

緒 言

浜西千秋

近畿大学医学部整形外科

メスを持つ整形外科医にとって、避けては通れない問題の一つは術後の感染 (SSI) である。手術によって SSI を引き起さないだろうか、これは疾患や術式を考慮するうえで大きな不安要素である。いかに頻度は低いとはいえ、もし SSI が発生した場合、医原的感染・院内感染ではないかとの患者側の疑惑は、たとえ術前にどのようにその可能性を説明し、同意を得ていたとしても、昨今は係争になりやすいし、その対応は医師や病院にとってエネルギーの多大な浪費以外の何物でもない。また患者側にその気がなくても、疑惑を持たれているのではないかと不安だけで医師は心理的に消耗させられる。

筆者が若かりし頃は、つまり 30 年以上前ではあるが、人工関節手術であれば予防的抗菌薬は 10 日～2 週間も処方したものである。当時アメリカの論文ではすでに術後 4～5 日の投与でよいと言われ始めていた。しかしいくら何でもそれでは短すぎるだろう、アメリカは何という国だと思い、「安全弁」としての抗菌薬の投与期間を短縮する気にはなかなか出来なかった。そのうち多剤耐性菌が問題となり始めた。しかし漫然とした長期投与こそが犯罪的であるというまでの意識変化にはかなり時間がかかったと思う。当時、私は術野を満たす血液に抗菌薬が含まれていれば洗浄効果があるのではないかと、そうであれば術直前に投与することが一番有効ではないかと考えていたが、手術場で若い担当医の分際で指導医や執刀医にそれを申し出て、麻酔科医に直前投与をオーダーすることはためらわれた。今日、術直前投与は必須であり、術後投与は人工関節手術ですら術後 24 時間で十分、術式によってはもはや術後の抗菌薬の予防的投与は不要というのが当たり前になりつつある。

しかし EBM を議論するにしても SSI の発生そのものがきわめて頻度が低いのので、抗菌薬を投与するかしないか、どれほどの期間投与すればいいのかといった命題で EBM になる前向き試験のデータが得られにくいのも事実である。

感染といえば SSI に関心が向きやすい昨今であるが、すでに感染が成立している創をどう治療するかといった古典的命題は健在であり、どの専門分野であっても整形外科医には必修である。しかも生体の薬物反応と向き合うこととなり、患者の心理状態や係争がからむ場合もあり、最も負担感の強い仕事である。

そこで今回の誌上シンポジウムでは予防的投与、治療的投与の両観点から論文を求めた。

予防的投与では、まず総論として最新の抗菌薬使用戦略を小林美奈子氏 (三重大大学) に、主として人工関節などのインプラント使用手術における予防投与を、最近日本整形外科学会でガイドライン作成にあたられた小谷明弘氏 (杏林大学) に、脊椎手術における予防投与戦略を高橋 寛氏 (東邦大大森病院) に執筆していただいた。

治療的投与では、術後感染では最も深刻でしかも患者数が自然増加しつつある人工関節置換術の術後感染に対して占部 憲氏 (北里大学) に、社会の高齢化やコンブロマイズドホストの増加とともに患者数がまちがいに増加しつつある化膿性の脊椎感染症を池田光正氏 (近畿大学) に、時代が変わっても絶えることのない結核性骨関節感染症に対する最新戦略を藤田正樹氏 (札幌逓信病院) に執筆していただいた。

読者方が、自分にとっても切実な問題として読んでいただけることを期待している。