

第12回 宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

■日時 平成10年8月8日
午後1時から午後6時37分

■会場 サンピア都城
都城市早水町4503-10
電話 0986-26-8855

連絡先 都城市郡医師会病院
都城市大岩田5822-3
電話 0986-39-1100

蘇生・緊急処置

13:00～13:32

座長 県立延岡病院麻酔科 早野良生

1. 気管支動脈塞栓術により止血し得た転移性肺癌出血の一例
県立宮崎病院外科、同放射線科*
○内野竜二(うちのりゅうじ)、上田祐滋、星野祐二、豊田清一、清水勅君*、西川卓志*
2. 意識障害患者の気管内挿管について
和田病院脳神経外科
○三倉 剛(みくらたけし)、内之倉俊朗
3. 当院搬送までの救急処置が功を奏し、後遺障害も残さず救命しえたと考えられる心肺停止の1症例
県立延岡病院内科
○足利敬一(あしかがけいいち)、山家純一、加藤英司、森 孝志、児玉英昭
4. 自殺企図による大量出血からのCPA、現着時の病態判断
都城地区消防本部 救急救命士
○永田洋洋(ながたようよう)

脳・神経系 I

13:32～14:04

座長 都城市郡医師会病院
脳神経外科 河野寛一

5. ガラス片による穿通性左側頸部損傷の一例
県立宮崎病院脳神経外科、田野町国民健康保険病院外科*
○落合秀信(おちあいひでのぶ)、山川勇造、宮田史朗、山本貴敏*
6. 脊髄横断症状を呈した心房細動の一例
宮崎社会保険病院脳神経外科
○柳田 美津郎(やなぎたみつろう)、上田 孝
7. 軸椎骨折の一例
潤和会記念病院脳神経外科
○池田徳郎(いけだとくろう)、中野真一、伊勢田努力、米山 匠
8. 頸椎化膿性脊椎炎によりミエロパチーを起こした1例
県立延岡病院整形外科
○仙波 圭(せんばけい)、谷脇功一、木屋博昭、弓削孝雄、金井一男、田口 学、
川谷洋右、池尻洋史

特別講演

14:05～14:30

司会 都城市郡医師会病院 ICU 矢埜正実

宮崎県の救急医療体制について
—救急医療体制基本問題検討会の答申を受けて—

宮崎県福祉保健部長
○鈴木仁一(すずきじんいち)

パネルディスカッション

14:30～16:30

司会 都城市郡医師会病院 ICU 矢埜正実

宮崎の救急医療
今私たちに何が出来るか、何をしなければならないか？

1. 蘇生率向上に向けて何をすべきか (10分)

宮崎市消防局
○兼松圭次(かねまつけいじ)

2. 宮崎県の二次医療圏の現状について：各医療圏から (各5分)

宮崎県北部医療圏：	県立延岡病院	○早野良生
日向入郷医療圏：	千代田病院	○千代反田晋
西都児湯医療圏：	宮崎医大(前西都救急病院)	○土田裕一
宮崎東諸県医療圏：	宮崎市郡医師会病院	○竹智義臣
西諸医療圏：	小林市民病院	○三枝伸二
都城北諸県医療圏：	都城市郡医師会病院	○小野洋一
日南串間医療圏：	県立日南病院	○峯 一彦

休憩 16:30～16:40

総会 16:40～16:45

循環器系 16:45～17:17

座長 県立延岡病院心臓血管外科 桑名正知

9. 甲状腺機能亢進症による可逆性心筋障害を呈した2例
小林市立市民病院内科
○吉永恵一郎(よしながけいいちろう)、村永鉄郎、仲敷健一、野本浩一
10. 難治性心室性不整脈を合併する重症心筋炎に対して長期 PCPS 管理を施行することにより救命できた一例
宮崎市郡医師会病院循環器科、同心臓血管外科*
○宮本宣秀(みやもとのぶひで)、石川哲憲、岩切弘直、比嘉徹、柴田剛徳、柏木孝史、福島靖典*
11. Saddle embolism の2例
県立延岡病院心臓血管外科
○安元 浩(やすもとひろし)、桑原正知、早瀬崇洋、新名克彦
12. 心原性ショックを合併した左主幹部心筋梗塞に対して、冠動脈内ステント留置(bridge use)に続く CABG にて救命できた症例
宮崎市郡医師会病院循環器科、内科*、心臓外科°
○岩切弘直(いわきりひろなお)、宮本宣秀、比嘉徹、柴田剛徳、柏木孝史、椎屋智美*、山下秀一*、新名克彦°、福島靖典°

