

ひめマニユ

本手引きは薬剤耐性(AMR)対策を姫路の地域レベルで推進するために作成したものです。手引きの内容には、平成26年9月から平成30年3月までの3年半で行った当センターにおける**処方現状調査結果**を示し、不必要処方や不適正処方の可能性を探究します。また、平成29年に作成された抗微生物薬適正使用の手引きから出務される先生方に知って頂きたい内容も列挙します。

I. 急性気道感染症

現状：姫路市休日・夜間急病センターでは、小児の受診者のうち54%が急性気道感染症（感冒、急性鼻副鼻腔炎、急性咽頭炎、急性気管支炎などの病名）と診断されている。このうち17%に抗菌薬が処方されており、その内訳は70%が第3世代セフェム系薬であった。溶連菌感染症の45%に第3世代セフェム系薬が処方されていた。

I-1. 感冒・急性鼻副鼻腔炎

感冒・急性鼻副鼻腔炎に対しては抗菌薬は必要ないことが指摘されている。

ウイルス感染症の経過中に、細菌感染症合併を予防する目的の抗菌薬投与は、複数の無作為化比較試験で効果がないことが示されている。

小児の急性鼻副鼻腔炎では、以下のいずれかに当てはまる場合は抗菌薬投与を検討する。

1. 10日間以上続く鼻汁・後鼻漏や日中の咳を認めるもの
2. 39℃以上の発熱と膿性鼻汁が少なくとも3日以上続き重症感があるもの
3. 感冒に引き続き、1週間後に再度の発熱や日中の鼻汁・咳の増悪が見られるもの

処方例：サワシリン(アモキシシリン) 20~40mg/kg/日, 分3 (7-10日間)*1

対症療法：発熱、咽頭痛に対しては適宜、アセトアミノフェンなどの解熱剤を使用する。抗ヒスタミン薬は感冒には無効である。脱水にならないように経口補液を指導する。

I-2. 急性咽頭炎

急性咽頭炎の多くはウイルス性で抗菌薬の適応ではない。抗菌薬投与対象となるのはA群溶連菌(GAS)による咽頭炎のみで、その治療は原則としてアモキシシリンで行う。**診察でGAS咽頭炎が強く疑われ、かつ迅速抗原検査が陽性であった場合に抗菌薬投与を行う。**

処方例：サワシリン(アモキシシリン) 30~50mg/kg/日, 分2-3 (10日間)*1

咽頭痛を訴える小児の診療に際しては以下の危険な徴候=**Red Flag**に注意し、いずれかが認められる場合は後送病院への転送を検討する。

Red Flag 急激な全身状態の悪化、喘鳴、嗅ぐ姿勢(sniffing position)、流涎
開口障害、嘔声、呼吸困難

*1. ペニシリンアレルギーがある場合はセフェム系薬の処方を検討

I-3. クループ症候群

パラインフルエンザウイルスを主体としたウイルスが原因となり、**抗菌薬投与は不要である。**急性喉頭蓋炎が少しでも疑われた場合は速やかに後送病院に転送する。

I-4. 急性気管支炎

咳嗽を主症状とする下気道の炎症で、**多くはウイルス性で自然軽快するため原則として抗菌薬投与は不要**。臨床的に細菌性肺炎・マイコプラズマなどの非定型肺炎、百日咳が疑われる場合は除外診断のために検査を行い、抗菌薬処方を検討する。

処方例：	
細菌性肺炎	サワシリン（アモキシシリン） 60~90mg/kg/日, 分3（5-7日間）
マイコプラズマ肺炎	エリスロシン（エリスロマイシン） 25~50mg/kg/日, 分4-6（14日間） クラリス（クラリスロマイシン） 10~15mg/kg/日, 分2-3（10日間）
百日咳	エリスロシン（エリスロマイシン） 25~50mg/kg/日, 分4（14日間） クラリス（クラリスロマイシン） 10~15mg/kg/日, 分2（7日間）

I-5. 急性細気管支炎

2歳未満の小児では鼻汁、鼻閉に引き続き、咳・呼気性喘鳴や努力呼吸を呈するウイルス感染症が多い。**急性細気管支炎に対して抗菌薬は不要である**。

原因微生物としてRSウイルスがもっとも重要であり、乳児期早期や未熟児、先天性心疾患・慢性肺疾患・免疫不全症の児では重症化のリスクが高く、後送病院への転送を積極的に考慮する。

II. 急性下痢症

現状：姫路市休日・夜間急病センターでは、小児の受診者のうち24%に胃腸炎、腸炎、嘔吐症、下痢症の病名がついていた。このうち5%に抗菌薬が処方されており、その内訳は第3世代セフェム系薬が56%、ホスホマイシンが33%であった。

小児の急性下痢症では原因診断より緊急度の判断が重要である。すなわち、原因よりも脱水の程度の評価と介入が優先される。ほとんどがウイルスに起因することから、ウイルス性腸炎と診断した場合、抗菌薬は無効である。**ウイルス性腸炎に対して抗菌薬は処方しない**。

細菌性腸炎と診断しても重症例以外は抗菌薬は不要である。細菌性腸炎を疑い、抗菌薬を処方する場合は必ず便培養を提出する。

処方例：経口補水療法や経静脈的輸液、プロバイオティクス、抗菌薬の不使用

消化器症状が主訴の小児の診療に際して、以下のRed Flagに注意。いずれかが認められる場合は後送病院への転送を検討する。特に低年齢児は注意。

Red Flag 経口補水不能、高度の脱水、激しい腹痛・嘔吐、高熱、血便、中枢神経症状

III. 急性中耳炎

現状：姫路市休日・夜間急病センターでは、小児の受診者のうち5%に中耳炎の病名がついていたが、このうち70%に抗菌薬が処方されていた。その内訳はペニシリン系が27%に対して、第3世代セフェム系薬は63%であった。カルバペネム系が6%に処方されていた。

