

第 9 回  
宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

第 9 回 宮崎救急医学会  
会長 北野正二郎

連絡先：〒880-21 宮崎市大字小松 1119

潤和会記念病院

☎ 0985-47-5555

FAX 0985-47-8558

■日時；平成 9 年 2 月 15 日（土）

P.M.2:00～P.M.7:30

■場所；JA-AZM2 階中研修室

## 第9回宮崎救急医学会プログラム

開会の辞（14：00～14：05）

I. 集中治療（14：05～15：05）

座 長 県立宮崎病院麻酔科 窪田悦二

1、原因不明の高度アシドーシスを呈し、急性腹症を疑い、  
開腹したが救命し得なかった一症例

県立延岡病院 麻酔科；松本重清、千田谷和光、早野良生

2、集中治療の限界症例への対策

都城市郡医師会病院ICU；矢埜正実 同麻酔科；白坂哲朗

同内科；山本章二郎、岩切弘直、床島眞紀、小林浩二

3、アニリン・カーバメイト系殺蛆剤服用後、メトヘモグロ  
ビン血症を合併した1症例

県立宮崎病院内科；甲斐泰文、河野 浩、一瀬一郎、石川恵美、

菊池郁夫、田村和夫

4、ジクロフェナクナトリウム坐薬の循環に及ぼす影響

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；立山真吾、松影昭一、河野太郎、

長田直人、高崎眞弓

同第2外科；安部要蔵、新名克彦

## 5、インスリン依存性糖尿病妊婦に発症した項部硬直を伴わない化膿性髄膜炎の1例

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；松影昭一、新名克彦、河野太郎、長田直人、高崎眞弓 同産婦人科；大重智広  
同第3内科；杉本精一郎

## 6、心マッサージに引き続き PCPS を施行し救命し得た1症例

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；河野太郎、長田直人、松影昭一、種子田優司、立山真吾、高崎眞弓

## II. プレホスピタルケア/CPA(DOA) (15:05~15:45)

座長 都城市郡医師会病院 ICU・救急診療科 矢埜正実

### 1、非外傷性瞬間死の死因判定における髄液検査の注意点 —破裂脳動脈瘤の一例をもとに—

県立宮崎病院脳神経外科；落合秀信 池田徳郎 宮田史朗 山川勇造  
宮崎医科大学病理学第1；佐藤勇一郎

### 2、当診療所における在宅救急治療の経験

串間市市木診療所；徳山秀樹

### 3、消防機関が使用するトリアージ・タグの全国統一について

都城地区消防本部；救急救命士 永田洋洋

#### 4、外傷性脳血管空気塞栓症の一例

宮崎江南病院放射線科；内野 謙次郎、杜若 幸子、石井 雅浩  
同整形外科；深野木 由姫、戸田 勝 同脳外科；上田 孝

### Ⅲ. 骨関節疾患/外傷 (15：45～16：25)

座 長 宮崎医科大学整形外科 帖佐悦男

#### 1、見逃された歯突起骨折 (Anderson type II fracture) の1例

誠和会和田病院 脳神経外科：米山 匠、三倉 剛  
椎葉村国民健康保険病院 整形外科：東 高広

#### 2、痙攣発作にて受傷した胸腹部3度熱傷の経験

社会保険宮崎江南病院形成外科：近藤方彰 大安剛裕

#### 3、Spontaneous Infectious Discitis の一例

県立日南病院内科；新山恭子、田口利文、橋口 渡、園田定彦、三嶋和也、  
落合英幸、上田正人 同整形外科；矢野浩明、柳園賜一郎、長鶴義隆

#### 4、交通外傷により両側大腿骨頸部骨折及び全身多発外傷を来した一例

県立延岡病院整形外科；中川徳郎 弓削孝雄 谷脇功一 木屋博昭  
田口 学 田爪陽一朗 永田高見

休憩（16：25～16：35）

総会（16：35～16：45）

#### IV. 腹部（16：45～17：25）

座 長 宮崎市郡医師会病院外科 竹智義臣

##### 1、肝破裂を伴った多発外傷の1手術救命例

県立宮崎病院外科；西田卓爾、上田祐滋、上野隆幸、立野進、豊田清一  
同整形外科佐本信彦、山本恵太郎 同麻酔科；上原康一

##### 2、保存的に治療し得た小児肝外傷の一例

潤和会記念病院内科；傳光義、山脇清一、矢野隆郎、佐々木昭、北野正二郎  
宮崎市郡医師会病院外科 島雅保、竹智義臣

##### 3、下血にて緊急的処置を必要とした胃粘膜下腫瘍の一例

県立延岡病院外科；山口賢治、大地哲史、工藤俊介、林田和之、塩盛建二、  
落合隆志

##### 4、腹部救急疾患における超酸性水の使用経験

西都救急病院 外科；谷口雅彦、土田裕一

## V. 胸部、心血管－1－（17：25～18：05）

座 長 宮崎医科大学第2外科 中村都英

1、TAEにて止血し得た上腸間膜動脈瘤破裂の2例  
都城市郡医師会病院 放射線科：蒔田修、小野研、横山利美

2、緊急手術となった特発性血気胸の2症例  
宮崎市郡医師会病院 外科；斉藤智和、矢野光祥、島雅保、塚本芳治、  
福島靖典、竹智義臣、吉岡誠

3、最近1年間の緊急血管外科手術症例の検討  
宮崎市郡医師会病院 外科；矢野光祥、斉藤智和、福島靖典、島雅保、  
塚本芳治、竹智義臣、吉岡誠

4、孤立性腸骨動脈瘤の2破裂例  
県立宮崎病院心臓血管外科，同外科’；上野隆幸，湯田敏行，松元仁久，  
西田卓爾，山内 励’，竹中晃司’

