

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q42（多剤耐性緑膿菌、サーベイランス、積極的監視培養）

当院の入院患者は、重い肢体不自由・意識障害や進行癌のため、気管切開・人工呼吸器・経管栄養・膀胱留置カテーテル・オムツが少なくありません。MDRP新規検出患者は年間1名ほどのため、統計学的に院内感染を検出するのは困難ですので、入院中のMDRPの積極的監視培養（active surveillance culture:ASC）を誘導することを検討しています。

1. MDRPのASCは、入院（当院も含む）や入所の病歴のある入院患者に限り、膀胱留置カテーテル・間欠導尿ないし喀痰吸引器を使う人に、入院時と1ヶ月おきに実施するという案はいかがでしょうか？オムツ使用者の肛門スワブは必要ないでしょうか？
2. 入院時のASCで、MDRP排菌がないと確認できるまでの間、接触感染予防策は不可欠でしょうか？
3. MDRPが陰性だった人が陽性になったとき、院内感染源を調査するASCは、同室で喀痰吸引する人の痰、同じ病棟の膀胱留置カテーテルのある人の尿だけでよいでしょうか？同じ病棟の吸引器の耐圧管・尿回収容器・便器・シャワーヘッドなどの培養は必要ないでしょうか？
4. 逆にMDRPが陽性だった人が陰性となっても、腸内保菌は終生つづく想定して、接触感染予防策を続けるべきでしょうか？
5. 同じ病棟で検出されたMDRP菌株を、PFGEで評価すべきなのは、どんな場合でしょうか？

A42

まず、貴施設でのMDRP新規検出患者が年間1名程度ですと、active surveillance culture:ASCを施行するcost-effectivenessを考慮すべきだと思います。2006年にCDCから発表された「多剤耐性菌に対する管理」では、「平常時はASCはやらない。病院として異常だと考えたときに、強化対策としてASCをハイリスクな患者に対してやる」とされています。短期間に複数例で検出された場合などに施行するのが一般的です。

1. サーベイランスの対象は施設の特徴にあわせて選択すればよいと思います。頻度についても各施設の状況で異なりますが、入院時と1ヶ月毎でかまわないと思います。他施設の報告ですが、MDRPの多くは尿および便から検出されているようですので、可能であれば便の検査も加えた方がよいでしょう。
2. 年間1例程度の頻度の疾患に対して診断前から接触予防策を行う必要はなく、患者の状態に応じて、十分な標準予防策を行うことが大切です。
3. 病院内感染が疑われた場合は、保菌の可能性もあるので症状の有無にかかわらず、同室患者の痰、尿や吸引器の耐圧管・尿回収容器・便器・シャワーヘッドなどの培養も必要です。
4. MDRPが陰性化した場合は、一般的には標準予防策で十分ですが、痰や尿など飛散させる可能性があり、自己管理のできない患者の場合は接触予防策も必要です。
5. 短期間に同じ病棟で複数の患者からMDRPが検出されたときには、感染経路の推定のために必要に応じて環境調査が必要となります。複数の患者や環境からMDRPを分離した場合は感染経路の推定にパルスフィールドゲル電気泳動法が有効です。