成人の咽後膿瘍の3症例

大平 泰行・前田 秀彦*・石塚 洋一

木村 元俊・長井 大二・橋元 裕明

Retropharyngeal Abscess in Three Adults

Yasuyuki Ohira, Hidehiko Maeda, Yoichi Ishizuka,

Mototoshi Kimura, Taiji Nagai and Hiroaki Hashimoto

(Teikyo University School of Medicine, Mizonokuchi Hospital)

Case 1 was a 41-year-old female with retropharyngeal abscess secondary to tuberculosis of the cervical lymph nodes. Administration of tuberculostatics and needle drainage gradually reduced the symptoms, and swelling in the retropharyngeal wall nearly disappeared after about 5 months. After treatment with the tuberculostatic agents for about 1 1/2 years, the patient has been under observation without recurrence.

Case 2 was a 47-year-old male with primary retropharyngeal abscess following acute inflammation of the upper respiratory tract. Examination revealed diabetes. The patient improved rapidly following antibiotic administration, intraoral incision and drainage of the abscess, and control of the diabetes. He was discharged 18 days after admission.

Case 3 was a 62-year-old female with retropharyngeal abscess 4 days after injury of the pharynx caused by a fish bone. She had diabetes treated with insulin. Following the administration of antibiotics in addition to insulin, the patient improved rapidly and was discharged 10 days after admission.

Though various tuberculostatics and antibiotics are available today, retropharyngeal abscess still occurs sometimes. Adequate attention must be paid to the diagnosis and treatment.

Key words: retropharyngeal abscess, tuberculosis of the cervical lymph nodes, diabetes

はじめに

近年、抗生物質及び抗結核剤の目覚ましい進歩により咽後膿瘍は減少している。原発性咽後膿瘍は乳幼児に発症しやすく、成人における発症は比較的稀である。成人の咽後膿瘍は頸椎カリエスなどの冷膿瘍より続発的に発生する結核

性咽後膿瘍が多いといわれてきた。しかし、今日では糖尿病などの全身性疾患の増加により、成人の咽後膿瘍の病態は変化してきているように思われる。われわれは最近成人の咽後膿瘍を3例経験し、1例は頸部リンパ節結核に続発した結核性症例で、他の2例は糖尿病を基礎疾患

帝京大学医学部附属溝口病院耳鼻咽喉科（主任：鈴木淳一教授）

*帝京大学医学部附属市原病院耳鼻咽喉科

にもつ原発性症例であった。症例を呈示し若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1: 41才, 女性。

主訴: 咽頭痛, 嚥下障害。

既往歴: 21才の時, 肺結核で2年間入院。

35才の時, 頸部リンパ節の摘出術を受け結核性リンパ節炎と診断されている。

家族歴: 父に肺結核の既往あり。

現病歴: 昭和59年3月中旬頃より徐々に咽頭痛, 嚥下障害, 発声障害が出現した。4月2日, 近医耳鼻科を受診し, 咽後膿瘍と診断され穿刺排膿及び抗生剤の投与を受けた。しかし, その後も症状は軽快せず, 数回の穿刺排膿を繰り返した。穿刺排膿の膿汁より結核菌が検出されたため, 5月初旬より抗結核剤の投与を受けたが, その後も症状は軽快せず, 5月末より夜間に呼吸困難が出現し始めたため6月2日, 当科を紹介され入院となった。

初診時全身所見: 体重は37kgと発症前に比べ5kgの減少がみられた。身長154cm, 体温37.2℃であった。

初診時局所所見: 中咽頭後壁から左側の下咽頭後壁にかけて著明な膨隆と発赤が認められた(図1)。咽頭後壁の触診で膨隆は表面平滑で軟らかい部分と弾性硬の部分が混在している感じ

