

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (2009年4月15日作成)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
10	表I-3 「副鼻腔」の項	<i>Streptococcus pneumoniae</i> -GPC,	<i>Streptococcus pneumoniae</i> ( <u>Pneumococcus</u> )-GPC,	pdf
10	表I-3 「咽頭炎」の項	streptococci-GPC, <u>gonococci</u> -GNC, <u>meningococci</u> -GNC,	streptococci-GPC, <u>Neisseria gonorrhoeae</u> ( <u>Gonococci</u> )-GNC, <u>Neisseria meningitidis</u> ( <u>Meningococci</u> )-GNC,	pdf
10	表I-3 「心内膜炎」の項	<i>Streptococcus viridans</i> ,	viridans streptococci,	pdf
14	表I-5 16行目	<u>Streptococcus viridans</u> (緑色連鎖球菌)	<u>viridans streptococci</u> (緑色連鎖球菌と総称される $\alpha$ 連鎖球菌の仲間)	
39	表I-11 「人工心弁性ではない心内膜炎」の項	人工心弁性ではない心内膜炎	人工弁性ではない心内膜炎	
40	下から4行目	<u>Chlamydia</u>	<u>Chlamydophila</u>	
54	memo 表 下から8行目	<u>タゾシン</u> 静注用	ゾシン静注用	
64	表II-6 「クリンダマイシン」の項	クリンダマイシン	クラリスロマイシン	
228	表II-37 「タゾバクタムナトリウム・ピペラシリン」の項	<u>タゾシン</u> 静注用	ゾシン静注用	
228	表II-37 「タゾバクタムナトリウム・ピペラシリン」の項	①1日2.5~5g, 分2, 静注, 点滴, ②小児:1日60~150mg/kg, 分3~4 静注, 点滴	4.5gを1日3~4回, 点滴または静注	
243	4行目	25~50mg/kg	25~50mg	
247	2行目	アムホテリシンB治療効果	アムホテリシンB <u>脂質製剤</u> の治療効果	
263	11行目	カンジダ症:1日1回 <u>50mg</u> 点滴静注	<u>侵襲性</u> カンジダ症:1日1回 <u>100~150mg</u> 点滴静注	
271	memo 下から7行目	GVHDの頻度が増したため。	GVHDの頻度が増したため。	
275	表II-43 「微生物学的な定義」の項	肺胞洗浄液, 髄液または <u>血液培養2セットについて</u>	肺胞洗浄液, 髄液または <u>2セット以上の血液検体で</u>	
276	表II-43 「中枢神経系感染 major 定義」の項	放射線検査上 CNS が疑われる場合	放射線検査上 CNS <u>感染</u> が疑われる場合	
304	表II-49 「B型肝炎ウイルス (HBV) 慢性肝炎」の項	エピビル-HBC	ゼフィックス	
315	下から5~4行目	+dapsone (国内未承認)	+ダプソン(ジアフェニルスルホン) (商品名:レクチゾール®)	
340	表III-4 「幼児」の項	1~2ml でよい	採取できる時に可能な限り。4歳くらいまでは年齢×1ml(3歳なら3ml)とする専門家も。	
340	表III-4 「幼児」の項	新生児は2セットで十分	新生児も可能ならば1セットだけでも。	
377	図IV-2 図中の文字	<i>Histoplasma</i>	<i>Histoplasmosis</i>	
377	3行目	有名であり。	有名である。	
392	表V-1 下から13行目	低Ca 低K血症	低Ca, <u>低</u> K血症	
393	下から3行目	抗生物質	抗菌薬	
403	表V-6 2行目	初圧(mmHg)	初圧(mmH <sub>2</sub> O)	
407	表V-8 左段5行目	Sjögren <u>病</u>	Sjögren <u>症候群</u>	
416	17行目	デキサメ <u>サ</u> ゾン	デキサメ <u>タ</u> ゾン	
417	下から4行目	4~6間毎に	4~6 <u>時間</u> 毎に	
418	5行目	抗生物質	抗菌薬	

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
419	14行目	抗生物質	抗菌薬	
422	下から4行目	<u>また</u> 初回設置よりも	初回設置よりも	
432	下から18行目	髄腔内投与 <u>も</u> よりも高い	髄腔内投与よりも高い	
433	下から13行目	バクタ®	バクトラミン®	
443	下から13行目	グルコース	糖	
443	下から3行目	ミカファンギン <u>ナトリウム</u>	ミカファンギン	
448	表V-15 15行目	アンピシリン <u>ナトリウム</u> ・スルバクタム	アンピシリン・スルバクタム	
451	12行目	ドレーン	ドレナージ	
458	最終行	二重視	複視	
461	Memo 下から2行目	慣習的に脳炎 <u>も</u>	慣習的に脳炎 <u>は</u>	
498	1~3行目	※3) 差し替え	3) タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5gを1日3~4回, 点滴または静注。点滴静注に際しては補液に溶解して注射する。また, 静脈内注射に際しては注射用水, 生理食塩液またはブドウ糖注射液に溶解し注射する。	
509	5行目	<u>200</u> ~700 mg/日	<u>500</u> ~700 mg/日	
509	下から11行目	<u>200</u> ~700 mg/日	<u>500</u> ~700 mg/日	
510	1行目	etrapenem	ertapenem	
511	4行目	タゾバクタム・ピペラシリン(タゾシン®) 1日2.5~5g 分2	タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5gを1日3~4回	
511	19行目	<u>200</u> ~700 mg/日	<u>500</u> ~700 mg/日	
513	5行目	グラム陰性桿菌 <u>や緑膿菌</u> ,	グラム陰性桿菌,	
516	表VI-8 「PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> 」の項	240 <u>以下</u>	240 <u>以上</u>	
518	10~12行目	タゾバクタム・ピペラシリン (1:4) (TAZ/PIPC) (タゾシン® : 静注用 1.25・2.5g/V) 1日2.5~5g 分2	タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5gを1日3~4回	
519	2行目	アミノグリコシド <u>と</u> キノロン	アミノグリコシド <u>か</u> キノロン	
520	13行目	偽膜性腸炎 <u>や薬剤熱</u> など	偽膜性腸炎など	
520	14行目	無気肺, 肺梗塞, ARDS, 肺胞出血, 肺癌などに	無気肺, 肺梗塞, ARDS, 肺胞出血, <u>薬剤熱</u> , 肺癌などに	
521	3行目	選択 <u>上</u> する	選択する	
522	2~3行目	タゾバクタム・ピペラシリン( <u>タゾシン®</u> ) <u>3.375gを6時間毎, あるいは4.5gを8時間毎に</u>	タゾバクタム・ピペラシリン ( <u>1:8</u> ) ( <u>ゾシン® : 静注用 4.5g/V</u> ) <u>4.5gを1日3~4回</u>	
522	5行目	・チカルシリン・クラブラン酸 (オーグペニン®) を6時間毎に静注。	※削除	
522	11行目	これら <u>のうち</u> セフェム系	これらセフェム系	
523	4行目	<u>Chlamydia</u> 肺炎	<u>Chlamydo</u> phila 肺炎	
529	15行目	c-ANCA, p-ANCA,	PR 3-ANCA, MPO-ANCA,	
530	下から16行目	タゾバクタム・ピペラシリン( <u>タゾシン®</u> ) <u>1日2.5~5gを6時間毎に</u>	タゾバクタム・ピペラシリン ( <u>1:8</u> ) ( <u>ゾシン® : 静注用 4.5g/V</u> ) <u>4.5gを1日3~4回</u>	
534	14行目	<u>他に胸水</u> の	<u>胸膜</u> の	
536	下から9行目	ドレーン	ドレナージ	
554	2行目	化膿性病変 <u>を</u> 検索に	化膿性病変 <u>の</u> 検索に	

