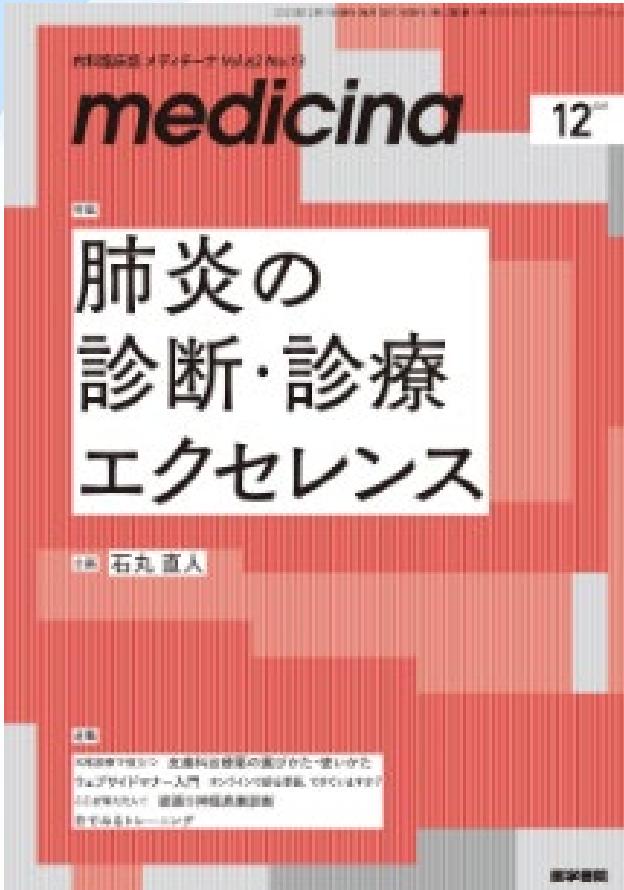


誤嚥性肺炎

西脇市立西脇病院 内科 総合診療センター
藤井 紫乃

参考文献



+ α

Content

1.	誤嚥性肺炎の定義と疫学
2.	診断のポイント
3.	治療：抗菌薬選択
4.	ABCDアプローチ

症例

85歳男性

主訴：

発熱、食事量低下、湿性咳嗽

現病歴：

アルツハイマー型認知症（中等度）にて施設入所中。

1週間前から食事に時間がかかるようになり、むせ込みが目立っていた。

3日前より元気がなく、食事摂取量が低下。前日より38°C台の発熱と湿性咳嗽が出現し、SpO₂低下を認めたため救急搬送された。

症例

併存疾患・既往歴：

アルツハイマー型認知症

脳梗塞後遺症(軽度右片麻痺)

高血圧症

内服薬：

アムロジピン、ドネペジル

来院時身体所見：

JCS I-2 BT:38.5°C BP:110/64 mmHg PR:96回/分 SpO₂:90%(R.A.)

生活背景・リスク因子：

施設入所中

ADL:車椅子

経口摂取あり(刻み食)

