

## 亀田1ページで読める感染症ガイドラインシリーズ19

### 脳外科病棟における熱、エンピリック治療 ver.1

(最終改訂日2004年9月22日) 感染症内科 岩田健太郎

・ポイント 脳外科病棟における発熱には様々な原因があるが、特に院内の肺炎や敗血症は死亡率が高く、素早く適切な治療を開始する事が大事になる。ポイントは、グラム陰性菌を確実にカバーする事である。

病棟で発熱がある場合、以下のワークアップを行う。

- ・診察
- ・血液培養を2セット、尿培養、痰培養
- ・胸部レントゲン写真
- 臨床的に必要と考えられれば、以下のワークアップも考慮する。
- ・髄液採取
- ・ライン抜去、カテ先の培養
- ・真菌培養、ガラクトマンナン、 $\beta$ Dグルカン
- ・便のクロストリジウム抗原検査

髄膜炎を疑えば、「髄膜炎ガイドライン」に準じて治療を始める。

他の細菌感染症を疑えば、「培養を採取した後に」エンピリックに治療を開始する。

診断、起炎菌が判明すればその都度抗菌薬を調節する。

#### 治療:

1. 臨床的に軽症(熱だけで血圧や酸素化、意識状態などが保たれている場合) まず、1剤で治療する。グラム陽性球菌、グラム陰性桿菌、特に緑膿菌をカバーする。脳外科病棟ではカルバペネム耐性緑膿菌が多いので、これを第一選択にしない。

セフェピム(マキシピム) 2g 12時間おき、1日4g

ピペラシリン/タゾバクタム(タゾシン) 2. 5g 6時間おき、1日10g

(投与量は腎機能でクレアチンクリアランス50以上の場合。腎不全があればその都度量を調節する)

2. 臨床的に重症(血圧の変動、頻脈、低酸素血症、意識レベルの低下、その他主治医が「重症」と認めるもの) 2剤で治療する。

上記のマキシピム、あるいはタゾシンに加え、

a. 腎機能が保たれている場合 アミカシン 体重5mg 毎キロ 12時間おき、1日量10mg 毎キロ

b. 腎機能が悪い場合、増悪傾向にある場合 シプロフロキサシンを腎機能に合わせて

クレアチンクリアランスが10-50のとき

300mg 12時間おき、1日量600mg

クレアチンクリアランスが10以下の時

400mg 1日1回

無尿、透析患者の場合はシプロフロキサシンではなく、アミカシンを5mg 毎キロ透析のたびに投与