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
559	8行目	シプロフロキサシン (シプロキサシ <sup>®</sup> ) 250 mg	シプロフロキサシン (シプロキサシ <sup>®</sup> ) 200 mg	
559	18行目	シプロフロキサシン 250 mg	シプロフロキサシン 200 mg	
559	下から4行目	シプロフロキサシン 250 mg	シプロフロキサシン 200 mg	
560	下から5行目	服薬中に	服薬中に	
563	下から5行目	循環動態, 意識状態, 消化器症状などが強い場合	循環動態, 意識状態が悪く, 消化器症状などが強い場合	
564	7~8行目	タゾバクタム・ピペラシリン(タゾシン <sup>®</sup> ) 2.5gバイアルを2本(ピペラシリンで 4g相当)を6時間毎	タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾ シン <sup>®</sup> : 静注用 4.5g/V) 4.5gを8時間 毎	
564	10行目	点滴 2gを	点滴 1~2gを	
568	4行目	125 mg/日	100 mg/日	
569	4~7行目	■ <i>Candida</i> 性尿路感染症ではフルコナ ゾール 200 mg/日を経口投与するか, <u>ア ムホテリシン B(ファンギゾン<sup>®</sup>) 15~20 mgを注射用蒸留水 100 mlに溶解し 1~2回/日膀胱洗浄するか, アムホテリ シン B 50 mgを1lの注射用蒸留水に溶 解し三方カテーテルで1日持続洗浄す る。</u>	※下線部の記述を削除	
571	下から8行目	無菌性細菌尿	無症候性細菌尿	
587	表VIII-1 21~22行目	<i>Streptococcus bovis</i> , HACEK group (表 VIII-4 参照 → p 596)。	<i>Streptococcus bovis</i> , <u>nutritonally vari ant streptococci (栄養要求性連鎖球菌)</u> HACEK group (表VIII-4 参照 → p 596)。	
589	Memo 下から5~1 行目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染性心内膜炎</li> <li>・血管炎</li> <li>・逆説的塞栓症 (patent foramen ovale)</li> <li>・Sjögren 症候群</li> <li>・抗カルジオリピン抗体の存在</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症: 結核, 梅毒, HIV 感染症, 心 内膜炎, 感染性動脈瘤</li> <li>・腫瘍: 心臓粘液腫</li> <li>・血管性: 動静脈奇形, 解離性大動脈, 逆説的塞栓症 (patent foramen ovale)</li> <li>・アレルギー・膠原病: 血管炎, sjogren 症候群, 抗カルジオリピン抗体の存在</li> <li>・薬物等: 毒物, コカイン</li> </ul>	
593	表VIII-3 8行目	<i>Abiotrophia</i> , <i>Granulicatella adiacens</i> (→ p 604)	<i>Abiotrophia</i> , <i>Granulicatella</i> (→ p 604)	
596	表VIII-4 欄外 1行目	<i>Staphylococcus aureus</i> endocarditis	<i>Staphylococcus aureus</i> endocarditis	
612	13行目	臨床的には効かないで	臨床的には効かない <u>ので</u>	
638	図VIII-5 図中の文字	カテーテル感染なし	カテーテル感染なし。 <u>抗菌薬は投与しな い。</u>	pdf
638	図VIII-5 図中の文字	カテーテル抜去	カテーテル抜去。 <u>検出された菌に「感受 性」を示す抗菌薬を10~14日間投与。</u>	pdf
639	8行目	シプロフロキサシン(シプロキサシン注 <sup>®</sup> ) 1~2 mg/ml	シプロフロキサシン 1~2 mg/ml	
646	13~14行目	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	
646	24行目	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	
647	16行目	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	
647	18行目	in vitro	in vitro	
647	23行目	in vitro	in vitro	
649	表IX-1 9行目	腸間膜血栓塞栓症	腸間膜動静脈血栓塞栓症	
686	下から6行目	自然治癒することもあるこの病変から壊 死性組織が喀痰として排泄され,	この病変は自然治癒することもあるが, <u>時に壊死性組織が喀痰として排泄され,</u>	

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
687	3行目	娘 <b>包囊</b>	娘 <b>囊包</b>	
710	3行目	ゲンタ <b>ミン</b> ®	ゲンタ <b>シン</b> ®	
718	3～5行目	※3) 差し替え	3) タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5gを1日3～4回, 点滴または静注。点滴静注に際しては補液に溶解して注射する。また, 静脈内注射に際しては注射用水, 生理食塩液またはブドウ糖注射液に溶解し注射する。	
719	下から10～8行目	※2) 差し替え	2) タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5gを1日3～4回, 点滴または静注。点滴静注に際しては補液に溶解して注射する。また, 静脈内注射に際しては注射用水, 生理食塩液またはブドウ糖注射液に溶解し注射する。	
720	下から15～13行目	を占める <b>+</b> 繰り返される腹水の培養検査で腸球菌が優位を占め <b>+</b> 血液培養でも腸球菌陽性 <b>+</b> 腸球菌をスペクトラムに入れない抗菌薬の使用中で明らかに腹腔内感染症の悪化(腹膜炎の悪化, アミラーゼの上昇)が認められる <b>+</b> 末期癌など患者の全	を占める, <b>または</b> 繰り返される腹水の培養検査で腸球菌が優位を占める, <b>または</b> 血液培養でも腸球菌陽性 <b>または</b> 腸球菌をスペクトラムに入れない抗菌薬の使用中で明らかに腹腔内感染症の悪化(腹膜炎の悪化, アミラーゼの上昇)が認められる, <b>または</b> 末期癌など患者の全	
722	下から10行目	特に憩室炎, <b>、</b> その他の腹腔内病変の既往が	特に憩室炎 <b>や</b> その他の腹腔内病変の既往が	
723	14行目	安全に刺入できる経皮的な解剖である。	解剖学的に, 安全に経皮的な穿刺が可能である。	
723	下から16行目	<b>凝固</b> 障害	<b>止血機能</b> 障害	
723	下から14行目	エンピリカル <b>の</b> 抗菌薬の使用	エンピリカル <b>な</b> 抗菌薬の使用	
723	下から9行目	蜂巣炎	炎症	
723	下から5行目	異常 <b>と</b> 見分けるために	異常 <b>を</b> 見分けるために	
723	下から3～2行目	「自然落下」が止まり停滞, <b>、</b> あるいは上昇した場合には	「自然落下」が止まり, <b>、</b> 停滞あるいは上昇した場合には	
724	6～7行目	36～48時間に生じる。	36～48時間 <b>後</b> に生じる。	
725	1行目	(腹部膨)隆を認めれば, 腹膜炎の可能性が <b>強い</b> 。	(腹部膨)隆を認めれば, 腹膜炎の可能性が <b>高い</b> 。	
727	下から17行目	後腹膜側	盲腸後虫垂	
728	2行目	蜂巣炎	蜂巣炎 <b>性的変化</b>	
729	下から13～11行目	※3) 差し替え	3) タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5gを1日3～4回, 点滴または静注。点滴静注に際しては補液に溶解して注射する。また, 静脈内注射に際しては注射用水, 生理食塩液またはブドウ糖注射液に溶解し注射する。	
733	4行目	腸管の蠕動運動を <b>刺激</b> する	腸管の蠕動運動を <b>抑制</b> する	
733	9行目	シプロ®	シプロ <b>キサ</b> ン®	
733	下から18行目	<b>タゾシン</b> ®	ゾシン®	
734	4行目	治療を行う	<b>外科</b> 治療を行う	
734	5行目	3回目の再発に対する治療が	3回目の再発に対する <b>外科</b> 治療が	