義歯使用、不適合あり

口腔ケア不十分

こうなりがち？

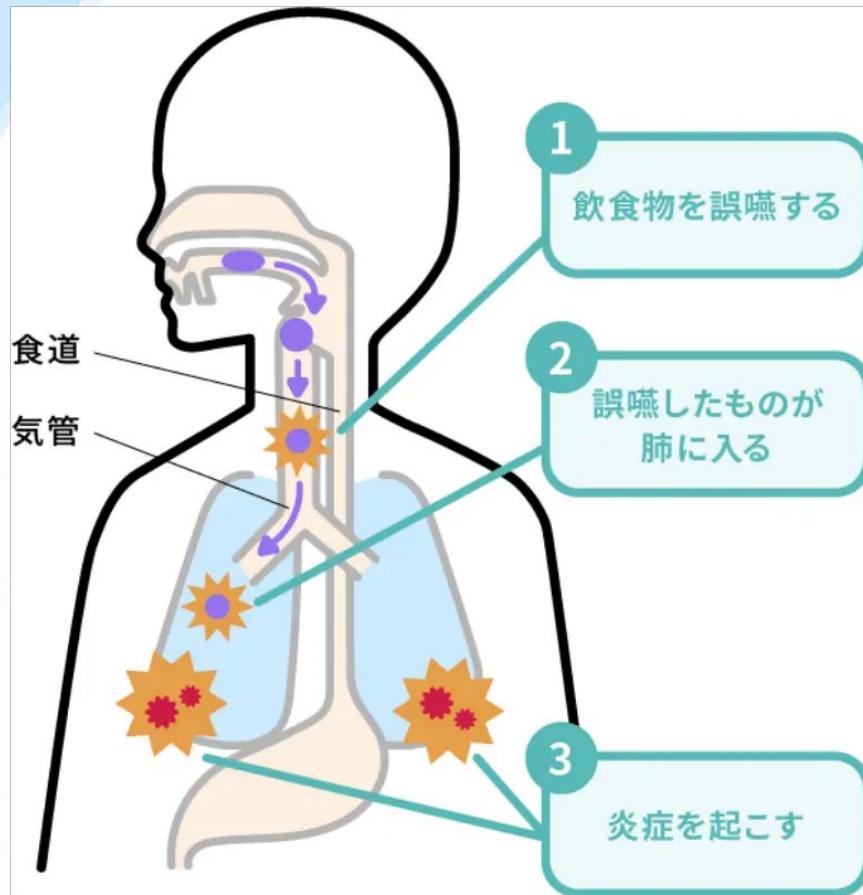
- 高齢者だし、むせてるし、誤嚥性肺炎でしょ
- とりあえず絶食、補液で
- 抗菌薬はとりあえずSBT/ABPCで
- 熱も下がったし、炎症も下がったから退院できそう

こうなりがち？

- 高齢者だし、むせてるし、誤嚥性肺炎でしょ
- とりあえず絶食、補液で
- 抗菌薬はとりあえずSBT/ABPCで
- 熱も下がったし、炎症も下がったから退院できそう

