

急性喉頭蓋炎のマネジメント —当科の治療経験から—

川内 秀之 片岡 真吾 木村 光宏
淵脇 貴史 清水 保彦 青井 典明

島根大学医学部耳鼻咽喉科学教室

Proposed management of patients with acute epiglottitis –based on our clinical experience–

Hideyuki KAWAUCHI, Shingo KATAOKA, Mitsuhiro KIMURA,

Takashi FUCHIWAKI, Yasuhiko SHIMIZU, Noriaki AOI

Department of Otorhinolaryngology, Shimane University, Faculty of Medicine, Izumo city, Japan

Patients with acute epiglottitis are well known to present a rapid symptomatic change in severe cases as the upper respiratory tract occlusion and therefore we should take it as a life-threatening disease into our consideration. In these cases, a tracheotomy or intubation is emergently warranted and so we should employ a standard clinical pathway to make a proper management of these disease patients, to prevent a prospected sudden death of the airway closure.

In this manuscript, we will present our clinical experiences in our clinic and discuss the desirable management system to avoid a bad prognosis of patients.

はじめに

急性喉頭蓋炎はしばしば急速な経過をたどり、気道狭窄をきたし生命に危険を及ぼす疾患であり、気管切開を含め適切かつ迅速な対応が必要とされる救急疾患の一つである。当院耳鼻咽喉科において、入院加療を行った急性喉頭蓋炎32例(1995年～2007年)について臨床的検討を行い、これまで当診療科で独自に作成し使用してきた急性喉頭蓋炎症例の治療指針について再検討を加えたので報告する。

症例の内訳と検討結果

1. 性別および年齢：2007年までの過去13年

間に経験した症例は男性19例、女性13例、平均年齢58.4歳(26～82歳)で、60歳以上の高齢者が32例中17例で全体の53.1%を占めた。2. 合併症：合併症は高血圧11例、糖尿病4例、生活歴は喫煙8例、飲酒12例であった。3. 発症時期：発症時期は3～5月に12例(37.5%)と多い傾向にあった。4. 主訴：主訴は咽頭痛が29例(90.6%)と圧倒的に多く、11例(34.4%)に呼吸困難を認めた。5. 受診までの日数および紹介元：発症から受診までの日数は平均2.9日で、前治療歴のある患者は平均3.9日、治療歴のない患者は平均1.9日であった。症例が紹介された診療科は耳鼻咽喉科が多くを占めたが、内科や

救急部からの紹介もあった。6. 検出菌の検討：細菌検査は32例中27例に施行し、咽頭粘液、膿汁からは常在菌の他にβ溶連菌、黄色ブドウ球菌、緑膿菌、インフルエンザ菌、パラインフルエンザ菌、エンテロバクター、カンジダ、嫌気性菌などが検出された。7. 重症度分類：当科における重症度分類（Fig. 1）では、軽症13例、中等症5例、重症14例であった。重症14例中8例が60歳以上の高齢者であった（Fig. 2）。8. 治療内容：重症14例に対する治療として、膿瘍切開排膿術12例、頸部外切開3例、気管切開術9例施行した（Table 1）。重症例の中には、喉頭蓋膿瘍による呼吸苦のため局所麻酔下に坐位で気管切開術を行い、全身麻酔に切り替えて、膿瘍の切開排膿を施行し救命しえた症例も含まれていた。

症例呈示:75歳 男性, 主訴:呼吸困難, 現病歴:平成〇〇年〇月〇日 閉塞性動脈硬化症にて某総合病院循環器内科入院中であり, 全身麻酔下に大腿-膝窩動脈バイパス術施行され, 術後経過良好であった。術後9日目の早朝に呼吸苦が出現したため, 耳鼻咽喉科診療所を受診し, 急性喉頭蓋炎の診断にて当科紹介となる。血液所見, 画像診断をFig. 3に示す。既往歴:糖尿病(内服加療中), 脳梗塞, 狭心症, 閉塞性動脈硬化症, 前胸部皮膚悪性腫瘍。

