

G-12 ダブルルーメンチューブ挿管が誘因となった重症気管支痙攣の1症例

東京医科歯科大学医学部麻酔蘇生学教室

小板橋康弘、内田篤治郎、中沢弘一、楳田浩史、天羽敬祐

分離肺換気を目的として、ダブルルーメンチューブで挿管した際に、無気肺を伴う重篤な気管支痙攣を起こし、手術を中止したが、ステロイド投与によるコントロールの後、シングルルーメンチューブによる両肺換気にて、無事手術を施行した症例を経験したので、報告する。

【症例】60才・女性。胸腹部大動脈瘤に対して大動脈瘤切除・人工血管置換術が予定された。既往歴には特記すべきものがなかった。15年前に胸部X線上に異常陰影を指摘され、胸腹部大動脈瘤と診断された。前年8月に胸部MRIにて瘤径の拡大を認め、同年10月に、他院にて1回目の手術が試みられた。この際、全身麻酔導入後、左用プロンコキャス 37Fr による挿管が試みられたが、直後に酸素化が悪化し、胸部X線上右上葉無気肺を認めたため、手術が中止となった。同年11月に当院へ転院の後、12月に2回目の手術が試みられたが、再び同様な経過をとり、手術が中止となった。術後、呼吸器内科を受診し、アルデシン 800pg/day 吸入およびテオドール 800mg 内服を開始した。これにより、1ヶ月後に 1 秒率が 62% から 68% へと改善したため、再び手術が予定された。術前 3 日間に経口ステロイド内服（1日目 40mg、2日目 20mg、3日目 10mg）を加え、麻酔導入・維持にハロタンを使用し、さらに分離肺換気をせずに、シングルルーメンチューブによる両肺換気にて管理することとなった。結果として、気管支痙攣縮を起こすことなく、手術を無事施行することができた。なお、術中、肺出血を認め、術後には右上葉無気肺が認められたが、術後第7病日には抜管することができた。

【考察】本症例は、日常的には全く無症状であったが、ダブルルーメンチューブ挿管をきっかけに重篤な気管支痙攣を起こした。約1ヶ月のステロイド投与により 1 秒率に若干の改善を認めた点を考慮すると、末梢気道に炎症があったと考えられる。このような症例において、分離肺換気を避ける、ステロイド投与により末梢気道の炎症を抑える、揮発性吸入麻酔を用いるなどの対処が有効と考えられた。