

亀田1ページで読める感染症ガイドラインシリーズ10

市中肺炎 最終更新日 2014.11.17 感染症科フェロー 三河貴裕 編集 細川直人

原因は肺炎球菌、インフルエンザ菌、モラクセラ、マイコプラズマ、クラミドフィラ、レジオネラが主で、これをピック6と呼ぶ。

診断

- ・レントゲンの異常は肺炎とは限らない。心不全や無気肺なども肺炎様の症状を示す。肺炎以外の疾患でもCRPが上昇する。「発熱」＋「浸潤影」をすぐに肺炎と決めつけない！
 - ・グラム染色を活用しよう。グラム染色のガイドラインを参照のこと。
- 誘発喀痰は正しい方法で！**3%高張食塩水を30ml**でオーダーする。
- ・マイコプラズマLAMP法が使用できるようになった。発症早期でも診断可能で、感度、特異度も高い。咽頭ぬぐい液か喀痰で検査を提出する。結果が出るのに数日。
- 肺炎球菌尿中抗原、レジオネラ尿中抗原は長所、短所をよく知ったうえで適宜使用する。(medicina vol. 45 no. 10 2008-10 p1772-1777)
- ・肺炎の重症度は1997年のPORTが有用である。NEJM 1997 Jan 23:336;243-

重症と判断する因子は、年齢50歳以上、アクティブな癌、心疾患、腎疾患、肝疾患、脳血管障害、意識障害、頻脈、頻呼吸、低血圧、40度以上の高熱あるいは低体温、BUN高値、低ナトリウム血症、高血糖、貧血、低酸素血症である。

- ・より簡便な重症度判定法としてCURB-65(Thorax 2003 58:377-382)、A-DROP(日本呼吸器学会編 成人市中肺炎ガイドライン2008)がある。重症と判断する因子は意識障害の有無、BUN20mg/dl以上、呼吸数30回以上(A-DROPはSpO₂90%以下)、収縮期血圧90mmHg以下あるいは拡張期≤60mmHg以下、65才以上(A-DROPは男性70才以上、女性75才以上)である。
- ・CRPや白血球数、浸潤影の大きさで重症度を判定しないこと！

治療

- ・亀田総合病院の感受性試験の結果より、以下の治療を推奨する。
- ・グラム染色や肺炎球菌尿中抗原検査の結果、肺炎球菌性肺炎を強く疑う場合には、ペニシリンGを第1推奨薬とする。肺炎の場合、ペニシリンGで治療できる肺炎球菌は当院では100%だからである。1回200万単位を4時間おき投与か、600万単位を持続点滴で12時間おきに(1日量1200万単位；腎機能正常時)。
- ・その他の場合、セフトリアキソン1gを24時間おきに。非定型肺炎を疑う場合には、アジスロマイシンを使用する(疑っている非定型肺炎病原体により投与量・期間が違うので注意)
- ・感受性試験の結果を待って、狭い抗菌薬にde-escalate。
- ・治療期間は7日程度。敗血症を伴うなど重症であれば14日あるいはそれ以上。
- ・経過が良ければ積極的に同系の経口薬に変更(例、ペニシリンGからアモキシシリンなど)。
- ・市中肺炎の治療にカルバペネムやニューキノロンの使用は通常は推奨しない(日本呼吸器学会の推奨に準ずる)。特に後者は結核の診断をマスクする危険があるので要注意。
- ・経口抗菌薬で治療する場合には、市中肺炎をカバーするためにアモキシシリン・クラブラン酸(オーグメンチン)3錠分3＋アモキシシリン(サワシリン)3錠分3を。
- ・マイコプラズマ肺炎を疑う場合には、アジスロマイシン500mg/day3日間。ドキシサイクリンを使用する場合には、治療期間が14日と長いことに注意。妊婦、小児はできれば使用を避ける。