

1361 専門家による

私の治療 2019-20 年度版

監修 猿田享男 北村惣一郎

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続



▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

日本医事新報社

監修者および編者一覧

監修

猿田享男 (慶應義塾大学名誉教授)

北村惣一郎 (国立循環器病研究センター名誉総長)

編集

- | | |
|-----------------|--|
| §1 救急・症候 | 佐々木淳一 (慶應義塾大学医学部救急医学教授) |
| §2 在宅医療 | 三浦久幸 (国立長寿医療研究センター在宅連携医療部部长) |
| §3 呼吸器疾患 | 中西洋一 (北九州市立病院機構理事長) |
| §4 循環器疾患 | 下川宏明 (東北大学大学院医学系研究科循環器内科学教授) |
| §5 消化管疾患 | 三浦総一郎 (国際医療福祉大学大学院長/防衛医科大学校名誉教授) |
| §6 肝胆膵疾患 | 下瀬川 徹 (みやぎ県南中核病院企業団企業長) |
| §7 腎疾患/水・電解質異常 | 鈴木洋通 (武蔵野徳洲会病院院長/埼玉医科大学名誉教授) |
| §8 神経・筋疾患 | 水澤英洋 (国立精神・神経医療研究センター理事長・総長) |
| §9 血液疾患 | 直江知樹 (国立病院機構名古屋医療センター院長) |
| §10 内分泌・代謝疾患 | 片山茂裕 (埼玉医科大学かわごえクリニック院長/埼玉医科大学理事・名誉教授) |
| §11 膠原病・アレルギー疾患 | 宮坂信之 (東京医科歯科大学名誉教授) |
| §12 感染症 | 館田一博 (東邦大学医学部微生物・感染症学教授) |
| §13 寄生虫症 | 岩田 敏 (国立がん研究センター中央病院感染症部部长) |
| §14 皮膚疾患 | 清水 宏 (北海道大学大学院医学研究院皮膚科学教室教授) |
| §15 整形外科疾患 | 越智光夫 (広島大学 学長) |
| §16 泌尿器科疾患 | 村井 勝 (国際親善総合病院名誉病院長/慶應義塾大学名誉教授) |
| §17 眼科疾患 | 木下 茂 (京都府立医科大学特任講座感覚器未来医療学教授) |
| §18 耳鼻咽喉科疾患 | 森山 寛 (東京慈恵会医科大学名誉教授) |
| §19 歯科・口腔外科疾患 | 柴原孝彦 (東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座教授) |
| §20 婦人科疾患 | 青木大輔 (慶應義塾大学医学部産婦人科教授) |
| §21 産科疾患 | 吉村泰典 (吉村やすのり生命の環境研究所代表理事/慶應義塾大学名誉教授) |
| §22 小児科疾患 | 五十嵐 隆 (国立成育医療研究センター理事長) |
| §23 精神科疾患 | 樋口輝彦 (日本うつ病センター名誉理事長/国立精神・神経医療研究センター名誉理事長) |

監修の言葉

日本医事新報社では、近年における医学・医療研究の著しい進歩により新しい疾患の発見や諸病態の解明が進んだこと、新しい医薬品や医療機器が多数開発されて諸疾患の診断法や治療法が大きく進歩したこと等を考慮して、40年振りに単行本「私の治療」の改訂版『私の治療 2017-18年度版』の発刊を決定した。本書はそれを受けて北村惣一郎先生と相談し、実地医家向けの超実践型の新しい単行本として企画させていただいた。

近年、疾患領域が広がったことから、23領域、1123疾患に関して、診療現場の第一線で活躍されている先生方に特に役立つように、諸疾患の診断のポイントや治療法の解説をお願いすることとした。各診療領域の編者となって下さった先生方に取り上げるべき疾患並びに執筆者の選出をお願いし、執筆を依頼された先生方が本書の趣旨を御理解の上執筆して下さい、皆様の御尽力により目的通りに2017-18年度版が発刊された。

2017-18年度版の発刊から1年が経過し、多くの先生方から色々と貴重な御意見を頂戴した。医療現場で活躍されている先生方は大変御多忙の中でこのような書物を参考とすることが多いことから、日常臨床の現場で遭遇する可能性のある疾患を出来るだけ抜けることなく取り上げて解説をお願いすること、この書物の利用価値を高めるため、忙しい先生方がすぐに目的を果たせるように索引を充実させること、解説は分かりやすく、読みやすい本であることが大切であると考えられた。

今回の改訂に際して以上のような点に十分配慮しつつ、編者については、誠に勝手ながら2017-18年度版で23領域の編者を引き受けて下さった先生方に引き続きお願いすることとした。

ただ、「寄生虫症」については病気で御逝去された竹内勤先生の代わりに、同教室の後任教授であられた岩田敏先生（現在は国立がん研究センター中央病院感染症部部長）に編者をお願いした。また、新たに「救急・症候」は佐々木淳一先生（慶應義塾大学医学部救急医学教授）、「在宅医療」は三浦久幸先生（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部部長）に編者をお願いした。

今回の改訂版の発刊に際して日本医事新報社からの御提案で、各項目の見出しについて、「代表的症状・検査所見」を「診断のポイント」に、「治療の考え方・治療上の一般的注意&禁忌」を「私の治療方針・処方の組み立て方」に、また「典型的治療」を「治療の実際」に変更することになった。

大変御多忙にもかかわらず各領域の編者を担当して下さい下さった先生方、また貴重な時間を使って原稿をお書き下さった先生方に厚く感謝申し上げます。

本書が臨床現場で活躍されている先生方をはじめ、臨床医学の領域に携わる先生方に少しでもお役に立つ実用書であればと願っています。

2019年5月

猿田享男

本書の使い方と特徴

▶本書には、電子版 (HTML版) が付いています。電子版の利用に当たっては、巻末の袋とじに記載されたシリアルナンバーが必要になります。利用法の詳細は巻末 (後見返し) をご参照ください。なお電子版には閲覧期限を設定しておりません*1。

▶本書「私の治療 2019-20年度版」をご購入いただいた方は、2017年に刊行された「私の治療 2017-18年度版」の電子版も併せてご利用いただけます (登録方法は「2019-20年度版」と同様です。Web医事新報にログイン後、マイページに移動、電子コンテンツ「私の治療 2017-18年度版」の右欄「SN登録・確認」ボタン (赤いボタン) をクリックし、シリアルナンバーを入力することで閲覧可能となります。

▶本書電子版の各疾患ジャンル目次部分には、「Q & Aを検索」「トピックスを検索」の2つの検索ボタンがついており、「Q & Aを検索」からは、Web医事新報の疾患データベース「質疑応答」の全項目を、「トピックスを検索」からは、同じくWeb医事新報の疾患データベース「差分解説」の全項目を全文・絞り込み検索できます。

「質疑応答」には、実地医家から寄せられた臨床上の疑問に対する専門家の回答や、専門家同士による臨床的課題のハイレベルな検討・アドバイスなど、各ジャンルにおいて想起される数々の疑問に対する具体的対応法・解決法が掲載されています。「差分解説」はそれぞれのジャンルのトピックスを網羅し、臨床知識をアップデートするものです。

「Q & A (質疑応答) を検索」「トピックス (差分解説) を検索」は、本書の内容を補完し、関連情報を的確に得られることを意

図したWeb付加価値サービスであり、内容は毎週更新、常に新しい情報が付け加えられていきます。

▶本書は臨床家に向け、各疾患の治療方針を明示することを主眼にしています。ただし、現時点では根本的治療法がないものや希少疾患などについても、辞書的な観点から網羅すべきと考え、それらは電子版限定で掲載しています。目次・疾患項目一覧で「Web掲載」とあるものは、電子版にてご覧ください。また、本文の説明を補うために挿入されている画像・写真等は、本書 (紙版) では一律にモノクロで掲載していますが、電子版では、本来カラー画像として扱う必要があるものについてはカラーで表示しています。

▶監修者・編者の肩書は刊行時点のものです。また、執筆者の肩書は原則執筆時点のものであり、その後変更されていることがあります。

▶本書は、各領域の専門家による治療法のエッセンスを集約したものです。基本的にはガイドライン等の診療指針に準拠していますが、それらを踏まえた上で、執筆者自身が临床上最適と考える治療法を記述頂いています。そのため、個別性の高い医療行為においては、本書の内容をそのまま適用することが必ずしも妥当でない場合も考えられます。実臨床においては、本書には触れられていない臨床上の進歩や知見等にも十分ご留意ください。

