

その処方，
大丈夫ですか？

今さら聞けない 薬の常識

— 歯科処方の不安を安心に変える24講 —

著 中西康大



明日からの処方に 自信と根拠を！



「念のために処方しておこう」「いつもの処方で大丈夫だろう」
そんな“なんとなくの処方”を見直す一冊。

HYORON

第Ⅰ部

その処方, 大丈夫ですか？

場面別 処方のポイント

術後感染性心内膜炎の予防

アモキシシリン（サワシリン®）

1 回 2 g（250mg/カプセルを 8 カプセル）*

または 30mg/kg

* アモキシシリンの場合、処置 1 時間前の投与を 2 g より減量するときは、初回投与 5 ～ 6 時間後にも追加投与 500mg を考慮する。

◆ ペニシリン系（β-ラクタム系）アレルギーの場合

クリンダマイシン（ダラシン®）

1 回 600mg（150mg/カプセルを 4 カプセル）

クラリスロマイシン（クラリス®）**

1 回 400mg（200mg/錠を 2 錠）

アジスロマイシン（ジスロマック®）**

1 回 500mg（250mg/錠を 2 錠）

** AMR 対策として、基本使用すべきではない。供給不足などでアモキシシリンやクリンダマイシンが使用できない場合に限り、使用する。

※ すべて処置 1 時間前に単回投与。

※ この使用法は SSI 予防ではなく、IE 予防であることに注意が必要。

* 対象者は表 4-2（p44・45）参照。

ポイント① 感染性心内膜炎は、観血的処置によって細菌が血管内に侵入し、心臓の弁などに付着し増殖することで発症する遠隔感染症（RI：Remote Infection）。

ポイント② 予防するためには血管内に侵入する際と、心臓の弁に付着し増殖する時期に抗菌薬の濃度を保つ必要がある。

ポイント③ そのため、内服の場合は高用量が必要で、高用量を飲めなかった場合は、弁に付着したり増殖することを抑えたりすることを目的に追加内服が必要で、そのタイミングが初回投与から 5 ～ 6 時間後。

小児への感染症治療のための抗菌薬

アモキシシリン（サワシリン®）

小児量：10～15mg/kg/回を1日3回投与。

*低出生体重児、新生児を対象とした有効性および安全性を指標とした臨床試験は実施していない。

◆ペニシリン系（β-ラクタム系）アレルギーの場合

クリンダマイシン（ダラシン®）

小児量：7.5mg/kg/回を1日2回投与。

*小児等を対象とした臨床試験は実施していない。保険適用にならない場合があるため注意。

アジスロマイシン（ジスロマーク®）

小児量：10mg/kg/回を1日1回投与（3日間のみ）。

*低出生体重児、新生児を対象とした臨床試験は実施していない。保険適用にならない場合があるため注意。

セファクロル（ケフラル®）

小児量：10～15mg/kg/回を1日3回投与。

*ペニシリンアレルギー患者の約15%でセフェム系にもアレルギーを有するため注意が必要。

※投与期間は、成人同様に基本的には3日間で評価。延長する場合はアジスロマイシンを除いてできれば5日間程度にとどめ、改善がなければ高次医療機関に紹介しながら7日までは延長。

（「JAIDS/JSC 感染症治療ガイド2023」より）

小児における感染症の治療

ポイント① 小児も基本的な考えは成人と同じ。

ポイント② 成人とは違って腎機能も肝機能も成熟しておらず、使用量には注意する。

ポイント③ 基本、体重換算のため、処方する際は体重聴取を忘れずに。

第Ⅱ部

今さら聞けない薬の常識 歯科処方の不安を安心に変える24講

第1講～第10講：1 抗菌薬・抗真菌薬・抗ウイルス薬の処方

第11講～第17講：2 鎮痛薬の処方

第18講～第24講：3 その他の処方

1 抗菌薬・抗真菌薬・抗ウイルス薬の処方

抗菌薬はどのようなときに使いますか？

①「感染の定義」から再考する

研修医：先生！ 先ほどう蝕（C2）の治療をしてコンポジットレジンで充填した患者さんが、「歯が痛くならないか心配だから抗菌薬を処方してほしい」と言っています。処方してもいいですか？

指導医：それは、処方する必要がなさそうですね。患者さんに説明しますので、もう一度診療室に入ってもらってください。

研修医：なぜ、処方する必要がないのですか？ 他の先生は、患者さんが“疼痛”や“心配だから”と不安を訴えると抗菌薬と鎮痛薬を出したり、それでも痛みが治らなかつたらもっと強い抗菌薬や鎮痛薬を出していると思います。

指導医：なるほど……，抗菌薬の役割をおさらいしたほうがよさそうですね。

研修医：よろしくお願いします。

抗菌薬はどのようなときに使う？

指導医：抗菌薬は、あくまで感染症に対して処方する薬です。痛み止めではありません。痛みに対して使用するのが鎮痛薬であり、感染症に対して使用するのが抗菌薬です。たしかに、う蝕も感染症の一種ではありますが、今回の場合、C2のう蝕処置なので、感染物質は取り除けているという解釈になります。