## VI. 胸部、心血管－2－（18：05～18：45）

座 長 宮崎市郡医師会病院内科 柏木孝史

1、心電図及び心エコー図にて急性心筋梗塞症と診断してし  
まった一症例  
今給黎医院：久保忠弘、今給黎承

## 2、重症肺梗塞の一例

都城市郡医師会病院内科、ICU\*；床島眞紀、山本章二郎、岩切弘直、小林浩二、  
矢埜正実\*

## 3、横紋筋融解症・腎不全・脳症を来したレジオネラ肺炎の 1例

宮崎市郡医師会病院内科；松元信弘、山下秀一 国民健康保険中部病院内科；  
児玉真由美 国立療養所村山病院リハビリテーション科；藤原俊之

## 4、左冠状動脈主幹部病変の急性心筋梗塞に対して同部に対 するPTCA及びステント留置により救命し得た一例

宮崎市郡医師会病院内科；宮本宣秀、石川哲憲、比嘉徹、柏木孝史

## 5、経食道心エコーによる心肺蘇生時の心拍出のモニタの経 験

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；新名克彦 立山真吾 松影昭一  
河野太郎 長田直人 高崎眞弓 同救急部；氏家良人

## Ⅶ.脳、神経（18：55～19：35）

座長 社会保険宮崎江南病院脳神経外科 上田 孝

### 1、外傷性基底核部出血の1例

西都西児湯医師会立西都救急病院脳神経外科；伊勢田努力

### 2、破裂動脈瘤急性期塞栓術の2例

潤和会記念病院脳神経外科；宮原大作、伊勢田努力、中野真一

### 3、脳底動脈急性閉塞の一例

社会保険宮崎江南病院脳神経外科；池田徳郎 上田 孝

### 4、聴性脳幹反応と内耳機能評価の蝸電図の併用

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；新名克彦 立山真吾 松影昭一 河野太郎 長田直人 高崎眞弓

同耳鼻咽喉科；植木義裕 同第3内科；杉本精一郎 同救急部；氏家良人

閉会の辞（19：15～19：20）



# 演題抄録内容

## I、集中治療

### 1、原因不明の高度アシドーシスを呈し、急性腹症を疑い、開腹したが救命し得なかった一症例

県立延岡病院 麻酔科；松本重清、千田谷和光、早野良生

65歳、男性。高血圧、慢性肝炎にて内服加療中。39℃以上の発熱、腹痛にて近医受診、鎮痛剤と抗生剤を投与されるが回復せず、2日後当院に救急車で搬送。来院時腹痛、筋性防御、腹部膨満著明、呼吸は苦悶様であった。腹単では大腸・小腸ガス著明、エコーでは腹水を認めた。WBCは3000であったが、CRPは21.49と高値を示した。また軽度肝・腎機能障害を認めた。腹部症状は増悪、また呼吸困難、ショック状態も進行してきたため、急性腹症の診断にて緊急開腹術が施行された。手術室入室時高度のアシドーシスを認めたが、腹水吸引(1450ml)後の腸管検索では穿孔部はなく、また上腸間膜動脈等の拍動は良好であり、有意な所見がなく閉腹となった。術後ショック状態がさらに進行し術後1日目で死亡した。

### 2、集中治療の限界症例への対策

都城市郡医師会病院ICU；矢埜正実 同麻酔科；白坂哲朗  
同内科；山本章二郎、岩切弘直、床島真紀、小林浩二

救急医療の分野で重症患者を管理するICUはベッドが限られ苦勞する。予後が悪い症例ほど治療期間が長くなり高額な医療費がかかる。現在の医療水準で改善が見込めないと判断した場合にはICU治療を断念しICUからの退室を依頼している(断念群と略す)。退室後の経過並びに死亡までの日数から是非を検討した。【背景】ICU6床、院外からの症例が殆どで、予定手術後は7%未満と極めて少ない。【対象・方法】平成2年10月から6年間にICU入室した1095例中、断念群の71例を対象にした。【結果・考察】1095例の平均年齢61.7歳、平均在室10.3日、ICU死亡率16.4%、病院死亡率27.8%であった。断念群71例の年齢は9ヶ月～90歳(平均65.5歳)、在室1～119日(平均15.7日)。原疾患は呼吸器系17、循環器16、CVD13、消化器12、外傷9、慢性腎不全3、代謝異常1例であった。この中にCPAOAが7例含まれている。71例中1例は退室後救命され、判断に誤りがあった。残りの70例は退室当日から75日後に死亡した(DNR)。退室後3日以内の死亡41例、4～7日後10例、8～14日後11例、15日以降8例である。退室はICUでの治療を断念するのであって治療の中断でないため家族の理解が得られ、また家族は臨終に立ち会うことができた。この判断は批判に耐えられるようカンファレンスで行っている。治療成績の向上を目指すのは当然だが無用な治療は避けたい。ADLの悪い症例への集中治療の適応及び継続が大きな課題であり、今後futilityとして論議されるであろう。一方、退室～死亡の合計日数は525日でその分ICUのベッド回転が良くなったことも見逃すことが出来ない。

