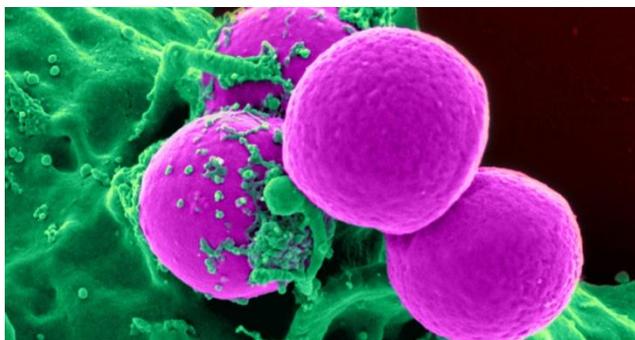


ICT だより



もくじ

効果的な抗 MRSA 薬の投与法

デング熱

研修会などのお知らせ

効果的な抗 MRSA 薬の投与法

一般薬剤は基本的に処方された患者のみに薬効を発現し、他の患者には影響を与えません。しかし、抗菌薬は処方された患者以外の他の患者にも影響を与える可能性があります。たとえば抗菌薬の長期投与により腸管内の菌交代現象が生じ、*Clostridium difficile* による感染症 (CDI) を発症した患者がいたとします。CDI を発症すると、患者の糞便等に接した医療従事者を介し、他の患者へ二次感染が広がる可能性があります。この場合、抗菌薬の長期投与がなければ他の患者への二次感染が生じなかった可能性も考えられます。このように抗菌薬は、抗菌薬を処方されていない患者にも影響を与える可能性があるため、近年、抗菌薬の適正使用が強く求められているのです。

抗菌薬は一般的に治療用量と中毒用量が大きく離れているため安全な薬剤といわれています。しかし、抗 MRSA 薬の中には、治療量と中毒量があまり離れていないため、患者毎の病態や腎機能を考慮した用量を設定したうえで、血液中の薬剤濃度を測定し薬効をモニタリングする (TDM) ことが推奨されている薬剤があります。我が国では長年、日本人に合わせた TDM の研究が行われてきており、平成 20 年には日本 TDM 学会より抗 MRSA 薬の使用についてガイドラインが作成され、抗 MRSA 薬の推奨投与法が記載されています (表)。

当病院における抗 MRSA 薬の使用現状から、TDM を実施していないケースや、TDM を実施してもトラフ値等を誤判断したまま投与が継続されるケースが見受けられます。このような状況は抗菌化学療法の実施にも繋がりがかねません。そこで抗 MRSA 薬の適正使用推進のため、「広域抗菌薬使用届けのお願い」にこのガイドラインを抜粋した文章を記載させていただきました。抗 MRSA 薬使用の際に参考にさせていただけると幸いです。

ICT 高木

表 抗 MRSA 薬の推奨投与法

抗菌薬名	推奨項目 (抜粋)
バンコマイシン	初回ローディングドーズとして 20~25mg/kg 投与 血中濃度測定は投与 3 日目の投与直前に採血
テイコプラニン (タゴシット®)	初回ローディングドーズとして 1 日 2 回 1 回 400mg 投与 の 3 日間実施 血中濃度測定は投与 3 日目の投与直前に採血
リネゾリド (ザイボックス®) ダプトマイシン (キュービシン®)	初回ローディングドーズ、TDM は不要



研修会などのお知らせ

第3回

感染対策講習会

9月13日(土)13:30~16:30
芙蓉閣

第11回

医療関連感染と消毒のセミナー

9月13日(土)13:15~17:00
大手町サンケイプラザ

宮城ICN ネットワーク

第2回講習会

「尿路感染対策」
9月20日(土)10:00~12:40
仙台医療センター
メディカルトレーニングセンター

Infection Prevention

セミナー2014

APIC 最新トピックスを中心に
9月20日(土)12:45~17:30
東京コンファレンスセンター・品川

第20回

東北院内感染対策研究会

11月1日(土)14:00~17:45
仙台国際センター・大ホール

サーベイランスセミナー

12月20日(土)13:30~17:30
東京大学 医学部教育研究棟 13階
第5セミナー室

デング熱

デング熱は蚊がデング熱ウイルスを媒介する感染症で、東南アジア、南アジア、中南米、カリブ海諸国などの熱帯・亜熱帯地域で流行あるいは発生しており、日本国内では1942~1945年に長崎、佐世保、呉、神戸、大阪などで帰還兵が感染源となった20万人規模のデング熱流行が発生したことがあります。

感染後の発症頻度は10~50%で、症状としては突然の発熱、激しい頭痛、関節痛、筋肉痛、発疹等が出現します。潜伏期間は2~15日といわれており、多くは3日から7日で発症し、まれに重症化して、出血やショック症状を発症するデング出血熱や、デング症候群に移行することがあります。特異的な治療法はなく、対症療法が主体で、現在のところ、有効な抗ウイルス薬はありません。

今年8月より国内感染例が相次いで発覚し、9月2日時点で33名の発症あるいは疑い例(ともに流行地への渡航歴なし)が報告されています。感染者のいずれもが東京の代々木公園やその周辺を訪れる、あるいは通過しており、うち18名は蚊による刺咬を認めています。感染者の多くは東京在住(21名)で、他には埼玉3名、大阪3名、神奈川2名、千葉、茨城、山梨、新潟、青森が各1名となっています。

デング熱ウイルスを媒介する蚊はネッタイシマカとヒトスジシマカ(図)です。日本では後者が媒介蚊であり、その生息域は青森県以南に分布し、輸入症例からヒトスジシマカを介した国内感染の発生はいつ起きてもおかしくない状況でした。事実、昨年の8月に日本国内を旅行したドイツ人が、成田空港から直行便で帰国後にデング熱を発病しています。この事例は日本国内で感染した可能性が高く、すでにデング熱は昨年の段階で国内発生していたと推測されています。デング熱輸入症例は、1999年の感染症法施行後増加傾向を示し、2010年、2012年、2013年と年間200例を超す輸入症例が報告されていることから、輸入症例→ヒトスジシマカ→未渡航者という感染が今後も継続して発生する可能性は高いと思われます。

ただし、ヒトスジシマカの活動は5月中旬~10月下旬に限られ、冬季に成虫は存在しないことから、デング熱の発生は温暖な時期に限定されることが予想されます。また、ヒトスジシマカから卵への感染(経卵感染)は卵や幼虫からデングウイルスの遺伝子が検出された例があり、皆無とはいえません。しかし、経卵感染によってデングウイルスが次世代成虫に伝播し、さらに経卵感染した蚊がデングウイルスをヒトへ伝播できる可能性は自然界においては低いと考えられています。このことから日本が熱帯・亜熱帯地域のようにデング熱が通年流行することは少ないことが示唆されています。

デング熱患者をケアする際の特別な感染対策は必要ありません。一般的な院内感染対策としての標準予防策や手指衛生の遵守で十分です。しかしながら、風評被害を考慮して個室隔離が必要となる可能性はあります。自身が感染しない対策としては蚊との接触を避け、刺されないようにすることがもっとも重要と考えられます。

なお、感染管理室では「デング熱患者への対応・対策マニュアル」を作成中です。近々、掲示板および各種マニュアルに掲載しますので、ご確認いただければと思います。



図 ヒトスジシマカ

一般にヤブカとも呼ばれ胸部の背面に一本の白い正中線とW字状の斑があるのが特徴