であった。両側頸部には, 小豆大から母指頭大の硬いリンパ節を数個触知した(図2)。言語は不明瞭で音声は含み声であった。

初診時検査所見: 白血球数は7500で好中球68%, 好酸球2%, 好塩基球1%, 単球7%, リンパ球22%と特に異常はみられない。血沈は1時間値45mm, 2時間値74mmで中等度亢進していた。CRP(-), ツベルクリン反応は15×12/32×24mmで中等度陽性を示した。胸部単純X線にて, 両側肺尖部および肺門部に石灰沈着を認

図2 症例1の頸部写真
多数の頸部リンパ節結核が認められた。

図1 症例1の喉頭ファイバースコープ所見
左側の下咽頭後壁の著明な膨隆と発赤がみられた。

め、陳旧性の肺結核病変と診断された。頸部側面断層撮影では、頸椎前軟組織の著明な肥厚を認め、第2頸椎と気管腔距離は28mmであった(図3)。頸椎にはカリエスなどの異常を認めなかった。頸部CTでは、左側の下咽頭後間隙に low density area を認め、その後方に石灰化したリンパ節が認められた(図4)。

治療と経過：頸部リンパ節結核より生じた咽後膿瘍と診断し、内科医の協力のもとに SM 1g の隔日筋注、INH 200mg, RFP 300mg, EB 500mg の連日経口投与を開始し、また同時に SMネブライザーを毎日おこなった。6月4日(入院2日目)気管内挿管による全身麻酔下に、懸垂頭位で口腔側より穿刺排膿をおこない5mlの膿汁を吸引した。膿汁からは結核菌、一般細菌ともに検出されなかった。穿刺排膿後、膿瘍腔に造影剤を注入して撮った頸部側面X線撮影では、内腔はやや不整で第1～3頸椎の前軟部組織にかけて広がっていた(図5)。抗結核

療法により、症状及び咽頭後壁の腫脹は徐々に改善し、入院36日目の7月8日に退院となった(図6左)。退院後も外来にて抗結核剤の投与を続け、経過は良好で退院約4ヶ月後の頸部側面造影撮影では、咽頭後壁の腫脹はほぼ改善したことがわかる(図6右)。退院後約1年半抗結核剤の投与を続け、以後再発は認めていない。

症例2：47才、男性。

主訴：咽頭痛、嚥下障害。

既往歴：昭和56年より糖尿病を指摘されているが、とくに治療は受けていない。

現病歴：昭和59年12月1日より発熱、咽頭痛が出現した。12月3日より食物摂取が困難となり、12月4日当科外来を受診し即日入院となった。

初診時所見：左側中咽頭後壁の著明な膨隆を認め、左側頸部は全体的に腫脹し軽度の熱感があり、左頸部リンパ節腫脹も認められた。体温37.6℃で、音声は含み声であった。

図3 症例1の頸部側面断層撮影
頸椎前軟組織の著明な肥厚がみられた。

図4 症例1のCT所見
左側の下咽頭後間隙に low density area を認め、その後方に石灰化したリンパ節が認められた。

図5 症例1で穿刺排膿後、膿瘍腔に造影剤を注入して撮った頸部側面X線撮影

初診時検査所見：白血球数は8400で好中球74%（桿状球7%，分葉球67%），単球7%，リンパ球19%であった。血沈は1時間値84mm，2時間値110mm，CRPは4+。BUNは26.8mg/dlと軽度上昇がみられた。空腹時血糖値は283mg/dl，尿比重は1.044，尿糖は4+で糖尿病が強く疑われた。頸部側面X線撮影では，第2～7頸椎前軟組織は著明に肥厚し，第2頸椎前縁と気管腔の距離は15mmであった（図7左）。また頸部正面X線写真では，わずかながら左気管腔の圧排狭小化が認められた。

治療と経過：糖尿病に合併した咽後膿瘍と診断し，直ちに入院させCXM（4.5g/日），BAPC（1g/日），AMK（200mg/日）の投与を開始し，糖尿病に関しては食事療法とインシュリンの投与をおこなった。入院翌日の12月5日，局麻下に穿刺排膿を施行し，1.8ccの膿汁を吸引した。中咽頭後壁の腫脹が軽快しないため，12月6日懸垂頭位で局所麻酔下に切開排膿をおこない18mlの膿汁を吸引した。膿汁からは表皮ブドウ球菌が検出された。切開排膿後症状は急速に改善し，12月18日の頸部側面X線撮影

