけ調べてもらえばいいです、とか思ってませんか??

ハンバーガーのドライブスルーで“水だけ下さい”なんてことないのと同じです。

医者的にはコロナ以外の病気の方が心配なんですよ。命に関わるのはいっぱいある。

じゃあ誰にやるの??

ずばり、“**無症状の濃厚接触者**”です。患者さんの周りにいた人です。

無症状だからコロナだけ疑えばいいのです。

周囲に感染を撒き散らしていないか調べるために行います。

こういうのを積極的疫学調査って言います。日本もこれをしています。

でも最近はとにかく検査のみを行う施設を作ろうという方向性にあったりします。



抗体検査をすれば感染がわかるじゃん！

抗体(IgG)ってのは、“ウイルスが入ってきた証拠があるだけ”です。
今感染してるの？いつ感染したの?? さっぱりわかりません。

“抗体がある=免疫力があるからもう大丈夫” は全く無根拠、インフルエンザだって抗体できますが何度もかかります。

そもそも抗体って“あり”と“なし“という結果ではないです。1とか16とか32とかの数字で出ます。いくつ以上あったらどう有効かっていうことすらわからないのが現状です。

“抗体をもっているか全数検査したらどうか”
そんな余裕があって、その検査が100%信頼できるものならやってもいいと思います。

だから、やりたいからやれるってのもんでもないし、結果を見せてもらっても、
”...でこの数字はどういう解釈をすればいいのですか？”
というレベルですなまだ。

じゃあ結局検査どうするの??

全員にPCR検査をしろっていうのは無理な論調ですが、やる必要があるならやっていますよね。
毎年冬に日本中の人にインフルエンザの検査しますか？

検査を希望している人は“自分の安心”のためがほとんどなんです。

PCRは3割見落とすって言われてても、なぜか検査を受けたがる。陰性だったらコロナじゃないって証拠もないのに。。今日陰性でも明日感染するかも知れないのに。。

というわけですが、じゃあ全員に検査をすべきときっていつでしょう?? これは、、、

- ・安くて早くて確実な検査法が普及して、どこでも行える時
- ・早期発見をすることで有効な治療ができた時
- ・何が何でも(治療目的ではなく)疫学調査で、日本中の患者の数を見つけ出したい時

くらいですね。早く見つけることで意味がある病気なら頑張って検査しますよね。

現状治療がないから検査をしても何もできないんです。

インフルエンザや妊娠検査のようなレベルの簡便なものがないと無理ですね。

まだまだ根拠のない抗体検査ですが。。

ただですね、、カリフォルニアで最近町中の人に抗体検査をしました。
そしたら思いのほか抗体持ってる人が多くて、実は既に患者は現在の50-85倍いるんじゃないかと試算されました。

ということは、死亡率も50分の1だから4%→0.08%くらいになるってこと？
あれ？インフルエンザと同じくらいだぞ。

実は知らない間にみんなかかってて、報道などで症状があって目立っている患者さんだけを見てたってこと??なーんやそら!

という話だったら。。

どのくらい本当かどうかはまだわからないところです。

感染対策は?? For 医療者

コレ、勘違いされやすいんですが。否定できないって患者さんの時点でフル装備をする必要はないんです。確定したあとか、もしくは気道検体を採取するときにフル装備をするんです。通常の診察では飛沫・接触感染対策で十分なんです。

全患者に対して

- ・基本的には標準予防策で対応(サージカルマスク、手指衛生)
- ・呼吸器症状のある患者の診察時にはサージカルマスク、アイシールド、手袋、エプロンを着用する。
- ・サージカルマスクや手袋などを外す際には、環境汚染に留意しながら外し、所定の場所に破棄する。
- ・診察前後の手指衛生を遵守し、手指衛生の前に目や顔を触らないように注意する。
- ・臨床経過や検査結果から、“疑われる”、“擬似症”、“濃厚接触者”などと判断したときから下記の対応を行う。

疑われる患者(否定できない患者ではない)に対して

- ・標準・接触・飛沫感染予防策で対応。できるだけERへ移動。無理なら一旦個室か換気のいい部屋にて待機(陰圧室も可)。
- ・鼻咽頭ぬぐい液採取: サージカルマスク、アイシールド、長袖ガウン、手袋、キャップを装着する。
- ・エアロゾル発生手技(気道吸引、下気道検体採取等): N95マスク、アイシールド、長袖ガウン、手袋、キャップを装着する。

ちゃんと感染対策してた??

