

## C- I -22 当院で経験した敗血症後 Critical Illness Polyneuropathy (CIP) の2例

大阪府済生会吹田病院 ICU<sup>1</sup>、呼吸器内科<sup>2</sup>、神経内科<sup>3</sup>

小林 敦子<sup>1</sup>、金光 理佐<sup>1</sup>、中村 孝人<sup>2</sup>、田上 宗芳<sup>3</sup>、長 澄人<sup>2</sup>

敗血症の治療中CIPを発症し、呼吸離脱に難渋した患者を1例、四肢麻痺を発症した重症例を1例経験した。症例1は64歳男性。糖尿病性腎症で維持透析中であった。ASOによる下肢壊疽で敗血症となり、全身麻酔下に下肢切断術を施行。抜管後ICUに入室したが、同日夜間呼吸不全で再挿管、人工呼吸管理となった。自発呼吸が小さく、人工呼吸器からの離脱が困難であったため、CIPを疑い、誘発筋電図を施行したところ、MAP (motor action potential) とSNP (sensory nerve action potential) の低下を認め、CIPと診断された。症例2は69歳男性。喘息重積発作にてICUへ入室後挿管、呼吸管理。メチルプレドニゾロン1g計3日のステロイドパルス療法を施行した。呼吸管理に難渋したため、ベクロニウムを使用し、ブロンコファイバー下に連日気管支洗浄を行ったところ、喘息は軽快した。8病日に気管切開施行。このとき血便が出現し、胃内視鏡で十二指腸下行脚に潰瘍を認めた。その後鎮静薬を切り、呼吸器離脱を図るも意識清明にも関わらず、呼吸器離脱困難を呈した。このとき四肢麻痺に気づき、9病日頭部CTを施行するも特に異常は無かった。表在知覚に異常は無く、腱反射は低下していた。12病日十二指腸穿孔によるフリーエアーを認め、汎発性腹膜炎と診断した。14病日全身麻酔下に緊急手術施行。その後16病日筋電図施行し、MAPとSNPの低下を認め、CIPと診断された。18病日にはS状結腸から直腸にも潰瘍性病変を見

つけた。その病変からの大量出血から出血性ショックに至り、24病日永眠された。CIPは1984年にBoltonらが提唱してから世界各国で報告がなされているが、本邦での報告は未だ少ない。CIPはSIRSに罹患した患者に生じる運動神経優位の軸索傷害による多発神経障害と考えられている。発症機序としてはSIRSによる循環不全が血管の透過性を亢進させ、神経内膜の浮腫を生じ、その結果神経内膜の虚血に至り、神経の遠位の軸索変性を来すのでは無いかと推測されている。診断基準は1) SIRSの存在があり、2) 人工呼吸器からの離脱困難を生じ、3) 四肢の筋力低下を認め、4) 誘発筋電図上、MAPとSNAPの低下を認め、5) 筋生検では脱神経変化を認めることである。また、CKは正常か軽度上昇に留まることが多い。CIPは比較的新しい疾患概念であり、本邦では診断されずに埋もれている症例が多いことが予想される。治療は今のところ存在しないが、原疾患であるSIRSの軽快と共に徐々に軽快すると考えられている。

MOFに至るようなSIRSが存在する患者で、呼吸器離脱に難渋した際は誘発筋電図を施行し診断する診断する必要がある。常に念頭におくべき疾患であると考えられる。また、鎮静下に置かれた重症患者は意識のみならず、四肢の筋力低下に関しても常に注意を払う必要があると考える。