

嚥下性肺炎の診断と治療

石井芳樹

獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科

肺炎は全死亡原因の第4位を占め、高齢者にかぎってみると第1位である。その中で、嚥下性肺炎は、重要な位置づけにあり、入院する市中肺炎の60%、院内肺炎の87%が嚥下性肺炎であり、入院肺炎症例全体の約7割が嚥下性肺炎であるといわれている。年齢別にみると、70歳以上では、全肺炎症例の70%以上が嚥下性肺炎であり、90歳以上では95%近くが嚥下性肺炎である。つまり、高齢者の肺炎の多くは、嚥下性肺炎であるといっても過言でない。嚥下性肺炎は、明らかな誤嚥の確認、あるいは誤嚥が強く疑われる病態の確認、または嚥下障害の存在と肺の炎症所見の確認によって診断される。しかし、食事中にむせるような摂食嚥下時の顕性誤嚥によるものは少なく、多くは夜間を中心に気づかないうちに鼻腔、咽喉頭、歯周の分泌物を嚥下する不顕性誤嚥が原因となっており、食事摂取とは関係なく発症すると考えるべきである。不顕性誤嚥の原因として、嚥下機能の低下や咳反射があり、脳梗塞、とくに基底核領域の梗塞が背景として重要である。また、高齢者肺炎の原因として、脳梗塞以外にも胃食道逆流、認知症の進行、鎮静薬の過量投与、葉酸欠乏などが関与している。誤嚥性肺炎の起因菌は、基本的には、市中肺炎の場合と同様で肺炎球菌、インフルエンザ菌、黄色ブドウ菌、嫌気性菌などの口腔内常在菌が多い。治療は、通常は、 β -ラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン系薬で十分対応可能である。不顕性誤嚥は、絶食や経皮内視鏡適胃瘻増設術（percutaneous endo-scopie gastrostomy:PEG）留置では予防できない。嚥下性肺炎の予防策として最も重要なことは、口腔ケアや歯科治療であり、肺炎の減少が可能である。また、ACE阻害薬などの嚥下反射改善物質の使用も有効である。