

D-33 重症筋無力症の拡大胸腺摘出術前後に NPPV を用いて有用であった 1 例

熊本大学医学部附属病院 救急部・集中治療部、
 熊本大学医学部麻酔科*、救急医学講座**
 久木田一朗、清井起鵬、濱口正道、本山 剛、
 岡元和文*、木下順弘**

重症筋無力症 (MG) に対する拡大胸腺摘出術後の呼吸管理は、軽症では手術場で抜管まで可能であるが、重症例は呼吸管理を必要とする場合もある。非侵襲的陽圧換気法 (NPPV) への移行を前提に、通常の人工呼吸から早期離脱抜管を行った症例を経験したので報告する。

【症例】症例は 44 歳、女性。1.5 ヶ月前から複視を自覚、その後筋力低下、息苦しさも自覚し、眼瞼下垂も出現した。テンシロンテスト陽性、抗アセチルコリンレセプター抗体陽性で Osseman III 型の MG と診断され、発症から約 1 ヶ月後、当院に転院となった。

入院後 MG に対し内服治療、免疫吸着を開始し、呼吸苦に対し BiPAP を開始した。また胸部 X 線写真、CT 上、肺野に異常陰影があり、非定型抗酸菌症が疑われ、リファンピシンなどの内服治療が開始された。その後呼吸管理、免疫吸着目的で ICU 入室となった。NPPV は、BiPAP S/T30 にて IPAP 4cmH₂O, EPAP 1cm H₂O, O₂ 2 l/min の条件で開始した。免疫吸着療法を 2 回施行後、拡大胸腺摘出術を行った。術後 1 日目、酸素化良好で、呼吸予備力は、MV 5.3 l/min, VT 400 ml, VC 650 ml とほぼ良好であったため、人工呼吸器より離脱抜管し、BiPAP を装着した。術後 2 日目 MG の症状と思われる努力呼吸、SpO₂ 低下、呼吸音の減弱がみられ、機種を BiPAP S/T30 から vision に変更した。症状はさらにク

度に応じて IPAP を毎日 6, 8, 10 cmH₂O と強め、さらに免疫吸着療法の再施行、塩化アンペノニウム内服、ステロイド療法の開始にて非挿管のまま呼吸管理を行うことができた。肺炎などの合併症もなく、状態は安定し、食事の経口摂取も可能となり、術後 12 日目に BiPAP S/T30 装着にて一般病棟に退室した。

ICU 退室後 6 日目より BiPAP を間欠的にはずすようにして BiPAP からの weaning を行い 1 ヶ月と 10 日で BiPAP から離脱した。

【考察および結語】本例は急性重症型の MG で術前から呼吸管理を必要とし、信州大学のスコアでも 13 点と術後は人工呼吸を要することが考えられた。しかし、本例は術前に NPPV を施行して患者が NPPV に慣れていたことから、積極的に NPPV を用いて早期抜管を試みた。クリーゼ様症状出現時には NPPV でも FiO₂ の設定、一回換気量等がモニターできる BiPAP vision を用い、慎重な呼吸状態の把握が必要であった。本例は嚥下障害、気道分泌増加がさほど強くなく、患者の慣れもあって非挿管による呼吸管理ができた。本例は術後も 1 ヶ月以上 NPPV が必要であった。このような例に長期気管内挿管を行って呼吸管理をすると ventilator-associated pneumonia (VAP) の合併の危険も増す。本例は、肺炎の合併は起こさず離脱に成功した。MG の術後呼吸管理に術前からの NPPV の施行、早期抜管、術後 NPPV への移行が有効であった。