

誤嚥性肺炎について

本康医院 本康宗信・静岡薬剤耐性菌制御チーム

浜松医科大学医学部附属病院 感染制御センター センター長 古橋一樹

診療所から肺炎の診断で、病院にご紹介する場合があります。その際、誤嚥性肺炎ですか？と問われることがあります。誤嚥による肺炎は、胃内容物誤嚥による肺臓炎と口腔内常在菌の誤嚥による肺炎に分かれます。発症の経緯を伺い、誤嚥性肺炎のリスク(表 1)がある方は、その可能性が高いとはお伝えしますが、市中肺炎を診た場合に、誤嚥性であると確診するのは難しいところです。<sup>1),2)</sup>

表 1 誤嚥性肺炎の主なリスク要因

リスク要因	疾患・病態
嚥下障害	食道疾患:がん、狭窄 COPD 神経疾患:パーキンソニズム、脳梗塞、多系統萎縮症 人工呼吸器離脱後
意識障害	アルコール大量摂取 全身麻酔後
胃内容逆流	嘔吐 経管栄養
咳嗽反射障害	薬剤:中枢性鎮咳薬、制吐剤、抗精神病薬 アルコール 認知症

誤嚥性肺臓炎では、抗菌薬なしで経過を見ることは可能ですが、低酸素血症がある場合には、外来で経過観察するのは困難なことが多いと思います。入院中には、誤嚥の再発防止のために、嚥下評価を行い、必要に応じて造影検査、内視鏡検査などを施行し、適切な食事形態のうえ、摂食、嚥下リハビリテーションを勧めていただくことがあります。

抗菌薬の選択については、ルーチンで嫌気性菌のカバーをする必要はないとされています。<sup>3)</sup> 誤嚥性肺炎で入院治療を受けた症例で、CTRX,CTX,LVFX のいずれか単剤で治療された LAC 群と、嫌気性菌のカバーに重きを置いた AMPC/CVA、MFLX、LAC 群+CLDM または MNZ で治療された EAC 群では、院内死亡率、在院日数に有意差はなく、CDI 発生率は EAC 群で高かったという報告があります(表 2)。<sup>4)</sup>

表 2 嫌気性菌のカバーによる臨床経過の比較

	LAC	EAC
n	2,683	1,316
院内死亡率 (%)	30.3	32.1
在院日数(中央値・日)	6.7	7.6
ICU入室率(%)	2.5	2.7
30日以内再入院率(%)	18.5	18.3
CDI発生率 (%)	≤0.2	0.8-1.1

LAC: limited anaerobic coverage (CTRX; ceftriaxone, CTX; cefotaxime, LVFX; levofloxacin)  
EAC: extended anaerobic coverage (AMPC/CVA; amoxicillin-clavulanate, MFLX; moxifloxacin, CLDM; clindamycin, MNZ; metronidazole)

CDI: *Clostridioides difficile* infection

嫌気性菌のカバーによる利点がなかったということですが、必ずしもカバーをしてはいけないというわけではありません。膿胸、肺化膿症の場合は、ドレナージとともに嫌気性菌のカバーを考慮します。

モキシフロキサシンは、嫌気性菌に活性があるとされていますが、添付文書上、嫌気性菌が適応になっておらず、横隔膜より上の感染についてはあえて使用することはないと思います。尚、胃切除後、小腸閉塞後の誤嚥性肺炎においては、*Bacteroides fragilis* も考慮しますが、モキシフロキサシンでの耐性率が高くなっており、適応は限定的です。

以前は医療・介護施設での肺炎の起病菌は MRSA、腸内細菌群、緑膿菌が多いとされており、広域抗菌薬を投与されることが多かったようですが、最近のデータからは市中感染の場合には、誤嚥性肺炎であっても、市中感染の頻度の多い起病微生物をカバーすることで初期治療を開始することは妥当と考えられます。誤嚥性肺炎のリスクが高い場合の検出菌では、肺炎球菌や、インフルエンザ菌が少なく、口腔内連鎖球菌が多いという報告があります。また黄色ブドウ球菌や緑膿菌が培養されることもありますが、定着菌である可能性があり、MRSA や緑膿菌をカバーする抗菌薬を使用しても予後は改善しないことが示されています。<sup>5)</sup>

紹介時に本当に肺炎ですか、心不全ではないですかと言われることもありますが、基礎心疾患のある方では、肺炎を契機に心不全症状が悪化することもあり、これもお答えしにくいところです。

肺炎の診断において入院時と退院時の診断の不一致が 57%であったという報告があります。<sup>6)</sup> 初期診断ができない場合、利尿剤、ステロイド、抗菌薬などの組み合わせで診断的治療が行われた経緯があり、入院時診断がついていない場合、30 日死亡率が高かったそうです。入院症例でさえ、診断が難しいわけですから、外来で一発診断するのも簡単ではないと思います。心不全と肺炎を合併すると、画像診断、血液検査でも、両者に見られる所見がでてきます。こうした場合、肺炎の存在の診断には喀痰グラム染色が有用です。誤嚥性肺炎の喀痰グラム染色では、複数菌が関与していることが多いですが、誤嚥後の時期によって、所見の解釈が異なるので、細菌検査室の技師の方と経緯の情報共有が必要です。<sup>7)</sup>

1) van der Maarel-Wierink CD, et al.: Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. J Am Med Dir Assoc. 2011 Jun;12(5):344-54. PMID:21450240

2) Mandell LA, et al.: Aspiration Pneumonia. N Engl J Med. 2019 Feb 14;380(7):651-663. PMID:30763196

3) Metlay JP, et al.: Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med

. 2019 Oct 1;200(7): e45-e67. PMID:31573350

4) Bai AD, et al: Anaerobic Antibiotic Coverage in Aspiration Pneumonia and the Associated Benefits and Harms: A Retrospective Cohort Study. Chest. 2024 Jul;166(1):39-48. PMID:38387648

5) 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン作成委員会編:成人肺炎診療ガイドライン 2024 誤嚥性肺炎 23-28. メディカルレビュー社 2024

6) Jones BE, et al.: Diagnostic Discordance, Uncertainty, and Treatment Ambiguity in Community-Acquired Pneumonia: A National Cohort Study of 115 U.S. Veterans Affairs Hospitals. Ann Intern Med. 2024 Aug 6. doi: 10.7326/M23-2505. PMID:39102729

7) 永田邦昭:感染症診断に役立つグラム染色 第3版 シーニュ 2022