

外来抗菌薬マニュアル(15歳以上の成人)(岡山市どねんしょん*Ver)第1版

本マニュアルに登場する外来診療に必要な内服抗菌薬リスト

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| ①アモキシシリン(サワシリン®) | ②アモキシシリン/クラブラン酸(オーグメンチン®) |
| ③セファレキシン(ケフレックス®) | ④クリンダマイシン(ダラシン®) |
| ⑤クラリスロマイシン(クラリス®) | ⑥アジスロマイシン(ジスロマック®) |
| ⑦ST合剤(ダイフェン®) | ⑧ミノサイクリン(ミノマイシン®) |

※ニューキノロン系抗菌薬の使用は薬剤耐性菌発生リスク等から、使用を控える方針で作成しています。

※ガイドラインを参考に高用量を記載している場合あり、年齢・体重・症状により適宜増減をご検討下さい。

※本マニュアルは外来診療での抗菌薬適正使用を念頭に置いて作成したものであり、症例ごとの個別対応の詳細については各学会ガイドラインを参照ください

第一選択薬として推奨する薬剤は黄色マーカー表記にしています。

気道感染症 → 「鼻汁」「咽頭痛」「咳」のうち、どの症状が最も強い確認する。

①鼻汁・咽頭痛・咳が同等に存在(感冒)

ウイルス感染症が主であり、**発熱の有無に関わらず抗菌薬は不要!**

②鼻汁が強い(副鼻腔炎)

		なし	軽度/少量	中等以上
臨床症状	鼻漏	0	1	2
	顔面痛・前頭部痛	0	1	2
鼻腔症状	鼻汁・後鼻漏	0(漿液性)	2(粘膿性少量)	4(粘液性中等量以上)

軽症:1~3点、中等症:4~6点、重症:7~8点

抗菌薬は不要であることが多い。中等症以上で抗菌薬治療を検討する。

A) **アモキシシリン(1日1500mgを分3)×5~7日間**

再発・重症例の場合は耳鼻咽喉科への紹介を検討する。

③咽頭痛が強い(咽頭炎・扁桃炎)

Centorスコアで治療適応を判断する

点数	症状	判定
+1点	高熱	0-1点:抗菌薬不要 2-3点:GAS迅速検査が陽性なら抗菌薬処方 4-5点:抗菌薬処方
+1点	前頸部リンパ節腫脹	
+1点	扁桃の白苔や腫大	
+1点	咳がない	
+1点	15歳未満	
-1点	45歳以上	

A) **アモキシシリン(1日1000mgを分2)×10日間**

B) ペニシリンアレルギー or EBV感染が否定できないクリンダマイシン(1日900mgを分3)×10日間

類縁疾患に注意:扁桃周囲膿瘍、急性喉頭蓋炎、心筋梗塞、くも膜下出血、頸動脈・椎骨脳底動脈解離

④咳が強い(気管支炎・肺炎)

「体温 38℃以上」「脈拍 100 回/分以上」「呼吸数 24 回/分以上」のいずれかがあれば画像検査を行う。
画像検査で新規陰影なし→気管支炎として基本的に抗菌薬は不要である。

