

# 第 11 回

## 宮崎救急医学会 プログラム・抄録集

日 時 平成10年2月14日(土曜日)  
午後2時～

場 所 社会保険宮崎江南病院大会議室  
宮崎市大坪西1丁目2番1号

連絡先 社会保険宮崎江南病院

TEL (0985) 51-7575  
FAX (0985) 53-8821

# 第11回 宮崎救急医学会プログラム

開会の辞 (13:30~13:35)

## 《 一 般 演 題 》

---

### I 脊椎及び四肢 (13:35~14:31)

座 長 宮崎県立延岡病院 整形外科 谷脇功一

---

1 脂肪塞栓症候群の治療経験

宮崎県立宮崎病院 整形外科：○山田強一、小林邦雄、徳久俊雄、高妻雅和  
阿久根広宣、佐本信彦、今澤良精  
田爪陽一郎、井口明彦、山内弘一郎

2 動脈閉塞を伴った上腕骨開放骨折の一例

宮崎県立延岡病院 整形外科：○仙波 圭、谷脇功一、木屋博昭、弓削孝雄  
田口 学、中川徳郎、河原勝博  
心臓血管外科：桑原正知

3 Crush Syndromeの一例

宮崎市郡医師会病院 整形外科：○川添浩史、黒田 宏、山口政一朗  
外 科：竹智義臣  
内 科：山下秀一、田中弦一

4 小児広範囲熱傷の1例

宮崎県立宮崎病院 皮膚科：○宮国 均、立山 直  
麻酔科：窪田悦二、上原康一

5 有鉤骨鉤骨折の一例

社会保険 宮崎江南病院 整形外科：○深野木由姫、田邊龍樹、太田博人  
矢野浩明  
戸田整形外科医院 : 戸田 勝

6 3DC Tが有用であった胸腰椎脱臼骨折の1例

宮崎県立宮崎病院 整形外科：○阿久根広宣、小林邦雄、徳久俊雄

高妻雅和 佐本信彦、山田強一、今澤良精

田爪陽一郎、井口明彦、山内弘一郎

7 C4/5 bilateral facet interlockingの治療経験について

宮崎県立延岡病院 整形外科：○中川徳郎、谷脇功一、木屋博昭

弓削孝雄、田口 学、仙波 圭、河原勝博

---

II 頭 頸 部 (14:31~14:55)

座 長 宮崎県立宮崎病院 神経内科 中原啓一

---

8 視機能障害を呈したシンナー中毒の2症例

(医) 慶明会宮崎中央眼科病院：○日高孝輝、原田一道、津曲康一郎

9 臨床症状と心電図所見から、発症当初は急性心筋梗塞が疑われたクモ膜下出血の1例

宮崎県立宮崎病院 脳神経外科：内科：○落合秀信、福島 剛、山川勇造

福永隆司

10 脳血管障害と誤診した救急疾患患者の検討

潤和会記念病院 内科：○矢野隆郎、山脇清一、松浦由佳、佐々木 昭

脳神経外科：内ノ倉俊郎、宮原大作、伊勢田 努力、中野真一

放射線科：鈴木由紀子

---

III 胸 部 (14:55~15:27)

座 長 宮崎市郡医師会病院

柴田剛徳

---

11 閉塞性肥大型心筋症に完全房室ブロックを合併しうっ血性心不全を発症した1症例

(医) 洋承会今給黎医院：○久保忠弘、今給黎 承

- 1 2 Septic emboli 合併の感染性心内膜炎の一例  
宮崎県立宮崎病院 心臓血管外科：○上野隆幸、湯田敏行、松元仁久  
外 科：久 容輔、山内 励、竹中晃司
- 1 3 急性心筋梗塞後の心室中隔穿孔症例の検討  
宮崎医科大学 第2外科：○松山正和、中村都英、中嶋誠司、矢野義和  
阿部要蔵、中村栄作、綾部貴典、川野慎二  
関屋 亮、松崎恭憲、鬼塚敏男
- 1 4 カルペリチド（ヒト心房性ナトリウム利尿ポリペチド製剤）の著明な利尿  
効果があった慢性右心不全の1症例  
宮崎医科大学 集中治療部：○川越誠志、卜部浩俊、井上卓也、長田直人  
高崎真弓

---

#### IV 腹 部 （15：27～15：59）

座 長 社会保険宮崎江南病院 外科 下高原哲郎

---

- 1 5 急性腹症として発症した腸間膜嚢腫の一例  
宮崎県立宮崎病院 外科：○松田俊太郎、下菌孝司、豊田清一  
小児科：高畑 靖  
たまきクリニック：玉置瑞枝
- 1 6 空腸損傷を伴った左腎貫通性刺創の一救命例  
（医）泉和会 千代田病院 外科：○内村好克、遠藤穰治、千代反田晋
- 1 7 肝細胞癌破裂に対しTACEを施行し救命し得た1症例  
宮崎県立延岡病院 外科：○塩盛建一、大地哲史、工藤俊介、益山貞治  
井上耕太郎、落合隆志
- 1 8 当科における腸閉塞症例の治療方針と対策  
社会保険 宮崎江南病院 外科：○瀧川譲治、東 泰志、植村勝男  
下高原哲郎

---

Ⅴ 感 染 (15:59~16:15)

座 長 宮崎医科大学 集中治療部 井上卓也

---

19 カンジテック検査が陰性であったカンジダ血症の1例

宮崎医科大学 集中治療部：○井上卓也、松影昭一、古川貢之  
長田直人、高崎真弓

20 簡易MRSA選択分離培地で早期にMRSAの感染を推定できた2症例

宮崎医科大学 集中治療部：○ト部浩俊、井上卓也、川越誠志、長田直人  
高崎真弓

休 憩 (16:15~16:20)

