

Title	No. 2 2 : Difficult Airway Management の実際 : transtracheal open ventilation が有効であった一症 例
Author(s)	渡部, 恭大; 芹田, 良平; 小鹿, 恭太郎; 大内, 貴志; 小板橋, 俊哉
Journal	歯科学報, 113(2): 207-207
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10130/3022">http://hdl.handle.net/10130/3022</a>
Right	

## No.21 : 成人発症の小腸腸間膜裂孔ヘルニア絞扼性イレウスの1例

庄司高裕, 藤崎洋人, 浅原史卓, 高山 伸, 原田裕久, 佐藤道夫, 松井淳一  
(東歯大・市病・外科)

**目的**：小腸腸間膜裂孔ヘルニアは異常裂孔ヘルニアに分類される比較的稀な疾患であり，その多くが小児期にイレウスとして発症する。今回われわれは，成人発症の絞扼性イレウスを伴う小腸腸間膜裂孔ヘルニアを経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

**症例**：29歳の女性，既往は1型糖尿病があるのみで，手術歴はない。8：30に誘因なく突然上腹部痛が出現し，改善ないため当院へ救急搬送された。血液所見では軽度炎症反応を認めるのみで，腹部レントゲン上でも所見に乏しかったが，腹部所見では筋性防御，腹膜刺激症状を認め，精査必要と判断し造影CTを施行した。CTにて内ヘルニア（CT所見から小腸腸間膜裂孔ヘルニア疑い）による絞扼性イレウスと診断し，同日に緊急入院，同日13：30に緊急手術を施行した。開腹すると，回盲部より30cmの部位で小腸腸間膜部に2.5cm大の異常裂孔が認められ，その異常裂孔に小腸がループ状に嵌入しており，小腸腸間膜裂孔ヘルニアと術中診断した。腸

管はヘルニア門となっている腸間膜裂孔部で絞扼され約150cmに渡り暗赤色調を呈しており，ヘルニア門を切り上げ，絞扼腸管のイレウスを解除しても高度虚血から一部壊死を認めていたため，腸管切除が必要と判断した。ヘルニア門となっている小腸腸間膜裂孔を含めるラインで小腸間膜を処理しヘルニア門を開放，絞扼腸管を切除した。術後経過は良好で術後2日目より経口摂取開始とし，術後14日目には軽快退院となった。その後の外来でも，特にイレウスの所見は認められず経過良好である。

**結果および考察**：小腸腸間膜裂孔ヘルニアは成人発症が稀とされているが，報告例のほとんどで緊急腸切除術が行われている。本例でもCTにより術前診断し，発症から比較的短時間に開腹したが，既に腸管は絞扼され腸切除が必要であった。手術歴のない成人発症のイレウスでは，本疾患も念頭に置き，手術の時期を逸さない迅速な対応と判断が必要であると考えられた。

## No.22 : Difficult Airway Management の実際 : transtracheal open ventilation が有効であった一症例

渡部恭大, 芹田良平, 小鹿恭太郎, 大内貴志, 小坂橋俊哉 (東歯大・市病・麻酔科)

**目的**：上気道に疾患を有する患者では，Difficult Airway Management (DAM) を常に考慮すべきであるが，手術自体が上気道に及ぶ場合，気管挿管を試みざるを得ない場合が多い。今回，DAM患者に対し，transtracheal open ventilation (TOV) を用い，安全に気管切開術を施行し得たので報告する。

**症例**：51歳男性，身長167cm，体重56kg。耳下腺癌の前胸部転移巣に対し放射線療法施行中であったが，喉頭浮腫増悪のため外科的気管切開術を予定した。

腫瘍の転移・浸潤および放射線療法による頭頸部の浮腫と組織腫脹が著明で，開口2.5横指，Mallampati分類4度，頸部可動性は高度に低下していた。喉頭蓋，披裂部及び声門部の浮腫と多量の分泌物を認めたが，呼吸苦はなくroom airで酸素飽和度95-98%であった。頸部伸展は不可能で舌も腫脹しており，喉頭鏡による挿管は困難と考えた。また，鎮静薬や筋弛緩薬投与後の気道支持組織の弛緩による後咽頭間隙狭小化は換気・挿管を更に困難にすると考え，意識下経口気管支鏡下挿管を選択した。フェンタニル投与後，表面局所麻酔を行い，挿管補助用エアウェイを挿入した。喉頭蓋・声帯を同定した

が，浮腫が著明で反射も強く，気管支鏡を気管内に挿入できなかった。フェンタニルを追加投与しながら操作を続けたが，約25分後患者は意識を消失し気道閉塞に伴うシーソー呼吸を呈した。

二人法によるバグーマスク換気を試みたが有効な換気はできず，急激なSpO<sub>2</sub>の低下と徐脈を認めた。17ゲージ特殊針を輪状甲状間膜に穿刺し，高流量酸素を吹送して手動換気を行いSpO<sub>2</sub>及び心拍数は速やかに回復した。気管挿管を断念し，穿刺部から内径4mmのminitracheostomy用チューブを挿入しTOVを開始した。TOVを継続し，吸入麻酔薬による全身麻酔下に気管切開術を施行した。術後，患者に神経学的後遺症は認めなかった。

**結果および考察**：本症例では，気管支鏡による物理的刺激で，喉頭・声門部の浮腫が増悪したため，上気道の閉塞に陥ったと推察された。一方，上気道閉塞を伴う患者では，TOVが有効であるとされている。本症例においても，十分な換気が可能であり，外科的気管切開術を施行可能であった。気管挿管不能な患者では，DAMアルゴリズムの理解と，実際の患者に即した迅速な対応が重要であると考えられる。