*1: 電子版の閲覧期間に特段の定めは設けていませんが、ホームページの改修、予期しないサーバトラブル、販売方法・表示手段の変更等によりサービスを停止・中止する場合があります。

本書 (紙版)



Web医事新報無料会員登録
巻末のシリアルナンバー登録

本書を購入することで利用できる Web サービス

- 本書と同じ内容の電子版 (HTML版) の利用
- 旧版 (2017-18年度版) の電子版 (HTML版) の利用
- Web医事新報の疾患データベース「質疑応答」「差分解説」の利用

ネット回線がつながり、ブラウザが立ち上がる環境であれば、常時利用できます。また、基本的に利用期限は設定しておりません (購入から1年以内、2021-22年度版が刊行されるまで、といった有効期限はありません)

本書を購入することで利用できる Web サービスのイメージ



§3 呼吸器疾患

編者 中西洋一(北九州市立病院機構理事)

感染症呼吸器疾患	
§3-1	かぜ症候群(成人) 180
§3-2	インフルエンザ(成人) 181
§3-3	急性気管支炎(成人) 182
§3-4	市中肺炎 183
§3-5	院内肺炎 184
§3-6	医療・介護関連肺炎(NHCAP) 185
§3-7	誤嚥性肺炎 186
§3-8	ニューモシスチス肺炎, サイトメガロウイルス肺炎 187
§3-9	肺膿瘍 188
§3-10	結核 189
§3-11	非結核性肺抗酸菌症 190
§3-12	肺真菌症 191
気道閉塞性疾患	
§3-13	慢性閉塞性肺疾患(COPD) 192
§3-14	びまん性汎細気管支炎 193
アレルギー性肺疾患	
§3-15	気管支喘息(成人) 195
§3-16	過敏性肺炎 196
§3-17	好酸球性肺炎 197
§3-18	アレルギー性気管支肺真菌症(ABPM) 198
§3-19	薬剤性肺炎 199
間質性肺疾患	
§3-20	特発性間質性肺炎(IIPs) 200
§3-21	特発性間質性肺炎(その他の非特異性間質性肺炎, 器質化肺炎) 202
§3-22	放射線肺炎 203
§3-23	肺サルコイドーシス 205
§3-24	膠原病肺 206
腫瘍性肺疾患	
§3-25	小細胞肺癌 207
§3-26	非小細胞肺癌(ドライバー遺伝子変異陽性) 209
§3-27	非小細胞肺癌(ドライバー遺伝子変異陰性) 210
§3-28	転移性肺腫瘍 212
§3-29	肺の良性腫瘍 212
§3-30	縦隔腫瘍 213
肺血管性病変	
§3-31	肺血栓塞栓症 216
§3-32	肺動脈性肺高血圧症 217
§3-33	肺水腫(心原性肺水腫) 218
胸膜疾患	
§3-34	胸膜炎 219
§3-35	膿胸 221
§3-36	胸膜腫瘍(悪性胸膜中皮腫を含む) 222
§3-37	気胸 223
呼吸不全	
§3-38	急性呼吸窮迫症候群(ARDS) 224
§3-39	慢性呼吸不全 225
その他	
§3-40	じん肺症(珪肺, アスベスト肺) 226
§3-41	特発性肺泡低換気症候群 228
§3-42	過換気症候群 229
§3-43	睡眠時無呼吸症候群 230
§3-44	リンパ脈管筋腫症 231
§3-45	肺ランゲルハンス細胞組織球症(PLCH) 232
Web掲載	
§3-46	気管支拡張症
§3-47	IgG4関連呼吸器疾患
§3-48	肺胞蛋白症
§3-49	喘息とCOPDのオーバーラップ
§3-50	α_1 -アンチトリプシン欠乏症
§3-51	無気肺

§3-1 かぜ症候群(成人)

疾患 かぜ症候群とは、病原微生物が感染することによって引き起こされる上気道の急性炎症であり、多くは1週間以内に自然治癒する。

かぜ症候群の原因となる病原微生物はほとんどがウイルスである。200種類を超えるウイルスの関与が知られているが、代表的なものとしてはライノウイルス、コロナウイルス、アデノウイルス、RS(respiratory syncytial)ウイルスなどが挙げられる。

インフルエンザウイルスによる上気道炎は、その感染力と全身症状の強さからかぜ症候群とは区別して扱われる。

■ 診断のポイント

鼻汁、鼻閉、くしゃみ、咽頭痛、咳嗽などの局所症状、悪寒、発熱、頭痛、倦怠感などの全身症状を認めるが、いずれにしても非特異的な症状であり、かつ診断の決め手となる検査法はない。このため、症状と徴候から臨床的な診断がなされているのが現状である。

■ 私の治療方針・処方の組み立て方

病原微生物がウイルスであり、それらに対する特異的な治療法がないことから、安静、保温、加湿、水分補給を基本として、症状に応じた対症療法が中心となる。

患者には対症療法に用いる薬剤の有用性と危険性についての十分な説明を行う必要がある。

発症から1週間を超えて症状や全身状態の悪化を認めるような場合には、患者に再診するよう助言しておくことが望ましい。抗菌薬は無効であり、二次的な細菌感染の存在が確認される場合を除いて投与すべきではない。

■ 治療の実際

【かぜ症状全般】

解熱鎮痛作用を持つサリチルアミドおよびアセトアミノフェン、抗ヒスタミン薬であるメチレンジサリチル酸プロメタジン、中枢神経興奮作用を持つ無水カフェインの配合薬であるPL[®]顆粒を処方する。

▶ **一手指目**: PL[®] 配合顆粒(サリチルアミド270mg/アセトアミノフェン150mg/無水カフェイン60mg/プロメタジンメチレンジサリチル酸塩13.5mg, すべて1g中) 1回1g 1日3回

【発熱、頭痛、疼痛】

発熱はウイルス増殖抑制に効果を示す生体防御反応であることから、薬剤は患者の苦痛が強い場合にのみ、頓用で使用する。作用の緩やかなアセトアミノフェンの使用が推奨されるが、症状の強い場合にはロキソプロフェンナトリウムなどの非ステロイド性抗炎症薬の使用が考慮される。

▶ **一手指目**: カロナール[®] 200mg錠(アセトアミノフェン) 1回2錠 原則1日3回まで(1日最大1500mg, 頓用)

▶ **二手指目**: (症状の強い場合) ロキソニン[®] 60mg錠(ロキソプロフェンナトリウム) 1回1錠 1日3回まで(頓用)

【鼻汁・鼻閉、くしゃみ】

欧米のガイドラインでは、抗コリン薬(イプラトロピウムプロ

ミド)の点鼻が推奨されているが、わが国には同薬の点鼻製剤はないため、抗コリン作用を有する古典的抗ヒスタミン薬が使用されることが多い。

激しい鼻閉症状に対しては、古典的抗ヒスタミン薬に併用して、鼻充血緩和薬の点鼻を行う。

▶ **一手指目**: ポララミン[®] 2mg錠(d-クロルフェニラミン) 1回1錠 1日2~3回

▶ **二手指目**: (一手指目に追加)(激しい鼻閉症状に対して) トラマゾリン点鼻液(トラマゾリン0.118%) 1回2~3滴 1日数回(点鼻, 頓用)

【咽頭痛】

わが国では抗プラスミン薬であるトラネキサム酸の抗炎症作用に期待して同薬を処方することが多い。

▶ **一手指目**: トランサミン[®] 250mgカプセル(トラネキサム酸) 1回1カプセル 1日3回

【咳嗽】

不眠や体力の消耗をきたすような強い乾性咳嗽に対しては中枢性鎮咳薬の使用を考慮する。

喀痰を伴う湿性咳嗽の場合には、去痰薬の処方が優先されるが、不眠や体力の消耗をきたすような強い咳嗽の場合には中枢性鎮咳薬の併用も考慮される。

▶ **一手指目**: メジコン[®] 15mg錠(デキストロメトर्फアン) 1回1~2錠 1日3回, またはアストミン[®] 10mg錠(ジメモルファン) 1回1~2錠 1日3回

▶ **二手指目**: (処方変更) コデインリン酸塩1%散(リン酸コデイン) 1回2g(成分として20mg) 1日3回まで(頓用)

▶ **三手指目**: (喀痰の強い場合単独使用または) 一手指目, 二手指目に追加) ムコダイン[®] 500mg錠(L-カルボシステイン) 1回1錠 1日3回

