

新型コロナウイルスの諸問題

ワクチン問題を考える会 熊本(10/7/3) 橋本行生内科 橋本行則

1. コロナ騒ぎよりも世界恐慌に備える

このたびの新型コロナウイルスが、人工的につくられたものである可能性は否定できません^{#1}。すでにはじまっていた世界恐慌の兆しはこのパンデミックによって加速され、やがて日本をはじめ世界各国が国家破産(default:デフォルト、債務不履行)にいたるといふ恐れこそ重大です。いま我々は、きわめて作為的に操作されているウイルス騒ぎに目を奪われてはならず、時すでにおくれの感は否めませんが、国家の崩壊にいたるおそれがあるデフォルトに対してこそ真剣に考えて備えなければなりません^{#2}。

中国の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)者数44672人のデータからは、81%が軽症(肺炎がない、又は軽度)、14%が重症(呼吸困難、低酸素血症、1-2日のうちに肺炎像が肺面積50%以上を占める)、5%が最重症(呼吸不全、ショック、多臓器不全)、最重症のうちの約半数(2.8%)が死亡しています^{#3}。

おなじコロナウイルスであるSARSやMERSの致死率(SARS 約10%、MERS 約45%)にくらべると、新型コロナのそれは2.8%と低く、不顕性感染(感染していても症状は現れない)が多く、感染者の大部分は単なる感冒ですみます。新型コロナウイルスの感染経路が不明である症例が多くなっていることは、ウイルスが微粒子に付着してエアゾールとなり空中をただよっているからであると思われまふ。こういう型のウイルスの伝播を封じ込めることはむずかしい。

封じ込め政策は経済活動の停滞をもたらし、世界恐慌(国家破産)にいたるみちです。この軽症(検査陽性者数に対し死亡者数が少ない)の感染症に対し、封じ込め政策を強行することは各国に多額の国債を発行させ世界恐慌(デフォルト、国家破産)をめざしていることに他なりません。

日本政府のウイルス封じ込め作戦は2020年1月28日、新型コロナウイルス感染症を指定感染症(2類感染症に相当)に指定してはじまりました。

この流行病が指定感染症に指定されたことで、あらゆる措置が感染症法に則^のって行われるようになりました。日本の場合、本症の大部分が軽症であり、致死

な重症はほんの数%に過ぎないにもかかわらず緊急事態を宣言し、国家財政が破綻するような大騒ぎ(返済不能の巨額の国債発行)にもっていったのは、大きな国策の誤りでした。政府は故意に、国家が崩壊するような方向へ導いています。遠からずアベノミクスが引き金となって、日本国債は暴落し、巨大なインフレがこの国に襲いかかる、と予告している専門家がいます^{#2}石角完爾。

この国の国債の利払い額が毎年約8兆円であり、元本を返すあてはありません。国債が返済不能となれば国家は倒産、国家・国民の金融資産をすべて償却しなければなりません。銀行の預金は封鎖され、デノミにより新円に切り替えられます。その準備は整っています。

国家の中央銀行が財務省の下部組織であれば問題はありませんが、日本銀行(日銀)は株式会社であり、その大株主は外国人なのです。国家が一株式会社^{きょうし}に首根っこをおさえられています。外国勢力に牛耳られた明治維新によって、そのように設定されています。渋沢栄一氏はその番頭さんでした。この国の命運は日銀の大株主がにぎっています。

コロナ騒ぎの背後には、国の運命が激変する未来が隠されています。新型コロナウイルス感染症は今からでも指定感染症からはずし、5類に格下げしなければなりません。目先のコロナ騒ぎ・緊急事態宣言等々よりもデフォルトのほうが、桁違いに重大な問題であることが、もっと広く知られなければなりません。

新型コロナウイルス

2. SARS-CoV-2の検査法^{#4}

新型コロナウイルス感染症 COVID-19の病原体とされるSARS-CoV-2を調べるための最も標準的で信頼性が高い検体は、鼻腔ぬぐい液や唾液よりも、鼻咽頭ぬぐい液です。喀痰は、もつとも感度が高い検体の一つですが、咳嗽により飛沫が他者を感染させるおそれがあるという欠点があります。

検体の検査法には、①核酸検出検査(PCR: Polymerase Chain Reaction Assay)、②抗原検査、③抗体検査の3種類があります(これは診断には関係ない)。

核酸検出検査には、ウイルスの遺伝子を増幅するPCR法があります。それには古典的なPCR法と、簡便かつ短時間で結果判定ができるLAMPなどがあります。これらは、ウイルスの遺伝子が存在するか否かを定性的に検出します。

リアルタイムRT-PCR法はこれに対し、ウイルス遺伝子の定量検査が可能です。SARS-CoV-2に特異的なRNA遺伝子配列を増幅し、これを検出する検査法です。感度は高いが(特異度は低い)、かかる検査時間が長く、専用の機器および熟練した人材が必要とされ、費用が高いなどの短所があります。

