

A-20 腹臥位での人工呼吸が有効だった2症例

屋島総合病院 麻酔科* 外科¹ 神経内科²

(現広島市立安佐市民病院麻酔・集中治療科)*

○宮庄浩司* 石原 晋* 安藤隆史¹ 伊藤典英²

呼吸不全に対して栄養管理、呼吸訓練法、体位変換などの理学的治療が目ざされ実践されているが、腹臥位での換気は患者に接続されたラインの複雑さなどにより敬遠しがちである。今回当施設において、酸素化能の低下の見られた患者2例にたいし腹臥位での陽圧換気をおこなったので報告する。【症例1】74歳男性、急性化膿性胆嚢炎の術後、下血を繰り返し数日間安静臥床していた。しかし下血の持続によりショック状態をきたし止血の為緊急開腹にてS状結腸切除および人工肛門の造設をおこなった。術後胸部レントゲンの所見に比し、酸素化能が改善せず術後3日目に胸部CT施行後、背側の無気肺を認め、外科医の承諾を得て腹臥位にて陽圧換気をおこなった。その結果、施行前100%O₂、PEEP8cmH₂OにてPaO₂103mmHgであったものが体位変換後100%O₂、PEEP8cmH₂OにてPaO₂418mmHgとなり、胸部CTにおいても体位変換後無気肺が改善していた。【症例2】20歳女性、某大学病院にてヒステリーの診断をうけ経過観察中であったが、当院神経精神科に構語障害、嚥下困難を主訴に受診した。ヒステリー発作として鎮静剤投与後呼吸停止に陥り直ちに挿管し人工呼吸をおこなった。100%O₂、PEEP5cmH₂OにてPaO₂176mmHg、胸写上右上葉の無気肺を認めたため、前回と同様腹臥位陽圧換気をおこなってみた。体位変換後100%O₂、PEEP5cmH₂OにてPaO₂340mmHgと上昇した。後日、この患者は数日前より呼吸困難と喀痰排出困難があり当科の検査により重症筋無力症と判明した。

【考察】本症例では症例1は9時間、症例2は6時間の腹臥位を続けたが、今回の症例の様に数日の安静臥床や、咳嗽反射の低下により容易に出現する無気肺は喀痰の排出困難による痰の貯留が原因と考えられる。しかし気管内チュー

ブからの吸痰や従来の軽い体位変換はあまり有効とは考えられず、排痰を目的とした積極的な体位変換の有用性を再認識した。しかし腹臥位換気の注意点として1.体位変換時の血圧の変化 2.気管内チューブの屈曲やライン類の抜去に注意。又今回の症例ではなかったが、腹臥位にして数時間後胃管より出血がみられた症例があり、3.腹臥位そのものが患者のストレスにならない様に注意し、4.長時間の腹臥位の場合顔面、眼瞼の浮腫に留意する。などがあげられる。今回の2症例に関しては症例1では初回の手術後の発熱やベッド上での仰臥位での安静で排痰が困難であったこと。症例2においては重症筋無力症の増悪により咳反射が弱かったことなどから排痰を促すためには結果的には腹臥位換気の良い適応であったと考えられ、今後このような症例には腹臥位での換気は試みてもよい方法と思われる。

【結語】1. 酸素化の改善のみられない2症例に腹臥位での陽圧換気をおこなった。

2. 2症例とも腹臥位施行後、すみやかにPaO₂の上昇をみた。

3. 今回の様に排痰困難な症例にたいしては腹臥位の様な積極的な体位変換の有効性を改めて再認識した。