

# 『感染症レジデントマニュアル(第2版)』 第1刷 正誤表

2014年4月現在

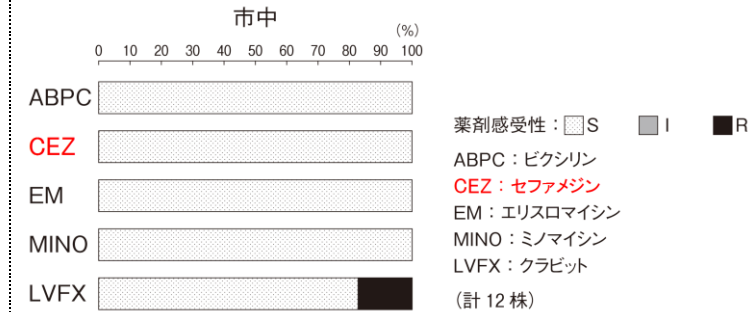
| 訂正箇所  | 誤  | 正   |
|---|--|---|
| 口絵6頁・下から21～19行目   | <i>N. gonorrhoeae</i><br>内服 <u>AMPC(サワシリン)</u> 半合成ペニシリン系<br>注射 <u>ABPC(ピクシリン)</u> 半合成ペニシリン系  | <i>N. gonorrhoeae</i><br>内服 <u>AZM(ジスロマック SR)</u> マクロライド系<br>注射 <u>CTRX(ロセフィン)</u> 第3世代Ceph*系:抗緑膿菌(-)   |
| 口絵6頁・下から7～4行目   | <i>N.gonorrhoeae</i> は、 <u>キノロン系への感受性が低下している一方、古いペニシリンであるAMPC(サワシリン)などへの感受性が良好に保たれている。ただし、地域差が大きいので注意する。</u>   | <i>N.gonorrhoeae</i> は、 <u>ペニシリン系、キノロン系の感受性が低下している。感受性試験に用いる培地の種類、製造元によって結果が大きく異なるので、自施設の方法を確認する必要がある。</u>  |
| 50頁・見出し「1. 髄膜炎」上から5～13行目  | ▶細菌性髄膜炎を疑ったら、<br>①血液培養2セットを採取する。<br>② <u>直ちにempiric therapyを開始する。</u><br>③ <u>髄液検査を行う(髄液への抗菌薬移行には時間がかかるので培養検査もこのタイミングでよい)。</u><br>▶もし、意識レベル低下、focal sign、papilledemaのいずれかがあれば、③の前に頭部CTを行う。頭蓋内圧上昇と判断したら、腰椎穿刺は行わない。<br>▶ <u>グラム染色が抗菌薬選択に重要な位置を占める。</u> | ▶細菌性髄膜炎を疑ったら、<br>①血液培養2セットを採取する。<br>② <u>腰椎穿刺と髄液グラム染色を手際よく行う。</u><br>③抗菌薬を開始する。<br>▶ <u>グラム染色が抗菌薬選択に重要な位置を占める。</u><br>▶もし、迅速に腰椎穿刺とグラム染色を行えない場合は、②と③の順序を逆にして可及的速やかに初回の抗菌薬投与を行う。<br>▶意識レベル低下、focal sign、papilledemaのいずれかがあれば、まず抗菌薬を開始した後、頭部CTを行う。もし、頭蓋内圧上昇と判断したら、腰椎穿刺は行わない。 |
| 64頁・見出し「2) クラミドフィラ・ニューモニア感染症」<br>76頁・1～2行目                      | 2)クラミドフィラ・ニューモニア感染症<br>▶βラクタマーゼ産生株は <u>従来より10～15%</u> のままで増加しておらず、BLNARが近年増加している。  | 2)クラミドフィラ・ニューモニア感染症<br>▶βラクタマーゼ産生株は <u>20～30%</u> のままで増加しておらず、BLNARが近年増加している。 <u>ただし、地域差が著しい。因みに市立堺病院のデータを見ると、BLNARはH.influenzae全体の数%にとどまっている(p.326参照)。</u>   |
| 83頁・見出し「■診断」、6行目  | 大きい検査である。  | 大きい検査である。<br>▶ <u>感度は概ね60～80%だが、発症当日は40～50%にとどまる。</u><br>クラミドフィラ・ニューモニア   |
| 89頁・表10-7(つづき)「起炎菌・病態」欄、上から2つ目                                  | クラミドフィラ・ <u>ニューモニア</u>   | クラミドフィラ・ <u>ニューモニア</u>  |