四肢・表皮 17:17～17:41

座長 近藤形成外科 近藤方彰

13. 足関節外果皮膚欠損、腱露出創に対する人工真皮(テルダーミス™)の使用経験
宮崎社会保険病院形成外科、整形外科*
○大安剛裕(だいあんたけひろ)、藤岡正樹、田邊龍樹*、大田博人*、矢野浩明*、深野木由姫*

14. 作業用エレベーターに挟まれ上腕動脈血栓性閉塞を併発した肘部不全切断の1例
宮崎社会保険病院 形成外科、整形外科*
○藤岡正樹(ふじおかまさき)、大安剛裕、田邊龍樹*、大田博人*、矢野浩明*、
深野木由姫*
15. 手指切断患者の緊急入院から退院までの経過について
宮崎社会保険病院 形成外科病棟
○渡辺久美子(わたなべくみこ)、亀田美穂子、坂元絹子、大岩根和美

腹部

17:41~18:05

座長 国立都城病院外科

奥村恭久

16. 急激な腹痛を主訴とした14歳のBochdalek孔ヘルニアの1例
県立日南病院外科
○川越誠志(かわごえせいじ)、峯一彦、篠原立大、吹井聖継、市成秀樹、柴田紘一郎
17. 最近経験したS状結腸捻転の2例
健寿会黒木病院
○長池幸樹(ながいけこうき)、牧野剛緒、岩田鉦司、伊藤泰教、黒木健
18. 若年性腹部大動脈瘤破裂の1例
県立宮崎病院心臓血管外科
○久容輔(ひさしろうすけ)、松元仁久、湯田敏行、岩村弘志

脳神経系 II

18:05~18:37

座長 和田病院脳神経外科 三倉 剛

19. 小児期に発生した破裂脳動脈瘤 2 症例の検討
県立延岡病院脳神経外科
○尾藤昭次(びとうあきつぐ)、中原 荘、高木修一

20. 局所線溶療法もしくは PTA を施行した verteobasilar insufficiency の 2 例
都城市群医師会病院 放射線科、脳神経外科 *
○矢村正行(やむらまさゆき)、生嶋一朗、蒔田修、有川章治*、小濱祐博*、河野寛一*

21. Hunt and Kosnik Grade 4 にて発症した動脈瘤破裂に対して、低体温療法を施行した 2 症例の検討
都城市群医師会病院 脳神経外科 ICU*
○小濱 祐博(こはままさひろ)、有川 章治、河野 寛一、矢埜 正実*

22. 脳低体温治療中の看護の問題点 看護用具の検討
都城市群医師会病院 ICU
○城戸竜一(きどりゅういち)、久松明美、白谷千鶴子

特別講演

司会 都城市郡医師会病院 ICU 矢埜正実

宮崎県の救急医療体制について

一救急医療体制基本問題検討会の答申を受けて一

宮崎県福祉保健部長

○鈴木仁一

昨年12月、厚生省の諮問機関である「救急医療体制基本問題検討会」の報告書がまとめられた。これによると、今後の救急医療体制のあり方として、地域（二次医療圏）における効率的な救急医療体制の構築、消防法に基づく体制（救急告示制度）と厚生省補助金による体制の一元化などの提言が行われており、今後、国の施策は、この報告書の方向で推移すると考えられる。

本県においては、社会生活環境の変化、疾病の多様化などによる、救急医療の需要の増加に応えるべく、昭和51年4月に「県救急医療問題懇談会」を発足させ、この懇談会の意見と国の施策を踏まえながら、昭和52年度から救急医療体制の本格的整備を推進してきた。この結果、初期・2次・3次の救急医療体制が県下全域を網羅する形で整ってきた。

また、平成7年1月の阪神・淡路大震災を契機として、「災害医療」の確保・充実が求められており、平成9年3月、県立宮崎病院をはじめとする10病院を「災害拠点病院」として指定し、これらの整備・充実を図ることとしている。

現在、救急医療をとりまく状況の変化に対応できるよう、救急医療体制の在り方を検討しており、本年度改訂する「宮崎県地域保健医療計画」の中に位置づけることとしている。

パネルディスカッション

宮崎の救急医療

今、私たちに何が出来るか、何をしなければならないか？

司会 都城市郡医師会病院 ICU 矢笠正実

1. 蘇生率向上に向けて何をすべきか

宮崎市消防局

○兼松圭次

わが国の消防救急における最近の全国的課題として、蘇生率（社会復帰率）工場のため、さまざまな取り組みがなされていることは、関係者において周知のことであるが、要約すると次のとおりである。

