

症例報告

巨大舌血腫のため緊急気道確保を要した1例

中濃厚生病院 集中治療部

栗原 吉範, 赤松 繁, 熊澤 昌彦, 上野 美佳

緒 言

舌は血管豊富な組織であり外傷等により容易に出血、腫脹する。特に血液疾患のある患者や抗凝固薬・抗血小板薬を内服している患者では、舌血腫が急速に進行し気道閉塞をきたす場合があり、緊急気道確保が必要となる。出血性素因のため、気管切開や経鼻挿管は止血困難になる危険性があり、気道確保の方法には慎重な対応が要求される。

今回、骨髄異形成症候群（MDS）に伴う血小板減少に加え、抗血小板薬・抗凝固薬内服が原因による進行性の舌血腫のため、緊急気道確保を要した症例を経験した。

症 例

症例：91歳、男性、身長165cm、体重53kg.

既往歴：発作性心房細動、脳梗塞、高血圧

薬剤歴：アピキサバン5mg、シロスタゾール200mg、ビソプロロール0.625mg、ペリンドプリル1mg

現病歴：食事中に舌を噛み、口腔内出血、舌血腫を自覚し口腔外科外来受診したが、活動性出血はなく経過観察となり、帰宅となった。前医での1ヶ月前の検査時の血小板数は11万/ μ Lであり、今回追加検査は行われなかった。翌日、舌血腫に伴う舌腫大が出現し、呼吸苦を自覚するようになったため救急外来受診した。脈拍：90/分整、血圧：146/74mmHg、呼吸回数：20回/分、室内気で経皮的酸素飽和度（SpO₂）：95%であった。陥没呼吸は認めなかった。血液検査でHb 9.5g/dL、血小板数0.2万/ μ L、PT-INR 1.18、APTT 37.0sec、四肢体幹には多数の出血斑を認めた。CT画像では両側下葉背側に誤嚥性肺炎像、巨大舌血腫による気道狭窄を認めた（図1）ため、気道管理目的にICU入室とした（図2）。

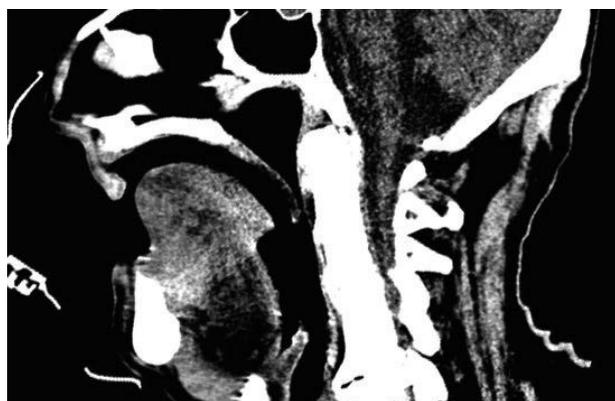


図1 頸部CT画像

舌腫脹による気道狭窄が認められた。



図2 入院時の口腔所見

口腔内を占拠する巨大な舌血腫が認められた。

ICU入室後経過：特発性血小板減少性紫斑病（ITP）に準じて治療を開始しプレドニゾロン、免疫グロブリン製剤を投与した。経口摂取困難のため当日の抗凝固薬・抗血小板薬は内服できておらず、休薬は継続とした。血小板10単位輸血により一時的に血小板数3.8万/ μ Lまで回復した。酸素マスク3L/分投与下でSpO₂:93%、30回/分の頻呼吸を認めるようになり、気道狭窄、呼吸苦増悪のため気道確保を最優先とする方針としたが、気管切開術は止血に難渋する恐れがあり、また舌腫大によるマスク換気困難が予想されたため、McGRATHMを使用した意識下経口挿管を選択した。挿管困難により緊急気道確保が必要となる場合に備え、意識下ファイバー挿管の準備と輪状甲状靭帯を触知しマーキングを行い輪状甲状靭帯穿刺・切開の準備を整え、また緊急気管切開が施行できるよう耳鼻科医にバックアップを要請した。患者協力のもと、口腔内ヘリドカインスプレーを入念に散布した後、MAC3喉頭鏡ブレードを使用し、フェンタニル50 μ gで鎮痛した状態で内径7.5mmの気管チューブをスタイレットを用いて挿管した。口腔内スペースはわずかであったが視野は得られ挿管可能であった。その後第4病日まで血小板10単位輸血を継続し、血小板数の緩徐な回復に伴い舌血腫は次第に吸収したため、第5病日に抜管し、第6病日にICU退室した（図3）。のちに骨髓塗抹標本において3系統の異形成が見られ、染色体異常（-Y）を認めることからMDSが強く疑われた。経過中に誤嚥性肺炎を合併したものの、血小板数は最終的に18.4万/ μ Lまで回復し、第62病日に転院となった。