【細菌による二次感染が疑われる場合】

3日以上の高熱、膿性痰や膿性鼻汁、扁桃腫大や白苔附着、中耳炎や副鼻腔炎合併を認めるような場合には抗菌薬の投与を考慮する。

起炎菌と感染部位によって使用する抗菌薬は変更されるべきであるが、一般的に以下に挙げる薬剤のいずれかが使用されることが多い。

▶ **一手指目**: メイアクトMS[®] 100mg錠(セフジトレン) 1回1錠 1日3回(1日最大600mgまで使用可能), またはフロモックス[®] 100mg錠(セフカペン) 1回1錠 1日3回(1日最大450mgまで使用可能), またはクラリス[®] 200mg錠/クラリシッド[®] 200mg錠(クラリスロマイシン) 1回1錠 1日2回, またはジスロマック[®] 250mg錠(アジスロマイシン) 1回2錠 1日1回(3日間)

☎ 服部 登(広島大学病院呼吸器内科教授)

§3-2 インフルエンザ(成人)

疾患メモ インフルエンザには、A、B、C型があり、前2者が世界的な季節的流行を引き起こす。ほかに、高病原性鳥インフルエンザがあり、多発地域では注意が必要である。ワクチンによる予防と、発症した場合は抗インフルエンザ薬による早期治療が有用である。

現在、わが国では4種類のノイラミニダーゼ阻害薬と1種類のキャップ依存性エンドヌクレアーゼ阻害薬が使用でき、患者の年齢や状態に応じてこれらの薬を使い分ける。RNAポリメラーゼ阻害薬〔アビガン®(ファビピラビル)〕もあるが、新型インフルエンザの場合のように、国が緊急事態と認めた場合のみに使用可とされている(※「§ 12-3」 「§ 22-7」参照)。

■ 診断のポイント

【症状】

1~5日の潜伏期の後、突然の発熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛、関節痛、鼻汁、咽頭痛、咳嗽などのインフルエンザ様症状を認める。

非典型例もあるため、地域の流行状況を勘案し、インフルエンザが疑われる場合には迅速抗原検出キットで検査する。

【検査所見】

迅速抗原検出キットが頻用されているが、発症早期には偽陰性となる可能性があるため、注意が必要である。

特に、発症後12時間以内の検査陽性率は低く、強く疑う場合には時間を置いて再検査を行う。

■ 私の治療方針・処方のお組み立て方

症状発現からできるだけ早期、特に48時間以内の投与を心がける。48時間を経過していても、症状が持続している場合は投与を考慮する。特に重症化するリスクがある場合は投与する。迅速抗原検出キットが陰性でも、インフルエンザを強く疑う場合は、治療を優先する場合もある。

中等症、重症例には、内服、点滴製剤の使用を優先する。

吸入薬を使用する際には、しっかり吸入ができることを確認する。コンプライアンスが懸念される場合には、単回投与のものを念頭に置く。

厚生省は、タミフル®(オセルタミビル)の10代患者への使用差し控えを解除したが、インフルエンザ治療にあたっては、どの薬剤を使用する場合でも異常行動の注意喚起を行う。

■ 治療の実際

【軽症】

軽症例においては、以下の内服薬や吸入薬を年齢や状態に合わせて投与する。

▶ **一手指目**: タミフル®75mgカプセル(オセルタミビル)1回1カプセル1日2回(5日間)、またはリレンザ®(ザナミビル)1回2ブリストア(10mg)1日2回(吸入、5日間)、またはイナビル®(ラニナビル)1回2容器(40mg)単回(吸入)、またはゾフルーザ®20mg錠(バロキサビル)1回2錠 単回(体重80kg以上は20mg錠4錠を投与)

【中等症】

中等症においては、以下の内服薬や点滴を投与する。

▶ **一手指目**: タミフル®75mgカプセル(オセルタミビル)1回1カプセル1日2回(5日間)、またはゾフルーザ®20mg錠(バロキサビル)1回2錠 単回(体重80kg以上は20mg錠4錠を投与)、またはラビアクタ®(ペラミビル)点滴静注液(300mg/60mL)1バッグ 単回(15分以上かけて点滴静注)

【重症】

経口投与困難な重症例においては、以下の点滴を投与する。

▶ **一手指目**: ラビアクタ®(ペラミビル)点滴静注液(300mg/60mL)1回2バッグ1日1回(15分以上かけて点滴静注、症状に応じて連日反復投与可)

【その他】

ゾフルーザ®(バロキサビル)は新規薬剤で、タミフルと比較し有用との報告があるが、その位置づけは、今後の症例集積の結果による。

高病原性鳥インフルエンザの関与が疑われ、重症化が予想される場合などには、タミフル®75mgカプセル(オセルタミビル)1回2カプセル1日2回(5日間)が用いられた報告がある(保険適用外)。

■ 偶発症・合併症への対応

インフルエンザ脳症に伴う異常行動が起こりうるため、注意が必要である。

インフルエンザに合併する細菌性肺炎の起炎菌としては、肺炎球菌、インフルエンザ桿菌、黄色ブドウ球菌の頻度が高い。細菌性肺炎の合併が疑われる患者では、可及的早期に適切な抗菌薬を投与する。

■ 非典型例への対応

軽症のインフルエンザ患者が存在する。インフルエンザ様症状を認めない患者でも、流行状況によっては、積極的に迅速抗原検出キットを使用する。

■ 高齢者への対応

高齢者では、典型的な症状に乏しい場合がある。また、インフルエンザ罹患後に細菌性肺炎を合併する頻度も高く、慢性呼吸器疾患などの基礎疾患を有する高齢者においては、肺炎の合併に注意する。

【文献】

- 1) Dobson J, et al: Lancet. 2015; 385(9979): 1729-37.
- 2) Muthuri SG, et al: Lancet Respir Med. 2014; 2(5): 395-404.

【参考資料】

- ▶ 日本臨床内科医会インフルエンザ研究班、編:インフルエンザ治療マニュアル2017-2018年シーズン版(第12版). 日本臨床内科医会, 2018.
- ▶ 日本感染症学会・新型インフルエンザ対策委員会: 日本感染症学会提言 抗インフルエンザ薬の使用適応について(改訂版), 2011. [http://www.kansensho.or.jp/guidelines/110301soiv_teigen.html#n03]
- ▶ 厚生労働省: 成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン. 第2版, 2017. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000190793.pdf]

☞ 下野信行(九州大学病院グローバル感染症センターセンター長)

§3-3 急性気管支炎(成人)

疾患 急性気管支炎(急性気道感染症)は気管支を主病変とした急性の炎症で、かぜ症候群や急性上気道炎に続発することが多い。下気道に器質的障害のある患者に気道感染が生じた場合を慢性気道感染症と称し、その病態と経過が急性気道感染症とは異なるため区別して取り扱う。

■ 診断のポイント

炎症が下気道主体のため上気道炎症状に比べ咳嗽が強く、喀痰や発熱を伴いやすい。

■ 私の治療方針・処方の組み立て方

対症療法が中心で、十分な安静と水分補給(水分の低下は口腔乾燥や痰の切れを悪くするため)が必要である。

健常者では抗菌薬が予後に大きな影響を及ぼさないため、耐性菌誘導の観点から抗菌薬処方可能な限り慎まなければならない(表)¹⁾。

高齢者や基礎疾患を有する患者[慢性呼吸器疾患, 心疾患, 腎疾患, 免疫不全状態(HIV感染, 担癌患者, 化学療法中), 糖尿病]などのハイリスクグループは、急性気道感染後に二次性細菌感染を引き起こす可能性が高く、また細菌感染を発症した場合に重症化しやすいため抗菌薬が必要となる¹⁾。

鎮咳薬(メジコン[®], リン酸コデイン)は喀痰を伴う場合には原則として使用を避け、咳嗽による体力消耗や睡眠障害の改善を目的として使用する。細菌性気管支炎では喀痰排出を促すことは有用であり、去痰薬(ムコダイン[®], ムコソルバン[®])を使用する。気道系へ移行の悪い抗菌薬の使用は耐性菌出現を増長させる。新世代経口セフェム薬は気道への組織移行の低いものが多く、エンピリックに低用量で用いることは望ましくない。また、βラクタム系薬の気道病巣への移行は、炎症の急性期には比較的良いが、炎症の消退に伴って移行濃度が低下する。