- 1.119番通報時の段階で、適切な応急処置の指示。
 2. バイスタンダーによる応急処置を質的、量的に高めるための普及啓発。
 3. 救急隊員の適切な観察、処置、病院選定搬送の確立とそれを支える教育制度、環境整備。
 4. 搬送医療機関の確保と緊密かつ良好な指示連絡体制の確立。
- これらについて、先進的といわれる秋田市と宮崎県内消防の具体的な実践を紹介しながら比較するとともに、問題を提起し、望ましい展望を考察するものである。

2. 宮崎県の二次医療圏の現状について：各医療圏から

宮崎県北部医療圏：	県立延岡病院	○早野良生
日向入郷医療圏：	千代田病院	○千代反田晋
西都児湯医療圏：	宮崎医大（前西都救急病院）	○土田裕一
宮崎東諸県医療圏：	宮崎市郡医師会病院	○竹智義臣
西諸医療圏：	小林市民病院	○三枝伸二
都城北諸県医療圏：	都城市郡医師会病院	○小野洋一
日南串間医療圏：	県立日南病院	○峯 一彦

抄録は当日会場でお配りします。

討論には会場から積極的なご参加をお願いします。

蘇生・緊急処置

座長 県立延岡病院麻酔科 早野良生

1. 気管支動脈塞栓術により止血し得た転移性肺癌出血の一例

県立宮崎病院外科、同放射線科*

○内野竜二、上田祐滋、星野祐二、豊田清一、清水勅君*、西川卓志*

転移性肺腫瘍の10-20%に気道内出血を合併するとされるが、その多くは肺切除の適応とはならない。症例は60歳女性。H.8.3月、直腸癌に対して高位前方切除術、H.8.10月、多発肝転移に対して門脈右枝塞栓術、肝右3区域切除術を施行された。H.9.6月、多発性肺転移を認め全身化学療法を施行。H.10.2月22日、突然喀血(約300ml)し救急外来受診。肺転移出血を疑い緊急血管造影を施行。右気管支動脈からの腫瘍内出血を認め右気管支動脈塞栓術を施行し止血した。その後、喀血なく18日目に独歩退院となった。退院2週間後に再度喀血したため緊急気管支内視鏡を行い、右気管支B3aからの出血に対してバルーン圧迫止血した。しかし、同日再度喀血したため右気管支動脈塞栓術を施行し止血し得た。その後出血はなく現在全身状態は安定している。気道内出血に対する緊急止血法としてIVRは極めて有用である。

2. 意識障害患者の気管内挿管について

和田病院脳神経外科

○三倉 剛、内之倉俊朗

当院で最近経験した脳卒中による意識障害患者の長時間搬送時、呼吸停止、心停止となった事例を通して、意識障害患者の長時間搬送時の呼吸管理について論題を提供したい。脳卒中患者の意識障害例で、多くの場合、気道確保と誤嚥防止のために気管内挿管が行われることが多いが、挿管時の頭蓋内圧亢進を危惧するむきも多い。症例毎の判断が必要であると思うが、ガイドラインも必要であろう。そういう議論のきっかけになればと話題を提供する。また救命急士の気管内挿管についても言及する。

3. 当院搬送までの救急処置が功を奏し、後遺障害も残さず救命しえたと考えられる心肺停止の1症例

県立延岡病院内科

○足利敬一、山家純一、加藤英司、森 孝志、児玉英昭

症例は、24歳男性。健康診断で右脚ブロックを指摘されていたが、自覚症状ないため放置。4月13日、勤務先へ向かう路上でうつ伏せに倒れているところを発見される。近医の看護婦が現場に到着し、下顎呼吸、心停止の状態を確認し救急連絡と同時に心肺蘇生(CPR)を開始。救急隊現場到着時、呼吸停止、心室細動を確認し当科へホットラインで連絡。除細動等のCPR処置を施行しつつ当院搬送する。当院到着時、除皮質強直・血行動態の不安定はみられたものの自発呼吸、洞調律を認め救急外来で処置後に入院となる。その後、意識状態を含め全身状態は正常なレベルにまで回復し、現在は突然の心停止状態の原因究明のため電気生理学的に精査中である。本症例を有意な後遺障害も残さずに救命し得たのは、発症から当院搬送までの初期救急救命処置が奏功したためと思われる。現在までの精査の結果も含め今回報告する。

