

## A-24 p H < 7.25の呼吸性アシドーシスを呈した症例の検討

昭和大学藤が丘病院呼吸器内科<sup>1)</sup>・RCU<sup>2)</sup>

金子教宏<sup>1)・2)</sup>、田中一正<sup>1)</sup>、鈴木 一<sup>1)</sup>

慢性呼吸不全の急性増悪期の換気不全に対し、人工呼吸器による換気の補助があれば長期の生存が可能となるが、同時に人工呼吸器の装着と離脱という問題もあり、その対応に苦慮しているのが現状である。そこで今回我々は、pHが7.25未満の呼吸性アシドーシスを呈した症例についてその背景や入院後の経過を調査し、今後の管理法について検討した。但し、心肺蘇生後、終末期疾患、神経・筋疾患は除外した。対象：平成2年から6年までの間に当科で経験したpHが7.25未満の呼吸性アシドーシスを呈した慢性呼吸器疾患19症例。平均年齢は67.5歳。結果転帰は生存11症例、死亡は8症例、基礎疾患は慢性肺気腫や肺結核後遺症が多く、人工呼吸管理は13症例に施行した。在宅酸素療法（以下HOT）は11症例に施行され平均4.4年で、生存5例死亡6例であった。呼吸管理を施行した7例では4例が生存、3例が死亡していた。HOT群で呼吸管理を行わなかったのは、増悪時に人工呼吸器を装着しないというLiving Willが存在した症例であった。HOT未施行群8例では生存が6例、死亡が2例で、人工呼吸管理は7例に行い、6例が生存していた。増悪から入院までの期間は定期通院群13例で平均2.8日、定期通院歴のない6例は、12.8日と10日間の差を認めた。増悪原因は感染症と右心不全の合併と基礎疾患の自然経過が多く7症例ずつで、感染症のみが3例、右心不全のみが2例であった。増悪時の血液ガス所見では、pH・PaCO<sub>2</sub>・APACHE IIスコアで生存群と死亡群では有意差は認めなかった。また、増悪時のAaDO<sub>2</sub>は平均218Torrで19症例中14症例(74%)には著明な酸素化障害は認められず、生存群と死亡群には有意差は認められなかった。呼吸困難の程度をHugh-Jones分類で検討すると、増悪前でIが2例、IIが2例、IIIが7例、IVが6例、Vが2例で、生存した11例では、治療により改善した症例が5例あり、これらは全例通院歴のない症例であった。IIIからIVに悪

化した症例を除き、ADLの低下は認められず、死亡例は増悪前よりIV・Vと高度で、8例中7例が定期通院症例であった。考案：今回の検討でpH7.25未満の呼吸性アシドーシスを呈した症例は、血液ガスデータから酸素化障害を来す症例は少なく、多くは換気不全が病態の中心であると考えられた。また、APACHE IIスコアなども含めて今回の増悪時データから人工呼吸器からの離脱の可否や予後の判定を決定する因子を見出すことは困難であった。しかし、増悪前のADLの低い症例の予後は悪く増悪前の状態を把握することが増悪時のデータより予後判定に役立つ材料になると思われた。慢性呼吸器疾患の既往や呼吸困難がある症例が、呼吸器専門医を受診しチェックを受けられる患者教育システムの必要性を感じた。また、通院歴のない患者は、その後の在宅酸素療法を含め慢性期の管理によりADLの改善できることから患者・家族への啓蒙、開業医を含めた介護医師に対する呼吸不全に関する理解と協力・啓蒙が重要であると思われた。我々は、集中治療室における慢性呼吸不全の急性増悪の集中治療は慢性管理の流れのなかの一つであるという基本理念にそって、慢性期を管理する医師は急性期の集中治療にも目を向けなければならないと考えている。一般に集中治療医が患者を診るのは増悪時が初めてであり、その時点で呼吸管理をするかどうかの判断には困窮することが多く「人工呼吸器の装着と離脱」という問題がでていのもやむおえないと思われた。その点外来通院中の患者の増悪前、安定期の状態を把握している医師は、Living Willなどの問題も経過の中で話し合う時間もありトラブルなく管理できると考えている。今後我々は患者・家族への啓蒙、開業医・医師・コメディカルに対する集中治療医学の教育、さらには呼吸器内科医・集中治療医スタッフの育成、システムの確立などの問題を解決することが必要であると思われた。