図6 症例1の7月7日退院時(左)と11月20日(退院約4ヶ月後)(右)の頸部側面造影撮影
退院時には，まだ咽頭後壁の腫脹はみられたが，退院約4ヶ月後には，咽頭後壁の腫脹はほぼ改善したことがわかる。

では、第2頸椎と気管腔距離は9mmと著明な改善がみられている(図7右)。入院18日目の12月21日に退院となり、その後の経過も良好である。

症例3: 62才, 女性。

主訴: 咽頭痛, 嚥下困難。

既往歴: 40才より糖尿病で、インシュリンの投与を受けている。50才の時、子宮筋腫の手術を受けた。

現病歴: 昭和59年6月24日、夕食時に魚骨(いさき)がのどに刺さった感じがした。その後も軽い咽頭痛があったがそのまま放置していた。6月28日の朝より咽頭痛が増強し、37.8℃の発熱もみられた。近医耳鼻科を受診し咽後膿瘍が疑われたため当科を紹介され受診した。

初診時所見: 下咽頭後壁の両側におよぶ膨隆と発赤がみられた。左の側頸部に母指頭大のリンパ節を触知した。

初診時検査所見: 白血球数7800で好中球66%(桿状球6%, 分葉球60%), 好酸球1%, 単球6%, リンパ球27%であった。空腹時血糖値は122mg/dl, 尿蛋白(-), 尿糖も(-)であった。頸部側面X線検査では、下咽頭後壁の著明な肥厚を認め、第4頸椎と気管腔距離は17mmであった(図8左)。

治療と経過: 魚骨刺入による外傷性の咽後膿瘍と診断し、直ちに入院させ、CXM(4.5g/日), FOM(2g/日)の投与を開始した。6月29日には魚骨遺残の可能性もあるため、全身麻酔下に食道鏡検査を施行したが、膿汁の貯留もなく下咽頭の炎症性腫脹のみで魚骨は認められなかった。その後症状は次第に改善し入院1週間目の7月4日の頸部側面X線検査では、第4頸椎と気管腔距離は7mmとなり腫脹はほぼ消失し、7月7日退院となった(図8右)。

図7 症例2の12月4日初診時(左)と12月18日(右)の頸部側面X線撮影
初診時、咽頭後壁は、著明に腫脹していたが、入院14日目には、咽頭後壁の腫脹はほぼ消失したことがわかる。

図8 症例3の6月28日初診時(左)と7月4日(右)の頸部側面X線撮影
初診時, 咽頭後壁は, 著明に腫脹していたが, 入院1週間目には咽頭
後壁の腫脹はほぼ消失したことがわかる。

考 察

咽後膿瘍は原発性と続発性があり, 原発性は乳幼児に多く, 成人における発症は比較的小さい疾患とされている¹⁾²⁾。これは, 幼児の場合, 咽後隙内の側方にリンパ節(咽後側リンパ節 *glands of Henle*)が存在し, これに化膿性炎症が加わることで膿瘍が形成されるためであり, この小リンパ節は3才以後萎縮するため加齢とともに発症頻度が減少するといわれている³⁾。小児の場合, 急性上気道炎を原因として発症することが多いが, 時には咽頭の異物, 外傷, 熱傷が感染の原因になることもある。これに対し成人の咽後膿瘍は, 頸椎の結核性病変からの流注膿瘍による続発性のものが多いとされてきた。しかし今日では, 抗結核剤の進歩によりその頻度は減少し, 代わって小児の場合と同様に上気道感染の先行する非結核性の成人の咽後膿瘍の報告がみられるようになってきた⁴⁾⁵⁾。

