

9

高齢者の肺炎, DIC

沖永壯治¹⁾ 石木愛子²⁾
 富田尚希³⁾ 荒井啓行⁴⁾

1) 東北大学病院 老年科 准教授
 2) 東北大学大学院医学系研究科 医科学専攻 老年医学分野
 3) 東北大学病院 老年科 院内講師
 4) 東北大学加齢医学研究所 老年医学分野 教授

Point **1** CAP, HAP, NHCAP, VAP を説明できる。

Point **2** 肺炎の起炎菌同定に習熟している。

Point **3** 誤嚥性肺炎の診断, 治療, 予防ができる。

Point **4** 高齢者の PK, PD を考慮した抗生薬の使用ができる。

Point **5** 気道確保, 人工換気の適応を説明でき, 実行できる。

はじめに

“肺炎は老人の友”はWilliam Oslerの言葉であるが, 100年経った現在も同様であり(図1)¹⁾, 肺炎による死亡の97%は65歳以上の高齢者である。タイトルは「高齢者の肺炎」であるが, 免疫低下などの特別な事情がないかぎり「肺炎患者は高齢者」と言っても過言ではない。医学の進歩により, かつての難病もコントロールできるようになって慢性疾患と化すようになってきた。予後が長くなるにつれて現病死ではなく他病死, なかでも肺炎が予後因子となるケースが増えてきた。超高齢社会も相まって, 肺炎による死亡率は年齢とともに上昇し, 90歳以上の男性では疾患別死因のトップであり, 全体の死亡率では2011年に脳血管疾患を抜いて3位に上がった。ただ, 肺炎の実態はOslerの時代とはまったく異なる様相を呈している。その要因のなかで最も重要なものは**耐性菌の出現と誤嚥性肺炎の台頭**であろう。現在の数多ある抗菌薬をもってしても, 肺炎は常に死亡原因のトップ集団にいつづけている。肺炎という感染症は, いまだに克服できない人類の脅威なのである。以上を踏まえ, 本章では肺炎を超高齢社会という実情に沿って多角的に解説する。

1. 肺炎の診断と初期対応

肺炎の診断は, 問診や身体所見をもとに肺炎を疑うことから始まるが, 高齢者の場合は症状が非典型的(発熱がない, 咳・痰などの呼吸器症状がない), 非特異的(元気がない, 食欲がないなど)であり, 時には症状がない, あるいは症状を訴えられないこともある。ひとたび肺炎を疑うことができれば診断はさほど困難ではない。喀痰のグラム染色, 各種培養検査, 画像(胸部単純X線, 胸部CTスキャン), 採血(白血球数と分画, CRP, 各菌種抗原または抗体検査, プロカルシトニンなど), 菌尿中抗原などの検査を適宜選択して診断する。高齢者では細菌性肺炎でも白血球増多を伴わない場合があり, その場合すぐに非定型肺炎とせず, 他の所見も合わせて総合的に判断すること。

A Sir William Osler (1849~1919)



B 年齢別にみた肺炎の受療率 (文献¹⁾より引用して作成)

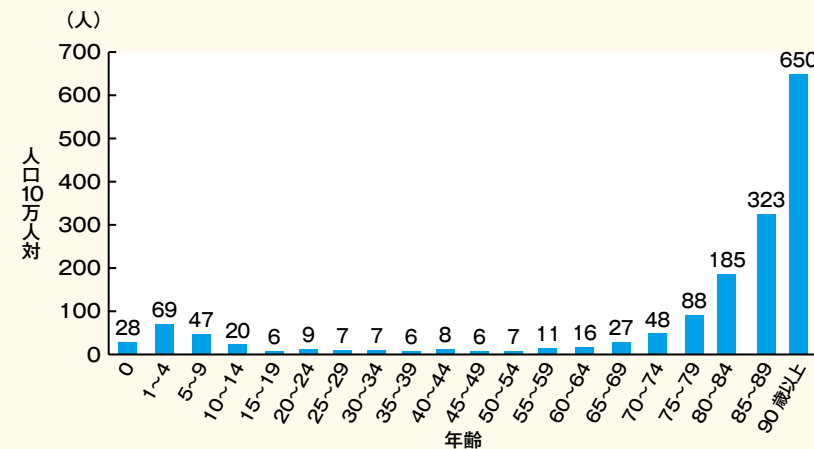


図1 肺炎は高齢者の病気

表1 A-DROPシステム (文献²⁾より改変)

A (Age)	男性 70 歳以上, 女性 75 歳以上
D (Dehydration)	BUN \geq 21 mg/dl または脱水あり
R (Respiration)	SpO ₂ \leq 90% (PaO ₂ \leq 60 mmHg)
O (Orientation)	意識障害
P (Blood Pressure)	収縮期血圧 \leq 90 mmHg

該当項目数	診断*	治療
該当なし	軽症	外来治療
1~2項目	中等症	外来または入院治療
3項目	重症	入院治療
4~5項目	超重症	ICU 入院

*: ショックがあれば1項目のみでも超重症

表2 NHCAP定義 (文献³⁾より引用)

- ①長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している
- ②90日以内に病院を退院した
- ③介護を必要とする高齢者, 身体障害者
- ④通院にて継続的に血管内治療(透析, 抗菌薬, 化学療法, 免疫抑制剤など)による治療を受けている

入院の判断

緊急病態の対応としては重症度の判断をまず行う。当然ながら重症であれば予後は不良となり, 初期対応を誤ると致死率が高まる。したがって, 初診での入院判断には慎重を要する。表1²⁾のようにCAP(市中肺炎: community-acquired pneumonia)のガイドラインでは重症度を目安にして入院を判断するが, 重症度分類であるA-DROPシステムにおいては高齢者の場合, 年齢と脱水で加点されるケースが多く, 容易に中等症以上になる。介護を要する高齢者では**NHCAP**(医療・介護関連肺炎: nursing and healthcare-associated pneumonia, 表2³⁾)の「治療区分」(図2³⁾)という考え方を利用するとよい。すなわち, まず人工換気やICU管理が必要な場合はD群として収容する。耐性菌の関与のリスクが高い場合は難治化, 重症化を考

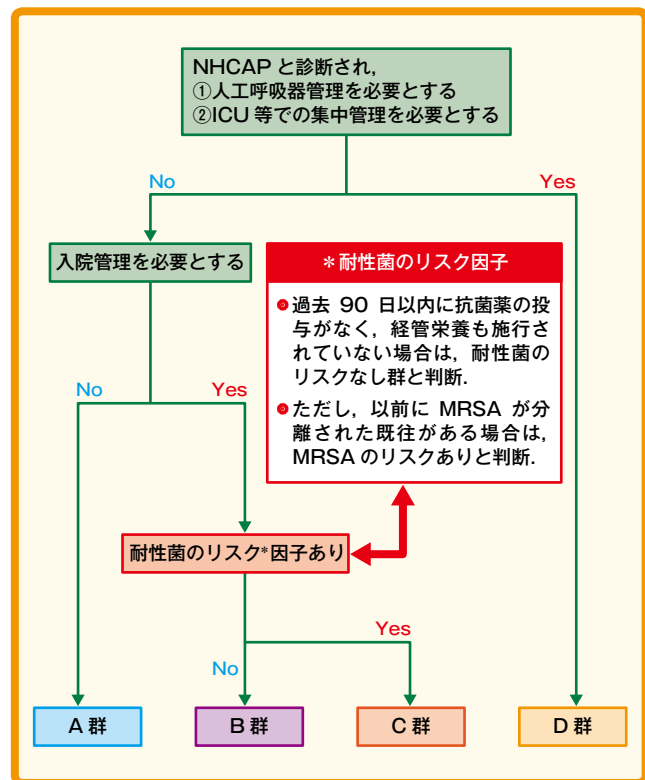


図2 NHCAPの治療区分アルゴリズム (文献³⁾より引用)
 NHCAP: 医療・介護関連肺炎 (nursing and healthcare-associated pneumonia)