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
734	13行目	消化管からリンパを介して	消化管からリンパ管を介して	
734	14行目	胆管系のうっ滞	胆道系のうっ滞	
736	図IX-5 図中の文字	発熱, <u>黄疸</u> , 右上腹部痛などの急性胆道系症候	発熱, 右上腹部痛などの急性胆道系症候	pdf
737	1~2行目	右下肺炎, 腸管閉塞	右下肺炎, <u>胸膜炎</u> , 腸管閉塞	
738	下から8行目	<u>タゾシン®</u>	ゾシン®	
744	2~3行目	壊死を認めれば <u>以下の処方例を参考に2週間の抗菌薬投与を考慮する。</u>	壊死を認めれば2週間の抗菌薬投与を考慮する。	
744	下から12行目	ドレーン	ドレナージ	
746	表IX-23	少ない起炎菌 (1~10% <u>以上</u> )	少ない起炎菌 (1~10% <u>以下</u> )	
746	下から5行目	打痛	<u>叩</u> 打痛	
750	下から5~3行目	※3) 差し替え	3) タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5gを1日3~4回, 点滴または静注。点滴静注に際しては補液に溶解して注射する。また, 静脈内注射に際しては注射用水, 生理食塩液またはブドウ糖注射液に溶解し注射する。	
752	12~14行目	※文献6) 差し替え	6) Hoffman SL et al: Reduction of mortality in chloramphenicol-treated severe typhoid fever by high-dose dexamethasone. N Engl J Med 1984; 310: 82-88. ステロイドは通常不要だが, 意識障害など重症例には有効。	
770	下から7行目	2錠を1日2回	400mg/日, 分2	
770	11行目	1日400mg	400mg/日	
771	12行目	4錠 分2	<u>経口</u> 4錠/日, 分2	
772	下から10行目	150~300mg 経口を1日4回	経口600~1,200mg/日, 分4	
775	12行目	500mg 1回	500mg/日, 分1	
775	13行目	250mgを1日1回	250mg/日, 分1	
775	15行目	400mgを1日2回	400mg/日, 分2	
775	16行目	300mgを1日2回	600mg/日, 分2	
780	下から4~3行目	ドキシサイクリン <u>100mg</u> かシプロフロキサシン <u>500mg</u> を1日2回経口。レボフロキサシン <u>500mg</u> を1日1回, 経口。	ドキシサイクリン <u>200mg/日, 分2</u> かシプロフロキサシン <u>1,000mg/日, 分2</u> 。レボフロキサシン <u>500mg/日, 分1</u> 。	
781	表X-7 「グラム陽性菌」の項	筋壊死を合併を含む壊死性筋膜炎	筋壊死の合併を含む壊死性筋膜炎	
786	下から20行目	<u>これ</u> に加えてクリンダマイシン 600~900mg	<u>・通常量のバンコマイシン</u> に加えてクリンダマイシン 600~900mg	
786	下から2行目	タゾバクタム・ピペラシリン( <u>タゾシン®</u> ) <u>1日2.5~5g</u> を6~8時間毎に	タゾバクタム・ピペラシリン <u>(1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5g/V) 4.5g</u> を1日 <u>3~4回</u>	
789	1行目	150~300mgを6時間毎に経口投与	経口600~1,200mg/日, 分4	
790	11行目	壊疽性膿皮症	壊疽性膿瘡	
791	下から6行目	1~2錠を1日4回	1~2g/日, 分4	
791	下から2行目	2錠を1日2回	経口400mg/日, 分2	
794	18行目	300mgを8時間毎に経口	経口900mg/日, 分3から1,200mg/日, 分4	
797	15~16行目	アモキシシリン/クラブラン酸 <u>カリウム</u> (オーグメンチン® 錠; 375mg) <u>1錠</u> を1日 <u>3~4回</u>	アモキシシリン/クラブラン酸(オーグメンチン® 錠; 375mg) <u>3錠/日, 分3から4錠/日, 分4</u>	

