



感染性心内膜炎予防が必要な患者さんへの歯科的対応

2026年3月に「2026年改訂版感染性心内膜炎診療ガイドライン」が公開されました。2017年改訂版の刊行から10年近く経過し、タイトルもより広い意味のものへと変更されています。ガイドラインの中では歯科治療時における予防についても取り上げられており、今後もこのガイドラインを歯科医師へ広く啓発していくことが必要と考えられます。

今回は、ガイドラインの中からポイントを抜粋し、重要な点をご紹介します。

感染性心内膜炎（Infective endocarditis；IE）とは

心臓弁膜症や先天性心疾患の患者さんでは、心臓内の異常血流によって心臓の内側を覆う膜（心内膜）に傷が生じることがあります。傷ついた心内膜は細菌が付着しやすく、付着した細菌が増殖し、細菌の塊（疣腫/ゆうしゅ）が形成されます。この感染症を感染性心内膜炎と呼びます。

感染性心内膜炎は、血液中に細菌が入り込むこと（菌血症）が契機となって発症し、血管を詰まらせたり（血管塞栓）、心不全などの様々な臨床症状を呈する全身性敗血症性疾患と言われています。

発症率は低いものの、一度発症すると的確な診断と適切な治療を行わないと、多くの合併症を引き起こし、死に至る重篤な疾患です。



そのため、まずは感染性心内膜炎にならないように予防することが何よりも大切です。そして万が一発症した場合、早期に診断し、早期に治療することがその後の経過において非常に重要です。私たち歯科医師は、発症の兆候を初期の段階で察知し、速やかにかかりつけ医や循環器内科への受診を勧めることが責務と考えられます。

発症を予防するにはどうすればよいの？

予防法として最も重要なことは、「**予防的抗菌薬投与**」です。

後ほど詳細を述べますが、発症しやすさに合わせて、抗菌薬を事前に投与しておくことで発症を抑えることができます。また、患者さんには口腔衛生の維持や歯科定期受診を心掛けてもらい、口腔内の細菌数そのものを減少させておくことも重要です。

術前投与が必要な患者さんって？



予防的抗菌薬投与においては、患者さんの背景疾患・併存疾患を考えなければなりません。疫学的研究に基づいて、高度リスク群・中等度リスク群・低リスク群に分類されています（表1）。

表1 基礎疾患別リスクと歯科口腔外科手術に際するIE予防のための抗菌薬投与の推奨レベル

①高度リスク群（IEの発症の可能性が高く、重篤化しやすい患者）→ 予防的抗菌薬投与を行う
・人工弁置換患者、外科的弁形成術後患者 ・IEの既往を有する患者 ・未修復の複雑性チアノーゼ性先天性心疾患（単心室、完全大血管転位、ファロー四徴症） ・先天性心疾患で心修復後も遺残病変を伴う場合 ・体循環と肺循環系の短絡造設術を実施した患者 など
②中等度リスク群（必ずしも重篤とならないが、IE発症の可能性が高い患者）→ 予防的抗菌薬投与を考慮するまたはしてもよい
・ほとんどの先天性心疾患、先天性心臓弁膜症 ・後天性弁膜症 ・閉塞性肥大型心筋症 ・人工ペースメーカー、植込み型除細動器などの植込み患者 など
③低リスク群（感染の危険性が特になく、一般の人と同等の感染危険率とされる患者）→ 予防的抗菌薬投与は推奨されない
・単独の心房中隔欠損 ・心室中隔欠損、動脈管開存、心房中隔欠損根治術後6カ月以上経過し残存病変がない ・冠動脈バイパス術後 など

障害者歯科においては、先天性心疾患を有する患者さんも多いため、事前の医療面接で既往歴を把握しておくことがとても大切です！



健常成人であれば、発症の確率は10万人の人口で1年間に10人弱ですが、中等度リスク群では発症率が健常者の10倍程度に上昇し、さらに高度リスク群では発症率が100倍になり、かつ、発症時の死亡率や重篤度が高いことが知られています。