### 3、アニリン・カーバメイト系殺蛆剤服用後、メトヘモグロビン血症を合併した1症例

県立宮崎病院内科；甲斐泰文、河野 浩、一瀬一郎、石川恵美、  
菊池郁夫、田村和夫

症例は61才、女性。1995年11月に右乳房の腫瘤を自覚し、1996年5月15日、当院外科にて進行乳癌と診断。化学療法目的にて当内科入院予約となった。同月19日早朝、自殺企図にて市販の殺蛆剤(アニリン・カーバメイト系合剤)を服用し、意識の消失と農薬臭がしたために救急車にて同日緊急入院した。人工呼吸器管理として呼名反応が認められるようになったが、パルスオキシメーター上、酸素分圧が徐々に低下した。動脈血液ガス分析ではSaO<sub>2</sub>は98%、パルスオキシメーターではSaO<sub>2</sub>は89%と解離がみられた。その差はメトヘモグロビン(met Hb)血症(13%)によるものであった。メチレンブルーを点滴静注し、met Hbの著明な低下とHbO<sub>2</sub>の改善をみた。本症例における観血的SaO<sub>2</sub>と非観血的SaO<sub>2</sub>の解離をその測定法・測定原理の相違の面から考察する。

#### 4、ジクロフェナクナトリウム坐薬の循環に及ぼす影響

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；立山真吾、松影昭一、河野太郎、長田直人、高崎眞弓 同第2外科；安部要蔵、新名克彦

(目的) 非ステロイド性抗炎症薬であるジクロフェナクナトリウム坐薬 (DS) は、術後に鎮痛・解熱薬として用いられている。しかし血圧が低下することがある。DS と血圧との関係を明らかにするために、術後の患者で DS 投与前後の循環動態について調べた。  
(対象・方法) ICU 入室患者 11 名に術前肺動脈カテーテルを挿入し、術後 DS (50mg) を挿入した。投与前と投与 30、60、120、180 分後の循環動態と降圧ペプチドであるアドレノメデュリン (AM) の血中濃度を測定した。(結果) 平均動脈圧は投与 30 分後から有意に低下した。末梢血管抵抗は低下したが有意ではなかった。血中 AM 濃度は変化しなかった。(結論) ジクロフェナクナトリウムを投与すると、長時間にわたり血圧が低下する。

#### 5、インスリン依存性糖尿病妊婦に発症した項部硬直を伴わない化膿性髄膜炎の 1 例

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；松影昭一、新名克彦、河野太郎、長田直人、高崎眞弓 同産婦人科；大重智広 同第3内科；杉本精一郎

症例は 24 歳。妊娠 32 週に嘔吐を主訴に来院。既往に Wegener 肉芽腫症による髄膜炎とインスリン依存性糖尿病による昏睡があった。初診時 38.5℃ の発熱と、JCS 10 程度の意識障害を認めたと、項部硬直は無かった。ICU 入室後不穏状態となり、鎮静剤を投与して人工呼吸管理を行った。体温 39.5℃、白血球数増加、CRP 陽性のため、尿検査と胸部 X 線、腹部エコー検査を行ったが異常はなく、頭部 CT 検査では蝶形骨洞と右上顎洞内に軟部組織を少量認めただけであった。髄液及び血液培養検査で肺炎球菌が同定され、同菌による化膿性髄膜炎と診断、抗生物質を大量に投与した。胎児の状態は心拍数連続モニタリングで監視した。次第に感染所見は改善するとともに意識状態も回復し、36 週 6 日に帝王切開で児を娩出した。妊婦では、項部硬直が無くとも感染所見と中枢神経症状がある場合、髄膜炎を疑う必要がある。

#### 6、心マッサージに引き続き PCPS を施行し救命し得た 1 症例

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；河野太郎、長田直人、松影昭一、種子田優司、立山真吾、高崎眞弓

患者は 48 歳女性。平成 8 年 12 月 20 日、右中縦隔の組織確定診断目的にて、腹臥位とし、CT ガイド下に生検を施行した。生検施行後下半身にシビレを訴え意識消失し、心肺停止状態となった。気管内挿管と胸骨圧迫心マッサージを施行し、アドレナリンの静注をした。心室細動に移行したため除細動を施行し、心マッサージ下に ICU へ搬入した。著明な低心拍状態が続くため、心マッサージを継続し PCPS を開始した。心マッサージ時間は 90 分であった。心電図及び心エコーにより下壁梗塞を認め、肺水腫、急性腎不全、代謝性アシドーシスを来していたが、まもなく肺水腫、アシドーシスは改善した。心機能は徐々に改善し、同月 24 日 PCPS から離脱した。PCPS 施行期間は 90 時間であった。その後腎不全も改善し、入室後 19 日目に抜管できた。心停止後の低心拍出状態における PCPS の有効性について考察する。

