

外来排膿処置を重視した扁桃周囲膿瘍への対応

鈴木 立 俊 岡 本 牧 人 加 納 孝 一

北里大学医学部耳鼻咽喉科

Importance of Puncture and Incision Drainage for Patients with Peritonsillar Abscess in Outpatient Clinic

Tatsutoshi SUZUKI, Makito OKAMOTO and Koichi KANO .

Department of Otolaryngology, Kitasato University School of Medicine.

Puncture and incision drainage for peritonsillar abscess (PTA) are traditional surgical procedure for diagnosis and treatment. We discussed importance of puncture and incision drainage for patients with PTA, especially in outpatient clinic. It is big advantage for not only the medic but also patients. Our results showed that pus drainage rate were 89.7% in outpatients with PTA, and 72.2% in inpatients with PTA. Anaerobic bacteria were highly detected as 45%. If the pus could be drained by puncture and incision at outpatient clinic, it was increased patients with PTA who were able to manage at out of the hospital.

は じ め に

我々の施設では扁桃周囲膿瘍に対しては穿刺切開による排膿を原則として治療を行っている。過去の我々の報告¹⁾では炎症パラメーターは3-5日で改善し、食事摂取も5日で半数が常食摂取可能であった。外来での経過観察例は40-50%であり、自覚的症状改善までの期間が平均4.3日であった。当時から扁桃周囲膿瘍の外来管理が十分に可能であること述べていたが、近年の医療政策により二次医療機関の崩壊は我々の医療圏でも現実化し、限られたマンパワーと入院ベッドを有効に活用する方法を模索する必要性が出てきている。このため一次診療所レベルでの処置の実施や要入院患者の見極めが重要である。今回我々は扁桃周囲膿瘍患者に対する外来排膿処置の有用性を検討した。

方 法

2006年1月から2008年12月における北里大学病院耳鼻咽喉科で扁桃周囲膿瘍と診断された初回受診症例111例について後ろ向き検討を行った。排膿処置は基本的に外来において穿刺のみ、もしくは穿刺切開を行った。細菌検査用検体を得た後に抗菌薬が投与された。

結 果

患者背景は男性89例、女性22例で平均38.1歳(15-81歳)であった。反復性扁桃炎の既往は22例(20%)、扁桃周囲膿瘍の反復は11例(10%)にみられ、手術治療として待機扁桃摘が8例(7%)に行われた。これらの患者は83例75%が前医よりの紹介例であった。患者管理は入院で74例(67%)、外来で37例(33%)を行った。入院

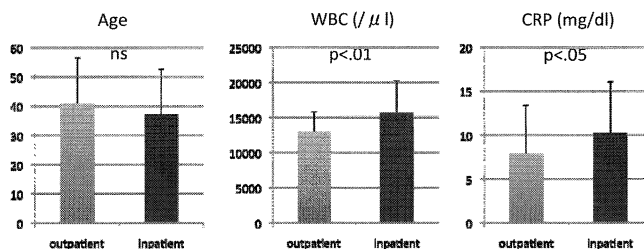


Fig. 1 Difference of clinical parameters between outpatients and inpatients. There were significant differences about WBC and CRP compared with outpatients to inpatients under the unpaired T test.

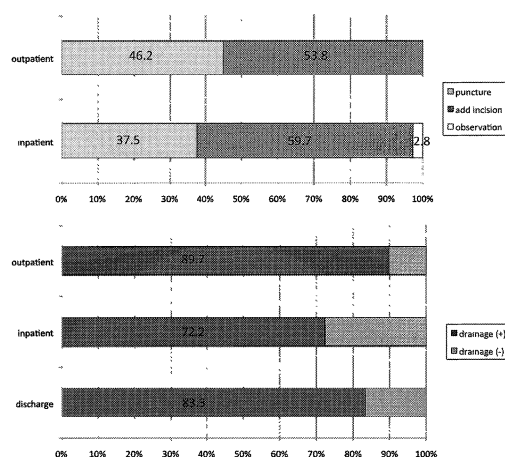


Fig. 2 Puncture and incision drainage were done positively. Pus drainage rate were 89.7% in outpatients, and 72.2% in inpatients.