この方法で検出できるウイルス量の限界は、国立感染症研究所プロトコールでは5コピー/tubeです。検査の結果が出るまでに2~4時間はかかります。各検査プロトコール間や検査キット間で、検出性能は異なります。

LAMP法(Loop-mediated isothermal amplification)では、リアルタイムRT-PCR法よりも感度は低いですが、結果が得られるまでに時間が35~50分程度と短くなっています。

抗原検査は、SARS-CoV-2のウイルス抗原(構成成分である蛋白質)を、特異的な抗体を用いて検出する方法です。定性検査と定量検査があります。陽性の場合にはウイルスが検体内に存在することを示します。

抗原定性検査は、ウイルスに感染した細胞が特異的に産生する抗原を検知し、有症状者が陽性であれば確定診断とすることができます。症状発症から9日以内の症例では、陰性の確定診断として用いることができます。ウイルス遺伝子が100コピー以下程度の少ないウイルス量の検体では、本法の検出感度は低下します。本法は、無症状者にはしても意味がありません。機器を必要とせず、40分で結果が得られる簡便さのため、外来の有症状者には有用です。ただしいずれの場合も、唾液の検体を使用することはすすまられていません。

抗原定量検査はウイルス抗原量を、全自動の「ルミパルス」1台で60~120テスト/時の速度で測定することができます。特異度も高く検査に要する時間も30分と短く、LAMP法などの簡易な遺伝子検査法と同程度の感度を有しています。唾液検体の場合、発症から10日以降になると検出性能が下がります。

いま、新型コロナウイルス感染症の封じ込めに成功したかに見える中国の、診断基準の第一はPCR法陽性だけではないようです。**●症状がある、●感染者とされる人に接触した履歴がある**、の2条件を必ず満たさないと感染者とは認められません。これは元々流行性の感染症では標準的な考えかたです。

新型コロナの近縁にあたるエボラ出血熱、SARS、MERS、などには、無症状および発症前の感染性は認められませんが、新型コロナでは症状の出現前から、次々と他者に感染させていく症例があるといわれます^{#5}。この無症候性感染の確認のためには当該症例が、PCR検査法および抗原検査で陽性であったという前提があつて、かつその症例が長い潜伏期(無症状)の間に他者に感染せしめたというデータの蓄積が必要ですが、現在のところその無症候性感染を証明するデータをもつ論文はありません。

感染はしているが発症前の段階では、PCR検査を実施しても偽陰性(実際は感染しているから陽性のはずが、検査では陰性とする)の可能性が高い。PCR検査で陽性となりやすいのは、発症してから1週間まで(2~3日目が極点)である、といわれます^{#4#6}。こういうわけですから、無症候性感染のデータを集めるのは容易ではないと思われます。よほどその気になってやらなければ無理でしょう。

3. 感染と発病

病原体を吸入したり、病原体が付着した手をつかって物を食べても、ヒトが病原体に感染して発病するとはかぎりません。

かつて四男一女の子どもたちとその両親と祖母の八人家族がありました。昭和20年の敗戦のあと、この家庭も塗炭のくるしみにあいます。敗戦の結果、精神的にも挫折していた父親は肺結核となり、昭和23年に自宅で亡くなります。結核は、祖母と十歳であった長女と生後九カ月の四男に伝染し、長女をのぞく三名は相前後して亡くなりました。結核菌を排出しつづけていたであろう父親とともに一つ屋根のしたで、水洗トイレも水道もない生活をしながら母親と三人の男児は、感染はしていたでしょうが発病はしませんでした。軽症であった長女は自宅で健康を回復し、成人することができました。

このようにヒトが如何に病原体にまみれて生活していても、感染し発病するか否かは、生体にそなわる免疫力と病原体の勢いとの力関係によります。生体のもつ免疫力、とくに自然免疫が、強力であることが求められます。

我々が行なっているガンの免疫療法であるBCG-CWS

の皮内接種、および蓮見ワクチン(アジュバント)の皮下接種の目標は、免疫の司令塔 樹状細胞の活性化です。樹状細胞は、主である自然免疫のみならず、従である獲得免疫をも支配する総帥です。

免疫力とくに自然免疫の強化は、ワクチンの接種以前の基礎的な抵抗力の問題として、きわめて重要です。いま獲得免疫の抗体を誘導するワクチンの接種のみが声高にいられていますが、ヒトの基礎的な自然免疫の強化をふまえたうえでの獲得免疫というのが順序です。自然免疫の強化を説かず、ただ獲得免疫の抗体をつくるワクチン接種の推進こそが唯一の切り札とする考え方は、正統ではありません。

