

肺炎随伴性胸水と膿胸

0623595m 109 脇田直人

胸水とは胸膜腔に存在する液体のことで、正常でも少量存在する。胸膜腔での胸水の産生と吸収は静水圧差と浸透圧差によって均衡が保たれているが、その均衡がくずれると胸水が貯留する。胸水の性状が膿状のものを膿胸と呼び、肺炎に伴って貯留した胸水を肺炎随伴性胸水と呼ぶ。

○診断

胸水の画像診断には単純X線写真、超音波、CTが用いられる。単純X線写真では病変のある側を上にした場合と、下にした場合の側臥位撮影を行う。病変のある側を上にとすると肺実質の病変が観察しやすくなり、下にとすると胸水の量などがわかる。超音波では体位変換しながら胸水の移動の様子を観察することができ、ドレナージをした場合の排液の有効性を予測することができる。CTは胸水の精査、特に合併症を起こした胸水の精査に有用である。

胸腔穿刺によって胸水を採取したらLightの基準に従って、漏出性か滲出性かの鑑別を行う。さらにグラム染色や培養（好気性、嫌気性ともに）を行い、原因菌を同定する。

◇Lightの診断基準

- ①胸水のタンパク量/血清のタンパク量が0.5を超える
 - ②胸水LDH/血清LDHが0.6を超える
 - ③胸水のLDHが血清LDHの基準値上限の3分の2を超える
- のうちひとつ以上を満たす場合に滲出性胸水と呼ぶ。

○治療

胸水の治療にはまず抗菌薬の投与が行われる。原因菌が同定されるまではエンピリック治療を行う。同定後はその細菌・真菌にあったデエスカレーション療法を行う。ただしアミノグリコシド系は酸性の胸腔内病変では効果が乏しく、使用を避ける。

ドレナージが必要か、不要かについては症例によって下記のガイドラインを用いて判断する。

ドレナージを用いても治療が不十分な場合には、線溶系薬剤による治療、VATS（胸腔鏡下外科療法）、開胸剥皮術などの適応となる。

解剖学的所見	細菌学的所見	pH	カテゴリー	ドレナージ
微量の胸水(側臥位で<10mm)	培養・グラム染色不明	不明	1	不要
少量~中等量の胸水(>10mm、胸腔の<1/2)	培養とグラム染色陰性	≥7.20	2	不要
大量の胸水(胸腔の>1/2)、または小房化胸水、 または胸膜肥厚を伴う胸水	培養陽性、または染色陽性	<7.20	3	要
	膿が存在する		4	要

◇ACCPガイドライン

参考文献 1 .HARISON principles of INTERNAL MEDICINE

2.Mandell,Douglas,and Bennetts Principles and Practice of Infectious Diseases

3.レジデントのための感染症診療マニュアル