

## 抗微生物薬適正使用の手引きについて

抗微生物薬は現代の医療に大きく寄与してきたが、一方で不適正な抗微生物薬の使用に伴う有害事象として薬剤耐性菌の増加が国際社会でも大きな課題として取り上げられています。

不適正な抗微生物薬使用に対してこのまま何も対策が講じられなければ、2050年には全世界で年間1,000万人が薬剤耐性菌により死亡することが推定されています。

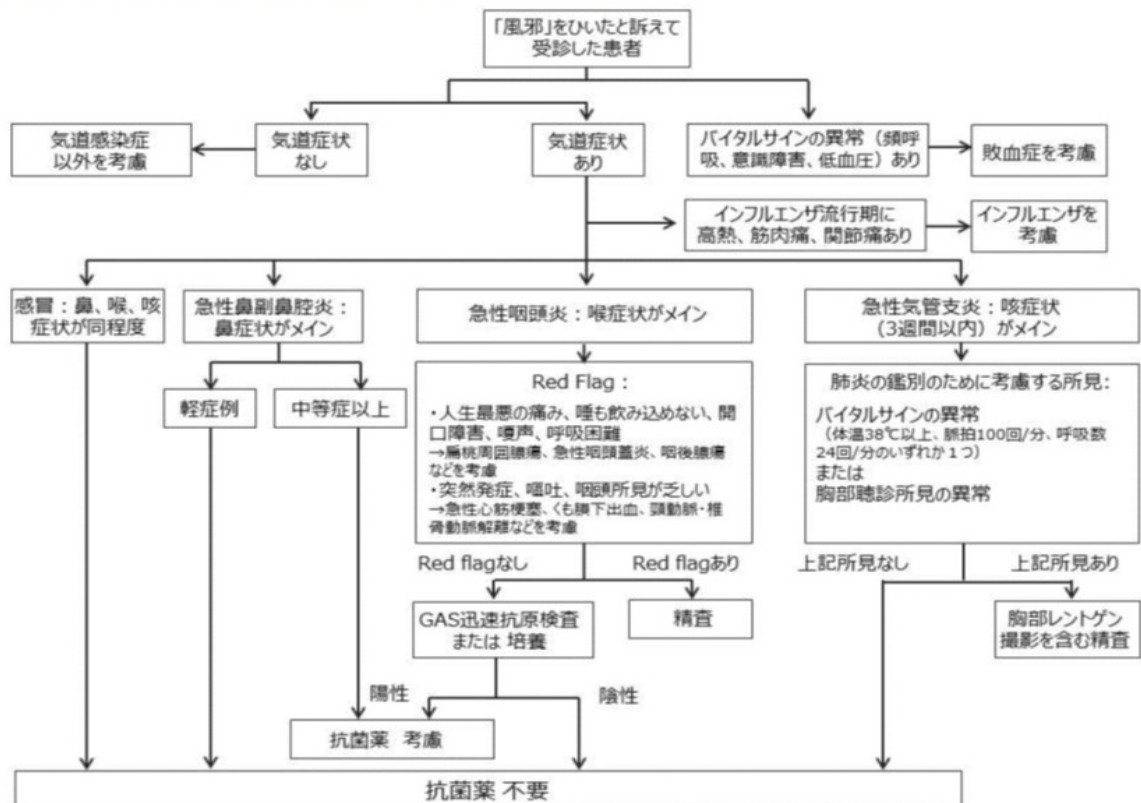
日本の薬剤耐性（AMR）アクションプランの成果指標では『2020年の人口千人あたりの一日抗菌薬使用量を2013年の水準の3分の2に減少させる』こと等が設定されています。

今回新しく厚生労働省から作成された「術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン」をもとに急性気道感染症と急性下痢症についてまとめてみました。

## 急性気道感染症

急性気道感染症は、急性上気道感染症（急性上気道炎）と急性下気道感染症（急性気管支炎）を含む概念であり、一般的には「風邪」、「風邪症候群」、「感冒」などの言葉が用いられている。

図3 急性気道感染症の診断及び治療の手順



※本図は診療手順の目安として作成されたものであり、実際の診療では診察した医師の判断が優先される。

## 治療方法

### 感冒

発熱の有無は問わず、鼻症状（鼻汁、鼻閉）、咽頭症状（咽頭痛）、下気道症状（咳、痰）の3系統の症状が「同時に」、「同程度」存在する病態を有するウイルス性の急性気道感染症  
⇒感冒に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