疫学的危険因子	曝露カテゴリー	推奨されるモニタリング (最後の曝露から14日間)	無症状の場合の就業制限
呼吸器分泌物やエアロゾルを作り出す可能性のある処置を行ったか、その部屋にいた医療者。 (顔面を防護していなかった)	高リスク	積極的	最後の曝露から14日間
呼吸器分泌物やエアロゾルを作り出す可能性のある処置を行ったか、その部屋にいた医療者。 (ガウン、手袋を着用していなかった)	中リスク	積極的	最後の曝露から14日間
マスクを着用していない患者と長時間接触した(顔面を防護していなかった)	中リスク	積極的	最後の曝露から14日間
マスクを着用している患者と長時間接触した(顔面を防護していなかった)	中リスク	積極的	最後の曝露から14日間
患者の分泌物や排泄物に触れたが手袋もせず手指衛生も実施しなかった	中リスク	積極的	最後の曝露から14日間
患者の分泌物や排泄物に触れたが直後に手指衛生を実施した。	低リスク	自己	なし
マスクを着用している患者と長時間接触した(マスクを着用していた)	低リスク	自己	なし
患者の分泌物や排泄物を取り扱うときにすべての推奨されるPPEを着用していた	低リスク	自己	なし
患者のマスク着用の有無に関わらず、短時間の接触のみをした(受付など)	低リスク	自己	なし
患者のそばを歩いたりケアをしたりせず病室にも入室していない	リスクなし	なし	なし

確定患者さんでも、適切なマスクなどの対策をしていれば感染しないんです！
通常診察だけならフル装備が必要なわけではないんです。

※顔面を防護＝マスクやアイシールド着用
長時間の接触＝数分以上
PPE＝個人防護具

医療者の感染の報告

77262人の患者のうち3387例(4.4%)が医療者でした。

そのうち23例が亡くなりました。

年齢は中央値で55歳、17人が男性でした。

11人は退職後の再雇用で、少なくとも5人が持病がありました。

5人は地域医療スタッフ、3例が漢方医、2例が内科医、2例が呼吸器内科医、1例が消化器内科医、8例が外科医。1例が心電図検査技師、1例が看護師でした。

感染症の専門医は1例も死亡していませんでした。

その後、3月までに42600人の医療者が派遣されましたが一例も重症な感染を起こしていません。

つまり、死亡者が出たのはしっかりと感染対策がまだ広まっていなかった時期のことであり、感染対策がしっかりしていれば感染することも死亡することもほぼないと言われます。

だから必ず適切なタイミングで感染対策をしましょう!!

手洗いは特に大事です!!

環境表面にはどのくらいウイルス生きてるの???

How long the new coronavirus can live on surfaces

SURFACE	LIFESPAN OF COVID-19 VIRUS
 紙やティッシュ	3 hours 
 銅	4 hours 
 ダンボール	24 hours 
 木材	2 days 
 布	2 days 
 ステンレス	2-3 days 
 プラスチック	3 days 
 ガラス	4 days 
 お金	4 days 
 マスクの外側	7 days 

コレはでも、あくまでもウイルスを人工的に塗りつけて大体22℃前後、60%くらいの湿度で、ウイルスにとっていい環境で、検査したものです。

マスクは7日間だけど、7日後に残っていたのは0.1%のみだったというわけです。実際に付けて動き回っていればそんな長期間ついてないと思います。感染力があるかは別の話。研究室と現実世界は大きく違うのです。

同じ論文では70度で5分間あればウイルス活性はほぼ消失するという事も言われてました。

*At 69.8 to 73.4°F (21 to 23 °C) and 40% relative humidity **At 71°F and 65% relative humidity

Source: New England Journal of Medicine*; The Lancet Microbe**

BUSINESS INSIDER

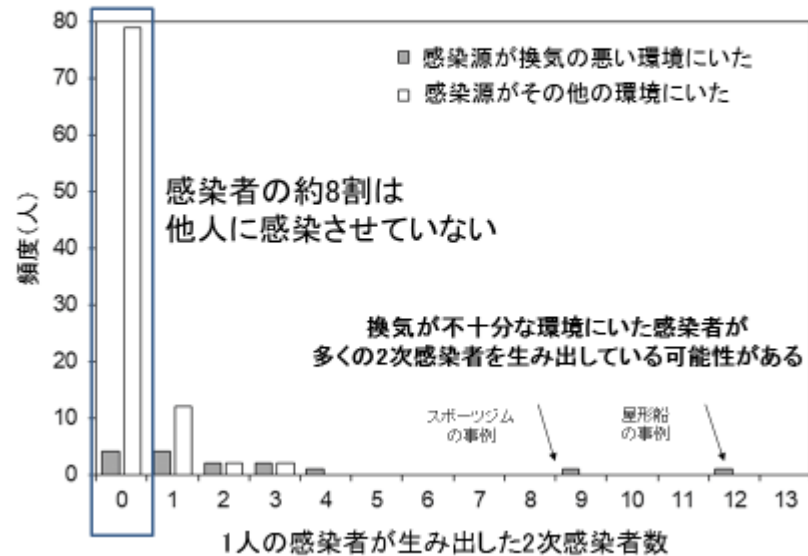
N Engl J Med 2020; 382:1564-1567
LANCET microbe April 02, 2020

でどうすれば感染せずに済むの？

どうやらほとんどの例(8割)は人に感染させずに孤発例で過ごしております。

じゃあ、人に感染させる(うつされる)時ってどういう時??

一人の感染者が生み出した2次感染者数
(2月26日時点の国内発生110例の分析結果)



新型コロナウイルス厚生労働省対策本部クラスター対策班



いわゆる3つの密(キャッチーですね)!!

色々言われながらも結局は接触と飛沫感染!!

