

臨床WG(2008/7/10)

平成20年度 厚生労働科学研究費補助金

「インフルエンザ随伴症状の発現状況に関する調査研究」

解析結果中間報告

大阪市立大学 大学院 医学研究科
公衆衛生学 廣田 良夫

報告内容

1. 平成 17・18 年度横田班の調査
 2. 平成 19・20 年度現研究班
データベース作成、および解析開始
 3. Selection bias と解析の枠組み
 4. 小児科医による自由記載欄の精査
 5. 解析実施、および結果
 6. 結論と考察、結語
-

平成17年度(05/06) 横田班

12都県 2,846人 (2,545)

Cox's proportional hazard model

- 最初の発熱 ⇒ 観察開始
- 薬剤使用 ⇒ 時間依存性共変量
- 異常行動発現 ⇒ イベント発生
(薬剤使用後に症状発現と仮定)

主要な結果

タミフル

HR=1.16 (0.90-1.49)

adjHR =1.07 (0.80-1.44)

アセトアミノフェン

HR=1.53 (1.20-1.94)

adjHR =1.31 (0.98-1.75)

都道府県名()番号()

<医師用調査表>

病院名()科名()

医師名()

患者番号()

年齢(歳 ヶ月)(昭和・平成 年 月生)

性別(男 女)

初診日時(月 日 時ごろ)

診断(A型 H1型 H3型 B型)

診断方法(臨床所見 迅速診断キット ウイルス分離)

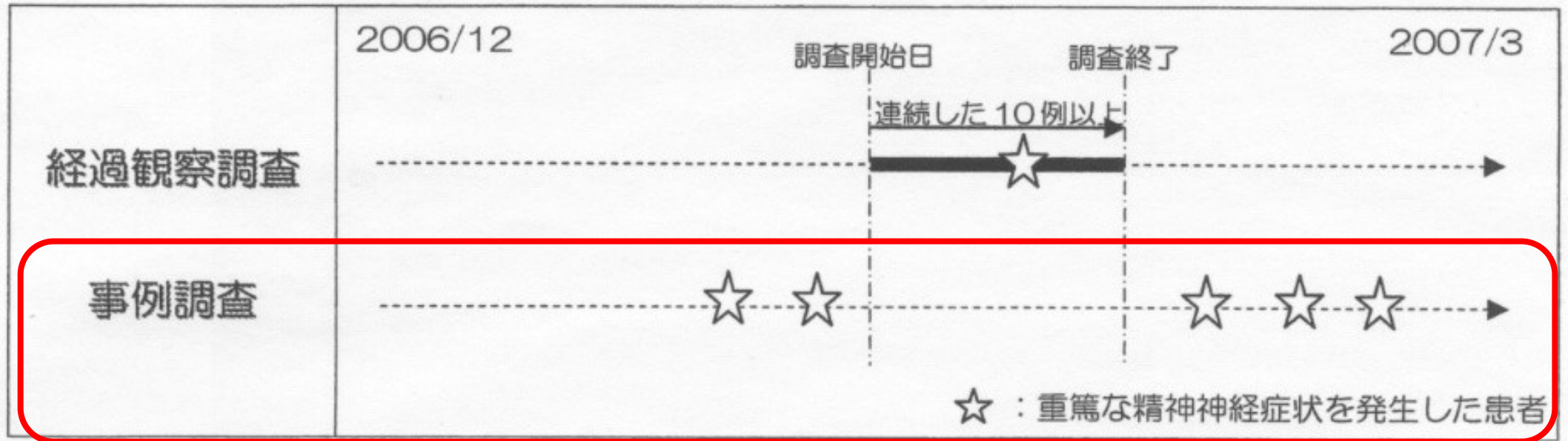
ワクチン接種(0回 1回 2回)

基礎疾患(なし 気管支喘息 心疾患 けいれん その他)

