

1 ページで読める感染症ガイドライン 2 1

歯科治療時の抗菌薬投与

- ・歯科治療自体が感染性心内膜炎のリスクとなるか否かは結論が得られてはいない。しかし、約半数で、抜歯後に血液培養陽性になり、またアモキシシリン予防内服群では血液培養の陽性化は著明に低い（33% vs 84%）ことがわかっている。
- ・歯科領域の感染性心内膜炎（IE）予防のポイントは、患者のもつリスクの程度と手技の侵襲性を理解することである。
- ・当ガイドラインではAHA ガイドライン（1997）に基づき、リスクに応じた抗菌薬予防投与を推奨する。
- ・担当患者の院外での歯科治療時、院内での急な歯科へのコンサルテーション時には以下に該当する患者への処方望まれる。

予防投与を考慮される心血管リスク（中～高リスク）

高リスク：人工弁、心内膜炎の既往、チアノーゼを起こす先天性心疾患（ex 単心室、大血管転位、ファロー四徴症）手術後の全身性又は肺シャント疾患

中リスク：上記以外の先天性心奇形、後天性弁膜症、肥大型心筋症。僧帽弁逸脱症は結論は出ていないが、弁の逸脱と逆流又は弁の肥厚（myxomatous degeneration）が確認されているもの。

無視できるリスク：機能性心雑音、心房中隔欠損症（ASD）、弁の逆流又は弁の肥厚を伴わない僧帽弁逸脱症、軽度の三尖弁逆流症、冠動脈疾患、6ヶ月以上前に治療された血行動態に異常をきたさなかった心内疾患、弁障害のないリウマチ熱又は川崎病、ペースメーカーや除細動器埋め込み。

予防投与を考慮すべき歯科治療

抜歯、歯根外科手術、歯石除去や、インプラント植立、歯牙再植、歯根端切除術、根尖孔外の歯内治療、骨膜下局所麻酔手術といった、硬・軟組織から出血をきたす処置。

（非観血的処置や抜糸時には不要。）

予防的抗菌薬投与： 中～高リスクかつ を満たす患者に対して行う。

投与回数は1回である。アモキシシリンは以下の投与量で6-14時間のMIC以上の血中濃度維持が可能であるからである。クリンダマイシンも半減期から同様に考えてよい。

< 経口可能な場合 >

- ・アモキシシリン 2g1時間前（小児 50mg/Kg）
- ・ペニシリンアレルギー：クリンダマイシン 600mg 1時間前（小児 20mg/Kg）
- ・次善の選択として、セファレキシンも使用可能

< 経口が不可能な場合 >

- ・アンピシリン 2gIM or IV 開始 30分以内に（小児 50mg/Kg）
- ・ペニシリンアレルギー：クリンダマイシン 600mgIM or IV 開始 30分以内に（小児 20mg/Kg）
- ・次善の選択としてセファゾリンも使用可能

参考文献

Dajani AS et al. Prevention of Bacterial Endocarditis Recommendation by the American Heart Association. JAMA, June 11, 1997- Vol 277, No.22

文責：作成 感染症内科 土井朝子 監修 岩田健太郎 （最終更新日 2006年4月5日）