Table 1 Type of anaerobic bacteria were shown. *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Bacteroides* and so on were detected.

type of anaerobic bacteria	n
<i>Fusobacterium</i>	7
<i>Peptostreptococcus</i>	7
<i>Prevotella</i>	7
<i>Bacteroides</i>	6
<i>Eubacterium</i>	2
<i>Capnocytophaga</i>	1
<i>Clostridium</i>	1
<i>Veillonella</i>	1
Gram(+) anaerobic	10
Gram(-) anaerobic	8

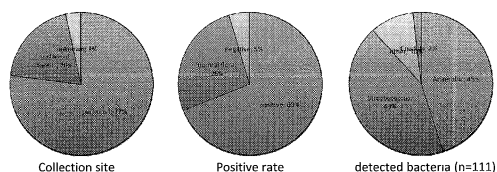


Fig. 3 Result of bacterial culture was shown. Bacterial culture were undergone in 87 of 111 cases (78.4%). Anaerobic bacteria were highly detected as 45%.

例には喉頭浮腫の合併が6例にみられた。平均入院期間は 6.2 ± 3.3 日であった。クリニカルパラメーターを入院例と外来例で比較すると (Fig. 1) 年齢には有意差はなかったが白血球数, CRPはT検定において入院例で有意に上昇していた。

外来での排膿処置は基本的に早期の排膿もしくは嫌気性環境の破壊を促すために行われたが4割前後が穿刺のみで50%強が切開まで加えていた

(Fig. 2)。これらには外来入院での差異はみられなかった。排膿効果は外来で89.7%と効果が高いが、入院例では初回処置で72.2%であり、その後の反復処置により退院時までに83.3%の効果であった。排膿効果からみると穿刺のみも穿刺切開も排膿は可能であるが、排膿できなかった手技は穿刺が83.3%と多かった。

細菌検査は78.4%と高率に行われ、77%が膿検体であった。これらの細菌陽性率は69%であり、得られた111株の詳細は嫌気性菌が50株45%、連鎖球菌群が48株43%であった (Fig. 3)。これらを膿検体からの99菌株でみると嫌気性菌は49株50%と増加した。嫌気性菌50株の内訳は*Fusobacterium* 属, *Peptostreptococcus* 属, *Prevotella* 属, *Bacteroides* 属が多くを占めた (Table 1)。

使用抗菌薬は入院例では当院のクリニカルパスの推奨薬剤である FMOX を中心に使用され、外来例の単回投与においても使用された。外来管理例は穿刺切開による嫌気環境の破壊を前提にして CFPN-PI の内服を中心に処方されていた (Table 2)。

このような治療における指標として入院患者の食形態の改善度をみると入院当日に 8 割が食事摂取不良であったが、2 日後には 75%，3 日後には 90% が 5 分食まで摂取可能であった (Fig. 4)。

考 察

扁桃周囲膿瘍の外科治療は穿刺、切開、膿瘍即時扁桃摘などの選択肢がある。穿刺切開は外来レベルで可能な排膿処置であるとともに、簡易な膿瘍診断の方法である。Johnson らのレビューでは穿刺、切開、膿瘍扁桃摘の有効性に差はなく、その 10 - 15% に再発がみられると報告している²⁾が、同一論文での前向き研究としての比較はなされていないのが現状である。我々の施設でも穿刺切開による診断治療を原則に行っているため今回の対象期間では膿瘍扁桃摘の経験はない。外来で処置を行うことで一昔前には入院管理が当たり前であった疾患が外来管理へ少しずつシフトしてきた印象である。

膿瘍穿刺切開が外来で行われること、さらには排膿ができたことで入院患者の軽減が期待でき

る。医療従事者にとってだけではなく、患者にとってのメリットも大きいと考える。外来管理できた患者の排膿率は 89.7% であるのに対して入院患者の排膿率は 72.2% であり、排膿率は外来管理可能かどうか大きく関与すると思われる。ただし排膿の可否でみると排膿できなかった群の 83.3% が穿刺のみであったが、この結果が膿瘍穿刺を否定するものではない。臨床所見からだけでは扁桃周囲膿瘍の程度を判断するのが困難な症例も存在するが、大学病院においても CT 検査を行える症例が数少ない現状においては穿刺の診断的意義は大きく、さらには嫌気性環境の破壊という治療的側面もあるからである。穿刺切開時の痛みのコントロールは開口障害も伴っているため容易ではないが局所麻酔をすること、ことに表面麻