本症例の原因について述べると, 症例1では, 頸部リンパ節結核と併発して発症したと考えられる咽後リンパ節の結核性病変により咽後隙に膿瘍を形成したものである。症例2は, 上気道感染から咽後リンパ節に感染が波及したために起こったもので, 症例3は咽頭の外傷が感染の原因になったものである。

咽後膿瘍とは, 狭義には咽後隙に膿汁が貯留した場合をいうが, 広義には危険隙(*danger space*), さらに椎前隙(*prevertebral space*)も含めこれら3つの間隙のいずれに膿瘍が形成された場合も咽後膿瘍という(図9)。

咽後隙は後内臓隙の上方への連続である。下方では気管, 食道を共通に包む深頸筋膜中葉の後内臓葉と同筋膜深葉の翼状葉の間にあるが, 上方では上, 中, 下咽頭腔において, 上, 中, 下咽頭収縮筋の後面と外側面を覆う後内臓葉と翼状葉の間にある(図9)。隙の外側は筋膜を隔てて側咽隙に接する。下方はほぼ第1胸椎の

図9 頭頸部の矢状断による筋膜と隙
(文献10より引用)

高さで翼状葉と後内臓葉の融合により閉鎖されて終わる上下に長い帯状の腔である。また、正中に咽頭収縮筋の縫線があり、咽後隙に生じた膿瘍は多少一側性に近い傾向にある。

危険隙は網状組織に満たされ、前後には深頸筋膜深葉の翼状葉と椎前隙との間にあり、側方は両葉の融合により閉鎖されている。上下には頭蓋底から縦隔後部を経て横隔膜の高さに至る。

椎前隙は密な組織をいれる腔であり、椎前葉と椎骨の椎体または前縦隔靱帯間にあり、上は頭蓋底から、下は尾骨に至る。側方は椎前葉の椎骨棘突起への付着部により限定される。

本症例1, 3は、いずれも咽後隙内に形成された膿瘍であり、危険隙内への進展はないと判断される。しかし、症例1は中咽頭に両側性の腫脹が認められたことより、膿瘍腔はかなり巨大化していたと思われる。症例2では、頸部正面単純X線写真にて第2胸椎まで至る気管の圧排像が認められたことより危険隙まで進展して

いた可能性が考えられる。

症状は原発性のものは、本症例2, 3のように発熱などの感染症状を伴うものが多い。しかし続発性のものは感染症状を伴わないことが多い⁶⁾。その他、咽頭痛、嚥下困難、含み声、頸部リンパ節腫脹、体重減少などが挙げられる。本症例すべてがこのような典型的症状を伴っていた。また症例2において認められた頸部の腫脹は、咽後膿瘍が隣接の咽頭上顎関節へ進展したために起こったものと思われる。

合併症としては、膿瘍の自然破裂により気道へ膿汁が流入し、嚥下性肺炎や膿胸を来したり、時には窒息することがある。また膿瘍が縦隔に進展し、縦隔炎を起こすことがある⁴⁾。

診断としては、視診が非常に重要である。咽頭所見では、咽頭後壁が前にせり出し、舌根部に近接して見える。リンパ節の位置と、正中に上咽頭収縮筋の縫線があるため咽頭後壁の波動性膨隆は多少一側に強いが、大きくなると咽頭後壁全体を占めるようになる。視診、触診につ

づいて穿刺により膿汁を証明すれば診断は確定する。補助診断として、頸部側面X線写真、頸部CTなどで、頸椎前軟組織の肥厚を証明する。われわれの経験した3症例とも側面X線写真にて頸椎前軟組織の肥厚を認めた。また、穿刺後造影剤を内腔に注入し、膿瘍の大きさや範囲を調べるのも治療や予後に関して有用である⁶⁾。症例1では、この方法により巨大な膿瘍腔が確認できた。血液検査所見では、白血球増加、血沈亢進、CRP陽性などを認めるが、結核性の場合には明らかでないことが多い⁶⁾。