4. 自殺企図による大量出血からのCPA、現着時の病態判断

都城地区消防本部 救急救命士
永田洋洋

平成10年4月9日14時57分に覚知した自傷行為による自殺既遂者について報告します。年齢は50歳男、精神疾患が引き金になったものと思われます。患者は職場のトイレで内鍵をして、大型カッターナイフ(刃渡り8センチメートル)で右頸部を切る(右総頸動脈の2/3切断)。現着時、自発呼吸無く左頸動脈脈は触知できずCPA(心肺停止)状態と判断した。瞳孔は散大していた。心電計を装着すると30/分の波形が表示された。その3分後に心静止となりCPR(心肺蘇生法)をどうすればよいか躊躇した。現場に大量の出血がみられ、約4リットル程度と推定した。心マッサージをしても血液が無いだらう、あっても心マッサージのたびに創部から流失してしまうと考えました。救命士の行える特定行為は心停止状態の患者に限ってラリングマスク等による気道確保、血管確保、除細動の3項目です。

脳・神経系 I

座長 都城市郡医師会病院
脳神経外科

河野寛一

5. ガラス片による穿通性左側頸部損傷の一例

県立宮崎病院脳神経外科、田野町国民健康保険病院外科*

○落合秀信、山川勇造、宮田史朗、山本貴敏*

症例は31歳男性。あやまってガラス戸につっこみ受傷。割れたガラスの破片により左側頸部並びに左側頭部を損傷したため近医受診し、頸部CTで創内にガラス片を認めたために当科紹介入院となった。来院時、左C5領域の痛みとHorner徴候を認めた。CTを再検したところ、ガラス片は左胸鎖乳突筋の中腹からこれを切断しつつ刺入され、総頸動脈の後方をかすめ、椎骨動脈のすぐ外側のC5横突起後結節に刺さり粉碎した格好であった。手術は全身麻酔下に行った。刺入路からと、通常の頸椎前方手術のアプローチを組み合わせ、ガラス片と周囲構造物との関係を確認し、更に術中エコーを用いることにより異物を全摘出した。術後、症状は改善した。ガラス異物は摘出に際し術中レントゲンで確認しづらく、術中エコーがある程度有用であると思われた。また、ガラス片が頸部へ刺入された場合、頸部の運動並びに摘出操作に伴い周囲の総頸動脈、椎骨動脈、腕神経叢、交感神経幹などが損傷される可能性もあり、刺入路のみのアプローチに留まらず広くこれらの構造物が確認できる術野を得ることが必要である。頸部穿通性異物の摘出方法について考察を加え報告する。

6. 脊髄横断症状を呈した心房細動の一例

宮崎社会保険病院 脳神経外科

○柳田美津郎、上田 孝

症例は当院内科で肥大型心筋症、心房細動にてフォロー中の63歳男性。平成10年1月3日、13日に右下肢脱力出現するも軽快。3月21日、右背部痛、血尿出現。3月31日午後1時20分頃、自宅にて突然の両下肢麻痺出現したため当院当科に救急車にて搬送された。来院時、意識清明なるも両下肢のほぼ完全対麻痺みられTh10以下の全感覚障害みられた。緊急MRIにて胸髄、胸椎に異常を認めなかった為、心由来の脊髄動脈への塞栓を考え直ちにヘパリン、t-PAの点滴静注を行ったところ同日夕方には両下肢麻痺はほぼ回復。その後の腹部CTにて右腎梗塞、腹部大動脈内血栓を認め心由来の多発性塞栓症が考えられた。この様な症例においては迅速な病態の把握と治療が必要と思われた。

7. 軸椎骨折の一例

潤和会記念病院脳神経外科

○池田徳郎、中野真一、伊勢田努力、米山 匠

頭蓋・頸椎移行部外傷で神経症状のないもの、頭部外傷を伴うものは初診時見逃されることが多いといわれている。この部位が中下位頸椎に比べ脊柱管が広いこと、頭部外傷合併例は意識障害のため神経症状の把握が困難な事が理由であろう。我々は、階段から転落し頭部外傷を負って他院に入院し、2週間後に当院を独歩初診した頸椎軸椎骨折の一例を経験した。Halovestによる矯正外固定後、instrumentを用いた後頭骨頸椎後方内固定を行った。初診時診断の根拠になる症状、病歴につき考察した。

