

感染症診療の病診連携

本康医院 本康宗信

静岡県立こども病院 荘司貴代

診療所から病院へご紹介する成人の急性感染症には、低酸素血症をともなう肺炎、切開排膿を要する扁桃周囲膿瘍、蜂窩織炎、敗血症を併発しやすい腎盂腎炎、前立腺炎、胆管炎、外科治療を要する胆のう炎、憩室炎、虫垂炎等があります。感染症をきっかけに結石や悪性腫瘍が判明することもあります。本康医院では2017年645件の情報提供の内、34件(5.3%)が感染症関連でした。県内で感染症内科がある施設は限られるため、各臓器の専門診療科に紹介をすることが多いです。初発症状が菌血症の症候のみで感染源不明だと紹介先に迷うところですが、紹介先でも診断に難渋し、感染性心内膜炎や骨髄炎の診断に時間を要した例も見られます。今回は診療所と病院の情報提供について、お互いに有益になるような内容について考えたいと思います。

1. 診療所から病院へ

患者背景の情報は、高齢者の場合、普段どのようなADLであるのか、介護する家人がいるかがポイントです。かかりつけ医が普段の患者さんの状況から、どの程度憔悴しているかを伝えることで、紹介先の初診医は重症度を評価しやすくなります。抗菌薬使用歴、入院の既往や介護施設利用の情報は薬剤耐性菌保菌のリスク評価のために重要です。急性肺炎の起病菌の推定には、患者背景や抗菌薬治療歴、結核の既往、インフルエンザや肺炎球菌ワクチンの接種状況が参考になります。血液検査は病院で行うので、必須ではありません。もし検体がとれたならば、細菌検査を提出し、結果は病院に報告します。ここで大事なことは、抗菌薬投与前に培養検査を確実に提出することです。

抗菌薬投与後の検体(血液、喀痰、尿など)は、グラム染色、培養の感度が低下し、起病菌特定ができなくなる恐れがあります。急激に患者の状態が悪化する細菌性髄膜炎、敗血症の初期治療(empiric therapy)では、耐性菌による治療失敗を避けるために複数の抗菌薬を併用します。膿瘍形成などの合併症があると治療期間が長くなります。起病菌と薬剤感受性検査結果に基づいて、安全で最も治療実績がある第一選択薬に変更することをde-escalation(狭域化)もしくはdefinitive therapy(最適治療)といいます。これは抗菌薬の副作用を減らし、治療予後を担保するものです。起病菌と薬剤感受性なしにde-escalationはできません。広域抗菌薬や多剤併用の長期投与は偽膜性腸炎、肝障害、腎障害を発症しやすく、新たな耐性菌保菌の原因になります。

外来で患者さんが急変して急速輸液をしながら救急車を待っている状況であっても、抗菌薬を投与する必要があるなら、血液培養2セットを採取後に投与することが望ましいです。全身状態の急激な悪化がなければ、抗菌薬投与なしで速やかに紹介することもあります。病原体の検索なしに抗菌薬の変更を繰り返し、どうにもならなくなって病院へご紹介するという構図はさけないものです。

紹介状の例:72 歳の男性、前立腺肥大症で投薬中です。最近の抗菌薬投与や入院歴はなく、認知症はありません。脳梗塞後遺症のある奥様と同居しており、お子様は遠方にお住まいです。3 日前からの 38 度台発熱、咳嗽で来院されました。強い倦怠感を訴え、血圧 120/70mmHg、酸素飽和度 89%(呼吸数 30/分)、左背下部に pan-inspiratory crackle を聴取し、胸部 X 線では左下肺野に肺炎像を認めました。経口摂取不良で脱水があり喀痰は採取できませんでしたが、尿中肺炎球菌抗原は陽性でした。ニューモバックスは未接種です。A-DROP(*):3 の急性肺炎と診断しました。家庭での療養が困難であり、入院加療のご検討をいただきたくご紹介申し上げます。

2.病院から診療所へ

病院での加療が終了すると、報告書をいただきます。主な内容は「抗菌薬治療後、改善したので退院しました」という旨です。退院後の患者さんを診る側としては、起因菌、感受性、抗菌治療内容、趨勢のメルクマールの経過は、退院後のフォローに大変役立ちます。血液検査の結果がすぐにわからない診療所では、白血球数やCRPの経過よりも臓器症状のメルクマールが実用的です。広域抗菌薬で治療を要した患者では、処方理由や耐性菌検出歴もかかりつけ医にお知らせください。感染対策や症状再燃時の抗菌薬選択に有用です。検体数が少ない診療所ではアンチバイオグラムの作成はできませんので、中核病院のアンチバイオグラムのご提供は大変助かります。

返事の例:来院時に呼吸数 36/分、PaO₂ 65 Torr、PaCO₂ 38 Torr で多呼吸と低酸素血症があり入院治療としました。喀痰のグラム染色ではグラム陽性双球菌を多数認め、肺炎球菌が起因菌と考えアンピシリン 2g 6 時間毎で治療開始しました。3 病日には解熱し、酸素飽和度は 96%、呼吸数 16/分と改善しました。アモキシシリン 1.5g/日の内服に変更し、6 病日には Clinical stability(**)が得られ、抗菌薬は中止し、7 病日に退院としました。血液培養は陰性、喀痰培養はペニシリン感受性肺炎球菌でした。当院のアンチバイオグラムでは肺炎球菌はほぼ 100%マクロライド耐性ですので肺炎、副鼻腔炎の初期治療にはご注意いただければと思います。また今年度、肺炎球菌ワクチンの助成年度にあたりますので、貴院での接種をお勧めしました。

耐性菌の増加で抗菌薬治療の選択肢は減っていくばかりです。限りある資源を有効に使うには、感染症診療の原則に基づいて正しく丁寧に診療し、可能な限り抗菌薬暴露を減らすことです。手間はかかりますが、かかりつけ医と病院で感染症診療内容や耐性菌保菌状況を共有することで、患者さんに安全な治療を提供していきましょう。

参考

*A-DROP: Japan Respiratory Society community associated pneumonia severity index http://www.kensin-kensa.com/archives/cat31/_cap_a-drop/

**Clinical stability: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187516>