| 92頁・見出し「Crackle(断続性ラ音)▶early inspiratory crackles」の解説文、上から3～5行目 | ・細気管支レベルの分泌物、呼期末に虚脱した細気管支が <u>呼期</u> 初めに再び開くときの音を反映する  | ・細気管支レベルの分泌物、呼期末に虚脱した細気管支が <u>吸期</u> 初めに再び開くときの音を反映する   |
| 110頁・上から7行目   | CTRX(ロセフィン) 1g、 <u>1日2回</u> 、点滴  | CTRX(ロセフィン) 1g、 <u>1日1～2回</u> 、点滴   |
| 113頁・上から10行目  | SBT/ABPC(ユナンス) <u>1.5g</u> 、1日4回、点滴  | SBT/ABPC(ユナンス) <u>1.5(～3)g</u> 、1日4回、点滴   |
| 118頁・下から1行目   | ▶悪性疾患のとき、胸水細胞診の <u>感受性</u> は60%である。  | ▶悪性疾患のとき、胸水細胞診の <u>感度</u> は60%である。  |
| 140頁・「Memo 心膜摩擦音:3つのphase」欄、1～2行                                | <u>ベル型</u> を胸壁に押し当てて聴く。  | <u>膜型</u> を胸壁に押し当てて聴く。  |
| 141頁・見出し「■疫学/起炎菌 1)4大起炎菌」、3～4行目                                 | ③ <u>グラム陰性桿菌</u><br>④ <u>Candida spp.</u>  | ③ <u>Candida spp.</u><br>④ <u>グラム陰性桿菌</u>   |
| 166頁・見出し「■病歴、身体診察」、3～4行目  | ▶脱水の程度を知る。体重の変化、坐位と立位での血圧と心拍数、JVP(p.139参照)、皮膚turgorを診る。  | ▶脱水の程度を知る。体重の変化、坐位と立位での血圧と心拍数、JVP(p.139参照)、皮膚turgor、 <u>腋窩(乾燥の有無)</u> を診る。  |
| 183頁・見出し「■身体診察」の1行上   | ▶発熱は軽度である(<38℃)。   | ▶発熱は軽度である(<38℃)。 <u>高熱の場合は穿孔を疑う。</u>  |
| 184頁・「Memo 急性虫垂炎の身体診察」欄、見出し「Blumberg徴候」1～3行目                    | <u>右下腹部を圧迫して急に手を離したときに反跳痛がある。</u>  | <u>腹部を緩徐に圧迫して急に手を離すと、より強い疼痛が生じる(=反跳痛)。</u>  |
| 210頁・上から4行目   | VCM(バンコマイシン) (用量はp.389参照)を上記に追加する。   | VCM(バンコマイシン) (用量はp.389参照)を上記に追加する。<br><u>DAP(キゾピン)</u> (p.394参照)も候補のひとつである。   |
| 248頁・上から2行目   | <u>このデータでは、MRSA保菌者全体を</u>  | <u>転入患者の20%がMRSA保菌陽性であり、この保菌者全体を</u>  |
| 280頁・見出し「3)中枢神経系」、4～6行目   | ▶アスペルギルスは血管浸潤性があるため、真菌感染症のリスクのある患者に <u>脳梗塞</u> が発症すると、アスペルギルス感染症を疑うきっかけになることがある。   | ▶アスペルギルスは血管浸潤性があるため、真菌感染症のリスクのある患者に <u>脳梗塞や脳出血</u> が発症すると、アスペルギルス感染症を疑うきっかけになることがある。  |

