



生きる喜びを、もっと
Do more, feel better, live longer

● No.19 2009年12月21日

● infection ● journal

発行：グラクソ・スミスクライン株式会社
製作・編集：株式会社メディカルトリビューン

ランチョンセミナー6

「傾向と対策：小児上気道感染症」

感染症診療の基本は、まずウイルス感染と細菌感染の鑑別であるが、実際には両者の区別がつかないまま抗菌薬治療が行われていることがある。

抗菌薬治療を行う際には、治療の目標をよく理解し、ウイルス感染と細菌感染の鑑別を意識しながら、自然治癒の可能性や重症度の分類を評価したうえで適正な薬剤を選択すべきであり、同時に、抗菌薬に頼らない治療方法の模索も必要である。

第19回日本耳科学会総会・学術講演会では、「傾向と対策：小児上気道感染症」と題したランチョンセミナーが開催され、小児の急性中耳炎、急性鼻・副鼻腔炎、急性咽頭・扁桃炎の診療のコツが紹介された。



【司会】
千葉県立保健医療大学
健康科学部栄養学科教授
工藤典代氏

ればより効果的である。反復性中耳炎や、鼓膜切開にも抵抗性の遷延性中耳炎には、鼓膜換気チューブ留置が適応となるが、小児の小さな鼓膜には、鼓室内フランジが小さく、外来での挿入が容易な短期留置型チューブがふさわしい。

「小児急性中耳炎診療ガイドライン」の考え方をほかの上気道感染症にも応用

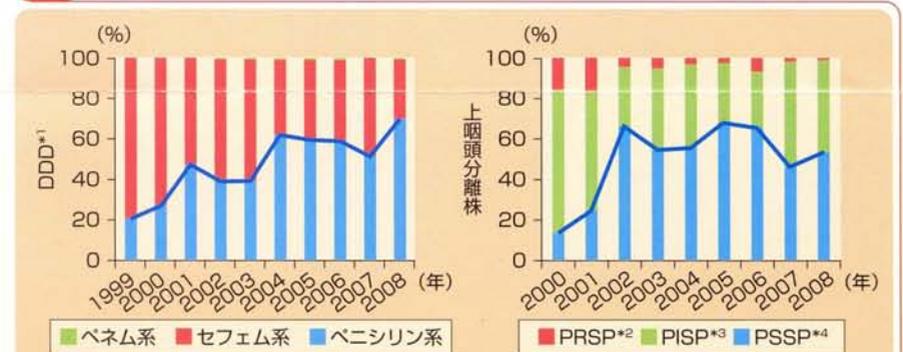
林氏らは北海道根室市において2001年から現在の小児急性中耳炎診療ガイドラインに近い急性中耳炎治療を実施しているが、その結果、βラクタム系薬のうちセフェム系の使用率が減少し、それに追従するようにペニシリン感受性肺炎球菌の分離率が上昇している(図)。ただし、それも60%程度で頭打ちとなっているほか、インフルエンザ菌についてはβ-ラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性インフルエンザ菌(BLNAR)がむしろ増加した一面もあり、さらに治療戦略を発展させる必要性も示唆される。

一方、「小児急性中耳炎診療ガイドライン」の考え方をほかの上気道感染症に応用して、さらなる抗菌薬使用の適正化を図ることも重要だと同氏は指摘する。小児急性鼻・副鼻腔炎は症状や所見、X線画像をもってしてもウイルス性と細菌性の鑑別が容易ではない。膿性鼻汁を伴う急性中耳炎の既往がある場合には、4~5日以上持続する膿性鼻汁で細菌性と判断してもよいのではないかというのが同氏らの提案である。小児急性鼻・副鼻腔炎の3大起炎菌(肺炎球菌、インフルエンザ菌、モラクセラ・カタラーリス)は急性中耳炎と同じであることから、治療も同様にAMPCを中心とした抗菌薬選択が推奨される。慢性副鼻腔炎と判断してのクラリスロマイシン [CAM]投与が時に見受けられるが、小児では感冒に続発して急性鼻・副鼻腔炎を繰り返す反復性炎症が多いという。

急性咽頭・扁桃炎ではA群β溶連菌が抗菌薬治療の対象となる。これはA群β溶連菌が強い炎症を引き起こし、頻度は低いものの感染後にリウマチ熱を発症して心内膜炎から弁膜症に至るケースや糸球体腎炎を発症するケースがあるためである。発熱や頸部リンパ節腫脹があり、咳がない場合には扁桃および軟口蓋の所見からA群β溶連菌感染を疑い、迅速診断キットや培養検査で陽性であれば、AMPCの10日間投与が適応となる。AMPC耐性のA群β溶連菌はいまだ存在しない。

