

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。

Q48（多剤耐性緑膿菌）

当院は脳卒中後遺症など意識レベル低下した患者が多く、気管切開患者約30人、レスピレーター使用5人など、喀痰吸引を頻回にしなければならない患者が多く抗菌薬を使用しているうちに感受性緑膿菌がMDRPになる患者が5～6例います。MDRPの診断基準はMICで判断しなければいけないのでしょうか。

当院ではセンシディスク法でIPM/csの感受性ディスクの阻止円の直径が13mm以下、AMK14mm以下、CPFX15mm以下で判定していますが、だめでしょうか。

A48

国際的に統一された多剤耐性緑膿菌の基準というものはありません。日本の学会などにおいてはカルバペネム系、ニューキノロン系、アミノグリコシド系の薬剤全てに耐性の緑膿菌を多剤耐性緑膿菌と呼んでいますが、具体的にどの薬剤にどの程度の耐性を示した場合に多剤耐性緑膿菌と呼称するかという厳密な定義はありません。しかしながら感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律のなかで多剤耐性緑膿菌（法律の中では薬剤耐性緑膿菌）が下記の～全てを満たす緑膿菌と定義され、この基準が一般に用いられています。

イミペネムのMIC 16 µg/mL又は、イミペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が13mm以下

アミカシンのMIC 32 µg/mL又は、アミカシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が14mm以下

シプロフロキサシンのMIC 4 µg/mL又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が15mm以下

したがって貴施設で行われている判定基準で、特に問題はありません。

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。

Q49（多剤耐性緑膿菌、飛沫予防策、気管内吸引）

多剤耐性緑膿菌の排菌患者の隔離他、対応について

（患者状態）

気管切開し寝たきり状態、排痰量が多く1日数回の吸痰を施行、個室管理中

（菌検出状況）

6月： *Pseudomonas* sp. 2+ （ただし薬剤耐性）

H. influenzae 4+

Serratia marcescens 4+

7月： *P. aeruginosa* 2+ （感受性あり）

Streptococcus agalactiae 2+

H. influenzae 2+

8月： *P. aeruginosa* 4+ （薬剤耐性）

H. influenzae 2+

Corynebacterium spp 2+

Morganella morganii 1+

Proteus mirabilis 3+

9月： *P. aeruginosa* 2+ （感受性あり）

H. influenzae 2+

Streptococcus agalactiae 2+

Proteus mirabilis 1+

質問事項：当該患者のごとく、管理対応菌が常時検出されない場合の、隔離の必要性をその期限について。

当院の方針：

当院としましては、吸痰時に飛沫拡散が多いことを懸念し、6月より個室管理としています。

また、今後の方針としまして、上記の事由による感染伝播が問題となりますので個室管理を基本としますが、培養検査陰性時には続けて複数回検査し、陰性が続けば一応の隔離解除も検討しております。（定期的に培養検査を実施し、対象菌が陽性となれば再隔離）。

A49

検査を定期的に行っても多剤耐性菌が常時は検出されない症例は、しばしば経験されます。感染管理において問題になることが多いようです。本症例は、喀痰量が多く検出菌も多量であるため個室管理が望ましいと思います。

対応は、貴院の方針で問題ないと判断します。定期培養を行いながら、検査陰性が複数回続いた場合は隔離解除され、定期培養検査が陽性となったら再隔離として下さい。

全身状態が不良であることが予想され、多剤耐性緑膿菌が消失する可能性は低いものと思われます。培養陰性の際も消失ではなく検出限界以下でしょうから、定期培養によるサーベイランスはきわめて重要です。