

G-28 炎症性肉芽による急性気管狭窄をきたした小児の一例

兵庫県立こども病院麻酔科 小児外科*

神戸大学医学部麻酔学教室**

武田朋子 志賀真 西島栄治* 津川力* 尾原秀史**

急激に発症する呼吸困難症例の対処には、適切な判断と処置が要求される。今回、我々は炎症性肉芽による急性気管狭窄を来した小児の一例を経験したので報告する。(症例) 9才男児。出生、発育上特に問題なかったが、大声は出しにくかった。H10年2月より、嘔声が出現し、時折呼吸困難感を自覚していた。H10年夏に耳鼻科受診し、吸入療法開始するも症状の改善は見られず、呼吸困難の頻度は増加していた。H10年12月より感冒に罹患し、誤嚥し呼吸困難増強するため、ほとんど経口摂取できず、近医にて点滴治療を受けていた。12月3日に当院受診。高圧気管撮影にて中部気管狭窄を指摘され、待機的に全身麻酔下気管支鏡検査を行う予定だったが、12月7日突然呼吸困難増強し、救急搬送となった。(来院時所見) 呼吸音は両肺野とも減弱していた。気管支狭窄音はなかった。上部気道に大きな狭窄音が聴取された。呼吸は努力様だった。(処置) 高度呼吸困難の改善のため全身麻酔下緊急気管支鏡検査となった。仰臥位は可能で、マスク換気もある程度可能だったが、筋弛緩薬投与と同時に換気に非常に難渋した。挿管しても換気困難だった。気道はすり鉢状に狭窄し、声門下4cmのところに直径3mm程度を残した全周性の狭窄が見られ、発赤、腫脹した、脆弱な組織だった。気道確保のため、気管切開し、気管切開チューブをステント代わりに留置することとした。肉芽を観察するため、やや大きめに第2-5輪状軟骨の部分で縦切開し、内径5.5mmのチューブを挿入した。狭窄部の病理所見は炎症性肉芽で、腫瘍成分は見られなかった。(術後経過) 自発呼吸を出し、当院における呼吸管理を必要とする患児のための集中治療室であるHCUにて慎重に管理した。呼吸状態は良好だったが、気管内分泌物が多く、頻回の気管内吸引を必要とした。H10年12月15日に一般病棟へ転棟し、同時にスピーチカニューレに入れ替えた。

12月26日に一時退院となった。H11年1月21日に再気管支鏡検査を行った。気管切開部は肉芽が増生していたが鈍的に剥離でき、十分な内腔が保たれていた。軽度線維化が見られ、炎症が鎮静化している状態と思われた。狭窄部より4cm肺側に軽度の狭窄があり、先天性気管狭窄が潜在していたことを示唆したが気道としては十分な内腔があった。以上より抜管可能と考え、段階的に気管切開チューブのサイズを細くしていき、翌日抜管した。以後、特に問題なく外来で経過観察されている。

(考察) 先天性気管狭窄が潜在し、気道の炎症を併発して高度気管狭窄に陥った症例の報告は多いが、ほとんどが新生児期から乳児期の発症で、本症例のように、出生、発育ともに問題なく、比較的大きくなってから発症する例は珍しい。気道確保の方法として、気管内挿管チューブを盲目的に進めることも考えたが、狭窄部が脆弱な組織だったため危険性が高く、また、術後再狭窄のおそれなくなるまでステントとしてチューブをおいておく必要があり、QOLの向上のためにも、気管切開が適切な処置だった。さらにQOLを高めることとなったのは、スピーチカニューレの使用である。これは、気管切開チューブの外側に一方方向弁であるスピーチバルブをつけたもので、発声が可能となる。このため、一時退院している間、通常とほとんど変わらない生活を送ることができた。患者の負担を最小限に押さえ、炎症が鎮静化した後十分に抜管できたと考察する。

(結語) ・炎症性肉芽による急性気管狭窄を来した小児の一例を経験した。

- ・緊急気管切開術を行い、呼吸状態が改善できた。
- ・術後スピーチカニューレを挿入することにより、十分なQOLを保つことができた。
- ・炎症が鎮静化した後、安全に抜管し得た。