

ラジオNIKKEI ■ 放送 毎週水曜日 20:10~20:25

# 感染症 TODAY

塩野義製薬株式会社



2014年12月3日放送

## 「高齢者肺炎の診療マネジメント」

大分大学 呼吸器・感染症内科教授  
門田 淳一

### はじめに

今回は高齢者肺炎の診療マネジメントについて考えてみたいと思います。

およそ4人に1人が65歳以上である超高齢社会の我が国において、高齢者肺炎は日常診療において最も頻繁に遭遇する疾患の一つです。我が国の死因の第3位は肺炎ですが、そのうち約96%は65歳以上の高齢者が占めています。すなわち死因としての肺炎の増加は我が国の高齢者の増加が大きな要因であると言えます。

高齢者肺炎はその殆どが誤嚥性肺炎とされていますが、高齢者肺炎に対して抗菌薬を中心とする積極的な治療をどこまで行うのか、あるいは抗菌薬治療が予後の改善に寄与するのかなど、社会全体での倫理的側面を交えた高齢者肺炎を取り巻く議論が十分なされていないのが現状です。その中で本日は国内外の高齢者肺炎に関する報告を踏まえて、我が国の高齢者肺炎の診療についての考え方を述べます。

### 高齢者肺炎の診断と抗菌薬療法

高齢者が肺炎に罹患した場合の症状は、咳や痰、発熱あるいは呼吸困難など典型的な呼吸器症状が出現しにくいことも多く、何となく元気がない、食欲が日頃より落ちている、日常生活活動が低下しているなど非典型的な症状で発症することも多くみられます。

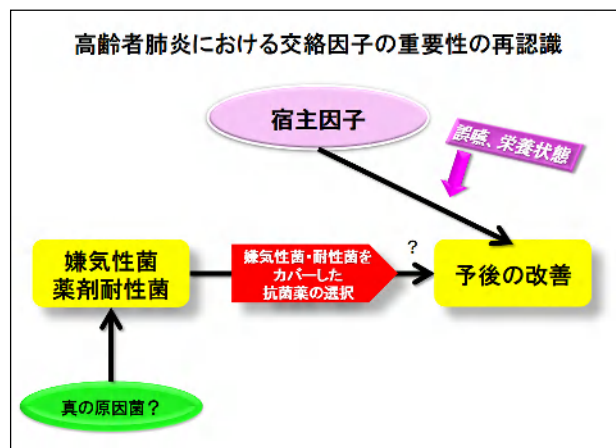
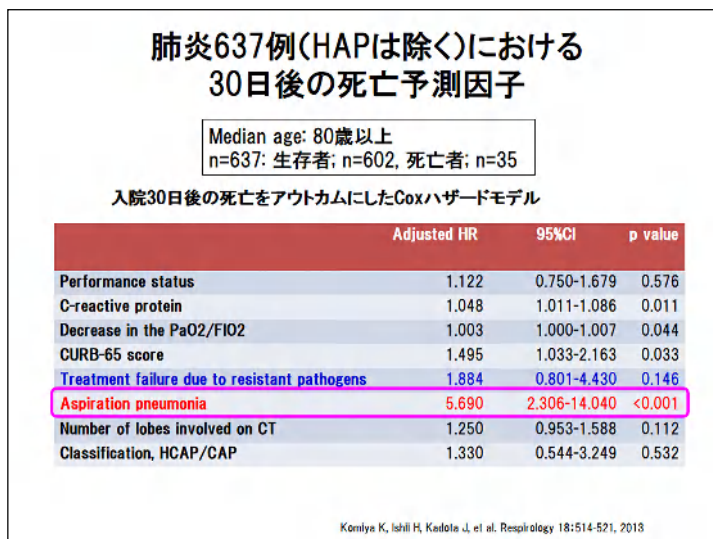
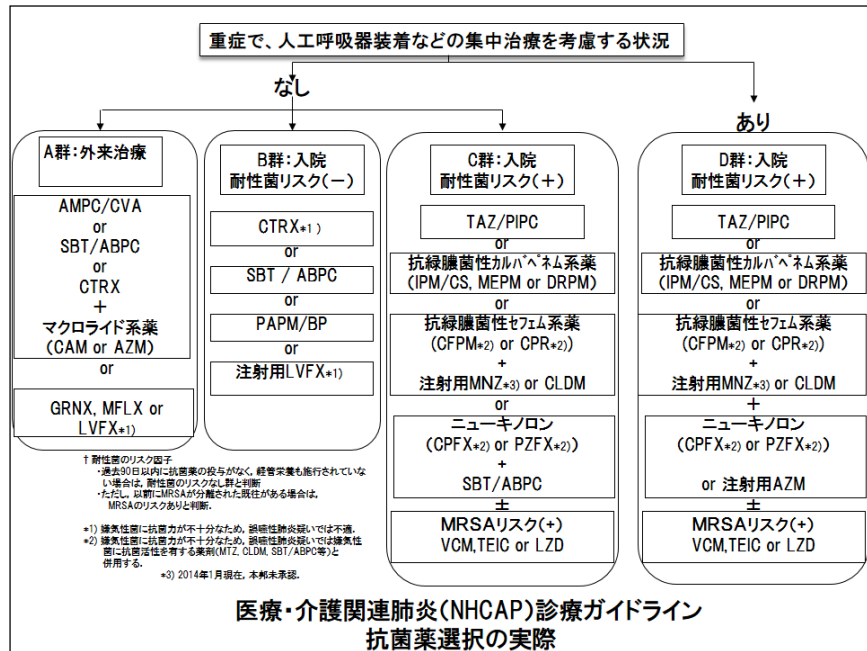
高齢者と一緒に生活しているご家族が日頃よりこのような変化を注意深く観察しておくことも重要です。医療者側は高齢者にこのような非典型的な症状がみられるときには、経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO<sub>2</sub>) を測定し、肺炎も疑って胸部エックス線を、必要なら胸部CTまで撮影することが肝要です。

肺炎と診断後に抗菌薬療法をする上では、高齢者では喀痰の喀出が難しく原因菌の同定が困難なことも多いですが、日本呼吸器学会より発刊されている高齢者肺炎を対象とした医療・介護関連肺炎 (NHCAP) 診療ガイドラインを参考にされると良いと思います。

通常の市中肺炎の原因菌である肺炎球菌やインフルエンザ菌に加えて、誤嚥を考慮して口腔内連鎖球菌、嫌気性菌や腸管内のグラム陰性桿菌を考慮する必要があります。また、緑膿菌やMRSAなどの耐性菌も高齢者肺炎の患者ではしばしば検出されるため、これらの菌をカバーするために広域の抗菌薬による治療が選択されることが多いと思われま

す。しかし我々の誤嚥性肺炎の検討では、臨床的に嚥下機能低下が疑われ、胸部CTで背側に分布する重力方向の陰影を呈する患者群として誤嚥性肺炎を定義し、高齢者肺炎患者 637 名を対象に生命予後に関する臨床研究を行ったところ、誤嚥のリスク、あるいは胸部CTで背側に陰影が存在している、のそれぞれ単独でも生命予後不良因子となりますが、この両者を併せ持つとさらに予後が悪いことが明らかとなり、耐性菌に対する適正な抗菌薬療法では予後の改善は得られないことを示しました。

その他にも国内外より同様の結果が報告されており、嫌気性菌や耐性菌をカバーする広域の抗菌薬治療が予



後を改善するというエビデンスには乏しいのが現状です。すなわち嫌気性菌や耐性菌が分離されたとしても原因菌とはみなせない場合も多く、必ずしも当初から広域抗菌薬で治療する必要はないことになります。

### **積極的な抗菌薬治療が必要な患者群**

それではどういう高齢者肺炎患者群において積極的な抗菌薬治療が必要なのでしょうか。高齢者肺炎の中には、日常生活活動が良好で元気な高齢者に発症する市中肺炎も存在し、特に健常な高齢者に発症する肺炎球菌性肺炎やレジオネラ肺炎などでは急速に重症化することも多いため、市中肺炎診療ガイドラインに準じて積極的な治療を行うことが必要でしょう。市中肺炎における敗血症を伴うような、あるいは ICU に入院が必要な重症例ではβ-ラクタム系抗菌薬とマクロライド系抗菌薬の併用が予後を改善するという報告があります。しかし、高齢者肺炎においては市中肺炎の重症度判定に用いられる A-DROP という項目が重症度判定に利用できるかどうかは明らかではありません。

我々の NHCAP すなわち高齢者肺炎における検討では、A-DROP で重症、超重症例と判定された群における狭域抗菌薬治療群と広域抗菌薬治療群では、予後に影響を及ぼしませんでした。

今後高齢者肺炎における重症度判定基準はなにか、また抗菌薬を積極的に投与すべき症例はどのような症例かなどの検討が必要でしょう。

一方で、元気な高齢者に発症する肺炎と終末期の繰り返す誤嚥性肺炎の中間に位置するような肺炎や頻回に繰り返す誤嚥性肺炎においては患者自身のリビングウイルや患者家族および患者を日常からよく知る主治医の意見を参考に、生活の質を考慮しながら積極的な介入をするのかどうか、治療方針を決定することが重要となります。

米国においては、認知症を持つ高齢者肺炎では入院して抗菌薬治療を行うと予後は改善するものの、入院に伴う生活の質すなわち QOL の低下や苦痛が強くなり、また肺炎による入院は認知症の発症リスクを上昇させると報告されています。多くの国内外の報告から誤嚥性肺炎に対する抗菌薬治療が予後を改善するというエビデンスには乏しいのが現状です。

### **高齢者肺炎の予防**

従って、高齢者肺炎での入院つまり QOL の低下や重症化を避ける意味では、肺炎を起こさないような予防策を講じることが必須になります。特に高齢者肺炎で最も重要な位置づけにある誤嚥性肺炎の予防が重要です。誤嚥のリスクを有する患者は肺炎を繰り返し、長期の生命予後も不良になることが明らかとなっています。

誤嚥の原因は気道の上流にある咽喉頭部であるため、そこからの常在菌の気道への落下を止めない限り、適切な抗菌薬を選択し一過性の有効性は得られても肺炎を繰り返すため、長期的な臨床上の治療効果は望めません。その予防戦略としては、専門的口腔ケ

アによる口腔内常在菌の減少を図ることを中心にして、アンギオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬などの薬物療法による咳嗽反射や嚥下反射の改善、肺炎球菌ワクチンとインフルエンザワクチンの併用接種などが挙げられます。特にインフルエンザに罹患すると肺炎球菌性肺炎を起こしやすくなりますので、インフルエンザシーズンにおける肺炎球菌ワクチンとの併用接種は重要になります。本年10月より65歳以上の高齢者において、5歳きざみでの肺炎球菌ワクチンの定期接種化が開始されましたので、積極的な接種が望まれます。

### 誤嚥性肺炎の予防戦略

- 嚥下機能の改善
  - ① 摂食・嚥下リハビリテーション
  - ② 薬物療法(ACE阻害薬, シロスタゾールなど)
- 口腔ケア
- 胃食道逆流の予防
  - ① 制酸剤の適正使用
  - ② 就寝時体位で頭部(上半身)の軽度挙上
- 意識レベルの維持
  - ① 鎮静剤, 睡眠剤の減量あるいは中止
- 栄養状態の改善
- PPV接種は可能であれば実施  
(重症化を防ぐためにインフルエンザワクチンの接種が望ましい)

日本呼吸学会医療・介護関連肺炎診療ガイドライン 2011より改変引用

### 誤嚥性肺炎の生命予後に影響するリスク因子

一方我々の研究や欧米の研究から、誤嚥性肺炎の生命予後に影響するリスク因子は、抗菌薬による治療失敗ではなく血清アルブミン値の低下など、宿主の低栄養状態が大きく関与していると報告されており、宿主の栄養状態の改善が高齢者肺炎の生命予後改善には重要と思われれます。

我が国では経口摂取が不能になった場合に、胃瘻を含む経管栄養法が普及していますが、経管栄養は、むしろ嘔吐や誤嚥を繰り返して不顕性誤嚥を増加させ肺炎の罹患頻度を増加させるとともに耐性菌を保有するリスクも高くなるなど、これまでの多くの臨床研究からも認知症患者などへの経管栄養の有用性は証明されていません。また当科の研究から、高齢者肺炎で入院中に経管栄養を継続あるいは導入することは、多変量解析の結果、予期しない窒息による突然死の独立したリスク因子になることも分かりました。さらに重度の嚥下障害がある高齢者肺炎患者で、経管栄養を望まず嚥下リハビリテーションをしながら経口摂取を継続した群の予後は、経口摂取を中止した群に比べて良好であることも明らかにしました。今後、終末期医療における栄養法の是非については我が国において議論を要する大きな課題です。

### おわりに

高齢者肺炎の診療は、我が国の医療・介護の中で重要な位置づけにあり、高齢者の日常生活活動性などの宿主因子を十分把握し、家庭及び社会的環境に配慮しながら、元気な高齢者に起こる肺炎から繰り返す終末期の誤嚥性肺炎までの各ステージに応じた診療が望まれます。ますます進む我が国の高齢化の中で、医療従事者側はこのような十分

な知識・情報を持った上で柔軟かつ適切なインフォームドコンセントを患者や家族に行う必要があります。

一方では、高齢者肺炎における診断、治療、予防を含めた包括的な診療マネジメントに関するエビデンスの構築とリビングウィルを含めた法の整備が急務であると思われます。

本日のお話が、日常の先生方の高齢者肺炎診療の考え方の一助になれば幸いです。