狭い空間、換気が悪い空間にすることが全てなのです。

だからとにかく人に会わないこと!これ以上ないくらい単純な話。

そういう意味では家族内感染ってのが一番多くなりますよね今後。

ちなみに3つの密に加えて“**時間**”の概念が必要です。密が1つや2つでも長時間(1時間以上くらい?)密だと感染リスクが上がります。とにかく同一空間に長時間いないこと!濃厚接触者にならないこと!

濃厚接触者って？

感染を拡げないために、患者さん本人に近い人達は自主隔離と健康観察が必要です。近い順に同心円状に周りを調べて拡がりを封じ込めるわけです。4月20日から日本の定義が変わりました。

新型コロナウイルス感染症を疑う症状（以下参照）を呈した**2日前**から隔離開始までの間

*発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐など



- ・ 患者（確定例）と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があった者
- ・ 適切な感染防護無しに患者（確定例）を診察、看護若しくは介護していた者
- ・ 患者（確定例）の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者

手で触れることの出来る距離（目安として **1メートル**）で、必要な感染予防策なしで、「患者（確定例）」と**15分以上の接触**があった者

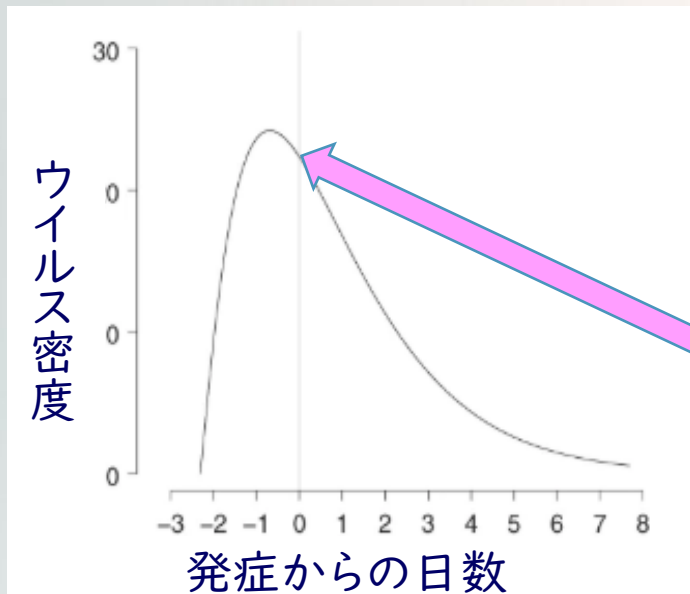
原則として無症状の濃厚接触者はPCR検査を行わない

これによって、近い人を抑え込んでそれ以上広がらせないという作戦なのです!!

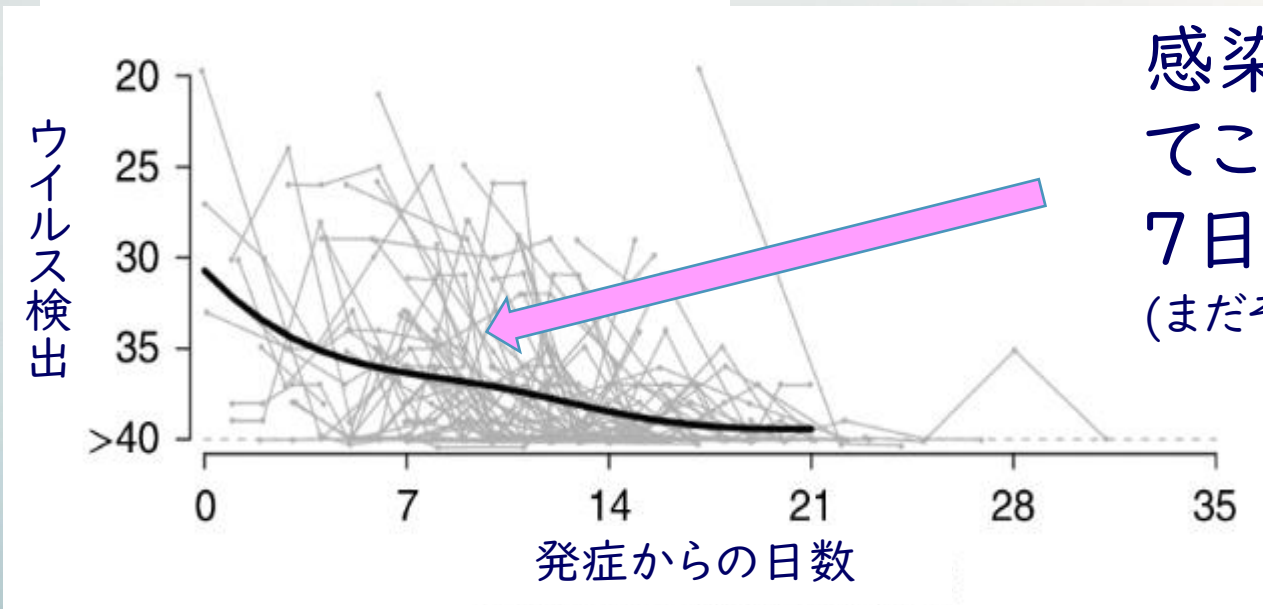
濃厚接触者の定義はなんで変えたの???

