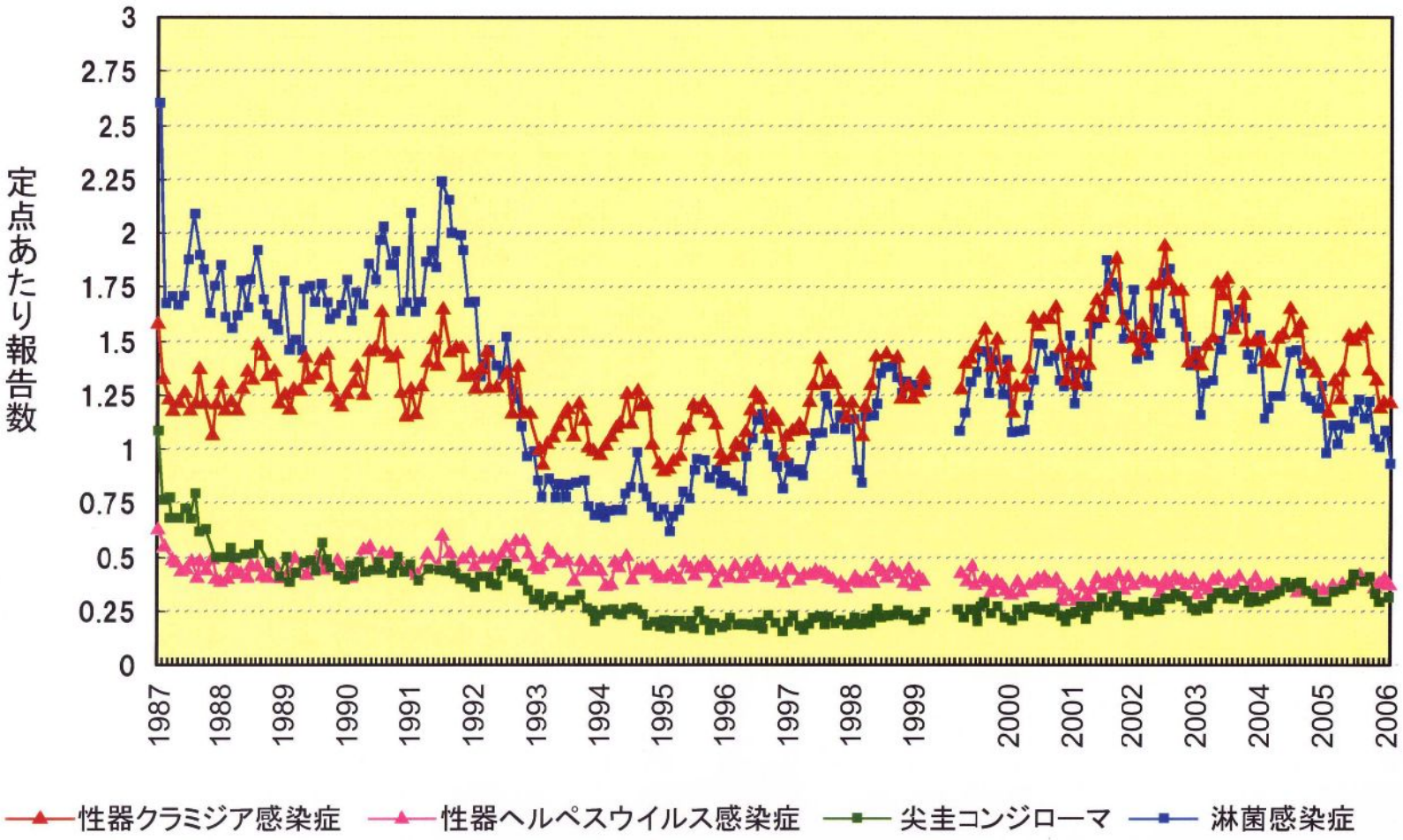
感染症発生動向調査による性感染症の年次推移（男性）



性感染症 診断・治療ガイドライン2006（日本性感染学会誌,17(1),6,(2006)）

淋菌感染症①

②

【治療法】

淋菌に保険適用を有し、確実に有効な薬剤は、セフトリアキソン（CTRX：ロセフィン）、セフォジジム（CDZM：ケニセフ、ノイセフ）とスペクチノマイシン（SPCM：トロビシン）の3剤のみである。また、淋菌感染症の20～30%はクラミジア感染を合併しているため、クラミジア検査は必須であり、陽性の場合には、性器クラミジア感染症の治療を行う必要がある。

淋菌性尿道炎および淋菌性子宮頸管炎

セフトリアキソン（CTRX：ロセフィン）
静注　1.0g単回投与

セフォジジム（CDZM：ケニセフ、ノイセフ）
静注　1.0g単回投与

スペクチノマイシン（SPCM：トロビシン）
筋注　2.0g単回投与

淋菌性精巣上体炎および淋菌性骨盤内炎症性疾患

セフトリアキソン（CTRX：ロセフィン）
静注　1.0g単回投与
重症度により、静注1日1.0g×1回、
1～7日間投与

セフォジジム（CDZM：ケニセフ、ノイセフ）
静注　1.0g単回投与
重症度により、静注1日1.0g×1～2回、
1～7日間投与

スペクチノマイシン（SPCM：トロビシン）
筋注（臀部）　2.0g単回投与
重症度により、2.0g筋注3日後に、両臀部に2gずつ計4gを追加投与する。

精巣上体炎、骨盤内炎症性疾患ともに、症例ごとに重症度が異なるため、投与期間は症例ごとに判断すべきである。

性感染症 診断・治療ガイドライン2006（日本性感染学会誌,17(1),6,(2006)）

淋菌感染症②

淋菌性咽頭感染

セフトリアキソン（CTRX：ロセフィン）
静注　1.0g単回投与
セフォジジム（CDZM：ケニセフ、ノイセフ）
静注　1.0gまたは2.0g×1～2回、1～3日間投与
　咽頭感染に対して、スペクチノマイシンの効果は劣るため使用すべきではない。
　セフトリアキソンの単回投与も経口セフェム耐性淋菌に対しては100％の効果は得られない可能性があるので、投与後の検査は必須である。淋菌が存続した場合でも、これらの薬剤の追加投与により、除菌可能である。
　セフェム系にアレルギーのある患者の場合には、薬剤感受性を確認し、ニューキノロンまたはミノサイクリン（MINO：ミノマイシン）の使用を考慮する。