肺炎と診断したら**喀痰培養**を提出し以下を処方する。

●膿性痰がメイン → 細菌性肺炎疑い

A) 若年かつ基礎疾患なし: **アモキシシリン(1日 1500mg を分 3)×5~7 日間**

B) **アモキシシリン(1日 750mg を分 3)+アモキシシリン・クラバン酸(1日 750mgRS を分 3)×5~7 日間**

●「60 歳以下」「基礎疾患なし」「頑固な咳」「ラ音なし」「迅速検査診断法で原因菌が証明されない」「白血球 10000 / μ l 以下」から 4 項目以上

C) 非定型肺炎疑いとして **アジスロマイシン(1日 500mg を分 1)×3 日間**

もしくは **ミノサイクリン(1日 200mg を分 2)×7 日間**

(※1)細菌性肺炎・非定型肺炎の両方が疑われる場合は A)と C)を併用しても良い。

(※2)類縁疾患に注意:心不全、肺塞栓、肺癌、結核、間質性肺炎

ニューキノロンは結核の診断に支障をきたすおそれがあるため、安易な処方避ける。

尿路感染症

① 膀胱炎

以下を処方する。**治療前に尿培養**を提出する。

A) **アモキシシリン・クラバン酸(1日 750mgRS を分 3)×5~7 日間**

B) セファレキシン(1日 1000mg を分 4)×5~7 日間

C) 複雑性膀胱炎(尿路や全身に基礎疾患がある)のみ適応:ST 合剤(1日 4 錠を分 2)×3 日間:妊婦禁忌

② 腎盂腎炎を外来で治療する場合

入院治療が推奨されるが、バイタルサインが安定し、本人の通院治療の希望が強い場合は外来治療を考慮する。ただし超音波検査等で複雑性尿路感染症の有無を確認し、ある場合は入院・ドレナージ等を考慮すること。

血液培養 2 セットと尿培養を採取。必要に応じて、外来でセフトリアキソン(ロセフィン®)2g 点滴を行い、続けて以下のいずれかを処方する。

A) **セファレキシン(1日 2000mg を分 4)**

B) **アモキシシリン(1日 750mg を分 3)+アモキシシリン・クラバン酸 (1日 750mgRS を分 3)**

C) **ESBL 産生菌リスクが高い(施設入所中、保菌者)場合は ST 合剤(1日 4 錠を分 2):妊婦禁忌**

→ 3-5 日後にフォローし、培養結果を元に de-escalation を行う。治療期間は 14 日間。(ST 合剤で治療を完遂する場合は 7 日間に短縮)。

消化管感染症

感染性腸炎

多くの場合において抗菌薬は不要。**中等症以上で上記リスク因子のいずれかを満たす場合に抗菌薬の適応。**

リスク因子:「**血圧低下**」「**悪寒戦慄**など菌血症を疑う」「**脱水、ショック**等入院加療が必要」「**免疫不全状態**」「**合併症リスクあり(50 歳以上、人工血管・人工弁・人工関節)**」「**海外渡航者下痢症**」

その他、高熱を伴う血便も抗菌薬投与を考慮してよい。**抗菌薬を処方する症例では便培養を提出する。**

A) **クラリスロマイシン(1日 400mg を分 2)×3~5 日間**

B) ST 合剤(1日 4 錠を分 2):妊婦禁忌×3~5 日間

C) **レボフロキサシン(クラビット®)(1日 500mg を分 1)×3~5 日間**・・・極力温存すべき抗菌薬であり、A)B)が薬剤アレルギーなどで使用できない場合に限り処方を検討する。

皮膚・軟部組織感染症

丹毒・蜂窩織炎

A) セファレキシン(1日1500mgを分3)

B) クリンダマイシン(1日900mgを分3)

標準的な治療期間は5~6日間。治療への反応が遅い場合、免疫不全の場合には最大14日間まで延長を考慮する。

「多臓器障害を認める(バイタルサインの異常)」「時間単位で進行する」「発赤の程度の割に痛みが強すぎる」のいずれかを認める場合は壊死性筋膜炎を想起し総合医療機関の専門科(皮膚科・整形外科)へ直ちにコンサルト。

