

ASPIRATION PNEUMONIA DURING THE TREATMENT OF HYPOPHARYNGEAL CANCER.

Shoji Kudo, Michio Hidaka, Tomoko Yanagita and Sohtaro Komiyama.

Department of Otorhinolaryngy, Faculty of Medicine, Kyushu University.

During the recent one year, we treated ten patients with carcinoma of the hypopharynx and we had four cases with the complication of sever aspiration pneumonia during the course of treatment. All of four patients were old, in an advanced stage and they had misswallowing because of hypesthesia of the pharynx and the larynx, hyporeflex of cough, stenosis of the pharynx and the esophagus, and paralytic disphagia. The pharyngolaryngoesophagectomied patient who is waiting for the delayed reconstruction of cervical esophagus has always the

risk of aspiration pneumonia associated with vomiting and regurgitation of gastric contents, because the both excised edges of esophagus and trachea are neighboring each other. Aspiration pneumonia during the treatment of the hypopharyngeal cancer is one of the troubles about the nutritional control of the patient with upper intestinal organic disease. We report here the prevention and the treatment of the aspiration pneumonia in the patient with hypopharyngeal cancer.

下咽頭癌治療中の嚥下性肺炎

九州大学医学部耳鼻咽喉科学教室

工藤庄治・日高道雄

柳田とも子・小宮山荘太郎

はじめに

嘔吐した胃液を吸引した結果起きる嚥下性肺炎は1946年 Mendelson 症候群として報告されて以来致命率の高いことが知られている。嚥下性肺炎の誘発因子として中枢神経疾患、

筋疾患、咽頭喉頭食道の器質的疾患等に伴う嚥下障害、意識障害、全身麻酔、気管内挿管、気管切開、咳嗽反射の低下、経鼻的胃ゾンデ留置などが考えられる。我々は過去1年間に10例の下咽頭癌の治療を行いその治療経過中

に4例の重篤な嚥下性肺炎を経験したので報告する。

症例 1

59才，女性，下咽頭頸部食道癌（T₃N₀M₀）。患者の希望により手術施行せず7000 rad照射にて腫瘍消失した。退院4ヶ月後，第1，第2頸椎破壊を伴う中咽頭から上咽頭におよぶルビエールリンパ節転移腫瘍を認めた。腫瘍の圧迫によると思われる舌咽神経麻痺，舌下神経麻痺と誤嚥を認め，再入院後直ちに経鼻経管栄養を施行したところ，胃tubeの刺激に誘発されたと思われる嘔吐・誤嚥があり，嚥下性肺炎を起した。経過を図1に示す。

図1

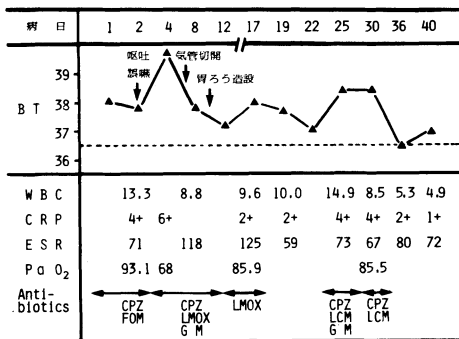
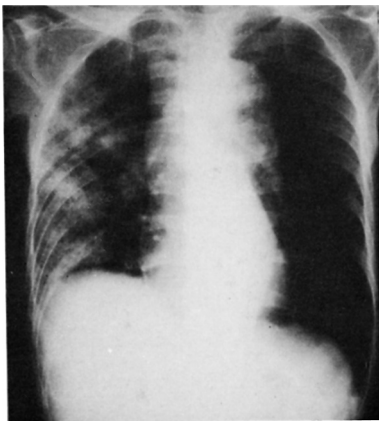


図2



嘔吐・誤嚥後40℃の発熱，胸部X線写真（図2）で右肺の広範な浸潤影を認めたので，直ちに強力な抗生剤（CPZ，LMOX，GM）及びグロブリン製剤による治療，O₂吸入開始し

たが，PaO₂の低下を呈したため，緊急気管切開を行い，誤嚥物の流入予防にカフ付きカニューレ挿入，頻回の気管吸引，抗生剤のネブライザー吸入等の理学的治療を併用し，下熱傾向，胸部X線所見の改善傾向が見られたところで，長期栄養管理目的にて胃瘻造設を施行した。そこで肺炎はいったん消退したかに見えたが，3週目より再燃遷延化し，再度強力な抗生剤治療（CPZ，LCM，GM）を行うことで5週目に治癒せしめることができた。

