

## 気管食道瘻の1例

上田章人<sup>1</sup>、稲田陽<sup>1</sup>、南正人<sup>2</sup>

(慶信会記念病院内科<sup>1</sup>、大阪大学医学部附属病院呼吸器外科<sup>2</sup>)

---

気管食道瘻の1例を経験したので報告する。

症例は67歳女性。

2010年5月2日自宅において呼吸困難を訴え、救急要請。救急隊到着後心肺停止状態となり、前医入院となった。搬送後速やかに心拍は再開している。5月11日気管切開術施行（ウルトラパーク経皮的気管拡張キット使用）。

6月10日に当院へ転院となった。

転院後、気管切開チューブ交換は週1回行っていたが、特にトラブルは認めなかった。

8月30日に経鼻胃管再挿入し、白湯の投与を再開。その後腹部膨満が出現したため9月1日に投与中止。9月3日気切チューブ交換後急激なSpO<sub>2</sub>の低下と腹満の増大を認めた。直ちに気切チューブを抜去し、自発呼吸下に緊急気管支鏡を施行した。

9月3日気切チューブ交換後急激なSpO<sub>2</sub>の低下と腹満を認めた。直ちに気切チューブを抜去し、緊急気管支鏡を施行したところ、気管食道瘻を認めた。

経口挿管を行ない、気管分岐部直上までチューブを挿入、留置した。

その後、9月10日に胃瘻造設。

9月16日に気管切開再施行（外科的気管切開）。

（この時点で当初の気切孔は癒着化しており、癒着直下からのアプローチで行われた。）

その後一時状態は安定していたが、10月に入り徐々に全身状態が悪化、10月7日死亡。

瘻が発生した原因として、経皮的気管切開法の早期合併症である気管後壁損傷の可能性がまず挙げられるが、気管切開チューブの過剰なカフ圧による気道粘膜壊死の可能性も否定できなかった。

当院においてはこれを機に、これまでのシリンジを用いた空気量によるカフ管理を中止し、カフ圧計を用いた空気圧による管理法を導入した。

---