総 会 (16:21~16:41)

# 《 パネルディスカッション 》

---

## I 宮崎の救急医療体制の現状と今後 (16:41~16:51)

座長 宮崎県立宮崎病院 脳神経外科 山川勇造

---

- 1 都城市郡医師会病院 ICU: ○矢埜正美
- 

## II 突然死について (16:51~17:11)

座長 都城市郡医師会病院 内科 小林浩二

---

- 1 心停止症例における蘇生退院率向上因子の検討  
都城市郡医師会病院 循環器科: ○小林浩二、岩切弘直、江藤拓磨  
ICU : 矢埜正美
  - 2 突然死について 一内部環境の異常を中心に一  
社会保険宮崎江南病院 内科: ○上園繁弘
- 

## III 頭部外傷及び脳卒中診断、治療の最前線 (17:11~17:51)

座長 潤和会記念病院 内科 矢野隆郎

---

- 1 脳梗塞の血行再建について  
局所線溶療法及び経皮的血管形成術を中心に  
金丸脳神経外科病院: ○駒棚龍一郎、金丸禮三、田村正年、大山 博

2 最新の脳動脈瘤診断と治療

—Helical 3D CT angiographyによる試み—  
社会保険宮崎江南病院 脳神経外科：○宮田史郎、上田 孝

3 Traumatic brain injury (TBI) に対する  
multimodality monitoring, intracranial cerebral pressure (ICP), jugular venous oxygen saturation (SJVO2), middle cerebral arterial velocity by transcranial color blood imaging  
及びARG—IMPによる脳血流量の有用性

潤和会記念病院 ICU、内科：○矢野隆郎、

脳神経外科：伊勢田努力、中野真一

放射線科：鈴木由紀子

4 椎骨脳底動脈系の破裂脳動脈瘤に対する早期手術

潤和会記念病院：○宮原大作、中野真一、伊勢田努力、内ノ倉俊朗

---

## IV 臓器移植の諸問題 (17:51~18:21)

座長 都城市郡医師会病院 ICU 矢埜 正実

---

1 日本臓器移植ネットワークシステムについて

日本臓器移植ネットワーク九州、沖縄ブロックセンター

チーフコーディネイター：田村京子先生

2 救急医療と臓器移植の諸問題：献腎移植を経験して

宮崎県立宮崎病院 外科：○豊田清一、上田祐滋、空閑啓高

---

## V 救急医療現場への看護婦サイドからの提言 (18:21~19:01)

座長 社会保険宮崎江南病院 看護部 鵜飼昭子

---

- 1 救急医療センター受付から病棟に上がるまでの現状  
(家族への配慮を考える)  
都城市郡医師会病院 ICU : ○小林靖美、白谷千鶴子
- 2 救急外来における看護体制の現状と今後の問題点  
潤和会記念病院 救急、集中治療部 : ○谷水富美江、中武恵美
- 3 看護部における24時間の患者受入れ体制  
－体制の変遷と現状報告－  
宮崎市郡医師会病院 : ○中山俊子、藤嶋順子
- 4 当院における救急外来でのかかり方と今後の課題  
社会保険宮崎江南病院 外来 : ○折田和子

---

## VI 救急医療現場への救急隊サイドからの提言 (19:01~19:21)

座長 宮崎市消防局北消防署 兼松圭次

---

- 1 宮崎市における現状と課題  
宮崎消防局南消防署 : 救急救命士 山下隆利
- 2 救急医療現場への救急サイドからの提言  
都城地区消防本部北消防署 : 救急救命士 福島勝郎



一 般 演 題

## I . 脊椎及び四肢

### 1 脂肪塞栓症候群の治療経験

宮崎県立宮崎病院 整形外科：○山田強一、小林邦雄、徳久俊雄、高妻雅和  
阿久根広宣、佐本信彦、今澤良精  
田爪陽一郎、井口明彦、山内弘一郎

脂肪塞栓症候群は、長管骨骨折や骨盤骨折の重篤な合併症の一つである。我々は、鶴田の大基準の全てを満たす脂肪塞栓症候群の1例を経験したので治療法、画像所見に対する検討を加え報告する。症例は23歳、男性、右大腿骨骨幹部骨折、両下腿開放骨折受傷し、受傷翌日より意識消失、呼吸状態悪化し、人工呼吸器管理を開始、胸部を中心に点状出血を認め脂肪塞栓症候群と診断し骨折部の安定化のため可及的に創外固定術を施行。受傷7日目に人工呼吸器より離脱。意識状態も清明となり回復に向かっている。治療は骨折部の安定化、呼吸管理と共に脳浮腫に対する治療が中心であった。

頭部CTにて斑状低吸収域病変を認めた。

### 2 動脈閉塞を伴った上腕骨開放骨折の一例

宮崎県立延岡病院 整形外科：○仙波 圭、谷脇功一、木屋博昭、弓削孝雄  
田口 学、中川徳郎、河原勝博  
心臓血管外科：桑原正知

今回、外傷性動脈閉塞を伴った上腕骨開放骨折の症例に対し緊急の血管造影と血行再建術を施行し良好な術後経過を経験した。24歳男性、平成9年3月13日交通事故にて当院救急外来搬送、レントゲン検査にて右上腕骨骨幹部開放骨折を認め、また同部に出血著しくないが右手指のチアノーゼ、冷感、動脈の拍動消失を認めたためただちに血管造影施行、骨折部にて上腕動脈の閉塞を認めた。同日、骨接合術、左大伏在静脈を用いた血行再建術、上腕屈筋群、伸筋群完全断裂に対し筋縫合術を施行した。また正中神経、橈骨神経、尺骨神経は伸展損傷であり、支配領域に麻痺を認めた。現在右上肢に血行障害なく、尺骨神経の軽度の麻痺と肘の屈曲伸展に軽度の障害を認める程度まで回復している。