## II、プレホスピタルケア/DOA

### 1、非外傷性瞬間死の死因判定における髄液検査の注意点 — 破裂脳動脈瘤の一例をもとに —

県立宮崎病院脳神経外科；落合秀信 池田徳郎 宮田史朗 山川勇造  
宮崎医科大学病理学第 1；佐藤勇一郎

救急医療の現場では、非外傷性瞬間死が CPAOA (DOA) として搬送されてくることが多い。蘇生できず死亡を確認した後は必ず死因の判定が問題となってくる。これらは全てが異状死体として扱われ、政令指定都市であれば、専門の監察医が死体検案を行い、犯罪性が疑われれば行政解剖が行われる。しかし、それ以外の都市では、警察による捜査の段階でよほど犯罪性が疑われなければ行政解剖が行われることはなく、多くは我々臨床医が検死で死因の判定を行っていることが多いのが現状である。その際瞬間死の大部分が心臓大血管病変による死亡であり、それに約 10% 強の割合でクモ膜下出血による瞬間死が続くとの理由で、しばしば参考所見

として死後髄液検査が行われていることが多い。今回我々は破裂脳動脈瘤による瞬間死の一例を経験し、髄液検査では当初水様透明の髄液が得られたが、その後血性髄液が得られ、病理解剖でクモ膜下出血による死亡と判定した一例を経験し、死後髄液検査の注意点とも言える若干の知見を得たので報告する。是非日常の診療で参考にしてほしい。

## 2、当診療所における在宅救急治療の経験

申間市市木診療所；徳山秀樹

当診療所はへき地診療所という性格上、救急患者の往診を時々経験する。救急患者の往診先では、まず状況判断、可能な検査などを行い、以後の治療方針について迅速に決定しなければならない。その後適切と思われる対応にうつる。当診療所では積極的に在宅治療に取り組んでおり、救急患者の往診でも、可能なかぎりの処置治療を行うようにしている。在宅でどこまでの救急治療が可能もしくは許されるのか、当診療所で経験した在宅での救急患者の治療について紹介する。

## 3、消防機関が使用するトリアージ・タグの全国統一について

都城地区消防本部；救急救命士 永田洋洋

従前に、消防機関、日本赤十字社、自衛隊、医師会等各種機関がそれぞれ独自に制作していたトリアージ・タグ（傷病者の治療優先順位を決定する識別票）を平成8年3月に厚生省が標準化しました。それをうけ今後消防機関が使用するトリアージ・タグが平成8年7月に全国統一したので、ここに例示するものです。

## 4、外傷性脳血管空気塞栓症の一例

宮崎江南病院放射線科；内野 謙次郎、杜若 幸子、石井 雅浩  
同整形外科；深野木 由姫、戸田 勝 同脳外科；上田 孝

当院救急外来にて外傷性脳血管空気塞栓症を経験したので報告する。症例は21歳、男性で普通乗用車を運転中、交差点で道路右側の電柱に衝突。全身打撲にて救急車で搬送された。搬送時、血圧測定不能、過呼吸、眼瞼結膜では貧血を認めた。発語あるも意思の疎通なし。右頭部、下顎に裂創を認め、更にハンドル外傷と思われる右胸部打撲を認め、その他右手首の脱臼骨折、左下腿開放骨折を認めた。CPRを行うも甲斐なく搬送2時間後死亡した。CT検査にて肺挫傷、血気胸を認め、心血管系は虚脱し心腔内に air を認めた。また頭部CTにて動脈内に広範な gas density を認め脳血管空気塞栓症と思われた。

# Ⅲ、骨関節疾患/外傷

## 1、見逃された歯突起骨折（Anderson type II fracture）の1例

誠和会和田病院 脳神経外科；米山 匠、三倉 剛

椎葉村国民健康保険病院 整形外科；東 高広

20歳、女性。2年前に同乗していた車が事故に遭い受傷。来院時、顔面裂創と後頸部痛を認めたが神経学的に明らかな異常はなく、当時の頸椎単純写では異常なしと診断された。経過観察のため10日間入院していたが、その間継続して強い後頸部痛を訴えていた。その後は外来通院していたが入院期間を含め神経症状の悪化は認めていない。平成8年7月、職場の検診で頸部の spasm を指摘され、頸椎単純写で変形治療した歯突起骨折を認めた。

このように、初診時に頸椎単純写で骨折がないと判断した場合でも、患者が頸部痛を訴え続ける場合は骨折が見逃されている場合もあるため、最初の写真を見直す、ないしは再度単純写真、断層撮影（単純、CT）、MRIなどで評価し直すことが必要である。我々の反省の意味を含めて報告する。

