

バイアル)200 mg×2/日, 点滴
4) amphotericin B[AMPH](ファンギゾン®)
5~30 mg/日, 24 時間持続点滴

■ 戦略3：予後

2 年生存率は約 60 %とされる。重症例は約半数が半年以内に死亡すると考えられている。死因は感染症と出血(ともに約 40 %)が多い。

■ 文献

1) Young NS : The problem of clonality in aplastic

anemia ; Dr Dameshek's riddle, restated. Blood 79 : 1385-1392, 1992

- 2) Frickhofen N, et al : Treatment of aplastic anemia with antilymphocyte globulin and methylprednisolone with or without ciclosporine. N Engl J Med 324 : 1279-1304, 1991
- 3) Narayanan MN, et al : Long-term follow-up of aplastic anaemia. Br J Haematol 86 : 837-843, 1994
- 4) Nakakuma H, et al : Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria in bone marrow of patients with pancytopenia. Blood 85 : 1371-1376, 1995

書 評

北原 光夫・上野 文昭 編

内科医の薬 100—Minimum Requirement

青木 眞(国立国際医療センター・国際医療協力局 AIDS 医療情報室)

私は感染症が専門なので、抗菌薬の部分を中心に書評を書かせていただくことにした。

通常、病院予算の半分を占める抗菌薬は、本書の中では 26 種類、全体のおよそ 1/4 を占める。この 26 という数は、私が前の勤務先である聖路加国際病院で採用した抗菌薬の数と似ている。そしてこれは偶然ではなく、米国の一般的な病院では、だいたいこの施設でも抗菌薬の種類はこのあたりに落ちつき、大学病院なども例外ではない。しかし、必要な抗菌薬の種類が、抗ウイルス薬や抗結核薬などのすべてのクラスを含めて 26 種類とは、わが国の一般病院がセフェム系だけでも 20 種類を越える品目を揃えている事実とは非常に対照的である。この違いはどこからくるのだろうか？ これを説明するものは、私は基本的に抗菌薬の評価システムの差であると思う。

新しい抗菌薬の評価を行う場合、最終的な評価の対象は、新しい抗菌薬が以前から存在する抗菌薬に比較して特定の感染症に対してより有効であるかということである。この問いに答えるには正確な比較対照試験が必要であり、個々の患者が持つ基礎疾患の違い、病巣の違いなどを考えると、この試験に用いられる標本数(=症例の数)はかなりの規模になる。このため、現実には経済的に意味のある範囲で、

似たような抗菌薬同士の違いを比較対照試験で証明することは不可能とさえ言われる。これに対し日本では、新しい抗菌薬の評価を常に *in vitro* データのわずかな違いの強調や、単なる症例報告の集積といった“安上がり”な方法で行ってきた結果、非常に多種類の抗菌薬が氾濫するようになってしまったのである。

本書は、本来、感染症診療においては治療対象となる感染巣の部位や大きさ、起炎菌の種類などといった臨床状況が、必要な抗菌薬の種類や投与量を決めるはずであること、薬剤評価においては正しい比較対照試験こそが最終的な評価の方法であるはずであること、それなくして安易に新しい薬剤に走るべきではないことを思い起こさせてくれると思う。

包丁の数が料理の質を決めるのではなく、料理人の腕が料理の質を決めるように、抗菌薬の種類が感染症診療の質を決めるのではなく、診療の背後にある rational が感染症診療の質を決める、という当然のことを、本書は非常に限られた、必要にして十分な数の薬剤を示すことで教えてくれている。

本書が単に必要な最小限の薬剤の紹介にとどまらず、わが国の薬剤評価システムに一石を投じるものになればと思う。

(B6判 240頁 3,605円(税込) 1994年 医学書院刊)