自然免疫を強化するための健康法をぎりぎり絞りこめば、次の3点に要約されかと思えます。

- 皮膚の乾布まさつ、イトオテルミーなどの温灸マッサージを励行する。これらは真皮の下に存在する樹状細胞を刺激し、皮下を網羅しているリンパ管の流れをよくし、かつリンパ節を刺激してリンパ系の免疫反応を活性化させようとする。また意識して皮膚面を毎日、短時間でもよいから太陽光に当てる(ビタミンDの体内産生)。
- 食べ物の問題の核心は、不飽和脂肪酸の食用油を避けることである。市販の精製された食用油とその製品は諸悪の根源であるフリーラジカル(寿命の長い過酸化脂質ラジカル)となるから、未精製の食用油^{#6}を用いなければならない。フリーラジカル化している油脂を用いて焼いたパン、揚げ物、菓子類等々は口にしない。
- フリーラジカル発生剤である喫煙はしない。

4. ファイザー社製のワクチンは有効か

ファイザー社製のmRNAワクチンは第Ⅲ相試験に16歳以上の4万3448人が治験に参加し、21日間の投与間隔で2回の接種をうけました^{#7}。大体同質同数の二つのグループがつけられ、2回目接種後7日間以上の経過が追跡されています。

表1: ワクチン接種群	食塩水注射の対照群
発症例数/母集団 8/18198人=0.044%	162/18325人=0.88%
発症しなかった例数 100-0.044=99.96%	100-0.88=99.12%

上の表に示すように、発症しなかった2群の症例数の

差は、対照群がわずかに0.84%少ない(99.96%-99.12%=0.84%)という結果でした(絶対リスク減少率)。すなわち遺伝子ワクチンを接種しても、新型コロナウイルス感染症の発症を予防する効果はほとんどなかった、と考えることもできます。

しかし同論文では、ワクチンによる(軽症の)発症の予防効果は95%という好成績であったと書かれています。それは、次の様に対象を相対化して計算した結果であろうと思われま

$$[1-(0.044/0.88)]=1-0.05=0.95, 0.95 \times 100=95\%$$

ほとんどの日本の学者たちは、ファイザー社製ワクチン論文のこの予防効果が95%であるという表現を、その計算法の信憑性には触れず、驚異的ともいえる有効率であると持ちあげています。

しかし新型コロナウイルスの場合のように、母集団に対して発症率そのものが非常に少ない場合には、前者の絶対リスク減少率(absolute risk reduction)で見る方が正しいのではないのでしょうか。そうすると、ファイザー社製のmRNAワクチンの予防注射の効果はほとんど無いということになります。

ただこの場合、実験の計画があまりにも拙速でした。実験により発生した有害事象を、2回目の接種後わずか7日までのものしか報告されていません。また、死にいたるような重症例の発生がどの程度あるのか等々を観察し報告すべきでした。軽症例の発生数の多寡よりも、重症例と死亡例の発生数のほうが重要と考えます。

その後ファイザー社は、同規模の同ワクチンの接種の効果も死亡者数もふくめて、別の4.3万人余の母集団で追跡調査をした結果を発表しています。それによると死亡者数は、ワクチン接種群では15人/21926人、対照群14人/21921人と、15人と14人で両者ほとんど同じでした。ただし死亡者のうちのCOVID-19関係の例数が1例と2例では少な過ぎます。これでは何とも言えません。ワクチンの有効性を検証するのむずかしい仕事です。

5. COVID-19の本質は血栓症

自然に吸入されて上気道粘膜に入ったウイルスは、そのスパイク蛋白(抗原)が粘膜上皮細胞にあるACE-2受容体*に結合して、上皮細胞内に侵入を開始します。こ

の結合は、上皮細胞膜上にある蛋白分解酵素によって切断されるようになります。この切断がきっかけになってスパイク蛋白が分解・活性化して、ウイルス遺伝子をくるんだエンベロープと上皮細胞膜が融合します。そしてウイルス粒子が上皮細胞のなかに送りこまれます。この反応はわずか10分程度でおきるそうです。

* (アンギオテンシンACE-2は血圧を制御する働きをもった、血管内皮細胞表面にある膜蛋白の一部。これは高血圧症、糖尿病、慢性腎臓病等で増え、高血圧とは無縁の低年齢層の子供には少ない。子供には新型コロナウイルスの感染は少なく、ほとんど重症化せず死亡者もない。小児には同ワクチンの接種は余計なことであり、してはいけない。)

上皮細胞内でみずからがもつ合成酵素により増殖したウイルスは、上皮細胞のそとに溢れ出ます。これらウイルスが周辺の細胞に次々と感染していけば、鼠算式に感染はひろがっていきます。ウイルスが取りつくACE-2受容体は、口腔粘膜や鼻粘膜上皮細胞、肺胞上皮細胞、腸管上皮細胞、さらに血管内皮細胞等々と全身にひろがっています。とりわけ全身を網羅している末端の血管網の表面積は膨大であり、そのACE-2の数量も莫大です。

末端の細動脈は内皮細胞のうすい単層でできており、その表面にACE-2受容体が発現しています。生命維持に直接かかわっている脳組織にびっしりと分布し穿通しているのは、文字どおり穿通枝動脈です。また左右両肺に3億個もある肺胞にびっしりと巻きついているのは肺胞毛細管です。ここにもACE-2受容体は発現しています。