8. 頸椎化膿性脊椎炎によりミエロパチーを起こした1例

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、金井一男、田口 学、川谷洋右、
池尻洋史

症例:71歳、男性、既往歴:アルコール性肝炎。平成9年6月頃より左上下肢の筋力、知覚低下出現、徐々に増悪した。平成10年3月2日、突然四肢麻痺となり当科搬送、歩行不能、換気障害、膀胱直腸障害、巧緻障害、C4以下の知覚障害と筋力低下を認めた。検査データ上CRP2.6、ESR92mm(1hr)、WBC1011であり、頸椎X線像にてC3/4椎間板の狭小化を認めたため、発症後5日目に、緊急にてC2-6の椎弓切除術施行した。術後人工呼吸器管理等を経過し現在術後3ヶ月にて両下肢に軽度の知覚低下と筋力低下が残るものの歩行可能となり術後良好な経過を得た。

循環器系

座長 県立延岡病院心臓血管外科 桑名正知

9. 甲状腺機能亢進症による可逆性心筋障害を呈した2例

小林市立市民病院内科

○吉永恵一郎、村永鉄郎、仲敷健一、野本浩一

【症例】症例1. 33才、女性。平成9年12月23日、顔面浮腫出現。平成10年1月2日、夜間呼吸困難増悪し当科受診。胸写CTR72%、肺うっ血像。心エコーEF35%。利尿剤では心不全のコントロール不能で、急性期は他院でIABPにより加療。初診時、TSH0.05以下、f-T3 20以上、f-T4 8.0以上、甲状腺シンチは取り込み亢進していた。IABP、β-ブロッカー、ヨード、プロピルチオウラシルにて改善。症例2. 51才女性。平成10年3月、労作時呼吸困難。4月1日、全身浮腫。4月8日、症状増悪し当科受診。胸写CTR60%、肺うっ血像。心エコーEF77%。初診時採血、TSH0.05以下、f-T3 6.16、f-T4 2.99、甲状腺シンチ、取り込み亢進。利尿剤、β-ブロッカー、ヨード、プロピルチオウラシルにて改善。【結語】甲状腺機能亢進症による可逆性心筋障害を呈した2例について報告した。

10. 難治性心室性不整脈を合併する重症心筋炎に対して長期PCPS管理を施行することにより救命できた一例

宮崎市郡医師会病院循環器科 同心臓血管外科*

○宮本宣秀、石川哲憲、岩切弘直、比嘉徹、柴田剛徳、柏木孝史、福島靖典*

症例は68歳男性。発熱、全身倦怠感を主訴に近医を受診したが心電図異常のため当院紹介となった。血圧94/70 mmHg。心電図はリズム不整のwideQRS波で、心エコーでは心尖部から心基部にかけ広範に無収縮域を認めた。IABPを挿入し、緊急冠動脈造影を施行したが虚血性心疾患は否定された。PCWP 21mmHg、PAP34/20mmHg、RAP11mmHgで心拍出量は計測不能であった。重症心筋炎と考えカテコラミン、IABPにて経過観察したが心室頻拍・細動が頻発し電氣的除細動を施行するも成功せず、CPR下にPCPSを挿入した。翌日、心電図上の電氣的波形は認めるものの心室の機械的収縮は殆ど消失し、自己血圧は全く認めなくなっていた。しかし、第4病日より次第に左室壁運動は回復し、自己心拍出を認めるようになった。第9病日にPCPSより離脱、第12病日にはIABPより離脱した。その後はカテコラミンからも離脱しPCWP14mmHg、心拍出量4.5 l/minと軽快、救命することができた。

11. Saddle embolism の 2 例

県立延岡病院心臓血管外科

○安元 浩、桑原正知、早瀬崇洋、新名克彦

Saddle embolism に対する治療の正否は患者の生命予後や QOL に多大な影響を与える。今回われわれは saddle embolism の 2 例を経験したので問題点を考察し報告する。症例 1 は 70 歳、1998 年 4 月に腹部大動脈瘤で Y グラフト置換術施行、術後経過良好にて自宅でリハビリ中であった。5 月 14 日午前 5 時 30 分頃突然両下肢に激痛が生じ、救急車にて当院搬送、Af を認め、臍部以下はチアノーゼを呈し、両側大腿以下の動脈は触知しなかった。saddle embolism と診断し、Fogarty catheter による血栓除去術を施行した。発症から手術まで 4 時間であった。症例 2 は 62 歳男性、10 年前の心筋梗塞により心室瘤を指摘されていた。今回脳梗塞にて近医入院中であった。1998 年 5 月 20 日午後 3 時 30 分頃突然下腹部痛が出現、近医受診した。下肢動脈触知せず急性動脈閉塞疑いにて造影 CT 施行し saddle embolism の診断にて当院搬送、緊急血栓除去術施行した。発症から手術まで 3 時間であった。

