

夜間救急室での抗菌薬選択(成人)

本康医院 本康宗信・静岡薬剤耐性菌制御チーム
静岡県立静岡がんセンター感染症内科 倉井華子

夜間救急センターは地方自治体が整備し、夜間に比較的軽症の救急患者の診察、応急処置を行う施設です。地域によっては、休日診療を行うところもあり、施設の規模も様々です。一般には内科、外科、小児科対応が主で、その他の診療科については、コンサルトを行う体制の施設もあります。急性期を対象にしており、基本的に薬の処方は1日分のところが多いようです。COVID-19の感染拡大により、救急室の受診を避ける傾向があり、小児においては特に受診数が減っています。病院の救急室と異なり、検査機器も少なく、薬剤数も限られています。また多くの医師が勤務するため、薬の使い方も様々です。抗菌薬についてはAMR(Antimicrobial Resistance)対策の観点から適正使用が望まれますが、抗菌薬の使い方を揃えるのは難しいところです。また1日だけの抗菌薬処方が必要であるかの判断も求められます。救急室で勤務される先生方は、自院とは異なる採用薬で治療をされていると思います。皆様が選択に迷わないよう、今回は夜間救急室での成人診療で最低限必要な経口抗菌薬を考えてみたいと思います。

年齢にもよりますが、急性肺炎や腎盂腎炎では、2次救急にご紹介することが多いため、本稿では対象としません。救急室で抗菌薬治療を行う場合、グラム染色や細菌培養ができる場所は少ないです。そのため救急室で感染症を治療する場合、患者背景、問診と診察から起因微生物を推定し、抗微生物薬を選択する必要があります。現時点では地域の流行状況によってCOVID-19を念頭に置くことが必要ですが、咽頭痛、鼻汁、咳嗽が同時期に同程度起こる場合は、ウイルス性上気道炎を考え、抗菌薬の使用には至りません。夜間救急室で完結できる感染症治療は少なく、ほとんどはかかりつけ医でのフォローをお願いすることになります。その際、フォロー先で困らないように、念のための広域抗菌薬使用は慎みたいところです。

夜間救急室で抗菌薬を要する疾患について考えてみたいと思います

1. 膀胱炎:市中感染での起因菌の多くは大腸菌です。県内地域別のアンチバイオグラム(<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-420a/documents/anti2020chiiki.pdf>)を考慮するとセファレキシンかST合剤が選択されます。通常セファレキシンは1週間、ST合剤は3日間投与を行います。
2. 急性咽頭炎:溶連菌感染性咽頭炎以外で抗菌薬を使うことはないので、成人では処方機会が少ないです。迅速検査が施行できれば、アモキシシリンの投与が推奨されます。施行できない場合で、伝染性単核球症が否定できない場合には、解熱鎮痛薬を処方し、翌日検査ができる診療所に受診していただくのが安全です。ペニシリンアレルギーがある場合には、クリンダマイシンやセファレキシンで代用します。扁桃周囲膿瘍が疑われる場合には、二次救急施設への紹介が必要です。
3. 皮膚・軟部組織感染症:特殊な場合を除き、溶連菌、黄色ブドウ球菌が起因菌ですので、セファレキシンやクリンダマイシンが選択されます。急速な感染巣の拡大や著明な圧痛、

握雪感などから壊死性軟部組織感染症が少しでも疑われる場合には、二次救急施設への搬送をお願いします。動物咬傷ではアモキシシリン・クラバン酸が選択されますが、夜間救急室にない場合には、ペニシリンを十分量投与し、翌日フォローをお願いする方法もあります。外来で対応が可能な外傷の非汚染創では抗菌薬は不要です。軽度汚染創ではセファレキシンで対応が可能です。

他にも多くの疾患があると思いますが、夜間救急室では、管理やコストの問題から 多種の薬剤を採用することができません。また 1 日分の抗菌薬を使用しなければいけない状況も多くはありません。検査ができない状況で広域抗菌薬を使用するよりも、翌日、きちんと検査をして適切な抗菌薬を使用する方がいいと考えることも必要です。

地域により来院される方の背景も異なり、処方可能な日数も異なるかもしれませんが、救急室で用意しておく最低限の抗菌薬の 1 例を示します(表 1)。腎機能がわからない場合が多いので、投与量については注意が必要です。

表 1 夜間救急室における成人用採用抗菌薬の 1 例

	商品名	薬品名	分類
内服	セファレキシン	ケフレックス	第1世代セフェム ペニシリン リンコマイシン ニューキノロン
	サワシリン	アモキシシリン	
	ダラシン	クリンダマイシン	
	クラビット	レボフロキサシン	
点眼	ベストロン点眼	セフメノキシム	第3世代セフェム
塗布	フシジンレオ	フシジン酸ナトリウム	フシジン酸

細菌性結膜炎については、起因菌が年齢によって異なります。一般には眼脂のグラム染色により菌種を推定して、抗菌点眼薬を処方しますが、救急室ではできないところも多いので、代表的菌種を考慮して、処方します。成人では黄色ブドウ球菌、高齢者ではコリネバクテリウムも起因菌となります。緑膿菌、淋菌、クラミジア感染が疑われる場合には、眼科にコンサルトをします。実際にはニューキノロン系の点眼薬が多く使用されていますが、ここではニューキノロン頻用を避けるための 1 例を示しました。

塗布抗菌薬が有効なケースは多くありませんが、ここでもニューキノロン頻用を避け、皮膚感染症の起因菌をカバーできる 1 例を示しました。

来院数の多い救急室では、多種類の抗菌薬を採用することができますが、今回は、二次救急施設のバックアップのもと、検査や処方日数に制限のある救急室での抗菌薬について考えてみました。これで治療をしなければならないというわけではなく、AMR 対策を考慮し最低限対応が可能という選択です。各救急室では、地域に即した採用が行われていると思います。小児については異なる場所ですので、別の機会にお示しをしたいと思います。

- 1) 感染症診療の手引き編集委員会: 感染症診療の手引き 新訂第 4 版 シーニュ 2021
- 2) 岡 秀昭: 感染症プラチナマニュアル Ver.7 2021-2022 メディカル・サイエンス・インターナショナル 2021
- 3) 佐々木香る編: 眼科抗菌薬適正使用マニュアル 三輪書店 2021