## 2、痙攣発作にて受傷した胸腹部3度熱傷の経験

社会保険宮崎江南病院形成外科；近藤方彰 大安剛裕

痙攣発作にて意識消失し焚き火の上に倒れ込み、胸腹部を中心に約30%の3度熱傷を受傷した患者を治療する機会を得たので、治療経過、文献的考察を含めて報告する。症例は37歳男性で、近医にて応急処置後当科受診した。胸腹部、両上肢に3度熱傷を認め、左前腕は全周性で末梢の循環不全を認めたため、減圧切開を行った。入院中も数回の痙攣発作を生じたが、3回の手術の後、軽快退院した。

### 3、Spontaneous Infectious Discitis の一例

県立日南病院内科；新山恭子、田口利文、橋口 渡、園田定彦、三嶋和也、落合英幸、上田正人 同整形外科；矢野浩明、柳園賜一郎、長鶴義隆

症例。41歳男。発熱、頭痛あり、その後強い腰痛が出現し入院した。神経学的には両側 Lasque 徴候陽性で、左側根性坐骨神経症状があり、L3-5の叩打痛著明であった。入院時の腰椎単純X線では、椎体および椎間腔の異常はなく、CT/MRIでも椎間板の破壊は明らかでなかったが、Ga-骨シンチにて同部位への集積像を認めたため、Spontaneous infectious discitis と診断した。コルセット着用・安静、抗生剤投与を継続した。2カ月後、L4/5の椎間腔の狭化・椎体縁不整が認められ、MRIでも椎間板前方の破壊が著明となり、T2強調像で周囲椎体に高信号を認めた。Spontaneous infectious discitis は外傷や手術、感染症に続発する事が多く、当症例のように感染源となる既往のない場合は診断に苦慮する事があり、注意を要する。

### 4、交通外傷により両側大腿骨頸部骨折及び全身多発外傷を来した一例

県立延岡病院整形外科；中川徳郎 弓削孝雄 谷協功一 木屋博昭  
田口 学 田爪陽一朗 永田高見

外傷により両側大腿骨頸部骨折が同時に起こる事は非常に稀である。今回、右頭部顔面挫傷、くも膜下出血、頭蓋骨骨折、右上顎・蝶形骨骨折、右眼瞼挫創、右鼓膜穿孔、右橈骨遠位端骨折を合併していた。症例は、60才女性で、12月7日、後部座席に乗車中、車が電柱に衝突し畑に転落、救急車にて近医に搬入された。12月9日、当院にて、右眼瞼挫創に対してop、12月16日、全身麻酔下にて両側大腿骨頸部骨折に対して同時に骨接合術を施行した。外傷機転について文献的考察を加えて検討したので報告する。

## IV、腹 部

### 1、肝破裂を伴った多発外傷の1手術救命例

県立宮崎病院外科；西田卓爾、上田祐滋、上野隆幸、立野進、豊田清一  
同整形外科佐本信彦、山本恵太郎 同麻酔科；上原康一

患者は48歳男性で農作業中トラクターに巻き込まれ受傷し当院に緊急搬送された。顔面、耳介、会陰部、四肢の挫創、右第5、6、7肋骨骨折、右肺挫傷、右血胸および肝損傷と診断した。入院後Hbの低下と血圧下降が見られたため緊急開腹手術を行った。肝右葉に複数の破裂創を認め同部よりの出血が著明であった。出血傾向もあり肝切除は危険と判断し、肝縫合術、胆管ドレナージ、ガーゼパッキングを行った。同時に開胸止血および多発外傷創部の処置も行った。術後4日目にガーゼを除去し9日目に抜管した。左橈骨神経麻痺、急性十二指腸潰瘍以外には特に重篤な合併症も無く受傷後98日目に退院した。

### 2、保存的に治療し得た小児肝外傷の一例

潤和会記念病院内科；傅光義、山脇清一、矢野隆郎、佐々木昭、北野正二郎  
宮崎市郡医師会病院外科 島雅保、竹智義臣

症例は6歳女児、主訴は右側腹部痛。平成8年8月30日17時頃、自動車と接触し、救急車にて来院。来院時は意識清明、頭部及び四肢には擦過傷のみで頭部CTでも特に異常はなかった。右側腹部に擦過傷及び腹部に筋性防御が見られたため、腹部CTやエコーを施行。腹腔内出血と肝損傷が疑われ、宮崎市医師会病院に転送。腹腔穿刺にて血性腹水、貧血の増悪(最低値Hb;5.5)、発熱等が見られたが、vital signが安定していたため、輸液のみで経過観察した。受傷10日目のCTでは外傷性肝嚢胞や胸水が見られたが、保存的加療のみにて外傷性肝嚢胞の縮小及び貧血の改善がみられ、受傷後約1カ月で退院した。今回我々は、保存的治療のみで経過観察し得た小児肝外傷の一例を経験したので報告する。

