

## 重症加護外科

● **學經歷** ● 高雄醫學大學醫學士  
高雄榮民總醫院重症加護外科主治醫師  
教育部部定助理教授  
外科專科醫師  
急診專科醫師

● **專長** ● 急重症醫學 | 外傷學



主治醫師 林杏麟

# 淺談吸入性肺炎

吸入性肺炎 (Aspiration pneumonia) 一般包括社區型和醫院型肺炎。根據研究資料分析，約5%到15%的社區型肺炎為吸入性肺炎。人類在正常的健康狀態下，會吸入少量口咽分泌物，尤其是在睡眠中的人。但如果大量嗆入口咽或上胃腸道內容物，則會造成吸入性肺炎。影響病人表現和疾病的嚴重程度包括細菌毒性、重覆吸入的機率，以及居住環境（如療養院，醫院或社區）。

一般來說，吸入性肺炎通常是吞嚥受損的結果，導致口服或胃內容物進入肺部，尤其當病人無法有效的咳嗽反射。這種病人包括頭頸部和食道的癌症、食管狹窄和有運動障礙、慢性阻塞性肺病及癲癇發作的病人。其他風險包括退化性神經系統疾病(多發性硬化，帕金森病、癱瘓症和意識障礙)，特別是中風和腦內出血的病人，也會影響咳嗽清除。其他像是藥物過量和鎮定劑使用，如麻醉劑、抗抑鬱藥和酒精，也可能導致意識障礙，從而增加吸入性肺炎的風險。吸入性肺炎是由特定微生物引起的感染，而化學性肺炎是對刺激性胃內容物的炎症反應。



雖然大量吸入肺部是一個不可少的特徵，但是大多時候並沒有目擊者，因此暴露的程度通常是未知的。臨床特徵從無症狀到嚴重的呼吸衰竭和窘迫都有可能，也可能急劇發展、亞急性、或者緩慢而漸進地發展。吸入性肺炎的診斷取決於臨床病史(見證大量吸入的事件、發生吸入的風險、和胸部的攝影)。而肺炎的位置應與重力相關，如果病人處於仰臥位，則應於基底部分；如果病人多坐著的話，則多見於下葉。

近年來，發現菌種從以往認知的厭氧菌逐漸變成革蘭氏陰性菌較多，可能肇因於醫療環境的改變，也可能和檢測的方法變得比較靈敏有關，因此抗生素的治療方案也必須跟著改變。而化學性肺炎的初始治療需要維護氣道避免氣道水腫或支氣管痙攣，肺炎的嚴重程度決定所需的護理程度，治療可能包括抽痰、支氣管鏡檢查、插管、機械通氣和重症監護。

總結來說，吸入性肺炎是一重要疾病，但難以準確和其他吸入性症狀區別，應考慮病人的病史、風險和臨床症狀以及影像學來診斷。可以使用經驗性抗生素，但通常不需要類固醇。對於有風險的病人加以預防，是最重要也最有效的方法。