

## A-22 集中治療室で発症した院内肺炎についてのニュージーランドと本邦の比較

Department of Critical Care Medicine, Auckland Hospital

\* 帝京大学救命救急センター

西田伸一 Stephen Streat Jim Judson Ron Trubuhovich 多治見公高\* 小林国男\*

【目的】オークランド病院、department of critical care medicine (以下DCCM)の集中治療室における肺炎についてのprospectiveな調査を行い、1992年度厚生省班研究で行われた本邦7施設の集中治療室での肺炎に関するretrospectiveな調査結果との比較を行ったので報告する。

【対象】症例は対象施設の集中治療室に4日間以上入室した症例である。DCCMの症例は1994年2月1日から1994年5月31日までに入室した症例43例である。本邦の症例は1992年4月1日から1992年6月30日までに札幌医科大学附属病院、福島県立医科大学附属病院、日本医科大学附属病院、帝京大学附属病院、愛知医科大学附属病院、国立循環器病センター、久留米大学附属病院の集中治療室に入室した360例である。

【肺炎の診断基準】DCCMでは胸部X線上の新たな浸潤影、喀痰の細菌培養陽性、膿性喀痰、SIRSの存在を以て肺炎と診断した。一方本邦の調査はretrospectiveな調査であり、膿性喀痰の有無を調査するのが困難なため、炎症所見(発熱、膿性喀痰、喀痰分泌量増加、白血球数増加、白血球の核左方移動、CRP上昇、グラム染色上の陽性所見のうち5項目以上を満たす)、胸部X線上の新たな浸潤影、喀痰培養陽性を以て肺炎と診断した。

【統計学的解析】 $\chi^2$ 二乗検定、non-paired t-testを用い、危険率3%以下で有意差ありとした。

【結果および考察】DCCMと本邦集中治療室のあいだで性差、入室時APACHE II score、集中治療室入室日数、気管内挿管日数、人工換気施行日数、肺炎合併率、実死亡率、APACHE score から算出した予測死亡率、実死亡率を予測死亡率で除した標準化死亡率に有意差はみられなかった。年齢はDCCMにおいて有意に低く(40.5 ± 16.8 vs 54.3 ± 16.8)、ISSはDCCMで有意に高かった(34.2 ± 12.8 vs 21.7 ± 12.0)。

肺炎が予後に影響したか否かの検討を行う目的で、本邦の肺炎合併例と非合併例の死亡率について比較を

行った。なお、同じ重症度の症例で比較する必要があるため、症例を入室時のAPACHE II score 0~9、10~19、20以上に分けて比較した。入室時APACHE II score 0~9、10~19の症例では肺炎合併例の死亡率が有意に高く、このことから肺炎は予後に影響する合併症であると考えた。重症例で差がなかった理由としては、予後に関与する他の因子が多かったためと考えられる。一方、DCCMでは肺炎合併例7例に死亡症例はなく、死亡原因に肺炎が関与した症例は1例もなかった。

次に頻度の高い肺炎の起炎菌について比較した。DCCMではアシネトバクタ46.2%、メチシリン感受性黄色ブドウ球菌(以下MSSA)15.4%、インフルエンザ桿菌15.4%であり、本邦ではMRSA23.8%、緑膿菌29.3%であった。MSSA、緑膿菌、アシネトバクタ、インフルエンザ桿菌で有意差が見られた。

起炎菌の違いに関与する可能性のある抗菌薬について検討するために、肺炎が発症する前に使用された抗菌薬の種類について比較した。DCCMでは狭域ペニシリンの使用頻度が有意に高かった(42.9% vs 0.6%)。結果的にグラム陰性菌であるアシネトバクタ感染症が多くなっているが、MRSAや高度耐性緑膿菌の発生はみられない。DCCMの肺炎が予後に影響する重篤な合併症でない原因として起炎菌の違いが関係しているのかもしれない。

【結語】DCCMと本邦ICUで、入室時APACHE II score、予後、肺炎合併率に差はなかった。

本邦では肺炎が予後に影響したが、DCCMでは肺炎合併例に死亡例はなかった。

肺炎の起炎菌について、本邦ICUではMRSA及び緑膿菌、DCCMではアシネトバクタによるものが多かった。起炎菌の差は抗菌薬の違いによるものと考えられた。