歯科領域における抗菌剤の適正使用に向けて

菜の花薬局　薬剤師　中西剛明

顎骨壊死のリスクファクターとして、口腔内細菌の関与が挙げられています。したがって、抜歯後等、口腔内細菌による感染症を防ぐためには、問題となりうる口腔内細菌に対する感受性の高い抗菌剤を使用する必要があります。しかし、代表的な口腔内嫌気性菌である嫌気性*Streptococcu*s属や*plevotella Intermedia*（プレボテラ）に感受性を持ち、かつ、歯科領域でも使用可能な経口抗菌剤は、切り札的存在でもあるカルバペネム系ファロペネム（FRPM：ファロム100mg・150mg）と、近年、適応症の追加が行われたメトロニダゾール（MNZ：フラジール錠250mg）、しかないのが現状です。嫌気性菌に感受性のあるアモキシシリン（AMPC）単独製剤やクリンダマイシン（CLDM：ダラシンカプセル75mg・150mg）は、プレボテラには感受性はありません。

一方で、口腔内細菌が起炎菌となる噛み傷（ヒト、動物のどちらに対しても）に対して第一選択で用いられる抗菌剤は、プレボテラにも感受性のあるAMPCやアンピシリン（ABPC）にβラクタマーゼ阻害剤（CV：クラブラン酸、SBT：スルバクタム）を配合・結合させた抗生物質のオーグメンチン配合錠またはユナシン錠375mgです。また、注射剤ではありますが、ABPC/SBT配合剤は、嚥下障害を抱えた患者さんで発症しやすい、口腔内細菌を起炎菌とする誤嚥性肺炎の治療においても第一選択で用いられる抗生物質製剤です。医科系の口腔内細菌感染症には、まず、これらβラクタマーゼ阻害剤を加えたペニシリン系抗生物質が選ばれているというのが厳然たる事実です。

けれども、これらβラクタマーゼ阻害剤を加えたペニシリン系抗生物質製剤は、歯科領域の感染症には適応がありません。同じ菌を対象にして、診療科の違いによって適応の有無が異なるという現状はいかがなものでしょうか。ましてや、顎骨壊死の危険因子を一つでも減らすことは非常に重要です。おりしも、厚生労働省健康局結核感染症課が「抗微生物薬適正使用の手引き」第一版を公開したばかりです。ここには歯科領域については掲載されていませんが、掲載するには十分に値する分野です。

抗微生物薬の適正使用の観点からは、現状で保険適応のあるカルバペネム系抗生物質FRPMは、その位置づけからして耐性菌の発現に十分注意しなければならないため常用することは好ましくありません。また、MNZは中枢神経障害の危険があるため、体重を勘案した用量調節や、10日を超えるような連用にならないよう注意するなど中毒に配慮して使用しなければいけません。抗菌剤を効果的かつ安全に使用するためには、歯科領域においても第一選択薬として適切と考えられるβラクタマーゼ阻害剤配合の抗生物質製剤の保険適応が強く望まれます。また、ペニシリン系薬剤過敏症のある場合にはCLDMを選択せざるを得なくなります。CLDMには歯科領域の保険適応は顎炎しかなく、他の抗菌剤と合わせ、歯周組織炎、歯冠周囲炎の適応追加も必要と考えられます。これを機会に、歯科領域で用いる抗菌剤について、保険適応を見直していただきたいと提案します。