術前投与が必要な歯科処置って？

口腔内は常に細菌感染状態にあります。したがって歯科疾患そのものが菌血症の原因であり、その歯科疾患の治療が全身への感染の機会ともなりうるのです。菌血症を起こす歯科処置としては、出血を伴ったり、根管治療で根尖を越えるような侵襲的な歯科処置が挙げられます。また、歯石除去（スケーリング）なども菌血症を誘発する処置として認識されています（表2）。

表2 歯科処置による菌血症の発症率

歯科処置	発症率(%)
抜歯	10～100
智歯抜歯	55
スケーリング	8～79
歯周外科	36～88
感染根管処置	42
ラバーダム装着	29
ブラッシング	23
咀嚼	38

一方で、日常生活における咀嚼やブラッシングでも出血することがあり、菌血症が引き起こされることがあります。口腔衛生状態が不良だと、より菌血症が引き起こされやすいと考えられます。したがって、日常より良好な口腔衛生状態を維持・管理することは菌血症の発症を抑制するうえで極めて重要です。



歯科医師や歯科衛生士による
定期的かつ継続的な
専門的口腔管理が効果的！



予防的抗菌薬投与の具体的な方法は？

予防的抗菌薬投与はガイドラインに沿って実施することが望ましいです。ガイドラインでは、基本的にはアモキシシリン2gの術前1時間以内の経口単回投与を推奨しています。また、小児に対する抗菌薬の投与に関しても、経口投与可能であればアモキシシリンを50mg/kg（最大2g）を術前1時間前に服用することが記載されています（表3）。

表3 歯科処置前の抗菌薬の標準的予防投与法

投与方法	βラクタム系 薬アレルギー	抗菌薬	投与量 (成人)	投与量 (小児)	投与回数	備考
経口投与 可能	なし	アモキシシリン	2g ※1、※2	50mg/kg（最大2g）	単回	処置1時間前
		クリンダマイシン	600mg	20mg/kg（最大600mg）		
		アジスロマイシン	500mg	15mg/kg（最大500mg）		
		クラリスロマイシン	400mg	15mg/kg（最大400mg）		
経口投与 不可能	なし	アンピシリン	1～2g	50mg/kg（最大2g）	単回	処置30分前に単回静注、 または点滴静注
		セファゾリン	1g	50mg/kg（最大1g）		
	あり	セフトリアキソン	1g	50mg/kg（最大1g）		処置30分前に点滴静注
		クリンダマイシン	600mg	20mg/kg（最大600mg）		

※1または体重あたり30mg/kg
500mgの追加投与を考慮する

※2 なんらかの理由でアモキシシリン2gから減量する場合は、初回投与5～6時間後にアモキシシリン

しかし、抗菌薬の投与のみで感染性心内膜炎を完全に予防できるわけではありません。発症のリスクを少しでも下げるために、歯科処置の直前に歯磨きや含嗽剤を使用し、口腔内細菌を可能な限り減らしておくことも大切です。

万が一発症した場合の症状とその対応は？

歯科処置後、原因不明の発熱や体調不良に留意するよう患者さんに必ず伝えてください。疑わしい所見があった場合には、すぐにかかりつけ医や循環器内科などの医科受診を勧めることが大切です。

最後に

歯科医療従事者も感染性心内膜炎の正しい知識を身につけ、ガイドラインの存在を認識しておく必要があります。また、患者さんから既往を聴取した場合には、診療情報提供書をかかりつけ医に送付し、適切な指示を仰ぐとともに、万が一発症した場合の受け入れ体制を整えておくことが大切です。

医科歯科連携を図りながら、これからも安心・安全な歯科医療を提供していきましょう。

【参考文献・引用図書】

一般社団法人日本循環器学会：2026年改訂版 感染性心内膜炎診療ガイドライン

HEART nursing 2020 vol.33 no.5

