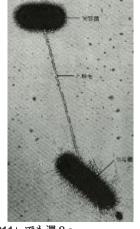
https://l-hospitalier.github.io

2**017. 7**

【抗菌薬に対する耐性】耐性は程度の問題。 ある菌は生来耐性を持ち(感受性を持た ないか、あるいは抗菌薬を透過させない)、ある菌は耐性を獲得する。 ブドウ球菌を 黄色ブ菌(Staphylococcus aureus)と表皮ブ菌(S. epidermidis)に分類する基準はコ アグラーゼ産生能とマンニット分解能。 コアグラーゼ非産生の表皮ブ菌の多くは本来 <mark>多剤耐性*¹</mark> で MRSE(Methicillin Resistant Staphylococcus Epidermidis:白色ブドウ球 菌)あるいは CNS (Coagulase Negative Staphylococci) と呼ばれる。 メチシリン耐 性でプラスチックに高親和性を示し、グリコペプチド(バンコマイシンやテイコプラニ ン) +アミノグリコシドが必要となるカテーテル関連血流感染 (Catheter Related Blood Stream Infection: CRBSI) の代表的原因菌(もう1つは真菌のカンジダで皮脂にくる まれた垢の中に存在し、皮下埋め込みポートの穿刺時アルコールで拭いた程度では除去 されない垢が針先によってポート内に押し込まれ、ポートの高栄養液中で繁殖する)。 皮膚常在菌の CNS は皮脂をグリセリンと脂肪酸に分解して皮膚の保湿、弱酸性を維持。 CNS が MRSE (耐性菌) でないとβラクタム剤使用のたびにヒトは激烈な皮膚炎を経 細菌には本来自然耐性があるのを知らないと、耐性菌を見るたびに騒ぎにな る。 細胞壁を持たない菌、結核菌のように低透過性の細胞壁を持つ菌、細胞内微生物 (レジオネラ、マイコプラズマ、ブルセラ) は B ラクタム環に耐性 (無効)。 従来耐 性であった緑膿菌に抗菌力を持つ PIPC が開発された。 β ラクタム薬耐性には 3 つの メカニズムがある。 ①**β ラクタマーゼ**によるラクタム環の開環、**グラム陰性菌**では**β ラクタマーゼ**はペリプラズム空間で高濃度かつ有効に作用し、陽性菌では菌集落の外に 分泌される。 ②標的部位の変化による耐性獲得はペニシリンと結合する蛋白 (PBP) の変異による。mecA 遺伝子を持つ MRSA と MRSE はペニシリンと結合しにくい新し い <mark>PBP2'</mark> (Penicillin Binding Protein 2 prime)を産生し、この PBP2'により細胞壁合 成を続けることができる。 ③ポーリンの変化などで標的に到達しにくく、あるいは排 泄されやすくするメカニズム。 糖ペプチド (バンコマイシン) は細胞壁合成の初期に 原材料であるペ**プチドの合成を阻害**するので、ペプチドグリカンの**細胞壁に取り込まれ** た後に開環するβラクタム環(ペニシリン系)との併用は無意味。【β **ラクタマーゼ**】



*1 ミムス「微生物学」p405 *2 「血管内留置カテーテル由来感染の予防のための CDC ガイドライン 2011」でも週2~3回の抗がん剤の投与の場合は皮下完全埋め込みポート(セプタムポート)は感染が少ないとされる。 少し考えれば わかるが IVH の場合はヒューバー針を 24hr 留置すれば、感染は針を介して起きるので埋め込みのメリットはない。 個人的印象ではカンジダ、CNS による CV ポート感染は多い。 ポート上の皮膚はアセトンでていねいに皮脂を除去、アルコールで消毒、後でコールド・クリームで保護する (クローン病など夜間 6 時間 IVH の時)。 *5 ハリソン 5 版 p1058