

今月の視点

いわゆる“かぜ”の診療について考えてみよう ～抗菌薬の適正な使用を含めて～

理事 河村 一郎

昔から「かぜは万病のもと」と言われてきた。感冒、上気道炎などが同義語と考えられるが、以前は、熱が出れば「はい、かぜですね。かぜぐすり出しておきましょう」と言って、抗菌薬、鎮咳薬、抗ヒスタミン剤、去痰剤、PL顆粒®などを処方していた。抗菌薬はこれまで、さまざまな細菌感染症に対して多大な効果を挙げてきたが、下痢、アレルギー、低カルニチン血症など副作用もあり、善玉大腸菌を殺菌することにより腸内細菌叢を攪乱させ、炎症性腸疾患、肥満、アレルギー疾患など種々の疾患の発生にも関係しているのではないかとわれ、近年、耐性菌の増加も全世界的な問題になるようになった。不適正な抗菌薬の使用に対して、このまま対策が講じられなければ、2050年には全世界で年間1,000万人の人が薬剤耐性菌で死亡することが推定されている。今の段階で限りある資源である抗菌薬を適正に使用することで、そのような事態を回避することが重要であるとされている。

そこで、2015年に開催された世界保健総会では、薬剤耐性対策に関するグローバルアクションプランが採択され、それを受けて日本でも2016年に薬剤耐性（以下、「AMR」：Antimicrobial Resistance）対策アクションプランを策定し、2017年6月には厚生労働省から『抗微生物薬適正使用の手引き 第一版』が発行されている。2018年度の診療報酬改定では小児で抗菌薬適正使用支援加算が追加され、急性上気道感染症、急性下痢症で受診した小児で初診に限りだが、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要

でない説明などの指導を行った場合に算定できるようになった。これもAMR対策の一環であると思われる。

また、日本では諸外国に比べ、経口の第3世代セファロスポリン系抗菌薬、フルオロキノロン系抗菌薬、マクロライド系抗菌薬の使用量が多いことが指摘されているが(図)、これらの広域スペクトルの抗菌薬は耐性菌を生み出しやすく、そういったことも問題であると言われている。セファロスポリン系のピボキシル基の付いている抗菌薬は長期に漫然と投与すると、低カルニチン血症から低血糖、けいれんなどを起こすこともある。2000年に入り、2003年に日本呼吸器学会から「成人気道感染症診療の基本的な考え方」、2004年に日本小児呼吸器学会／日本小児感染症学会から「小児呼吸器感染症診療ガイドライン」、2005年には日本外来小児科学会抗菌薬適正使用ワーキンググループから「小児上気道炎および関連疾患に対する抗菌薬使用ガイドライン—私たちの提案—」と、日本でも抗菌薬適正使用に向けた診療ガイドラインが発表された。これらの基本的な方針は同様のものと考えられる。いわゆるかぜは、ほとんどがウイルスのため抗菌薬を使用しない。可能な限り、狭域スペクトルの抗菌薬を使用するというものである。

日本外来小児科学会のワーキンググループが提案した基本方針では、

- 1) ウイルス疾患には抗菌薬は投与しない。また二次感染予防のための抗菌薬投与も行わない。
- 2) 細菌感染の関与が疑われても、重篤な合併症のリスクが低く自然治癒が期待できる場合には抗

菌薬は使用しない。

3) 細菌感染の証拠があり、抗菌薬による治療の有効性が認められている場合には抗菌薬を使用する。

4) 発熱があり、検査所見 (WBC, CRP) などで重症細菌感染症のリスクが高いと判断された場合には抗菌薬の使用は認められる。

5) 細菌性疾患に経口抗菌薬を使う場合は、可能な限り狭域スペクトルの抗菌薬を第一選択薬とする。となっている。

厚生労働省の手引きでも、感冒、軽症の急性副鼻腔炎、迅速抗原検査又は培養検査で A 群 β 溶血性連鎖球菌が検出されていない急性咽頭炎、慢性呼吸器疾患等の基礎疾患や合併症のない成人の気管支炎に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨するとなっている。また、患者への説明で重要な要素として、患者の心配事や期待することを引き出す、抗菌薬についての意見を積極的に尋ねる、抗菌薬に関する正しい情報を提供する、注意すべき症状やどのような時に再受診するべきかについて具体的な指示を行うとある。