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
802	1行目	リネゾリド <u>1日1,200 mgを分2</u>	リネゾリド <u>1,200 mg/日</u>	
805	表X-13 「虚血性下肢切断」の項	またはバンコマイシン	<u>セファゾリン</u> またはバンコマイシン	
822	下から7～6行目	■PET (positron emission tomography) も診断方法として期待されている。 C. 核医学	C. 核医学 ■PET (positron emission tomography) も診断方法として期待されている。	
826	表XI-4 「Gram-negative bacilli」の項	タゾバクタム・ピペラシリン( <u>タゾシン®</u> ) <u>3.75 (=1.25+2.5 g/V) を4～6時間毎に静注</u>	タゾバクタム・ピペラシリン <u>(1:8) (ゾシン® : 静注用4.5 g/V) 4.5 gを1日3～4回静注</u>	pdf
827	表XI-4 「エンピリカルな治療」の項	ピペラシリン・タゾバクタム 3.75 gを4～6時間毎に	タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用4.5 g/V) 4.5 gを1日3～4回	pdf
834	下から17行目	タゾバクタム・ピペラシリン( <u>タゾシン®</u> ) <u>1日2.5～5 gを6時間毎に静注</u>	タゾバクタム・ピペラシリン <u>(1:8) (ゾシン® : 静注用4.5 g/V) 4.5 gを1日3～4回静注</u>	
838	下から19行目	<u>2 g</u>	<u>3 g</u>	
838	下から17行目	タゾバクタム・ピペラシリン( <u>タゾシン®</u> ) <u>3.75(=1.25+2.5 g/V) gを注射</u>	タゾバクタム・ピペラシリン <u>(1:8) (ゾシン® : 静注用4.5 g/V) 4.5 gを1日3～4回を注射</u>	
840	12～13行目	■画像上、通常の細菌性骨髄炎と鑑別するだけの特徴はない。 <u>このため、生検組織を一般、抗酸菌、真菌の塗抹・培養、病理に提出する。</u>	■画像上、通常の細菌性骨髄炎と鑑別するだけの特徴はない。 <u>このため、生検組織を一般、抗酸菌、真菌の塗抹・培養、病理に提出する。</u>	
843	表XI-6 右段上から6行目	<i>Neisseria gonorrhoea</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
849	表XI-9 下から3行目	乾癬	乾癬性関節炎	
849	表XI-9 最終行	PSS	強皮症	
854	下から16行目	シプロロ®	シプロロキサン®	
854	下から4行目	<i>Propionibacterium acne</i>	<i>Propionibacterium acnes</i>	
859	10行目	<i>Propionibacterium acne</i>	<i>Propionibacterium acnes</i>	
874	最終行	www.aaos.org/wordhtml/papers/advistmt/1023.htm 2006年7月17日アクセス	www.aaos.org/wordhtml/papers/advistmt/1023.asp 2008年9月アクセス	
875	1～2行目	www.aaos.org/wordhtml/papers/advistmt/1014.htm 2006年7月17日アクセス	www.aaos.org/wordhtml/papers/advistmt/1014.asp 2008年9月アクセス	
878	9行目	ステロイド軟膏	ステロイド眼軟膏	
883	13～14行目	スルベニシリン点眼液	スルベニシリン ( <u>サルベリン®</u> ) 点眼液	
890	下から7行目	バンコマイシン調剤し	バンコマイシンを調剤し	
900	下から16行目	10 ml に溶解し、	<u>注射用水</u> 10 ml に溶解し、	
919	8～9行目	※4) 差し替え	4) タゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用4.5 g/V) 4.5 gを1日3～4回、点滴または静注。点滴静注に際しては補液に溶解して注射する。また、静脈内注射に際しては注射用水、生理食塩液またはブドウ糖注射液に溶解し注射する。	
930	18行目	<u>250 mg</u>	<u>125 mg</u>	
932	下から14行目	<u>250 mg</u>	<u>125 mg</u>	
934	17～18行目	<u>250 mg</u>	<u>125 mg</u>	

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
937	下から2行目	妊婦、授乳中には、	<u>症状があるか、以前に早産の既往のある</u> 妊婦、授乳中には、	
942	15行目	<u>250 mg</u>	<u>125 mg</u>	
945	下から11行目	直腸ヘルペスの初感染に対しては400 mg 1日5回経口	直腸ヘルペスの初感染に対しては <u>アシクロビル</u> 400 mg 1日5回経口	
954	5行目	0.031 $\mu\text{g/ml}$	0.03 IU/ml	
955	14～17行目	「以下で紹介する論文は（以下略）」の段落	3行目（ <u>⑤</u> 先天性梅毒）の上に移動	
957	6行目	髄液白血球 $>10\sim20/\text{mm}^3$ 、蛋白 $>45$ mg/dl	髄液単核球 $>5/\text{mm}^3$ 、蛋白 $>40$ mg/dl	
957	11行目	ペニシリンほど確立して <u>ない</u> 。	ペニシリンほど確立して <u>いない</u> 。	
957	12行目	非 HIV 感染症では2 g を経口1回	非 HIV 感染症では <u>アジスロマイシン</u> 2 g を経口1回	
957	14行目	HIV 感染症でのデータはまだ <u>少ない</u> 。	HIV 感染症でのデータはまだ <u>少ない</u> 。	
958	表XIV-11 7行目	<u>2,400</u> 万単位	<u>240</u> 万単位	
959	4行目	<u>2,400</u> 万単位	<u>240</u> 万単位	
964	下から15行目	ヒトパピローマウイ <u>スル</u>	ヒトパピローマウイ <u>ルス</u>	
966	表XIV-13 4行目	<u>N. gonorrhoea,</u>	<u>N. gonorrhoeae,</u>	
980	表XV-2 「バンコマイシン-ジェネリック」の項	1 g	15 mg/kg	
983	表XV-4 6行目	正常値の <u>5</u> 倍以上	正常値の <u>2</u> 倍以上	
990	下から19行目	バンコマイシン <u>1 g</u>	バンコマイシン <u>15 mg/kg</u>	
998	9行目	<u>日常</u> に少ない。	<u>非常</u> に少ない。	
1001	15行目	バンコマイシン <u>1 g</u>	バンコマイシン <u>15 mg/kg</u>	
1007	下から4行目	バンコマイシン <u>1 g</u>	バンコマイシン <u>15 mg/kg</u>	
1008	5行目	5%ブドウ糖液 <u>2 ml</u> に溶解	5%ブドウ糖液に溶解	
1012	1行目	バンコマイシン（バンコマイシン®） <u>1 g</u>	バンコマイシン（バンコマイシン®） <u>15 mg/kg</u>	
1013	下から17行目	バンコマイシン <u>1 g</u>	バンコマイシン <u>500～750 mg</u>	
1013	下から16行目	<u>12</u> 時間毎に	<u>6</u> 時間毎に	
1013	下から6行目	1 g（あるいは15 mg/kg）	500～750 mg	
1013	下から5行目	<u>12</u> 時間毎に	<u>6</u> 時間毎に	
1015	下から10行目	バンコマイシン（バンコマイシン®） <u>1 g</u>	バンコマイシン（バンコマイシン®） <u>15 mg/kg</u>	
1016	下から2行目～1017頁2行目	注）筆者の手元にあるCLSIの資料（Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing；Fifteenth Informational Supplement. Jan. 2005）ではペニシリン感受性の定義（MIC $<0.06 \mu\text{g/ml}$ ）のみが記載されており耐性の部分はブランクである。	※左記を削除	
1017	表XV-12		※表全体を差し替え	pdf
1027	下から6行目	<u>タゾシン</u> ®	ゾシン®	
1039	表XV-9 「rifampin」の項	rifampin	リファンピシン	
1058	Memo 下から2行目	レジオネラ症、 <u>アスペルギルス症</u> に用いられる	レジオネラ症に用いられる	
1062	下から3行目	<u>1</u> mg/kg	<u>15</u> mg/kg	



## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
1077	下から10行目	もし抗酸菌陽性, PCR陽性なら	もし抗酸菌陽性, <u>結核菌</u> PCR陽性なら	
1088	表XV-29 欄外3行目	<u>50~75</u> mg	<u>100</u> mg	
1095	下から8行目	100 mg/ <u>kg</u>	100 mg/ <u>日</u>	
1112	表XV-9 「アムホテリシンBデオキシコル酸炎」の項	ミカファンギンなら <u>100</u> mg/日	ミカファンギンなら <u>100~150</u> mg/日	
1133	下から13行目	好中球減少症	<u>発熱性</u> 好中球減少症	
1137	最終行	あるいは1,000/mm <sup>3</sup> でまもなく500/mm <sup>3</sup> になる	あるいは1,000/mm <sup>3</sup> <u>以下</u> でまもなく500/mm <sup>3</sup> <u>以下</u> になる	
1141	13行目	中心静脈の必要性	中心静脈 <u>カテーテル</u> の必要性	
1141	19~20行目	好中球減少症を低リスクと高リスクに分けて <u>好中球減少症</u> の診療アルゴリズムが	<u>発熱性</u> 好中球減少症を低リスクと高リスクに分けて診療アルゴリズムが	
1141	下から5行目	好中球減少症	<u>発熱性</u> 好中球減少症	
1142	表XVI-3 2行目	好中球: <u>1,000</u> /mm <sup>3</sup> 以上	好中球: <u>100</u> /mm <sup>3</sup> 以上	
1146	表XVI-4 下から2行目	好中球減少症の外来治療 <u>本</u> は	好中球減少症の外来治療は	
1147	6行目	好中球減少 <u>症</u> が軽度	好中球減少が軽度	
1147	下から17行目	<u>タゾシン</u> ®	ゾシン®	
1152	6~7行目	例えばHodgkin <u>病</u> ではニューモシスチス肺炎は少ないが帯状疱疹が非常に多い。	例えばHodgkin <u>リンパ腫</u> ではニューモシスチス肺炎は少ないが帯状疱疹が非常に多い。	
1159	16行目	Hodgkin <u>病</u>	Hodgkin <u>リンパ腫</u>	
1159	下から16行目	<u>本態性</u> 血小板減少症	<u>特発性</u> 血小板減少症	
1159	下から15行目	Hodgkin <u>病</u>	Hodgkin <u>リンパ腫</u>	
1160	表XVI-6 左段下から2行目	<u>原発性</u> 血小板減少性紫斑病	<u>特発性</u> 血小板減少性紫斑病	
1160	表XVI-6 右段下から3行目	Hodgkin <u>病</u>	Hodgkin <u>リンパ腫</u>	
1160	表XVI-7 左段下から10行目	本態性血小板 <u>減少症</u>	本態性血小板 <u>血症</u>	
1161	下から6行目	血液培養採取可能で <u>なら</u>	血液培養採取可能で <u>あれば</u>	
1165	6行目	好中球減少症	<u>発熱性</u> 好中球減少症	
1165	15行目	好中球減少症	<u>発熱性</u> 好中球減少症	
1166	下から6行目	頭蓋内腫瘍 (一次性, 転移性)	頭蓋内腫瘍 (一次性, 転移性) <u>がある。</u>	
1173	表XVI-10 8行目	進行性多 <u>発性</u> 白質脳症	進行性多 <u>巣性</u> 白質脳症	
1174	表XVI-11 下から2行目	CMVのサーベイランス培養	CMVのサーベイランス培養 ( <u>抗原血症, PCR</u> )	
1176	表XVI-13 「好中球減少症」の項	発熱のエピソードは減少する	<u>キノロン予防投与により</u> 発熱のエピソードは減少する	
1177	下から14行目	手術部位に近い考慮する。	手術部位に近い <u>部位の膿瘍</u> を考慮する。	
1178	6行目	進行性多 <u>発性</u> 白質脳症	進行性多 <u>巣性</u> 白質脳症	
1180	2行目	シクロホスファミド (エンドキサン®) は	シクロホスファミド (エンドキサン®), <u>イホスファミド (イホマイド®)</u> は	
1181	1行目	大量移植前処置, 移植前肝炎の存在, 持続性発熱, 放射線照射の既往。	大量移植前処置( <u>プスルファン</u> など), 移植前肝炎の存在, <u>C型肝炎ウイルス感染</u> , 持続性発熱, <u>ゲムツズマブ (マイロターグ®)</u> の使用, 放射線照射の既往など。	



## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
1181	下から2行目	シクロホスファミドによる。	シクロホスファミド、 <u>イホスファミド</u> による。	
1182	下から11行目	CMV 陰性の骨髄、白血球除去	CMV 陰性の骨髄、 <u>現在、原則使用されな</u> <u>い</u> が白血球除去	
1188	表XVI-14 「 <i>Pneumocystis</i> 」の項	4～ <u>104</u>	4～ <u>100</u>	
1190	3行目	※右記(1192 頁下から9～3行目)を追加	■悪心・嘔吐は激しい化学療法、放射線療法の影響で移植後2週間は残存する。 ■下痢もこの時期に多いが前処置の影響である。抗菌薬の使用、前処置は <i>C. difficile</i> による偽膜性腸炎の原因にもなる。 ■3週間を過ぎても悪化していく場合には他の原因を考えざるをえない。急性GVHDによる肝機能障害、消化管障害、HSVやCMVによる食道炎、薬剤の副作用、消化性潰瘍などが考えられる。CTや超音波検査で腸管の浮腫を認めたり、十二指腸や大腸の生検で診断をつける。	
1190	Memo 3行目	新しいアゾール系が置き換える	新しいアゾール系に置き換えられる	
1191	9行目	ミカファンギン <u>ナトリウム</u>	ミカファンギン	
1192	下から9～3行目	■悪心・嘔吐は激しい化学療法、放射線療法の影響で移植後2週間は残存する。 ■下痢もこの時期に多いが前処置の影響である。抗菌薬の使用、前処置は <i>C. difficile</i> による偽膜性腸炎の原因にもなる。 ■3週間を過ぎても悪化していく場合には他の原因を考えざるをえない。急性GVHDによる肝機能障害、消化管障害、HSVやCMVによる食道炎、薬剤の副作用、消化性潰瘍などが考えられる。CTや超音波検査で腸管の浮腫を認めたり、十二指腸や大腸の生検で診断をつける。	※左記を削除(1190 頁3行目に移動)	
1196	11行目	2～3か月 <u>移行</u>	2～3か月以降	
1201	3行目	<u>バルガンシクロビル</u> 経口	<u>バラシクロビル</u> 経口	
1209	17行目	その糸状真菌	その <u>他の</u> 糸状真菌	
1215	表XVI-20 「局所性(focal infiltrate)」の項	放射線肺炎	放射線肺 <u>臓</u> 炎	
1215	表XVI-20 「びまん性(diffuse infiltrate)」の項	放射線肺炎	放射線肺 <u>臓</u> 炎	
1223	表XVII-1 右段下から6～5行目	クレアチニン上昇	<u>血清</u> クレアチニン上昇	
1223	表XVII-1 右段下から4行目	LDH 上昇	<u>血清</u> LDH 上昇	
1233	表XVII-6 「エファビレンツ EFV」の項	200 mg (カプセル)	200 mg (カプセル) <u>600 mg (錠)</u>	
1234	表XVII-6 「リトナビル(RTV)」の項	投与初日 600 mg 分2, 2～3日目 800 mg 分2, 4日目 <u>100</u> mg 分2	投与初日 600 mg 分2, 2～3日目 800 mg 分2, 4日目 <u>1,000</u> mg 分2	
1234	表XVII-6 「ロピナビル・リトナビル配合剤(LPВ/RTV)」の項	ロピナビル 80 mg・リトナビル 20 mg (リキッド)	ロピナビル 80 mg・リトナビル 20 mg/ <u>ml</u> (リキッド)	

