

C1-01 重症 ARDS の治療

大阪大学医学部附属病院集中治療部

藤野 裕士

ARDS 患者の治療法を評価する上で対象となる患者の重症度は重要である。特に ARDS の診断基準には PEEP を始めとする人工呼吸器設定が含まれていないこと、酸素化能の低下が持続しない患者がいることなどを考慮する必要がある。ARDS の人工呼吸器管理においては低めの一回換気量 ($<10\text{mL/kg}$) またはプラトー圧 ($<30\text{cmH}_2\text{O}$) を基本とする。PEEP の最適決定法はまだ知られておらず我々の施設でも CT 画像から新技術を用いて再分析を行ってはいるが PEEP を上げすぎると肺含気容量は増加しても換気への関与の少ない過膨張領域も増えることがあり注意を要する。15cmH₂O 以上の PEEP を要する場合は肺リクルートメント手技を用いて PEEP への反応性を評価することも有用かもしれない。腹臥位療法は酸素化能は改善するものの予後の改善は証明されていないため、高頻度換気法、一酸化窒素吸入療法と共に rescue therapy と位置づけている。非人工呼吸療法としてはステロイドを始めとする抗炎症療法が中心とな

る。これまで少人数の臨床試験で有効性が報告されても大規模臨床試験で有効と認められた治療法はまだない。Meduri らが晩期 ARDS で少量ステロイド長期投与の有効性を報告して以来、我々の施設でも 5 例に投与を行った。生存率は 80% であったが ARDSnetwork による臨床試験で有効性が証明されなかったことから現在では中止している。ARDS に対してステロイドの投与を考慮するのは敗血症性ショックを合併している場合で、この際は Annane らの投与法にならっている。ARDS に対してこれまで様々の治療法が提唱されて来ているが真にエビデンスが確立されているものはほとんどない。しかし近年の ARDS 患者死亡率低下傾向から考えると実証されていないだけで効果がないとは断言できないのかも知れない。逆に少人数の臨床研究で有効とされた治療法も大規模研究で否定されることがあり日常臨床への適用の際に注意を要する。