### 3、下血にて緊急的処置を必要とした胃粘膜下腫瘍の一例

県立延岡病院外科；山口賢治、大地哲史、工藤俊介、林田和之、塩盛建二、落合隆志

下血により高度の貧血をきたし、倦怠感を訴え受診し輸血等の緊急的処置を必要とした胃粘膜下腫瘍の一例を経験した。症例は、54歳の女性。平成8年6月15日頃よりタール便出現。採血の結果ヘモグロビン4.6と低下していたため、至急輸血開始した。同時に、上部及び下部消化管内視鏡施行。貧血については軽快するも、上部・下部内視鏡では異常指摘できず出血源は不明であった。外来にて経過観察を継続していた。11月5日頃よりタール便再度出現。11月11日には、ヘモグロビン6.1と低下してきたため再度、緊急に上部消化管内視鏡施行施行したところ胃体中部後壁側に直径約5cmの球状に隆起した胃粘膜下腫瘍を認め、その頂上が粘膜欠損し凝血塊が付着していた。一時的に出血は止まっていたが、いつ再出血をきたすかわからない状態であったため、後日、胃全摘術施行した。

### 4、腹部救急疾患における超酸性水の使用経験

西都救急病院 外科；谷口雅彦、土田裕一

超酸性水はpHが2.7以下と極めて低く、かつ酸化還元電位が1100mV以上と高いため微生物の生育可能範囲を越えていること、溶存酸素と有効塩素を多量に含有することにより、細菌、真菌、ウイルス等に強い殺菌効果を示す。この強い殺菌作用により、医療機器の殺菌洗浄、医療施設等の消毒等に用いられている。一方、超酸性水は動物における毒性試験で、刺激症状を全く認めず、その安全性も高く評価されている。我々は感染創の洗浄水として超酸性水を使用し、劇的な効果を得た経験に基づき、今回、腹部救急外科疾患における術中の洗浄液として超酸性水を使用した。症例数は17例で、内訳は穿孔性虫垂炎8例、十二指腸穿孔4例、大腸穿孔2例、大腸破裂1例、小腸破裂1例、縫合不全1例であった。術後、腹腔内感染は全例において認めず、創感染は大腸破裂の1例にのみ認められた。超酸性水は術後感染が危惧される腹部救急疾患の術中洗浄水として有効性が期待できると思われた。

## V、胸部・心血管 -1-

### 1、TAEにて止血し得た上腸間膜動脈瘤破裂の2例

都城市郡医師会病院 放射線科；蒔田修、小野研、横山利美

症例1は61歳女性、症例2は82歳男性である。2例とも突然の腹痛とともにショックあるいはプレショック状態となり来院した。血液データにて著明な貧血がみられ、腹部CTでは腸間膜を中心に多量の腹腔内出血が認められた。緊急血管造影を施行したところ、症例1では前下降十二指腸動脈に紡錘状動脈瘤と血管外漏出像が認められ、症例2では中結腸動脈に紡錘状動脈瘤が認められた。ただちに親カテーテル内にマイクロカテーテルを挿入して、動脈瘤の遠位部及び近位部を数個のマイクロコイルにて塞栓した。術後2例ともに状態は改善し、軽快退院した。上腸間膜動脈瘤は希な疾患であるが、腹腔内出血の原因として念頭に置いておく必要があると思われた。又TEAは血管造影に引き続き直ちに治療へ移行でき、開腹手術の必要もないためまず施行すべき治療法と思われた。

### 2、緊急手術となった特発性血気胸の2症例

宮崎市医師会病院 外科；斉藤智和、矢野光祥、島雅保、塚本芳治、福島靖典、竹智義臣、吉岡誠

最近経験した特発性血気胸の2例を報告する。症例は31歳女性、23歳男性の2例である。いづれの症例も術前に著明な貧血と胸腔チューブよりの持続的出血を認めた。手術適応を含め報告する。

### 3、最近1年間の緊急血管外科手術症例の検討

宮崎市郡医師会病院 外科；矢野光祥、斉藤智和、福島靖典、島雅保、塚本芳治、竹智義臣、吉岡誠

宮崎市郡医師会病院における平成8年1月より同年12月までの1年間の緊急手術となった血管外科疾患の検討を行った。疾患は腹部大動脈瘤破裂、急性動脈閉塞が主なものであった。来院疾患の地域別検討も含め現況を報告する。

### 4、孤立性腸骨動脈瘤の2破裂例

県立宮崎病院心臓血管外科、同外科’；上野隆幸、湯田敏行、松元仁久、西田卓爾、山内 励’，竹中晃司’

我々は最近5年間に孤立性腸骨動脈瘤6例（破裂2例、非破裂4例）を経験した。今回は破裂例2例を中心に症例報告する。症例1は70歳男性で突然の腹痛、腹部膨満及びショックが出現し、椎葉から緊急搬送された。腹部CTで両側総腸骨動脈瘤と右総腸骨動脈瘤破裂と診断し、緊急手術を行った。手術はY型人工血管移植術及び虚血性結腸壊死が危惧されたため人工肛門造設術を施行した。術後敗血症から多臓器不全を併発し、術後13日目に失った。症例2は72歳男性で突然の腹痛、左腰痛及びショックで都城から緊急搬送された。腹部CTで左総腸骨・内腸骨動脈瘤破裂と診断し、緊急手術を行った。手術は直型人工血管移植術を施行した。術後特に重篤な合併症もなく、術後48日目に軽快退院した。