コロナウイルスはそのスパイク蛋白がACE-2受容体と結合することにより、同受容体が存在する細動脈内皮細胞に出入することで内皮細胞膜に傷害を与え、出血・凝血・血栓形成の恐れがあります。細動脈壁の損傷が拡大すれば、ついには細動脈が灌流している臓器を機能不全におとしいれるのではないかと考えられます。うける損傷が致命的となる代表的な終末細動脈は、脳細胞における穿通枝動脈であり、肺の肺胞における肺胞毛細管です。前者は脳出血・脳梗塞をおこし、後者は呼吸不全をきたします。それが全身に拡大すれば“全身性の血栓症”^{#8}になります。これは致命傷です。免疫学者には自然免疫/獲得免疫ばかりが見え、血栓症の発生という視点が欠如しています。

さらにもっと恐るべきは、遺伝子ワクチンの接種によって、脂質ナノ粒子が樹状細胞中に入り、あたかもその人

がウイルスに感染したかのような疑似感染の状況となります^{#9:138頁}。PCR検査は陽性となるかもしれませんが。

筋肉注射によって注入された脂質に包まれた遺伝子ワクチンが、ACE-2受容体に相似したTLR(Toll様受容体)という脂質用の受容体を介して樹状細胞内にとりこまれ、そこでスパイク蛋白の合成と増殖が展開されます。できたスパイク蛋白が樹状細胞膜表面に露出します。それらスパイク蛋白が血流にのり、血管内皮細胞表面のACE2受容体と結合し、血管内皮細胞に入ったらどうなるか。スパイク蛋白のみならず遺伝子もともに内皮細胞内に入れれば、これもウイルス感染とおなじような状況となります。

血管平滑筋の拡張と収縮、同平滑筋の増殖と抗増殖、血液の凝固と抗凝固、炎症と抗炎症、酸化と抗酸化等々という複数の相反する複雑でかつ繊細でありきわめて重要な、神業のような仕事をしているのが末梢細動脈の単層の内皮細胞です。ここは人体内の生命線です。

この繊細な内皮細胞が、本来の仕事とは関係のないウイルスおよび遺伝子ワクチン成分の出入や増殖を許すことになれば、これは人体の生命線である内皮細胞にとっては余計な仕事であり、非常に過大な負担となり、その結果大きな損傷をこうむるのではないかと思います。この辺のところ、いま臨床の現場で多数発生している血栓症で斃れた症例の病理解剖において、果たして検証されているのでしょうか？

6. コロナ重症化と死因はフリーラジカル活性酸素種傷害

本来ならば、割合としてはごく少数の新型コロナウイルス感染症の重症化と死亡例の本質の研究こそ、焦点をあわせなければなりません。医学的には、本症の重症化の本質と対策の研究こそが重要です。大多数は軽症か無症状であるPCR検査の陽性者(これを感染者と言ひ換えて)の増加ばかりを強調して危機感を煽るのは、きわめて政治的であり、「ショック・ドクトリン」^{#10}の実施です。予防・治療どころか、大衆を恐怖におとしいれることが主要な目的であるように思われます。

本症の重症化の本質は「フリーラジカル傷害」であることを正確に把握し、それに対し「フリーラジカルの消去」という的確な治療法を実施すれば、重症例を救うことができるのではないかと、考えるものです。

しかし斯界の、日本の一流の研究者たちは専門家会議のメンバーから、はずされています。マスコミの表面にでてくるのは疫学者ばかりで、ウイルス学者、分子生物学者等の姿はありません。

ウイルス感染症の大半を占める軽症は、生体にそなわる自然治癒力すなわち^①免疫力(自然免疫と獲得免疫)によるウイルス攻撃および、サイトカインがらみの^②活性酸素(フリーラジカル)によるウイルス攻撃(酸化)と、それに対峙する生体の^③抗酸化能等によって制禦されています。このような自然治癒力により、COVID-19の大半(80%以上)を占める軽症は自然に治ります。そうして自ずからヒトは免疫力を獲得(獲得免疫)していくのです。それでよいのであります。大騒ぎして人為的にワクチンの接種をする必要はありません。

ウイルスの自然感染を、何が何でも悪とする考え方は決して正しくありません。社会生活上、自然感染はある程度避けられないものであり、むしろ免疫を獲得するために感染は必要であるとすら考えられます。

遺伝子ワクチンの接種とちがって、吸入による自然感染では鼻腔粘膜・咽頭粘膜において標準の免疫力(IgA抗体)ができ、次の再流行時には罹患しにくくなる利点があります。今さえよければよいというのではなく、第2波、第3波、等々の流行にもそなえなければならないのです。そのそなえには、高価であって効果が的確ではないワクチン接種よりも、自然感染は無料であって効果は的確であり優れていると考えられます。

