

S-II-2 人工呼吸管理中の鎮静のあり方を考える ～重症肺炎の人工呼吸管理中に予期せず脳梗塞を発症した4症例から～

帝京大学 医学部 附属市原病院 救急集中治療センター

藤田正人、長谷洋和、宇野幸彦、富永陽介、福家伸夫

【はじめに】呼吸不全患者の呼吸苦は囁り知れず、人工呼吸管理（以下MV）や腹臥位など治療自体が苦痛を増大させる。苦痛軽減には鎮静が必要だが、臨床所見がマスクされ合併症発見が遅れることがある。自験例であるMV中に脳梗塞を合併した重症肺炎患者4例（持続鎮静中3例、夜間睡眠薬のみ1例）を通して鎮静のあり方に關し考察した。

【症例1】70歳女性。糖尿病と高血圧あり。重症肺炎でICU入室。気管挿管し腹臥位を含めたMVを開始。鎮静はPropofol（以下P）でRamsayスコア（以下RS）3～4としたが、我慢強い言葉とは裏腹で努力呼吸が強く鎮静を深くした。不定期ながら深度調節のためPを中止したが覚醒せずその2日後脳梗塞が判明。肺炎治癒後も意識障害は遷延し4.5ヶ月目に死亡。

【症例2】71歳男性。うつ病、本態性低血圧あり。大腿骨人工骨頭置換術後の誤嚥性肺炎で入室。挿管後RS3～4を目標にPで鎮静しMVでしたが、腹臥位時に涙を流し苦痛を訴えたため鎮静を深くした。P中止後も覚醒せず3日後脳梗塞判明。意識回復ないまま敗血症、多臓器不全で死亡。

【症例3】54歳女性。糖尿病、高血圧あり。重症市中肺炎でICUに入室、挿管しMVとしPで鎮静したが、長期化が予想されmidazolam（以下M）に変更。腹臥位時は苦痛表情のため鎮静を深くした。P中止後も覚醒せず2日後脳梗塞判明。肺炎は治癒したが、皮質盲と不全片麻痺を残しリハビリ目的に転院。

【症例4】67歳男性。高血圧、糖尿病性腎不全保存期にて通院中、膿胸で入院。いったん

軽快も、肺炎と肺水腫のため透析直前に一時心停止、蘇生後入室。意識評価のため鎮静薬なしでMV開始。その後意識回復も傾眠のため持続鎮静はせず、夜間適宜Mを投与したが、数日間M使用ない時期に脳梗塞発症。発症直前の血培でA群溶連菌・表皮ブドウ球菌・腸球菌が検出され敗血症で死亡。

【考察】4例ともWatershed and/or後大脑動脈領域の梗塞であったが、原因は特定できなかった。鎮静に関するガイドラインが2002年に⁽¹⁾公表されたが短期的鎮静が対象で、重症肺炎による呼吸不全のように長期MVについては一定の見解がない。QOLの点からはある程度記憶を残したほうが好ましいとする報告もある⁽²⁾が、MVや鎮静が合併症や退院後のQOLに与える影響に関しての検討はまだ不十分である。MVに適度な鎮静が必要であることに異論はないが、MV中のみならず離脱後も含めた様々な問題点を多施設で調査する必要がある。

【結語】1. 重症肺炎のMV中に脳梗塞を発症した4例を経験した。2. 快適で安全な人工呼吸管理、鎮静剤の使用法にはまだ議論の余地があり、合併症の発症に関してprospectiveなデータ集積が必要と思われる。

(1) Judith Jacobi, Gilles L. Fraser, Douglas B. Cousin et al: Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002;30:119-141

(2) Christina Jones, Richard D. Griffiths, Gerry Humphris, et al: Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. Crit Care Med 2001;29: 573-580