

新生児における気道狭窄症

(分担研究：ハイリスク児の管理に関する研究)

研究協力者 河野寿夫

要約：新生児医療の進歩にて長期の人工換気療法が可能となり、NICUにおいても数カ月以上の長期挿管患者も少なくない。最近、当科における長期挿管患者の中で、気道病変によるものが増加してきている。その大半は先天性のもので、上気道の病変の症例は、自然治癒も多く、長期挿管例は比較的少ない。しかし、声門、下気道の病変を有するものは重篤な症例も少なくなく、長期人工換気症例や気管切開施行例が多い。これらの児の管理は、気管切開を行った上での在宅治療を念頭において行われているが、今後、気管切開の適切な時期および在宅管理のシステムをさらに検討して行く必要がある。

見出し語：気道狭窄、長期挿管、気管切開

緒言：新生児医療の進歩にて長期の人工換気療法が可能となり、NICUにおいても数カ月以上の長期挿管患者も少なくない。最近当科における長期挿管患者の中で、気道の病変のため人工換気の継続を余儀なくされている例が目だってきている。今回、当院にて管理した症例で、気道狭窄症状を呈したものを検討し、これらの症例の中で気管切開を行ったものについて考えてみた。

研究方法：1988-1993年の6年間に当科に入院した児の内、肺実質性疾患を除き、気道の狭窄症状を呈した症例40例について検討した。なお、慢性肺疾患については、原則として除外し、気管内挿管による気道の病変が明かな症例（上気道から声門下にかけて病変の認められる症例）についてのみ検討した。

研究成績：体重別にみると、40例中15例が2500g未満の低出生体重児で、25例が成熟児であった。

後天性と考えられる症例は、RDSのため挿管して人工換気療法が行われ黄色ブドウ球菌の敗血症を併発の後、気道狭窄症状の出現した1356gの低出生体重児1例のみで、他はすべて先天性の異常によるものであった。症状は、ほとんどが生後間もなく発現している。

主病変が上気道（声帯より上）の症例が28例、声帯に関連した病変が7例、下気道（声帯より下）が5例であった。上気道の病変は、喉頭軟化症11例、小顎症などのため舌根の沈下が見られるもの7例、染色体異常や多発奇形に伴った喉頭狭窄5例、腫瘍やその圧迫によるもの3例、鼻腔の狭窄2例であった。声帯に関連した異常としては、声帯麻痺、喉頭横隔膜症など重篤なものも多く、7例中3例が気管切開、1例が手術を行っている。下気道の病変も、気管支軟化症、気管狭窄など重症例が多く死亡した1例を除き4例すべて気管切開が行われた。

気管切開の必要となった症例は表に示す11例であった。当院では通常体重が4~5Kgになってから気管切開を行っているが、日令の浅い時期の気管切開例は重症例の救命のためのものである。1~3カ月のものは、挿管管理を行っていたが再

挿管が困難であったり、抜管により児の状態が急変する症例に行われている。また、早期から症状があったにも関わらず比較的時間が経過してから行われた気管切開の症例は、在宅療法を考慮して行われたものが多い。

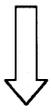
考案：気道狭窄症状を呈した症例は、先天性の病変によるものがほとんどで後天性のものはほとんど認められなかった。人工換気療法の後、挿管チューブの抜去により2~3日上気道狭窄症状を示す症例もあるが、今回は短期間の症状のみの症例は除外した。慢性肺疾患も、気道に関連した病変であるが、今回の検討からは除外したため、ほとんどが先天性の症例となったと考えられる。

上気道の病変では喉頭軟化症が多く自然治癒がほとんどであったが、染色体異常、症候群に合併したものでは重症例が認められた。声帯、下気道の病変は重篤なものも多く症状が長期にわたる例がほとんどで、大半が外科的治療、気管切開の必要な症例で、特に下気道の疾患で根治できた症例はほとんどない。

出生後まもなく救命のために気管切開を施行した症例は別として、新生児期から長期挿管が必要な症例につき、気管切開をすべきかどうか、またいつ手術を行うべきかは一概には決定できぬ。今回の検討でも、抜管困難と考えられていた症例が半年以上の長期挿管の後抜管でき退院できたものもあれば、気管切開の後退院し急速に発育が見られた症例も認められた。また、気管切開のそのものも絶対安全なものではなくトラブルも少なくない。気管切開の適応は、個々の症例により合併奇形の存在、児の状態、児をとりまく環境などに照らし合わせ慎重に判断すべきであると思われた。

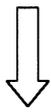
結論：NICUにおける長期挿管患者の中で、気道病変によるものが増加してきている。その大半は先天性のもので、重篤な症例も少なくない。これらの児の精神運動の発達を積極的に引き出して行くためにも、また、NICUの効率のよい運営の面からも重症児の治療として気管切開を行った上での在宅治療を検討することが必要である。今後、気管切開の適切な時期および在宅管理のシステムを考えていく必要がある。

患者名	BW (g)	GA (w)	病名	挿管	気切年齢 (体重 g)	奇形	染色体異常
1. I. W.	1356	32	気管狭窄症 (敗血症)	+	8m (5450)	-	-
2. S. U.	1520	33	喉頭閉鎖, TEF	-	Od (1520)	+	-
3. N. I.	1640	36	喉頭軟化症, ASD, PDA	+	10m (4280)	-	-
4. A. O.	1860	38	上気道狭窄, 染色体異常	+	1y10m (6810)	+	+
5. N. A.	2250	39	両側声帯麻痺	+	4m (4410)	-	-
6. S. U.	2582	39	気管軟化症, TEF	+	6m (3425)	+	-
7. Y. A.	2624	39	舌根部狭窄, 多発奇形	+	1y (6900)	+	-
8. H. O.	2862	41	喉頭横隔膜症	-	1m (3992)	+	-
9. N. E.	2914	41	気管支軟化症	+	3m (5030)	+	-
10. H. A.	3372	34	声帯軟化症, 気管支狭窄	+	11m (4598)	-	-
11. K. A.	3524	41	小顎症, 巨舌, 喉頭狭窄症	+	1m (3774)	+	-



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約: 新生児医療の進歩にて長期の人工換気療法が可能となり、NICU においても数カ月以上の長期挿管患者も少なくない。最近、当科における長期挿管患者の中で、気道病変によるものが増加してきている。その大半は先天性のもので、上気道の病変の症例は、自然治癒も多く、長期挿管例は比較的少ない。しかし、声門、下気道の病変を有するものは重篤な症例も少なくなく、長期人工換気症例や気管切開施行例が多い。これらの児の管理は、気管切開を行った上での在宅治療を念頭において行われているが、今後、気管切開の適切な時期および在宅管理のシステムをさらに検討して行く必要がある。