小児急性中耳炎診療ガイドラインには状況に応じて第3世代セフェム系薬・カルバペネム系薬の使用に関して推奨薬として明記されているものの、急病センターのセッティングでは軽症例に対しては無治療経過観察、中等症以上にはアモキシシリン高用量での治療開始で十分である。

処方例： 軽症 抗菌薬非投与で翌日の近医受診を指示
中等症以上 サワシリン（アモキシシリン） 90mg/kg/日（分3）
ただし1回500mg, 1日3回1,500mgを最大投与量とする
すでにアモキシシリンで治療開始されている場合
・常用量であれば上記のアモキシシリン高用量に変更する
・クラバモックス（アモキシシリン/クラブラン酸） 60~90mg/kg/日（分2）

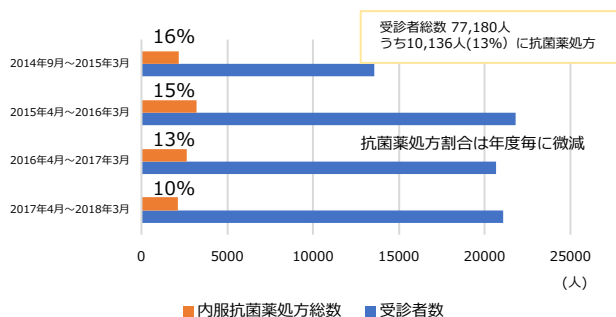
IV. 付録1：AMR問題とアクションプラン

- ・薬剤耐性(AMR)に起因する死亡者数：2013年には年間70万人
- ・今後何も対策を取らない場合、2050年には1,000万人が死亡すると言われる
- ・AMRアクションプランの成果指標
抗微生物薬の使用量を2020年に2013年の水準の3分の2に減少させる
経口セファロスポリン・キノロン・マクロライド系薬の使用量を50%削減する

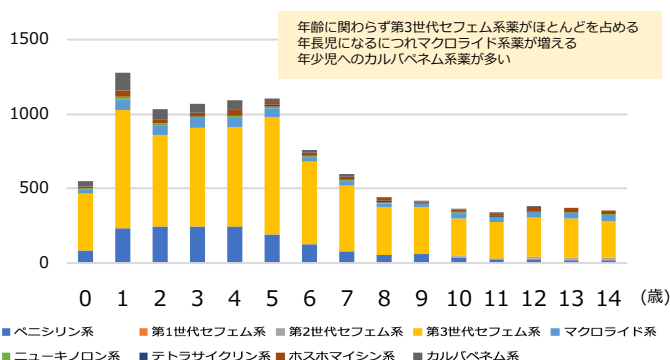
V. 付録2：姫路市休日・夜間急病センターにおける小児への抗菌薬処方現状

2014年9月～2018年3月に受診の15歳未満の患者を対象にした調査

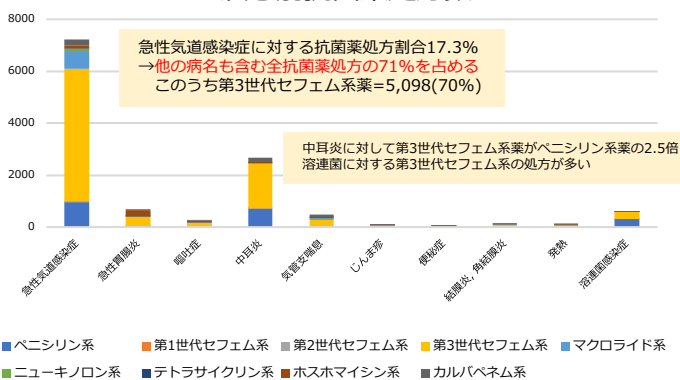
年度毎の受診者数と内服抗菌薬処方数



年齢別抗菌薬処方数



疾患別抗菌薬処方数



参考文献：

- ・抗微生物薬適正使用の手引き第1版
- ・小児呼吸器感染症診療ガイドライン2017
- ・肺炎マイコプラズマ肺炎に対する治療方針
- ・ネルソン小児感染症治療ガイド

参照：

- ・AMR臨床リファレンスセンターのHP
→啓発用ツールやポスターなどが無料ダウンロード可能

編集後記

・私たち医師はいつでもすべての患者さんの速やかな回復を願って診療しています。抗生物質（抗菌薬）の良く効く細菌による感染症の場合にはもちろん抗生物質（抗菌薬）を飲んでもらいます。そのような感染症を見逃さないように慎重に診察を行います。この手引きは抗生物質（抗菌薬）を使わないためのものではありません。抗生物質（抗菌薬）が必要かどうかを見極めるためのものです。

・私たちはこの手引きを使って慎重に診察することで、抗生物質（抗菌薬）が必要な感染症か不要かをできる限り区別し、抗生物質の使用を減らそうとしています。私たちはこの手引きの内容に従って入念に慎重に診察を行い、投与すべきではないと判断した場合には抗生物質（抗菌薬）を処方しません。

・この思いを皆様と共有し、適正使用を意識することから始めます。これが契機となり、より良い医療の未来像を描いてゆければと考えます。同時に、この手引きは決して医師の裁量を制限するものではありませんし、そうあってはいけないことをここで確認します。

・本手引きでは、基礎疾患のない、学童期以上の小児を対象とした内容を基にしており、新生児や乳幼児のような特殊な病態では一定の配慮が必要であると考えます。

・疾患についてはマニュアル化した内容ですので、各疾患の詳細は成書をご参照ください。
(姫路市医師会救急・災害医療委員会)