治療は、膿瘍の切開排膿と十分な化学療法が原則である。石橋²⁾らは、診断がついたら直ちに切開排膿するのがよいと述べている。Bosley⁷⁾も抗生物質にのみよって姑息的な治療を続けるべきではないと述べている。外科的治療については経口法と頸部外切開法の2つがあり、諸家の意見は一致せず、優劣は決めがたい。Levitt⁸⁾は頸部の外科的ドレナージで retropharyngeal space と sublingual space, peritonsillar space の3つに対しては経口法で行ってよいと述べている。われわれは全例この経路で行った。また、十分な視野をえるために、Davis の開口器を使用した。Bosley⁷⁾もその使用を勧めている。一方頸部外切開法は主に pharyngomaxillary space に進展したものにいく場合が多く、行木⁹⁾によると、外切開の利点として広い視野が得られること、術後経管栄養の必要がないこと、咽頭腔のドレーンをいれる必要のないこと、術後も下気道の膿汁や血液の流入するおそれのないこと、膿瘍の背後にある病変も確認できることを挙げている。それぞれの病態に合せて切開法を選択すべきであると考え。しかし、どちらの切開法でも、結核性の場合には穿孔がふさがらないことがあるので注意すべきであるといわれている。そのことを考慮して我々は、症例1において、切開を行わず穿刺排膿にとどめた。しかし寺山¹⁰⁾によると、今日では進歩した抗結核剤を併用することにより容易に閉鎖治癒すると述べている。症例

2では、穿刺排膿だけでは十分な排膿ができなかったため、翌日に切開排膿を行なっている。この点からも非結核性の咽後膿瘍に対しては口腔内からの切開排膿による外科的治療が最も効果的と思われる。症例2, 3は、背景に糖尿病があり感染症を悪化させた要因になっていたものと考えられる。したがってインシュリンの投与などによって糖尿病をコントロールさせた上で的確な抗生剤の選択が重要になってくる。咽後膿瘍などの重症感染症に対しては基礎疾患に対する考慮が重要と思われる。

結 語

今日では比較的稀となった成人の咽後膿瘍の3症例を報告した。1例は結核性、他の2例は糖尿病に合併した原発性咽後膿瘍であり、成人の咽後膿瘍の成因として興味が持たれたので報告した。

本論文の要旨は、第37回日本気管食道科学会において発表した。

文 献

- 1) Brown JM: Acute retropharyngeal abscess in children. *Laryngoscope* 29: 9~12, 1919.
- 2) 石橋 康, 小河原昇, 松井道男: 咽後膿瘍の7症例. *日気食会報* 30: 355~360, 1979.
- 3) Iglauder S: Anatomic-pathologic studies of retropharyngeal (peripharyngeal) abscess. *Arch Otol* 33: 31~44, 1941.
- 4) Barratt G: Retropharyngeal abscess—a ten-year experience. *Laryngoscope* 94: 455~463, 1984.
- 5) 北村達也, 佐野真一, 森山 寛, 他: 最近経験した咽後膿瘍症例の検討. *耳展* 29: 41~45, 1986.
- 6) 永野隆治, 沖田容一, 笠井英夫, 他: 結核性咽後膿瘍の1症例. *耳喉* 52: 483~486, 1980.
- 7) Bosley RJ: Acute retropharyngeal abscesses in children. *Laryngoscope* 72: 207~217, 1962.

8) Levitt MGW: The surgical treatment of deep neck infections. Laryngoscope 81: 403~411, 1971.

9) 行木英夫, 村上 泰, 大塚 護, 他: 咽後膿瘍の3治験例. 耳展 18: 21~26, 1975.

10) 寺山吉彦: 側咽膿瘍と咽後膿瘍. 耳喉 52: 751

~756, 1980.

(原稿採扱: 昭和62年7月31日
別刷請求先: 大平泰行
〒213 川崎市高津区溝口74
帝京大学医学部附属溝口病院耳鼻咽喉科)