症例 2

70才，女性，下咽頭頸部食道癌（T₃N₁M₀）。某病院内科で気管切開を受け当科に転科入院。通過障害があるため経鼻的胃tubeで栄養管理しながら放射治療を行ったが，嘔吐・誤嚥をくりかえし，反復性遷延性の嚥下性肺炎を起した。経過を図3に示す。

図3

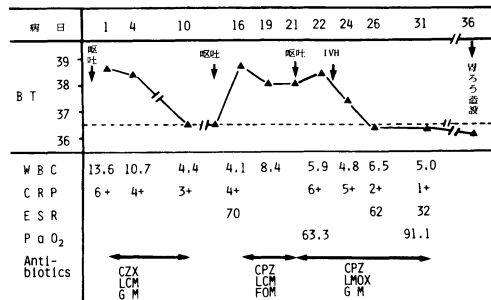
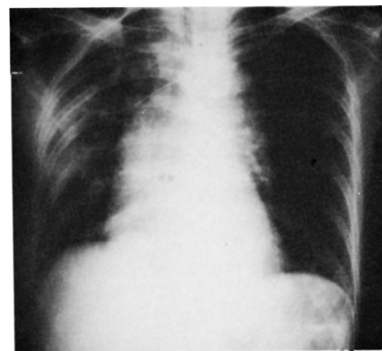


図4



図の如く1回目の嚥下性肺炎では強力な抗生剤治療（CZX，LCM，GM）により肺炎は消

退したが、3回目の嘔吐・誤嚥に際しては、胸写（図4）の浸潤影も高度で、O₂吸入にてもPaO₂の低下を来たしたため、経鼻経管栄養をIVHに切り換え、強力な抗生剤治療（CPZ, LMOX, GM）に気管切開孔よりの気管支洗浄等の理学的治療を併用することにより、反復性遷延性の嚥下性肺炎の治療に成功した。ところがこの患者は高度の甲状腺機能低下症による水利尿不全があり大量の輸液が不能で、慢性肝炎の合併症もあり、IVHのみでは栄養管理が不十分なため、これに胃瘻を併用させ全身状態の改善を待ち、咽喉食摘術、頸部廓清術を施行した。術後胃内容の逆流のため軽度の嚥下性肺炎を3回くり返したが、胃瘻よりの注入量、注入回数の工夫により、以後は肺炎の再発を予防せしめ、DP皮弁による二期的食道再建術を施行することができた。

症例 3

70才、男性、6000 rad 照射後の再発下咽頭癌（T₃N₃M₀）。咽喉食摘術、頸部廓清術後、経管栄養施行したところ、嘔吐、逆流による嚥下性肺炎を2回おこしたのでIVHによる栄養管理に切り換えたが、合併症の糖尿病がcontrolできないため、十二指腸まで挿入可能なD-tubeよりエレンタールの注入をIVHと併用することで、逆流を予防し、嚥下性肺炎を治癒せしめ、糖尿病のcontrolも可能となった。最終的にはDP皮弁による二期的食道再建術にも成功した。

症例 4

75才、男性、某病院にて3000rad照射後の再発下咽頭癌（T₄N₁M_x）。咽喉食摘術、頸部廓清術後、経管栄養施行し、嘔吐・逆流は認めなかったが、唾液分泌が異常に多く、また二期的食道再建術目的にて下咽頭切除創は開放状態であったため、しばしば気管断端より唾液の流入が認められ、軽度の気管支肺炎をくりかえした。術後多発性骨転移が認められ、転移病巣の発育が早く、悪液質、意識障害の

進行に伴って胃内容の逆流を来す様になり、IVHによる栄養管理に変更したが、4回目の嚥下性肺炎は意識そう失下に発症し救命しえなかった。

以上の4症例の喀痰培養結果を表1に示す。やはり、我々の症例も従来の報告と一致してグラム陰性桿菌で占められている。

表 1

症例	起 炎 菌
I.	Enterobacter cloacae Acinetobacter anitratus Pseudomonas maltophilia Flavobacterium II b
II.	Pseudomonas aeruginosa Enterobacter cloacae
III.	Klebsiella pneumoniae
IV.	Acinetobacter anitratus Pseudomonas maltophilia Klebsiella oxytoca