## VI、胸部・心血管 - 2 -

### 1、心電図及び心エコー図にて急性心筋梗塞症と診断してしまった一症例；今給黎医院：久保忠弘、今給黎承

今回心電図にてST上昇、心エコー図にて asynergy が認められ、急性心筋梗塞症と診断したが、緊急冠動脈造影にて有意狭窄を認めず、CPK上昇も認められなかった症例を経験したので報告する。症例は76才、女性。平成8年11月4日午後7時30分家人の看病中に胸痛が出現し、心電図にてV2-V6誘導でST上昇が認められ、当院へ搬送された。来院時の心エコー図にて心室中隔より心尖部にかけて無収縮を認め、急性心筋梗塞症と判断し、緊急冠動脈造影を施行した。冠動脈造影にて冠動脈には有意な狭窄は認められなかったが、左心室造影にて前壁から心尖部に無収縮を認めた。ST上昇は翌日の朝まで持続したが、経時的にCPKを測定するも上昇は認められなかった。以降狭心症は出現せず、12月2日慢性期の冠動脈造影を施行した。冠動脈に有意な狭窄は認められず、冠収縮テストも陰性であった。左心室造影では心尖部に低収縮を認めたが、急性期と比較して著明に改善していた。

### 2、重症肺梗塞の一例

都城市郡医師会病院内科、ICU\*；床島眞紀、山本章二郎、岩切弘直、小林浩二、矢埜正実\*

意識消失発作を繰り返した肺梗塞の一例を報告する。症例は61歳、女性。繰り返す意識消失を主訴に当科受診。受診時、突然意識消失、呼吸停止、血圧低下が見られ、心電図、ならびにUCGでRVの拡大CTでPAの拡大をみとめ肺梗塞を疑った。肺動脈造影を施行し両側肺動脈の広範囲塞栓と診断した。造影直後にスワン・ガンツカテーテルを挿入し肺動脈50mmHgと高かった。ウロキナーゼを30万単位静注した後、持続静注（26万単位/時間）を行った。治療開始7時間後に著明な出血傾向及び貧血が認められたため低分子ヘパリン、フサンに変更した。第5病日よりヘパリン持続静注にてACTを1.5~2倍にコントロールした。第5病日にはDICは改善していたが肺高血圧および心拍出量低下が持続した。第7病日には血行動態の著明な改善が得られた。10日間の人工呼吸を行った。

### 3、横紋筋融解症・腎不全・脳症を来したレジオネラ肺炎の1例

宮崎市郡医師会病院内科；松元信弘、山下秀一

国民健康保険中部病院内科；児玉真由美

国立療養所村山病院リハビリテーション科；藤原俊之

症例は67歳、男性。主訴は高熱。1996年3月28日より悪寒・戦慄を伴って40度台の高熱が突然出現した。軽快しないため近医を受診、胸部X線上下肺野の異常影を指摘され4月1日当院に入院。PIPC、CTM、IPM/CS、VCMなどの抗生剤には全く反応せず、胸部X線上も異常影は急速に全肺野へと広がり全身状態は増悪傾向であった。横紋筋融解症と思われるCPK上昇、原因不明の急性腎不全や脳症も出現したため強くレジオネラ肺炎を疑いEMを投与した。その後より解熱し、全身状態も緩徐軽快傾向となった。血清学的検査にてレジオネラ抗体価が1024倍と著増しておりレジオネラ肺炎と診断した。レジオネラ肺炎においては肝・腎障害、脳症を伴うことが多く、菌体の産生するエンドトキシンによると言われている。多臓器の障害を合併し、急速に増悪する難治性肺炎に対しては常にレジオネラ肺炎の可能性を考慮しておく必要があると考えられた。

### 4、左冠状動脈主幹部病変の急性心筋梗塞に対して同部に対するPTCA及びステント留置により救命し得た一例

宮崎市郡医師会病院内科；宮本宣秀、石川哲憲、比嘉徹、柏木孝史

症例は79歳男性。胸痛、呼吸困難を主訴に救急車にて来院。収縮期血圧は100mmHg、起座呼吸で全身冷汗を伴い心電図上wide QRS、I,aVL,V1-6にST上昇、II,III,aVFにST低下を認めた。急性心筋梗塞と診断し緊急冠状動脈造影を施行したところ左冠状動脈主幹部(LMT)にfilling delayを伴う99%の狭窄を認め、側副血行路は認めなかった。直ちに気管内挿管、IABPを挿入し、LMTに対しPTCAを施行した。しかし病変部に解離生じたため引き続きステントを留置し、スムーズに拡張した。術後は抗凝固抗血小板療法を十分に行った。Ckmaxは11600mg/dl、CI 1.8 l/min/m<sup>2</sup>、SV 22 mlまで低下したが、CCU管理にて次第に心機能は改善し、2週間後に抜管、IABPより離脱し、6週間目に徒歩にて退院した。LMTにおける急性心筋梗塞は救命が極めて困難である。緊急CABGも考えられるが準備時間がかかり施設も限られる。今回同病変に対しステント留置にて急性期をしのぎ、救命する事ができたので報告する。