急速に変異しつづける遺伝子をもつウイルスに対するワクチン療法は、原理的にその成功はむずかしい。外界からワクチンを注射することがレベルの高い唯一の治療法(予防法)なのではなく、生体側の自然免疫を強化することがもっとも正しい対処法であると考えられます。

一般にウイルスに感染して発病し高熱がでて、おそれることはありません。発熱は、生体がウイルスの増殖を抑制するための防禦反応であり、自然免疫のはたらきが活潑になります。ウイルスは低温・乾燥で増殖し、高温・多湿に弱い。体温が39度以上になると、ウイルスの増殖は止まります。ぐったりして全身状態がわるく水も飲めないようであればともかく、39度から40度の高熱であっても元気があればよい、と考えます。安易に解

熱剤を使用して体温を下げると、せつかく生体が高体温にしてウイルスの増殖を抑制しているのを妨害します。

新型コロナウイルス感染症の重症例/死亡例には、解熱剤が濫用されていないでしょうか。発熱等に対する理想的な対症療法は、^{しよ}證にもとづく漢方治療です。

新型コロナウイルス感染症の問題は軽症にはなく、重症化にあり、重症の本質を理解的^ま射^いた重症の治療法の確立がもとめられています。軽症と重症の病態の本質は異なっています。軽症はウイルスと宿主との戦いであり、大抵は宿主の免疫力(自然免疫およびそれによって数日後に誘導される獲得免疫)と活性酸素の酸化作用によってウイルスは減弱し自然治癒します。軽症の主役がウイルスであるのに対し、重症の本態は宿主の荒廃した組織のなかから発生しつづける異常なフリーラジカル(活性酸素)反応とサイトカイン・ストームです。

インフルエンザなどの呼吸器をおかすウイルス感染症ではウイルスが、鼻毛や気道粘膜上皮の繊毛運動および抗体やリゾチーム等により捕捉され、鼻汁や痰により喀出・嚥下されることが最初の関門です。

ウイルスがこの最初の関門を突破し、気道上皮細胞・肺組織の細胞内に侵入して感染が成立します。ここでは好中球・NK細胞・マクロファージ等の食細胞とリンパ球による免疫(自然免疫と獲得免疫)および、サイトカインなどの可溶性分子絡^がみの活性酸素が、ウイルスを攻撃(酸化)します。サイトカインであるγインターフェロンがマクロファージを活性化して活性酸素の産生をたかめ、インターロイキン6(IL-6)が好中球をして活性酸素を発生させる、というようにサイトカインと活性酸素は密接につながっています。

かつて、インフルエンザウイルスを吸入させ、致死率が高い重症のインフルエンザ肺炎に罹患させたマウス群を、活性酸素消去剤を静注して救命するという、画期的な動物実験が行われました^{#11}。

まずこの重症のインフルエンザ肺炎にさせられたマウスを治療せずにおくと、その自然経過は致死率が高率の90%でした(図1-1:右端の▲)。これはヒトでいうと、急性呼吸促迫症候群(ARDS: Acute Respiratory Distress Syndrome)に相当すると思われれます。肺内のウイルス量と、肺組織の傷害の程度を経日的に調べると、肺内の

図1:インフルエンザマウスの肺炎死は活性酸素種/フリーラジカル傷害による

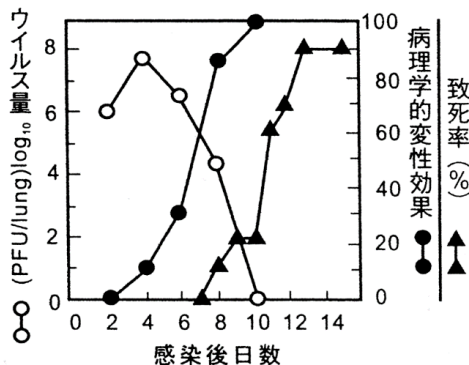


図1-1: インフルエンザマウスの肺炎 #11

マウス馴化インフルエンザウイルス A/熊本/67(H₂N₂)株を 2.0 LD₅₀ 量をマウスに経鼻噴霧感染させた後、肺炎ウイルス量 (—○—) をプラーク形成法により、肺炎像を肉眼的に観察しスコア化して表示した (—●—)。病気の激しさとウイルス量は一致しない。活性酸素や一酸化窒素 NO 生成のほうが病態の激しさと一致する。

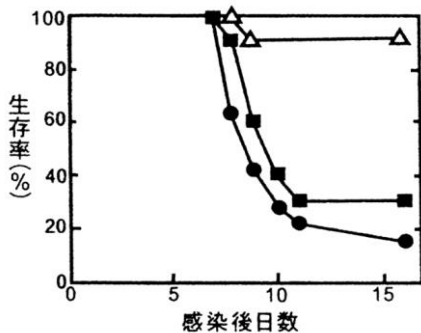


図1-2: インフルエンザマウスの肺炎の治療 #11

マウスにウイルスを感染させたあと高分子の pyran-SOD (—△—) は、1回200Uを5日目より8日目にわたり24時間おきに4回静脈内投与した。—■— は、通常のSOD(半減期3分)で、これはほとんど効かない。—●— はSODなしのコントロール。16日目において、pyran-SOD投与群は、コントロール群に比して有意な治療効果を示した。(χ²検定、p=0.05)。

