

教育講演要旨

医療における呼吸器感染症の最前線 —診断と治療—

南須原康行

北海道大学病院医療安全管理部
(〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目)

本邦において、肺炎は死因の第3位または4位を占める重要な疾患である。近年、医療における Evidence-based medicine の普及に伴い、肺炎の診断・治療においても標準化が求められている。日本呼吸器学会では、市中肺炎、院内肺炎、医療・介護関連肺炎について、それぞれの診療ガイドラインを作成している。本講演では、3つのガイドラインの解説を中心に、呼吸器感染症診療の最前線を紹介する。

市中肺炎において強調されるのは、尿中迅速診断法を中心として原因菌を推定することである。尿中迅速診断法および喀痰のグラム染色で原因菌を推定できない場合は、6項目による鑑別基準（表1）によって、細菌性肺炎か非定型肺炎かを鑑別する。それに、重症度（図1）を加味することにより、外来または入院（超重症はICU）治療かの判断と抗菌薬の選択を推奨している。院内肺炎においては、重症度（図2）に基づいたユニークな抗菌薬の選択が推奨されている。これは、院内肺炎の重症度毎の死亡率は、原因が耐性菌によるかどうかのみに影響を受けていることによる。医療・介護関連肺炎診療ガイドラインは、2011年に発行された新しいガイドラインである。欧米では市中肺炎と院内肺炎の間に位置する医療ケア関連肺炎という概念がある。しかし、医療システムの違い、本邦における超高齢化などにより、欧米における医療関連ケア肺炎に市中肺炎の一部および院内肺炎の一部を合わせて、本邦の実情に則したガイドラインが必要であるとの理由から作成され

た。基本的には、長期療養型病床もしくは介護施設に入所している患者および介護を必要とする高齢者における、誤嚥性肺炎と院内肺炎をターゲットにしている。集中治療を必要とするか否か、否の場合に入院管理を必要とするか否かという観点で重症度（図3）を決めている。

また、従来は欧米に比べて不十分な投与量や投与回数で行われていたが、本邦の抗菌薬治療においても薬物動態学/薬力学（PK/PD）理論に基づく抗菌薬の投与が定着しつつあり、市中肺炎ガイドラインにおいて解説がなされている。

その他、日和見感染として HIV 感染者の増加に伴い急増しているニューモシスチス肺炎についても解説する。

表1 「日本呼吸器学会 市中肺炎診療ガイドライン」による肺炎の鑑別基準

表8-1 鑑別に用いる項目

1. 年齢60歳未満
2. 基礎疾患がない、あるいは、軽微
3. 頑固な咳がある
4. 胸部聴診上所見が乏しい
5. 痰がない、あるいは、迅速診断法で原因菌が証明されない
6. 末梢白血球数が10,000/ μ L未満である