### 3 Crush Syndromeの一例

宮崎市郡医師会病院 整形外科：○川添浩史、黒田 宏、山口政一朗  
外 科：竹智義臣  
内 科：山下秀一、田中弦一

Crush Syndromeは長時間の筋の圧挫により、高カリウム血症や急性腎不全を起こす症候群である。今回、その一例を経験したので報告する。症例は、55歳、男性。大型トラック運転中ハンドル操作を誤り受傷、両大腿を挟まれたまま車内に閉じこめられ、救出に約5時間を要した。

入院時著明な高カリウム血症を呈しており、直ちにグルコースインスリン療法を行なった。入院同日、循環動態を保つためには1000ml/hの急速補液が必要であった。経過中クレアチニン、BUNの上昇を見たがインアウトバランスを考え十分な尿量を保つことで、透析を行なうことなく正常化した。また、筋区画内圧の上昇に対し減張切開を行い、切開部に一時感染を起こしたが、創洗浄と抗生剤投与により克服でき、植皮を行なうことなく創閉鎖出来た。退院時まで検査データはすべて正常化し、入院から45日目、下肢機能のリハビリのため転医となった。

### 4 小児広範囲熱傷の1例

宮崎県立宮崎病院 皮膚科：○宮国 均、立山 直  
麻酔科：窪田悦二、上原康一

2歳7ヶ月女児、浴槽転落にて受傷。搬送時受傷面積は約90%で大半が2～3度と判断。2日目までの輸液量が過剰となり肺水種を来し、さらにRDSを合併した。陽圧呼吸とステロイドパルスで危機を脱するも、広範囲の気腫を来した。脱気と陽圧軽減にて気腫は消失。しかし抜管に1ヶ月を要した。

本症例から小児重症熱傷の急性期管理の難しさを再認識させられた。本症例での反省点と良かった点を提示する。

### 5 有鉤骨鉤骨折の一例

社会保険宮崎江南病院 整形外科：○深野木由姫、田邊龍樹、太田博人  
矢野浩明  
戸田整形外科医院 : 戸田 勝

臨床的には、稀ではないものの、手関節付近の捻挫として看過されやすい有鉤骨鉤骨折の1例を経験したので報告する。

患者は、32歳男性、週に1から2回ラウンドをし、平均スコア90代のアマチュアゴルファーである。2ヶ月ほど前より、ゴルフスイング中に左手関節部痛あるも放置していた。平成9年11月末、ラウンド中に突然左手関節遠位部尺側に疼痛出現。近医受診し、捻挫といわれ外用剤処方されるも、疼痛の軽快見えないため12月12日、当科初診。単純X線ではわかりにくい、CTにて有鉤骨鉤骨折を認めた。現在も当科通院中であるが、本骨折の診断、治療につき文献的考察を加え報告する。

## 6 3DCTが有用であった胸腰椎脱臼骨折の1例

宮崎県立宮崎病院 整形外科：○阿久根広宣、小林邦雄、徳久俊雄、  
高妻雅和、佐本信彦、山田強一、今澤良精  
田爪陽一朗、井口明彦、山内弘一郎

(目的) 3DCTが有用であった胸腰椎脱臼骨折を経験したので検討を加え報告する。(症例) 45歳、男性。平成9年7月22日電柱より転落、単純X線にて第1腰椎脱臼骨折を認めた。麻痺は認めなかった。胸写で肺膿瘍が偶然見付き治療後、9月2日T11からL2までのpedicle screw system (PSS) を用いた後方固定及び骨移植を施行した。9月15日より半硬性コルセットを着用して歩行を開始した。術後5カ月経過した現在、麻痺の出現もなく、alignmentの悪化もない。(考察) いままで単純X線、断層撮影、2DCTを組み合わせて立体画像を推測していた。3DCTでは特に後方要素が明瞭にわかり、骨傷の把握が可能であった。また、手術のシュミレーションにも有用であった。

## 7 C4/5 bilateral facet interlockingの治療経験について

宮崎県立延岡病院 整形外科：○中川徳郎、谷脇功一、木屋博昭  
弓削孝雄、田口 学、仙波 圭、河原勝博

今回我々は、C4/5 bilateral facet interlockingに対して、頭蓋牽引にて経時的に重錘を増やし、13kgまで牽引したところでinterlockingを解除させ、後方より徒手的にmanup

ulationを行なうことで整復位を得る事ができた。その後、前方固定術を施行した。

症例：61歳男性、平成9年10月29日、2mの高さより転落受傷、手足が動かなくなった。他医を経て転送され、直ちに頭蓋牽引を行なった。その治療経過について報告する。

## II . 頭 頸 部

### 8 視機能障害を呈したシンナー中毒の2症例

(医) 慶明会宮崎中央眼科病院：○日高孝輝、原田一道、津曲康一郎

長期にわたりシンナー吸引を続け著明な視力低下、視野障害を呈した2症例を経験した。いずれの症例も視力低下を主訴として受診、視神経萎縮を呈し視覚誘発電位(VEP)にて高度の障害を認めた。今回、それぞれに対してステロイド、ビタミンの大量投与を行い、視力、視野、網膜電図(ERG)、視覚誘発電位により視力、視機能の回復評価を行なった。投薬治療により1例目は視力右=光覚(-)、左=光覚(-)から右=0.01(n.c.)、左=0.01(n.c.)まで、2例目は視力右=0.06(n.c.)、左=0.03(n.c.)から右=0.4(0.9)、左=0.5(1.0)まで回復している。