ウイルス量はいったんは増殖するが(図1-1:左から2つ目の○)、マウスがもつ(自然)免疫力+活性酸素の攻撃により減少してゆき、ウイルスはついには消滅します。ウイルスが消滅(図1-1:右下の○)したところからマウスの致死率は増えてゆきます。ウイルスが消滅した時点から少し遅れて、マウスの致死率が極期に達します(図1-1:右上の2個の▲)。ウイルスが消滅した時点と、マウスの致死率が極期に達した時期とがズレています。

ウイルスの量が減るにつれ肺の傷害の程度がひどく

なり、かつマウスの致死率が増えます。肺内のウイルスは全滅しても、それにやや遅れながら致死率は上昇しつつ、ついにマウスの90%は死亡しました。しかし残りの10%は生きのびています。

マウスの死因がウイルスではなく、他にあるのではないかと考えられました。主たる死因は、傷害された肺組織内に残存するATPの成分であるアデニンの、異化の過程で発生する酵素キサンチンオキシダーゼから産生される活性酸素(スーパーオキシド)の組織攻撃(酸化傷害)でした。

肺内のウイルス量が減少しはじめてから、マウスの肺組織内と血中のキサンチンオキシダーゼの酵素活性は増加してゆき、活性酸素の産生も増加してゆきます。実験の後半ではもうウイルスは全滅しているので、増えた活性酸素の肺内の攻撃(酸化傷害)対象は自らの肺組織そのものであり、それは個体としては生体自身への“自殺行為”となります。肺の組織傷害が極まれば、呼吸が不可能となって個体は斃死します。

スーパーオキシド(・O₂⁻)に端を発するこの活性酸素種は生体内の不飽和脂肪酸をラジカル化し、寿命の長い過酸化脂質ラジカルとなって血流に乗り、全身にまわって各臓器の組織に酸化傷害を及ぼし、多臓器不全をきたして個体を斃死させます。(活性酸素のトップバッターはスーパーオキシドであり、出所は初め白血球次に、傷害された組織から生じる酵素キサンチンオキシダーゼである)

そこで実験の途中から、スーパーオキシドという活性酸素を、中和・消去する酵素(SOD:スーパーオキシドディスムターゼ)を高分子化して長時間作用型にしたものを静注すると、マウスは最終的に10%が死亡したのみで90%は生きのびました(図1-2:右端の△)。このとき無修飾の単なるSODを投与した群には無効でした。(図1-2:右端の■)。ここで実験上、SODを加工して高分子化したという発想が重要です。(これは故前田浩教授らの業績である、腫瘍血管にあるEPR効果の発見と腫瘍選択的薬理療法の高分子製剤SMANCS開発の実績にもとづいている)

この長時間作用型のSOD投与により活性酸素を消去した劇的な治療効果は、マウス斃死の原因が活性酸素によるものであることを明示しています。そこにはウイルスは全滅して存在しません。致命的な重症のインフルエンザ肺炎にさせられたマウスの直接の死因は、活性酸素によって肺組織をはじめ各組織が致命的なまでの酸化傷害を受けた結果であり、ウイルス感染はその引き金を引いたものであることを示しています。

この実験の対照例(高分子化SODを投与されていない)の群において生き残った10%のマウス群(図 1-2:右下の●)は、高分子化 SOD の加療なしに自力で、有害な活性酸素を消去することができた十分量の抗酸化能を体内に保有していたこととなります。

重症のインフルエンザ肺炎にさせられたマウスにおいて個体の生死を分かつものは、投与された活性酸素消去剤(高分子化SOD)の効果であり、また個体に十分備蓄されていた抗酸化能(活性酸素を消去する能力)の個体差であったと考えられます。

これが、ウイルス感染症が重症化した場合の病態の本質であり、治療原理であると考えられます。病原ウイルスがインフルエンザウイルスから新型コロナウイルスに代わっても、生体がマウスからヒトに代わっても、この治療原理に大差はないと考えられます。

しかし、このことを確認する実験は必要です。斯界の実力ある研究者の出番です。当時、このマウスの実験を実施した研究者は今も現役で活躍中です(東北大学医学部赤池孝章教授)。

