

## 亀田1ページで読める感染症ガイドラインその3

### 誤嚥性肺炎 ver.1 (最終改定日 2004年10月30日) 感染症内科 研修医 鈴木玲、監修 岩田健太郎

・ポイント (広義の)誤嚥性肺炎=「胃液などの誤嚥による化学性肺炎」or「口腔内定着菌の誤嚥による感染症」本稿では病棟で遭遇する頻度の高い、後者の誤嚥性肺炎を中心に述べる。

起因菌について：誤嚥性肺炎は口腔咽頭の常在菌の誤嚥が原因である。

- ・口腔咽頭には *H. influenza*, *S. aureus*, *S. pneumoniae* などが常在する。
- ・アルコール中毒者、慢性疾患 (特に入院患者) では **嫌気性菌** (16%, *Fusobacterium nucleatum*, *F. necrophorum*, *B. fragilis*, *Clostridium perfringens*)、**通性グラム陰性桿菌** (49%)、*S. aureus* (12%) などが検出される。
- ・嫌気性菌が起因菌として特に疑う場合は、口腔内が不潔なもの、膿性痰が著名なものなどである。

#### 【予防】

- ・口腔ケア (清潔に保つ)、嚥下障害のある患者様に対しては積極的に嚥下リハビリをすすめる
  - ・誤嚥性肺炎発症頻度における経管栄養と胃瘻造設との間に差はない
  - ・経静脈栄養を経鼻胃管の代わりに用いても誤嚥のリスクは変わらない。むしろ敗血症、誤嚥性肺炎のリスクが増加するとも言われている。(Frederick A. Moore and others. Early enteral feeding, compared with parenteral, reduces post operative septic complications. Ann Surg, August 1992)
  - ・スクラルフェート (アルサルミン) の使用はH<sub>2</sub>ブロッカーやプロトンポンプ阻害剤の使用に比べ誤嚥性肺炎のリスクが低い、という説もあるが、データは混在している。
- ガイドラインはこの点について推奨を特に持たない。

#### 【治療】

■意識障害のあるものの嘔吐後の発熱・呼吸困難など、明らかな**化学性肺炎**の際に抗生剤の予防的投与は不要である。気道内の吐物・液体を吸引し、呼吸補助を行う (人工呼吸器も含む)。

⇒主治医が臨床的に化学性肺炎を疑う場合は抗菌薬なしでしばらく経過観察してもよい。

■**誤嚥性肺炎**の可能性の高い場合 (脳血管障害で嚥下障害があるものにおきた肺炎など) では、上記の起因菌にあわせ、経験的に抗生剤を選択する。

①市中誤嚥性肺炎：セフトリアキソン(ロセフィン) 1-2g/日 一日量 1-2g。セフトリアキソンはたいていの口内嫌気性菌をカバーするので、通常の誤嚥性肺炎はこれ1剤でも大丈夫である。

②嫌気性菌の存在を強く疑う場合 (口腔内が極めて汚い場合、膿性痰が著明など)：

アンピシリン・スルバクタム(ユナシン-S) 1.5~3.0g 6時間おき 一日量 6.0~12.0 g、またはクリンダマイシン(ダラシン) 600mg 8時間おき 一日量 1800mg。

市中肺炎との区別が判然としなければ、クリンダマイシンに加えてセフトリアキソンとアジスロマイシンを投与する。

③施設長期入居者、入院患者など：ピペラシリン・タゾバクタム (タゾシン) 2.5g 6時間おき 一日量 10g。重症例では、アミカシン 1日量 10mg 毎キロを1日2回に分けて、これに加えることも検討する。

以上の投与法は腎機能に合わせて調節すること。ただし、セフトリアキソンは腎機能に関係なく全量投与してよい。

- ・難治性、再発性など治療が困難な症例は感染症内科に連絡

(Paul E. Marik, M.B., B. CH. Aspiration pneumonitis and pneumonia. NEJM, Vol. 344, No9, March 1 2001)