

睡眠時無呼吸症候群

症候：

夜間症状：睡眠時無呼吸（睡眠中に外鼻孔や口のレベルで気流が10秒以上停止する。）、大
きないびき、浅い眠り、悪夢、夢中歩行、夜尿症
昼間症状：居眠り、記憶力低下、易疲労、早朝の頭痛、根気欠如など。

検査：睡眠時ポリソムノグラフィー：酸素飽和度、AHI（睡眠時無呼吸+5-10秒気流が停止
する低呼吸の単位時間当たりの回数）を解析する。その他、脳波、いびき音、胸壁
や腹壁の運動、心電図も解析する。

ファイバースコピー：気道狭窄部の有無をみる。

レントゲン：気道狭窄部の有無をみる。

治療：

成人→nasal CPAP(経鼻的持続陽圧換気)の装着。

鼻閉塞→鼻手術(下甲介切除など)

小児→アデノイド切除。口蓋扁桃切除。

生活指導：運動、アルコール制限、側臥位睡眠など。

メニエール病

病因：内リンパ水腫→原因不明ではあるが、ストレスなど原因とされる。

(原因不明なのであまり書かなくていいと思う。)

診断と検査：難聴、めまいの反復があるかをみる。

蝸电图（内耳の機能を評価する検査）

-SP/AP>0.37なら内リンパ水腫→SPとかAPの定義は難しいので書く必要ないので
は？

平衡機能検査

眼振の有無、半規管、前庭機能などを評価する（これぐらい書ければいいと思う）

CP（半規管麻痺）、DP(眼振方向優位性)の有無を検査する。

治療：

急性発作期：スフロイド、浸透圧利尿剤、メイロシ、循環改善薬

間欠期：浸透圧利尿剤、抗めまい薬、抗不安薬

内リンパ開放術などの手術療法（あまりやらないので書く必要ないかも）

良性発作性頭位めまい症(BPPV)

原因：半規管内部になんらかの原因で耳石(超大事なきーワード)ができ、頭位変換によって
移動し半規管の感覚上皮が刺激されてめまいや眼振が起こる。

検査：フレンツェル眼鏡の頭位眼振検査、頭位変換眼振検査。

BPPV ではある頭位をとったときだけめまいを伴って眼振がでる。

治療：Epley 法などの浮遊耳石置換療法：耳石を卵形嚢に誘導する運動療法

（耳石を卵形嚢に落としてしまえば症状は出なくなるわけだから、リハビリ運動をするってこと。エプリーさんが編み出したのが有名。うちの大学ではよくやってるので、この名前を書けるといいかも。）

鼻出血

好発部位：キーセルバツハ部位は簡単→鼻出血焼灼術(バイポーラで焼くだけ)+ボスマンガーゼ圧迫も併用。

後方、直後方の出血は止めるのが難しい（見えにくいから）。そんな場合は→適宜ファイバーでみながらベロックガーゼタンポン、バルーンタンポンを使う。（要は出血部位を圧迫する）

全身疾患との関係→脳梗塞、狭心症、心筋梗塞などでワーファリン、ヘパリンなどを使っている場合、血小板減少症などの血液疾患がある場合は鼻出血が起こりやすい。

と書けばいいのでは？

気管挿管の適応

- ・ 急性喉頭蓋炎などの炎症性疾患、喉頭腫瘍、咽頭腫瘍、両側半回神経麻痺などの気道閉塞
- ・ 喉頭手術の前処置(挿管チューブが邪魔で喉頭の操作がしにくい場合にします。)
- ・ 挿管状態が1週間以上続いたとき。(挿管の刺激で声帯が痛むから)
- ・ 重症筋無力症などの神経疾患(嚥下機能や呼吸機能が落ちる疾患)での誤嚥防止
(カフが誤嚥を防止してくれます)
- ・ 呼吸不全 (気管までの距離が少なくなる分、呼吸の仕事量が減ります)

※ () ついていないところを書ければ十分じゃないかな。

気管カニューレ抜去困難症

気管カニューレ抜去後に再び呼吸困難に陥ること。

原因：機能的な原因 急に自然呼吸になって呼吸仕事量が多くなるため、呼吸困難に対する恐怖心が起こる。

対策：カニューレを塞いで、本来の気道（口から）で練習した後、抜去する。

器質的な原因 カニューレの刺激によって肉芽形成、炎症による浮腫が起こる。

一般的な対策

T チューブ使用。ひどいときは喉頭や気管の形成手術。