## 『レジデントのための感染症診療マニュアル 第2版第2刷』情報更新・正誤表 (つづき)

頁	該当箇所	第2刷での記載	第3刷における更新後の記載	備考
1239	12行目	処方内容 <u>を</u> 変更が必要	処方内容 <u>の</u> 変更が必要	
1248	下から2行目	年齢, 人種, 性別, <u>年齢</u> , 体重	年齢, 人種, 性別, 体重	
1254	7行目	低ナトリウム血症, 中枢神経症状	低ナトリウム血症, <u>高カリウム血症</u> , 中枢神経症状	
1260	8行目	<u>ギム</u> ザ染色	ギムザ染色	
1265	13行目	30 mg/kg/日	30 mg/kg/日 <u>静注</u> 。	
1273	8行目	<u>結核菌</u> 。非結核性抗酸菌	結核菌, 非結核性抗酸菌	
1279	下から2~1行目	急速に進行する下肢の脱力やしびれ。 <u>膀胱直腸障害</u> 。下肢・臀部の感覚の低下, 下肢の脱力。	急速に進行する下肢の脱力やしびれ, <u>膀胱直腸障害</u> , 下肢・臀部の感覚の低下, 下肢の脱力, <u>。</u>	
1297	下から4行目	<u>原発性</u> 腹膜炎	<u>特発性細菌性</u> 腹膜炎	
1303	下から8行目	ビクリン®	アミカシン®	
1306	5行目	<u>タゾシン</u> ®	ゾシン®	
1387	左段下から17行目	—, 骨髄移植と <u>1184</u>	—, 骨髄移植と <u>1185</u>	
1391	左段21行目	間質性肺炎, 移植骨髄と <u>1191</u>	間質性肺炎, 移植骨髄と <u>1192</u>	
1404	左段下から4行目	—, 骨髄移植と <u>1183</u>	—, 骨髄移植と <u>1184</u>	
1413	左段23行目	—, 骨髄移植と <u>1184</u>	—, 骨髄移植と <u>1185</u>	

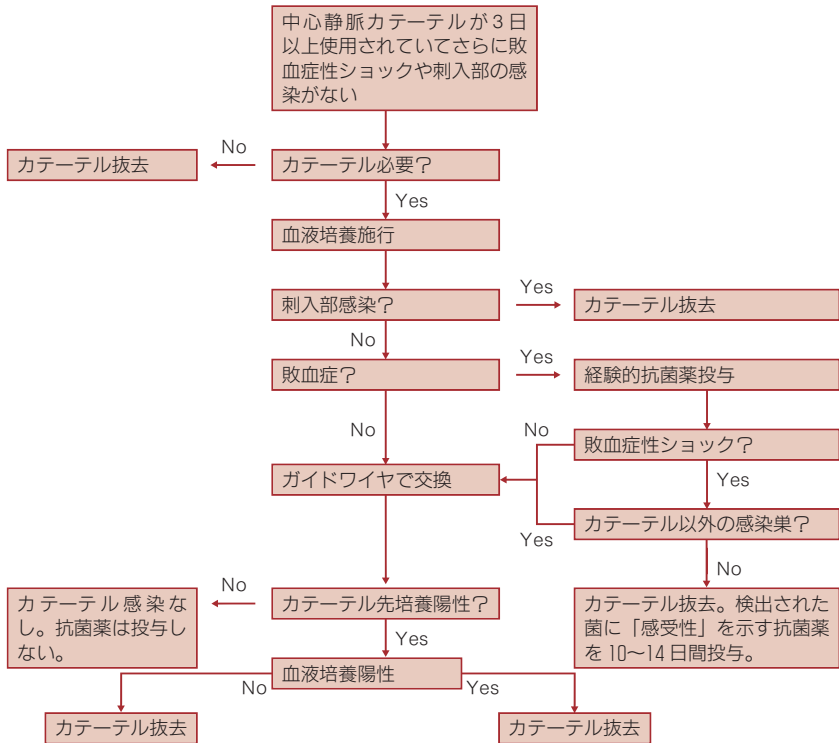
※備考欄の「pdf」は頁全体を修正した差し替え pdf があります。

表 1-3 臓器・解剖と起炎菌（とそのグラム染色）の関係（特殊な免疫異常のない成人）  
市中感染症

臓器・解剖	代表的起炎菌
副鼻腔	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (Pneumococcus)-GPC, <i>Haemophilus influenzae</i> -GNcoccobacilli, aerobic & anaerobic <i>Streptococcus</i> -GPC viral (influenza, parainfluenza, rhinovirus)-NO
咽頭炎	viral (adenoviruses, influenza, enteroviruses, EBV, HSV, measles, rubella)-NO bacterial [streptococci-GPC, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Gonococci)-GNC, <i>Neisseria meningitidis</i> (Meningococci)-GNC, <i>Corynebacterium diphtheriae</i> -GPR] <i>Mycoplasma</i> -NO ( <i>M. pneumoniae</i> , <i>M. hominis</i> ); fungal ( <i>Candida</i> -Gram positive yeast)
肺炎	成人： <i>Pneumococcus</i> -GPC, <i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> -NO 高齢者： <i>Pneumococcus</i> -GPC, <i>Legionella</i> -NO, aspiration-aerobic & anaerobic <i>Streptococcus</i> -GPC, GNR, GPR, GNC. 慢性閉塞性肺疾患： <i>Pneumococcus</i> -GPC, <i>Haemophilus influenzae</i> -GNcoccobacilli 結核菌：抗酸菌も忘れずに
心内膜炎	viridans streptococci, <i>Staph. aureus</i> -GPC
腹腔内感染症 （＝横隔膜の下） 例：胆嚢炎，大腸憩室炎，虫垂炎	グラム陰性桿菌 ( <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> sp.-GMR) と横隔膜の下の嫌気性菌 ( <i>Bacteroides fragilis</i> -GMR) が問題になる。時に腸球菌-GPCが検出されるが病態にどれほど関与しているか不明なことが多い
尿路感染症	<i>E. coli</i> -GMR がほとんど
髄膜炎	成人では <i>Pneumococcus</i> -GPC, 稀に <i>Meningococcus</i> -GNC (珍しくグラム陰性球菌), 高齢者では <i>Listeria monocytogenes</i> -GPR も問題になりうる
軟部組織（蜂巣炎）	<i>Staphylococcus aureus</i> -GPC, <i>Streptococcus</i> -GPC, <i>Clostridium</i> sp.-GPR
骨髄炎，関節炎	成人では <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus</i> -GPC, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> -GNC が多い