### 5、経食道心エコーによる心肺蘇生時の心拍出のモニタの経験

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；新名克彦 立山真吾 松影昭一

河野太郎 長田直人 高崎真弓 同救急部；氏家良人

心肺蘇生(CPR)時に経食道心エコー(TEE)を用いて心拍出をモニターする試みは諸外国では若干の報告はあるが、本邦ではほとんどない。

症例：84歳女性。現病歴：96年11月14日7:25朝食後突然倒れ、救急車にて本院救急外来に搬入された。受診時身体所見は、瞳孔散大、自発呼吸なし、JCS III-300、脈拍触知なしの高度徐脈(30/min)のいわゆるCPAOAであった。TEEによるモニタの方法：仰臥位にてbi-plane型のTEEを挿入した。心臓マッサージの心拍出をビデオにまた心電図と観血的動脈圧を同時に記録した。また、胸骨の圧迫部位を変え、心拍出の変化を記録した。結果：心臓マッサージにより圧迫時に大動脈弁及び肺動脈弁が開放し、弛緩時に僧帽弁及び三尖弁が開放し、心拍出が得られた。圧迫部位の違いでは、通常の剣状突起からの1~2 cm上で、最もよい心拍出がみられた。考察：thoracic pump theoryに合致する記録が得られた。また、圧迫部位の違いによる心拍出の変化も観察された。

## Ⅶ、脳・神経

### 1、外傷性基底核部出血の1例

西都西児湯医師会立西都救急病院脳神経外科；伊勢田努力

外傷性基底核部出血には臨床経過の異なる2群がある。ひとつは重症びまん性軸索損傷例に見られるものであり、血腫自体は小さく重篤な症状を説明しうるほどの mass effect を示さない。もうひとつは局所神経症状に見合う mass effect を呈するもので、前者に比べ良好な転帰をたどる。後者は稀であり報告する。58歳、男性。2mの高さより転落。JCS30、右共同偏視、左片麻痺があった。CTでは右基底核出血(4.4.3)、前頭葉に脳挫傷があった。開頭基底核部血腫除去し、直後より神経症状の回復を見た。

### 2、破裂動脈瘤急性期塞栓術の2例

潤和会記念病院脳神経外科；宮原大作、伊勢田努力、中野真一

動脈瘤治療に clipping は確立された手技であるが、手技的に clipping 困難な例や poor risk で手術出来ない例がある。後者で clipping でせず、mechanically detachable coil で endovascular embolization 施行したので報告する。症例1は73歳男性、老人性痴呆、パーキンソン症の既往。Hand K grade1、Fisher group3、脳血管造影で右 IC-PC 動脈瘤 (neck 4mm)、右中大脳動脈閉塞があった。既往症、中大脳動脈閉塞より全身麻酔の risk を考え day 2 に endovascular embolization 行った。動脈瘤は完全閉塞し再出血無く食事自力摂取、車椅子の状態で退院した。症例2は79歳女性、老人性痴呆の既往。Hand K grade3、脳血管造影で右 IC-PC 動脈瘤があった。年齢、既往症により全身麻酔の risk を考え day 5 に endovascular embolization 行った。動脈瘤に対する endovascular embolization は長期経過観察の報告は無く、1手技上の risk。2 delayed hemorrhage の可能性。3 wide neck 例での partial embolization の破裂予防の効果。等明らかにされていない問題はあがるが、clipping 出来ない例では選択可能な方法と考える。

### 3、脳底動脈急性閉塞の一例

社会保険宮崎江南病院脳神経外科；池田徳郎 上田 孝

症例は56歳、男性。平成7年に小脳梗塞の既往がある。平成8年9月28日午前9時頃、突然の右片麻痺、意識障害にて発症。午前10時、救急車にて当院搬入。搬入時、意識レベル20/JCS、右動眼神経麻痺、右片麻痺を認めた。直ちにCT、MRAを施行し脳底動脈閉塞を確認し、経静脈t-PA治療を開始し、発症後3日目にはほぼ症状は軽快した。今回の症例に対する当科に於ける治療、ならびに経時的MRA、angiographyを呈示し、今回の病態について報告する。

### 4、聴性脳幹反応と内耳機能評価の蝸電図の併用

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部；新名克彦 立山真吾 松影昭一

河野太郎 長田直人 高崎眞弓

同耳鼻咽喉科；植木義裕 同第3内科；杉本精一郎 同救急部；氏家良人

聴性脳幹反応(ABR)を測定する場合、内耳機能が正常であることが前提であるが、昏睡患者で内耳機能を評価するのは困難である。脳死患者で ABR の I 波のない患者は60%以上あるといわれている。I波の消失が、内耳機能障害によるのか、中枢神経障害によるか明らかでない。昏睡患者の ABR で測定した I 波と、鼓膜または鼓室を介して導出記録した蝸牛電位(蝸電図)の有無を調べ、有用性を検討した。方法：昏睡患者7名を対象とし、ABR、蝸電図を記録した。結果：7名すべてで平坦脳波を認めた。このうちの5名で、ABRと蝸電図はいずれも無反応であった。残りの2名では、ABRは無反応であったが蝸電図では反応を認めた。

考察：蝸電図で反応がなければ、ABRによる中枢機能の判定は不確実である。I波が消失し蝸電図で反応があれば、中枢機能の障害を疑える。結論：ABRに蝸電図を組み合わせることで、内耳機能障害を除外できる。