

## 亀田感染症ガイドライン

### 咽頭炎 (version 2)

2018年6月15日最終更新 作成：三好和康・黒田浩一・鈴木大介 監修：細川直登

成人の咽頭炎の多くはウイルス性であり、抗菌薬は不要である。特に咳、鼻汁、嘔声など咽頭以外の症状を伴う場合には、ウイルス性の可能性が高い。成人では細菌性咽頭炎は20%程度で、その多くがA群溶血性連鎖球菌(GAS)によるため、ペニシリンGまたはアモキシシリンで治療する。治療の目的は、症状の緩和(1-2日間罹病期間が短縮)、扁桃周囲膿瘍のような化膿性合併症の予防(NNT27)、周囲への飛沫感染予防(投与後24時間で感染性が減少)、リウマチ熱の予防(NNT3000~4000)である<sup>1)</sup>。

#### Mclsaac による Modified Centor criteria<sup>2)</sup>

年齢、症状、身体所見から、検査・抗菌薬治療の必要性を判断することができる。2点以上の場合には、A群溶連菌迅速抗原検査(Strep)を行う。感度70~90%、特異度95%。陽性の場合には抗菌薬治療を行う。陰性の場合には、小児・青年期では、さらに咽頭培養(より感度が高い)を行うことがあるが、成人では不要<sup>3)</sup>。ただし、迅速検査と咽頭培養を同時に行くと保険で切られてしまうため注意を要する。

| 項目           | 点数 |
|--------------|----|
| 38℃以上の発熱     | +1 |
| 咳がない         | +1 |
| 前頸部リンパ節腫脹と圧痛 | +1 |
| 扁桃腫大・浸出物     | +1 |
| 3~14歳        | +1 |
| 15~44歳       | +0 |
| 45歳以上        | -1 |

#### 抗菌薬治療の必要性

迅速検査や咽頭培養が陽性であれば治療する。迅速検査が陰性でもCentor criteriaで合計3点以上の場合には、偽陰性の可能性(およびC群・G群溶連菌やFusobacterium属が原因菌である可能性)を念頭に治療を検討してもよい<sup>4)</sup>。

| 合計   | GASによる咽頭炎の確率 |
|------|--------------|
| 0点   | 2~3%         |
| 1点   | 4~6%         |
| 2点   | 10~12%       |
| 3点   | 27~28%       |
| 4~5点 | 38~63%       |

#### 治療<sup>4,5)</sup>

ペニシリンG(バイシリンG®)が第一選択であったが、現在国内で流通していない。そのため、現在は、**アモキシシリンを第1選択とする**。ただし、EBウイルスによる伝染性単核球症(GAS咽頭炎と症状・所見が似ている)の場合、高率に皮疹を起こすので、注意して使用する。ペニシリンアレルギーがある場合には**クリンダマイシン**を使用するが、即時型反応でなければ**セファレキシン**を検討してもよい。日本ではマクロライド耐性溶連菌が増加しているのでクラリスロマイシンやアジスロマイシンは使わない。咽頭炎にレボフロキサシンや広域セファロスポリンを用いる意義はない。難治性、再発性の場合、扁桃周囲膿瘍などの重症例を疑う場合は、感染症コンサルトを考慮する。

| 抗菌薬      | 成人投与量        | 小児投与量(成人投与量を超えない) | 投与期間 |
|----------|--------------|-------------------|------|
| アモキシシリン  | 1回500mg 1日2回 | 1回25mg/kg 1日2回    | 10日間 |
| セファレキシン  | 1回500mg 1日2回 | 1回20mg/kg 1日2回    | 10日間 |
| クリンダマイシン | 1回300mg 1日3回 | 1回7mg/kg 1日3回     | 10日間 |

#### 参考文献

- 1) Ann Intern Med 2001;134(6):509-17
- 2) Can Med Assoc J 1998;158:75-83
- 3) Clin Infect Dis 2012;55(10):e86-102
- 4) Clin Microbiol Infect 2012;18 Suppl 1:1-28
- 5) Ann Intern Med 2016;164:425-434