

2004年にだした咽頭炎の感染症ガイドラインの改訂版です。2006年になって、診察所見に迅速検査を加えたほうがよいケースが多いこと、日本ではマクロライド耐性溶連菌が増加しているため第二選択をクリンダマイシンにしたこと、迅速検査より培養をより勧めている点などが変更点です。ご覧ください。

亀田1ページで読める感染症ガイドラインシリーズ1

咽頭炎

・ポイント

咽頭炎の多くはウイルス性である（成人であれば、90%）。抗菌薬は必要ない。細菌性ならば、ほとんどの場合は溶連菌が原因である。
伝染性単核球症との鑑別が大事である。
溶連菌の咽頭炎はペニシリンGで治療する。

・診断にはスコアリングを使う。きわめて簡単。合計、最大5点、最小0点となる。

1. 熱が38以上 1点加える
2. 咳をしていない 1点加える
3. 「前頸部」リンパ節腫脹と圧痛 1点加える。「後頸部」では伝染性単核球症を示唆する点に注意
4. 扁桃が腫れていたり、浸出物がある 1点加える。炎症による腫れではなく、もともと「大きい」だけの患者の場合は点を加えない。
5. 患者年齢3-14歳 1点加える
6. 15-44歳 点なし
7. 45歳以上 1点引く

・溶連菌感染の確率とマネジメント

0点	2-3%	咽頭炎の可能性低い。ラボは出さず、抗菌薬も不要
1点	4-6%	咽頭炎の可能性低い。ラボは出さず、抗菌薬も不要
2点	10-12%	迅速検査して治療の可否を決定
3点	27-28%	迅速検査して治療の可否を決定
4-5点	38-63%	迅速検査にて治療の可否を決定

迅速検査陽性なら抗菌薬使用。迅速検査陰性なら、フォローして、次回来院時に症状続けば咽頭培養
McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. Can Med Assoc J 1998; 158(1):75-83 を一部改正
咽頭培養と迅速試験両方やってしまうと保険で切られてしまう事に注意

スコアが何点であってもエンピリックに治療するよりも迅速検査を行った方が妥当な治療が行われやすい (Humair et al. Arch Intern Med. 2006;166:640-)。どんなに典型的な症状であっても迅速検査を行うべきである。咽頭炎の場合、万一偽陰性があっても失うものは相対的には少ない。なお、保険点数は迅速検査は130点、培養は150点である（原稿執筆時点）。

・治療は経口バイシリンG（ペニシリンG）40万単位を1日3-4回（1日量120万から160万単位）を10日間。

小児は体重1kgあたり4万から8万単位を1日量とし、これを3回-4回に分けて投与し、10日間。
大人の投与量を超えない事。

・ペニシリンアレルギーがあれば、クリンダマイシン300mg1日3回を10日間。小児の場合は体重1kgあたり10-30mgを1日量とし、これを3-4回/日に分割する。

・アモキシシリン、アンピシリンは伝染性単核球症の場合皮疹をおこすことがあるので、原則として使わない（上のスコア・システムは完璧ではない）。咽頭炎にクラビットなどの広域抗菌薬を用いる意義はゼロなので、用いない。また、第一選択としてオーグメンチン、各種セファロスポリンなどを用いることも、薦めない（これらの効果はスタディー上あるが、現場での利益は小さい）。

・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

文責：岩田健太郎（最終改訂日2006年5月17日）