海外の基準に合わせてました。

どのタイミングで一緒にいたら感染するか
というと 発症の2日前から7日後まで



感染しうるピークは実は発症の2日前から当日
(0.7日前がピーク)



感染力は最長7日間程度と言われます。
てことは自分がコロナか心配なら
7日仕事休めばだいたい大丈夫じゃん?
(まだそれは時期尚早ですが。。)

どこまでならしてもいいの???

自粛自粛とか言うくせにスーパーは行くは公園は行くわ、花見はするわ。

これくらいならいいでしょっていうラインがみんな違うから、みんなイライライライラが溜まってしまいます。

考え方は“3つの密ではないこと”、“短時間であること”、“触れるものがあれば手を洗うこと”、“人が周りに居ないこと”、“周りにいても健康とわかっている人(素性がわかる)”これら全てを満たしてコントロールできていればいいと思います。

公園

3密:No
短時間:可
手洗い:可
人数: 避ける可
知り合いのみ:可



スーパー

3密:△
短時間:可
手洗い:可
人数: 距離を置く
知り合いのみ:可



パチンコ

3密:リスク!
短時間:不可
手洗い:可
人数:不可避
知り合いのみ:不可



ジョギング

3密:No
短時間:可
手洗い:可
人数: 避ける可
知り合いのみ:一人



満員電車

3密:△
短時間:可
手洗い:可
人数: 不可避
知り合いのみ:不可

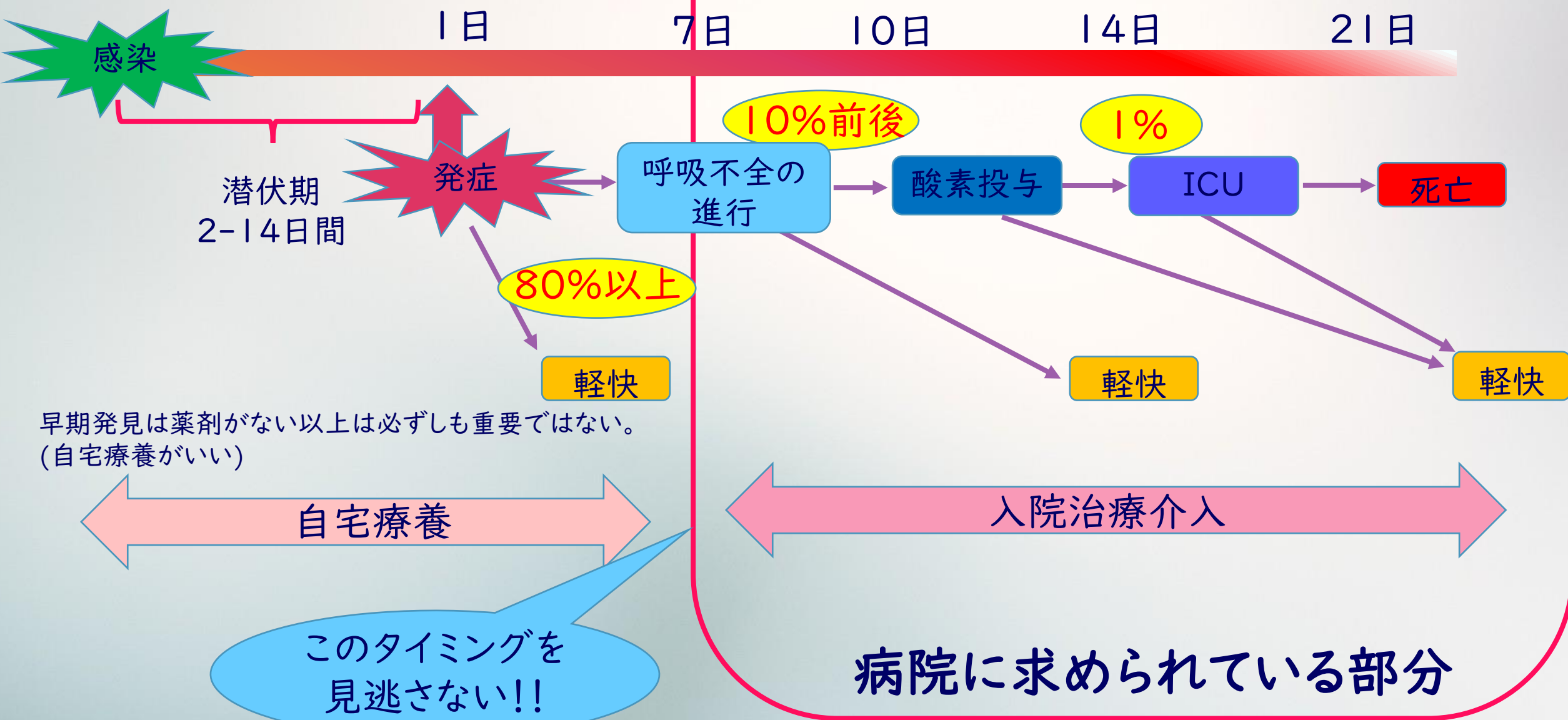


ナイトクラブ

3密:リスク!
短時間:不可
手洗い:可
人数: 不可避
知り合いのみ:不可



どういう治療方針なの??