考察および結論

今回まとめた症例の検討結果から, 以下の結論が得られた。本症の治療にあたり, 気道狭窄が進行する場合には速やかに気道確保を行うことが重

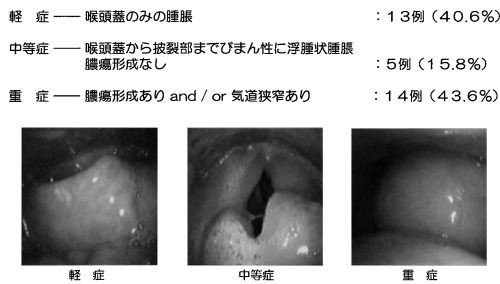


Fig. 1 Classification in severity of patients with acute epiglottitis

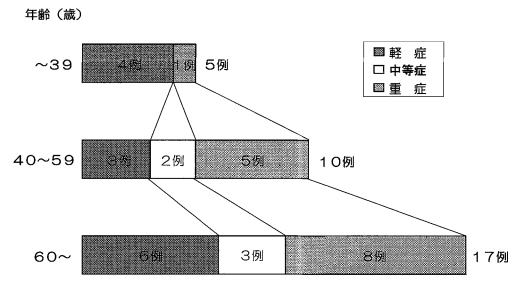


Fig. 2 Disease severity and patient's age

Table 1 Planned treatment options based on severity and its clinical outcome

軽 症	中等症	重 症
①保存的治療 (抗菌薬, ステロイド)	①保存的治療	①保存的治療
	②外科的処置 ・喉頭蓋切術	②外科的処置 ・膿瘍切開排膿術 (喉頭蓋切術も含む) ・頸部外切開術
		③気道確保 ・気管切開術

軽 症 : 13例

中等症 : 5例

重 症 : 14例

{	膿瘍形成 13例	→ 膿瘍切開排膿術施行 12例 自然排膿 1例
	深頸部膿瘍合併 4例	→ 頸部外切開による排膿術施行 3例 喉頭直達鏡下での切開排膿のみ 1例
	気道狭窄 9例	→ 気管切開術施行 9例

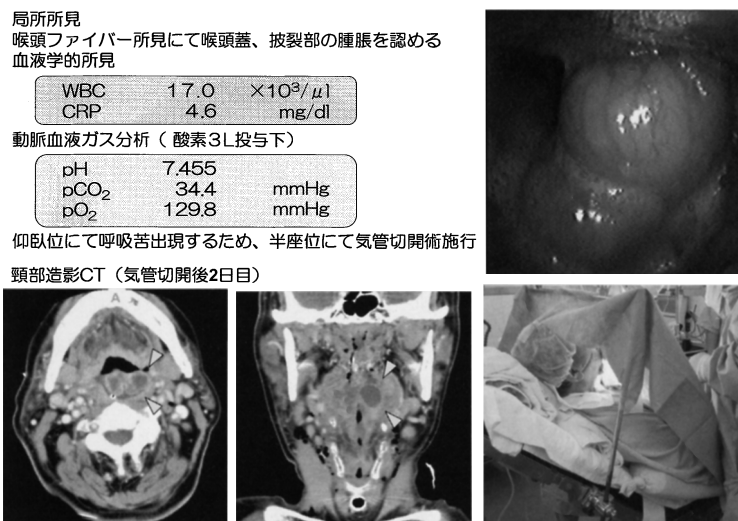


Fig. 3 Blood examination and Image findings of 75-years old patient

要であり、特に高齢者においては重症例が多く、局所所見および頸部CTにて膿瘍形成が疑われる症例では漫然と保存的治療をせず、積極的に外科的処置を施行することが早期治癒につながると考えられた。発表者は、救急搬送された直後の患者が深呼吸をしたために腫脹した喉頭蓋が声門腔に陥頓し、緊急気管切開を行い救命しえた症例も経験しており、本症に対応するための気管切開術の早期習得を日常臨床の中で診療科のスタッフに課している。近年、救急医療体制の整備がマスコミで大きく取り上げられ、適切で迅速な対応が結果的にできず不幸な転機を招いたケースでの医事紛争も起きている現状を鑑みると、耳鼻咽喉科救急医療に携わる耳鼻咽喉科医にとって、本症に対するマネジメントは大変重要な問題である¹⁻⁵⁾。治療にあたって、どのような基準に立ってどのような治療方法を行うかは、患者の予後を大きく左右すると言える。本疾患は日常臨床において頻繁に遭遇する疾患ではないため、治療経験の少ない医師にとっては、症例毎の治療法の選択は簡単ではない。そのため、重症度を見分けることと、治療法の選択に頼るべき指針があることが望まれる。我々の施設では一定の指針を設けて治療にあっているが、重症度を見分ける意味で、喉頭ファ

