

気道確保を要した小児急性喉頭蓋炎の2症例

山田 和之 寺田 木の実 上 埜 博 史 前 田 昌 紀 吉 村 理

市立札幌病院 耳鼻咽喉科

Two Cases of Acute Epiglottitis in Children Treated with Airway Preservation

Kazuyuki YAMADA, Konomi TERADA, Hirofumi UENO, Masanori MAEDA, Tadashi YOSHIMURA
Department of Otolaryngology, Sapporo City General Hospital

Acute epiglottitis in children can easily produce airway obstruction. We report 2 cases of acute epiglottitis in children treated with emergency airway preservation.

One patient was a 3-year-old boy, and the other patient was a 4-year-old boy. As both patients complained of severe dyspnea, emergency airway preservation was performed, and they recovered completely.

はじめに

小児の急性喉頭蓋炎では、成人例と比し急激な経過で気道狭窄をきたすことが多いとされ、迅速な診断と気道確保の成否が予後を左右する。今回、気道確保を要した小児急性喉頭蓋炎の2症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1：3歳3ヶ月、男児

主 訴：呼吸苦

現病歴：2005年5月13日午前3時頃より咽頭痛、10時頃より40度の発熱を認め近医小児科を受診。気管支喘息の診断で内服薬を処方されるが、帰宅後16時頃より呼吸苦が出現したため同院再診した。エピネフリン吸入無効の吸気性喘鳴を認めたため、16時38分に近医総合病院小児科に救急搬送された。頸部側面レントゲンにて喉頭蓋の腫脹を認め、急性喉頭蓋炎の診断を得た（Fig. 1）。

搬送後、呼吸苦が増悪し、チアノーゼ、意識障害が出現したため、17時40分に麻酔科医師によ

り気管内挿管が行われ、以後の治療目的に当院小児科に転院、当科紹介となった。

既往歴・家族歴：特記事項なし

治療経過：当科初診時、喉頭蓋と披裂の著明な腫脹を認め、声帯は観察できなかった。急性肺炎を合併し、小児科入院のまま人工呼吸器管理を行った。セフトキシムが投与されたが高熱が持続し、第3病日からは頸部と四肢の高度浮腫が出現した。第4病日には肺の浸潤影、白血球数、CRPは改善傾向を示したが、喉頭所見は軽

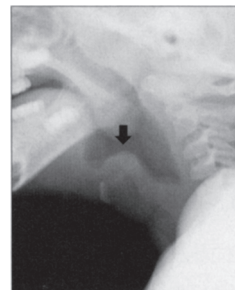


Fig. 1 Neck X ray: It showed swollen epiglottis.

度改善に留まり抜管には至らなかった。前医での咽頭培養では β -lactamase negative ampicillin resistant (BLNAR) が検出され、経過と薬剤感受性検査の結果をもとに、第6病日からパニペナム / ベタミプロンを使用したところ、第8病日には解熱傾向となり喉頭所見の改善を認めた。抜管可能と考えたが、完全に改善してからの抜管をご両親が強く希望され、第12病日に喉頭蓋の腫脹消失を確認後、抜管となった。その後喉頭所見に問題なく、筋力低下のリハビリ後に退院となった。

症例2：4歳8ヶ月、男児

主 訴：呼吸苦

現病歴：2011年3月21日、0時頃より咽頭痛、発熱を認め、夜間急病センター小児科を受診。上気道炎の診断で内服薬を処方された。帰宅途中より呼吸苦、吸気性喘鳴が出現し、その後増悪したため7時半頃当院小児科に救急搬送された。搬送時、体温38.9度、呼吸数50回/分、酸素飽和度98% (room air) だった。エピネフリン吸入が無効で、呼吸苦、吸気性喘鳴が更に増悪したため当科紹介となった。