### 院内感染症

チューブがらみの副鼻腔炎	グラム陰性桿菌, <i>Staphylococcus aureus</i> -GPC, 横隔膜の上下の嫌気性菌が問題を起こしうる-GPC, GNR, GNC, GPR
肺炎	その病院, 施設に多いグラム陰性桿菌によるもの, 横隔膜の下の嫌気性菌 ( <i>Bacteroides fragilis</i> -GMR) などが問題になる
腹腔内感染症 （＝横隔膜の下）	基本的には市中感染症のそれと同じであるが, より耐性のグラム陰性桿菌が問題になることが多い
尿路感染症	ほとんど好気性のグラム陰性桿菌。菌の同定は培養による。市中感染症と異なり起炎菌を予測しにくい



図VIII-5 カテーテルが血流感染症に関与しているか判明するまでの温存法

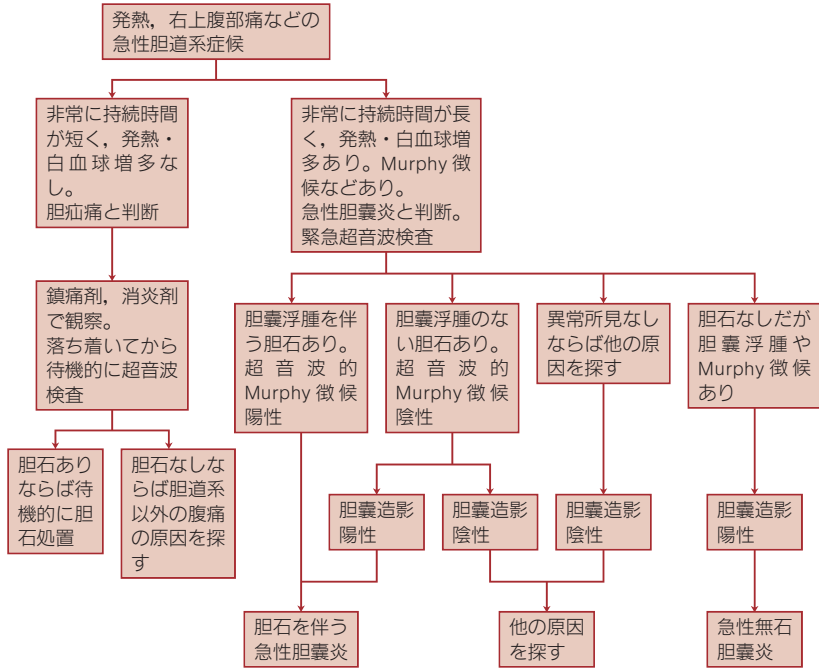
(McGee DC et al : Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med 2003 ; 348 : 1123-1133. より改変)

■本感染症の性質上，対象となる菌の多くはグラム陽性球菌であり，セファゾリンやバンコマイシンなどがよく用いられる。その他黄色ブドウ球菌に抗菌スペクトラムをもつキノロンやテイコプラニンなども検討対象となる。

■カテーテル内部における抗菌薬の濃度は何百  $\mu\text{g/ml}$  という標的となる細菌のMICの数百倍の濃度になり多少，抗菌薬が劣化したりカテーテル内表面に付着しても問題はないようである。安定性の面でも既によいデータがそろってきている。

■感染を起しているカテーテルというのはたいてい血栓がある程度できている場合が多いが，ヘパリンの代わりに血栓溶解剤の使用が試みられたこともあるが問題が多く，現時点ではヘパリンか生食が用いられている。

■具体的には以下のような抗菌薬をおよそ  $1\sim 5\text{ mg/ml}$  の濃度で溶液に溶かし，さらにヘパリンを  $50\sim 100$  単位程度混合し十分な量 (通常は  $2\sim 5\text{ ml}$ ) でカテーテルを充填する。これを例えばカテーテルが使用されない夜間などに12時間行う。治療期間は一般的には2週間程度である。抗菌薬の濃度については資料によりかなり幅が



図IX-5 急性胆嚢炎の診療アルゴリズム

### ■超音波検査

- ・最初に行う画像診断である。胆嚢壁内のガス、壁の浮腫・肥厚（2 mm 以上）、周囲の液貯留、胆嚢頸部に嵌頓した胆石、胆砂、胆管の拡張などを認める。
- ・「超音波的 Murphy 徴候」はプローベで描出した胆嚢を圧迫すると痛みが生じる徴候で、陽性適中率、陰性適中率ともに 90%を超えるとされ有用である<sup>87)</sup>。

■胆管系シンチ (HIDA スキャン)：胆嚢管の開通の有無を調べる。正常では 30～60 分で核種が胆嚢内に入り胆嚢が描出されるが、急性胆嚢炎があれば胆嚢管が閉鎖しており、核種が胆嚢内に入らず胆嚢は描出されない。重症患者を対象とした検討では超音波検査が 30%の感度にすぎないのに対して HIDA スキャンでは感度 99%、特異度 92%とはるかに優れていた。描出が遅れる場合 (1～4 時間) には慢性の胆嚢炎が考えられる<sup>88)</sup>。

■図IX-5を参照。

■血液培養の 3～4 割で陽性。

#### d. 鑑別診断

■最も日常的な問題は胆〔石〕疝痛 (biliary colic) との鑑別である。これは純粹に脂肪食や胆石の通過、胆嚢の収縮に伴う痛みであり胆嚢自体に炎症はない。胆疝痛の特徴は次第に強まり、また減弱する痛みのパターンである。

