

肺膿瘍を繰り返した 1 症例に対する考察

かがわ総合リハビリテーション病院
小児科 医師 河田 真由美、難波 正則

キーワード：肺膿瘍、重症心身障害児、誤嚥、摂食指導、口腔ケア

要旨

肺膿瘍は、一般的にはアルコールや薬物、麻酔などにより感覚鈍麻を認め、糖尿病や免疫低下を認めている場合に、口腔不衛生な状態で誤嚥をした際に生じやすい。肺炎が重症化、慢性化し、肺組織の構造が破壊され、空洞をつくり膿がたまった状態である。

高齢者や、嚥下機能の悪化している重症心身障害児者も、発症のリスクがある。

今回、保存的治療で治癒せず、手術施行後も肺膿瘍を繰り返した症例を経験した。摂食指導、口腔ケアが予防として重要であり、御家族にだけでなく、施設、学校、関係諸機関への啓蒙が必要であると考えられた。

1. 目的

重症心身障害児では、誤嚥などにより慢性的な呼吸器疾患を伴う事が多く、肺膿瘍の報告もある。肺膿瘍を繰り返し、保存的治療のみで治癒しなかった症例を経験した。摂食指導、口腔ケアなど肺膿瘍予防の重要性について報告する。

2. 症例

7歳3ヶ月、男児

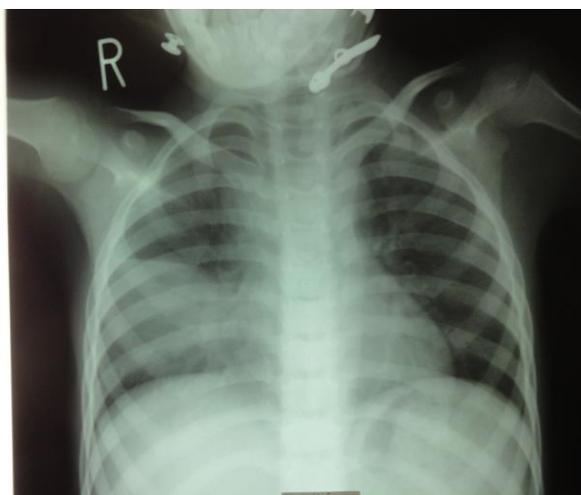
3. 周産期、発達歴

在胎 37 週、体重 3046g、仮死を認めず出生。生後 10 ヶ月時に座位がとれず、運動発達遅滞を主訴に当院小児科を受診した。1 歳 2 ヶ月時にけいれん発作が出現し、抗てんかん薬を開始した。6 歳時に歩行可能となるも、不安定で転倒がみられ、有意語を認めなかった。日常生活動作の自立を目的に摂食訓練を行い、スプーンを使用した経口摂取が可能となり、きざみ食を経口摂取していた。

4. 現病歴、経過

咳嗽など風邪症状を認めず、37-38°C程度の微熱が続き、当院で抗生物質投与など加療をするも 10 日間解熱せず (CRP4.4 mg/dL、WBC19000/ μ L、Hb10.0g/dL、赤沈 96mm/h)、10 病日に A 病院に精査加療目的に紹介転院とした。

入院時、胸部レ線上、右中下肺野に肺炎像を認めた。

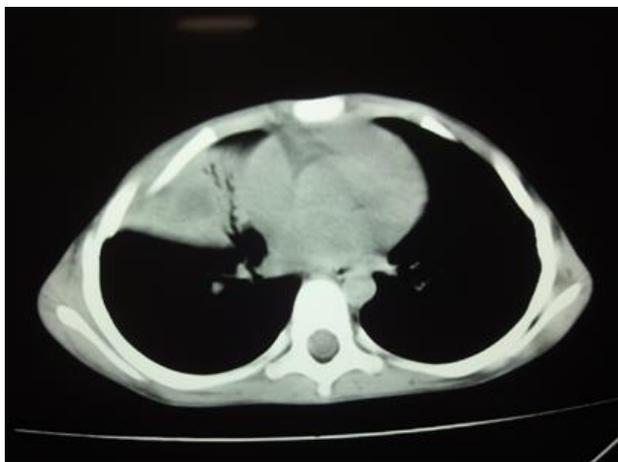


ABPC に引き続き MINO の抗生剤点滴治療にて解熱した。胸部レ線像の改善はみられなかったものの、食欲など全身状態はよく、付添いの継続が困難

であり、15 病日に退院となり、当院での外来加療となった。

入院時、咽頭培養は、*Haemophilus influenzae* (2+) : ABPC R (8)、MINO S (0.50) が検出され、血清学的免疫検査は、IgA 203mg/dL、IgG 1590mg/dL、IgM 203mg/dL、C3 179mg/dL、C4 33mg/dL、CH 50 51.2u/ml であった。