高齢者や基礎疾患を有する患者を除き、耐性菌の蔓延を防ぐため抗菌力が強く、抗菌域の広いキノロン薬などをエンピリック治療の第一選択薬としない。

■ 治療の実際

【健常成人】

対症療法が中心で、安静、水分・栄養補給、睡眠が基本である。

▶ **一丁目**: PL[®]配合顆粒(サリチルアミド270mg/アセトアミノフェン150mg/メチレンジサリチル酸プロメタジン13.5mg/無水カフェイン60mg, すべて1g中)1回1g 1日3回

▶ **二丁目**: (処方変更) ムコダイン[®]500mg錠(カルボシステイン)1回1錠 1日3回, ロキソニン[®]60mg錠(ロキソプロフェンナトリウム)1回1錠 1日3回, デザレックス[®]5mg錠(デスロラタジン)1回1錠 1日1回 併用

▶ **三丁目**: (一丁目または二丁目追加) セレスタミン[®]配合錠(ベタメタゾン/d-クロルフェニラミン)1回2錠 1日1回(就寝前)

【百日咳, マイコプラズマ, クラミジアが同定された場合】

▶ **一丁目**: クラリス[®]200mg錠/クラリシッド[®]200mg錠(クラリスロマイシン)1回1錠 1日2回(朝・夕食後), またはジスロマック[®]250mg錠(アジスロマイシン)1回2錠 1日1回(朝食後)

▶ **二丁目**: (処方変更) ミノマイシン[®]100mg錠(ミノサイクリン)1回1錠 1日2回(朝・夕食後)

▶ **三丁目**: (処方変更) ジェニナック[®]200mg錠(ガレノキサシン)1回2錠 1日1回(朝食後), またはグレースビット[®]50mg錠(シタフロキサシン)1回2錠 1日1回(朝食後), またはアベロックス[®]400mg錠(モキシフロキサシン)1回1錠 1日1回(朝食後)

【インフルエンザが同定された場合】

ノイラミニダーゼ阻害薬を使用するが、発症から48時間以内に投与を開始することが基本である。

▶ **一丁目**: タミフル[®]75mgカプセル(オセルタミビル)1回1カプセル 1日2回(朝・夕食後), またはリレンザ[®](ザナミビル)1回2ブリスター(10mg)1日2回(朝・夕食前, 吸入), またはイナビル[®](ラニナミビル)1回2容器(40mg)1日1回(吸入), またはゾフルーザ[®]20mg錠(バロキサビル)1回2錠 1日1回

表 急性気管支炎に対する抗菌薬療法の有用性に関するメタ解析

研究	対象	患者	結果
Fahey(1998)	8研究 n = 717	急性咳嗽	7~11日目での咳嗽の改善に差なし 7~11日目での臨床改善の失敗に差なし 副作用に差なし
Smucny(1998)	9研究 n = 779	急性咳嗽	咳嗽は改善 治療失敗例の減少(主治医判断) 湿性咳嗽の期間短縮 湿性咳嗽, 行動制限, 副作用に差なし
Bent(1999)	8研究 n = 727	急性気管支炎	半日以内の咳嗽または喀痰の減少 膿性痰, 仕事休みの日数に差なし
Saint(1995)	9研究 n = 1101	COPD増悪	peak expiratory flow rateが 抗菌薬群で11L/分

(文献1より引用)

- ▶ **二日目**: (処方変更) ラピアクタ[®]注 (ペラムビル) 1回300mg 1日1回 (点滴静注, 重症度に応じて1回600mg 1日1回点滴静注あるいは300mg連日反復投与可)

【細菌による二次感染が疑われる場合】

顔面痛を伴う急性鼻・副鼻腔炎, 溶連菌性咽頭炎, 一側だけの扁桃炎・扁桃周囲炎・扁桃周囲膿瘍, 肺炎を除外できない急性気管支炎症例などでは抗菌薬を考慮する。

- ▶ **一日目**: オグメンチン[®]配合錠250RS (アモキシシリン250mg/クラバン酸125mg) 1回1錠1日4回 (毎食後, 就寝前)

- ▶ **二日目**: (処方変更) クラビット[®]500mg錠 (レボフロキサシン) 1回1錠1日1回 (朝食後)

- ▶ **三日目**: (処方変更) ジェニナック[®]200mg錠 (ガレノキサシン) 1回2錠1日1回 (朝食後), またはグレースビット[®]50mg錠 (シタフロキサシン) 1回2錠1日1回 (朝食後), またはアベロックス[®]400mg錠 (モキシフロキサシン) 1回1錠1日1回 (朝食後)

【肺に基礎疾患がある場合】

肺に基礎疾患を有する患者では, キノロン系抗菌薬が有効率, 再発率, 再投与率などで他の抗菌薬に優れるため第一選択となる。

- ▶ **一日目**: ジェニナック[®]200mg錠 (ガレノキサシン) 1回2錠1日1回, またはグレースビット[®]50mg錠 (シタフロキサシン) 1回2錠1日1回, またはグレースビット[®]50mg錠 (シタフロキサシン) 1回2錠1日1回 (朝食後), またはアベロックス[®]400mg錠 (モキシフロキサシン) 1回1錠1日1回

- ▶ **二日目**: (処方変更) クラビット[®]注 (レボフロキサシン) 1回500mg 1日1回 (点滴静注)

【集団感染時への対応】

学校や大学, 家族内などで百日咳やマイコプラズマの集団感染が, また毎年インフルエンザの集団感染が発生している。感染者発生時に最も重要なことは周囲への感染を防ぐことであり, 無症候者への予防投与も考慮する。

【慢性閉塞性肺疾患患者への対応】

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) は気道ウイルス感染および細菌感染を契機に増悪し, 増悪は死亡率増加に関係する。マクロライドの喀痰減少作用, 気道炎症抑制作用, ウイルス感染抑制作用を根拠に, これまで多くの臨床試験が行われてきたが, いずれの報告も増悪を有意に減少させている。

■ 専門医へ相談するタイミング

抗菌薬を投与しても咳嗽が遷延する (3週間以上) 症例では, 基礎にアレルギー性疾患など (咳喘息, 喘息, アトピー咳嗽, GERD など) が隠れている場合があるため, 専門医に相談する。

■ ケアおよび在宅でのポイント

含嗽や手洗いが重要で, 極度の乾燥や寒冷を避け, 喫煙や飲酒, 睡眠時間, ストレス回避などを含めた生活習慣の是正を図る。症状の持続 (4日以上) や悪化がみられる場合, 新規症状が現れた場合には再度受診をする。

高齢者や慢性肺疾患を有する患者にはインフルエンザワクチン

と肺炎球菌ワクチンの接種が有効である。

【文献】

1) Flaherty KR, et al: Postgrad Med. 2001; 109(2): 39-47.

◎ 宮下修行 (関西医科大学附属病院呼吸器・感染症内科診療教授)

§3-4 市中肺炎

疾患 在宅で市中生活を送っている人に発症する肺炎で
メモ あるが, 健康な若年者から基礎疾患を有する高齢者まで幅広い患者層を包括する。

■ 診断のポイント

上気道炎様症状に続いて, 発熱, 全身倦怠, 食欲不振などの全身症状および咳嗽, 喀痰, 胸痛, 呼吸困難などの呼吸器症状が認められる。

細菌性肺炎では膿性痰の喀出が特徴的であるが, 非定型肺炎では喀痰を欠如し頑固な乾性咳嗽が持続することが多い。重症化すると, 頻呼吸, 喘鳴, チアノーゼ, 血圧低下, 意識状態低下が認められることがある。

■ 私の治療方針・処方の組み立て方

SOFAスコア, qSOFAスコアを用いて, 敗血症の有無を判定する。

重症度を規定し, 外来治療か入院治療かを決定する。原因が判明すれば標的治療を行うが, エンピリックに治療を行う時は, ガイドライン¹⁾の鑑別基準に従い, 大きく細菌性肺炎か非定型肺炎かを鑑別する。

抗菌薬を適切な用量で使用し, 決められた時間に投与する。

抗菌薬の禁忌, アレルギーに留意する。

■ 治療の実際 (エンピリック治療の場合)¹⁾²⁾

【軽度】

外来治療となるため経口の抗菌薬を投与する。

〈細菌性肺炎疑いの場合〉

- ▶ **一日目**: オグメンチン[®]配合錠250RS (アモキシシリン250mg/クラバン酸125mg) 1回1錠1日3~4回 (毎食後, 就寝前), サワシリン[®]250mgカプセル (アモキシシリン) 1回1錠1日3~4回 (毎食後, 就寝前) 併用

