

## G-15 鈍的外傷による右主気管支完全断裂の一症例

愛知医科大学麻酔・救急医学  
高度救命救急センター\*

坪井 博, 井上保介\*, 岩田 健\*, 堀場 清, 明石 学, 小松 徹, 野口 宏\*

胸部鈍的外傷の中でも、気管、気管支完全断裂はその症状発現の早さと重篤性から早期の診断、処置が不可欠であり、予後を左右する。今回我々は交通事故により右主気管支完全断裂を呈した症例を経験し、救命できたので報告する。

【症例】18歳, 男性, 身長170cm, 体重65kg

既往歴は特記事項なし

現病歴：平成11年2月27日午後7時頃、バイクを運転中に乗用車と衝突し、近傍の二次病院へ搬送された。胸部X線、CT所見上、右気胸、右肺挫傷と診断され右胸腔ドレーンを挿入するが十分な右肺の含気が得られず、気管内挿管下気管支鏡（BFS）を施行したところ右主気管支入口部に粘膜の剝離、閉塞、出血所見がみられた為、右主気管支損傷を疑い当院救命救急センターへ搬送されてきた。ICU入室時現症は、鎮静薬投与下で皮下気腫はなく補助呼吸で右呼吸音は減弱していた。気管内挿管チューブをBFS観察下にsingle lumen tubeよりdouble lumen tube（Bronch cath 37Fr Lt用）に入れ替え、換気は左肺のみとした。BFS所見は気管分枝部より右主気管支1～2cm末梢側に粘膜の剝離、閉塞、及び出血であった。入室直後の検査データ所見では肝酵素、白血球の上昇、高炭酸ガス血症、著明な低酸素血症が認められた。緊急開胸手術を施行したところ、右主気管支完全断裂と診断され、直接断端吻合術を行った。術後呼吸管理は、左肺に対してはVCV、右肺に対しては吻合部のair leak防止にCPAPバッグを用いた持続陽圧法、更にPCVを行った。右上葉からの出血が続くために再開胸術を施行し、右上葉切除を行った。第4病日にはsingle lumen tubeに変更しPSVとし、第6病日に気管内チューブを抜去することが出来た。

【考察】胸部鈍的外傷による気管・気管支損傷は左右差無く気管分枝部より2cm以内に起こり易いと言われている。初期症状は呼吸困難、血痰、血気胸、

皮下気腫、縦隔気腫、等が見られるのが一般的であり、受傷部位と程度によりその症状は異なるが、peribronchial sheath損傷の有無により症状は2群に大別される。気管支軟骨のみ断裂し、peribronchial sheathにより管腔が保たれている不完全断裂状態であれば、比較的安定した呼吸が保持される。ところがperibronchial sheathが損傷された完全断裂状態では高度の気胸が見られる。また胸腔ドレナージによっても無気肺の改善のない場合には、気管支損傷を念頭においた治療を進めなければならない。本症例においても、胸部X線、CT所見から気胸に対して胸腔ドレーン挿入にも関わらず右肺の含気が得られず、気管支鏡所見から右主気管支損傷の疑いで、直ちに気管内挿管下に当院紹介、救急搬送された事は賢明な処置であったと思われる。ICU収容後、再度の気管支鏡で右主気管支粘膜の剝離、閉塞、出血を確認し、緊急気管支形成術を施行した。以後、気道内圧上昇を極力避けるよう分離肺換気、PCVを行い、出血が治まってからは持続鎮静を終了し、創部痛予防に持続硬膜外麻酔を施行しながら、PSVモードの人工呼吸から離脱を行った。

術後の合併症として縫合不全、肺炎があり、注意深い経過観察が必要である。また外傷による他の臓器障害への進展、有無の観察を見逃してはならない事は言うまでもない。

【結語】

- 1) 胸部鈍的外傷により右主気管支断裂を来した症例を経験した。
- 2) 診断は気管支鏡検査により可能であった。
- 3) 呼吸管理は分離肺換気、PCV、PSV等、気道内圧上昇を避ける換気法を行い人工呼吸器から離脱出来た。
- 4) 早期診断、早期気管支形成術及び上葉切除術により合併症を呈することなく救命出来た。