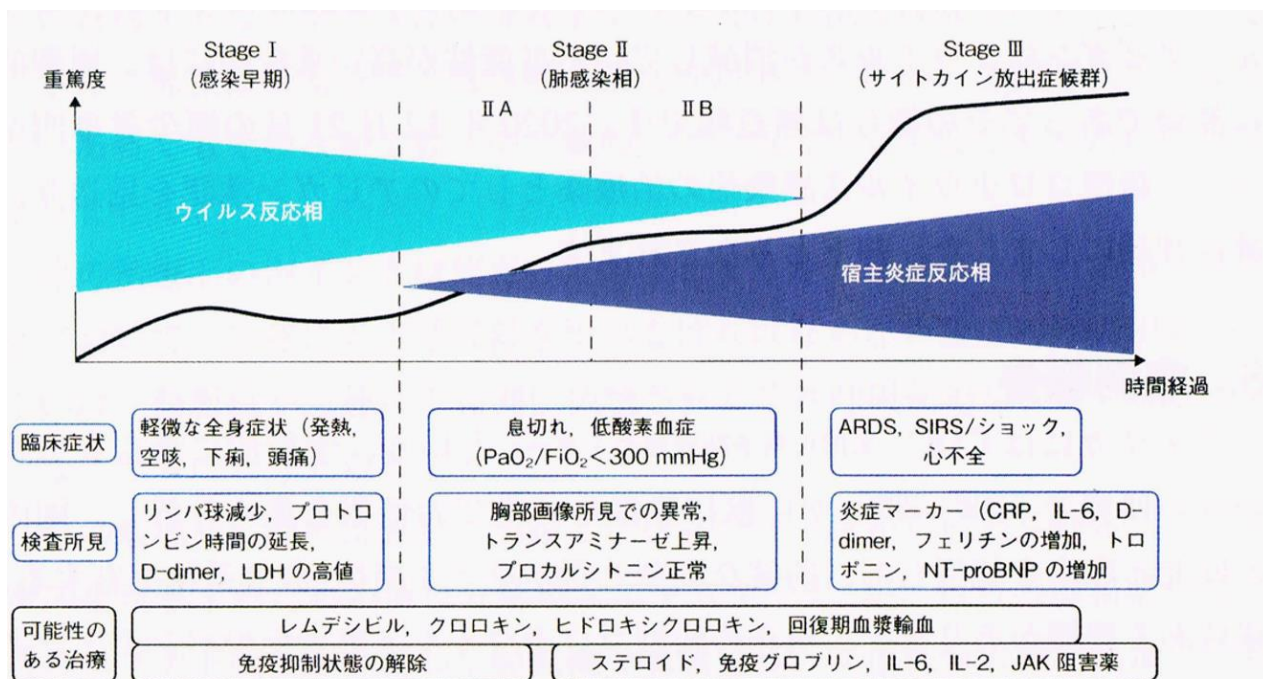
この治療法の原理は、フリーラジカルを消去するスカベンジャー(活性酸素消去剤)を投与するという正攻法です。

しかし、この事が全世界で今もって全く無視されているのは実に異様なことです^{#12}。(抗生剤エリスロマイシンとアジスロマイシンにもスカベンジャー効果がある)。

日本の、コロナ専用病棟における重症例の治療は、副腎皮質ホルモン(デキサメサゾン)+血液凝固阻止剤(ヘパリン)+酸素吸入が標準とみられます。最早ウイルス不在ですから、抗ウイルス剤の使用は論外です。しかし、これら是对症療法であり、問題の核心であるフリーラジカル傷害は治療されていないのです。重症患者は、幸い生きて退院することができたとしても、いつまでも後遺症に苦しみます。後遺症の実体は、スカベンジャーによって治されていないフリーラジカル傷害である、と考えられます。

2021年版の『今日の治療指針』(医学書院)では、新型コロナウイルス感染症の病期を、3期に分けています(図2)^{#13}。I期がウイルス単独の反応期、II期がウイルスと宿主炎症反応の混在、III期すなわち末期が、もはやウイルス不在となり宿主反応のみで、サイトカインとフリーラジカルの嵐が吹き荒れています。ついに肺組織は壊滅的な打撃を受けて呼吸不全となり、全身的にも多臓器不全とな

図2:新型コロナウイルス感染症の病態^{#13}



[Brogan G, et al : Coronavirus disease 2019 (COVID-19). <https://litfl.com/coronavirus-disease-2019-covid-19/> より改変]
 (藤田次郎「感染症 最新の動向」『今日の治療指針 2021』173 頁、医学書院、2021)

って個体は斃死します。

ここで、ウイルス不在の宿主反応とは何かという、テーマが浮かび上がってきます。正確を期すためには、動物実験がまず行われなければなりません。実はすでに30年も前に、それがフリーラジカル傷害であることを示す実験が行われていました。故前田浩教授らによって図1の実験によって、それはフリーラジカル傷害であることが証明されていることを^{#11}、図2をつくったBroganらは気づいていないようです。Broganらの膨大な参照論文の一覧を見ても、2019、2020年のものばかりです。

新型コロナウイルス感染症の各病期の治療薬が図2の下部に記載されています。そこには、サイトカイン阻害薬は記載されていても、フリーラジカル消去剤は記載されていません。サイトカイン類の作用は、異なる複数のサイトカインがたがいに絡みあっている場合が多く、単一のサイトカイン阻害剤の投与という方法ではあまり有効ではない、と思われます。その点、フリーラジカル消去剤の投与は単剤であっても、治療上ずっと効果的であろうと考えられます。

