

最新医療紹介

日常診療と耐性菌

呼吸器内科 感染症内科 永吉 洋介



はじめに

抗菌薬の繁用により薬剤耐性菌の出現頻度は増加の一途を辿っており、日常診療の場面でも耐性菌を意識した抗菌薬の選択が必要になってきています。耐性菌というとMRSAや多剤耐性緑膿菌、バンコマイシン耐性腸球菌、最近ではカルバペネム耐性腸内細菌のような、院内感染が問題になる菌を想像されるかもしれませんが。しかし耐性菌はより身近なプライマリー診療の場面でも存在します。例えば気道感染の原因菌では肺炎球菌のペニシリン耐性やマクロライド耐性、インフルエンザ菌のアンピシリン耐性、マイコプラズマのマクロライド耐性、尿路感染症の原因菌としておなじみの大腸菌ではキノロン薬への耐性化が問題になっています。

このような日常に遭遇しやすい疾患の原因菌の耐性状況を知ることは効果的な治療、あるいはさらなる耐性化の抑止のために非常に重要です。

当院における薬剤耐性状況

国内の主な分離菌の薬剤感受性状況は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)のページで公開されています。また、当院で分離される主な病原菌の薬剤感受性状況は感染症内科のページで確認することができます(院内のみ)。図に示しますように当院においても肺炎球菌のマクロライド耐性、インフルエンザ菌のアンピシリン耐性、大腸菌のキノロン耐性は年々増加傾向にあり、もはやこれらの薬剤を治療薬として選択することは困難な状況になっています。肺炎球菌の感受性に関して、当院のアンチバイオグラムでは気道感染を想定したブレイクポイントで示しているため多くの分離菌株が感性(S)を示しますが、2015年の分離株ではペニシリン中等度耐性肺炎球菌(PISP)とペニシリン耐性肺炎球菌(PRSP)を合わせると43%にもなります。これらの低感受性菌に対し、軽症の肺炎であればペニシリンの使用でも問題無いと思われませんが、侵襲性肺炎球菌感染症や肺化膿症などの難治性感染症では臨床効果が不十分となる可能性があります。また当院ではキノロン耐性大腸菌、アンピシリン耐性インフルエンザ菌の分離頻度がJANISの集計に比較して高く、これらの菌種に対する治療薬選択においては特に注意が必要です。

抗菌薬適正使用の重要性

耐性菌の出現を防ぐためには、目的とした原因菌に特異的な効果のある薬剤を選択することが重要です。治療前に感染巣からの培養を取り、推定される病原菌に対しアンチバイオグラムを参考に有効な狭域抗菌薬を選択すること、また原因菌が判明した際には感受性試験結果を参考により特異的な治療薬に変更できないか再考することが重要です。

外来で多用されるセフェム系経口薬のなかには体内動態が良好でないものが多いことも知っておくべきです。殺菌に不十分な濃度の抗菌薬に暴露することにより菌の耐性化を生みやすく、繁用による耐性化が懸念されます。使用する薬剤の添付文書などを参照し、どの程度の血中濃度や標的臓器中の薬剤移行が得られるのかを知っておく必要があります。

おわりに

耐性菌の増加速度に対し新規薬剤の開発は遅れているのが現状であり、現存する抗菌薬を適正に使用することで耐性菌の出現を防ぎ、既存薬の有効性を長く保つ努力をしなければいけません。抗菌薬の適正使用をすすめる一方で、当科では肺炎を対象にした新薬の治験や臨床試験に積極的に参加しています。未治療の新規肺炎の患者さんがいらっしゃいましたら是非ご紹介ください。

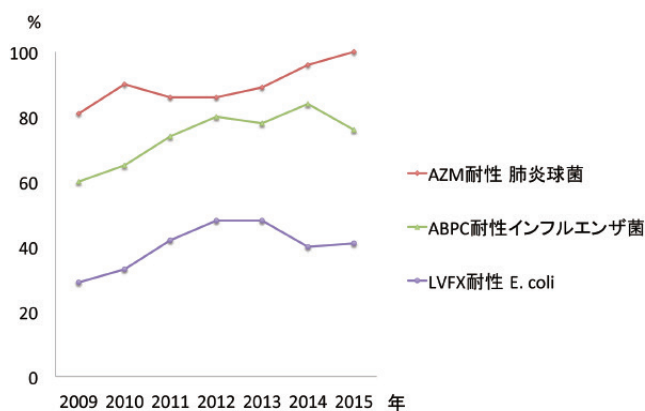


図 当院における過去7年の耐性菌分離頻度