どういう人を見つけるべき??

現在の検査推奨はこれ!

「入院治療の必要な肺炎患者で、ウイルス性肺炎を強く疑う症例」

軽症例には基本的にPCR検査を推奨しない。時間の経過とともに重症化傾向がみられた場合にはPCR法の実施も考慮する。

指定医療機関だけでなく、全ての医療機関において医師の判断において検査が行える体制を整える。

そのほかの適応としては以前からの4日以上発熱や咳(高齢者や持病がある方、妊婦などは2日間)、強い倦怠感などに加えて、濃厚接触者で症状がある人、集団感染が疑われる場合、原因不明な肺炎などです。

行政検査は基本的には上記の対象者のみが検査を考慮されます。

検査のハードルが低い報道があるようですが、おそらく自施設で検査したり外部検査会社に委託したりしている例で、保健所はあまり関与してないと思います。

家にいろって言われても？

風邪みたいな症状の人は基本的に検査対象外!!!



おいおい、じゃあ俺がコロナだったらどうすんだよ!!

えっ?家で寝てるんですよ。検査だって感度低いんだし、病院に無理に来て周りにうつしたり、周りからもらったらどうするんですか。たくさんの軽症者が集まったその結果が武漢、イタリア、ニューヨークですよ



ふざけんな!家族にうつすかもしれないじゃないか!
それに重症化したらどうすんだ!!
最近は無症状でも人にうつすって言うぞ!

家にいらって言われても？

軽症者に検査をしないということは、陽性でも陰性でも対応が安静のみと、同じだからです。そもそもほんとにただの風邪かもしれないし(というかコロナの可能性のほうが低い)。

ココが大事なところ。医療者だってこの病気が重症化するのはもちろんわかっている。ただし、**自宅療養 ≠ 無治療**です。

家に帰って生活するだけで、症状が改善しないなら必ず連絡するように!という意味で、**常にフォロー中なのです**。そこをしっかりと説明しない医師と、そういう対応であるということを知らない患者さんの間でconflictが起こります。治ってこないならすぐに連絡してもらうのです。

かつ、家族さんに感染が広がらないようにどういう風に生活したらいいかを医師はちゃんと説明する義務があります。

当院ではコロナが不安な方に次の資料を配ってます。

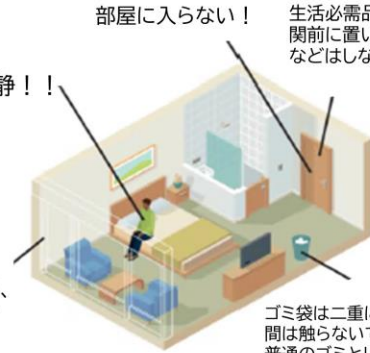
新型コロナウイルス感染症がご心配な時の自宅療養における感染対策

新型コロナウイルス感染症は多くの場合、軽症の風邪のような症状です。PCR検査は患者さんを見つけ出す力が低い検査です(70%)。そのため、ご自分でご心配な方は、検査陽性でも陰性でも隔離安静のため、検査自体のメリットはございません。ましてや、正解率の低いPCR検査陰性をもって仕事に行くなどは控えて頂く必要があります。自宅でしっかりと対症療法で安静にすることが治療となります。

下記に家庭内感染予防のポイントを示します。高齢者、基礎疾患を有する患者、妊娠中の女性が同居家族にいる場合は特に注意深く行いましょう。

※イメージ※

14日間自宅安静!!



生活必需品、食料は玄関前に置いて、手渡しなどはしない!

窓の換気を行い、健康者を近づけない!

ゴミ袋は二重にして、72時間は触らないで。後に普通のゴミとして捨てる!

Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs, BMJ 2020;368:m800

家族の方は、ご本人の調子が悪くならないかどうか適宜観察をお願いします。

自宅安静中も、37.5℃以上の熱が下がらない、強い息切れがあるなどのように、症状の進行があるような場合は、すぐに当院までご連絡いただければと思います。

〈家庭内感染予防のポイント〉

- 感冒症状の患者はできるだけ家族との接触も避け、療養する部屋も分ける
- 看病が必要な場合は、看病を行う人を限定する
- 食事はできるだけ離れてとる、一緒に箸などを共有しない。
- 家族とはタオルを共有せず別の物を用い、入浴は最後に行う
- 患者が療養する部屋から出る際は、マスク着用し部屋を出る直前にアルコール手指消毒を行う
- 患者が触れた部位(ドアノブ、手すりなど)をアルコールを浸した紙で拭き取り消毒し、拭き取った紙はすぐにゴミ箱に捨てる
- 定期的に部屋の窓を開けて換気する(目安:1-2時間に1度、5-10分間程度)
- 患者が使った衣類類やシーツを洗濯する際は、手袋とマスクを着用してから洗濯物を扱い、洗濯後には十分に乾燥させる
- 患者が出すゴミをビニール袋に入れ、しっかりと口を縛って密閉してから部屋の外に出す。ゴミを扱った直後はしっかり手洗いを

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療所・病院のプライマリケア 初期診療の手引き ver.1.0

患者さんは14日間の安静、家族は上記ルールを遵守した上で、普段通りの生活をお願いします!!