また、咳止めとして使用される中枢性鎮咳薬や鼻水止めとして使用される第一世代抗ヒスタミン剤についても近年、有効性に疑問の声が挙がっている。中枢性鎮咳薬は痰を出しづらくなり、

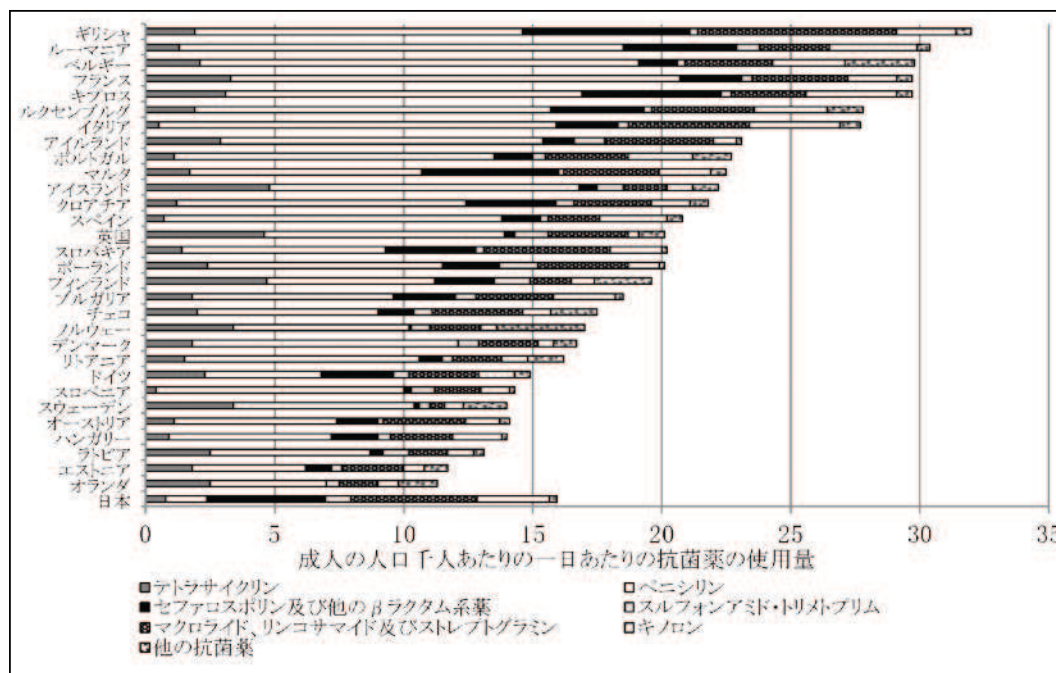
かぜの回復を遅らせるという意見もあり、海外に引き続き、コデインを含む鎮咳薬は呼吸抑制の危険性もあるので 12 歳未満には使用しないようになっている。第一世代抗ヒスタミン剤は抗コリン作用があり痰を粘調にするため、気管支喘息の発作時には禁忌、脳への移行性があり、一部の抗ヒスタミン剤は熱性痙攣を誘発する可能性もあるとされている。PL 顆粒®もサリチルアミドを含むため脳症を引き起こす可能性もあるということで、小児ではほとんど使用されなくなった。

いわゆるかぜは、1 ~ 2 週間経てば自然に治る病気であり、かぜぐすりで治るものではない。ゆっくりと休むことが重要と考えられる。かぜの診療について少し考え直してみるのはいかがであろうか。

参考文献

- 1) 厚生労働省健康局結核感染症課編：抗微生物薬適正使用の手引き 第一版、厚生労働省健康局結核感染症課；2017.
- 2) 草刈 章 他；小児上気道炎および関連疾患に対する抗菌薬使用ガイドラインー私たちの提案一。外来小児科 2005；8：146-173.

図 欧州及び日本における抗菌薬使用量の国際比較



厚生労働省 「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン」 (2016 - 2020) より引用