

1-C-1 抜管後の過敏な気道反射に対し、 プロポフォールによる鎮静を行った食道癌術後患者

琉球大学医学部麻酔科

伊波 寛、石垣敬子、奥田佳朗

食道癌根治術後には、肺の酸素化のみならず、咳嗽反射等の気道反射も障害されることが多く、呼吸管理を困難にしている。

今回、抜管後に咳嗽反射は回復しているにもかかわらず、喀痰排出が困難なため、過度の咳嗽反射を来し不穏・呼吸困難となった食道癌術後患者に対し、プロポフォール（以下、Prop）による鎮静と頻回の口腔内吸引により再挿管を回避できた症例を経験したので報告する。

患者は、48歳、男性。食道癌術後13日目、循環動態安定、酸素化能・咳嗽反射良好となったため、鎮静目的で持続静注していたPropを停止して、抜管した。抜管後、気管の咳嗽反射は十分で痰の気管からの喀出は出来るが、咽頭・喉頭部からうまく排出できず、口腔内吸引を頻回に行わなければならない状態であった。過度の咳嗽反射と頻回の吸引操作のため呼吸困難、不穏状態となり、酸素分圧低下(119→78mmHg)、頻呼吸(20→40/分)、血圧上昇(120/60→160/80mmHg)、体温上昇(37→38℃)、を来した。その上、非協力的となり吸引操作を拒否したため、喀痰による窒息状態を来し、呼吸困難、不穏はさらに悪化し、再挿管を検討した。

食道癌術後の問題点として酸素化能障害や咳嗽反射障害が上げられ、開腹・開胸操作を同時に行う手術侵襲の大きさ、気管周囲の広範囲リンパ節郭清や術後創部痛などが原因とされる。また、代用食道のため消化経路の変更が生じ、嚥下障害を起こす事も忘れてはならない。

本症例の場合、咳嗽反射は十分であり、咽頭・喉頭部の吸引がうまくできれば再挿管を行わずに済むと考えた。トラヘルパー挿入や気管切開は頸部の手術後のため施行できず、また咽頭・喉頭部の吸引のための経鼻エアウェイ挿入や二重管による持続的

レナージは患者の拒否や自己抜去により困難であった。再挿管に関しては、酸素化能や気管の咳嗽反射の障害がないことと、次に抜管する時に同様な結果になる可能性が大きく、再挿管を回避する方法を検討した。鎮静により過度の咳嗽反射を抑え、経鼻エアウェイ挿入や口腔内吸引を患者の抵抗なく行えるのではないかと考えた。しかし、咳嗽反射の抑制は誤嚥による肺合併症を起し致命的となる危険性があり、過度の鎮静は避けなければならない慎重さを要する。以上のことから、導入・回復が速やかで、段階的に鎮静を調節することが容易なPropを選択し、Ramsayの鎮静スコアのレベル2を目標に投与量を調節した。Propは1.5～2mg/kg/hで、3日間投与し、気管の咳嗽反射を消失させることなく、経鼻エアウェイからの吸引操作に協力的な鎮静を得ることができ再挿管を回避できた。

気道反射の抑制は、重篤な肺合併症を引き起こし時に致命的となるが、過度の気道反射は正常な呼吸運動を傷害しガス交換を悪化させる。呼吸管理において、この両者の調和の重要性を忘れてはならない。