抗菌薬治療に関しては、急性中耳炎、急性鼻・副鼻腔炎、急性咽頭・扁桃炎のいずれに対してもペニシリン系抗菌薬が第一選択である(表2)。同氏は最後に、「ペニシリンは古い薬であるが、本物は長く残る。ペニシリンが第一選択であることを頭に入れて診療を進めていくことが重要だ」と述べた。

図 根室市立病院における小児のβラクタム系経口抗菌薬の使用状況と耐性菌



*1 defined daily doses : WHOが個々の薬剤ごとに定めた「成人の標準1日量」を1単位として集計した病院全体の1日使用量
*2 ペニシリン耐性肺炎球菌 *3 ペニシリン中等度耐性肺炎球菌 *4 ペニシリン感受性肺炎球菌

(林達哉氏提供)

感染症診療の基本に立ち返り、
確実に治療効果を上げる

【演者】旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座准教授 林達哉氏

急性中耳炎における鼓膜切開は耳鼻科医の専門性を生かす重要な手技

急性中耳炎に関しては、近年の難治化を背景として、2006年に「小児急性中耳炎診療ガイドライン」が発表された。スコアを用いて重症度を分類し、それに応じた治療法を提示して、抗菌薬の適正使用を目指した同ガイドラインの功績は大きく、上気道炎の重要な起炎菌の1つである肺炎球菌の薬剤耐性率の低下に貢献したと推測される。初版発行後の起炎菌の変化や新たなエビデンスを踏まえ、改訂第2版として2009年版も発行されている。

林氏によると、同ガイドラインの重症度分類では鼓膜の膨隆や耳漏が大きな重みを持っており、一般的に鼓膜所見から受ける重症度の印象と一致している。軽症例に対しては、すぐに抗菌薬を投与せず3日間経過観察するとしているが、これはウイルス性の急性中耳炎に軽症例が多く、ウイルス感染例に対して無意味な抗菌薬投与を避けるためでもある。3日経過後に改善がなければ、細菌性と判断して抗菌薬治療を開始する。抗菌薬の基本はアモキシシリン [AMPC] であり、軽症や中等症では常用量の5日間投与から開始し、重症ではAMPC高用量かクラブラン酸/アモキシシリン (1:14製剤) [CVA/AMPC (1:14製剤)]、またはセフトレキシドピボキシル [CDTR-PI] 高用量の5日間投与から開始する。

高度の鼓膜所見がある中等症以上に対しては、鼓膜切開と耳漏の細菌検査が推奨されているが、鼓膜切開のエビデンスはまだ十分に整っていない。しかし、その有用性は経験上明らかであり、同氏も鼓膜切開を耳鼻科医の専門性が生かされる重要な手技と位置付けて、実施を推奨する(表1)。ちなみに、急性炎症に麻酔は効きにくいとされているが、その程度は不明であり、保護者の安心のためにも、同氏らは鼓膜切開時に麻酔を施行しているという。

また、抗菌効果や抗炎症効果を狙った点耳薬の使用は、鼓膜切開後の痂皮を予防し、鼓膜所見の観察を容易にする意味でも推奨される。さらに、切開翌日に温生食で洗浄す

表1 鼓膜切開の目的

◆ 耳痛、不機嫌	} 速やかな臨床症状の改善
◆ 持続する発熱	
◆ 抗菌薬の効果を補う	} 速やかな鼓膜所見の改善
・ 高度の鼓膜膨隆	
・ 両側性	
・ 不十分な自然排膿	} 難治例のコントロール
◆ 反復例や遷延例	

(宇野芳史: JOHNS 24: 43-47, 2008 より一部改変)

表2 急性咽頭・扁桃炎の抗菌薬治療

◆ 抗菌薬の必要性
・ 細菌性とウイルス性の鑑別
・ 自然治癒の可能性
◆ 第一選択抗菌薬はアモキシシリン
・ 耐性菌は存在しない
・ 十分な量を必要十分な期間
・ 服薬コンプライアンスにも気配り
◆ 抗菌薬以外の治療オプション
・ 痛みは消炎鎮痛薬

(林達哉: 口腔・咽喉科 in press)