

嚥下障害が出現した頸部ガス壊疽の2症例

山田 奏子 村田 英之 下出 祐造
鈴鹿 有子 友田 幸一
金沢医科大学 感覚機能病態学 耳鼻咽喉科

The Cases of Gas Gangrene of Neck with Dysphagia

Kanako YAMADA, Hideyuki MURATA, Yuzo SHIMODE, Yuko SUZUKA, Koichi TOMODA
Department of Otolaryngology, Head and Neck, Kanazawa Medical University

Two cases in which dysphagia appeared under treatment of the deep neck gas gangrene are reported. Case1 : 55-year-old male. The left peritonsillar abscess considered the deep neck abscess extended to the mediastinal abscess.

Tracheotomy was performed. The drainage was done. And the pneumoscopic drainage method was enforced. Dysphagia was recognized, when it was made to be the ingestion start from the postoperative 32nd. Cases2 : 55-year-old male. The untreated caries considered the deep neck abscess extended to mediastinal abscess and empyema. The following were enforced : Extraction of tooth, cervix circumscription open drainage, tracheostomy, pleural cavity drainage. Dysphagia was recognized in the postoperative about fourth month. Two cases also recognized the lowering of larynx raise-up and motion of the hyoid in swallow X-ray fluoroscopy. Empty hand approach and empty hand larynx raise-up training of hyoid top and bottom muscle group were carried out for the purpose of the improvement on larynx raise-up and motion of the hyoid. And, adjustment and swallow method of the food form were guided. A normal feed would be also eaten 2 cases after the eating training start in about 1 month. The cause of dysphagia whether they are not disuse atrophy such as infection focus and larynx raise-up disorder by cicatricial contracture of the operation wound, oral cavity and pharyngeal muscle by long-term ingestion impossibility be seem to.

はじめに

頸部ガス壊疽は、時に降下性縦隔洞炎などを併発し対処の仕方によっては生命にも影響を及ぼすことのある重症感染症である。治療には刻々と変化する病状の正確な把握が必要であり、集中治療を要することもあるため、その対処方法について

の症例報告も多い。この反面、治療後の嚥下障害などの後遺症についての報告は比較的少なく、対応は確立されていないのが現状である。今回我々は経過中に嚥下障害を認め、治療と嚥下リハビリに苦慮した重度の頸部ガス壊疽症例を2症例経験したので、その臨床経過について若干の文献的考

察を加えて報告する。

症 例

症例1：55歳，男性，会社員

主訴：咽頭痛，発熱，頸部腫脹

既往歴：痙性斜頸，高尿酸血症，GERD．糖尿病（-）

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：2004年9月22日より咽頭痛出現．徐々に増悪し，物が飲み込みにくくなったため，9月23日当院救急外来受診．抗生剤（CFPN-PI）等の内服処方を受けたが改善が認められず摂食困難となり，2日後に斜頸を加療していた当院神経内科受診し即日入院となった．直ちにABPCの点滴静注を開始されたが，9月26日より右頸部の腫脹が認められるようになったため当科対診となった．呼吸困難感，開口障害は認めなかった．

初診時所見：右頸部優位の腫脹と皮下捻髪音を認めた．咽喉頭所見では，左扁桃周囲の腫脹，左咽頭側壁腫脹，披裂部～喉頭蓋の腫脹による気道狭窄がみられた．血液生化学検査では，WBC 17000/ μ l，Neutro93.9%，CRP31.91mg/mlと上昇していた．造影CT検査では，左扁桃周囲に膿瘍形成があり，喉頭レベルまで膿瘍を認め，両側頸部に筋層に沿って層状にガス像が甲状腺内側・外側にまで進展していた（Fig. 1A）．

経過：左扁桃周囲膿瘍より発症したガス壊疽が

疑われたため，直ちに気管切開の上，右側頸部より切開排膿を行ったが，肺炎，上縦隔の脂肪織の腫脹とdensity上昇を認め，下降性縦隔膿瘍を併発した（Fig. 1B）．呼吸器外科と耳鼻咽喉科合同で，上縦隔膿瘍については胸腔鏡下に開放し胸腔ドレーンを留置，頸部については左右側頸部の追加切開排膿，ドレーン留置を行った．頸部の膿汁培養でStreptococcusと嫌気性菌，Bacteroidesが検出され，非クロストリジウム感染と診断した．手術加療と抗生剤（ABPC，PAP/BP，PIPC，CLDM）点滴加療を併用し，術後18日目に頸部ドレーン抜去，術後27日目に胸腔ドレーン抜去した．術後32日目経口摂取開始にあたり嚥下透視検査を行った結果，喉頭挙上の著明な不全，舌骨の運動の低下による食道入口部の開大不全，咽頭の蠕動様運動の低下と共に喉頭蓋谷，梨状窩への大量の造影剤の残留を認めた．当院リハビリテーション科と合同で訓練を行い，喉頭挙上や舌骨の運動の改善を目的に舌骨上下筋群の徒手のアプローチ，舌や口唇の運動訓練，咳嗽訓練，発声訓練，構音訓練，徒手の喉頭挙上訓練を行った．訓練開始後1ヶ月目の透視で，喉頭挙上不全は依然としてあるものの咽頭の蠕動様運動と舌骨の前方移動は改善していた．また，一口量の制限とあご引き嚥下，複数回嚥下，交互嚥下の指導により，摂食訓練開始後約1ヶ月で普通食摂取に至った（Fig. 2）．

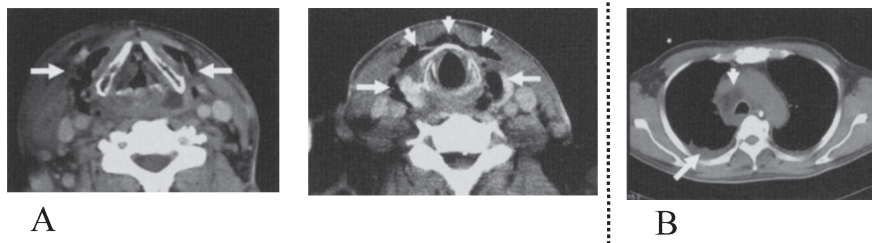


Fig. 1 Case1 : Neck and Chest CT scan

A) CT scan showed Lt tonsillar abscess and gas formation developed bilateral retropharyngeal, parapharyngeal, and anterior visceral spaces.

B) CT scan showed mediastinum abscess and pleural effusion.

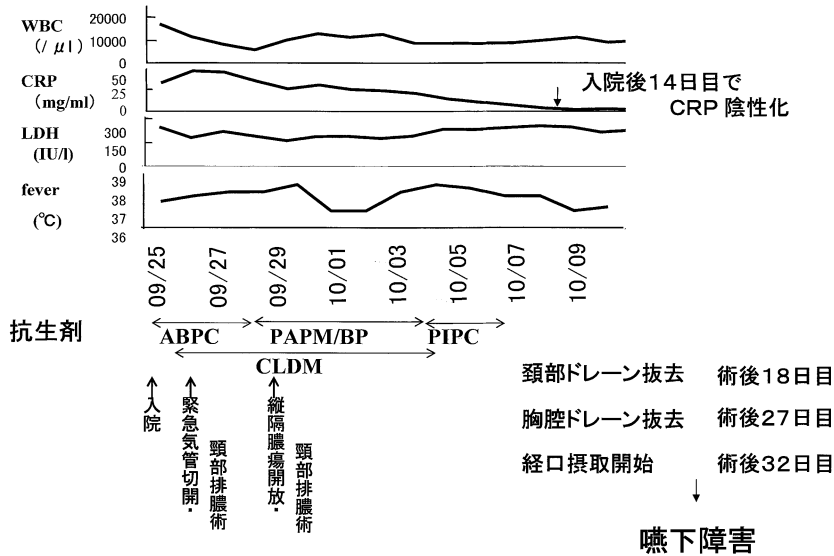


Fig. 2 Clinical course of Case1

症例2：55歳，男性，運送業

主訴：発熱，呼吸困難

既往歴：齲歯，歯肉炎にて加療中。糖尿病（-）

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：2004年1月中旬より感冒症状と右背部痛あったが放置していた。徐々に39℃台の発熱と咽頭痛，嚥下困難，呼吸困難，湿性咳嗽を認めた。市販の感冒薬内服するも改善なく，左前胸部痛が出現認めたため1月26日近医内科受診した。胸部レ線にて右胸水と右肺野の異常陰影認めたため当院呼吸器内科受診となった。

初診時所見：約2横指の開口障害と左上顎第2臼歯の歯槽膿瘍と左側臼後間隙から排膿が認められた。喉頭の腫脹は認めなかった。甲状軟骨レベルに両側性の頸部腫脹があり，右下肺野で呼吸音低下を認め，体幹にチアノーゼの出現をみた。咽後間隙，甲状腺内側のガス像はCTにて縦隔にまで達し，膿胸，縦隔炎も認めた（Fig. 3）。血液学所見は，WBC4010/μl，Neutro82.9%，CRP58.34 mg/mlと上昇があり，腎機能障害を認めた。

経過：以上より左上顎第2臼歯の齲歯に起因した頸部ガス壊疽，下降性縦隔炎，膿胸と診断し，呼吸器内科と合同で胸腔ドレナージを直ちに施行

した。嫌気性菌を想定しCLDMとMEPMを使用し，同時に抜歯，頸部切開排膿，気管切開を施行した。培養の結果より非クロストリジウム感染と診断された。

全身状態の回復にまで時間を要し，入院後1ヶ月目から四肢の廃用性萎縮による著明筋力低下に対して理学療法が開始された。嚥下訓練開始は入院後約2ヶ月目であったが，嚥下透視検査で，喉頭挙上著明不全，咽頭の蠕動様運動が極めて微弱のため食道に送り込めず全て誤嚥していた。このため喉頭挙上，舌骨の運動の改善を目的に舌骨上下筋群の徒手のアプローチ，舌の運動，発声訓練，構音訓練，頭部挙上訓練などの間接嚥下訓練を約3ヶ月間行った。その結果改めて透視検査を行い，喉頭挙上は不全であるが咽頭の蠕動様運動は改善し，あご引き嚥下と複数回嚥下，交互嚥下を用いることにより誤嚥は消失し咽頭の残留が軽減したため，直接嚥下訓練を開始し約1ヶ月で普通食摂取に至った（Fig. 4）。

考 察

本邦における頭頸部領域でのガス壊疽症例の加療についての報告は多数認められるが^{1, 2, 3, 4)}，

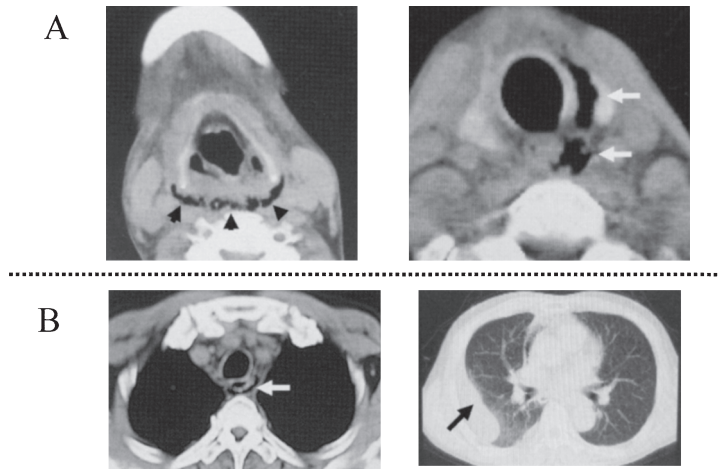


Fig. 3 Case2 Neck and Chest CT scan
 A) Gas formation developed retropharyngeal and left parapharyngeal spaces.
 B) Gas formation developed around the trachea and pleurae and effusion.