12. 心原性ショックを合併した左主幹部心筋梗塞に対して、冠動脈内ステント留置 (bridge use) に続く CABG にて救命できた症例

宮崎市郡医師会病院循環器科、内科*、心臓外科°

○岩切弘直、宮本宣秀、比嘉徹、柴田剛徳、柏木孝史、椎屋智美*、山下秀一*、新名克彦°、福島靖典°

49 歳男性、冠危険因子は喫煙。平成 10 年 5 月 3 日農作業中に突然胸痛が出現し、意識消失を伴うショック状態で救急車搬入された。発症から約 15 分後に当院へ到着し、心エコー上全周性に壁運動の低下を認め、心原性ショックとして IABP を挿入した。緊急冠動脈造影では左冠動脈主幹部の完全閉塞を認め、同部位に PTCA を行った。バルーン拡張後急性リコイルを生じ、ステントを留置した。術直後より、再灌流障害と考えられる心室細動が約 20 分にわたって頻回に生じ、PCPS 待機下に DC にて加療を行った。その後不整脈は消失したが、急性冠閉塞を考慮し、緊急 CABG (左内胸動脈使用) 施行した。術後は順調に回復し、第 19 病日に独歩にて退院となった。

結語 左主幹部病変による急性心筋梗塞に対して、PTAC(ステント)を橋渡しとして緊急 CABG を行い、救命し得た症例を経験したので報告する。

四肢・表皮

座長 近藤形成外科

近藤方彰

13. 足関節外果皮膚欠損、腱露出創に対する人工真皮(テルダーミス™)の使用経験

宮崎社会保険病院 形成外科、整形外科*

○大安剛裕、藤岡正樹、田邊龍樹*、大田博人*、矢野浩*、深野木由姫*

患者は6歳女性。乗用車にひかれ、左足関節外果開放骨折、皮膚欠損および腱露出創を受傷した。直ちにデブリードマンを施行し、骨露出面を局所双茎皮弁で被覆し、残った皮膚欠損創、腱露出創へ人工真皮を貼付した。創面は2週間で良好な肉芽様組織に覆われたため、薄め分層植皮術を施行した。術後4カ月の現在、足関節の拘縮、運動制限なく歩行している。人工真皮(テルダーミスR)は、牛コラーゲンからなるスポンジ内へ患者自身の線維芽細胞、血管が入り込む永久生着型の人工真皮として開発され、現在臨床応用されている。今回我々は、通常ならば遠隔皮弁又は血管柄付き遊離組織移植を要する腱露出創に対して人工真皮を使用し、これらの方法に比して遜色のない結果を得たので報告する。

14. 作業用エレベーターに挟まれ上腕動脈血栓性閉塞を併発した肘部不全切断の1例

宮崎社会保険病院 形成外科、整形外科*

○藤岡正樹、大安剛裕、田邊龍樹*、大田博人*、矢野浩明*、深野木由姫*

患者は45歳男性。作業用エレベーターに両手を入れていたところ誤作動し、左肘関節部不全切断と右上腕骨開放骨折を受傷した。鹿児島県での事故であり、近医を2院受診した後に紹介されたため、初診時には受傷から既に5時間が経過していた。左肘関節は完全に離断し、前腕とは上腕筋、上腕2頭筋の一部で繋がっていたのみであった。直ちにdebridementを施行した。末梢側前腕の血行が無かったため上腕動脈の切断を予想していたが、動脈は穿孔はしているものの連続性は保たれており、血栓による完全閉塞を来していた。血管壁の損傷が著しいため閉塞部分の上腕動脈を切除し、端々吻合した後に肘関節を固定した後に、前腕部の腫脹が著しかったため、減張切開を加え分層植皮を行った。血行再開までに受傷後7時間を要した。また術前、術中の出血で急性循環不全に陥ったため、2000mlの輸血、ウリナスタチン、ステロイドの投与を行った。術後3か月の経過で、切断肢は完全生着している。