受診時の視力低下に差異はあったが、早期に治療を開始することで良好な視力及び視機能の回復を得ることができたので、ここに若干の考察を加え報告する。

### 9 臨床症状と心電図所見から、発症当初は急性心筋梗塞が疑われたクモ膜下出血の1例

宮崎県立宮崎病院 脳神経外科：○落合秀信、福島 剛、山川勇造  
内 科：福永隆司

症例は73歳の女性。平成9年9月22日午後3時30分頃、自宅でひ孫を風呂に入れていたときに、突然全身の力が抜けたように倒れ込んだ。家族の呼びかけに対し反応がないため救急車が要請された。搬送中、救急車内の心電図モニターでSTの上昇が見られたので、急性心筋梗塞が疑われ当院内科に搬入された。来院時、血圧は82/60mmHgで、自発呼吸は失調性呼吸だった

。意識はJCS300であり、瞳孔は3mm大であったが対光反射は消失していた。角膜反射は保たれていた。来院時の心電図ではII, III, aVf, V4-6に著明なSTの上昇を認めた。発症1時間後のCK値は94だった。すぐに気管内挿管と用手換気が行われ、PTCRの準備がなされた。しかし念のため頭部CTを行ったところ、Fisher Gp IIIのクモ膜下出血(SAH)を認めたために、PTCRは中止となり当科紹介となった。Hunt and Kosnik Grade Vだったので、まずSpinal drainageを設置し血性髄液を排除し、人工呼吸管理を行った。発症後3日目にはJCS20まで意識レベルが改善したので、脳血管造影並びに動脈瘤のクリッピングを行った。その後は経過良好で、約2カ月後に自宅へ独歩退院となった。クモ膜下出血に心電図異常を伴うことは良く知られている。しかし意識障害で発症したSAHの場合には、臨床症状と心電図所見のみでは急性心筋梗塞との鑑別がときに困難なこともあり、やはり頭部CT検査は必須である。クモ膜下出血に伴う心電図異常を中心に報告する。

#### 10 脳血管障害と誤診した救急疾患患者の検討

潤和会記念病院内科：○矢野隆郎、山脇清一、松浦由佳、佐々木 昭

脳神経外科：内ノ倉俊郎、宮原大作、伊勢田 努力、中野真一

放射線科：鈴木由紀子

本院及び他院にて、脳梗塞超急性期と当初診断され本院に緊急入院となった他疾患3症例につき、誤診の原因及び問題点につき検討した。

症例の内訳は、有機リン中毒、低血糖発作、てんかん発作、3症例である。結果：1、意識障害に他の脳神経及び巣症状と思われる症状が合併した場合、単純に脳血管障害と診断してしまう固定観念がある。2、臨床の現場での、本当の意味での急性期の多彩な症状の出現の仕方を知らず、検査成績等をみて初めて気付く事が多い。(教科書及びマニュアルだけでは絶対経験できない) 3、急性期の治療を優先させるあまり、診断が治療可能な診断名に誘導されやすい。治療優先型外科型救急医療の弊害と危惧される。5、本人、家族、他医からの情報を十分検討していない。現在の本院脳梗塞救急医療の大きな問題であり、これらを系統的及び科学的に解決してゆく事が、今後の我々に課せられた目標の一つと判断された。

### III . 胸 部

#### 1 1 閉塞性肥大型心筋症に完全房室ブロックを合併し、うっ血性心不全を発症した1症例

(医) 洋承会今給黎医院：○久保忠弘、今給黎 承

閉塞型肥大型心筋症に完全房室ブロックを合併する症例は、文献的に報告が少ない。今回二つの疾患を合併し、うっ血性心不全を発症した症例を経験したので報告する。症例は、50歳男性。平成9年9月より咳嗽が出現し9月25日より呼吸困難、気分不良が出現し近医を受診。心電図にて完全房室ブロックが認められ当院へ搬送された。来院時胸写にて肺うっ血及び心拡大、心電図に完全房室ブロックを認めた。心エコーにて左心室全周性の壁肥厚、左心室流出路に50mmHgの圧較差を認めた。上記二つの疾患の合併にてうっ血性心不全を発症したと考え、治療としてVVIペースング及び少量の利尿剤投与を施行した。治療の結果症状及び胸写上も改善を見た。症例は、10月1日DDDペースメーカー植え込みを施行した。

#### 1 2 Septic emboli合併の感染性心内膜炎の一例

宮崎県立宮崎病院 心臓血管外科：○上野隆幸、湯田敏行、松元仁久  
外 科：久 容輔、山内 励、竹中晃司

症例は37歳の女性、平成3年に左鎖骨下にPacemaker (PM) 植え込み、平成4年に心房中隔欠損孔閉鎖術を受けていた。前医で平成9年5月PM交換後、感染併発し、6月にPM除去、右鎖骨下に新規PM植え込み施行、術後2ヶ月頃より発熱、湿性咳が出現し持続するため、11月17日に当科入院。胸写上、旧PM電極断端の右室内遺残、右下葉の異常陰影と胸水貯留を認めた。胸部CTで両肺野末梢に多発性炎症とその一部に空洞形成を認めた。UCGでT弁直上のPM電極及びP弁に疣贅を認め、septic emboli合併の感染性心内膜炎と診断した。大量の抗生剤で炎症を鎮静化し、12月2日準緊急に手術施行、PM電極除去、T弁の疣贅除去及び心筋電極植え込みを行なった。現在、術後経過は順調で、炎症も鎮静化している。

