

インフルエンザに関する肺炎 2024/25

本康医院 本康宗信・静岡薬剤耐性菌制御チーム

浜松医科大学附属病院 感染制御センター センター長 古橋一樹

2024 年末から 2025 年 1 月にインフルエンザの顕著な流行が認められました。インフルエンザは咳嗽を主訴とすることが多く、症状のみで若年者でのマイコプラズマ、RS ウイルス感染症との鑑別は困難です。COVID-19 流行期には COVID-19 の迅速検査を併用することが多いので、COVID-19 との合併はわかりやすいと思います。インフルエンザでは数日で症状が軽減してきますが、発熱や咳嗽が遷延する場合には、他の疾患の合併を考える必要があります。2019 年 2 月の通報 29 (<https://hamamatsushi-naika.com/files/29.pdf>) でインフルエンザに関する肺炎について情報共有をさせていただきました。

インフルエンザ罹患後の肺感染症の病型は、①急性気管支炎、②ウイルス性肺炎、③細菌の混合感染、④二次性細菌性肺炎、と分類されます。インフルエンザ罹患後肺炎は、高齢者や慢性基礎疾患のある方に多いとされていましたが、近年は COVID-19 の関与やマイコプラズマ肺炎の流行があり、少し状況が変化しています。

症例 1:40 代 男性

家人がインフルエンザ A 型に罹患した 3 日後に、39°C の発熱、頭痛で来院、臨床的にインフルエンザと診断し、オセルタミビル投与され翌日から解熱しました。発症 5 日目に、38°C 台の発熱と湿性咳嗽で来院、胸部 X 線で右下肺野に肺炎像が認められました。A-DROP:1 で、外来治療をしました。Miller and Jones:P3 の茶褐色の喀痰が採取され、グラム染色(図 1)ではグラム陽性双球菌が認められ、肺炎球菌が起因菌と考えられました。AMPC1.5g/日を開始し、速やかに解熱しました。培養結果は、肺炎球菌で PCG,AMPC,LVFX に感受性でした。

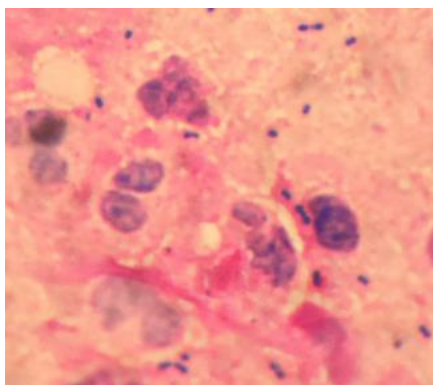


図1 喀痰グラム染色像



図2 胸部 X 線像

インフルエンザ後の 2 次性肺炎の起因菌は、肺炎球菌が多いですが、入院を要する例では、黄色ブドウ球菌の頻度が増えます¹⁾。混合感染においても肺炎球菌の頻度が高く、黄色ブドウ球菌、インフルエンザ桿菌も認められ、慢性呼吸器疾患が基礎疾患にある場合には、特に注意する必要があります²⁾。黄色ブドウ球菌が検出された場合には死亡率が上昇する可能性が示唆されています³⁾。通常、肺炎の原因となりにくい黄色ブドウ球菌が肺炎球菌の次に頻度が高いという点には注意が必要です。市中感染でも可能な限り、培養、感受性検査を行う必要があります。

症例 2: 10 代 女性

旅行中、発熱しインフルエンザ A 型と診断、オセルタミビルが処方され 3 日で解熱しましたが、咳嗽が増強、発症 5 日目で 38°C の発熱があり来院。右下肺野に肺炎像があり、マイコプラズマリボテストで陽性、マイコプラズマ肺炎の合併と診断し、ドキシサイクリンを投与し軽快。

マイコプラズマ肺炎は若年者に多いですが、家族内感染では、稀に高齢者にも認められることがありますので、成人でも鑑別の一つとして挙げておく必要はあると思います。小児のマイコプラズマ肺炎においてプロカルシトニン 5 ng/ml 以上がウイルス重複感染の可能性として考慮されるという報告はありますが、鑑別に有用な指標は少ないようです⁴⁾。地域の学校や患者さんのご家族で 3 週間ほど前の罹患者、有症状者との接触歴に留意すると診断の助けになると思います。

症例 3: 10 代 女性

40°C の発熱で来院、インフルエンザ抗原検査で A 型陽性、酸素飽和度 94%、呼吸数 20/分、胸部 X 線では右下肺野に肺炎像が認められました(図 2)。家人も同時にインフルエンザに罹患しており、インフルエンザによる肺炎と考えオセルタミビル、去痰剤で治療を開始、3 日目に解熱が認められました。咳嗽は遷延しましたが、呼吸不全をきたすことなく軽快しました。

本例は軽症でしたが、重症インフルエンザ肺炎患者へのコルチコステロイドの投与は、ICU 死亡率の増加と関連しており、併用療法として使用すべきではないとされています⁵⁾。

2024 年末から流行したインフルエンザ A 型は主に H1N1pdm09 でした。以前の流行は 2019-20 シーズンだったことから、免疫のない方が多く、特に小児においては全く経験のない年齢層がありますので注意が必要です。

インフルエンザ後に発熱は咳嗽が遷延する場合には、続発性細菌性肺炎やマイコプラズマ肺炎の合併を考慮しますが、今シーズン場合は例年より多いと思います。外来の多いご施設では、検体採取や迅速検査なども行う時間がないと思います。双

方に効果があるキノロンを使用することもあると思いますが、その場合にも、起因微生物を予測し、抗菌薬の効果を確認することが大切です。検体が採取できた場合には感受性判明後に狭域化を考慮し、広域抗菌薬を長期に使用することは避ける必要があります。

インフルエンザの流行により、合併症や肺炎の件数も多くなり、入院治療に支障をきたす地域もありました。インフルエンザは今後も H3N2 や B 型の流行する可能性があります。ワクチン未接種で罹患した方でもハイリスクの方は、ワクチン接種が望まれます。2009 年には今シーズンと同様のインフルエンザ A(H1N1) が流行し、肺炎球菌との混合感染による重症化が注目されました。インフルエンザ後の 2 次感染はやはり肺炎球菌が多いため、対象の方では、肺炎球菌ワクチンの接種も必要です。

- 1) Rice TW, et al.: Critical illness from 2009 pandemic influenza A virus and bacterial coinfection in the United States. Crit Care Med. 2012 May;40(5):1487-98. PMID:22511131
- 2) 鈴木勇三,他: インフルエンザに混合感染した細菌性肺炎の検討 日呼吸会誌 45 (9), 667-672 2007 PMID: 17929467
- 3) McDanel JS, et al.: Increased Mortality Rates Associated with Staphylococcus aureus and Influenza Co-infection, Maryland and Iowa, USA(1). Emerg Infect Dis. 2016 Jul;22(7):1253-6. PMID: 27315549
- 4) Wu X, et al.: Analysis of Mycoplasma pneumoniae pneumonia and viral coinfection in southern Guangzhou after the COVID-19 pandemic. J Thorac Dis. 2024 Oct 31;16(10):6789-6798. PMID:39552883
- 5) Moreno G, et al.: Corticosteroid treatment in critically ill patients with severe influenza pneumonia: a propensity score matching study. Intensive Care Med. 2018 Sep;44(9):1470-1482. PMID: 30074052