

| 新 | 旧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|----------|------------|-------------|--------------------|-------------|------------------------------|---|---|----|----|--------|----|---------|----|----------------------|---------------------------|--------|--------------------------|----|----|--------|----|---------|----|------------------------|----|----|----|--------------------------|-------------------|
| <p>P4 (標準治療の削除) 初めての治療をする時の一般的な治療方法 _____</p> <p>潜在性結核感染症 (図)</p> <table border="1"> <caption>潜在性結核感染症の内服期間</caption> <thead> <tr> <th>治療法</th> <th>内服期間 (月)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) イソニアジド</td> <td>6 か月又は 9 か月</td> </tr> <tr> <td>(2) イソニアジドとリファンピシン</td> <td>3 か月又は 4 か月</td> </tr> <tr> <td>(3) イソニアジドが使えないとき リファンピシン</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>(標準治療の修正) 結核の<u>一般的な治療</u>では、4種類あるいは3種類の薬を使います。</p> | 治療法 | 内服期間 (月) | (1) イソニアジド | 6 か月又は 9 か月 | (2) イソニアジドとリファンピシン | 3 か月又は 4 か月 | (3) イソニアジドが使えないとき リファンピシン | 4 | <p>3 結核の治療</p> <p>説明日(月 日)(月 日) 説明者() ()</p> <p>①複数の殺菌効果のある薬を使い、 ②治療終了まで薬を飲み続ける。(最低でも6か月、もしくはそれ以上)</p> <p>結核の治療にあたっては、医療費の一部又は全額が公費で負担される公費負担制度があります。治療開始時に申請書などを提出していただきますので、詳しくは保健所や医療機関に御確認ください。</p> <p>初めての治療をする時の一般的な治療方法(標準治療)</p> <p>原則</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>薬名</th> <th>延長</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>イソニアジド</td> <td>延長</td> </tr> <tr> <td>リファンピシン</td> <td>延長</td> </tr> <tr> <td>エタンブール または ストレプトマイシン</td> <td>→症状の改善や薬の効果を 確認できるまで延長</td> </tr> <tr> <td>ピラジナミド</td> <td>内服期間 0 2 4 6 8 10 12 (月)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ピラジナミドが使用できない</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>薬名</th> <th>延長</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>イソニアジド</td> <td>延長</td> </tr> <tr> <td>リファンピシン</td> <td>延長</td> </tr> <tr> <td>エタンブールまたは ストレプトマイシン</td> <td>延長</td> </tr> </tbody> </table> <p>潜在性結核感染症</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>薬名</th> <th>延長</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>イソニアジド または リファンピシン</td> <td>延長 (イソニアジドが効かない時)</td> </tr> </tbody> </table> <p>結核の標準治療では、4種類あるいは3種類の薬を使います。2回目以降の治療や肺以外の結核、また糖尿病などの合併症がある時は、治療期間が長引くこともあります。さらに、検査の結果によっては薬を変更することもあります。</p> | 薬名 | 延長 | イソニアジド | 延長 | リファンピシン | 延長 | エタンブール または ストレプトマイシン | →症状の改善や薬の効果を 確認できるまで延長 | ピラジナミド | 内服期間 0 2 4 6 8 10 12 (月) | 薬名 | 延長 | イソニアジド | 延長 | リファンピシン | 延長 | エタンブールまたは ストレプトマイシン | 延長 | 薬名 | 延長 | イソニアジド または リファンピシン | 延長 (イソニアジドが効かない時) |
| 治療法 | 内服期間 (月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) イソニアジド | 6 か月又は 9 か月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) イソニアジドとリファンピシン | 3 か月又は 4 か月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) イソニアジドが使えないとき リファンピシン | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬名 | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イソニアジド | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リファンピシン | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| エタンブール または ストレプトマイシン | →症状の改善や薬の効果を 確認できるまで延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ピラジナミド | 内服期間 0 2 4 6 8 10 12 (月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬名 | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イソニアジド | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リファンピシン | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| エタンブールまたは ストレプトマイシン | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬名 | 延長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イソニアジド または リファンピシン | 延長 (イソニアジドが効かない時) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |