

扁桃周囲膿瘍の臨床経過

鈴木 立俊 落合 敦 横堀 学
清野 由輩 岡本 牧人

北里大学医学部耳鼻咽喉科

Clinical Progress in Peritonsillar Abscess

Tatsutoshi SUZUKI, Atsushi OCHIAI, Satoru YOKOBORI, Yutomo SEINO and Makito OKAMOTO.

Department of Otolaryngology, Kitasato University school of medicine.

Retrospective study was reported about clinical prognosis of peritonsillar abscess (PTA) under abscess drainage by aspiration and incision therapies. In spite of both therapies, inflammatory parameters such as WBC, CRP and body temperature were decreased day by day. Also about changes of inpatients' meals, patients who could eat more hard meal were increased after day 2, and finally over 80% patients could eat normal or soft meal at day 5. The average of hospitalized period was 8.16 days in incision group and 8.32 days in aspiration group. Recently PTA patients as outpatients were increased. Hospitalized treatment for PTA is mainly dehydration problem due to severe pharyngeal pain. Included outpatients, average of recovery period from PTA were 3 to 5 days. We cannot compare abscess drainage to Quincly tonsillectomy for PTA patients. Patients' needs for medical treatment are easy, safety, low cost and short recovery period. Abscess drainage by aspiration and incision therapies were good and effective for PTA patients, who need no hospitalization and less than 5 days for recovery.

はじめに

近年の医療に対する患者ニーズは短期間、低侵襲、低コストに集約されており、扁桃周囲膿瘍(以下PTA)においても外来での膿瘍穿刺、切開処置で経過を診ることも増加している印象がある。一方では入院において膿瘍即時扁桃摘を第一選択の治療と考えているグループも多い¹⁾。今回はPTAの臨床経過からみた患者ニーズに合わせた治療の可能性として、

1. 入院治療が必要なのか

2. 外来治療で問題ないのか

3. 膿瘍穿刺と切開の治療効果に差異はあるのか
を中心に検討したので報告する。

対象と方法

北里大学病院を受診しPTAと診断治療された症例で1998年から2002年までの入院治療症例193例と、2001年から2005年までの外来治療症例68例について診療録より後ろ向きに検討した。

検討項目は入院症例のバックグラウンド、治療

と入院期間、炎症パラメーターの推移、食事形態の経時変化、外来症例の治療と自覚的改善までの期間とした。今回は起因菌や抗菌剤については省略した。

結 果

1. 入院症例の疫学

入院193例は男性が149例(77.2%)と多く、年齢は20歳代にピークを認め平均34歳であった(Fig. 1)。喫煙率は137例(71%)、飲酒率77例(39.9%)であった。反復性扁桃炎の既往は52例(26.9%)であり、PTAの反復は21例(10.9%)に認めた。

2. 入院症例の診断治療

臨床経過、自覚症状、口腔咽頭所見からPTAと診断された症例、もしくはその疑い全症例に膿瘍穿刺を施行した。排膿は143例(74.1%)に認められ、このうち136例には切開処置も行われた。一方、排膿の有無にはかかわらず、49例は膿瘍穿刺のみで経過を診ていた。当科では診断のために行われた緊急CT検査は腫瘍との鑑別を要した1症例のみであった。治療としてはその他、輸液、抗菌剤の投与、食事管理が行われた。炎症収束後の予定扁桃摘は33症例に行われた。

3. 各パラメータの推移と入院期間

膿瘍穿刺と切開治療の2群においてWBC、CRP、体温で比較すると(Fig. 2)、それぞれの推移に差はなく、特に白血球と体温は3日目に正常化していた。食事は50%以上の摂取を有効とすると、入院当初は70%以上が流動食もしくは禁食であったのが、徐々に常食に近いものになり、5日目には5割以上が常食摂取可能となった(Fig. 3)。平均入院期間は穿刺群が8.32日、切開群が8.16日となり両群に有意差はなかった(Fig. 4)。

4. 外来経過観察例の概要

2001-2005年の症例数の年次推移を示す(Fig. 5)。全体に症例数は少なくなってきているが、外来管理での患者数は40-50%と増加していた。この外来で管理された全68例の平均年齢は34歳

で、先に示した入院例と有意差はなかった。排膿処置についても80%を超える症例が切開術を行い、逆に穿刺のみもしくは経過観察で改善している症例も20%ほど見られた。自覚的症狀改善までの期間は平均4.3日であった。

考 察

1. 疫学からの考察

年齢分布、男女比については過去に報告されたもの^{2,3)}と大差はなく、日本ではPTAは30-40歳の男性に多い疾患であると言える。喫煙歴が著明に高率であったが、平成16年の厚生労働省国民栄養調査による49歳以下男性の喫煙率が50%強ということを考慮すれば今回の結果はとて多量と思われる。Lehnerdtらは喫煙が粘膜変化および細菌学的変化をもたらすことでPTAの発症に関与することを述べている⁴⁾ことからその因果関係は高いと考えられる。またPTAの再発があることは根治療法としての扁桃摘出の必要性を示唆するデータと考えられるが、我々の症例で17%しか予定扁桃摘が行われなかったことは働き盛りの患者が多いためと思われた。

