

### 2) 病院検査室で抗菌薬併用療法検査は可能か

<sup>1</sup> 亀田総合病院 臨床検査部

○大塚 喜人<sup>1</sup>

1929年、フレミングによりペニシリンが発見され、40年代で臨床応用されてから抗菌薬療法はめざましい発展を遂げてきた。ところが1980年代MRSAの出現、90年代のMDRPの出現、その後は多剤耐性アシネトバクター、AmpC型β-ラクタマーゼ過剰産生菌の多菌種からの産生等によりさまざまな耐性菌が医療現場を脅かしている。一方で、新たな抗菌薬の開発は、1990年代から世界的な薬価の引き下げ、医療費抑制の傾向が強まり、各国の製薬企業は新規開発への意欲を失っている感があり、開発は進んでいない。現在、市中感染症における抗菌薬療法では、耐性化によって難渋するケースはきわめて少ないものの、この先市中感染菌がどのように変化して行くかは誰も知り得ない。このように新規抗菌薬開発が必要不可欠な状況において、海外ではその開発を政府が支援する動きがあるとされている。しかし、わが国では動いていないようだ。近年では、様々な抗菌薬耐性菌が出現するなか、MDRPに対する抗菌薬療法においては単剤での治療効果が期待できないことが多く、2剤を併用することが一般的となってきた。ところが、すべての菌株で共通して相乗または相加効果を示すわけではなく、チェッカーボード法による評価が求められている。しかし、これは数種類の抗菌薬を組み合わせる必要があることから、煩雑さと費用面などから病院検査室では非現実的である。そこで、複数の抗菌薬の組み合わせを1枚のマイクロプレートで評価可能なブレイクポイント・チェッカーボード法(BC法)が、2006年館田らにより考案されBCプレート‘栄研’(栄研化学株式会社)として販売されている。本シンポジウムでは、BCプレートの紹介とBCプレートも導入困難な検査室でどのように対応するべきか、ディスク拡散法を応用した評価方法も含めて報告する。