

## 【第 48 回セミナー講演および症例提示に関する Q&A】

2018 年 10 月 24 日（水曜日）13:00～16:00

東京ドームホテル 第 2、3 会場（天空センター・サウス）

吉澤定子先生へ

「高齢者肺炎における抗菌薬の misuse / overuse」について：

- 1) 誤嚥性肺炎の症例に関しては緑膿菌が原因菌となっていることは少なく感じますが、抗緑膿菌作用のあるセフェピムの選択は必要でしょうか？

回答：

ご質問ありがとうございます。ご指摘のように、通常診療でよく診る軽症の誤嚥性肺炎の場合は、肺炎球菌や口腔内レンサ球菌、嫌気性菌などを考慮して抗菌薬を選択していただければと思います。起炎菌として、緑膿菌も含めて考慮する必要がある場合は、重症度が高い場合（ADROP で重症以上又は I-ROAD で中等症以上）、又は耐性菌リスクが高い場合で（成人肺炎ガイドライン 2017 p41 表 5 参照）、そのような場合には抗緑膿菌活性のある抗菌薬を選択することが望ましいとされます。

- 2) MRSA 肺炎が疑われる場合は必ず血液培養を採取した方がいいのでしょうか？それとも喀痰培養と画像だけで良いのでしょうか？

回答：

MRSA 肺炎と診断されている病態の中には、しばしば口腔内におけるコロナイゼーションを反映した結果であるにもかかわらず、喀痰培養の結果をもって診断・治療されていることがあります。重要であるのは、適切に検体を採取すること及び喀痰の塗抹所見と培養結果を適切に評価することであり、質の良い検体でブドウ球菌が確認され、食食象が認められた際には意義が高いと考えます。また、気管内採痰等で得られた検体や下気道由来検体から一定基準以上の菌量が観察された場合も意義が高くなります。これらの所見と画像所見、呼吸状態などから総合的に判断することをお勧めします。また、MRSA はしばしば血行性に散布された結果として気道検体より検出されることがあり、血液培養は有用であることがあります。特に、末梢側を中心として散布するような結節影を認める際には、血液培養を採取することを推奨いたします。

高橋聡先生へ

「尿路感染症における抗菌薬の misuse / overuse」について：

- 1) 泌尿器手術前の抗菌薬投与について、尿培養で  $10^3$  CFU/mL の菌量であっても抗菌薬を投与すべきでしょうか？

回答：

一般的には、 $10^3$ CFU/mL 以下では抗菌薬を投与しない施設が多いかもしれません。札幌医大での 2010 年の取り決めでは、 $10^4$ CFU/mL 以上では抗菌薬投与を必須、 $10^3$ CFU/mL 以下で膿尿があれば抗菌薬投与を必須、 $10^3$ CFU/mL 以下で膿尿がなければ術前の抗菌薬投与を不要

としていました。尿路開放手術では、MRSAが検出された場合には菌量にかかわらず抗MRSA薬を投与していました。

## 2) 泌尿器の処置や手術前の培養提出は必須でしょうか？

回答：

基本的には必要であると考えます。ただし、尿路非開放手術では必要がないかもしれません。尿路開放手術では術後の感染症発症と尿培養陽性の関連が指摘されていますので、培養を提出することを推奨します。

松元一明先生へ

「腎機能障害患者の投与設計」について：

### 1) 20 ページ・右下のスライドについて、腎機能別初期投与量とトラフ値の表に初期投与量 mg/kg/日とありますが、mg/kg/回でないでしょうか？

回答：

増田展利ら.TDM 研究 2017;34:132-136 の表 3 を引用しております。単位は mg/kg/日です。また、表には初期投与量と記載されていますが、維持投与量のことです。

### 2) シスタチン C で求めた eGFR をクレアチニンクリアランスと同様に用いても良いでしょうか？

回答：

シスタチン C で求めた eGFR と血清クレアチニンから求めた eGFR は同じなので、クレアチニンクリアランスも同様と考えて頂いて結構です。