

S III-1-追加

分子レベルからみたALIとARDSの概念の整理
臨床の立場から追加発言

熊本大学医学部 救急部・集中治療部

岡元和文

重症呼吸不全の死亡率は高い。FI_O₂ 1.0でA-aDO₂ > 450の186例の検討では93例(50%)が死亡し、83例(89%)はMOFで死亡した。患者の救命率を向上させるためには、新たな臨床的立場からの戦略が必要である。

1. ARDSは同一症候群か

ARDSとは、種々の原因に関わらず過剰な炎症反応などに伴って起こる肺の一樣な変化と定義される。しかし、動物実験では、肺炎などの肺内性因子による肺の直接傷害は肺胞浮腫、肺胞内フィブリンや白血球集積を主とするのに対して、肺外性因子による肺の間接的傷害では肺間質浮腫や細小血管のうっ血を主とするように病理像は異なる。

1998年、Gattinoniらは、ARDSを肺性ARDS(肺炎などの肺病変によるARDS)と肺外性ARDS(敗血症などの肺外因子によるARDS)に区別して呼吸力学的な差を検討した。PEEPを0~15cm H₂Oに変化させると肺性ARDSでは総呼吸エラスタンスと肺エラスタンスは上昇したが、肺外性ARDSは総呼吸エラスタンスと肺エラスタンスは低下した。肺性ARDSと肺外性ARDSでは若干の差があることを示す。

誤嚥性肺炎、溺水、気道熱傷、外

傷性ARDS、ウイルス肺炎などの直接傷害によるARDSと敗血症や膵炎などの間接傷害によるARDS、それぞれ、病態および予後は異なる。別々に区別して検討するべきでないか。

2. 敗血症時に、何故、ある症例はショックを発症し、ある症例はARDSを発症するのか

ところで敗血症が起こるとある症例はARDSを発症し、ある症例はARDSを発症しないのは何故だろうか。

最近、Welty-Wolf KEらは、生きた大腸菌を静注するとショックが生じるが、生きた大腸菌を静注する12時間前に熱処理して殺した大腸菌(priming)を静注しておくこととARDSが発症することを明らかにしている。敗血症におけるプライミングは何を意味するのか、プライミングするべきか否か、この鍵が解けたら、敗血症性ARDSの本体に迫れるのではないか。