

B-2-63 人工呼吸器からの離脱に疼痛治療が有効であった 頸椎損傷患者の1症例

宮崎大学附属病院集中治療部

丸田豊明、丸田 望、三浦弘樹、松岡博史、白阪哲朗、濱川俊朗、高崎眞弓

症例

患者:72歳、男性、165cm、41kg。

既往歴:肺気腫、慢性C型肝炎。

現病歴:飲酒後に2階から転落し、第4,5頸椎脱臼骨折でC5レベル以下の完全麻痺になり入院した。2日後に気管挿管した。1か月後に頸椎前方固定術を施行した。2週間ICUで呼吸管理したが、人工呼吸器から離脱できなかった。気管切開を施行した後、ICUを退室して一般病棟に移動した。病棟でも1年間離脱できなかった。そこで、ICUのスタッフを交えて再び離脱を進めることになった。

経過:

人工呼吸器の設定はFiO₂ 0.35, SIMV6回/分, PS 8 cmH₂O, PEEP 8 cmH₂Oで管理されていた。これをPS 14 cmH₂O, PEEP 4 cmH₂Oに変更し、1日3回、20分間、PSを10 cmH₂Oに下げて離脱を進めた。11日目にPS 10cmH₂Oの時間を20分から1時間に延長した。15日目には日中、PS 10 cmH₂Oを持続することができ、25日目には24時間、PS 10 cmH₂Oを持続できるようになった。このようなon-off法でPSを下げていき、2か月後にCPAPとなり、6か月後に呼吸器から離脱できた。

疼痛の評価は、全く痛みのない状態を0、最大の痛みを10とするvisual analogue scale(VAS)で行った。頸部、全身、気切部

の痛みがすべて10であった。特に頸部の痛みは脊髄損傷部位であるC4,5領域の焼けるような不快な痛みで、さらに触れただけで痛みが増強するという典型的な求心路遮断性疼痛症候群であった。疼痛治療は、以前までは疼痛時にジクロフェナク坐薬25 mgの指示であったが、ブプレノルフィン坐薬0.2 mgを定時に1日2回に変更し、アミトリプチリン25 mgの投与を開始した。13日目に、メキシレチン50mg、1日3回の投与を開始した。15日目に、ブプレノルフィン坐薬を3回から2回に減量した。VASは頸部が7、全身が10、気切部が8となり、呼吸理学療法を徐々に行えるようになった。最終的にブプレノルフィン坐薬(0.2mg)を1日2回、アミトリプチリン(10mg)を1日1回(夕)、メキシレチン(50mg)を1日3回という処方になった。8か月後のVASはすべて5となった。

考察:

離脱を困難にした要因には、肺気腫の既往、脊髄損傷に伴う神経因性疼痛とこの疼痛により呼吸理学療法を十分に行えなかったことがある。離脱が成功した要因には、積極的に疼痛治療を行ったこと、横隔膜の強化を中心とした呼吸理学療法を行ったこと、各分野において専門の科の医師や看護師と連携して治療を進めたことが挙げられる。