既往歴・家族歴：特記事項なし

治療経過：当科初診時、喉頭ファイバースコープ検査にて喉頭蓋の著明な腫脹を認め、急性喉頭蓋炎の診断を得た。症状、所見より気道確保が必要と判断し、手術室で麻酔科医師により気管内挿管が行われ、そのまま全身麻酔に移行し気管切開術を行なった。抗菌薬はセフトキシムを投与した。経過は良好で、速やかに解熱し、第2病日には著明だった喉頭蓋の腫脹も、第5病日には声帯の観察が可能になるまで改善し、同日気管カニューレを抜去した。第7病日には喉頭蓋の腫脹は更に改善していた (Fig. 2)。なお、初診時の咽頭培養で BLNAR が検出された。

考 察

小児の急性喉頭蓋炎の最大の問題は、成人例と比し急激に症状が進行し、気道確保を要する比率が高いことである¹⁾。自験例はともに半日程度で

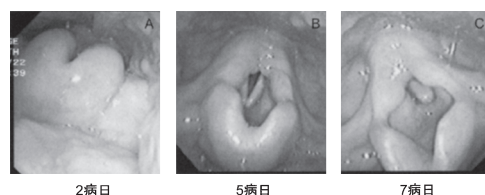


Fig. 2 Findings of endoscopy: epiglottis showed swollen(A), and improved after treatment(B,C).

気道確保を行っているが、報告の大半が同様に発熱、咽頭痛で発症し、急激な経過で流涎、吸気性喘鳴、呼吸苦が生じ気道確保を要している^{1~4)}。急性喉頭蓋炎では感染に対する治療以上に気道確保の成否が予後を左右する。気道粘膜や粘膜下組織が疎で浮腫が生じやすいこと、未熟なため喀痰排出低下が起きやすきことなどから、小児では気道狭窄がより生じやすいとされる⁵⁾。そのため小児の急性喉頭蓋炎では、気道確保を最優先とした迅速な診断と治療が必要となる。

鑑別診断はクループと異物が挙げられるが、特にクループとの鑑別が重要である。クループは初期症状が類似し、頻度も高いため、発症初期の鑑別は容易でない²⁾。自験例でもまずクループが想定され、対応している間に呼吸苦が進行し、窒息の危険性が高まっている。呼吸苦や進行の程度など重症度や、犬吠様咳嗽、嗄声、エピネフリン吸入に対する反応の有無などの相違点から、可及的早急な鑑別が必要となる^{2) 4)}。

診察時は気道狭窄が進行し、窒息の危険性を孕んでいることに注意を払う必要がある。診察や検査中の窒息例の報告もあり、まず気道確保の準備を行っておくこと、患児の安静を保持し座位にして啼泣させないことがポイントになる^{1~5)}。診断は喉頭ファイバースコープ検査で確定するが、同検査は麻酔科医と小児科医立会いの下、手術室や集中治療室で行うこと、診断後の方針として、結果的に過剰になったとしても明らかな軽症例以外は引き続き迅速に気道確保を行うことが推奨されている¹⁾。そのため平時より麻酔科や小児科との

連携強化，緊急時のシュミレーションを行っておくことが必要である。

ま と め

- 気道確保を要した小児急性喉頭蓋炎の2症例について報告した。
- 急激な経過で流涎，吸気性喘鳴，呼吸苦などを認めた場合，急性喉頭蓋炎を念頭に置く必要があると考えた。
- 小児の急性喉頭蓋炎では，迅速な診断と気道確保の必要性がより高く，平時より麻酔科や小児科との連携強化や緊急時のシュミレーションが必要と考えた。

参 考 文 献

- 1) 田村裕也，他：幼児に発生した急性喉頭蓋炎の1例．日耳鼻感染誌 28(1)：123-127, 2010

- 2) 須藤 敏，他：乳幼児急性喉頭蓋炎の2症例．日耳鼻感染誌 29(1)：55-58, 2011
- 3) 東谷敏孝，他：気道確保を必要とした小児急性喉頭蓋炎の2例．耳鼻臨床 104：509-515, 2011
- 4) 永井世里，他：急激な経過をたどった小児の急性喉頭蓋炎の3例．耳喉頭頸 82(10)：709-714, 2010
- 5) 西山耕一郎：小児の急性喉頭蓋炎．ENTON 140：52-57, 2004

連絡先：山田和之

〒060-8604

札幌市中央区北11条西13丁目

市立札幌病院 耳鼻咽喉科

TEL 011-726-2211