誤嚥性肺炎

- 定義: 誤嚥を生じるリスクのある宿主に生じる肺炎



純粋な食事や吐物の誤嚥は
「誤嚥性肺臓炎」とされ
抗菌薬は不要であることもある

疫学

数字で見る誤嚥性肺炎

入院となる高齢者の肺炎ではその多くが誤嚥性肺炎です。

日本人の死因
6位※

死亡者数
全国で
約4 万人超※

※令和2年人口動態統計より



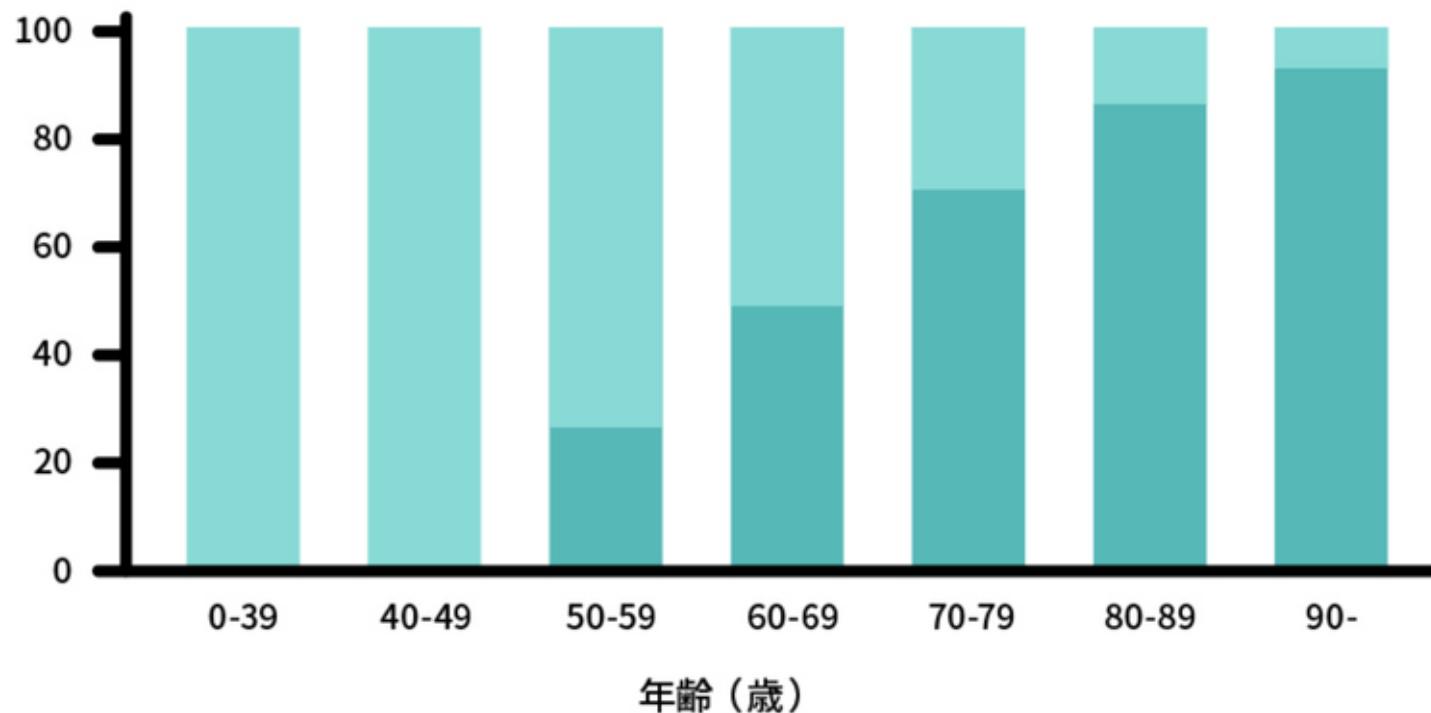
誤嚥性肺炎の
死亡率**23%**
(市中肺炎9%)

J Hosp Med 2015;10(2):90-96
肺炎ガイドライン2024⁹

疫学

入院肺炎症例における誤嚥性肺炎
とそれ以外の肺炎の場合

(%)