### 急性鼻副鼻腔炎

発熱の有無を問わず、くしゃみ、鼻汁、鼻閉を主症状とする病態を有する急性気道感染症  
・成人では、軽症（※1）の急性鼻副鼻腔炎に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。  
・成人では、中等症又は重症（※1）の急性鼻副鼻腔炎に対してのみ、以下の抗菌薬投与を検討することを推奨する。

（成人における基本）

アモキシシリン水和物内服5～7日間

・学童期以降の小児では、急性鼻副鼻腔炎に対しては、原則抗菌薬投与を行わないことを推奨する。  
・学童期以降の小児の急性鼻副鼻腔炎に対して、遷延性又は重症（※2）の場合には、抗菌薬投与を検討することを推奨する。

（小児における基本）

アモキシシリン水和物内服7～10日間

※1：重症度については、表3を元に分類を行うこととする。 ※2：具体的には表4を参照。

表3 急性鼻副鼻腔炎の重症度分類

		なし	軽度/少量	中等以上
臨床症状	鼻漏	0	1	2
	顔面痛・前頭部痛	0	1	2
鼻腔所見	鼻汁・後鼻漏	0 (漿液性)	2 (粘膿性 少量)	4 (粘液性 中等量 以上)

軽症：1～3点、中等症：4～6点、重症：7～8点

表4 小児の急性鼻副鼻腔炎に係る判定基準

以下のいずれかに当てはまる場合、遷延性又は重症と判定する。

- 10日間以上続く鼻汁・後鼻漏や日中の咳を認めるもの。
- 39℃以上の発熱と膿性鼻汁が少なくとも3日以上続き重症感のあるもの。
- 感冒に引き続き、1週間後に再度の発熱や日中の鼻汁・咳の増悪が見られるもの。

### 急性咽頭炎

・迅速抗原検査又は培養検査でA群β溶血性連鎖球菌（GAS）が検出されていない急性咽頭炎に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。  
・迅速抗原検査又は培養検査でGASが検出された急性咽頭炎に対して抗菌薬を投与する場合には、以下の抗菌薬投与を検討することを推奨する。