表XI-4 骨髄炎の起炎菌と選択すべき抗菌薬

起炎菌	抗菌薬	代替抗菌薬	備考
血流感染症			
<i>S. aureus</i> (MSSA)	cloxacillin (販売中止) 2g を4~6時間毎静注あるいはセファゾリン (セファメジン®) 2g を6~8時間毎静注 リファンピシン 450~600 mg/日	バンコマイシン 1g を12時間毎に1時間以上かけて静注。あるいはセフトリアキソン (ロセフィン®) 2g を24時間毎に静注，クリンダマイシン (ダラシンS®) 900 mg を8時間毎，シプロフロキサシン (シプロキササン®) 750 mg を12時間毎に静注	
<i>S. aureus</i> (MRSA)	バンコマイシン 1g を12時間毎に1時間以上かけて静注 リファンピシン 450~600 mg/日	テイコプラニン (タゴシッド®) 400 mg を初日は12時間毎，翌日から24時間毎に静注。あるいはリネゾリド (ザイボックス®) 1回 600 mg を12時間毎に経口・静注	
streptococci	ペニシリンG 200~400万単位 4~6時間毎静注。あるいはアンピシリン (ピクシリン®) 2g を6時間毎静注		B群溶連菌 ( <i>Streptococcus agalactiae</i> )，腸球菌の場合にはペニシリンGやアンピシリンに加えてゲンタマイシン 1 mg/kg を8時間毎に静注
Gram-negative bacilli (グラム陰性桿菌)	タゾバクタム・ピペラシリン(1:8) (ゾシン®) : 静注用 4.5 g/V) 4.5 g を1日 3~4回静注。あるいはアンピシリンナトリウム・スルバクタム (ユナシン-S®) 3g を6時間毎に静注。シプロフロキサシン(シプロキササン®) 400 mg を12時間毎に静注し改善が認められれば750 mg を12時間毎に経口	セフォタキシム (クラフォラン®) 2g を6~8時間毎に静注。あるいはセフトリアキソン (ロセフィン®) 2g を24時間毎に静注	嫌気性菌にはクリンダマイシン，タゾバクタム・ピペラシリン，アンピシリン・スルバクタムを既述の量で使用
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	セフェピム (マキシピーム®) 2g を12時間毎に静注。あるいはセフトジム (モダシン®) 2g を8時間毎に静注		

(つづく)

表XI-4 (つづき)

起炎菌	抗菌薬	代替抗菌薬	備考
<b>外傷，連続性病変に合併した骨髄炎</b>			
菌名が判明	上記と同様。		
エンピリカルな治療	クリンダマイシン 900 mg を 8 時間毎に静注 + シプロフロキサシン 400 mg を 12 時間毎に静注。あるいはアンピシリン・スルバクタム 3g を 6 時間毎に静注。あるいはタゾバクタム・ピペラシリン (1:8) (ゾシン® : 静注用 4.5 g/V) 4.5 g を 1 日 3~4 回	イミペネム・シラスタチンナトリウム(チエナム®) 500 mg を 6 時間毎に静注。あるいはメロペネム(メロペン®) 1g を 8 時間毎に静注。あるいは上記のセフトリアキソンかセフォタキシムにメトロニダゾール(フラジール®) 500 mg を 6 時間毎に経口	時に混合感染。褥瘡などでは形成外科にコンサルト。特に血管障害に合併するものは嫌気性菌もカバーする。全体として 6 週間以上の抗菌薬治療が必要で最初の 2 週間は静注がよい
<b>経口抗菌薬</b>			
<i>S. aureus</i> (MSSA)	クリンダマイシン 300~450 mg を 6~8 時間毎に経口。あるいはミノサイクリン(ミノマイシン®) 100 mg を 1 日 1 回経口。あるいはレボフロキサシン(クラビット®) 750 mg を 1 日 1 回経口。あるいは ST 合剤 4 錠を 6~8 時間毎に経口		クリンダマイシンは嫌気性菌にも使用可能。また ST 合剤は感受性のあるグラム陰性桿菌にも使用可能
gram-negative bacilli (グラム陰性桿菌)	シプロフロキサシン 750 mg を 1 日 2 回経口。あるいはレボフロキサシン 750 mg を 1 日 1 回経口		黄色ブドウ球菌が対象の場合にはリファンピシンをキノロンに加える
嫌気性菌	メトロニダゾール 500 mg を 6~8 時間毎に経口		
混合感染症	クリンダマイシン + キノロン		咬傷関連: アモキシシリン・クラブラン酸(オーグメンチン®) 875~1,000 mg を 1 日 2 回経口
<i>S. aureus</i> (MRSA) あるいはバンコマイシン耐性腸球菌	リネゾリド		

5) 長骨をプレートや釘で固定した後の骨髄炎(黄色ブドウ球菌, グラム陰性桿菌, 緑膿菌): バンコマイシンカリネゾリド 600 mg 静注・経口 12 時間毎 + セフタジジムかセフェピム



表 XV-12 肺炎球菌の感受性

## A. 髄膜炎以外の場合

	感受性	中間	耐性
ペニシリン G:	≤2	4	8≤
アモキシシリン	≤2	4	8≤
セフトキシム	≤1	2	4≤
セフトリアキソン	≤1	2	4≤

## B. 髄膜炎の場合

	感受性	中間	耐性
ペニシリン G:	≤0.5	1	2≤
セフトキシム	≤0.5	1	2≤
セフトリアキソン	≤0.5	1	2≤

(M100-S18 Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Eighteenth Informational Supplement Vol. 28 (1), Clinical and Laboratory Standards Institute より)

## ② 多剤耐性の問題

- ペニシリンを必ずしも重要視せず、ペニシリン G を薬局にそろえていない病院も少なくないわが国で、「ペニシリン耐性」という事実が与える心理的影響は案外小さいかもしれない。
- しかしペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP) が臨床的に問題になる本当の理由は本菌がペニシリンに耐性であるとき、他の抗菌薬にも耐性であることが非常に多い点にある。
- この意味で本菌はペニシリン耐性肺炎球菌というよりも抗菌薬耐性肺炎球菌 (antibiotic-resistant *S. pneumoniae*) や多剤耐性肺炎球菌 (multi drug-resistant *S. pneumoniae*) と呼んだほうが臨床的な意味がある。
- しかもこの耐性は  $\beta$  ラクタム剤に限らず ST 合剤、マクロライド系、テトラサイクリン系といった全くクラスの異なる重要なペニシリンの代替薬についても及んでいる。
- これは大変なことであり、この問題は考えようによっては元来病原性の小さいバ

## Memo ペニシリン耐性肺炎球菌に対する投与量増加の効果

- ・投与量を増やすことが、すべての抗菌薬の有効性を増加するわけではない。
  - 1. 投与量の増加で効果が上がるもの。
    - ペニシリン系：ペニシリン G, アモキシシリン, ピペラシリン
    - セファロスポリン系：セフトキシム, セフトリアキソン, cefpodoxime, セフェピム
  - 2. 投与量増加が効果に結びつかないもの。
    - ペニシリン系：ticarcillin
    - セファロスポリン系：第 1, 2 世代セファロスポリン。セフトジウム, セフェキシム
    - テトラサイクリン系, ST 合剤
- 注) マクロライド系, キノロン系については不明。