誤嚥性肺炎

誤嚥性肺炎以外

年齢とともに
誤嚥性肺炎の割合が増加
90歳では約90%

Teramoto, S. et al.: J Am Geriatr Soc 56:577, 2008
ファイザーHP

誤嚥性肺炎の原因

①神経疾患

脳卒中、パーキンソン病、認知症

②消化器疾患

逆流性食道炎、悪性腫瘍

③薬剤性

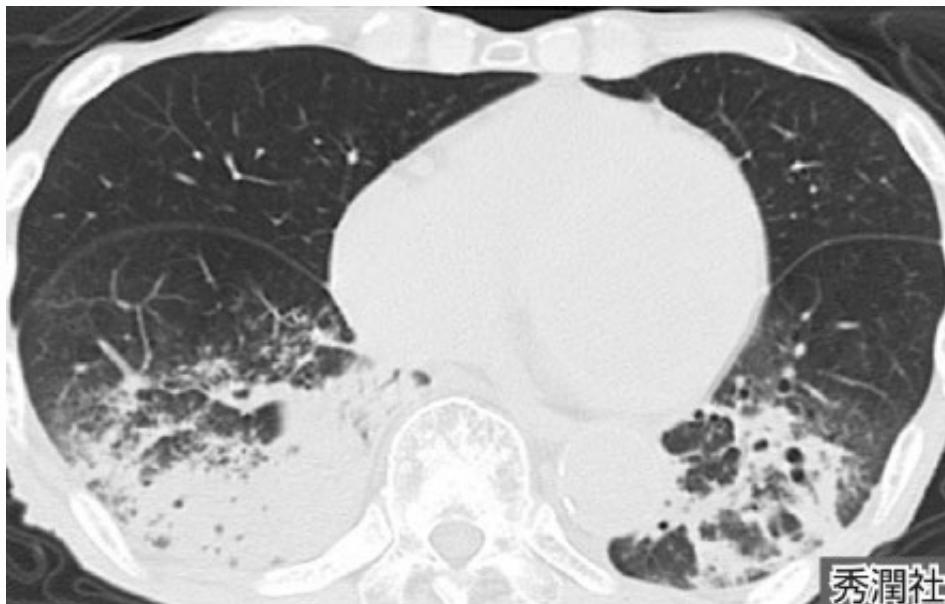
ベンゾジアゼピン、抗精神病薬など

表1 誤嚥のリスクと誤嚥による肺炎のリスク

誤嚥のリスク	
原因	病態
嚥下機能低下	意識障害 全身衰弱、長期臥床 脳血管障害 慢性神経疾患（認知症、パーキンソン病等） 医原性（気管切開チューブ留置、経腸栄養、 頭頸部手術、鎮静薬、睡眠薬、抗コリン薬 など口内乾燥を来す薬剤等）
胃食道機能不全	胃食道逆流 食道機能不全または狭窄 医原性（経腸栄養、胃切除等）

画像所見

- 両側、びまん性の分布
- 下肺野、背側
- 粒状影
- 気管内の喀痰貯留



秀潤社



秀潤社

高齢者では結核も除外

- ・高齢者の肺結核は非典型的な画像所見を呈するため細菌性肺炎との鑑別が難しい

- ・肺結核の既往
- ・上肺野の病変
- ・空洞影、粒状影



では積極的な結核除外が必要

こうなりがち？

- 高齢者だし、むせてるし、誤嚥性肺炎でしょ
- とりあえず絶食、補液で
- 抗菌薬はとりあえずSBT/ABPCで
- 熱も下がったし、炎症も下がったから退院できそう

早期経口摂取が重要

- ・必要以上の絶食は治療期間を延長させる
- ・早期のST導入は経口摂取の維持につながる
- ・早期の経口摂取は入院期間の短縮につながる

⇒早期の嚥下評価、早期の食事開始が重要！
安易な絶食補液による医原性サルコペニアを避ける

Maeda K, Akagi J.

Tentative nil per os leads to poor outcomes in older adults with aspiration pneumonia.
Clinical Nutrition. 2016;35(5):1147–1152.

こうなりがち？

- 高齢者だし、むせてるし、誤嚥性肺炎でしょ
- とりあえず絶食、補液で
- 抗菌薬はとりあえずSBT/ABPCで
- 熱も下がったし、炎症も下がったから退院できそう

主な起因菌

- ・最多：口腔内レンサ球菌で31%

一般的な市中肺炎と比較して

- ・肺炎球菌の頻度が低下
- ・クレブシエラ属、MRSA、緑膿菌の割合が増大
- ・嫌気性菌の検出率は6%

嫌気性カバーは必要？

- ・嫌気性菌をカバーの有用性は明確でない
⇒ルーティンでの嫌気性のカバーは不要

以下では考慮も検討

- ・発熱の持続
- ・重症例
- ・肺化膿症の合併が疑われる

こうなりがち？

- 高齢者だし、むせてるし、誤嚥性肺炎でしょ
- とりあえず絶食、補液で
- 抗菌薬はとりあえずSBT/ABPCで
- 熱も下がったし、炎症も下がったから退院できそう

