単純性膀胱炎の治療法

東邦大学看護学部感染制御学教授
小　林　寅　喆
（聞き手　山内俊一）

単純性膀胱炎の治療、特に抗菌薬の服用期間についてご教示ください。
＜兵庫県開業医＞

山内　膀胱炎、尿路感染症とは、単純なのでしょうけれども、なかなか広い、深い領域でもあるかと思います。これを例に挙げながら、抗菌薬の使い方というかたちで教えてください。通常よくガイドライン等々ではスペクトラム表がいっぱい出てきます。それにのっとったらいいと言えばそれまでかもしれませんが、一見するとたくさん出てくるので、どれでもいいような印象も持ちます。その中のどれを選ぶのがベスト、ないしベターかといったあたりから教えていただけますか。まず一般的に尿路感染症を見たら何をなすべきでしょう。

小林　尿路感染症という、感染症を診断する以上、起炎性のある微生物をきちんと探しておく。要するに、起炎菌、炎症を起こしている菌は何なのか。それに効力があるような抗菌薬を選択するのが基本です。

ただ、その検査結果はすぐ出ませんので、いわゆる経験的治療、empiric therapyをして、ある程度それで様子を見ながら、その返ってきた検査結果を見比べて、効果があれば、こういう理由だと。治療が長引くようであれば、そこには耐性菌などという問題が隠れていることを判断して、抗菌薬を選択していくことだと思います。

山内　一度使い始めてしまったら、効かない抗菌薬だったとしても、あとから実際の微生物検査をやっても、いい結果が出てこないとか、わからなくなってしまうことはあるのでしょうか。

小林　一度でも薬剤が体内に入ってしまうと、検査する過程において菌が発育しにくくなってきてしまう。そうすると偽陰性ということで、一見、陰性化しているような結果になりますが、

ただ、膀胱の中としては菌が残っている状態が続いてしまうことが起こりうるのです。

山内　必ず最初は微生物検査、その日に結果が出てこないとしても、とりあえず、まずオーダーはしておく。

小林　それは感染症診断に対する基本中の基本です。

山内　ついつい我々、empiric therapyというか、ぽっと出しがちですけれども、非常に大事なステップなわけですね。

小林　はい。

山内　実際にいろいろなデータが返ってきたときに、複数以上の薬剤で感受性がありますという答えが返ってくることが多いのですが、この場合、さらにその中から絞り込みをするときにはどういったものに注意したらよいでしょうか。

小林　単純性の膀胱炎であれば、基本的に移行濃度は高いと思いますので、尿路移行性のいいもので、かつ経済的に安いということで選んでよいと思います。

山内　一般論として、多くの抗菌薬は尿路系に排泄されるとみてよいでしょうか。

小林　そうですね。尿中濃度は基本的には高くなってくる。したがいまして、ある程度の濃度であれば、その菌に対する効果は期待できると思います。

山内　どの抗菌薬を第一選択薬にするかというガイドライン的なものには、ペニシリン系経口薬の特にAMPCなどがよく挙げられているのですけれども、実際に実地医家からすると、ペニシリンアレルギー問題があって、どうも使用に抵抗があると思われますが、このあたりはいかがでしょう。

小林　アレルギーがある以上は使いにくい。例えば、尿路といえども使いにくいと思いますので、そういう可能性がある場合には代用薬、今では経口薬であればキノロン系の抗菌薬なども使われていますので、それをきちんと短い間で使っていくことです。

先生によっては、セファロスポリン系薬などが使えるという経験があるようであれば、そういう選択肢も残っていると思います。ただ、同じβラクタム系なので、そこは多少注意していく必要があるとよくいわれています。

山内　セフェム系はちょっと落ちるといいますか、キノロン系の次ぐらいのチョイスになると考えてよいでしょうか。

小林　そうですね。使い方としてはそう考えてもいいと思います。

山内　実際に外来で薬のアレルギーを完全に把握することは不可能に近いので、そういった意味ではキノロン系はなかなかいい薬という話でしたけれども、一方で最近はよくキノロン系に対する耐性菌が非常に増えているという話も耳にするのですが、いかがなの

でしょう。

小林　おっしゃるとおり、確かに腸内細菌を中心にキノロン耐性菌が多いのは事実です。しかし、いわゆる単純性膀胱炎ですので、ある程度の濃度があれば、キノロンの感受性が多少劣っていても効果は期待できるので、そこら辺は濃度移行を考えて、通常の投与量である程度やってみるのであれば特に問題はないと思います。

山内　時々話に出ますが、耐性菌になっていても、抗菌薬の濃度が高ければ、要するに投与量が多ければ意外に効くというのは本当なのでしょうか。

小林　かなりの濃度がいきますので、そういう意味では先生方がおっしゃっていることも事実であると考えられます。

山内　ただ、尿路系に関しては常用量ぐらいでだいたい大丈夫と考えてよいのですね。尿路系、特に単純性膀胱炎では。

小林　複雑性とか基礎疾患とか、そういうことをあまり気にすることではないので、ある程度の濃度が期待できる範囲で治療ができると考えていいと思います。

山内　抗菌薬の服用期間ということですが、実際の臨床現場では、よく我々も５日間とか１週間処方など、きりがいいとか、そういった理由で選ばれているのだと思われますが、この期間はいかがでしょうか。

小林　通常の尿路感染症であれば、だいたい長くても１週間が標準になっていると思いますので、先生がおっしゃっているような５日～１週間でよいと思います。

山内　この間に感受性の結果等々も出てきますので、もし効かない場合にはそれを参考にして、薬を切り替えたほうがよいのでしょうね。

小林　そこで効果が期待できない、症状がなかなかおさまらない、菌もなかなか消えないのであれば、違うものにします。そのまま引きずっていても、耐性菌が生まれてくるだけですので、注意が必要です。

山内　その切り替えも一つの大きなポイントですね。

小林　そうですね。

山内　また別の問題になりますが、最近、高齢者が増えてきていて、施設の入居者も非常に増えている。少なからずの方がおむつを当てています。こういった方は尿の汚れや尿路感染が疑われるケースが非常に多いわけです。こういった方々はどう抗菌薬を使っていったらいいのか。いったん治っても、またすぐに再発、新たに出てくるといったケースがあるのですが、対応としてはいかがなのでしょう。

小林　本当にそれが感染症として症状があるのかどうか。定着して、だらだらと排菌されているケースもあると思いますので、そこはある程度切り分

けをしなければならない。治療の目安をつくらなければいけない。それともう一つ、管理の問題がとても大事になってくると思います。常にそういう汚染された状態で抗菌薬が繰り返し使用されていると、耐性菌が生まれる状況にもなってきますので、できるだけきれいな状態を維持しながら、感染症であるかどうかの診断をきちんとして、治療するかどうかを判断することが大事だと思います。

山内　単に細菌尿だけですぐに抗菌薬を出すのではなくて、感染症の確認が必要だということですね。

小林　そうですね。そこは症状を伴っているのかどうかをきちんと見極めながらやる必要があると思います。

山内　主軸としては症状と、あと白血球。

小林　白血球とか炎症反応ですね。

山内　尿路感染症は耐性菌ができやすいと考えてよいのですね。

小林　できやすいですね。耐性菌が多い感染症です。

山内　どうもありがとうございました。