

中田 紘一郎先生に聞く

MRSA肺炎の現状と対策のキーポイント

MRSA肺炎は院内肺炎の中でも必ずしも高い頻度で発症するとはいえません。しかし、一旦発症すると重篤な結果を招く恐れがあります。医療スタッフは、常にこの肺炎の存在を念頭に、入院患者に接する必要があります。このMRSA肺炎の現状と対策のキーポイントについて、中田 紘一郎先生に伺いました。



中田 紘一郎
中田クリニック院長

日本におけるMRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）感染症の現状と問題点は？

MRSAは今、日本の病院施設で分離される黄色ブドウ球菌の60～80%にも達すると報告されています。ただ、MRSAが検体から分離されたからといっても、必ずしもMRSA感染症だとはいえません。

入院している患者さんの喀痰などだけでなく、医療従事者の咽頭や鼻腔からも高率にMRSAは分離されます。問題はMRSAが肺炎などの深部感染を起こした場合で、この時は多剤耐性であることを前提とした早期の対応が必須となります。

つまり、MRSA感染症の場合、分離はされたけれど病原性を発揮していない、いわゆる定着と感染を区別して考えなければいけません。

定着と感染を早期に判別するには、どうすればいいのでしょうか。

培養は、抗菌薬感受性を確かめるためには必要ですが、日数もかかりますし、菌数が多いというだけでは原因菌かどうかは確定できません。

細菌検査で最も有用なのは、すぐに結果がわかる喀痰のグラム染色です。これによって、黄色ブドウ球菌の食像が見出されれば少なくとも黄色ブドウ球菌が原因菌であることは確定できます。

さらに重要なのは、患者背景です。MRSA肺炎は、糖尿病やCOPDなどの基礎疾患がある、免疫抑制作用のあるステロイドや抗ガン剤での治療を受けている、といったコンプロマイズドな条件がある患者さんに多発します。

ですから、感受性試験の結果を待つまでもなく、このようなリスクを持った黄色ブドウ球菌感染が疑われる肺炎の患者さん、あるいはすでに一般的な抗菌薬治療を受けているにもかかわらず治癒傾向がみられない患者さんについては、MRSA肺炎を前提としたエンピリックセラピーを開始すべきです。

エンピリックセラピーを出発点とした治療の基本的な考え方についてお聞かせください。

最も大切なことは、最初から広い抗菌スペクトラムの薬剤で強力な治療を行うことです。特に重症肺炎の場合、初期治療の失敗は重大な結果につながります。薬剤を小出しにして、効かないから増やしていくという漸増法は、救命という点からも、耐性菌発生防止という点からも好ましいやり方ではありません。

具体的には、MRSAにはバンコマイシンなどが用いられますが、エンピリックセラピーですから、緑膿菌などの院内肺炎病原菌として頻度の高いターゲットも包含し、併用薬を含む十分な処方を考えるべきです。また最近新たにリネゾリドが、MRSA感染症に対する適応が認められましたが、安全性などの点で使いやすいといわれており、MRSA肺炎治療の新たな選択肢として期待されています。

重症度などに応じた具体的な治療法は、日本呼吸器学会の院内肺炎ガイドラインに詳細に紹介されていますから、参照してください。ともかく、最初に広範囲十分量を使う、ということをお忘れなくいただきたいです。その後、感受性試験や臨床効果判定に基づいて、処方を修正・縮小していけば良いのです。

効果判定のあり方はどのようにお考えですか。

通常、三日後にまず一回目の効果判定を行うというのが原則になっています。これは、培養や感受性試験の結果が出るのにそのくらいかかるという意味も含まれています。そこで、報告された結果（あるいはデータ）と患者さんの状態から、判定を行います。

効果判定の上で最も信頼できる指標は、やはり、炎症という病態を一番端的に反映する「発熱」だと思います。

もしこの時点で解熱傾向がみられないときには、処方内容、つまり想定したエンピリック戦略に何か不適切な点があったのではないかと考えて、十分に再検討する必要があります。漫然と、いずれ効くだろうと同じ治療を続けることは、原則として避けるべきです。

MRSA肺炎は代表的な院内感染症の一つといわれています。院内感染防止策としてはどのようなことを考えていかなければいけないのでしょうか。

かつてMRSA感染症は非常に特殊な院内感染症と考えられていました。しかし現在では、院内にMRSAが広く定着していることが常態となっしまい、特殊な存在とはいえなくなりました。ですから、現在では保菌者の隔離は一般的ではありません。

最も重要なポイントは、MRSAに感染すると重篤化する恐れのある、リスクを負った患者さんを、MRSAから遮断することです。

MRSAの主な伝播経路は接触です。喀痰などの湿性の生体分泌物はもちろん、体表面や、咳などの飛沫が付着する可能性のある着衣やベッドなど至近距離にあるものも感染源となります。空気感染は認められていませんから、陰圧管理のような高度の隔離は不要です。

実際には、MRSAの拡散は、患者さんに接触した医療従事者の手などを介して行われることが最も多いと想定されます。従って、感染者に接した後の十分な手洗いや必要に応じたガウンの着用など、菌を他に持ち出さぬようにガードすることが大切です。他方、ハイリスクの患者さんに接する場合は、事前の手洗いなどによって患者さんの周辺に菌を持ち込むことを防ぐなどの基本的な防御処置が有効です。

個室に隔離するべきかどうか、といったことよりは、コンプロマイズドな患者さんの周辺に院内の病原菌を持ち込まぬための基本的な「経路遮断」をきちんと実行する態勢が必要です。

MRSAは抗菌薬治療の落とし子だともいえます。MRSA感染症は解決可能でしょうか。

感染症に抗菌薬を使わざるを得ない以上、そして医療の高度化によってよりハイリスクの患者さんが施設に集中していく以上、ある頻度でMRSA感染症が発生するのは避けがたいと思います。しかし、抗菌薬の適正使用と院内感染防御策のきちんとした実行、それに発症は不可避だという前提での気配りと早期発見、早期の十分治療などによって、重篤化の防止、救命は十分に可能だと思います。