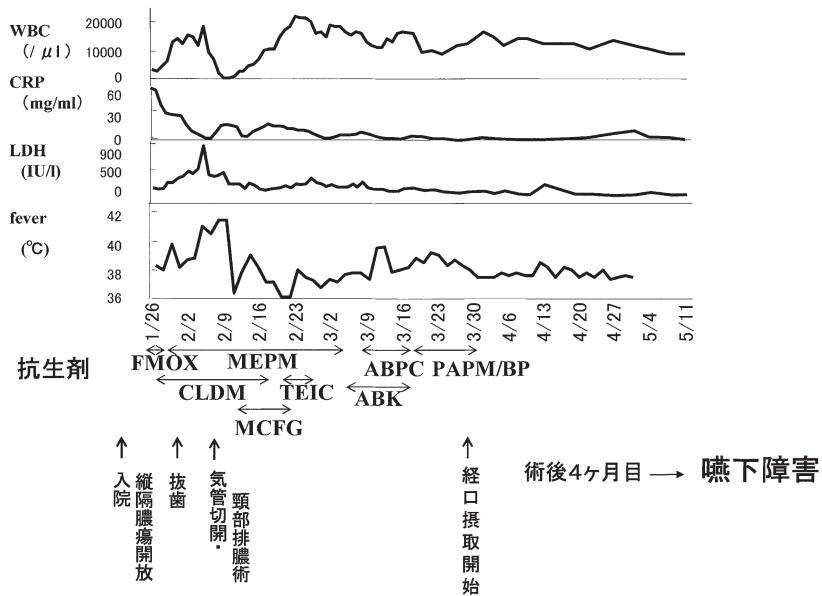


Fig. 4 Clinical course of Case2

経過中の嚥下障害の発症についての記載は少なく、成因や対応は確立されていない。嚥下障害の原因については、感染巣や術創の癒痕拘縮化による喉頭挙上不全、特に舌骨上筋群の変性による舌骨運動制限が成因ではないかといわれている^{5,7)}。頸部ガス壊疽と嚥下障害についての過去の報告症例^{5,6)}と自験例を比較検討してみると、膿瘍形成

範囲と予後については、ガス壊疽の組織損傷が喉頭の全周性におよぶものほど嚥下障害の後遺症を残す傾向がみられた。以上より嚥下障害を後遺症として残す要因として、感染巣や術創の癒痕拘縮化による咽喉頭の運動障害や長期間の経口摂取不能による口腔・咽頭筋などの廃用症候群も一因ではないかと思われた。また、感染巣の範囲と嚥下

障害のタイプについて考えてみると、症例1では喉頭周囲の障害が著明のための喉頭挙上障害が、症例2では強い咽頭後隙の障害のための咽頭収縮障害が原因と考えられた。

摂食開始時期について、文献的には、炎症軽快後早期に開始しており、保存的にリハビリテーションを施行している。保存的に軽快しない症例に対しては、輪状咽頭筋切断術、喉頭挙上術などの手術療法を併用して加療されている^{5, 6, 7, 8)}。しかし、手術操作によって癒着や咽頭粘膜の損傷が起こりやすいとの報告もあり、手術の選択には慎重な判断を要すると思われた⁵⁾。

深頸部膿瘍では、医師も患者も炎症の軽快に重点を置いているため、その後起こる可能性のある嚥下障害については自然回復すると考えて重要視されない場合が多い。しかし今回のように高度の嚥下障害が出現した場合、嚥下リハビリテーションのために入院期間の長期化による患者の心理的ショックも大きく、炎症消退後もリハビリテーションや心理面からのサポートを含めた治療が必要であると考えられた。

ま と め

縦隔膿瘍に進展した頸部ガス壊疽症例について、その臨床経過と膿瘍改善後に起こった嚥下障害を中心に報告した。嚥下障害の重症度は、口腔咽頭筋の廃用症候群の原因となる摂食までの期間と特に喉頭周囲の感染巣の進展の程度によると考えられた。

参 考 文 献

- 1) 山田南星ほか：扁桃周囲膿瘍から生じた頸部ガス壊疽例，耳鼻臨床，96：339-43, 2003.
- 2) 木村美和子ほか：齶歯から生じた頸部ガス壊疽の1症例，日気食会報，56：484-8, 2005.
- 3) 井上亜希ほか：扁桃周囲炎に続発した頸胸部ガス壊疽の1症例，耳喉頭頸，76：797-800, 2004.
- 4) 益田明美ほか：抜歯後に発生した頸部ガス壊疽の2例，耳喉頭頸，72：297-301, 2000.

- 5) 平松 隆ほか：頸部ガス壊疽3症例の検討，日気食会報，51：266-72, 2000.
- 6) 奥田 剛ほか：縦隔まで進展した頸部ガス壊疽症例，日本耳鼻咽喉科感染症研究会会報，19：30-4, 2001.
- 7) 原 浩貴ほか：嚥下改善手術が有効であった深頸部感染症治療後の嚥下障害の1例，日気食会報，52：414-9, 2001.
- 8) 栗田 慶子ほか：頸部ガス壊疽治療後嚥下障害を認めた2症例の訓練，日摂食嚥下リハ会報，4：41-7, 2000.

連絡先：山田 奏子

〒920-0293

石川県河北郡内灘町大学1-1

金沢医科大学 耳鼻咽喉・頭頸科

TEL 076-286-2211 FAX 076-286-5566