### 1 3 急性心筋梗塞後の心室中隔穿孔症例の検討

宮崎医科大学 第2外科：○松山正和、中村都英、中嶋誠司、矢野義和  
阿部要蔵、中村栄作、綾部貴典、川野慎二  
関屋 亮、松崎泰憲、鬼塚敏男

急性心筋梗塞後心室中隔穿孔（以下VSP）は、予後不良な疾患でありその手術成績は安定したものとはいえ、手術時期や方法についても議論の残るところである。当科では開院以来9例のVSPを経験したので、それらを検討し報告する。年齢は平均66歳、男3例、女6例で初期の3例は心停止下に、後の6例は心室細動下にVSPをパッチ閉鎖した。発症から手術までの日数は、1日から22日、平均9日であった。手術成績は手術死亡1例11%、病院死亡2例22%であり、心停止下手術例が2例66%、心室細動下手術例は1例16%の病院死亡であった。心室細動下手術は心機能温存という点からはVSP手術に対する有効な補助手段と考えられた。

### 1 4 カルペリチド（ヒト心房性ナトリウム利尿ポリペプチド製剤）の著明な利尿効果があった慢性右心不全の1症例

宮崎医科大学 集中治療部：○川越誠志、卜部浩俊、井上卓也、長田直人  
高崎真弓

症例は、6歳男児。1997年4月15日にファロー四徴症根治術後、心室中隔欠損孔のパッチ部のリークと新たな筋性部の心室中隔欠損孔の閉鎖術を2回行った。術後、腎機能が低下したため、第66病日目からフロセミドを3mg/hr/kgで26日間持続投与した。体重は8510gから7800gに減少し、右心不全は改善した。第117病日目、再び中心静脈圧が19mmHgに上昇したため、フロセミドを同量で13日間持続投与したが、尿量が1.6ml/hr/kgと少なく、第130病日目より、カルペリチドを5日間、フロセミドに併用して投与した。尿量は2.8ml/hr/kgへ増加し、中心静脈圧は13mmHgに低下し、心房性ナトリウム利尿ペプチドが800pg/mlから690pg/mlへ、脳性ナトリウム利尿ペプチドが1700pg/mlから1300pg/mlへとそれぞれ減少し、右心負荷は軽減した。



## IV . 腹 部

### 1 5 急性腹症として発症した腸間膜嚢腫の一例

宮崎県立宮崎病院 外科：○松田俊太郎、下菌孝司、豊田清一、

小児科：高畑 靖

たまきクリニック : 玉置瑞枝

腸間膜嚢腫は比較的まれな疾患であり、特異的な臨床症状及び所見に乏しく術前診断は困難である。今回、我々は激しい右下腹部痛及び吐気、嘔吐を呈し、術前の画像診断で腹腔内に嚢胞性病変を認めた患児に手術を施行した結果、腸間膜嚢腫であった症例を経験したので報告する。

症例は、5歳男児、平成9年9月13日から右下腹部痛が出現し、頻回の嘔吐を呈するようになり、前医の腹部エコーで腹腔内に多房性嚢胞を認め、9月16日当院紹介受診となった。入院時、腹痛は臥位で増強、坐位で軽減した。入院時検査所見で白血球、CRPに異常を認めず発熱もなかった。画像診断では腹部エコー、腹部CTで骨盤腔に多房性嚢胞を認めた。嚢胞内容は画像上2種類あると思われた。術前の腹部X線写真では、腸管ガスが臥位よりも立位の方が上に来る奇異な所見であった。術前診断は腹水を伴う急性虫垂炎を第一に考え、腸間膜嚢胞を鑑別診断にあげ9月16日に緊急手術を施行、回腸末端からは70cm口側の回腸腸間膜から発生した5～7の7個の腸間膜嚢胞を認め、病変を含む小腸合併切除を行なった。病理結果は腸間膜嚢胞に合致した。術後経過は良好である。

### 1 6 空腸損傷を伴った左腎貫通性刺創の一救命例

(医) 泉和会千代田病院 外科：○内村好克、遠藤穰治、千代反田 晋

症例は、29歳男性で口論中包丁で背部を刺され救急車にて来院、出血性ショック状態にあり緊急手術となった。凶器は肋間動脈、腰椎動脈を損傷し、更に左腎を貫通し腹腔内に達していた。本邦に於ける背部刺創の報告は少ない。一方、米国におけるこれらの報告は多く、議論の中心は治療における開腹の要否の決定にある。本症例に対し3度の手術(①左腎摘及び血管結紮 ②空腸縫合術及び腹腔内洗浄ドレナージ ③皮下膿瘍搔爬ドレナージ)を行い救命することができた。背部刺創における腎摘の適応及び開腹の要否の決定につき若

干の文献的考察を加え報告する。

#### 17 肝細胞癌破裂に対しTACEを施行し救命し得た1症例

宮崎県立延岡病院 外科：○塩盛建一、大地哲史、工藤俊介、益山貞治  
井上耕太郎、落合隆志

肝細胞癌破裂は非常に救命しにくいですが、今回TACEにて救命し得たので報告する。症例は、59歳女性。平成9年4月19日、突然の心窩部痛を自覚し前医を受診。Hbの低下がありエコーにて肝細胞癌破裂を疑われ、4月20日当院救急外来紹介となる。CTにて腹水を認めた。緊急血管造影施行し、S6に濃染を認めたが明らかな出血は認められなかった。SMANCS 4mg + sponge 1にてTACE施行。5月20日、脾機能亢進による出血傾向を認めPSE施行。結語：① 肝細胞癌破裂に対しTACEにて救命し、現在まで画像診断上再発を認めていない。② 大きさが3.5cm大と小さく、末梢であったため止血出来たと思われた。

