

## F-44 タコツボ型心筋症と食道ステントによる気管狭窄患者の呼吸管理

愛知医科大学附属病院救急救命科<sup>1)</sup>、  
愛知医科大学附属病院呼吸器科アレルギー内科<sup>2)</sup>

青木 瑠璃<sup>1)</sup>、三木 靖雄<sup>2)</sup>、井上 保介<sup>1)</sup>、山本 康裕<sup>1)</sup>、中川 隆<sup>1)</sup>、  
野口 宏<sup>1)</sup>、森下 宗彦<sup>2)</sup>

今回我々は、肺癌に対する放射線療法による食道狭窄に食道ステント挿入後、呼吸困難を来し人工呼吸管理を必要とした症例を経験した。呼吸負荷によりタコツボ型心筋症を併発したため心機能の回復をまち、食道ステントを抜去するも呼吸器からの離脱が困難であった。気管・気管支ステント挿入後に気管チューブの位置など人工呼吸管理において難渋した症例を報告する。

## 症例

70歳 女性

H9 肺癌に対して右中下葉切除術施行。今年 1 月 肺縦隔部に対する放射線療法目的に入院

固形物の摂取が不可であったため食道ステント挿入となった。

3 月 12 日 食道狭窄に対して、食道ステント挿入施行 翌日軽度の体動にて呼吸苦出現、心エコーにて左心室の壁運動の低下、胸部 X-P にて肺鬱血あり。低酸素血症・高二酸化炭素血症・タコツボ型心筋症を認め、全身管理目的に ICU 入室した。

## ICU 入室までの経過

食道ステント挿入翌日、軽度の体動で呼吸困難が出現した。

呼吸困難の訴えとともに心電図上 ST 変化あり、心エコー上駆出率 10%弱にまで低下した。

ICU 入室後当院循環器内科により緊急 CAG 施行され、タコツボ型心筋症と診断された。

## ICU 入室後の経過

ICU 入室時の心係数は 2.0l/min/m<sup>2</sup>であった。カテコラミン等の投与により ICU 5 病日に心エコーにて壁運動は改善、心係数は 3.4l/min/m<sup>2</sup>まで上昇した。そのため、ICU 6 病日に食道ステント抜去を施行となった。食道ステント抜去前の気管支ファイバーにて左主気管支の圧迫所見を認めた。

抜去後、一度落ち着いた呼吸が悪化し、ETCO<sub>2</sub>120 まで上昇あり、気管支ファイバー施行したところ気管チューブ先端から気管分岐部まで再度狭窄しており、ほとんどつぶれた状態になっていた。気管チューブを気管分岐部上 2cm まで挿入したところ ETCO<sub>2</sub>低下を認められ、CT 上でも、食道ステント抜去後にステントによる圧迫と考えられた狭窄は改善しなかった。

その後、呼吸器の離脱を試みるも、体動などにより突然一時的な呼吸状態の悪化・換

気不全を繰り返した。気管支ファイバーにて換気不全の原因が気管チューブの先端と気管との狭窄であると判断され、気管チューブの入れ替え等を行なうも同様の症状を認めた。

ICU16 病日に気管・気管支ステントを挿入した。挿入後も突然の一時的な呼吸状態の悪化・換気不全を認めた。

気管支ファイバーにて気管チューブの先端は気管壁でふさがれており、若干チューブを引き気味にすると三日月状の気管腔が見え、その直下に気管ステント最上部が見えてきた。気管ステントが十分に固定されるまで、それ以上奥への気管チューブ挿入は不可能とのことで、ICU21 病日目ラセンチューブに入れ替えた。その後も体位変換時、突然換気不全となり ETCO<sub>2</sub>の上昇も認められた。気管支ファイバーにて肉芽か痰による気管チューブの閉塞を認め、ICU25 病日に抜管した。

抜管後気管支ファイバーにて気管の狭窄は認めるも、肉芽による閉塞は無く、ETCO<sub>2</sub>も低下し、呼吸状態良好となり ICU27 病日目軽快退室となった。

## 考察

1) 気管狭窄による呼吸負荷がストレスとなりタコツボ型心筋症を併発したと考えられる。

2) 心機能の回復を待ってから、食道ステント抜去を行わざるを得なかった。

3) 食道ステント抜去後も、ステントの圧迫によると思われた狭窄は改善されなかった。

4) 気管チューブによる気管ステントの位置異常を起こさない様に気管チューブの位置を変えたが、先端が気管壁にあたり、閉塞を起こさせていた可能性が示唆された。

5) 食道ステント挿入後の気管の圧迫・心不全の併発、気管支ステント挿入後の気管チューブの位置など人工呼吸管理において難渋した。

## 結語

1) 今回我々は、食道ステント留置により気管狭窄を来した症例を経験した。

2) 食道と気管は隣接する臓器であり、食道への操作が呼吸管理にも影響することを考慮しなければならない