

急性咽頭・扁桃炎に対する重症度分類に基づく治療

旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室教授 原淵保明



わが国では、これまで急性咽頭・扁桃炎に対する明確な診療指針は確立されていませんでした。しかし近年、急性咽頭・扁桃炎の起炎微生物、スコアリングを用いた重症度の判定法、重症度別の治療法に関連したエビデンスを蓄積してきました。そこで、わが国で実施された多施設共同研究の結果を踏まえ、急性咽頭・扁桃炎の治療の進め方を提示します。



ウイルス性では多彩な粘膜病変が鑑別の鍵

急性咽頭・扁桃炎の起炎微生物として各種ウイルスおよび各種細菌が挙げられます。ウイルス性については、小児のウイルス性扁桃炎ではおもな原因ウイルスとしてアデノウイルス、エプスタイン・バーウイルス(EBV)が挙げられ、なかでもアデノウイルスが全体の20~40%を占めると言われています。一方、細菌性では、A群β溶連菌(group A β-hemolytic Streptococcus; GABHS)、B群および非A非B群を含めたβ溶連菌が10~20%を占め、インフルエンザ菌、肺炎球菌、黄色ブドウ球菌、嫌気性菌も検出されます。

感冒(ウイルス性上気道炎)との鑑別は、咳、水性鼻漏を伴うことが多いため、比較的容易です。しかし、アデノウイルス、エンテロウイルス群、単純ヘルペス、伝染性単核症では、いずれも陰窩性咽頭・扁桃炎、偽膜性咽頭・扁桃炎の様相を呈し、肉眼所見からでは細菌性咽頭・扁桃炎との鑑別が困難な場合もあります。しかし、これらのウイルス性咽頭・扁桃炎では、①軟口蓋の点状出血、出血斑②咽頭粘膜のびらん、アフタ③歯肉炎、口唇炎—など細菌性咽頭・扁桃炎に比べて多彩な粘膜病変が見られ、これらの局所所見が鑑別の参考になります。なお、確定診断には細菌検査、ウイルス検査、血液検査が必要です。

日常生活の困難度、咽頭痛・嚥下痛、発熱を重症度スコアで評価

急性咽頭・扁桃炎患者が訴える症状として最も多いのは咽頭痛、嚥下痛です。初発症状として唾液を飲み込んだときの嚥下痛から始まり、咽頭・扁桃の炎症が強まると、安静時にも咽頭痛を来し、また微熱から高熱を来し、咽頭痛や発熱に伴って学校や仕事などの日常生活が困難になってきます。そこで、①日常生活の困難度②咽頭痛・嚥下痛③発熱—を問診し、重症度スコア(表)の各評価項目を合計して判定します。

わが国の耳鼻咽喉科20施設、内科5施設、小児科5施設の計30施設において急性咽頭・扁桃炎成人症例108例を対象に、初診時の重症度スコアにより定まった治療を行い、重

症度スコアの有用性を検討したところ、同スコアは白血球数、C反応性蛋白(CRP)、体温、日本化学療法学会の感染症重症度といずれも高い相関が認められました。

β溶連菌検出例では重症例が多く、治療も遷延化しやすい

多施設共同研究において、急性咽頭・扁桃炎症例181例(男性100例、女性81例、平均年齢16~79歳)を重症度別に分類したところ、軽症群は27例(14.9%)、中等症群は101例(55.8%)、重症群は53例(29.3%)でした。

軽症群を抗菌薬投与群、非ステロイド抗炎症薬(NSAID)単独群、薬剤非投与群の3群に分け、再診時で重症度スコアの低下を検討した結果、3群間に有意差は認められませんでした。抗菌薬を非投与症例を細菌検出群と非検出群の2群に分けて検討したところ、両群の重症度スコアに有意差は認められませんでした。これらの結果から、軽症例には抗菌薬は不要と考えられます。

また、β溶連菌検出群と非検出群に分け、両群の初診時における症状スコア、咽頭・扁桃スコア、重症度スコアを検討した結果、β溶連菌検出群ではいずれのスコアも有意な高値を示し、治療開始3~5日後の症状スコア、重症度スコアも有意に高いとの結果が得られました。

この結果は、β溶連菌検出例では重症例が多く、治療も遷延化しやすいことを示唆しています。細菌検査の結果が判明するまでに通常2~3日程度を要するため、GABHS迅速抗原検査検査を利用し、軽症例のうちGABHS迅速抗原検査陽性例には中等症に準じた治療を行うことが望ましいと考えられます。

今回の検討において、各種抗菌薬の有効性(初診時と比較した再診時の重症度スコアの減少率から算出)を検討したところ、アモキシシリン(AMPC)は69.3%、セフカペンピボキシル(CFPN-PI)が79.6%、セフトロキシムプロキセチル(CPDx-PR)が66.9%、レボフロキサシン(LVFX)が71.2%で、薬剤間に有意差は認められませんでした。GABHSはAMPCに感受性が高く、現在のところAMPCの耐性化が進んでいないことに加え、咽頭・扁桃炎では肺炎球菌、インフルエンザ菌であっても耐性率