播種性淋菌感染症

セフトリアキソン（CTRX：ロセフィン）
静注　1日1.0g×1、3～7日間投与
セフォジジム（CDZM：ケニセフ、ノイセフ）
静注　1日1.0g×2回、3～7日間投与
　経口セフェム耐性淋菌による播種性淋菌感染症に対する投与期間についてはエビデンスがないため、治療中、治療後の検査結果をみながら、個々に投与期間を決定すべきである。

淋菌性結膜炎

スペクチノマイシン（SPCM：トロビシン）
筋注（臀部）　2.0g単回投与
保険適用はないが、下記も推奨される治療法である。
セフォジジム（CDZM：ケニセフ、ノイセフ）
静注　1.0g単回投与
セフトリアキソン（CTRX：ロセフィン）
静注　1.0g単回投与
　投与期間については、個々の症例ごとに考慮されるべきである。
　点眼剤としては、セフメノキシム（CMX：ベストロン）の抗菌力が強いが、経口セフェム耐性淋菌に対して、有効であるかどうかは不明である。前途したが、ニューキノロンに対しては80％以上が耐性株であるため、ニューキノロン含有点眼薬は使用すべきではない。

性感染症 診断・治療ガイドライン2006（日本性感染学会誌,17(1),6,(2006)）

非クラミジア性非淋菌性尿道炎（治療法）

治療方法

治療開始時はクラミジア性NGUと非クラミジア性NGUと区別せず，NGUに対する治療として*C.trachomatis*に抗菌活性を有するテトラサイクリン系，マクロライド系，ニューキノロン系抗菌薬を投与する。

1）ドキシサイクリン（ビブラマイシン）
　1日 100mg × 2　7-14日間

2）ミノサイクリン（ミノマイシン）
　1日 100mg × 2　7-14日間

3）クラリスロマイシン（クラリス，クラリシッド）
　1日 200mg × 2　7-14日間

~~4）ガチフロキサシン（ガチフロ）~~
~~1日 200mg × 2　7-14日間~~
発売中止 H20.10月

その他（補足）

■診断と症状

・クラミジア性NGUと非クラミジアNGUの間には臨床像の有意な差異は認められず，互いの鑑別は困難である。

■ 治癒判定，他

・治療完了後2週間から4週間後の経過観察のための再検査の施行が望ましい。

・*M.genitalium*に対する*in vitro*の抗菌活性は，テトラサイクリン系及びマクロライド系抗菌薬と比較してニューキノロン剤はやや劣る。レボフロキサシンの再発例も報告されている。

・7日間の投与後に自覚症状の改善および尿道スミアあるいは初尿沈渣中の多核白血球の消失を認めない場合には、さらに7日間の追加投与を要する。

・無効例では、ニューキノロン系からテトラサイクリン系への変更など、ここに挙げた薬剤間での変更が有効な場合がある。

性感染症 診断・治療ガイドライン2006（日本性感染学会誌,17(1),6,(2006)）

性器クラミジア感染症（治療法）

⑤

投与方法

1）アジスロマイシン（ジスロマック）*
　　1日1,000mg × 1　　1日間

2）クラリスロマイシン（クラリス，クラリシッド）
　　1日　200mg × 2　　7日間

3）ミノサイクリン（ミノマイシン）
　　1日　100mg × 2　　7日間

4）ドキシサイクリン（ビブラマイシン）
　　1日　100mg × 2　　7日間

5）レボフロキサシン（クラビット）
　　1日　100mg × 3　　7日間

6）トスフロキサシン（オゼックス，トスキサシン）
　　1日　150mg × 2　　7日間

~~7）ガチフロキサシン（ガチフロ）~~
　　~~1日　200mg × 2　　7日間~~　発売中止 H20.10月

※　3）～7）は妊婦には投与しないのが原則

注射：劇症症例においてはミノサイクリン100mg×2
　　点滴投与　3～5日間 その後 内服に替えても良い

その他（補足）

■薬の種類

マクロライド系薬またはニューキノロン系薬のうち抗菌力のあるもの，あるいはテトラサイクリン系薬を投薬する。
その他のペニシリン系薬やセフェム系薬，アミノグリコシド系薬などは，クラミジアの陰性化率が低いため，治療薬とはならない。

■ 治癒の判定

投薬開始2週間後の核酸増幅法か，EIA法を用いて病原体の陰転化の確認による。
血清抗体検査では治癒判定はできない。
確実な服薬が行なわれないための不完全治癒の可能性も少なくないので，治癒後2～3週間目にクラミジアの病原検査を行ない治癒の確認をすることが望ましい。
確実な薬剤の服用とパートナーの同時治療を行なえば，再発はないと考えられる。

性感染症 診断・治療ガイドライン2006（日本性感染学会誌,17(1),6,(2006)）