研修医：C2の場合、血流が関係していないからということですね。歯髄炎になった場合はどうなりますか？

指導医：歯髄炎は、あくまで炎症です。炎症と感染が違うことも整

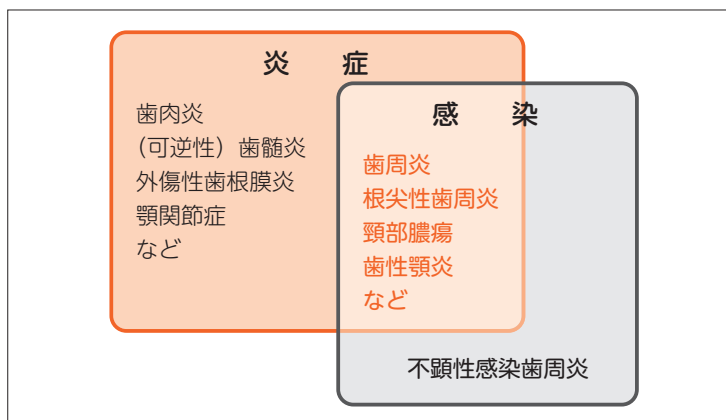


図 1-1 炎症と感染の関係。

理が必要ですね。国家試験でよく出題されると思いますが、炎症の5徴候を覚えていますか？

研修医：はい。発赤・腫脹・熱感・疼痛の4つ、プラス機能障害で5つです。

指導医：そのとおりです。これらの徴候はあくまで炎症の所見であり、イコール「感染」を意味するものではありません。

研修医：感染しているということは、炎症が起こりませんか？

指導医：もちろん、感染していれば炎症は起こります。正確に言えば、感染に対して生体が反応して炎症が起こります。ここで注意してほしいことが、炎症があることイコール「感染」にはなりません。野球のデッドボールなどによる打撲のような外傷でも炎症は起こりますが、イコール「感染」を意味するものではないことはなんとなく理解できると思います（図 1-1）。

研修医：わかりやすいです。たしかに、炎症イコール「感染」とは言えませんね。デッドボールなどによる外傷に対して抗菌薬が必要という考えは起こりませんね。

指導医：ですので、「炎症がある」ということと「感染している」ということを切り分けて考えなければなりません。

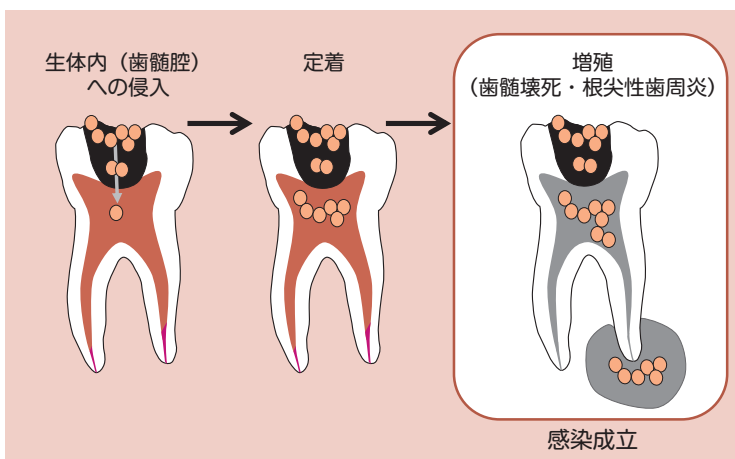


図 1-2 感染の定義.

感染の定義とは？

研修医：具体的に、どのように考えればよいのですか？

指導医：まず「感染」の定義をしっかり頭に入れておくことが重要です。「感染の定義」を言えますか？

研修医：難しいですね。細菌などの微生物がいると感染ですか？

指導医：細菌がいたら感染ではありません。そのようなことになると、皮膚や腸は常に感染していることになってしまいます。舌苔も感染でしょうか？ 違いますよね。微生物がいたら感染ではありません。感染の定義は、「細菌などの病原微生物が生体に侵入し、定着し、増殖すること」と定義されています。

研修医：言われてみれば……ですが、たしかに衛生の授業で習ったかもしれません。

指導医：今回のケースに当てはめてみましょう。歯髄炎から歯髄壊死・根尖性歯周炎への移行で考えるとわかりやすいですね。細菌などの微生物が歯髄腔（生体内）に侵入し、定着して、増殖すると、歯髄炎から歯髄壊死・根尖性歯周炎になる。この状態が「感

染」ということですね（図 1-2）。そのため、歯髄炎が起きる可能性があるからとか、念のためにお守りとしてという理由で抗菌薬を処方すべきではないのです。

研修医：たしかに正論なのかもしれませんが、実際の臨床の現場では、患者さんの立場になって考えると、“念のため”や“お守り”として抗菌薬をもらえると、かなり安心したりすると思うのですが、安心感を提供することも医療の重要な役割ではないですか？

指導医：患者さんを第一に考えようとする姿勢はとても素敵な考えです。安心を提供することは患者さんの信頼にとっても重要です。ですが、本当に患者さんのためになるでしょうか。無駄な抗菌薬の使用が、今は良くて、今後どのような影響をもたらすかについて、われわれはしっかりと理解し、考え、説明する必要もあると思います。

研修医：どういことでしょうか？

指導医：「抗菌薬を世界的に今の量で使用し続けるとどうなるか」を調査したオニールレポートというものがあります。

研修医：どのような内容ですか？

指導医：抗菌薬を処方する人は必ず知っておかないといけない内容です。ひとまず、抗菌薬を必要とする感染の定義は理解できましたか？ 長くなってしまったので、患者さんを診療室に入れてください。オニールレポートも含めたお話は、また次回でしましょう。