

耐性菌(MRSA を中心に)

1929 年にフレミングが青カビの培養液中からペニシリンを発見しました。これが長年に亘り人類を悩ませてきた細菌感染症に対し、抗生物質という武器を手に入れた歴史的な瞬間でした。1940 年代にはペニシリンの大量生産が可能となりペニシリン G が実用化され、多くの人達が肺炎等から命を救われるようになり、人類は細菌感染症に勝利したかのように思われました。

しかし間もなくペニシリン G 耐性黄色ブドウ球菌が出現してしまいます(黄色ブドウ球菌はおできやにきび等の化膿巣に見られる他に、健康な人ののどや鼻の中にも存在している細菌です)。この耐性菌は次第に世界中に広がっていきましたが、この菌に対応するために開発されたのがメチシリンです。1960 年頃より使用され始めましたが 1 年後には耐性菌が確認されました。これがメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)です。

MRSA はメチシリンのみではなく多剤耐性のため、易感染性の患者さんのいる医療現場で大変恐れられました。しかしバンコマイシという副作用はあるものの、MRSA 等の耐性菌に有効な抗生物質が開発され、再び感染症に対してやや関心が薄れてしまいました。ところが 1986 年にはバンコマイシン耐性腸球菌(VRE)が登場し、日本でも発見されてしまいます。このように抗生物質と耐性菌のいたちごっこは現在も続いています。

尚、耐性菌としては上記以外に、ペニシリン耐性肺炎球菌や多剤耐性のセラチアや緑膿菌などがあります。

【対応】

耐性菌は、耐性のない菌に比して病原性や感染力が特に強いわけではありません。そのため通常免疫機能を持っている人には無害と考えてよく、健康な保菌者の場合は除菌のための抗生物質投与は基本的には必要ありません。免疫機能の低下している患者さんや、新生児・高齢者がハイリスクです。

抗生物質を日常的に使用する医療現場以外では、耐性菌が通常の菌を凌いで蔓延する可能性は少ないと考えられます。必要以上に恐れる必要はありません。

非急性期ケア領域では通常の清掃で十分です。但し、職員の手洗いの励行や、静脈注射や創傷処置の際の無菌処置には留意して下さい。

また MRSA の保菌者の入所拒否は行うべきではなく、保菌者の食器やリネンの特別扱いや個室隔離・行動制限は不必要です。

御意見・御質問などは石巻保健所健康対策班までお願いします。 電話：0225-95-1430 FAX：0225-94-7104

もっと詳しく知りたい場合は、保健環境センターHP(<http://www.pref.miyagi.jp/hokans/>)を参照してください。