- ▶ **二日目**: (処方変更) ジェニナック[®]200mg錠 (ガレノキサシン) 1回2錠1日1回 (朝食後)

〈非定型肺炎疑いの場合〉

- ▶ **一日目**: ジスロマック[®]SRドライシロップ (アジスロマイシン) 1回2g (1回服用)

- ▶ **二日目**: (処方変更) クラビット[®]500mg錠 (レボフロキサシン) 1回1錠1日1回 (朝食後)

【中等度】

入院の上, 静注抗菌薬を使用する。原因が判明すれば狭域の抗菌薬に変更する (de-escalation)。無効の場合は, 重症例に準じた抗菌薬投与を行う。

〈細菌性肺炎疑いの場合〉

- ▶ **一日目**: ユナシン[®]-S注 (スルバクタム/アンピシリン) 1回1.5g 1日4回 (6時間ごと, 点滴静注)

▶ **二日目**: 〈一手目に追加〉クラビット®注(レボフロキサシン) 1回500mg 1日1回(点滴静注)

〈非定型肺炎疑いの場合〉

▶ **一日目**: ジスロマック®注(アジスロマイシン) 1回500mg 1日1回(点滴静注)

▶ **二日目**: 〈処方変更〉ミノマイシン®注(ミノサイクリン) 1回100mg 1日2回(12時間ごと, 点滴静注)

▶ **三日目**: 〈処方変更〉クラビット®点滴静注バッグ500mg/100mL(レボフロキサシン) 1回1バッグ1日1回(点滴静注)

【重度】

原因不明の場合, 非定型病原体もカバーした広域抗菌スペクトルの抗菌薬を併用する。原因が判明すればde-escalationを行う。

▶ **一日目**: メロペン®注(メロペネム) 1回0.5~1g 1日3~4回(6~8時間ごと, 点滴静注), ジスロマック®注(アジスロマイシン) 1回500mg 1日1回(点滴静注) 併用

▶ **二日目**: 〈処方変更〉ゾシン®注(タゾバクタム/ピペラシリン) 1回4.5g 1日3~4回(6~8時間ごと, 点滴静注), クラビット®注(レボフロキサシン) 1回500mg 1日1回(点滴静注) 併用

■ 偶発症・合併症への対応

膿瘍形成時には, 抗菌薬投与期間の延長が必要となる。

胸膜炎合併時には, 胸水ドレナージを要することもある。

呼吸不全合併時には, 酸素療法や人工呼吸療法も考慮する。

■ 非典型例への対応

高齢者では, 非典型的な症状(全身倦怠, 精神症状など)を示すことも多いので, 肺炎を疑うことが重要である。

心不全, 薬剤性肺炎, アレルギー性肺炎, 腫瘍性疾患など, 肺炎様の陰影を呈する疾患は多いため, 鑑別を行う。

■ 高齢者への対応

高齢者では, 発熱を欠如することや, 精神症状などの非典型的な症状を呈することがあるので留意する。

誤嚥が関与していることが多いため, 嚥下機能を確認する。

脱水や電解質異常をきたしやすいので注意する。

普段よりインフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの接種を勧める。

■ ケアおよび在宅でのポイント

在宅の場合は, 安静を保ち, 栄養と水分補給に留意する。

外来治療を行っていても, 症状増悪時には, すぐに医療機関を受診させるようにする。

マイコプラズマ肺炎やクラミドフィラ肺炎は家族内で伝播する可能性があるため, 在宅で介護する場合は, マスク着用等を行うよう注意する。

【文献】

1) 日本呼吸器学会 成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会: 成人肺炎診療ガイドライン2017. 日本呼吸器学会, 2017.

2) Mandell LA, et al: Clin Infect Dis. 2007; 44 Suppl 2: S27-72.

◎ 石田 直(倉敷中央病院呼吸器内科主任部長)

§3-5 院内肺炎

疾患 院内肺炎は, 入院後48時間以降に新しく発症した
メモ 肺炎である。

院内感染症において頻度が高く, わが国における死亡率は30.4%と高い。

免疫抑制下の患者に生じることが多い。

■ 診断のポイント

胸部X線写真のみで正確な診断を行うことはしばしば難しく, 必要に応じて胸部CT検査などを用いる。

胸部X線写真・胸部CT検査での新たな異常陰影の出現に加え, 発熱, 咳嗽, 膿性痰の出現, 白血球数やCRPの異常(増加もしくは低下)などから疑い, 院内肺炎としての治療開始を考慮する。

意識障害の有無, 呼吸数の増加, 経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)の低下にも注意する。

■ 私の治療方針・処方の組み立て方

「誤嚥性肺炎のリスク」や「疾患終末期・老衰状態の判断」を行い, 肺炎の治療が患者のQOLを改善させるかどうかを評価する。その上で, 「敗血症の有無」, 「重症度の判断(表)」, 「耐性菌リスクの有無」を評価し, 抗菌薬の選択を行う。

表 重症度分類(I-ROAD)

生命予後予測因子 (5項目)	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍または免疫不全状態 意識レベルの低下 SpO₂ > 90%を維持するためにFI0₂ > 35%を要する 男性70歳以上, 女性75歳以上 乏尿または無尿
肺炎重症度規定因子 (2項目)	<ul style="list-style-type: none"> CRP ≥ 20mg/dL 胸部X線写真陰影の広がりが一側肺の2/3以上
軽症群	上記の生命予後予測因子の0~2項目のみを満たす症例のうち, 肺炎重症度規定因子の2項目のいずれも満たさない
中等症群	上記の生命予後予測因子の0~2項目のみを満たす症例のうち, 肺炎重症度規定因子の2項目のいずれか1つ以上を満たす
重症群	上記の生命予後予測因子の3項目以上を満たす

§18 耳鼻咽喉科疾患

編者 森山 寛(東京慈恵会医科大学名誉教授)

外耳の疾患	
§18-1	外耳道炎 1176
§18-2	外耳道湿疹 1176
§18-3	外耳道異物 1178
§18-4	先天性耳瘻孔 1179
§18-5	小耳症・先天性外耳道閉鎖症 1181
§18-6	サーファーズイヤー 1182
§18-7	耳垢栓塞 1183
§18-8	ラムゼイ・ハント症候群 1184
§18-9	特発性顔面神経麻痺(ベル麻痺) 1185
§18-10	外傷性鼓膜穿孔 1186
中耳の疾患	
§18-11	鼓膜炎 1187
§18-12	乳様突起炎(乳突洞炎) 1188
§18-13	急性中耳炎 1189
§18-14	慢性中耳炎 1192
§18-15	滲出性中耳炎 1192
§18-16	好酸球性中耳炎 1193
§18-17	真珠腫性中耳炎 1196
§18-18	耳硬化症 1198
§18-19	耳管開放症・耳管狭窄症 1199
§18-20	耳小骨奇形 1199
内耳・後迷路の疾患	
§18-21	先天性難聴 1200
§18-22	突発性難聴 1202
§18-23	音響外傷・騒音性難聴 1203
§18-24	老人性難聴 1205
§18-25	薬剤性難聴 1206
§18-26	心因性難聴 1207
§18-27	内耳炎 1208
§18-28	外リンパ瘻 1209
§18-29	メニエール病 1211
§18-30	前庭神経炎 1212
§18-31	良性発作性頭位めまい症 1214
§18-32	聴神経腫瘍 1215

鼻・副鼻腔疾患	
§18-33	鼻中隔湾曲症 1216
§18-34	鼻出血 1217
§18-35	アレルギー性鼻炎 1218
§18-36	急性副鼻腔炎 1220
§18-37	慢性副鼻腔炎 1221
§18-38	好酸球性副鼻腔炎 1222
§18-39	副鼻腔真菌症 1223
§18-40	副鼻腔嚢胞 1226
§18-41	鼻茸(鼻ポリープ) 1226
§18-42	鼻骨骨折 1227
§18-43	上顎洞癌 1229
口腔・咽頭・喉頭疾患	
§18-44	口内炎 1230
§18-45	扁桃肥大・アデノイド増殖症 1232
§18-46	咽頭炎 1233
§18-47	喉頭炎 1235
§18-48	扁桃炎 1236
§18-49	扁桃周囲炎・扁桃周囲膿瘍 1238
§18-50	急性喉頭蓋炎 1239
§18-51	咽後膿瘍 1240
§18-52	深頸部膿瘍 1241
§18-53	声帯結節・声帯ポリープ 1242
§18-54	急性声門下喉頭炎(クループ) 1244
§18-55	反回神経麻痺・喉頭麻痺 1245
§18-56	嚥下障害 1246
§18-57	音声言語障害 1247
§18-58	咽喉頭異常感症 1249
§18-59	喉頭癌 1250
§18-60	上咽頭癌 1251
§18-61	中咽頭癌 1253
§18-62	下咽頭癌 1254
§18-63	舌癌 1255
§18-64	耳下腺腫瘍 1256
§18-65	味覚障害 1257
§18-66	歯性上顎洞炎(歯性副鼻腔炎) 1258
§18-67	喉頭肉芽腫 1259