（成人・小児における基本）

アモキシシリン水和物内服10日間

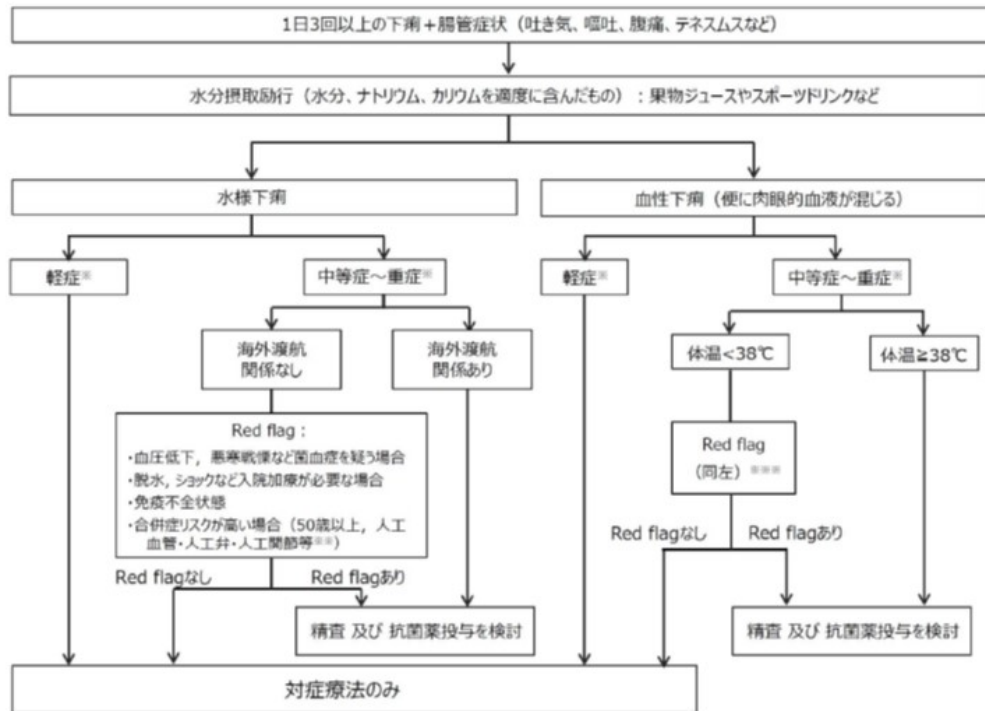
### 急性気管支炎

成人の急性気管支炎（百日咳を除く）に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

# 急性下痢症

急性下痢症は、急性発症（発症から14 日間以内）で、普段の排便回数よりも軟便又は水様便が1 日3 回以上増加している状態と定義されている

**図 4 急性下痢症の診断及び治療の手順**  
 (対象:学童期以上の小児～成人)



※下痢の重症度:軽症は日常生活に支障のないもの、中等症は動くことはできるが日常生活に制限があるもの、重症は日常生活に大きな支障のあるもの。  
 ※※他の合併症リスクには炎症性腸疾患、血液透析患者、腹部大動脈瘤などがある。  
 ※※※EHEC(Enterohemorrhagic E. coli, 腸管出血性大腸菌)による腸炎に注意し、便検査を考慮する。  
 ※※※※本図は診療手順の目安として作成したものであり、実際の診療では診察した医師の判断が優先される。

## 治療方法

急性下痢症に対しては、まずは水分摂取を励行した上で、基本的には対症療法のみ行うことを推奨する。

脱水の予防を目的とした水分摂取の励行といった対症療法が重要。

JAID/JSC の指針では、以下の場合には抗菌薬投与を考慮することとされている。

- ・ 血圧の低下、悪寒戦慄など菌血症が疑われる場合
- ・ 重度の下痢による脱水やショック状態などで入院加療が必要な場合
- ・ 菌血症のリスクが高い場合 (CD4 陽性リンパ球数が低値のHIV 感染症、ステロイド・免疫抑制薬投与中など細胞性免疫不全者等)
- ・ 合併症のリスクが高い場合 (50 歳以上、人工血管・人工弁・人工関節等)
- ・ 渡航者下痢症

小児の急性下痢症の多くはウイルス性のため、抗菌薬は、無効であるばかりか、腸内細菌叢を乱し、菌交代現象を引き起こすため、使用すべきではないと指摘されている  
 細菌による急性下痢症が疑われる場合であっても、多くは自然軽快するため、抗菌薬の使用は不要

## サルモネラ腸炎

健常者における軽症※のサルモネラ腸炎に対しては、抗菌薬を投与しないことを推奨する。サルモネラ腸炎の重症化の可能性が高く、抗菌薬投与を考慮すべき症例としては、以下が示されている。

- ・ 3 カ月未満の小児又は65 歳以上の高齢者
- ・ ステロイド及び免疫抑制薬投与中の患者
- ・ 炎症性腸疾患患者
- ・ 血液透析患者
- ・ ヘモグロビン異常症（鎌状赤血球症など）
- ・ 腹部大動脈瘤がある患者
- ・ 心臓人工弁置換術後患者

なお、JAID/JSC の指針では、サルモネラ腸炎で抗菌薬投与が必要な場合には、第一選択薬の処方としてレボフロキサシン水和物内服 3～7 日間、第二選択薬（フルオロキノロン低感受性株又はアレルギーがある場合）の処方としてセフトリアキソン点滴 3～7 日間又はアジスロマイシン内服 3～7 日間が推奨されている。

## カンピロバクター腸炎

健常者における軽症※のカンピロバクター腸炎に対しては、抗菌薬を投与しないことを推奨する。※軽症とは、日常生活に支障の無い状態を指す。

カンピロバクターに関しては、世界的にフルオロキノロン系抗菌薬に対する耐性化が進んでおり、JAID/JSC の指針では、全身状態が重症で抗菌薬を投与する場合には、クラリスロマイシン 1 回 200mg 1 日2 回内服3～5 日間が推奨

## 腸管出血性大腸菌(Enterohemorrhagic *E. coli*: EHEC)腸炎

海外の総説では、抗菌薬使用により菌からの毒素放出が促進され、HUS 発症の危険性が高くなることから、EHEC 腸炎に対する抗菌薬投与は推奨されていない。

日本の小児を中心にした研究では、EHEC 腸炎に対して発症早期にホスホマイシンを内服した者では、その後のHUS発症率が低いことも報告されており、これらのことも踏まえて、JAID/JSC の指針では、「現時点で抗菌薬治療に対しての推奨は統一されていない」