イバー所見をとるほか、少しでも膿瘍形成が疑われる症例に対しては早急に頸部CTを施行し、膿瘍形成の有無を確認して、重症度を判定するようにしている。軽症は喉頭蓋のみに腫脹を認めるもの、中等症は喉頭蓋から披裂部までびまん性に浮腫状腫脹を認めるが膿瘍形成のないもの、重症例は膿瘍形成が見られるか、気道狭窄を認めるものとしている。我々の経験では、60歳以上の高齢者において、10例中重症例が6例と多く、高齢者で重症化しやすいという特徴を認めている。診療上の留意点として下記を整理しておきたい。①治療にあたっては軽症例では外来治療という選択もありうるが、可能な限り入院治療として、数日間経過を観察し、喉頭蓋の腫脹の増悪による急速な気道狭窄を来たさないよう確認する。気道狭窄を認める重症例では、迅速な気管切開による気道確保を行うことがまず肝要である。②保存的治療：鎮痛薬で嚥下痛を制御できず、食事摂取が困難な症例では、摂取が可能になるまで補液を十分に行うか経管栄養とする。抗菌薬を投与する。腫脹の強い症例ではステロイド薬の投与を行うことも多い。③外科的治療：抗菌薬・ステロイドによる保存的治療は勿論のことであるが、中等症例に対しては、早期治癒に向けた全身麻酔下での喉頭

蓋粘膜乱切術も考慮されるべき選択肢のひとつである。重症例に対しては膿瘍切開排膿術や、深頸部膿瘍を合併している症例では頸部外切開による排膿、さらに気道狭窄を認める症例では迅速な気管切開を、それぞれ施行する必要がある。次に気道確保の判断はどうすればよいかについて整理する。本疾患に遭遇した際に、気道を確保すべきか、経過観察でよいか、その場に居合わせた医師が判断することになる。担当医が気道確保を行うかどうかの判断に際してのポイントは、喉頭蓋の腫脹の程度、呼吸困難の有無、さらには緊急気管切開を行う環境（機材、マンパワー）の有無であるが、経過観察をすることに対して少しでも逡巡する場合は、余裕のあるうちに気道確保しておくべきである。さらに緊急気管切開の適応について述べる。急性喉頭蓋炎による呼吸困難は重症例を除くと、一般に進行が緩やかであり、気道確保にはある程度時間的な余裕があるが、重症例では一刻を争うこともあり、このような場合には緊急気管切開を行う。実際の手技としては、気道に血液が流入するため、吸引装置を準備した上で、仰臥位懸垂頭位で行うのが一般的である。仰臥位で呼吸困難が増強する場合には、半座位で行う場合もある。前頸部皮膚および皮下に局所浸潤麻酔を行う。皮膚切開は、横切開、縦切開いずれの方法もあるが、いずれにせよ輪状軟骨と気管前壁を可及的速やかに露出させ、気管輪間より気管内にキシロカインを1mlほど注入し、咳嗽を抑えてから、通常の気管輪間で切開し、気道を確保する。切迫した状況であれば、気管輪間の露出に手間をとるようなら、輪状甲状膜を切開し喉頭内腔に入る方法もある。気管切開に習熟していない場合、喉頭蓋の腫脹により、経口挿管が出来ない状況においては、一時的な気道確保の方法として、トラヘルパーを

使用するか、モニトラックを使用し、速やかに気管切開のできる施設に患者を搬送することも最善の策といえる。以上、急性喉頭蓋炎患者のマネジメントについて述べた。最後に、急性喉頭蓋炎の治療にあたり、気道狭窄が進行する場合には速やかに気道確保を行うことが重要であり、特に高齢者においては重症例が多く、局所所見および頸部CTにて膿瘍形成が疑われる症例では漫然と保存的治療をせず、積極的に外科的処置を施行することが早期治癒につながることを強調しておきたい。

参 考 文 献

- 1) 藤原啓次, 山中昇: 急性喉頭蓋炎への対応 (解説). 日本医事新報 4237; 25-29, 2005
- 2) 戎本浩史, 原浩貴, 折田浩志 他: 急性喉頭蓋炎・喉頭蓋膿瘍症例における中咽頭所見の検討. 喉頭 18; 19-22, 2006
- 3) 河田了: 耳鼻咽喉科・頭頸部外科の救急医療 嚥下痛 急性喉頭蓋炎 (解説). 日本耳鼻咽喉科学会会報 109(9); 712-715. 2006
- 4) 宮澤徹, 村田英之, 下出祐造 他: 当科における急性喉頭蓋炎症例の緊急気道確保のタイミング. 日本耳鼻咽喉科感染症研究会誌 26(1); 125-129, 2008
- 5) 吉福孝介, 宮下圭一, 黒野祐一: 急性喉頭蓋炎84症例の臨床的検討. 日本耳鼻咽喉科感染症研究会誌 27(1); 165-169, 2009

連絡先: 川内秀之

〒693-8501

島根県出雲市塩治町 89-1

島根大学医学部耳鼻咽喉科学教室

TEL 0853-20-2273 FAX 0853-20-2271

E-mail kawauchi@med.shimane-u.ac.jp