退院後に発熱がみられ、当院外来での胸部レ線でも改善がみられず、投薬処方を受けながら、再度の入院加療を勧めていたところ、33 病日に血性痰を認め、B 病院に紹介転院となった。入院後、多量の咯血を認め、Hb7.6mg/dL まで低下し、耳鼻咽喉科での内視鏡的検査において鼻咽腔、喉頭には出血はなく、消化管腹腔鏡下にも出血を認めず、胸部 CT にて右中葉に無気肺と肺膿瘍を認めた。



入院時、咽頭培養陰性で、起炎菌の同定は出来なかった。CLDM と SBT/ABPC を約 3 週間継続投与され、胸部レ線上の改善もみられ、治療継続目的に、56 病日に当院に転院し、抗生剤点滴を継続し、85 病日に退院した。

退院後、原因として誤嚥の可能性を考え、食形態をきざみ食からとろみをつけたペースト食に変更し、介助者による歯磨きは、継続して 1 日 3 回食後に行われていた。

しかし、5 年後、高熱、咳嗽を認め、胸部レ線にて同部位に肺炎像を認めた。

CRP10.6mg/dL、WBC18200/ μ L、Hb10.0g/dL と炎症も強く、肺膿瘍の再発の可能性を考え、B 病院に紹介転院となった。抗生剤にて加療後、胸部 CT で気管支拡張像と S8 領域の嚢胞を認め、同部位での感染を繰り返したため、C 病院で胸腔鏡下手術(右中葉全切除、右下葉部分切除)を施行された。

手術 1 年後に再び高熱、咳嗽を認め、当院小児科を受診し、胸部レ線右上肺炎像を認めた。



CRP9.2mg/dL、WBC25900/dL と血液検査上も炎症が強く、肺膿瘍の再発を考え、B 病院に紹介転院。

胸部 CT 上、右中肺野に環状陰影を認め、肺膿瘍と診断され、抗生剤にて加療を受けた。

その後、3 年が経過した時点で肺膿瘍の再発は認めなかった。

5. 考察

保存的加療のみでは治癒せず、手術後も再発がみられた肺膿瘍の1例を経験した。誤嚥性肺炎は、臥位の姿勢が多い重症心身障害児者では、下肺側、特に側弯を伴う場合には心臓背側の病変が多いと報告されている。

症例は、不安定ながら独歩が可能で、幼児期に日常生活動作の自立を目的に、摂食訓練を行い、スプーンなど道具を使用した経口摂取が可能であった。介助者により歯磨きは、1日3回食後に行われていた。

しかし、食事は前傾姿勢になる事が多く、食事の時の正しい姿勢保持は困難で、一口量の調節も困難であった。食形態の変更など環境調整や、易感染性を認める事による感染症への注意喚起、介助者による歯磨きも食後に行われており、発症を完全に予防する事は困難であったと考えるが、嚥下造影検査などによる摂食嚥下評価、評価に基づく摂食指導とともに、定期的な歯科通院や口腔ケアの指導を受ける事により上気道の衛生環境を高め、不顕性誤嚥継続による炎症や再発に対する予防の可能性につながると考えられた。その上で再発が見られる場合は、経管栄養の検討も必要であるかと考えられた。

今後、当センター子ども支援施設、療養介護施設の入所児者の方だけではなく、外来に通院されている重症心身障害児者の方に対しても、食形態や摂食嚥下状態、口腔ケアなど日常生活の状態に注意しながら、御家族とともに、学校や施設など関係諸機関への積極的な予防の啓蒙が重要であると考えられた。

【参考文献】

- 1、金子芳洋 監修、尾本和彦 編：障害児者の摂食・嚥下・呼吸リハビリテーション。医師薬出版株式会社,2005.
- 2、杉洋子：保存的治療で治癒できなかった肺膿瘍の一例。日本重症心身障害学会誌 34：266,2009.
- 3、高橋秀美 監修、問川博之 編：小児リハビリテーション評価マニュアル。診断と治療社,2015.
- 4、江草安彦 監修：重症心身障害療育マニュアル。医師薬出版株式会社,2007.
- 5、日本小児神経学会社会活動委員会：新版医療的ケア研修テキスト。クリエイツかもがわ,2012.