Aomori Infection Control Network

「愛CONニュース」2014年９月号

暑いですね～．今月もAICON事務局より「愛CONニュース」をお届けします．県内の感染制御に関わる情報，耐性菌および抗菌薬適正などの情報を毎月1回お届けしています．読み物として気軽に目を通して頂ければ幸いです．

暑い夏～食中毒に注意！

7月23日，十和田市内の飲食店を利用後に，4名が腹痛や下痢などの症状を訴え，入院した患者の便からカンピロバクターが検出，食中毒として届けられました．

カンピロバクター食中毒は近年（県内でも）増加しており，主な原因食品又は感染源として，鶏肉や牛レバー等の食肉関連食品，また加熱不足や取扱い不備による二次汚染等が強く示唆されています．カンピロバクター食中毒を予防するためには，

① 食肉の処理に使用したまな板等の調理器具や手指の洗浄消毒を十分に行う．
② 食肉は中心部まで十分に加熱（75℃1分間以上）．特に，若齢者，高齢者等，抵抗力の弱い方は生肉を食べない．
③ 生肉と調理済み食品は別々に冷蔵庫に保管．
④ 焼肉やバーベキューでは，「焼く箸」と「食べる箸」を区別．
⑤ 井戸水や沢水などを飲用する場合は必ず消毒し，未消毒の水は飲まない．

★以上に注意が必要です！

●中東呼吸器症候群（MERS）：続報

7/23 WHOは，MERS確定患者は少なくとも837名，うち死亡者291名と報告しました（5月は635名うち193名死亡）．そしてヒト→ヒトへの飛沫あるいは接触感染を強く疑わせる事例が報告されています．

発生地域は，アラビア半島諸国（サウジアラビア，アラブ首長国連邦，ヨルダン，オマーン，カタール，クウェート，イエメン），ヨーロッパ（イタリア，英国， オランダ，ギリシャ，ドイツ，フランス），アフリカ（エジプト，チュニジア），アジア（フィリピン，マレーシア）及び北米（アメリカ）からも患者報告があります．

●エボラ出血熱：続報

7/24 WHOは，西アフリカ（ギニア，シエラレオネ，リベリア）で流行中の「エボラ出血熱」感染者は1,093名，うち死亡者660名と報告しています．（先月は759人感染，467人が死亡）．しかもその感染者のうち約100人は医療関係者で，うち50人が死亡していると報告しています．患者の血液，分泌物，排泄物や唾液などの飛沫が感染源となります．

★海外渡航歴のある発熱患者を診るときは，マスクはもちろん，必ずゴーグルの着用を！空港や機内にどんな人がいたかはわからないのです！

抗菌薬スチュワートシップへのヒント

前回，経口3世代ｾﾌｪﾑは生物学的利用率（bioavailability），すなわち消化管からの吸収率が非常に悪く，有効血中濃度にほとんど届いていないため，効果は非常に怪しいと述べました．そのため抗菌薬に詳しい医師は感受性はあるとされていても実際の臨床では経口3世代ｾﾌｪﾑにほとんど期待をしないといっても過言ではありません．軽症細菌感染が自然治癒することはいくらでもありますから，これまで治ったからと言って抗菌薬が効いたという経験則にもなりません．使われていたのに（効かなくて）増悪し紹介…という経験の方が真実に近いと思います．そこで経口で（殺菌効果として）本当に有効な抗菌薬を選ぶとすれば，以下のものが勧められています．というか，以下を使いこなせれば十分だと思います．

【生物学的利用率の高い経口抗菌薬と主な適応】

Cunha BA: Antibiotic essentials. Royal Oak, MI; Physicians Press, 2009.

●サワシリン/オーグメンチン：90%
MSSAや溶連菌の第一選択．とくに後者はｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌
腸内細菌（大腸菌やｸﾚﾌﾞｼｴﾗ）にもかなり有効．

●ケフラール：80～93%（文献による）
適応はサワシリンと似る．軽度外傷，EBウイルス感染が否定できない扁桃炎（ﾍﾟﾆｼﾘﾝ系が使えないから）等に．

●クリンダマイシン：90%
G（＋）球菌の嫌気性菌に有効．誤嚥性気管支炎等．

●メトロニダゾール（ｱｽﾞｿﾞｰﾙ，ﾌﾗｼﾞｰﾙ）：100%
腹腔内感染も含めた嫌気性菌に最適．点滴と同等．
移行性もよく膿瘍などもっと多くの場面で使われていい．

●ST合剤（バクタ）：98%
腸内細菌がターゲットならこれで十分．点滴とほぼ同等．
外来での尿路感染症の第一選択．カリニ肺炎の予防にも．

●クラビット：90～99%
嫌気性菌以外なんにでも効いて便利だが，検体をとっておかないと原因菌が不明となる．結核もマスクされる．軽症例（すなわち外来）では安易に使うべきでない．副作用も結構あり，その出現率は実はST合剤とあまり変わらない．

●ミノマイシン：93～95%
異型肺炎や適応の特殊性があるのでそれを狙って処方．

一方，経口カルバペネムはその存在自体が感染症家では疑問視されています．それが必要なくらい重症なら点滴で治療すべきですし，点滴治療後にダメ押し的に処方したとすれば，ターゲットの菌が全く想定できていないというかなり格好悪い処方と言えます．耐性菌が非常につきやすくなるため，患者にとってもメリットが上回るとは思えません．これは点滴治療後のニューキノロンについても同様です．

●ICT川柳

「ダメ押しの　経口カルバ　意義弱し」

★本稿に開示すべき利益相反はありません．
★ご意見・感想・質問はお気軽に下記へご連絡ください．

AICON事務局　齋藤紀先　ningendamono0324@gmail.com