※朝・昼・夜の目安
朝：午前6時から12時頃まで
昼：午後12時から6時頃まで
夜：午後6時から翌朝6時頃まで

左の症状が見られた病日(朝・昼・夜別)に☑をつけてください。症状が分からないなど不明な時は"?"を記入し、症状が見られなかった場合は"(空欄)"にしてください。

発熱からの病日	第1病日	第2病日	第3病日	第4病日	第5病日	第6病日	第7病日
発熱 (最高体温℃)	() (°C)	() (°C)	() (°C)	() (°C)	() (°C)	() (°C)	() (°C)
◇臨床症候							
異常言動							
けいれん							
熱性けいれん							
意識障害・程度							
肺炎の併発							
クループの併発							
中耳炎の併発							
筋炎の併発							
ライ症候群							
◇治療薬	1病日	2病日	3病日	4病日	5病日	6病日	7病日
アセトアミノフェン							
抗生物質							
マクロライド・ニューマクロライド系							
合成ペニシリン系							
セフェム系							
シメトレル							
タミフル							
リレンザ							
◇治療薬による副作用	なし	あり	"あり"の場合、その症状を記載してください。				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
◇患児の転送例	転送先()	病院	電話				
	担当医師()						



- 調査票
 1. 経過観察調査票 (最初の発熱から4日間)
 - 1) 医師調査票
 - 2) 患者家族調査票
 2. 事例調査票

- 平成17年度と同様の解析
 - 最初の発熱から観察開始
 - Cox's proportional hazard model

経過観察調査票

患者の 基本 情報	カルテ番号 (患者番号)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	初診日時 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時	今シーズンの ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
	迅速診断キットによる診断 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	インフルエンザの診断	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 型不明
	既往歴 (複数可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 意識障害* <input type="checkbox"/> 無熱性けいれん** <input type="checkbox"/> 熱性けいれん** <input type="checkbox"/> 異常行動・異常言動*** <input type="checkbox"/> その他()	
	最初の発熱 度 測定日時 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 分	経過観察終了日(発熱後4日目) 月 日	

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

※ 診察や「患者家族調査票」の記載などに基づいて臨床症状の評価をお願いします。
 「有」の場合 (最初の発現日時~その消失日時 (又は経過観察終了日時))
 時刻は24時間でご記入ください

臨 床 症 状	意識障害*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 日 時 分) ↳ 意識レベル <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	無熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 日 時 分) ↳ けいれんの分類 (<input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 複雑型)
	熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 日 時 分) ↳ けいれんの分類 (<input type="checkbox"/> 単純型 <input type="checkbox"/> 複雑型)
	異常行動・異常言動***	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分 ~ 日 時 分) ↳ 異常行動・異常言動の分類 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E)
	肺炎・気管支炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分) 発現日時のみ
	中耳炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分) 発現日時のみ
	筋炎の併発	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分) 発現日時のみ

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

治 療 薬 剤	※ 「患者家族調査票」に薬剤の使用日時 (分まで) が記載されていることを確認してください。			
	<input type="checkbox"/> シメトレル	<input type="checkbox"/> タミフル	<input type="checkbox"/> リレンザ	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン
	<input type="checkbox"/> 非ステロイド系抗炎症薬 ()		<input type="checkbox"/> 抗菌薬 ()	
	<input type="checkbox"/> その他の薬剤 ()			

<臨床症状の詳細や治療薬剤との関係など> (書ききれない場合には、裏を使用して下さい)

インフルエンザ調査票

厚生労働省厚生労働科学研究費 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
 「インフルエンザに伴う随伴症状の発現状況に関する調査研究」

担当医の先生の記入欄

番号	発熱から4日目	___月___日
処方した治療薬剤 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> シメトレル <input type="checkbox"/> タミフル <input type="checkbox"/> リレンザ <input type="checkbox"/> アセトアミノフェン <input type="checkbox"/> その他の解熱薬 [薬剤名] <input type="checkbox"/> その他の薬 (抗菌薬など) [薬剤名]	

太線の中にご記入をお願いします。

生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
初診日時	月 日 <input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時
最初に発熱した日時	月 日 <input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時 その時の体温 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> °C
受診までに 使用した薬剤 (市販薬など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [薬剤名]