考 按

以上過去1年間に我々が経験した10例の下咽頭癌治療中に見られた嚥下性肺炎が4例に集中して発症した原因を考えて見ると、まず全例が進行癌であり、高令であるため咽頭喉頭の知覚鈍麻及び咳嗽反射の低下があり、しかも咽頭食道の狭窄や麻痺のためすでに入院時より誤嚥を伴っていたこと、さらに重症の合併症を有していたことなどが考えられる。また二期的食道再建術の計画のもとに行う咽喉食摘術後の食道断端及び気管断端が隣接した状態では、嘔吐・逆流した胃内容が吸引され、aspiration pneumoniaを起す可能性のあることを常に念頭に置く必要がある。結局下咽頭癌治療中における嚥下性肺炎は、上部消化管に器質的疾患を有する患者の栄養管理上のトラブルの1つであると考えられる。以上のことより、嚥下性肺炎の予防及び治療についてまとめて見ると、以下の如くである。

1. 経鼻的胃tubeは嘔吐・逆流のある場合は使用不可である。またtubeの刺激により嘔吐・逆流を誘発することもあり、特に

高令者にその傾向が強い。

2. 胃瘻は長期の栄養管理法としては経鼻的胃 tube よりは有利であるが、嘔吐のある場合は慎重な管理を要する。
3. 1. 及び 2. の欠点を補う方法としては、IVH が最もすぐれているが、長期に及ぶ場合、栄養学的には不完全である。
4. 重篤な嚥下性肺炎が発症した場合は迷うことなく早期に気管切開を行い、誤嚥物の吸引、気管支洗浄、O₂ 吸入、抗生剤のネブライザー吸入等の理学的補助療法を施行し、先手先手で治療手段を講ずることが重要である。
5. 抗生剤の使用に関しては、グラム陰性桿菌、嫌気性菌の混合感染が多く、嚥下性肺炎は緊急性を要するので、ペニシリン系、セフェム系、アミノグリコシド系、その他の併用を早期に開始する。極めて重篤な場合はさらにグロブリン製剤を併用する。
6. 胸部 X 線写真、白血球数、CRP、血沈、喀痰培養検査を 3 日毎に、動脈血ガス分析を頻回に行い厳重な経過観察を要する。

文 献

- 1) 池本秀雄，他：嫌気性菌呼吸器感染症，日本臨床。41：561～566，1983.

- 2) 今野淳，他：セフェム系抗生剤とアミノ配糖体との併用療法。臨床のあゆみ。3(9)：13～16，1983.
- 3) 松本慶蔵：呼吸器感染症とその対策。臨床のあゆみ。3(9)：9～12，1983.
- 4) Mendelson, C. L. : The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. Am. J. Obst. Gynecol. 52:; 9, 1946.
- 5) 那須勝：肺感染症の起炎菌検索と同定，日本臨床。41：490～498，1983.
- 6) 小川喜誉，他：食道手術後の合併症とその対策(肺合併症と誤飲の関連性について)。日胸外会誌。25：589～591，1977.
- 7) 志村秀彦：感染予防と抗生剤の選び方。臨床のあゆみ。3(8)：13～16，1983.
- 8) 品川長夫，他：術後感染の治療。臨床のあゆみ。3(8)：9～12，1983.
- 9) William, B., et al : "Silent" regurgitation and aspiration during anesthesia. Anesthesiology. 11: 644～649, 1954.
- 10) 石原晋，他：誤嚥性肺炎の治療経験。SCOPE. 22(9)：28～29，1983.

質 疑 応 答

質問 島田 均 (獨協医大)

シメチジンの投与等によって胃の酸度が下る (PH が上る) とグラム (+) の菌による肺炎も発症する様だが、そういう状態がみられたか?

応答 工藤庄治 (九大)

- ① シメチジンの使用は行っていません。
- ② 起炎菌または検出菌にグラム陽性菌はほとんど認められていません。

質問 伊藤和也 (信州大)

出血によって、嚥下性肺炎をおこしたケースがあったかどうか。もしあったとしたら吐物による分離菌と差があったかどうか。

応答 工藤庄治 (九大)

出血血液の気管内流入による肺炎例はありません。