Table 2 Antibiotics usage for peritonsillar abscess at the first step was shown. For inpatients, FMOX were commonly used 1g div, 2 times a day. For outpatients, CFPN-PI was used after drainage.

	inpatient		outpatient	
FMOX	57	15	CFPN-PI	21
CLDM	4		CDTR-PI	4
SBT/ABPC	7	2	GRNX	5
CPR	4		LVFX	1
MEPM	2		GFLX	1
IPM/CS	1		SBTPC	3
CTM	1		AMPC	1
OPFX	1			
PIPC	1			

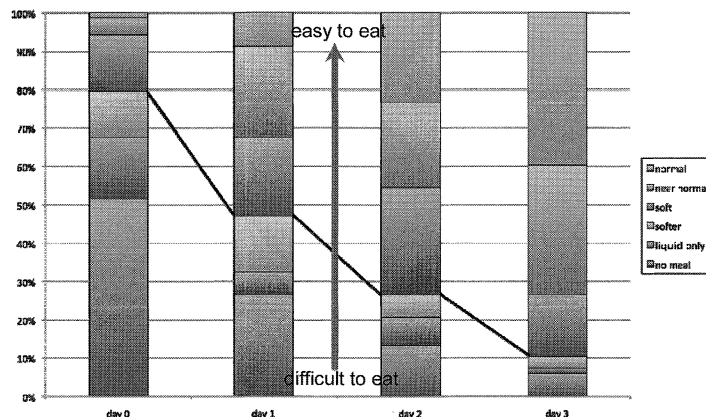


Fig. 4 Hardness of meal for inpatients was shown as a kind of clinical prognosis. They could eat harder one day by day.

酔に比して浸潤麻酔がよいという報告もある³⁾。

穿刺切開が実施されることにより起因菌の同定率が上がったように思われる。特に穿刺にて得られた検体をただちに嫌気ポーターで管理することを徹底したことで嫌気性菌の検出率が増加した。今回の結果はサーベイランス結果よりも高い検出率であった⁴⁾。

抗菌薬投与は入院例では嫌気性菌をターゲットとするFMOXが多く選択されていたが、外来例ではCFPN-PIが多く選択されていた。外来例は排膿により菌量が減少していること、連鎖球菌の検出率も高いことから効果があったと考えられた。

日本における扁桃周囲膿瘍の管理は古くから入院を原則として考えられていた。イギリスも同様であるが、最近の報告では穿刺排膿により診断し抗菌薬とステロイドの静注にて93%が外来管理可能で患者満足度も高かったとの報告がある⁵⁾。欧米式の外来を中心とした管理が日本の実状に見合うかは別にして、症状悪化時の対応が可能なセーフティネットを前提に外来での対応も充分可能と思われる。現在のところ我々の施設では穿刺切開で排膿ができ、経口飲水可能であれば入院の必要はないと考えている。逆に穿刺のみで排膿ができなかった症例、喉頭浮腫の合併、高齢者や既存合併症のハイリスク群、飲水食事摂取不良例は入院が必要と思われる。

ま と め

扁桃周囲膿瘍に対する外来での穿刺切開術について検討した。外来処置により排膿できれば外来で管理できる症例も多いことが示された。

引 用 文 献

- 1) 鈴木立俊, 他: 扁桃周囲膿瘍の臨床経過. 日耳鼻感染誌 25: 65-68, 2007.
- 2) Johnson RF, et al: An evidence-based review of the treatment of peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg 128 (3): 332-343, 2003.
- 3) Tandon S, et al: A randomized trial of local anaesthetic in treatment of quinsy. Clin Otolaryngol Allied Sci. 29 (5): 535-537, 2004.
- 4) 中山敦詞, 鈴木賢治, 他: 第4回耳鼻咽喉科領域主要検出菌全国サーベイランス-分離菌頻度を中心に-. 日耳鼻感染誌 27: 57-61, 2009.
- 5) Yaghchi C, et al: Out-patient management of patients with a peritonsillar abscess. Clin Otolaryngol 33 (1): 52-55, 2008.

連絡先: 鈴木立俊

〒252-0374

相模原市南区北里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