いずれにしろ Brogan らにより、「ウイルス感染症の末期はウイルス不在となっており、宿主反応により個体は斃死する」、という見方が漸く公表されたことを評価します。

7. イベルメクチン^{#14}

免疫という複雑な生体の機構に介入する難しいワクチン療法とは異なり、割りと単純な寄生虫の駆除薬イベルメクチン(商品名:ストロメクトール)が、新型コロナウイルス感染者数と死亡者数を劇的に減らすことのできるものとして登場しています。腸管糞線虫症(および疥癬)の特効薬であるこの薬はすでにアフリカなどで、年間3億人の人々が服用しており、安全性が確立しています。注射ではなく錠剤の服用ですから簡単です。

この薬の発明で、アフリカ大陸の風土病のような宿痾が解決されたことは人類にとって大いなる福音でありました。その功により、発明者大村智教授はノーベル賞を授与されていますから、この薬の効能は折り紙つきです。大村教授の解説^{#14}を読んでも、この薬が新型コロナウイルスにも著効を示すことに不自然さはありません。この薬

は政治的には、いま全世界を席捲している新型コロナウイルス感染症の遺伝子ワクチンにとっては最大のライバルではないかと思われます。

日本政府は、イベルメクチンの新型コロナへの登用には非協力的であり、完全に黙殺しています。しかし新型コロナウイルスに対しイベルメクチンは世界各国においてすでに使用されており、日本でも北里大学病院をはじめ市中の医師たちによって、使用されはじめました。この分では日本政府は、またまた世界の趨勢に遅れをとるおそれがあります。

イベルメクチンの服用は、自宅待機や宿泊療養の人々には便利であり、大いに登用すべきものです。在宅でコロナ禍に喘いでいる患者さんたちには、大いなる福音であります。入院治療中の人々にも用いられています。感染予防には3~4錠/1回だけの服用でよいそうです。

イベルメクチンを新型コロナウイルス感染症に用いた治療例の膨大なデータはすでに存在しているようです。そのデータを本気で検討し、その保険適応を日本政府が早く決定することを切望するものです。

資料の収集と小論の作成にあたり、(農博)村上茂樹氏のご協力を頂きましたことを深謝します

参照

- #1:副島隆彦『目の前に迫り来る大暴落』徳間書店、2021
- ベンジャミン・フルフォード『世界「闇」の支配者』とコロナ大戦争』宝島社、2020
- 崎谷博徳『ウイルスは存在しない!』上、84頁、ホリスティックライブラリー、2021
- #2:藤井謙喜『新円切替』、同『国家破産後の世界』光文社、2004
- 石角完爾、田代秀敏『日本国債暴落のシナリオ』中経出版、2014年5刷
- #3:忽那賢志、総説 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)
<https://note.com/chugaiigaku/n/n8583a93b5a80>
- #4:大曲貴夫『SARS-CoV-2』臨床検査をばいこなす』p284、日本医師会雑誌 2021
- 峰宗太郎他『新型コロナワクチン知らない!と都合な真実』p212、日経BP、2020
- 崎谷博徳『ウイルスは存在しない!』下、32頁、ホリスティックライブラリー、2021
- #5:藤井慎嗣『新型コロナウイルス感染症との戦い』熊本地域医療センターだより、2020.8
- #6:金守精由所、熊本市西区小島 6-5-5 (Tel.096-329-7009)
- #7:F.Polack et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine, *N ENGL J MED*, Vol.383, No.27, 2603, 2020
- #8:井上正樹『本当はこわくない! 新型コロナウイルス』131頁、方丈社、2020
- #9:宮坂昌之『新型コロナワクチン本当の「真実」』講談社現代新書、2021
- #10:ナオミ、クライン・幾島幸子他『新型コロナ・ドクトリン、上・下』岩波書店、2011
- #11:Oda, T. et al.: Oxygen Radicals in Influenza-Induced Pathogenesis and Treatment with Pyran Polymer-Conjugated SOD, *Science* **244**, 26 May, 1989
- Akaike, T. et al. Dependence on O₂ Generation by Xanthine Oxidase, *J Clin Invest* **85**, 739, 1990
- H. Maeda, T. Akaike. Oxygen Free Radical as Pathogenic Molecules in Viral Diseases, *Proc. Soc. Exp. Biol.* **198**, 721, 1991
- 前田浩『活性酸素と野菜の力』65頁、幸書房、2007; 同『ウイルスにもガンにも野菜スープの力』幻冬舎、2020
- #12:橋本行生『新版・誤れる現代医学 第2版』247頁、鳥影社、2021
- #13 藤田次郎『感染症の動向』『今日の治療指針 2021』医学書院、2021
- #14:大村智『ノーベル賞の薬が救世主になる日』286頁、文芸春秋 7月、2020