

①ウイルス感染症には抗菌薬は使用しない

★抗微生物薬適正使用の手引き 第一版（2017.6.1 厚生労働省交付）

●第一版は、過剰な処方、不必要に抗菌薬が処方されていることが多い以下の2つ

急性気道感染症（感冒、急性副鼻腔炎、急性咽頭炎、急性気管支炎）

急性下痢症（サルモネラ腸炎、カンピロバクター腸炎、腸管出血性大腸菌腸炎）

●抗菌薬の延期処方（Delayed Antibiotics Prescription：DAP）の推奨（P.34）

初診⇒対症療法、再診時⇒症状継続や悪化なら抗菌薬投与という方法で、急性気道感染症における抗菌薬使用削減のための戦略として注目されている。

今後の課題：厚労省の政策と同様 2013 年度を基準とし、処方量を確認・報告していく。

②レボフロキサシンの温存 感染対策委員会より当院で耐性化が進んでいると報告

使うべき時は使う。ただし、他に有効な抗菌薬がある場合は、他剤の考慮をお願いします。

膀胱炎の一例

◆単純性膀胱炎（グラム陰性桿菌が約80%、グラム陽性球菌は約20%）

グラム陰性桿菌 リキシン、バクタ配合錠、オゲメンチン配合錠（+サリシン）

グラム陽性球菌 リキシン、シプロキサ、バクタ配合錠

◆複雑性の可能性あれば緑膿菌がカバーできるシプロキサ

参照 JAID/JSC 感染症治療ガイドライン2015、新訂第3版感染症診療の手引き

③経口第3セフェム系抗生剤は、なるべく使用しない

理由

- ◆低濃度で不必要に広域にカバーする為、耐性化やCDIの原因になる。
- ◆バイオアベイラビリティが低く、十分な血中濃度を確保できない。(DU=だいたいうんこになる 国際感染症センター 忽那Dr)
 - セフゾン 25%
 - セフカペン 35% (不明との説もある)
 - メイアクト 14~16%
(第1世代のラリキシンは95%)
- ◆ピボキシル基をもつ抗菌薬は、小児に投与すると低カルニチン血症による低血糖から意識障害や痙攣を発症する副作用がある。
(当院では小児の採用薬はない)

代替薬一例

- ◆溶連菌：第一選択はサリシンだが、小児呼吸器感染症診療ガイドライン2017ではセフェム系も第二選択として残る。
- ◆蜂窩織炎：起因菌は連鎖球菌か黄色ブドウ球菌 → 経口薬ならリキシン
- ◆ヒト咬傷：口腔内嫌気性菌、Eikenella 属 → オークメンチン配合錠 (+サリシン)
- ◆動物咬傷：Pasteurella 属、Capnocytophaga 属 → オークメンチン配合錠 (+サリシン)
- ◆市中肺炎：各ガイドライン推奨薬
- ◆膀胱炎・腎盂腎炎：レボフロキサシンの項参照
- ◆歯科感染症 (1~2群)：口腔レンサ球菌、嫌気性菌 → サリシン

参照：小児呼吸器感染症診療ガイドライン2017、JAID/JSC 感染症治療ガイドライン2016菌性感染症、新訂第3版感染症診療の手引き

④その他

●オグサワ療法

日本のオグサワ配合錠の配合比は AMPC : CVA=2:1 で、国際基準に比べ AMPC の比率が低くなっている。
AMPC を高用量で使用したい場合、オグサワ配合錠+ワシリンがオグサワ療法と呼ばれており、ガイドラインでも推奨されている。
(クラバモックス小児用配合 DS は 14 : 1)

引用：JAID/JSC 感染症治療ガイドライン —呼吸器感染症—

オグサワ配合錠 (CVA/AMPC) については、添付文書通りの投与方法ではワシリン (AMPC) としては最大1,000mgまでしか投与できないので、さらにワシリン (AMPC) 経口薬の併用も考慮する。

CVA/AMPC 経口 (250mg) 1回1錠・1日3回+AMPC 経口 (250mg) 1回1錠・1日3回 (最大各4錠/分4)

●クロストリジウム・ディフィシル感染症 (CDI)

CDI に対するフラジール内服錠 250mg の効果は以前より知られており適応外使用となっていたが、平成 24 年度 CDI に対するフラジール内服錠 250mg の公知申請が認められました。

《軽症》

メトロニダゾール (フラジール) 安価 (1日6錠としても213円)

1) 1回250mgを1日4回経口投与 (4錠/分4)

2) 1回500mgを1日3回経口投与 (6錠/分3)

◆内服治療は10日~2週間継続し、培養検査陰性化や症状消失による途中中止は再燃の要因となりうるので行わない

◆腎機能による調整はいらない (ただし Cr 10 以下の腎不全末期の場合は半量に減量)

◆光に弱いので、粉砕が必要な時は直前粉砕。

《軽症~重症》

塩酸バンコマイシン散 0.5g (1V) /分4 高薬価 (1V/日で 2710.7 円)