§18-1 外耳道炎

疾患 外耳道炎は、外耳道軟骨部、骨部の炎症である。

メモ 軟骨部に生じる耳癬(急性限局性外耳道炎)と骨部の炎症であるびまん性外耳道炎がある。

■ 診断のポイント

原因には耳かきなどの機械的刺激、補聴器装用、水泳、慢性中耳炎の耳漏などがある。

症状は耳痛、癢痒感、耳漏である。耳介を牽引すると痛みが増強する。耳介の牽引痛は急性中耳炎との鑑別点である。

耳癬は激しい耳痛を訴える。

■ 私の治療方針・処方の組み立て方

耳漏のある場合は菌検査を行う。

耳癬は皮脂腺、耳垢腺の黄色ブドウ球菌感染である。びまん性外耳道炎は黄色ブドウ球菌、緑膿菌が検出される。時に表在性真菌症として外耳道真菌症を合併することがある。原因は慢性中耳炎の耳漏、補聴器装用、抗菌薬、副腎皮質ステロイドの長期連用などである。*Aspergillus*、*Candida*が多く検出される。耳かきの習慣、補聴器装用歴などの誘因の有無を調べる。耳かき習慣を止めさせることはとても大切である。

慢性中耳炎で耳漏がある場合、中耳炎の治療も同時に行う。

■ 治療の実際

1) 耳癬

【軽症】

〈膿瘍形成のない場合〉

抗菌薬含有軟膏、または副腎皮質ステロイド含有抗菌薬軟膏を塗布する。

▶ **一手指目**: ゲンタシン軟膏0.1% (ゲンタマイシン) 1回適量 1日1~2回 (塗布)

・痒みの強い時

▶ **一手指目**: リンデロン®VG軟膏0.12% (吉草酸ベタメタゾン・硫酸ゲンタマイシン配合軟膏) 1回適量 1日1~2回 (塗布)

【中等症】

外耳道に膿瘍がある場合は切開、排膿処置を行う。その後抗菌薬含有軟膏、または副腎皮質ステロイド含有抗菌薬軟膏を塗布する。外耳道の腫脹が高度の場合、軟膏ガーゼ、スポンジで外耳道を圧迫タンポンする。疼痛には適宜消炎鎮痛薬を投与する。必要に応じ経口抗菌薬を投与する。

▶ **一手指目**: メイアクト®100mg錠 (セフゾリン®) 1回1錠 1日3回、またはセフゾン®100mgカプセル (セフジニル) 1回1カプセル 1日3回

・痛みに対して

▶ **一手指目**: カロナール® (アセトアミノフェン) 10~15mg/kg/回 (頓用)

2) びまん性外耳道炎

【軽症】

抗菌薬含有軟膏、抗菌薬 (耳科用)、または副腎皮質ステロイド含有抗菌薬軟膏を塗布する。耳漏のある場合は先に外耳道を生理食塩水で洗浄する。炎症が高度の場合、経口抗菌薬を投与する。

▶ **一手指目**: ゲンタシン®軟膏0.1% (ゲンタマイシン) 1回適量

1日1~2回 (塗布)

▶ **二手指目**: 〈一手指目に追加〉タリビット®耳科用液0.3% (オフロキサシン) 1回6~10滴 1日2回 (点耳)

・痒みの強い時

▶ **一手指目**: リンデロン®VG軟膏0.12% (吉草酸ベタメタゾン・硫酸ゲンタマイシン配合軟膏) 1回適量 1日1~2回 (塗布)

【中等症】

点耳薬で改善しない場合: メイアクト®100mg錠 (セフゾリン®) 1回1錠 1日3回

【重症】

耳漏より緑膿菌、MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) が検出された場合。

ブロー液 (13%酢酸アルミニウム液) を使用することがある。ブロー液で外耳道を耳浴するか、綿球にブロー液を浸し外耳道、鼓膜上に数分置いておく。ブロー液には内耳障害、顔面神経麻痺の報告¹⁾もあり、穿孔のある耳には使用しない。

■ 偶発症・合併症への対応

外耳道から真菌が検出された場合は、外耳道を清掃し、その後ピオクタニン® (ゲンチアナブルー)、イソジンなどで消毒し、抗真菌薬を塗布する。細菌感染との混合感染では、真菌の治療を優先させる。きわめて難治例以外、経口抗真菌薬を投与することはない。

▶ **一手指目**: アスタット®クリーム0.1% (ラノコナゾールクリーム) 1回適量 1日1~2回 (塗布)

■ ケアおよび在宅でのポイント

外耳道炎は耳かきによる機械的刺激が原因のことが最も多い。頻回に耳かきをする人に外耳道炎が多く、必要のない耳かきを止めるように指導する。

補聴器のイヤーマールド、耳栓などが原因の場合、素材の変更、形状の変更が必要となる場合もある。

慢性中耳炎で耳漏のある場合は、中耳炎の治療も行う。真菌の感染では、補聴器の装用や耳栓の使用を一時的に控えさせる必要がある。

【文献】

1) 山野貴史, 他: 耳鼻と臨床. 2014; 60(6): 213-9.

◎ 小林一女 (昭和大学医学部耳鼻咽喉科学講座教授)

§18-2 外耳道湿疹

疾患 外耳道は、軟骨部外耳道と骨部外耳道とにわけら

メモ れる。外耳道は非常に刺激を受けやすい部位であり、特に軟骨部外耳道は浅いところに位置するため、指、耳かき、綿棒などの刺激を受けやすい。

症状は、耳のかゆみ、耳漏(滲出液の漏出)、外耳道の薄い痂皮などである。耳を触らないように指導することが大切である。

■ 診断のポイント

外耳道の手前に湿疹が広がっていることを確認する。外耳道の表面が乾燥・菲薄化していることが多い。耳垢がまったくなく、

ツルツルしている外耳道をみたら要注意である。

外耳道湿疹は、非常に長い間の皮膚刺激によってつくられる。耳を触る習慣のある人に起こりやすいことと関係している。普段から耳がかゆくなり、耳を触るという悪循環ができてしまう。後藤¹⁾は、これを「かゆみの悪循環」と言っている。水が入った場合に触ると、皮膚がより傷みやすい。特にアレルギーのあるアトピー体質の場合はなおさらであり、慢性痒痒感によってどうしても指や綿棒でこすることが多くなる。皮膚は、角化層がこすられることで菲薄化し、湿潤やそれに感染を伴うとかゆみが出現する。かゆみのために皮膚刺激を続けると、皮下組織からの滲出液の漏出と感染が進み、いっそうかゆみを増して乾燥し痂皮を作る(図1)。かゆみと皮膚の発赤・湿潤の繰り返しになり、滲出液に感染が加わるとさらにかゆみが増してくる。皮膚湿疹はこするほどその範囲が広がり、外耳道入口部周囲や耳介にまで広がってくる。

■ 私の治療方針・処方のお組み立て方

耳を触ることにより軽快・治療が難しくなる疾患である。耳がかゆく耳を触る、さらに滲出液の漏出、痂皮の形成、これが気になり、また耳を触ることの繰り返しを断ち切ることが重要である。薬を使いながら耳を触っては治らないことを十分に説明することが重要である。

日頃から不用意な耳掃除を避けることが必要であり、耳掃除は2週間に1回で十分であると説明している。

皮膚が菲薄化して滲出性耳漏が出てくる場合は細菌培養検査を、かゆみがとれないなど難治性の場合には、アレルギー検査を行う。

■ 治療の実際(表)

【軽症】

▶ **一手指目**：ネオメドロール[®]EE(フラジオマイシン、メチルプレドニゾロン)塗布(受診時のみ)と生活指導(耳掃除の禁止を伝える)

▶ **二手指目**：(一手指目に追加)：リンデロン[®](ベタメタゾン)点耳(かゆいときのみ)