#### 18 当科における腸閉塞症例の治療方針と対策

社会保険宮崎江南病院 外科：○滝川譲治、東 泰志、植村勝男  
下高原哲郎

腸閉塞症は、手遅れになると容易に敗血症からMOFを合併し致命的となるため、早期診断、早期治療が求められる疾患である。

今回、過去3年間の当科における腸閉塞手術症例18例の検討を行なった。良性疾患による腸閉塞は10例、悪性腫瘍による腸閉塞は8例であった。良性疾患のうち絞扼性イレウスは1例のみに認め、1994年以前の症例数に比べ明らかに少なかった。これは、入院時にイレウスチューブ(ロングチューブ)を透視下でできるだけ狭窄部位に近いところまで挿入する方針として、3年前よりこれを施行した結果と思われた。悪性腫瘍による腸閉塞症例8例のうち、4例に人口肛門造設術を施行し、4例は一期的手術を施行した。一期的手術の術後経過は良好であった。軽度の合併症を認めたものの全例、退院が可能であった。

1997年の腸閉塞手術症例9例のうち4例に腹腔鏡下(補助)イレウス解除術を施行した。当科ではLCSを用い、癒着剥離と腸閉塞部位の受動を行っている。いわゆる腸管癒着障害と腸閉塞は同一の病態とはとらえておらず、手

術を必要とする腸閉塞の起こる部位や機序について外科手術の経験や最近の当科における腹腔鏡下手術による知見から検討した。開腹手術時の腹腔内癒着の予防に対する試みについても述べる予定である。

## V . 感 染

### 19 カンジテック検査が陰性であったカンジダ血症の1例

宮崎医科大学 集中治療部：○井上卓也、松影昭一、古川貢之、長田直人  
高崎真弓

症例は36歳、女性、子宮頸部癌のため1996年10月、広汎子宮全摘術を受けた。高熱が持続し1997年8月に再入院した。右尿管カテーテル尿からカンジダが検出され、抗真菌薬を投与後陰性化した。9月2日、敗血症性ショックとDICを疑われICUに入室した。

気管内挿管後人工呼吸管理を開始。両肺野に瀰慢性陰影を認めARDSと診断した。再挿入した右尿管カテーテルから膿尿を認めた。9月3日、血圧が低下し、PCPSとCHFを併用したが、4日、心室細動が出現し永眠した。8月28日から30日にかけての血液培養検査は陰性だった。9月1日と2日のカンジテックテストは陰性であったが、同日の血液培養検査でカンジダが検出された。

カンジテックテストでは網内系で処理されたあとの菌体を抗原として、凝集反応の程度で判定する。本症例のように急激に菌体が血中に入った場合、貧食された後の抗原量が少ないため、偽陰性をきたす可能性があり注意を要する。

### 20 簡易MRSA選択分離培地で早期にMRSAの感染を推定できた2症例

宮崎医科大学 集中治療部：○ト部浩俊、井上卓也、川越誠志、長田直人  
高崎真弓

院内感染防止の対策としてメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（以下MRSA）を早期に発見することは重要である。今回、簡易MRSA選択分離（OPA）培地を用いて、検査部より迅速にMRSAの存在を推定できた2例について報告する。

第1症例は、60歳女性。頸椎の脊椎管拡大術後の呼吸管理を行った。術後

14日目、38度の発熱と喀痰量が増加したため検査部と当ICUで塗抹と培養検査を行った。ICUで行った塗抹検査ではグラム陽性球菌と陰性桿菌がやや多数みとめられた。OPA培地では、24時間後黄色調のコロニーを認め、コアグラゼテストも陽性であったためMRSAによる感染と判断し患者を隔離した。5日後、検査部でMRSAが確認された。

第2症例は65歳男性。直腸低位前方切除術、人工肛門造成術と胆嚢摘除術後の呼吸と循環管理を行った。入室後7日目、39度の発熱と粘調な喀痰が多量であったため第1症例と同様の検査を行い、ICUでは24時間後MRSAと推定し、検査部では4日目にMRSAが確認された。

ICUに入室する患者は易感染性であり重篤化する危険性が高い。OPA培地は24時間で選択的なMRSAの分離培養が可能であり、MRSAの早期推定と感染対策に有用である。

# パネルディスカッション

## I・宮崎の救急医療体制の現状と今後

### 1 宮崎の救急医療体制の現状と今後

都城市郡医師会病院 ICU：○矢埜正実

宮崎県の七つの二次救急医療圏の救急医療体制の現状を調査する機会を得たのでその結果を報告する。二医療圏は年間を通し内科、外科、小児科の三診療科を19.00～7.00まで開いており、一医療圏は医師会病院の当直等が前記の三診療科で夜間の救急患者に対応している。いずれも後方病院として医師会病院が機能している。さらに2年前に一医療圏で三病院による夜間救急輪番制度が始動した。その結果、たらい回しが無くなり、圏外搬送が減少している。以上が有効に機能している夜間救急医療体制である。残りの三医療圏中、二医療圏が休日夜間救急センターを19.00から22.30、23.00まで開いている程度で、一医療圏は特に対応していない。日曜、祝祭日における日中の当番医制度は全ての医療圏で実施しているが後方病院の確保は無いようであった。土曜日午後の救急当番制を実施している医療圏は無かった。宮崎県では年間を通した夜間救急受け入れシステムが四医療圏にあるように救急医療の量は充実しつつある。一方、緊急時に第二次救急医療施設から第三次救急医療施設への転送が円滑ではないとの指摘もあり、今後は量だけではなく質の向上が望まれる。