307頁・上から2行目

321頁・見出し「[3]抗菌薬・感受性(2009～2011年市立堺病院)」以下、グラフを含め、321頁末尾まで全文

▶肺炎の場合は、

[3]抗菌薬・感受性(2009～2011年市立堺病院)



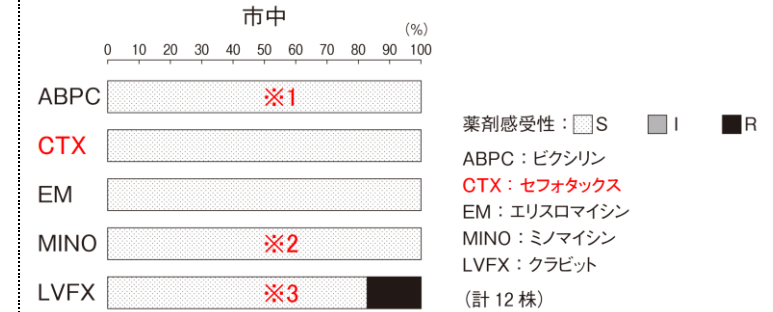
▶わが国でキノロン系薬が著しく乱用されたために、耐性率が高い。  
 ▶一方、かつて耐性化が進み、用いられなくなっていた合成ペニシリン系のABPC(ピクシリン)、AMPC(サワシリン)への感受性が回復している。  
 ▶淋菌の抗菌薬感受性は地域差が大きい。医師は自らが診療する地域の抗菌薬感受性データ(これもひとつの“local factor”)を入手する必要がある。

[4]抗菌薬の選択

- ▶内服：AMPC(サワシリン)、CFIX(セフスパン)
- ▶注射：CTRX(ロセフィン) 単回注射

▶肺炎を注射用ペニシリンで治療する場合は、

[3]抗菌薬・感受性(2009～2011年市立堺病院)



▶全国調査(2008～09年)によると、淋菌の薬剤感受性[S:I:R]は、PCG[6.5:73.7:19.8]、CTRX[99.8:0.2:0]、AZM[96.6:2.8:0.6]、TC(テトラサイクリン)[38.1:43.7:18.2]、CPFX[19.6:1.8:78.6]であり、ペニシリン系、キノロン系への耐性が進行している。  
 ▶※1～※3(グラフ)は全国データとの乖離が著しい。市中病院の多くが淋菌の感受性検査においてコスト等の理由から国際標準のGC寒天培地ではなくチョコレート寒天培地を用いている。後者は製造元により感受性結果の差異が大きい。市立堺病院では使用培地の変更を検討中である。読者も自施設の方法を確認されたい。

[4]抗菌薬の選択

- ▶内服：AZM(ジスロマック SR) 単回
- ▶注射：CTRX(ロセフィン) 単回

●文献

1. 田中正利, 他: 日本全国から分離された淋菌の抗菌薬感受性に関する調査. 感染症誌 85; 360-365, 2011

386頁・上から8～10行目

・内服薬の適応は、以下の疾患である。

- (1)肺炎, 中耳炎, 副鼻腔炎
- (2)性感染症のうち、クラミジア感染症, 軟性下疳

393頁・上から15行目

・肝代謝。よって腎機能低下での用量調節は不要である。

410頁・下から7行目

・内服薬, 注射薬の両方がある。

428頁・表, 左から2列目の上から4行目[「LZD(サイホックス)」の「主な代謝, 排泄経路」]

肝

・内服薬の適応は、主に以下の疾患である。

- (1)肺炎, 気管支炎, 咽頭炎, 中耳炎, 副鼻腔炎, 歯科感染症
- (2)クラミジア感染症, 淋菌感染症, 軟性下疳

・酸化反応により代謝されるが、代謝部位は不明である。腎機能低下時の用量調節は不要である。

・内服薬, 注射薬の両方がある。プロドラッグであるfosfluconazole(F-FLCZ)(フロンゾ)は、注入液量が少なく(1/40)、静注が可能で、loadingのための倍量投与が保険で認められている。

不明