15. 手指切断患者の緊急入院から退院までの経過について

宮崎社会保険病院 形成外科病棟

○渡辺久美子、亀田美穂子、坂元絹子、大岩根和美

手指切断は、不全切断と完全切断にわかれる。切断原因はさまざまであり、鋭利な刃状のもので切断した場合と、機械などに挟まれ受傷する引き抜き損傷などがあり、工作中的受傷で働きざかりの年齢層に多い。その受傷状況により予後は異なってくるが、外見的・機能的に、可能な限り元の状態に近づけるための再接着という目的は共通している。

本形成外科病棟には、何症例もの手指切断患者が再接着を目的に救急搬送されてくる。今回それらの患者が接着術を受け、リハビリを行い、社会復帰するまでの経過の事例をとおして報告する。

腹部

座長 国立都城病院外科

奥村恭久

16. 若年性腹部大動脈瘤破裂の1例

県立宮崎病院心臓血管外科

○久 容輔、松元仁久、湯田敏行、岩村弘志

症例は24歳男性平成9年12月7日、右下腹部痛を主訴に近医を受診し、翌日の腹部エコー、CTで腹部大動脈瘤破裂と診断された同日当科紹介され緊急手術となった開腹すると後腹膜血腫は腎動脈より頭側まで広がっておりFitzgerald(企型)と判定した。腹腔内には出血を認めなかった。動脈瘤の最大横径は68mm、長径は170mmで血管壁は薄く脆弱であった。右後壁に内膜の亀裂を認め同部位から破裂が進行したものと考えられた。人工血管置換術(Woven dacron graft 18mm×9mm)を施行し、術後経過は順調であった。病理所見は一部に嚢胞状中膜壊死を認めた。関節過進展、皮膚過進展、近視、口蓋裂などの身体的特徴が認められMarfan症候群の亜型が疑われた。

17. 急激な腹痛を主訴とした14歳のBochdalek孔ヘルニアの1例

県立日南病院外科

○川越誠志、峯 一彦、篠原立大、吹井聖継、市成秀樹、柴田紘一郎

Bochdalek孔ヘルニアの発症は新生児期に多く、それ以降の発症は比較的稀である。今回、我々は14才男性でバスケットボール中に急激な腹痛を主訴として来院したBochdalek孔ヘルニア症例を経験した。本症例は当初胃軸捻症を疑い内視鏡による整復を試みたが不成功にて緊急手術となった。胃の一部および脾臓が胸腔内に嵌頓したBochdalek孔ヘルニアであった。本症例につき若干の文献的考察とともに報告する。

18. 最近経験したS状結腸腸捻転の2例

健寿会黒木病院

○長池幸樹、牧野剛緒、岩田敏司、伊藤泰教、黒木健

症例1は90歳女性。平成7年9月5日上腹部痛が出現したため近医を受診し、腸閉塞の診断にて同院に入院した。腹痛が増悪したため9月6日当院に転院し、イレウスチューブを挿入したが腸閉塞は改善せず9月8日緊急手術となる。S状結腸は60cmにわたって絞扼による壊死がみられ、その部を切除吻合した。術後経過順調で軽快退院した。

症例2は80歳男性。平成10年4月12日上腹部痛が出現し、近医を受診し腸閉塞の診断にて入院した。4月13日腹痛が増悪、ショック状態となり、当院に転院。急性腹症の診断で緊急手術となる。S状結腸は100cmにわたって絞扼による血行障害がみられ、腸液を吸引し、整復のみで開腹した。術後1日目にショック状態の軽快なく死亡した。

S状結腸腸捻転は治癒がおくれると重篤な転帰をとるため、手術既往のない高齢者の腸閉塞では本疾患を考慮し、早期にCT、注腸などの検査を行う必要があると思われた。

脳・神経系 II

座長 和田病院脳神経外科

三倉 剛

19. 小児期に発生した破裂脳動脈瘤 2 症例の検討

宮崎県立延岡病院脳神経外科

○尾藤昭次、中原荘、高木修一

症例 1 は、12 歳男児。尾状核から脳室内出血にて発症、CT 上くも膜下出血は認められなかった。左内頸動脈分岐部と左内頸動脈前脈絡叢動脈分岐部に脳動脈瘤を認め、第 16 病日に前者にクリッピング、後者にラッピングを施行した。

症例 2 は、11 歳男児。SAH にて発症。Hunt and Kosnik grade 1 であった。左内頸動脈分岐部動脈瘤を認め、day 3 にクリッピングを施行した。