腎機能障害時の用量調整

一般名	通常用量	Ccr 10~30ml/min	Ccr 10ml/min 未満 もしくは透析患者
アモキシシリン	1日1500mgを分3	1日1000mgを分2	1日500mgを分1
アモキシシリン・クラバン酸 ※アモキシシリンと同時処方	アモキシシリン 3Cap(750mg)とアモキシシリン・クラバン酸3錠(750mg)を分3	アモキシシリン 2Cap(500mg)とアモキシシリン・クラバン酸2錠(500mgRS)を分2	アモキシシリン 1Cap(250mg)とアモキシシリン・クラバン酸1錠(250mgRS)を分1
セファレキシン	1日1500-2000mgを分3-4	1日1000mgを分2	1日500mgを分1
クリンダマイシン	1日900mgを分3	腎機能による用量調整不要	
アジスロマイシン	1日500mgを分1	腎機能による用量調整不要	
クラリスロマイシン	1日400mgを分2	腎機能による用量調整不要	
ミノマイシン	1日200mgを分2	腎機能による用量調整不要	
ST合剤	1日4錠を分2	1日2錠を分2	投与を推奨しない
レボフロキサシン	1日500mgを分1	Ccr 20~50ml/min:1日250mgを分1 Ccr 20ml/min 未満:250mgを2日に1回 ※いずれの場合も初日のみ500mg	

抗菌薬アレルギーや供給不足による代替薬候補について

- βラクタム系抗菌薬(ペニシリン、セフェム、カルバペネム)アレルギーの場合、アレルギー症状が遅発性かつ軽症であれば他のβラクタム系抗菌薬の使用を検討できる(例:アモキシシリンで軽度の皮疹既往であればセファレキシンを用いる等)。アレルギー症状が即時型であったり、重症型であればβラクタム系抗菌薬を避ける。判断に迷う場合は専門家に相談。
- アレルギー・抗菌薬供給不足時の代替薬については、標的としている微生物を治療できる薬剤の中から選択することになる。各抗菌薬が治療できる微生物の一覧(抗菌スペクトラム)は、下記QRコードより岡山市立市民病院の抗菌薬スペクトラム表を参照のこと。



[参考資料]

- 岡山市におけるアンチバイオグラム
- 厚生労働省:抗微生物薬適正使用の手引き 第3版
- 日本感染症学会・日本化学療法学会:JAID/JSC 感染症治療ガイド 2023
- 日本呼吸器学会:呼吸器学会の肺炎ガイドライン
- 各抗菌薬の添付文書
- サンフォード感染症治療ガイド 2024
- UpToDate

[執筆協力者(敬称略 50 音順)]

- 上原慎也(川崎医科大学総合医療センター・泌尿器科)
- 梶田志保(岡山市立市民病院・抗菌薬適正使用支援チーム)
- 兒玉とも江(岡山市保健所・感染対策課)
- 齋藤崇(国立病院機構 岡山医療センター・感染症内科)
- 杉村悟(岡山協立病院・呼吸器内科)
- 萩谷英大(岡山大学病院・感染症内科)
- 山田晴士(岡山市立市民病院・感染症内科)

[作成者]

岡山市感染症対策地域連絡会

(地域の感染症対応力の向上を目指し、岡山市内の感染対策向上加算1届出医療機関(9か所)と岡山市保健所で開催している連絡会。

*愛称「どねんしよん」)

[編集後記]

薬剤耐性菌対策として抗菌薬の適正使用が大切だと昨今言われているものの、具体的に抗菌薬をどのように使えばよいか、とても難しいものです。抗菌薬の乱用は薬剤耐性菌を増やすことで地域の問題を促進することになりますが、逆に極端な使用控えは目の前の患者にとって不利益となり得ます。

本マニュアルは地域に住む人々の感染症を的確に治療することと、地域で問題になっている薬剤耐性菌問題を解消するという、2点の両立を狙い作成いたしました。感染症診療と向き合っている方々の一助になれば大変嬉しく思います。

山田晴士

「岡山市内の耐性菌状況を少しでもよくしたい！」という思いでこの抗菌薬マニュアルを作成しました。

薬剤耐性菌問題はこの岡山県内でも喫緊の課題です。岡山県内の医療機関での耐性菌検出は全国の中でも多い状況が続いており、地域全体で耐性菌対策に取り組むことが重要となります。

地域の抗菌薬の感受性の状況をふまえ、岡山市感染症対策連絡会のメンバーの感染症専門家を中心に作成しました。本マニュアルが医療機関の皆様の抗菌薬使用の参考となれば幸いです。

岡山市保健所感染症対策課

第1版 2025年2月25日