## II. 突然死について

### 1 心停止症例における蘇生退院率向上因子の検討

都城市郡医師会病院 循環器科：○小林浩二、岩切弘直、江藤啄磨

ICU：矢埜正実

【背景・目的】来院時心停止（CPAOA）に対する我が国の平均生存退院率は3%前後ときわめて低い。しかし、社会復帰率が10%を越える地域も存在する。我々は当院におけるCPA（心肺停止）を検討し蘇生退院率向上因子を分析した。【方法】対象は'89年～'97年までに発症から搬入直後までのいずれかの時点でCPAとなった236例である。CPAOA、来院前CPA

で蘇生後搬入（CPA蘇生後）、搬入直後CPA（CPAAA）の3群に分類し蘇生退院率を比較した。さらに蘇生退院例の臨床的特徴について検討した。

【結果】CPAOA群221例、CPA蘇生後群11例、CPAAA群4例のうち蘇生退院となったのはそれぞれ8例（3.6%）、4例（36.4%）、3例（75.0%）であった。蘇生退院となった症例の基礎疾患の多くは心疾患であり、半数近くに心室細動（Vf）が認められた。退院時の脳障害はCPA蘇生後群およびCPAAA群で少なく、CPAOA群では高度で多かった。

【考察】CPA発症後、早期のCPR開始が予後左右する。特に心疾患に由来するVfは除細動できれば予後は良好である。今回の結果およびby-stander CPR施行率の高い秋田市の例からみても、CPAの蘇生退院率向上因子は従来から言われている様な発症直後のCPRすなわちby-stander CPRの普及と結論できる。

## 2 突然死について（内部環境の異常を中心に）

社会保険宮崎江南病院 内科：○上園繁弘

突然死（sudden death）とは予期されない、自然に発生した急死あるいは瞬間死（instantaneous death）で、発症から1時間以内に死亡した場合を言うことが多いが、発症から24時間以内の死亡も含める場合もある。その原因は突然死の剖検報告によると、65.1%が心血管系、18.6%が脳血管障害であり、その予防として検診、人間ドックを通じて早期発見・治療が勧められている。また青・壮年時の突然死は、それまで行っていた仕事は中断され、残された家族は生活の礎が奪われることとなり、通常の病死よりも様々な問題を引き起こす。

当病院は多数の維持血液透析患者の導入・管理をしている関係上、急性腎不全、末期腎不全、維持透析患者の急変に遭遇する機会が多く、搬入時には電解質異常を伴っていることが多い。腎不全患者は細胞の内部環境を維持する事が困難であり、容易に電解質異常（特に高カリウム血症）を引き起こす。

今回腎不全患者を中心に当院で経験した、突然死と診断された維持透析患者及び、維持透析中に著明な高カリウム血症を来した症例を呈示しながら、突然死と内部環境の異常について検討したい。

### Ⅲ. 頭部外傷及び脳卒中診断・治療の最前線

#### 1 脳梗塞の血行再建について

局所線溶療法及び経皮的血管形成術を中心に

金丸脳神経外科病院：○駒棚龍一郎、金丸禮三、田村正年、大山 博

近年、脳血管用マイクロカテーテル及びPTAバルンカテーテルによる閉塞性脳血管障害に対する治療が広く行われる様になった。

我々が、1997年度に経験し得た局所線溶療法10例、PTA9例について結果及び問題点について検討したので報告する。

局所線溶療法を行った症例は、頸部内頸動脈1例、脳底動脈1例、中大脳動脈8例であった。また、PTAを行った症例は、頸部内頸動脈1例、頭蓋内内頸動脈2例、脳底動脈1例、椎骨動脈2例、中大脳動脈3例、外頸動脈1例である。

#### 2 最新の脳動脈瘤診断と治療

—Helical 3D CT angiographyによる試み—

社会保険宮崎江南病院 脳神経外科：○宮田史郎、上田 孝

これまで脳動脈瘤の診断および治療計画には専らカテーテル操作と造影剤を用いるconventional angiographyが用いられてきた。MRangiographyがそのスクリーニングの役割を担うようになってきているが、治療方針の最終決定において十分な機能を果たせるとは現時点では言い難い。最近我々は脳動脈瘤（破裂及び未破裂）の治療（多くは開頭動脈瘤頸部クリッピング術）計画を一部の症例においてHelical 3D CT angiographyのみで行い良好な治療成績を上げている。すべての症例において可能なわけではないがその有用性と問題点について報告する。



3 Traumatic brain injury (TBI) に対する multimodality monitoring, intracranial cerebral pressure (ICP), jugular venous oxygen saturation (SJVO<sub>2</sub>), middle cerebral arterial velocity by transcranial color blood imaging 及びARG-IMPによる脳血流量の有用性

潤和会記念病院 ICU、内科：○矢野隆郎、

脳神経外科：伊勢田努力、中野真一

放射線科：鈴木由紀子

交通事故による外傷性硬膜下出血及び脳挫傷にてGCS 5の状態にて緊急搬送され、頭部内外減圧術を施行された48歳女性の術後管理に関して、以下の結果を得た。1) ICP (CPP), SjVo<sub>2</sub>の持続モニター, TCDによるMCA flow velocity, P.I.の測定によりBrain circulatory reserve and complianceが評価でき、重症TBIの治療上有用であった。2) SPECTによるCBF定量のみでは、予後判定は困難であり、重症TBIの治療には、上記の如き multimodality monitoringが必要と考えられた。

4 椎骨脳底動脈系の破裂脳動脈瘤に対する早期手術

潤和会記念病院：○宮原大作、中野真一、伊勢田努力、内ノ倉俊朗

(目的)

我々は椎骨脳底動脈系の破裂脳動脈瘤に直達手術と塞栓術による早期手術を試み治療成績を検討した。

(方法)

