

非感染症専門医・医学生のための1分で読める熱研感染症シリーズ 11

Aspiration Pneumonia 誤嚥性肺炎

作成：池田恵理子(長崎労災病院感染症科) 監修：安田一行(感染症内科) 2018年10月1日

誤嚥性肺炎とは：口腔・咽頭内容物、食物、胃酸などを気道内に吸引することで生じる肺炎。

高齢者の肺炎のおよそ70%は誤嚥性肺炎と言われている。

以下の3つに分類される。

- ① 化学肺炎：胃酸の誤嚥による肺の障害。気道吸引や酸素投与などの支持療法。
- ② 細菌性肺炎：口腔内や上気道の常在菌を誤嚥することで起こる。抗生剤治療が必要。
- ③ 気道閉塞：異物の誤嚥によって起こる。吸引や異物除去が基本治療。重複感染がある場合は抗生剤治療が必要。

☆チェックすべき項目→細菌性肺炎を起こしている可能性UP

- ・意識レベルの低下：アルコール摂取、失神、痙攣、頭部外傷、全身麻酔、多量服薬
- ・嚥下障害：咽頭・喉頭の狭窄、声門閉鎖不全、加齢、口腔乾燥症
- ・神経障害：脳血管障害、多発性硬化症、パーキンソン病、重症筋無力症、ALS
- ・消化管の問題：胃食道逆流、アカラシア、イレウス
- ・その他：口腔内不潔、嘔吐、経管栄養、寝たきり

☆喀痰のグラム染色で多彩な細菌の食食像を認めたら細菌性肺炎を起こしていると考えて！

●細菌性肺炎を起こしていると判断した場合

- ・市中発症

起炎菌は嫌気性菌、腸内細菌、肺炎球菌などの口腔内や腸管の常在菌。

ABPC/SBT 3g×4回/day

- ・院内発症 or 重症

起炎菌はグラム陰性桿菌、黄色ブドウ球菌、嫌気性菌が重要。

緑膿菌が起炎菌として考えられる状況であれば PIPC/TAZ 4.5g×4回/day、循環動態が不安定かつESBL産生菌が疑われる場合はカルバペネム (IPM/CS, MEPM)、MRSA肺炎のリスクが高ければ抗MRSA薬 (VCM、LZD など) を推奨。

※内服への移行のタイミング：臨床的に改善し、循環動態安定し、経口摂取可能となり、消化管運動が通常の状態に戻った時。国内で使用されているオーグメンチン錠®はAMPC:CVAが2:1でAMPC料が相対的に足りないため、サワシリンと併用することが多い(処方例)オーグメンチン250RS®4錠+サワシリンカプセル®250mg4カプセル分4または分2)。ペニシリンアレルギーの場合はCTR×1回/day+MNZ 500mg×3回 またはCLDM 600mg×3回/day。

※治療期間については明確に定まったものはないが空洞や膿胸、肺膿瘍の形成がない場合は5-7日間が目安。症状や臨床所見が改善すれば治療終了を考慮。胸部単純レントゲン写真はしばらくフォローする。

●予防：口腔ケア、頭部ギャジアップ。

意識レベルを低下させるような眠剤などはできるだけ減量 or 中止。

嚥下機能評価と適切な食形態の決定、嚥下リハビリ。

参考文献：

日本呼吸器学会 医療介護関連肺炎診療ガイドライン

日本感染症学会・日本化学療法学会 感染症治療ガイドライン

John GB et al., “Aspiration pneumonia”, UpToDate, Aug 20, 2018.

サンフォード感染症治療ガイド

付録

腎機能別抗生剤用量の目安

$$\text{CrCl} = \frac{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重}}{72 \times \text{Cr}} \quad (\text{女性の場合は} \times 0.86)$$

| | CrCl>50 | CrCl=10-50 | CrCl<10 |
|----------|-------------|---------------------------------------|--------------|
| ABPC/SBT | 3g×4回/day | 3g×2回/day | 3g×1回/day |
| PIPC/TAZ | 4.5g×4回/day | 2.25g×4回/day CrCl<20: 2.25g×3回/day | 2.25g×3回/day |
| MEPM | 1g×3回/day | 1g×2回/day CrCl<25: 0.5g×2回/day | 0.5g×1回/day |

※CLDM と CTRX は腎機能によらず上記用量を使用可能。