

A-51 破傷風の 2 症例

帝京大学医学部附属市原病院 麻酔科集中治療センター

後藤幸子、田中久博、宇野幸彦、福家伸夫、森田茂穂

破傷風に受傷した 2 名の患者に対し、集中治療管理を行い、良い結果を得たので報告する。

症例 1；高血圧の既往のある 69 才女性。1994 年 6 月 5 日、自宅近くの畑で、左母指爪部近くにトゲを刺し、その 10 日目頃から、左上肢のしびれを自覚。2-3 日後に開口障害、痙攣出現。24 時間以内に後弓反張をきたすようになった。受傷後 15 日目の 6 月 20 日当院外来受診。破傷風の疑いにて入院となった。

入院時意識は清明、項部硬直、後弓反張が著明。検査値は、白血球と CPK が高値の他異常値なし。

入院当日よりアンピシリン 3g/day、テタノブリン 4500U/day 投与開始。この日、BGA の急激な悪化があった為、挿管し人工呼吸管理を施行した。痙攣の抑制、鎮静の目的にてジアゼパムの静注を行ったが、長期の集中治療管理が予想されるため翌日よりベントバルビタールの持続静注に変更。入院 10 日目に気管切開施行。経過中、交感神経過緊張による血圧の変動、ベントバルビタールの減量によるテタヌスの再出現等見られたが、次第に改善。ベントバルビタールは、16 日間で完全に切れ、以降はダントロレン 1 日 25mg の経管投与に変更。その後も開口障害、後弓反張が多少認められる為、ジアゼパムの内服を開始した。次第にこれらの症状も改善、第 90 病日目に徒歩にて退院した。

症例 2；生来健康な 42 才男性。1993 年 7 月 18 日、自宅玄関にて転倒、左肘に挫創を負うも放置。受傷後 9 日目に開口障害出現。7 月 29 日近医受診したところ、破傷風疑われ、破トキ筋注後、当院に転送された。入院時、意識は清明、開口不能、痙攣、後弓反張が見られた。発汗はなかった。検査所見では CPK が 265 と高いほか、特に問題なし。

創部をオキシドールで十分洗浄。テタノブリン 4500u/day、PC-G500 万 U/6hr、CTM3g/day の投与を開始した。全身痙攣、後弓反張おこす為、ジアゼパム投与し挿管、人工呼吸管理を施行した。その後ジアゼパム

をネンプタールに変えて鎮静、痙攣の抑制を行った。脈拍、血圧の変動が激しい為、硬膜外カテーテルを T₁₀ より挿入し、メピバカイン 7 ml/hr を持続注入し循環動態を安定化させた。ネンプタールの減量、痙攣の再発、を繰り返していたが、入院後 73 日目の小さな発作を最後に痙攣は止り、8 日目一般病棟に転棟となった。

考察；破傷風は DPT、3 種混合ワクチンの普及に伴い日本で著明に減少してはきたが、昨年 1 年間で 41 名の患者の届け出がでている。

症状は前駆期、onset time、痙攣期、回復期の 4 期に分けることができる。第 2 期の onset time の長短は重症度と関係があり今回の 2 症例のように 24 時間以内の場合は循環動態が不安定になることが多く治療が困難となる。第 2 期までは経過観察のみで良いが、第 3 期になると集中治療管理が必要となってくる。

かつては外来刺激を避けるために、暗室でできるだけ静かに、動かさないようにして治療されていたが、現代では、連続モニターのある明るい集中治療室に患者を置き、痙攣は静脈麻酔薬、筋弛緩薬でコントロールするのが一般的となっている。合併症を防ぐために体位変化、気道内吸引、関節拘縮予防等を十分に行う。重症の破傷風では交感神経過緊張症候群を生じ、脈拍数、血圧のコントロールが困難となる。これに対し硬膜外麻酔を使用しコントロールが容易となった。

結語；1. 重症の破傷風 2 症例に対し、人工呼吸を含む集中治療管理を行い、良い結果を得た。2. 長期の集中治療管理を要するため、合併症の予防が非常に重要となる。3. 交感神経過緊張症候群にたいし硬膜外麻酔は有効と思われた。