表8-2 鑑別基準

上記6項目を使用した場合；

6項目中4項目以上合致した場合	非定型肺炎疑い
6項目中3項目以下の合致	細菌性肺炎疑い

この場合の非定型肺炎の感度は77.9%、特異度は93.0%

上記1から5までの5項目を使用した場合；

5項目中3項目以上合致した場合	非定型肺炎疑い
5項目中2項目以下の合致	細菌性肺炎疑い

この場合の非定型肺炎の感度は83.9%、特異度は87.0%

受理：2013年10月8日

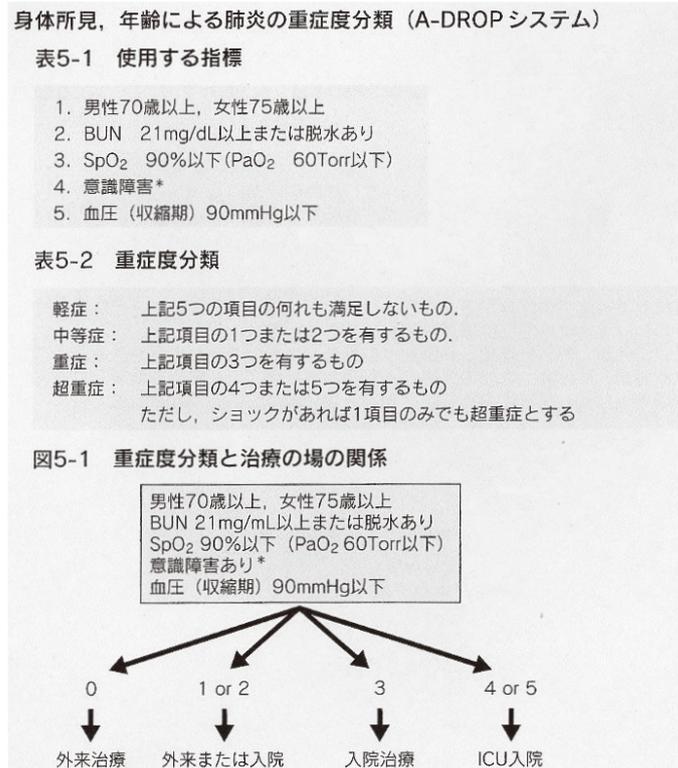


図1 「日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎診療ガイドライン」による肺炎の重症度分類

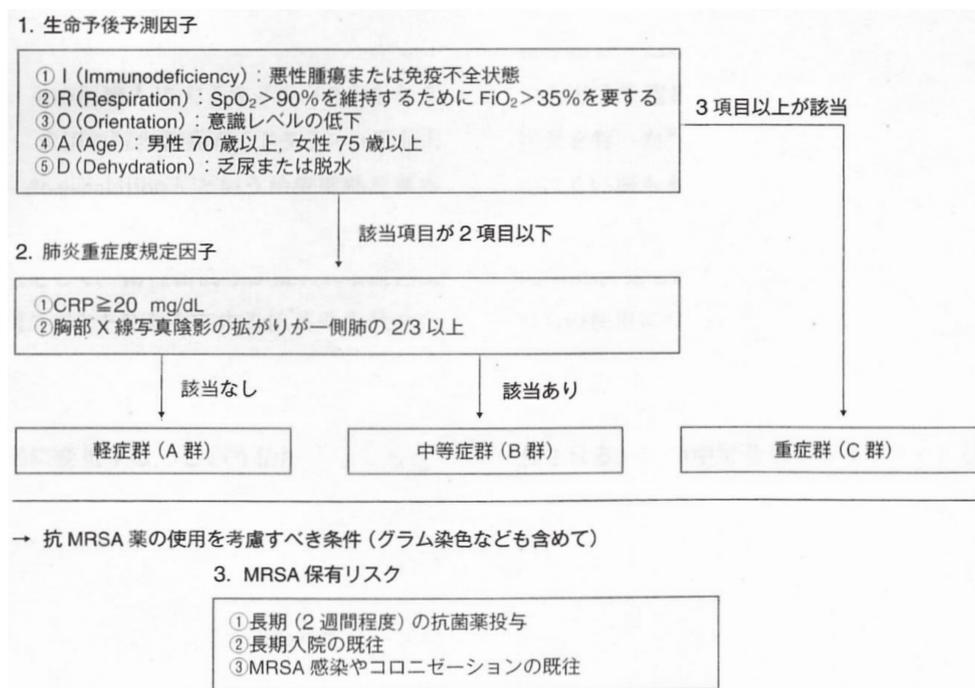


図2 「日本呼吸器学会 院内肺炎診療ガイドライン」による肺炎の重症度

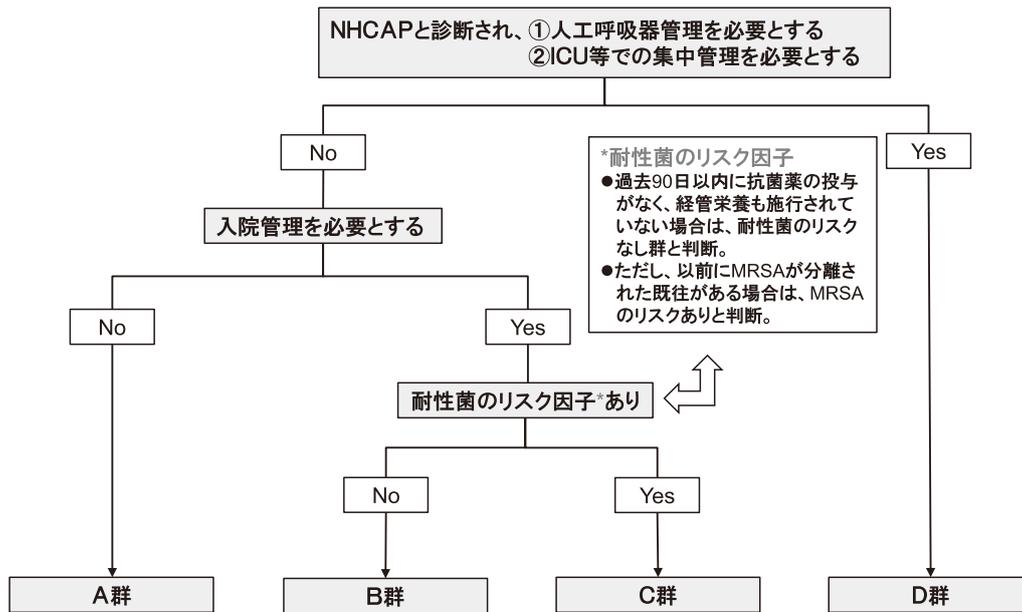


図3 「日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎診療ガイドライン」による治療区分アルゴリズム

Trends in respiratory infectious disease —diagnosis and therapy—

Yasuyuki Nasuhara

Division of Hospital Safety Management, Hokkaido University Hospital
(Kita 14, Nishi 5, Kita-ku, Sapporo, Hokkaido 060-0808)