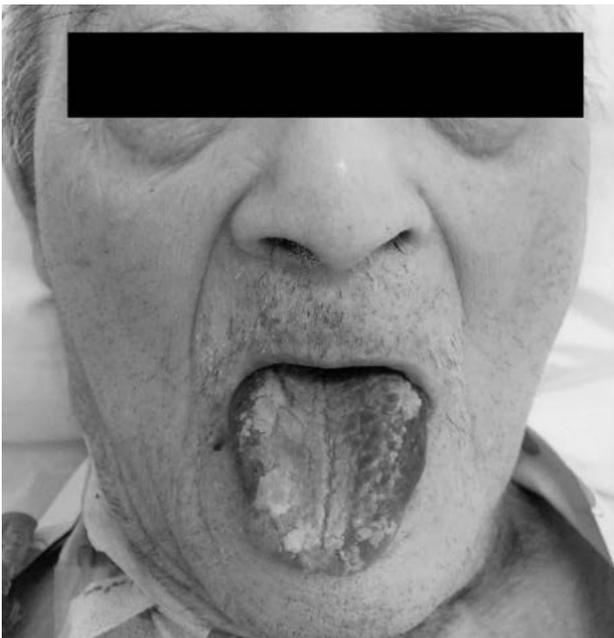


図3 抜管後の口腔所見（第6病日）
舌血腫は吸収し、生理的な舌の大きさに改善した。

考 察

舌は血管性に富み、強い外力や刺激が加わることにより損傷を受け血腫を引き起こすことがある。特に血液疾患のある患者や抗凝固薬、抗血小板薬を内服している患者において、舌血腫が増大した報告¹⁻⁶⁾がある。腫大した舌血腫は経過観察で自然消退を得た症例^{1, 2, 6)}がある一方、血腫増大に伴い血管塞栓術や緊急気道確保が必要であった症例³⁻⁵⁾も報告されている。今回われわれは抗凝固薬、抗血小板薬が投与されていた症例において、MDSによる血小板減少があり、緊急気道確保を要した巨大舌血腫を経験した。

MDSは造血障害により高度血小板減少を呈することがあり、出血性合併症は3-53%の範囲で発生するという報告⁷⁾がある。血液疾患では、ITPや再生不良性貧血、血友病に舌血腫を合併した報告¹⁻³⁾がみられるが、我々が知る限り、本症例のようにMDSに合併し舌血腫が進行し気道狭窄をきたした報告はない。

舌血腫の管理は、経過観察、抗凝固薬の拮抗、血管塞栓術、気道確保、外科的介入などがある。Kageyamaらは、舌血腫が急速に進行したことで気道閉塞を起こし、窒息による心肺停止に至ったことを報告しており³⁾、気道確保は常に念頭に置くことが重要である。特に抗凝固薬・抗血小板薬内服患者の舌咬傷への初期対応では、休薬の可否や気道狭窄の有無を慎重に評価し治療方針を決定する必要がある。本症例では出血性素因がある患者の舌血腫であり、初回の診察時から全身精査をすべきであったことが反省点である。

通常、舌腫大に対する気道確保方法は経鼻ファイバー挿管や気管切開術が選択される⁵⁾が、出血傾向のある患者では出血により手技操作を複雑にするだけでなく、気道をさらに危険にさらす可能性があるため注意が必要である。またマスク換気の可否は予測困難であるため、意識下での気道確保が望ましい。今回、舌血腫が急速に拡大していること、出血傾向があり外科的処置が困難であること、挿管器具操作の簡便さを鑑みて、ビデオ喉頭鏡による経口挿管を選択し成功した。しかし、機械的操作に伴う舌腫脹の悪化や破綻により喉頭鏡や気管支鏡による視認が困難となる可能性や、誤嚥による酸素化低下や上気道閉塞の可能性も念頭に置かなければならない。本症例の気道確保計画としては、ビデオ喉頭鏡での意識下挿管が困難であった場合は経口ファイバー挿管を試み、それでも挿管困難な場合は、輪状甲状靭帯穿刺キットを準備した上で輪状甲状靭帯穿刺・切開というアプローチを選択肢としていた。また途中で舌出血を伴って挿管困難に陥った場合は、早急に撤退し外科的気道確保の選択肢を取

らざるを得ないと考えていたため、今回のように事前の準備が重要であった。また他の選択肢として、血小板輸血においては当初想定していたITPでの有効性は不明であるが超急性での血小板増加、止血機能回復を期待して追加投与を行うことや、本症例では難しい状態であったが症例によってはECMOスタンバイ下での挿管も検討すべきであると考えられる。

結 語

巨大舌血腫は迅速な診断と管理を要し、気道閉塞例では気道確保が最優先となる。本症例では、MDSによる血小板減少、抗血小板薬による血小板機能低下、抗凝固薬内服が舌血腫の拡大に寄与したと考えられた。易出血性で口腔内視野の不良が予想される患者においては、意識下挿管を念頭におきつつ、慎重に気道確保方法を選択すべきである。

本稿の全ての著者には規定されたCOIはない。

参 考 文 献

- 1) 瀧澤義徳, 岡村純, 細川誠二, 他: 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) を合併した妊婦の外傷性舌血腫の1症例. 口咽科. 2011; 24(3): 380
- 2) 森崎重規, 蔵本千夏, 木津康博, 他: 舌の血腫を初発症状とした再発不良性貧血の1例. 日口外誌. 2008; 54(3): 206-9
- 3) Kageyama Y, Matsumoto T, Tawara I, et al: Life-threatening tongue and retropharyngeal hemorrhage in a patient with hemophilia A with inhibitors. Am J Case Rep. 2019; 20: 1022-6
- 4) 小鹿恭太郎, 佐塚祥一郎, 西澤秀哉, 他: 舌部分切除術後の異常出血による舌腫脹から気道閉塞を呈した1症例. 日歯麻誌. 2014; 42(2): 216-7
- 5) Massey B, Juhasz K, Licata J, et al: Case report: Traumatic lingual hematoma. Trauma Case Rep. 2019; 20: 100177
- 6) Buyuklu M, Bakirci EM, Topal E, et al: Spontaneous lingual and sublingual haematoma: a rare complication of warfarin use. BMJ Case Rep. 2014 (doi: 10.1136/bcr-2014-204168)
- 7) Kantarjian H, Giles F, List A, et al: The incidence and impact of thrombocytopenia in myelodysplastic syndromes. Cancer. 2007; 109: 1705-14