

マクロライドの乱用を避けなければ

私たちが一番よく診療しているのは風邪症候群です。風邪の原因は90%がウイルスと考えられています。しかし、風邪に抗菌薬が処方されることは多いです。風邪に抗菌薬が必要でしょうか？専門家の間でも両論あります。「抗菌薬を出すべきではない」論の根拠は、「風邪の原因は9割ウイルスだから」です。「出すべき」論の論拠は「一部の風邪は細菌が原因のこともあるのだから」です¹⁾。実際、1～3週間持続する咳で、単なるウイルス感染か、非定型感染症であるマイコプラズマ、肺炎クラミジア、百日咳を（これらは臨床所見が似ています）臨床診断することは難しく、可能性診断でマクロライド系抗生剤を処方（いずれの疾患にも有効です）することも多々あります²⁾。しかし、日本ではマクロライドが過剰に処方されていると以前より指摘されており、そのせいでマイコプラズマもマクロライド耐性がかかなり進んでいるのは事実です¹⁾。現在小児においてはマイコプラズマのマクロライド耐性は89.5%と報告されています³⁾。風邪だろうと思いながらマクロライドを処方するのはマイコプラズマなどの非定型感染かもしれないという診断上の理由と、マクロライドがアレルギーなどの副作用が少ないからという理由があります。しかし、風邪症候群で抗菌薬の適応と考えた場合、選択する抗菌薬はペニシリンです⁴⁾。その理由は風邪症候群のなかで細菌が原因となる場合、大半が連鎖球菌もしくは肺炎球菌と考えられるからです^{5) 6)}。2012年にアメリカ感染症学会（IDSA）でも細菌性咽頭炎の診療ガイドラインで細菌性咽頭炎はペニシリンで治療するよう推奨しています。また、セファロスポリンを使わぬようにも推奨もしています。これは耐性菌を増やさないよう勧告したものです。咽頭炎を起こすA群溶連菌は100%ペニシリンで有効です。また2008年CLSI（Clinical Laboratory Standards Institute）は、いままで「耐性」と判定していた肺炎球菌の殆どをペニシリン感受性菌と定義しなおし、アメリカ感染症学会はほとんどの肺炎球菌による肺炎は、ペニシリンで治療可能と報告しています¹⁾。一方、A群溶連菌は30%程度にマクロライド耐性であり、肺炎球菌に至っては70～80%がマクロライド耐性と言われています⁸⁾。つまり細菌性の上気道炎～風邪症候群にマクロライドを処方しても効かない可能性が高いと予想されます。

では、どのような症例に抗菌薬を処方すれば良いのでしょうか？日本呼吸器学会のガイドラインでは以下のような症例に抗菌薬の適応としています⁴⁾。

- ① 高熱の持続（3日間以上）
- ② 膿性の喀痰・鼻汁
- ③ 扁桃肥大と膿栓・白苔付着
- ④ 中耳炎・副鼻腔炎の合併
- ⑤ 強い炎症反応（白血球増多、CRP陽性、血沈亢進）
- ⑥ ハイリスクの患者

このような症例に薬剤アレルギーの既往や伝染性単核球症（発疹が出やすい）を否定し

たのちにペニシリンの投薬を考慮すべきでしょう。

ではどのような症例にマクロライドを投与すべきでしょうか？

非定型病原体（マイコプラズマ、肺炎クラミジア、百日咳）が流行している、2週間以上持続する咳嗽、痰がでない強い咳嗽、青年～若年成人、理学的所見に乏しい、などの特徴を有する症例に投与を考慮すべきでしょう。

安易な風邪症候群に対するマクロライド系抗菌剤の投与は無効であるだけでなく、多くの微生物に耐性を誘導するため厳に慎むべきであると思われます。

平成28年4月1日

参考文献

- 1) 岩田 健太郎：臨床現場で役に立つ抗菌薬の使い方．日内会誌 2013；102；694－698．
- 2) 百日咳は血清診断すべきか？
<http://www.nobuokakai.ecnet.jp/nakagawa115.pdf>
- 3) 河野 茂ら：成人肺炎マイコプラズマ感染症に対するクラリスロマイシンの有効性の検討．日呼吸誌 2016；5；64－70．
- 4) 山本 善裕：感染症診療の最近の話題—急性気道感染症を中心に—．日内会誌 2016；105；511－514．
- 5) 岸田 直樹：急性上気道炎の治療．内科．2012；110；542－545．
- 6) 脇坂 達郎：咽頭炎の診療．内科．2012；110；546－550．
- 7) 伊藤 愛美ら：血液培養由来β 溶血性レンサ球菌検出率と感受性の年次推移．医学検査 2014；63；236－240．
- 8) 舘田 一博：市中で広がる耐性菌．日内会誌 2015；104；572－579．