

抜歯時抗菌薬（内用剤）

フォーミュラリ

(Ver. 1 .0)

解説書

作成：東区地域フォーミュラリ委員会

データ更新日：2025 年12月 10 日

## 1. 推奨薬一覧

推奨薬	アモキシシリン
	125mg、250mg(カプセル)
オプション	クリンダマイシン
	(先発) 75mg、150mg(カプセル)
	レボフロキサシン
	(後発) 250mg (錠) 、 (後発) 500mg (錠)
	クラリスロマイシン
200mg (錠) 、(後発)小児用 50mg(錠)、小児用 10%(DS)	

推奨薬の順位付けは、有効性・安全性、経済性を踏まえて決定した。

### 【推奨薬】

薬効群の中で、最も標準的に位置づけられる医薬品である。エビデンスに則って検討され、有効性・安全性および経済性に優れており、地域フォーミュラリとして推奨される。なお、対象となるのは原則として後発医薬品(バイオンミラー)、基礎的医薬品であり、先発医薬品(先行品)は推奨薬にはならない。

### 【オプション】

ある特定の状況では使用される医薬品である。先発医薬品、後発医薬品の何れでもオプションとして定義されるが、地域フォーミュラリの推奨薬にはならない。

## 2. 推奨理由

国内では 2024 年 9 月時点で、歯周組織炎、歯冠周囲炎等の歯性領域に適応を持つ経口抗菌薬はペニシリン系、セフェム系、キノロン系、マクロライド系、ペネム系、テトラサイクリン系から選択できる。一般的に SSI リスク因子の無い患者に対する抜歯処置では、予防的抗菌薬の投与は不要とされていることにも留意が必要である<sup>1</sup>。

### ◇ 推奨薬：アモキシシリン製剤

抜歯時に問題となる口腔内の常在菌（主に口腔レンサ球菌）に対して十分なスペクトルを有し、多くのガイドラインで第一推奨薬として設定されている<sup>2,3,4</sup>。

歯科領域だけでなく多くの感染症治療に用いられており、経口吸収率も 80%以上と高いこと、後発医薬品が発売されており安価に治療ができるため推奨薬とした。

小児で投与が必要な場合は、1 回 10-15mg/kg、1 日 3 回が推奨され細粒剤も選択可能である。

### ◇ オプション：

クリンダマイシン製剤（先発医薬品）、ニューキノロン系製剤、クラリスロマイシン製剤

推奨薬であるアモキシシリンにアレルギーがある場合、別系統の抗菌薬を代替として選択することが必要となる。

クリンダマイシンは、 $\beta$  ラクタマーゼ産生嫌気性菌にスペクトラムを有し歯性感染症 3-4 群（重症例）にも使用可能である。しかし、歯性領域の適応症を有さないことに留意したい。また小児用量は 1 回 5mg/kg を 1 日 3 回（重症の場合は 4 回）投与するが、小児に適した剤形の発売は無い。

レボフロキサシンは、幅広い細菌感染症に効果があるニューキノロン系の抗菌薬（広域経口抗菌薬製剤）で、細菌の DNA 複製を阻害することにより抗菌作用を示す。

クラリスロマイシンは錠剤の発売があることなどから、カプセルが内服困難な症例に適応可能である。また小児で投与が必要な場合は、7.5mg/kg 1 日 2 回投与が推奨され、ドライシロップ剤形が選択可能である。

## 3. 薬価比較

一般名	アモキシシリン	クリンダマイシン	レボフロキサシン	クラリスロマイシン
代表的な製品名	GE	ダラシнкаプセル	GE	GE
JAID ガイドライン用法に従った 1 日薬価	30. <sup>3</sup> ~40. <sup>4</sup> 円/日 (250mg×3-4 /日)	95. <sup>2</sup> 円/日 (150mg×4 /日)	36. <sup>7</sup> ~60. <sup>8</sup> 円/日 (500mg×1 回/日)	38. <sup>4</sup> ~50. <sup>6</sup> 円/日 (200mg×2 回/日)

## 4. 適応症

抜歯時の感染症予防の観点で、明確な適応を有する薬剤は無いことに注意が必要である。

抜歯関連の適応症として、アモキシシリンには「歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎」、クリンダマイ

シンには「顎骨周辺の蜂巣炎、顎炎」、レボフロキサシン、クラリスロマイシンには「歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎」が設定されている。

## 5. 有効性・安全性・経済性

- ・ 歯科の抜歯処置の創分類はクラス II とされ、心内膜炎や SSI のリスク因子の無い症例に対して予防抗菌薬の使用は推奨されていない<sup>2,3</sup>
- ・ SSI リスク因子がある場合（抜歯処置で想定されるリスク因子：糖尿病合併、肥満、ステロイドや免疫抑制剤の併用）には、アモキシシリン製剤 1 回 250mg-1g もしくは、クラバン酸/アモキシシリン製剤 1 回 375mg-1.5g を単回～48 時間使用することが推奨されている<sup>3</sup>。両剤の使い分けや優劣について特に言及は無く、経済性に優れたアモキシシリン製剤を推奨薬として設定した。
- ・ 抗菌薬についてはアレルギーの既往歴を持つ患者が一定数いることから、このような患者のオプションとして、系統の異なるクリンダマイシン製剤、クラリスロマイシン製剤を掲載した。ガイドライン<sup>2,3</sup> で推奨されているクリンダマイシン製剤が適応症上の問題となる場合も考慮し、マクロライド系で最も安価なクラリスロマイシン製剤をオプションとして設定した。
- ・ 歯科処置の予防対象となると考えられる細菌は口腔内の連鎖球菌が主と考えられるが、すべての菌において低感受性株の存在は常に念頭に置く必要があり、抗菌薬使用にも関わらず状態が増悪した場合は耐性菌の可能性を考慮した治療戦略が重要である。
- ・ 感染性心内膜炎の高リスク患者（人工弁置換患者、IE の既往患者、先天性心疾患等）に対し抜歯を行う際には、予防的抗菌薬の投与を行うことが強く推奨されており、その際は処置前 1 時間前にアモキシシリン 2g の単回投与（アレルギーがある際はクリンダマイシン 600mg の単回投与）が推奨されている<sup>5</sup>。
- ・ なお、第 3 世代セフェム系抗菌薬は、経口吸収率が 25%程度と低く、また 1 日薬価が推奨薬よりも高いこと、薬剤耐性（AMR）の観点から推奨しない。
- ・ 2024 年 6 月の薬価改定により、アモキシシリン細粒製剤の後発医薬品の薬価が先発医薬品より高額となった。またアモキシシリンのカプセル剤形、クラリスロマイシンの錠剤剤形については、基礎的医薬品扱いであることにも留意が必要である。

## 6. 参考ガイドライン・文献

- 1: Cochrane Library:Antibiotics to prevent complications following tooth extractions (Review)
- 2: JAID/JCS 感染症治療ガイドライン 2016 -菌性感染症-
- 3: 術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン
- 4: 歯周病患者における抗菌薬適正使用ガイドライン
- 5: 感染性心内膜炎の予防と治療に関するガイドライン（JCS2017 改定版）