2. 治療の選択について

日本におけるPTAに対しての治療戦略は多くの二次病院の医師は入院を前提に行っていることであろう。一方海外ではアメリカのように外来医療が中心の地域もあれば、アイルランド⁵⁾、イギリス⁶⁾のように入院中心の治療が行われる地域もあり、治療の選択を含め様々である。北里大学のある神奈川県相模原市近郊でも多くの一次医療機関は二次病院に紹介し、排膿術を行い数日入院にて抗菌剤の投与が行われる。ただ患者側のニーズはどうだろうか? 当院の時間外診療でもPTAの20%程度の患者が受診する現状は、現代社会の中では病気だからといって容易に仕事を休むことは難しいことを示しているように思われる。また若い患者層は時間があっても、入院するための経済的問題が生じているのも事実である。このように患者側のニーズから考えると入院治療そのものが

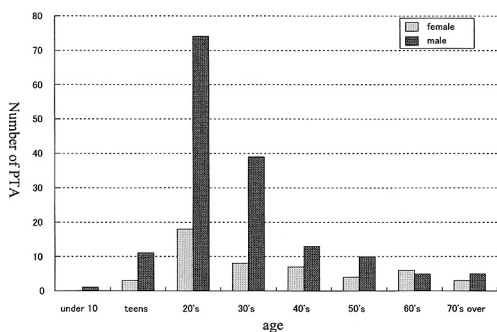


Fig. 1 Age and gender distribution of peritonsillar abscess. Gender distribution was 149 male and 44 female. Average age was 34 years old. There was a peak at the 20's that are 44.5%. Seventy-five percent PTA patients are under age 40.

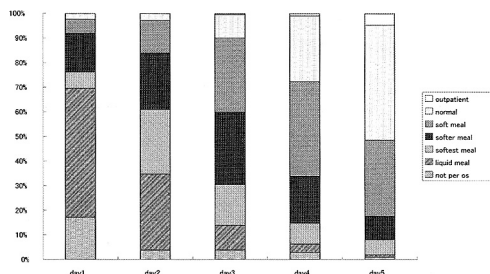


Fig. 3 Recovery Progress from changes of inpatients' meals. At admission, over 90% patients needed soft meal due to their severe sore throat and swallowing difficulty. After day 2, patients who could eat more hard meal, increased day by day. At day 5, over 80% patients could eat normal or soft meal.

難しい部分がある。今回の入院例では入院初日には食事がままならない結果であり、当然のことながら飲水食事摂取の問題があれば入院が必要になる。外来経過観察症例が増加してきている状況の中で、患者中心の医療がうたわれているがゆえに医療者側の考える治療がままならない部分もあると考える。

PTAについては排膿ができれば、炎症パラメーターは3-5日で、入院食は5日で半数が常食摂取可能、また外来患者の自覚的症狀改善までの期間が平均4.3日との結果であり、外来レベルでも管理可能な膿瘍穿刺、切開は簡易であり、患者ニーズに合っている治療法と我々は考えているし、それで炎症の改善には充分であると考えてい

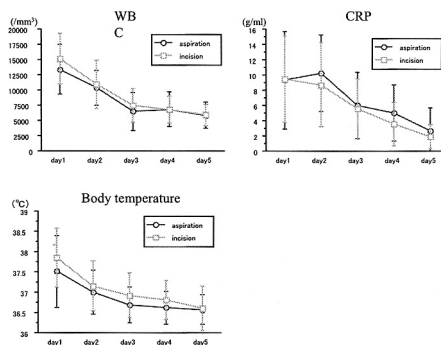


Fig. 2 Comparison of clinical data prognosis between aspiration and incision therapy. In spite of both therapies, all parameters were decreased day by day.

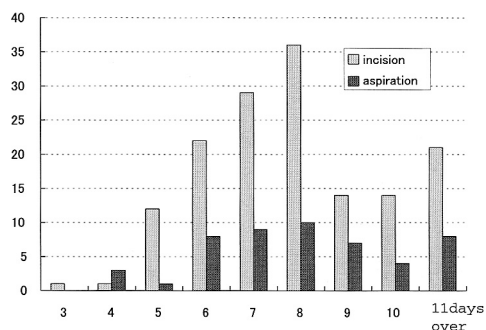


Fig. 4 The hospitalized period due to PTA. The average was 8.16 days in incision group and 8.32 days in aspiration group. There was no statistical difference by Student T-test.

