

【第 58 回セミナー講演および症例提示に関する Q&A】

2021 年 5 月 7 日（金） 15：00～18：00

パシフィコ横浜 第 1 会場 1F「メインホール」

大毛 宏喜 先生「薬剤耐性菌感染症治療薬開発に向けた産官学連携」について：

- 1) アメリカではすでに国産ができあがっているのでしょうか？10 年遅れで、着手し始めた日本も国産が早く流通することを願います。

回答：

米国も十分ではないと聞いています。バイデン新政権の政策の一つに原材料を海外に依存している医薬品の国産化が含まれていますので、今後進むと思います。日本では塩野義の子会社が、セフェム系抗菌薬の原料を 5 年後までに年間生産能力 50 トンを目標とする計画です。50 トンは 2019 年の国内セフェム系薬の原料の総量に相当するので、フル稼働すれば全量国産化が可能です。また Meiji Seika ファルマは来年春にペニシリン系薬の原料の試験生産を開始予定です。国産化が今後進むことを期待しています。

- 2) L/D の軽度高値で体温が高い（その他のバイタル問題なし）その場合で、MEPM が 14 日間近く投与されていたら菌は基本的に死んでいると考えて、MEPM の終了もしくは De-escalation をしてもいいものなのか？

回答：

L/D (laboratory data?) とは白血球や CRP のことでしょうか。その数値が高値であり、体温が高くても、感染症であるとは限りませんし、ご質問の臨床背景が分かりませんので、回答を控えさせていただきます。

志馬 伸朗 先生「De-escalation を再考する」について：

- 1) 敗血症患者において AKI が生じている症例を多く経験します。その際の抗菌薬の初期投与量は、その時の腎機能に合わせて投与すべきでしょうか？それとも最大投与量を腎機能に関わらず投与すべきでしょうか？

回答：

敗血症患者では水溶性抗菌薬の分布容積が増加している可能性が高く、初回あるいは初日は最大投与量とし、以後の投与間隔（量）は腎機能に応じて調整するのが理にかなっていると思います。

- 2) 新規耐性菌治療薬は温存しようとする心理がはたらきますが。メーカーの利益を損なわないために、臨床が心がける事はありますか？

回答：

希少な患者を救うための超高額な新規薬剤も重要ですが、おおくの患者のコモンの病態を治癒させる古典的薬剤も重要だと思います。どうしても前者のみに比重が置かれることは、科学の発展や企業経営点からは理解できますが、全体的な医療政策とは別次元の課題であると思います。