

G-20 神経筋疾患を基礎に持つ呼吸不全患者の特徴と予後

横浜市立大学医学部附属病院 集中治療部

松津賢一 大塚将秀 磨田裕 奥村福一郎

【目的】神経筋疾患を基礎に持つ患者は、呼吸不全に陥る頻度が高いと思われるがその予後に関する検討はあまり行われていない。そこで今回我々は、これらの患者の呼吸管理上の特徴と予後を検討した。

【対象と方法】1997年1月から1999年3月の27ヶ月間に、神経筋疾患を基礎にもち呼吸不全のためにICUに入室した症例を対象とした。それぞれの患者について、年齢、性別、基礎疾患、APACHE IIスコア、院内予測死亡率、人工呼吸期間、ICU滞在日数、転帰をretrospectiveに検討した。

【結果】症例は15人、3回入室の患者を含め、延べ18例で、性別は男性13例、女性5例、年齢は22～77歳であった。基礎疾患は、脳炎が最も多く4例、以下ランパートイートン症候群3例、重症筋無力症2例、パーキンソン病2例、他に脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症、痙攣重積、多系統萎縮症、進行性核上麻痺、脳血管炎、慢性炎症性脱髄性ニューロパチーが、1例ずつであった。APACHE IIスコアは6～30点、院内予測死亡率は3～78%、人工呼吸器使用日数は2～55日、ICU滞在日数は2～55日であった。

【考察】院内予測死亡率と転帰を検討すると、症例の多くは入室時の院内予測死亡率と転帰に関連がみられ、予測死亡率が低いほど予後が良い傾向であった。18例のうち、軽快退院は13例で、うち11例の予測死亡率は約3～17%に集中していた。残り2例は、痙攣重積による意識障害とパーキンソン病末期の意識障害で、acute physiology scoreが高く、予測死亡率も高かったが、原疾患に対する薬剤投与により、意識障害が改善した症例であった。不変退院となった2例は、慢性の末梢神経炎に肺炎を合併し、肺炎は改善したものの、呼吸筋力の改善はなく、呼吸器から離脱できずに、気管切開して転院となった1例と、心肺停止蘇生後の症例であった。院内死亡1例は、心肺停止蘇生後で、重篤な脳障害を合併しており、積極的な治療を行わなかった症例であった。ICU死亡は2例で、肛門周囲膿瘍から髄膜炎となり、多臓器不全のため、入室14日目に死亡した症例と脊髄小脳変性症による意識障害で、入室20日後に褥創の感染から敗血症となり、多臓器不全で死亡した症例であった。後者の予測死亡率は9%と低かったが、これは入室前に

病棟で対症療法が十分に行われていたためである。APACHE IIスコアは、意識障害の点数が高く設定されている。神経筋疾患を基礎に持つ患者では意識障害を起こす可能性が高いが、治療に反応して可逆性であることもない。そのため死亡率を過大評価してしまう可能性があると思われた。各患者のICU入室後の経過を呼吸管理を中心に検討すると、対象18例のうち、心肺停止蘇生後の2例と、重症感染症を合併して多臓器不全で死亡した2例を除く14例のうち13例では、呼吸器からの離脱が可能であった。これらの呼吸不全は意識障害による舌根沈下や誤嚥による酸素化障害7例、筋力低下による換気不全7例に分類された。このうち気管切開を施行せずに呼吸器から離脱できたのは意識障害群では5例、筋力低下群では3例であり、これらは原因である意識障害と筋力低下が治療によって改善した症例であった。意識障害群では誤嚥の予防と吸痰による気道のクリアランスが酸素化を改善させたことが大きいと考えられた。筋力低下群では死腔の減少効果が換気の改善に与えた影響が大きいと思われた。

【結語】神経筋疾患を基礎に持つ呼吸不全患者では、人工呼吸器の使用が長期に渡ることが多い。これらの患者の呼吸不全の原因には、意識障害と筋力低下があると考えられた。人工呼吸器離脱には原疾患の改善が重要な因子であったが、改善が見込めないときに、気管切開が有効な場合もあった。