が低いこと、医療経済学的観点からも、中等症例ではAMPCが第一選択となりうると考えられます。

一方、重症例における重症度スコアの減少率を検討したところ、CFPN-PIは65.6%、LVFXは65.3%、セフトリアキソン(CTRX)は64.6%、AMPCは56.9%、フロモキシセフ(FMOX)は40.6%で、CFPN-PI、LVFX、CTRXはFMOXと比べて有意に重症度スコアの減少率が高いとの結果が得られました。また、LVFXとCFPN-PIは、静注薬であるCTRXと同等の有効性を示しました。

診療フローチャートを作成

以上の結果を踏まえて作成した急性咽頭・扁桃炎診療のフローチャートを提示します(図)。

中等症(スコア4~8)以上から抗菌薬を投与します。AMPC(成人1,000~1,500mg分2~3)を第一選択とし、β-ラクタマーゼ産生菌の重複感染も考慮して、セフェム系薬や複合ペニシリン系薬も適応となります。なお、ペニシリンアレルギーの場合には、マクロライド系薬が第一選択となりますが、近年、マクロライド耐性菌が出現していることを念頭に置く必要があります。

重症例(スコア9~12)では、ニューキノロン系薬、セフトロピボキシル(CDTR-PI)、CFPN-PIなどの

経口第3世代セフェム系薬が候補として挙げられます。重症で、かつ頸部リンパ節腫脹や脱水などの全身症状、血液生化学検査で白血球数1万5,000以上、CRP10mg/dL以上が認められる症例、日常生活が困難な症例に対しては、半減期が長いCTRXなどを用いた外来での抗菌薬静注療法(outpatient parenteral antimicrobial therapy: OPAT)を行います。さらに、経口摂取困難な症例には入院での抗菌薬静注療法を考慮します。なお、注射薬としてはペニシリン系薬、セフェム系薬、さらに嫌気性菌を考慮してクリンダマイシン(CLDM)が適応となります。

以上の重症度スコアに応じた薬剤を3~5日間投与し、再診時に重症度スコアが0~1であれば、治療と判定して治療を打ち切ります。一方、重症度スコアが改善した場合には同じ薬剤を3~4日間追加投与し、スコアの不変または悪化例には1ランク上の治療を行います。特に、抗菌薬に反応しない難治例ではEBウイルスや単純ヘルペスなどによるウイルス性咽頭・扁桃炎を考慮します。

参考文献

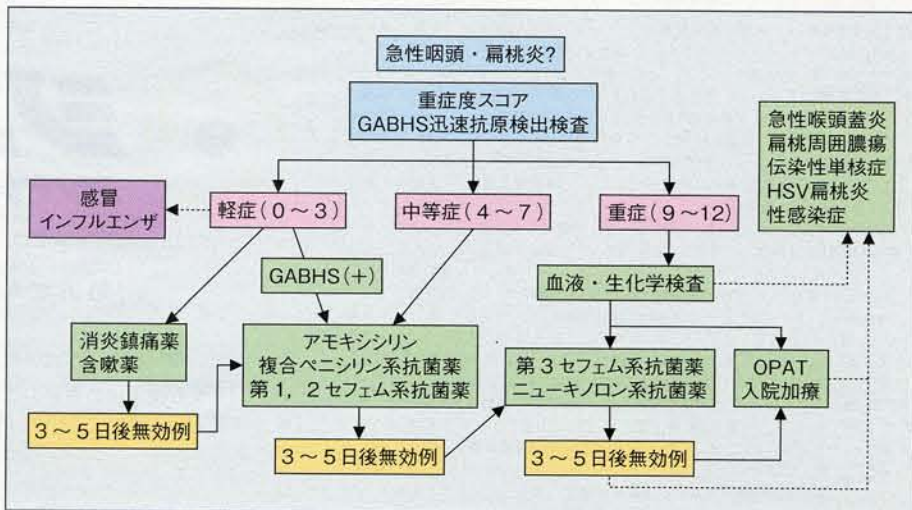
山中昇編著:咽頭・扁桃炎のマネジメント, 医薬ジャーナル社, 2009.

〈表〉重症度スコア

成人例		0点	1点	2点
症状スコア	日常生活の困難度	さほど支障なし	支障はあるが、 休むほどではない	仕事、学校を休む
	咽頭痛・嚥下痛	違和感または軽度	中等度	摂食困難なほど痛い
	発熱	37.5℃未満	37.5~38.5℃	38.6℃以上
咽頭・扁桃スコア	咽頭粘膜の発赤・腫脹	発赤のみ	中等度	高度に発赤・腫脹
	扁桃の発赤・腫脹	発赤のみ	中等度	高度に発赤・腫脹
	扁桃の膿栓	なし	扁桃に散見	扁桃全体
小児例		0点	1点	2点
症状スコア	不機嫌、活動性の低下	なし	軽度(活動性が鈍る)	高度(常時、 ぐったりしている)
	咽頭痛による摂食量の低下	なし	軽度(固形物は食べない)	高度(ほとんど食べない)
	発熱	37.5℃未満	37.5~38.5℃	38.6℃以上
咽頭・扁桃スコア		成人と同様		

軽症:合計スコア0~3, 中等度:合計スコア4~8, 重症:合計スコア9~12

〈図〉急性咽頭・扁桃炎診療のフローチャート



(表、図とも原淵保明氏提供)