点耳を自分で行う場合には手元が見えないので、的確に外耳道内へ薬液が滴下できているのかという問題が残ることがある。上手く滴下できないときは、家族などに点耳して頂くのが良い。点耳後は、数分してから点耳側をティッシュペーパーなどを耳に当てて下にし、排液した後は触らない。

【中等症】

▶ **一手指目**：リンデロン[®](ベタメタゾン)点耳を1日2~3回
注意点は軽症と同じである。

▶ **二手指目**：(一手指目に追加) ビラノア[®]20mg錠(ピラスチン)1回1錠1日1回(空腹時)、またはデザレックス[®]5mg錠(デスロタジン)1回1錠1日1回、またはアレグラ[®]60,30mg錠(フェキソフェナジン塩酸塩)1回1錠1日2回
眠気の少ない薬が使いやすい²⁾

▶ **三手指目**：(処方変更)ネオメドロール[®]EE軟膏(フラジオマイシン、メチルプレドニゾロン)

軟膏を塗布する際に強くこするといった外的な刺激が加わることが懸念される。軟膏を塗布しているものの、耳を強く掻いていることになる場合がある。軟膏を処方する際は綿棒でそっと軟膏を置いてくるように、綿棒を外耳道をこすらないようにと指導している³⁾。どうしても耳を触ってしまう場合には、綿花に軟膏を塗布してその綿花で軽く耳栓をしておくようにする。若干聞こえが悪くなるが、落ち着くまでは我慢して頂く。この綿花で、薬液の外への漏れを予防できるとともに指などを入れないので、周囲を汚さず皮膚刺激を与えないですむことになる。

【重症】

▶ **一手指目**：ネオメドロール[®]EE軟膏(フラジオマイシン、メチルプレドニゾロン)

注意点は、中等症と同じである。

▶ **二手指目**：(一手指目に追加)中等症の内服と同じである。

▶ **二手指目**：(処方変更)リンデロン[®]軟膏(ベタメタゾン)ネオメドロール[®]EE軟膏で効果が得られないときに短期間のみ使用する。外耳炎を併発している際は、リンデロン[®]VG軟膏(ベタメタゾン、硫酸ゲンタマイシン)を用いることもある

▶ **三手指目**：(処方変更)ゼスラン[®]、ニボラジン[®]3mg錠(メキタジン)1回1錠1日2回あるいは頓用
眠気についての注意事項は説明する

■ 偶発症・合併症への対応

外耳道皮膚に傷をつくることにより皮下への感染を起こす。湿疹があるところは皮膚が弱く、滲出液の漏出が多く、細菌感染を受けやすい状況が常に存在する。外耳道内は湿度と温度が常に一定で、漏出液は細菌の培地として非常に良い条件の場所であるため、細菌にとっては非常に住み心地が良い。

外耳道炎の症状は、耳痛・耳漏であり、外耳道皮膚に広範な充

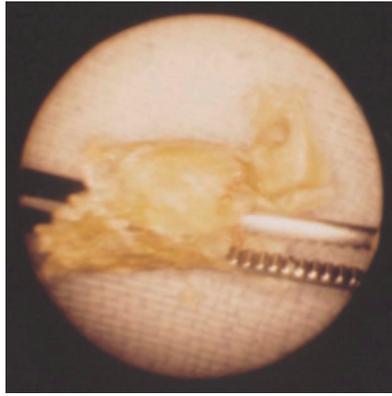
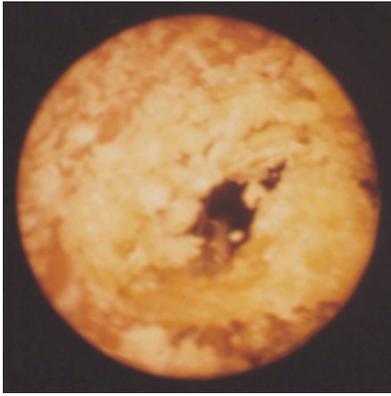
【図1】 外耳道湿疹



【表】 副腎皮质ステロイド外用薬の例

	商品名	一般名
点耳薬	リンデロン [®]	ベタメタゾン
軟膏	リンデロン [®]	ベタメタゾン
	リンデロン [®] -VG	ベタメタゾン, ゲンタマイシン
	ネオメドロール [®] EE	フラジオマイシン, メチルプレドニゾロン

図2 外耳道真菌症



真菌塊を外耳道の周囲から筒状に除去

血・発赤・腫脹、痂皮がみられ、特に耳介牽引痛や耳珠圧痛は診断に重要である。外耳道炎治療には、抗菌薬の点耳薬や炎症が高度な場合には抗菌薬・鎮痛薬の内服加療の併用が必要なものも多い。

■ 非典型例への対応

外耳道湿疹に真菌の感染を伴うことがある(図2)。外耳道真菌症の症状もかゆみであるが、難治性である。この場合にはステロイドの使用で悪化するのを避ける。また、難治性の耳漏が続く場合には必ず細菌検査を行い、MRSAや緑膿菌感染を鑑別して治療を進める。このような難治性細菌や真菌などには、適応薬以外に、ブロー液、イソジンゲルなどを併用する。

■ 高齢者への対応

耳をよく触っている場合には注意をする。また、耳垢があって耳掃除をしていることもあるので、耳内を観察する。うまく観察できない場合には、耳鼻咽喉科を受診させる。

■ ケアおよび在宅でのポイント

頻回な耳掃除をしないようにする。小児でも、保護者が頻回に耳掃除を行うとかゆみで何度も耳掃除をせがむこともあるので気をつける。かゆみがおさまらない場合には早めに耳鼻咽喉科を受診させる。

【文献】

- 1) 後藤友佳子: JOURNAL OF OTOLOGY. 2010; 26(12): 1893-6.
- 2) 五十川修司, 他: 耳鼻と聴. 2007; 53(1): 27-33.
- 3) 吉田友英: ENTONI. 2012; 140: 1-7.

【参考資料】

▶ 飯塚一: 今日の治療指針. 山口 徹, 他, 編. 医学書院, 2015, p1629-40.

● 吉田友英 (東邦大学医学部臨床支援室教授, 東邦大学医療センター佐倉病院副院長)

■ 診断のポイント

異物の性状を見きわめること。特に昆虫などの有生物は痛みを訴えることが多いため、いかに痛みをとって外耳道内を詳細に観察できるかが診断の大きなポイントとなる。

■ 私の治療方針・処方の組み立て方

処置用顕微鏡、拡大耳鏡による詳細な外耳道、鼓膜の観察が治療を行う上で最も重要であると考えている。初めに耳鏡を挿入せず外耳道入口部の観察を行い、引き続き患者の外耳道の入口部に最も適した最大の耳鏡で外耳道を観察する。外耳道に嵌頓している異物が確認できれば、耳介を後方、後上方に牽引することで外耳道入口部との関係を評価することができる。外耳道、鼓膜を損傷することなく異物が摘出できれば投薬は不要である。外耳道の損傷が認められれば軟膏処置を行う。

■ 治療の実際

【外耳道異物摘出術】

頭部の固定をいかに安定して処置を行うことができるかが重要となる。異物の大きさ、性状により摘出する方法を選択する。

〈比較的小さなもの〉

吸引管を用いて吸引で摘出する。

〈砂などの細かい異物〉

生理食塩水、水道水などで洗浄する。37℃の温度のものを使用する。

〈毛髪や紙くすなど〉

外耳道、鼓膜を損傷しないように異物鉗子を用いて除去する。

〈球形異物〉

撮子、鉗子で把持するのが難しく、不用意に把持しようとすると深部に押し込んでしまうため、異物鉤で引っ掛けて引き出すようにして摘出する。

〈有生物(昆虫など)による異物〉

異物を殺生させて摘出を試みる。激しい痛みを引き起こしている有生物の存在を認めた場合には、専門医紹介する前に8%キシロカインスプレーの噴霧、4%キシロカイン液の外耳道滴下で有生物を殺生しておく。鼓膜穿孔が疑われる場合には使用しない。この場合オリーブ油、サラダ油を滴下し有生物を殺生する。

§18-3 外耳道異物

疾患 外耳道に異物が存在することにより、耳痛、耳閉感、聴力低下などの症状をきたす。異物の摘出が基本的な治療である。

〈摘出後の外耳道観察で外耳道に損傷が認められた場合〉
テラ・コートリル®軟膏(オキシテトラサイクリン、ヒドロコロチゾン)を塗布する。

〈外耳道に強い炎症がある場合〉

抗菌薬を投与。

▶ **一 手 目**：メイアクト®MS100mg錠(セフジトレンピボキシル)1回1錠1日3回(3日)