公立陶生病院 感染症内科

当院の配布資料

家でどういう症状があったら連絡するかを知っておく必要があります。

家でいるということがどういうことか、ちゃんと説明する必要があります

占部まり先生/西村真里子先生 作

自宅に新型コロナウイルス感染が疑われる方がいるときの対処法

厚生労働省「家庭内での注意」したポイント ~8つのポイントのハイライト+αです

過ごす部屋も分けよう!!

- 極力、1つの部屋から出ないように!
- 症状ある人
- 看病する人
- 看病する人にも2次感染あり! ※持病のある方、免疫力が低下している方、妊婦さんは重症化しやすい
- 食事も別で!!
- D(出来れば)寝るのも別々にしよう ※寝る場合は距離もとり、カーテンを閉め部屋の換気も!!
- 看病後は手洗いうがい アルコール消毒も!
- 定期的な換気も!
- 症状ある人の部屋だけでなく、共用部や他の部屋も!!

手で触れるところをこまめに消毒!!

- ドアの取っ手
- ベッドの柵
- トイレ
- 洗面所
- 薄めた市販の家庭用塩素系漂白剤で拭こう!
- 家庭用洗剤で洗わず、家庭用の消毒剤でこまめに消毒も!!

洗い物は一袋者でもOK!!

- ただし! 臭いには気を付けよう!
- 症状がある人の汗がついた衣服は分け洗濯し、完全に乾かそう!

新型コロナウイルスはどれくらい生きるの?

- ドアノブ / 衣服・タオル / ガラス / 飲み物の中 / 7~8時間 / 8~12時間 / 24~48時間 / MAX 4日間

豆知識: 新型コロナウイルスは乾燥した状態でも生存できる

まだなんとも言えないですが。。。

でも自宅療養中に悪化して、家で亡くなるケースや、死亡してからコロナウイルス感染症だったという報道がよくあります。

このあたりが難しいのが“まるでコロナウイルスだけが、気づかずに入院が遅れて死亡する怖い病気”という刷り込みがおこることです。インフルエンザだって風邪だって、突然悪化する人や突然死する人がいるわけですから、つまり、

- ・コロナウイルスだけ明らかにそういう人が多いという根拠がある
- ・早く診断し、入院すべき理由がある（治療法がある）

こういった場合になれば、確かに早期診断して入院はいいかと思います。

最近では検査の許容範囲が増えてきて、軽症者の入る施設も確保できつつあるので、自宅療法という選択の他に、ホテルなどへ軽症者は一旦全員入るという方針にできるかもしれません。

個人的に一番不安なこと

この流れで僕が一番不安なことは

みんなコロナしか心配していない

です。

世の中には何百何千も病気があって、コロナなんかその100位にも入っていないのに、そのことばかり医者も患者も医療者も考えている。

総選挙で100位にも入っていないアイドルを寄ってたかってCD買って無理やり1位にしているというやつですね。

なんで熱が続くとか咳が続くという症状を他の病気かもって思わないかな?っていつも思います。(医者もです。)

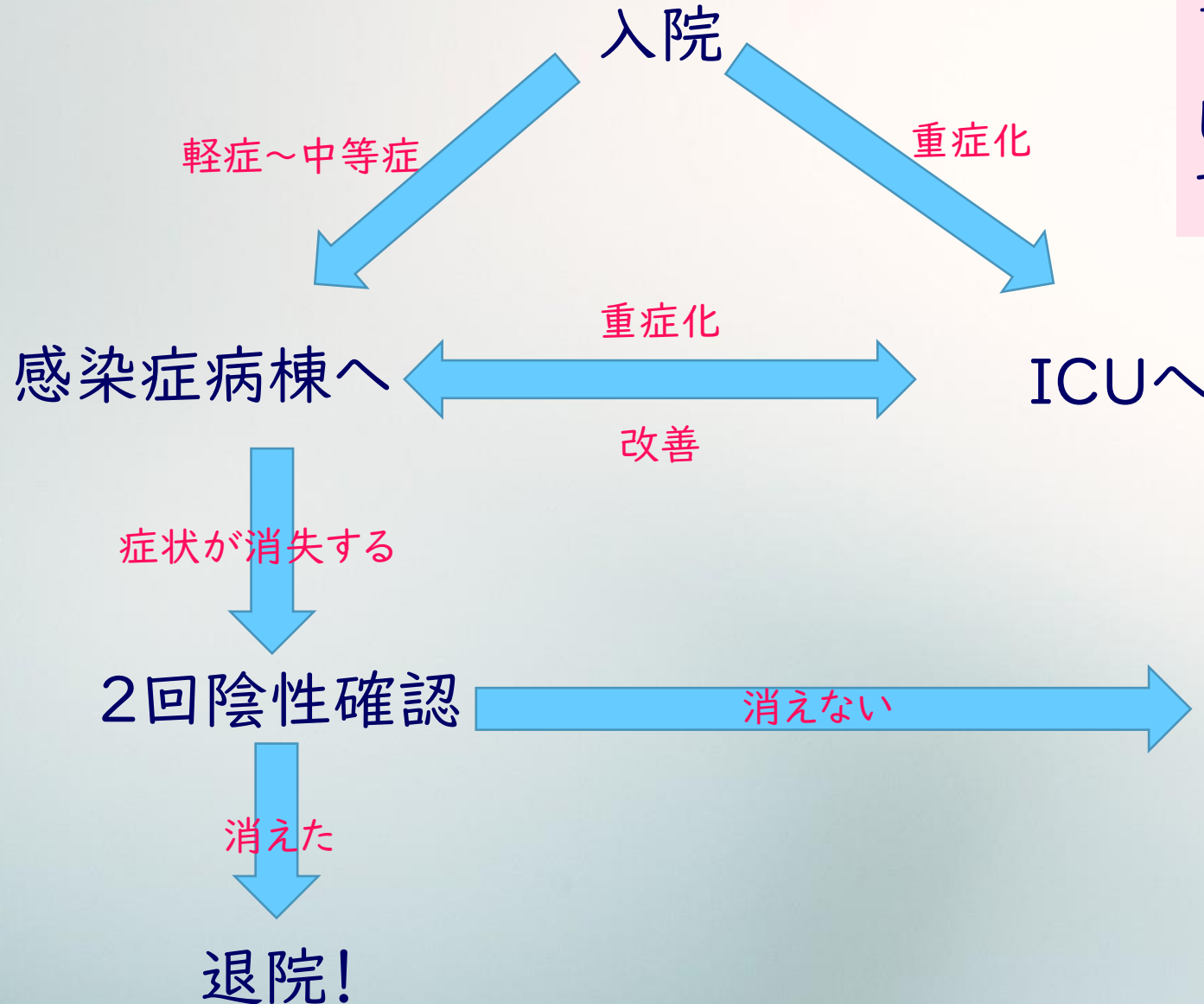
もっと恐れるべき病気をしっかり調べなきゃいけないのに、コロナのことばかり考えておられる人が多すぎるんですね。当地域はそれほど患者さんも多くないので僕は普段はコロナをほとんど疑ってません。もっと怖い病気が隠れてることを常に考えてます。

