

O-53 側方からの気管切開を余儀なくされた 強度の脊柱変形のある頸髄損傷患者の 1 例

帝京大学ちば総合医療センター救急集中治療センター¹⁾

帝京大学ちば総合医療センター耳鼻咽喉科²⁾

千葉県立救急医療センター集中治療科³⁾、国立がんセンター頭頸部外科⁴⁾

福家 伸夫¹⁾、宇野 幸彦¹⁾、長谷 洋和¹⁾、

小津 龍一郎²⁾、藤田 正人³⁾、浅井 昌大⁴⁾

症例は 73 歳男性である。十年ほどの経過で、頸椎が緩徐ではあるが極端に前屈した異状形態（写真 1）となっており、転倒を契機として頸髄損傷をきたし当院に緊急入院となった。急性期は経鼻気管挿管で呼吸管理を行っていたが、最終的に人工呼吸器離脱は困難であり、気管切開が必要であると考えた。しかし極端な頸部の形態異状のため、経皮的アプローチはもとより、通常の正中からの外科的アプローチも不可能であったため、耳鼻科医に依頼して全身麻酔下に右側頸部よりアプローチする気管切開を施行した。

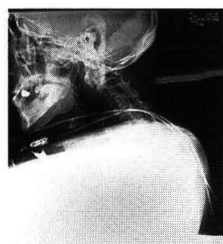
触診では甲状軟骨及び輪状軟骨をかりうじて触知できる状況であった。まず右鎖骨上 2 横指に約 4cm の横切開をおき、ついで広頸筋を切開し胸鎖乳突筋前縁を露出した。甲状軟骨側方を目指して、胸鎖乳突筋を横切開し視野の拡大を行った。前頸筋群の切

断にて輪状軟骨を確認し、輪状軟骨をスキップフックにて上方に牽引すると、気管および甲状腺が露出された。次に気管を露出させるため甲状腺を離断し、これにより第 1-2 気管輪が露出された（写真 2）ので、逆 U 字切開をおき 2-0 絹糸にて皮膚と縫合し、さらにカニューレの脱着を容易にするため周囲の皮膚と気管孔を縫合した。気管カニューレは柔軟性と調節性に富むアジャストフィットTMを用いた。

【結 語】

極端な頸椎変形のため、正中からの気管切開が不可能な患者に側方からのアプローチで気管切開を行った。頸部側方には重要な神経血管が豊富に存在するため、不用意な外科的アプローチは危険であるが、熟練した専門医が行うならば不可能ではない。

写真 1



頸部側面 X-p



頸部 CT (再構築)

写真 2