■ 非典型例への対応

深部における異物と周囲の状態、深部の状態を評価するためにCTによる画像検査を行う。

外耳道に嵌頓してしまった症例(特に球形異物)では全身麻酔下に処置を行う。キシロカイン、ボスミン®を混合した液を点耳し、外耳道に異物鉤が挿入できるスペースが確保できれば異物鉤で引き出す。スペースがなければ、外耳道入口部皮下、異物嵌頓部より深部に薬液を注入することで異物を入口部方向に押し出す方法や、外耳道入口部に切開を加えることで外耳道を拡大し摘出する方法などがある¹⁾。

【禁忌】

ボタン型電池異物の場合洗浄してはならない²⁾。

■ 偶発症・合併症への対応

有生物による異物に対してキシロカイン®(リドカイン)による内耳麻酔が生じてしまった場合には、めまいが落ち着くまで入院となる。

全身麻酔下での摘出が必要な場合は、入院加療とする。

鼓膜に穿孔が生じていたら外傷性鼓膜穿孔の治療に準じた治療を開始する。

【文献】

1) 奥野妙子：CLIENT21 21世紀耳鼻咽喉科領域の臨床No.4.外耳・中耳、中野雄一，編。中山書店，2000，p62-4.

2) 中平光彦，他：耳鼻臨床。1994；87(9)：1215-21.

◎ 小川 洋(福島県立医科大学会津医療センター耳鼻咽喉科学講座教授)

§18-4 先天性耳瘻孔

疾患 先天性耳瘻孔は、胎生期の耳介形成不全による先天性体表奇形であり、耳介および耳介周囲の瘻孔として認識される。その多くは無症状で経過するが、時に急性化膿性炎症をきたし、発赤・腫脹・膿瘍形成を伴うこともある。

定説はないが、不完全優性遺伝とする報告もある。発生頻度は2.6%で、男子2.4%、女子3.2%とやや女性に多い。全耳瘻孔症例中26%が両側性で、好発部位は耳前部60.4%、前耳輪部28.8%、耳輪脚基部9%となっている¹⁾(図1)。

また全耳瘻孔症例中、感染既往例が6%、手術既往例が2%である¹⁾。

■ 診断のポイント

視診ないしは顕微鏡下による瘻孔の同定により診断される。時に瘻孔より臭気を伴った白色乾酪用物質(瘻孔上皮、皮脂腺や感染からの分泌物を成分とする)の排出を認める。少数ではあるが、急性化膿性炎症をきたし、瘻孔周囲に皮膚発赤がみられるほか、有痛性腫脹および膿瘍形成を伴えば波動を触れる。

■ 私の治療方針・処方の組み立て方

基本的な治療の流れは、図2に示した。

無症状期は経過観察でよい。急性炎症がみられれば抗菌薬を投与し、消炎すれば経過観察とする。2回以上炎症を繰り返す場合や、膿瘍を形成した場合には外科的治療を考慮する。

無症状の場合でも、臭気を伴う乾酪様物質の排出が気になり、患者が(未成年の場合は保護者も)強く希望する場合には手術を行うこともある。

■ 治療の実際

【保存的治療】

無症状期：経過観察でよい。局所をあまり触らないように指導する。

急性炎症期：膿瘍形成を伴わず波動を触れない場合には抗菌薬内服加療を先行する。瘻孔周囲皮膚の発赤腫脹および波動を触れ、膿瘍形成を想起する病態の場合には切開排膿・洗浄を施行

図1 先天性耳瘻孔



a: 右耳前部の先天性耳瘻孔

b: 左耳前部の先天性耳瘻孔(急性化膿性炎症後の皮膚瘢痕を伴う)

c: 右耳輪脚基部の先天性耳瘻孔

する。

▶ **一手指目**：パセトシン® 250mg カプセル (アモキシシリンカプセル) 1回2カプセル1日3回

【外科的治療】

一般細菌培養同定検査および薬剤感受性検査に膿瘍検体を提出する。

先天性耳瘻孔摘出術：具体的な手技を図3に示した。

手術時期：急性化膿性炎症治療後、耳瘻孔周囲皮膚の発赤や硬結が消失し、周囲の肉芽形成などの病態が安定したと推測される2~3カ月後に、先天性耳瘻孔摘出術を施行する。

術前処置：先天性耳瘻孔摘出術に先立ち、瘻孔の開口部より適当なサイズの涙管ブジーを愛護的に挿入し、瘻管の位置、方向、深さを確認すると同時に色素液 (0.5%メチレンブルー、またはインジゴカルミンなど) を涙管ブジーに少量付けながら挿入することで、瘻管上皮を染色する (図3a)。24Gサーフローを用いて少量の色素液を瘻孔から静かに注入し瘻管上皮を染める方法もあるが、強圧下に注入し瘻管壁外に色素液を漏出させ、染めすぎることのないよう注意を払う必要がある。

麻酔法：小児の場合は、全身麻酔下での手術が原則である。成人例では、表在性で短い瘻管であることがわかっている場合は局所麻酔下で行う。一方、繰り返す感染による癬痕化や不安定な肉芽組織の残存が疑われる場合は、原則としては全身麻酔下で行うことが望ましい。いずれにしても、皮膚切開部に対してはリドカイン塩酸塩・アドレナリン注射剤を皮下注し、術中出血をコントロールすることも必要である。

皮膚切開：瘻孔開口部の皮膚を紡錘形 (瘻管の方向を長軸に合わせる) に切開し、十分な術野が得られるようデザインする。切開排膿処置施行例で、瘻孔周囲皮膚に癬痕がある場合には、癬痕皮膚も合併切除する (図3b, e)。

剝離：染色された瘻孔・瘻管は剝離摘出するのではなく、瘻管に周囲皮下結合組織を付けた状態で切除する。この際、適当なサイズの涙管ブジーにてその方向および深さを確認しつつ操作を加える。また同時に内部色素が透見された場合は、瘻管壁内に切り込まないように注意を払う。サージカルルーペないしは顕微鏡下に行い、先端の鋭利なバイポーラを使用し、無血操作を基本として側頭筋膜の深さにまで切除操作を行うことが瘻管残存回避に寄与する。剝離および切除に際しては、浅側頭動脈や顔面神経側頭枝の存在に注意を払う (図3c)。

耳介軟骨、肉芽、癬痕組織に対する処置：軟骨に接触している場合は無理に剝離せず合併切除とする。癬痕組織や肉芽組織も合併切除する。

縫合：止血確認後に創部をよく洗浄し、死腔形成を避け皮膚に緊張をかけないように皮下組織を密に縫合する。皮膚は5-0ナイロン糸で丁寧に縫合する (図3d)。

■ 偶発症・合併症への対応

浅側頭動脈損傷、顔面神経側頭枝損傷：サージカルルーペないしは顕微鏡下で手術を進め、無血術野を維持することで損傷を予防する。

再発：先天性耳瘻孔摘出術術後の再発率は9%との報告があり、根治切除に注意を払う必要がある²⁾。

図2 先天性耳瘻孔の治療方針

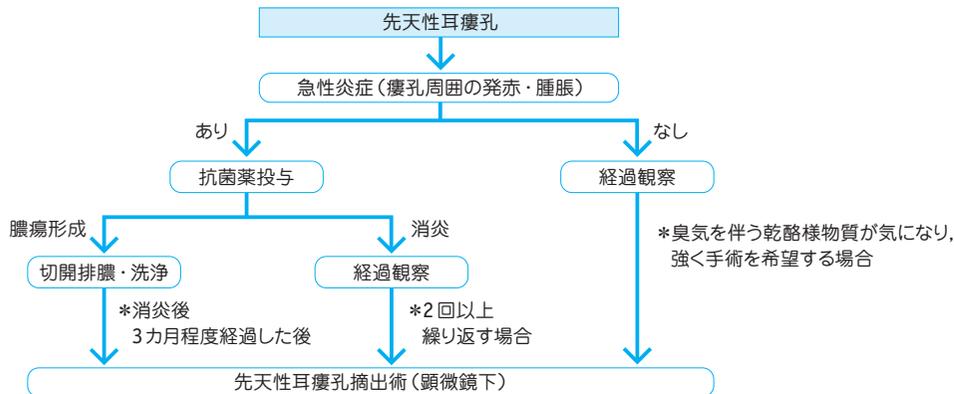


図3 先天性耳瘻孔の手術手技