まずは冷静になってもらいたいと思います。

もし検査で確定したら治療方針は??

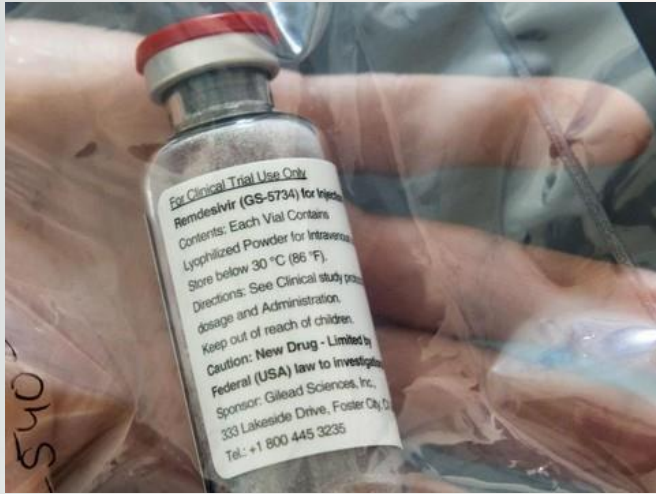
大体2-3週間が平均的な入院期間
重症化すると4-6週間

しかしその多くは本当にお元気なまま
で経過する。



検査を繰り返す。もしくは
後方ホテルなどへ移動

んで結局治療は??



レムデシビル

もともとエボラ用の薬だが有効性がなかった。
今回のコロナウイルスに有効な可能性があると鳴り物入りで登場。
重症患者で68%の有効性を認め、
現在国際共同治験中。



プラケニル

マラリアやSLEで使用されていた薬。
ウイルス量減少に有効と言われていたが、最近その効果が否定的かもと
いう報告が出てきている。



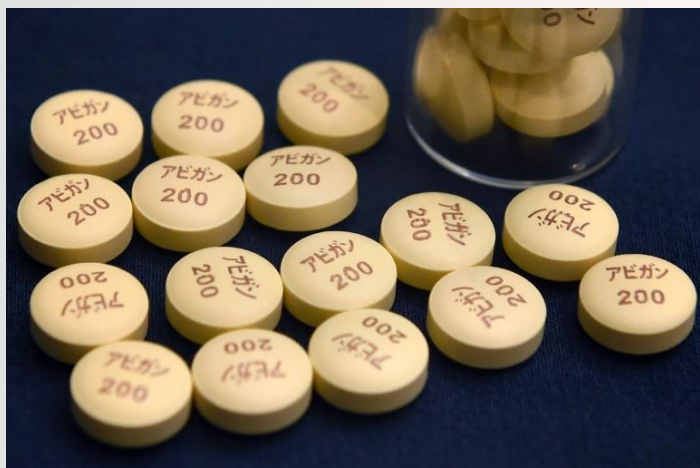
カレトラ

HIVの薬
最も早期にCOVID-19への有効性が期待されて使用されていたが、死亡率の改善を認めず、使用されなくなりつつある。



ナファモスタット

膵炎の薬
ネズミを用いたところ、コロナウイルスの細胞への侵入を阻害する効果があった。
ただまだ臨床で使用される試験を予定しているところ。



アビガン

言わずと知れたmade in Japan
もともとは鳥インフルエンザの薬。
今回のコロナでも効くかもということ
で、中等症や軽症の患者を中心に
現在臨床試験中。



シクレソニド

喘息の吸入薬
日本の報告でウイルス増殖を抑える
のではないかと、これから
臨床試験が始まる予定。



アクテムラ

もともとはリウマチの薬で炎症を抑える効果。
新型コロナウイルス感染はウイルス感染の
あとに来る過剰な炎症が重症化につながる
かもということで米国で臨床試験開始。

And more..

