

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。

Q30（多剤耐性菌感染、アシネトバクター、標準予防策、環境感染、抗菌薬療法）

多剤耐性アシネトバクターについて教えてください。

A30

多剤耐性アシネトバクターについて

1. アシネトバクターは広く環境に存在する細菌です。

院内環境を含め、アシネトバクターは広く自然界に存在する細菌です。特に院内の床などの環境から高率に分離されることが知られています。また、医療従事者の皮膚からも分離される頻度の高い細菌です。ただし、そのほとんどは抗菌薬に感受性を示すアシネトバクターです。

2. 乾燥した環境でも長期間生存できることが特徴です。

アシネトバクターはブドウ糖非発酵のグラム陰性桿菌ですが、グラム陰性桿菌としては珍しく乾燥した環境で長期間生存できることが知られています。血液から分離されたアシネトバクターが3週間以上にわたって乾燥した環境で生き残ったことが報告されています。

3. 病原性が強いのは*Acinetobacter baumannii*です。

アシネトバクター属細菌には19菌種が知られていますが、ヒトの感染症原因菌として分離されるのはほとんどが*A. baumannii*です。ただし、なぜ本菌が感染症の原因となりやすいのか、本菌の病原性と感染発症との関連に関してはまだ良くわかっていません。

4. 肺炎、尿路感染症、敗血症、創部感染症などの原因となります。

上記のように、本菌は院内環境に広く存在し、また乾燥環境で長期間生存することから、各種感染症の原因となることが報告されております。特に、人工呼吸器装着患者に発生する人工呼吸器関連肺炎（Ventilator-associated pneumonia: VAP）の原因としての重要性が指摘されています。その他に尿路や血管留置カテーテルの汚染による感染症、創部感染症の原因となることが知られています。ただし、健常人に感染を起こすことは稀であり、その多くは日和見感染症として発症します。

5. 多剤耐性菌はカルバペネム剤、アミノグリコシド剤、フルオロキノロン剤に耐性を示します。

これまで多剤耐性菌というと多剤耐性緑膿菌（multiple drug resistant *Pseudomonas aeruginosa*: MDRP）が大きく取り上げられてきました。多剤耐性アシネトバクターもMDRPと同様に、上記3系統の薬剤に対して同時に耐性を示します。多剤耐性アシネトバクターを定義する世界的な基準は示されておきませんが、基本的にはMDRPに準じた抗菌薬・抗菌薬濃度が使用されることが多いようです。

6. 多剤耐性アシネトバクターに対してはコリスチンやチゲサイクリンが有効です。

多剤耐性アシネトバクター感染症が発症した場合には、宿主の易感染性とも相まって、高い死亡率を示すことが知られています。本菌感染症に対しては基本的には併用療法が実施されることとなります。具体的にはβ-ラクタム剤＋アミノグリコシド剤などが使用されることが多いかと思いますが、その有効性に関しては十分なエビデンスは得られてい

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。

ません。多剤耐性アシネトバクターに対して有効な薬剤としてはコリスチンとチゲサイクリンが知られていますが、両剤とも現在日本では承認されていません。MDRP感染症に対する有効性からコリスチンの個人輸入を行っている施設がありますが、これを本菌感染症に対して使用することは可能です。

7. 多剤耐性アシネトバクターが2症例から分離されたら院内感染を疑うべきです。

現在のところ、本邦で多剤耐性アシネトバクターが分離されることは極めて稀です。したがって、同一施設において2例続けて本菌が分離された場合には、院内感染の可能性を考えて対応することが重要です。前述したように、本菌は院内の乾燥環境で長期間にわたって生存することから、床・ドアノブ・床頭台・カーテンなどを含め院内環境の消毒を実施することが必要です。基本的に、アルコール消毒などの通常の消毒剤が本菌の殺菌に有効です。

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。

Q3 1（多剤耐性菌感染、ESBL、標準予防策、接触感染予防策）

当院は療養型の100床の病院です。

患者の受け入れについてですが、「ESBL保菌ですが受け入れは可能ですか？」と、コメントがついて紹介状を受け取りました。

質問は、

- ・こちらは療養病院であるが受け入れは可能か？
- ・受け入れないという選択肢はどうか？（モラル的、常識的にも考えて）
- ・どの程度のリスクがあるのか（他の薬剤耐性菌と同程度か？はるかに大きい？）
- ・受け入れる場合の対応（標準予防策でよいか？その他注意点）
- ・個室管理は必須か？（標準予防策を徹底すれば多床でもよい？できる限り個室？）
- ・感染状態なのか？保菌状態なのか？によって対応や受け入れは変わるか？
- ・発症時の重症度はどうか？
- ・どの程度の人が保菌しているのか

当院の現状としては、機能評価を受けており、感染対策は標準予防策を中心とした感染対策、必要に応じ、接触・飛沫・空気感染対策を行う、手洗いの徹底につとめる、といった対策をとっております。

ESBLについては、今まで検討する機会がなかった、また情報量が少なく困っています。

A3 1

ESBLとは基質特異性拡張型の β -ラクタマーゼの略称で、ペニシリンのみならず第三・四世代セフェム系抗菌薬をも分解するようになった β -ラクタマーゼを産生するようになった菌を指します。ESBL産生の有無によって感染症の重症度を含む臨床像が変わるものではありません。貴院は機能評価を受けており、標準予防策を中心とした感染対策、必要に応じ、接触・飛沫・空気感染対策を行う、手洗いの徹底につとめる、といった対策をとっているとのことですので、十分対応可能です。

- ・こちらは療養病院であるが受け入れは可能か？
可能です。全く問題ありません。
- ・受け入れないという選択肢はどうか？（モラル的、常識的にも考えて）
ありません。
- ・どの程度のリスクがあるのか（他の薬剤耐性菌と同程度か？はるかに大きい？）
MRSAなどと同じです。特に病原性が強いわけではありません。
- ・受け入れる場合の対応（標準予防策でよいか？その他注意点）
患者の病態によりますが、通常は標準予防策に接触予防策を加えた方が良いでしょう。
呼吸器感染症状があり呼吸器検体から検出されている場合は飛沫感染対策が必要になる場合があります。

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。

- ・個室管理は必須か？（標準予防策を徹底すれば多床でもよい？できる限り個室？）

可能であれば個室管理が望ましいですが、検出部位がマスクやガーゼで被覆できる場合は必ずしも個室は必要ありません。

- ・感染状態なのか？保菌状態なのか？によって対応や受け入れは変わるか？

保菌であっても患者自らが手を触れるような場合は手洗いの徹底を教育して下さい。
感染の場合は今まで述べてきたように病態により対応を考慮下さい。

- ・発症時の重症度はどうか？

特に重症になるわけではありませんが、抗菌薬の選択にご配慮下さい。

- ・どの程度の人が保菌しているのか

健康な人の糞便からも2%程度、ESBL産生菌が分離されるとの報告はあります。