

45 先天性心疾患症例の気道狭窄の検討

国立循環器病センター外科系集中治療科、心臓血管外科*

矢作直樹、公文啓二、杉本久、稻垣喜三、八木原俊克*、山本文雄*、西垣恭一*、
松木修*、上村秀樹*、川口章*、川島康生*

当センターの先天性心疾患症例のうち術前術後に下気道狭窄が疑われた症例について検討した。

[対象] 1991年6月から1992年5月までに当センターで心臓血管手術を施行した7才以下の先天性心疾患272症例のうち術前、術中または術後に気管支鏡または気管支ファイバーを施行し気管・気管支狭窄が確認された症例を対象とした。

[結果] 同時期の患者は11例で、これは全症例の4.0%であった。内訳としては、1)先天性気管・気管支狭窄8例、2)気管支軟化症1例、3)血管による気道の外からの圧迫2例であった。3例で術前より人工呼吸管理を要した。各症例を表1に示す。

1)は2例を除いていずれも術後、気道粘膜の浮腫が改善し、体力の回復をみた後抜管できた。

2)は症例9のみで、保存的に管理し、術後8ヶ月目に座位で抜管した。

3)は術中気管支鏡下に左PDA、主肺動脈のつり上げを施行した。

[考察] 先天性心疾患児の下気道の狭窄の原因としては大別して気管・気管支自体の異常によるものと気管・気管支の外からの圧迫によるものがある。

前者は狭窄部位の程度、長さによる外科的修復の必要性の有無が予後に大きく影響する。今回の結果から、狭窄が気管または左主気管支であればその断面積が1/4~1/6以上、長さ1cm程度以下であれば保存的な呼吸管理でよいと思われる。炎症などの存在する場合、粘膜の性状が正常になるまでは保存的に努力する価値はあると思われる。

一方、気管・気管支の外からの圧迫によるものは、外科的に解除することにより症状が劇的に改善するので、早い時期に判断することが大切である。

表1

病因	患者No.	年齢	体重	診断名	手術	狭窄部位	転帰
1)	1	3M	2.4	Truncus I, PH	Rastelli		人工呼吸中 (8ヶ月間)
	2	1Y2M	8.9	DORV, PS, PDA	r BT shunt	左主気管支	6POD抜管
	3	3Y4M	13	TOF, PA, PDA, PH (bil BT shunt ; C shunt後)	TC	(Tracheal bronchus)	1POD抜管
	4	5M	6.9	TOF, PA, PDA	1BT shunt	気管	21POD抜管
	5	4Y4M	12	TOF, PDA, ASR, PLSVC, RAA TC		Tracheal bronchus	1POD抜管
	6	1Y3M	8.4	CAVC, PH, Down synd. (術後MR)	TC (術後35日目MVR)	右中間支	45POD抜管
	7	3Y	9.6	Ivemark, MA, PA, TGA, (bil BT shunt, ASDcreation後)	Fontan	左上葉支	37POD抜管
	8	2M	3.3	Ivemark, UVH, TGA, CAVC, SAS	Van Praagh re PAB Glenn	右上葉支	人工呼吸中 (8ヶ月間)
2)	9	1Y1M	8	VSD, PDA, PH, 18Trisomy	VSD閉鎖, PDA結紉	右中間支	術後8ヶ月目抜管
	10	3M	4.8	DORV, CoA, PLSVC	TC		
3)	11	1Y8M	7.8	Scimitar, ASD, VSD (PAB, PDA・PAPVC結紉後)	ASD, VSD閉鎖	左主気管支	PDA離断 mPAつり上げ (19日目抜管)