小児期の脳動脈瘤は、全体の 0.5~4.6% と少なく成人の脳動脈瘤とは異なった特徴を持っている。若干の文献的考察を加えて報告する。

20. 局所線溶療法もしくは PTA を施行した vertebrobasilar insufficiency の 2 例

都城市群医師会病院 放射線科、脳神経外科 *

○矢村正行、生嶋一朗、蒔田修、有川章治*、小濱祐博*、河野寛一*

椎骨脳底動脈領域の虚血性病変は、内頸動脈領域に比べ生命、機能予後が非常に悪い。最近ではそれらに対し、PTA や局所線溶療法を積極的に行う機運が高まってきているが、内頸動脈系に比べその適応は十分確立されているとは言えない。実際これまでの報告では、椎骨脳底動脈系の急性閉塞は死亡率 75% 前後と高く、局所線溶療法を行い再開通しても死亡率は 60% 前後と高く、未だ決定的に有効な治療法とは言えないのが現状である。我々は 2 例に対し、PTA もしくはウロキナーゼ動注による局所線溶療法を施行したので報告する。症例 1 は 66 歳男性で、発症の半年前に右中大脳動脈 M 2 の閉塞の既往があり、血栓溶解療法を受けている。突然の意識消失、嘔吐にて発症し、6 時間以内に血管造影を行い、左椎骨動脈起始部に 75% の狭窄を認めたため、血栓予防のためウロキナーゼ 30 万単位動注し、同部に PTA を施行した。その直後意識レベルは改善が認められた。症例 2 は 78 歳男性で、虫垂炎の術後数時間で、意識レベル低下、軽度の四肢麻痺にて発症した。3 時間後に血管造影を行い脳底動脈に 50% の狭窄を認めたが、穿通枝領域の血栓症を疑い左椎骨動脈よりウロキナーゼ 12 万単位動注した。その直後より意識レベル、四肢麻痺は徐々に改善が認められた。

以上より、vertebro basilar insufficiency に対する局所線溶療法は、今回の 2 例では治療直後に症状の改善は認められたが、治療後の再狭窄や出血の可能性を考えると、治療適応等についてさらなる検討が必要であると考えられた。

21. Hunt and Kosnik Grade 4にて発症した動脈瘤破裂に対して、低体温療法を施行した2症例の検討

都城市郡医師会病院 脳神経外科 ICU*

○小濱 祐博、有川 章治、河野 寛一、矢埜 正実*

Hunt and Kosnik Grade 4で発症した動脈瘤破裂に対して、施行した時期の異なる低体温療法の効果及び利用法の仕方について、検討した。症例1:72歳女性。突然の嘔吐と頭痛にて発症した。当科搬入時H&K G-4。Fisher G-4。発症翌日より軽度の意識レベルの改善あり、クリッピング術施行。術中より低体温療法を施行した。症例2:45歳女性。同様の症状にて発症した。当科搬入時H&K G4。Fisher G-4。発症翌日には意識レベルが改善し(JCS-10)、クリッピング術施行。発症4日目より意識レベルの低下と瞳孔不同、右片麻痺(-3)が出現したため、減圧開頭と同時に、低体温療法を開始した。低体温療法は脳浮腫をある程度抑制し、クリッピング時のワーキングスペースの確保が可能になる利点があり、術中の不要な脳実質の障害を予防できる。また、血管れん縮期には、虚血に伴う脳腫脹と機能障害から、保護する働きもあるようである。今回、当院での2症例は軽度の機能障害を残した以外には、ほぼ、通常の生活が送れるまでになったが、今後、グレードの悪いくも膜下出血に対して、少しでも救命率を向上し、機能障害を最小限にするためには、そのタイミング、温度設定、期間等のさらなる検討が必要と思われる。

22. 脳低体温治療中の看護の問題点 看護用具の検討

都城市郡医師会病院 ICU

○城戸竜一、久松明美、白谷千鶴子

脳低体温治療が見直されるようになり脳血管障害や重度の頭部外傷の治療が行われるようになった。当院でも'97 4月～, '98 3月までに11の症例を低体温治療している。低体温中の看護上の問題と、観察ポイントは一般にはICPのコントロール 肺合併症や感染の予防 電解質の異常や出血傾向の出現脳血液循環の保持 二次的脳損傷の予防 そして皮膚統合性障害の予防が述べられている。

今回11症例を通し冷却期間中の末梢循環障害による、軽度の凍傷、発赤を起こした症例があった。そこで冷却プランケットからの皮膚保護に視点を置き保護具を作成した。

結果、凍傷、発赤の予防だけでなく尖足予防にも効果的だった。