1997年1月～12月の間に早期手術を行なった椎骨脳底動脈系の破裂脳動脈瘤9例を対象とした。年齢は23歳～82歳。Hunt & Hessはgrade 2が5例、grade 3が2例、grade 4が2例。

治療法は直達手術5例と塞栓術4例。

結果をgood recovery (GR), mild deficit (MD), severe deficit (SD), vegetative state (VS), dead (D) の五段階評価とした。

(結果)

直達手術群5例中がGR I例、MD 3例、SD 1例。塞栓術群4例中がGR 2例、SD 1例、D 1例であった。全例に術中破裂と経過観察中の再破裂は認めなかった。

(結論)

椎骨脳底動脈系の破裂脳動脈瘤に対する早期手術術は再破裂を予防し、脳圧コントロールや脳血管れん縮防止のための治療を積極的に可能にする。

## IV. 臓器移植の諸問題

### 【特別講演】

- 1 日本臓器移植ネットワークシステムについて  
日本臓器移植ネットワーク九州、沖縄ブロックセンター  
チーフコーディネイター：田村京子
- 2 救急医療と臓器移植の諸問題：献腎移植を経験して  
宮崎県立宮崎病院 外科：○豊田清一、上田祐滋、空閑啓高

1997年10月に臓器移植法案が成立致しましたが、まだ多くの問題点があり、解決せねばならないことが多々あります。県立宮崎病院外科にて1997年4月に献腎移植を経験いたしました。その報告を行うことによって臓器移植の現状を鑑みて、移植医療に関してこれからどのように対処するべきかを検討してみたいと思います。

## V. 救急医療現場への看護婦サイドからの提言

- 1 救急医療センター受付から病棟に上がるまでの現状  
(家族への配慮を考える)  
都城市郡医師会病院 ICU：○小林靖美、白谷千鶴子

夜間救急医療センターの受診患者は、年間15,000人を越え、その内約

550名が入院している。救急車で搬送されてくる患者は言うまでもないが、入院する患者の多くは重篤である。搬送された患者は処置室で診察、検査、処置を受けるが、同伴して来た家族が次に患者の姿を見る時は、既に入院が決まり病室に上がる時のこともある。病状から入院は予測していても、ベットサイドでの付き添いも不可能な事があり、ICUとなると面会も制限される。従って入院時に十分な説明を受けていないと不安がより強くなると思われる。ましてや突然遠方へ転送するとか、手術になるとか聞かされた場合も同様であろう。過去1年の入院になった患者の受付から病棟に上がるまでの時間を調査してみると、待時間がかかなり長い事が分かった。一刻を争う場合は、十分な説明をする前に入院が決定することもある。医療の現場は常に救命が優先する。近年インフォームドコンセントの必要性が重視されている。患者が今どんな状態で、今後どうなるのか様々な思いでいる家族へ対し情報を提供する必要がある。説明に際して家族とどのように接するかを検討し、現状をさらに分析し問題を明らかにし家族への配慮の足掛かりとしたい。

## 2 救急外来における看護体制の現状と今後の問題点

潤和会記念病院 救急・集中治療部：○谷水富美江、中武恵美

目的：宮崎県の救急看護体制の実態を調査し、今後の問題点を検討する。

方法：宮崎県内救急告示機関52施設（初期～3次救急医療機関）の看護責任者に電話にて以下の質問を行なった。

- 1、救急専用外来の有無
- 2、救急担当看護婦の有無
- 3、救急担当看護婦の必要性の認識
- 4、救急医療に関する看護研修の有無
- 5、日本看護協会の救急認定看護師有無の認識
- 6、宮崎救急医学会への参加の有無

結果：看護婦の救急医療に果たす役割が軽視される傾向にあり、本学会を通じて啓蒙していく必要があると認識された。

## 3 看護部における24時間の患者受入れ体制

－体制の変遷と現状報告－

宮崎市郡医師会病院：○中山俊子、藤嶋順子

設立主体が宮崎市郡医師会である当院は、会員からの紹介による入院治療を主体とした開放型病院で、一般外来はない。二次救急医療機関の指定を受けて

いるが、実際には「転送患者をすべて受け入れる」という病院の運営方針により、一次から三次までの救急に対応している。

開院以来以上のような状況の中で、看護部としては限られた数の看護婦をどのように配置し、予測のつかない救急の受け入れを迅速、安全に、且つ看護婦の負担を少なく行うかを検討してきた。一般外来ではない外来（救急外来と放射線科を同一の看護単位）のあり方や、夜間急病センターの看護婦との協力体制。当直婦長との連携。現在とっている2交代勤務体制等について、ここに到るまでの経緯とその現状を報告する。それとともに、現状の問題点についても述べたい。

#### 4 当院における救急外来でのかかわり方と今後の課題 社会保険宮崎江南病院：○折田和子

当院の救急患者の取扱いは「原則としてお断りしない」という、病院の運営方針により、夜間・休日を問わず受け入れ対応している。

重症患者を救命するためには、医療機器の整備や医療従事者の動員体制をはじめ救急隊員との連携が重要視される。

また、救急看護に要求されることは、患者の状況を短い時間に的確に把握し看護に役立てることにある。当院での救急外来は、昼間は外来兼務、夜間は当直制で対応しているため問題点も多い。

今回、救急看護のあり方を見直すよい機会を得たので現状と今後の課題について述べる。

## VI. 救急医療現場への救急隊サイドからの提言

- 1 宮崎市における現状と課題  
宮崎市消防局南消防署：○山下隆利
  
- 2 救急医療現場への救急サイドからの提言  
都城地区消防本部北消防署：○福島勝郎