血栓を溶解する薬 ステロイド
他の抗HIV薬 漢方薬などなど

いろいろな薬が効くのではないかという声はありますが、まだ確実なものはないです。
また、最近では予防で飲むという薬の使い方も議論されています。
ワクチンは早くても1-2年はかかると言われております

んでアビガンって効くの??

いろいろ言われてますが、まだ効くとも効かぬとも安全とも危険とも言えません!!
効いたという人も、使ったから治ったかどうかなんてまだわかりません。
騒がれたドラフト1位が大成しないのもよくある話です。

よく“希望者にはアビガンを使わせろ!!!”という声が聞こえますが。
使ってます。ええ普通に日本で使ってますとも。
誰よ使わせてくれないとか大ホラ吹くのは。

- ☆臨床試験→ちゃんと同意をとってその効果・安全性をチェックさせていただく。
- ☆人道的使用→効くかわからないけどあまりに重症だから同意をとって使用する。

施設によって上記2通りがあります。患者さんによって医療者側が判断します。
ただ、忘れてはいけないのはイレッサ、サリドマイドなどのように、ホイホイ使うだけ使って、
あとから副作用のせいで苦しむことが出たり、全く効かない薬だったりってことが明らか
になるわけにはいかないのです。使うことはできますがそのリスクは忘れてはいけません。
使うべき人を医療者はちゃんと考えています。

ちなみに治療の目標は???

一般の人の思う治療

使用したらたちどころにウイルスがいなくなってすぐよくなる魔法の薬や、病気にならない薬はいつできるのか??



我々の思う治療

とにかくなんでもいいから重症化を防ぐことができる薬、もしくは重症例にそれなりに有効な薬ができるといいな。

飲んだらたちどころに治る薬はおそらく他の病気でも現実にはほとんどありません。ましてや重症化するような病気では薬単独の効果は期待できません。

我々の目指すゴールの一つには、“医療崩壊を防ぐ“があります。1000万人患者さんが発生しても重症化さえしなければ、パニックにならないければ対応可能なのです。(インフルエンザがまさにそれです)。だからそれを避けれる薬があれば十分なのです。

んでこれからどうなるの???(予想)

わかったら苦労はしませんね。わかるんだったらその後上がる株とか買いまくってますよね
でも当面の課題としては“自粛をいつまでするか”と“対応はどういう方針にしていくか”です。

自粛をどうするか

しばらく解除は無理でしょう。
彼女とデートもできないでしょう。
でも自粛要請し続けたら間違いなく経済は破綻します。毎月10万円全員に配るのは無理です。
比較的感染の拡大が緩やかな地域から順に解除していくのでしょう。
スポーツイベントも少しずつ再開するでしょう。
そして、少しでも増える気配があったらまた自粛です。
自粛はあくまでも時間稼ぎです。
ダメージを最小限にしながら治療や体制ができるのを待つのです。

対応の方針

この病気、たしかに不安ですが、大前提として“重症な病気”と認定されません。エボラやMERS側みたいなものではなく、インフルエンザ側の病気と認定されます。
とすると、いずれは指定感染症を外して、どこの病院でも受診できるように少しずつ感染対策のハードルを下げていく、受診のハードルを下げていく。となります。
まずはPCR2回陰性で退院というルールは、発症から14日間で隔離解除とか、海外のように家で生活7日間かつ解熱後3日間で隔離解除。みたいにしていくと思います。

このまま行けば5月末にはなんとなく上記に近い形になっていくんじゃないかなって思いますね。

終わりに

実際の臨床現場では、どこを恐れるべきなのか、どこまでがもう心配ないのか。感染対策をどういう風に行えばいいのか、治療はどういう風に行えばいいのか、手探りですが見えてきています。

本当の敵は、皆さんの中に潜む“わからないものに対する恐怖”です。それが結果として人々の心を分断して対立させて医療を崩壊させます。

もうマスメディアのわけのわからない煽りに医療者は疲れております。日本は日本はって言いますが、日本は間違いなくかなりコントロールできている国です。

我々医療者は重症化した人を受け入れる覚悟はできています。みなさんも一人一人が手洗いなどの感染対策をする。3つの密を避ける。Stay Home。そして感染しない!としてお互い協力していきましょう。

おまけ



なんとGODIVAさんから当院にも大量のチョコレートの応援が届きました。
院内LAWSONさんも医療者に感謝のメッセージを載せてくれました。
とっても嬉しい限りです。みなさんも周りで現場で頑張っている人がいたら応援して
あげてくださいネ☆