急性期治療とあわせて 大事なことは？

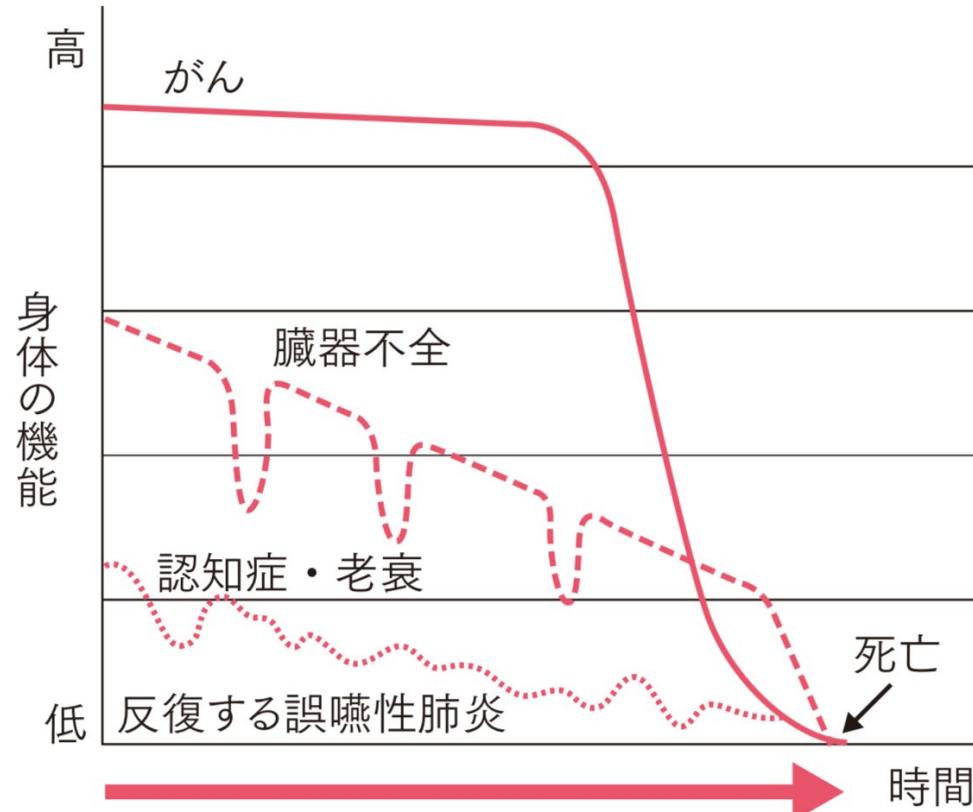
ABCDアプローチ

A	Acute problem	急性疾患の治療
B	Best position/assist/meal form	適切なポジショニング、 食事介助、食事形態
C	Care for oral	口腔ケア
D	Drug Diorder of neuro Dementia/derilium	薬剤 神経疾患 認知症、せん妄
E	Energy Exercise Ethical	栄養 リハビリテーション 倫理的配慮

D:原因薬剤

- ・ベンゾジアゼピン系睡眠薬
- ・抗コリン薬
- ・抗精神病薬
- ・抗てんかん薬
- ・抗けいれん薬
- ・睡眠薬など

E: 倫理的配慮



| 図 1 | 終末期の疾患軌道 (文献 7 より)

加齢に伴う衰弱の進行が基礎にある
⇒ 発症と改善を繰り返し緩徐に死に向かう
「認知症・老衰」に近い経過が多い

短期間(1年以内)のうちに原因を問わず
死亡しやすい

E: 倫理的配慮

誤嚥のリスク因子の保有患者

⇒1年以内の原因を問わない死亡、再入院、肺炎入院の反復が多い

進行した認知症患者に対する抗菌薬投与は生命予後を改善したが、患者のQOLは低下していたという報告もある

⇒QOLと生命予後を踏まえた意思決定が重要

⇒早期からのACP(Advance Care Plan)の開始が推奨される

Take Home Message

- ・嫌気性菌カバーはルーティンでは不要
- ・「とりあえず絶食」は予後を悪化させる
- ・誤嚥性肺炎 = 抗菌薬治療だけではない
- ・包括的介入とACPが重要

質問

- 誤嚥性肺炎患者で、どのタイミングで経口摂取を再開していますか？
- 誤嚥性肺炎で嫌気性菌カバーを追加するときは何を重視していますか？
- 誤嚥性肺炎を繰り返す高齢患者に、ACPをいつ・どのように始めていますか？