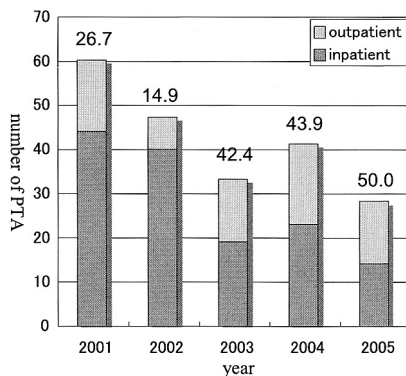


Fig. 5 Cases of PTA were slightly decreased, while percentage of PTA outpatients were increased recently.

る。今回穿刺群と切開群に分けて比較検討してみたが、その経過には有意な差はなかったことから、膿瘍穿刺はたとえ排膿が得られなくとも十分な臨床効果があると考えられる。その根拠は嫌気性菌が起

因菌として多い事実を考慮し、その嫌気環境を壊す意味合いがあるし、もともとは診断のための穿刺であり排膿が得られれば十分な治療行為にもなるからである。Steyer TEは最近の超音波下膿瘍穿刺やCT診断が有用である一方で、純粋な膿瘍穿刺を gold standardな診断かつ治療法⁷⁾と記載するほどである。穿刺によって治療期間が延長した⁸⁾との報告もあるが、膿瘍切開を追加することで確実な排膿が可能であると考ええる。

今回は論述しなかったが、PTAに対しては排膿処置に加え、抗菌剤の投与も重要な治療経過に関与する要因であると考えられる。最新のPTAの全国レベルのサーベイランス結果⁹⁾を参考に抗菌剤の選択が必要であろう。藤沢らによるとPTA発症には、*S.millieri group*と嫌気性菌の関与が重要で、抗菌薬の選択はペニシリン系またはセフェム系とCLDM、IPMの併用が良い¹⁰⁾と報告されている。抗菌剤の投与より切開排膿処置が有効であったとの報告¹¹⁾もあり、まず耳鼻咽喉科的処置を第一に考えることは我々も同意見である。

当院ではPTAに対して膿瘍扁摘を前提とした診断治療は行っていないので、それと我々の治療とは簡単に比較はできない。ただ入院必須の治療と外来経過観察が可能な治療を、今の患者がどちらを選ぶのかは、医療サービスの提供の仕方にもよるがそれを選ぶ患者次第なのかもしれない。

ま と め

扁桃周囲膿瘍の臨床統計から患者のニーズに合わせた医療を検討した結果、以下の結論が得られた。

- 外来での治療で充分効果があり、症状改善までの期間は入院治療での摂食の改善状況とほぼ同等である。
 - 入院は食事摂取状況次第で必要になることがある。
 - 膿瘍穿刺と切開の治療効果に差異はない。
- ただし患者ニーズを優先しすぎると、必要な治療もできなくなる可能性があることを付け加えたい。

引 用 文 献

- 1) 鈴木正志, 渡辺哲生: [扁桃摘出術の適応up date] 扁桃周囲膿瘍と扁桃摘. ENTONI 39: 27-31, 2004.
- 2) Matsuda A, Tanaka H, Kanaya T, et al: Peritonsillar abscess: a study of 724 cases in Japan. Ear Nose Throat J 81: 384-389, 2002.
- 3) 加藤晴弘, 和田伊佐雄, 仲田拓人, 他: 扁桃周囲膿瘍入院患者の臨床統計的研究. 口腔・咽頭科 18: 421-428, 2006.
- 4) Lehnerdt G, Senska K, Fischer M, et al: Smoking promotes the formation of peritonsillar abscesses. Laryngorhinootologie 84: 676-679, 2005.
- 5) Hanna BC, McMullan R, Gallagher G, et al: The epidemiology of peritonsillar abscess disease in Northern Ireland. J Infect 52: 247-253, 2006.
- 6) Mehanna HM, Al-Bahnasawi L, White A: National audit of the management of peritonsillar abscess. Postgrad Med J. 78: 545-548, 2002.
- 7) Steyer TE: Peritonsillar abscess: diagnosis and treatment. Am Fam Physician 65: 93-96, 2002.
- 8) Takano S, Kawamata T, Sakuma T, et al: Our Experience of Treatment for Peritonsillar Abscess. 耳鼻臨床 97: 899-904, 2004.
- 9) 西村忠郎, 鈴木賢二, 小田恂, 他: 第3回耳鼻咽喉科領域感染症臨床分離菌全国サーベイランス結果報告. 日耳鼻感染誌 22: 12-23, 2004.
- 10) 藤澤利行, 村山誠, 鈴木賢二, 他: 当院における扁桃周囲膿瘍の現況, 日耳鼻感染誌 21: 180-183, 2003.
- 11) Takano S, Miyajima K, Sugiura E, et al: Retrospective Study of Treatment for Peritonsillar Abscess. 耳鼻臨床 95: 1261-1265, 2002.

連絡先: 鈴木 立俊

相模原市北里1-15-1

北里大学医学部耳鼻咽喉科

TEL 042-778-8111 FAX 042-778-8923

E-mail tsuzuki@med.kitasato-u.ac.jp