

# 第15回宮崎救急医学会

## プログラム 抄録集

会期 平成12年2月19日（土）  
午前11時から

会場 県立日南病院 2階講堂

会長 柴田紘一郎  
県立日南病院院長

事務局 県立日南病院  
日南市木山1丁目9番5号  
TEL 0987-23-3111  
FAX 0987-23-5142

## スケジュール（演題日程）

開会の挨拶 10:55 柴田紘一郎（県立日南病院院長）

胸部疾患 11:00～11:40 座長：枝川正雄（宮崎医科大学第2外科）

1. フレイルチェストの内固定に非侵襲的陽圧換気を用いた1症例  
宮崎医科大学附属病院集中治療部 成尾浩明 (HiroN@post1.miyazaki-med.ac.jp)、他6名
2. 両側反回神経麻痺を合併した外傷性気管完全断裂の1治療例  
宮崎医科大学第二外科 市成秀樹 (ichihide@post.miyazaki-med.ac.jp)、他9名
3. 胸部刺創の2例  
宮崎市郡医師会病院外科 綾部貴典 (tayabe@post1.miyazaki-med.ac.jp)、他3名
4. 食道癌手術後の急性呼吸不全に対し経皮的心肺補助装置が有効であった一症例  
宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部 松岡博史 (hm@fc.miyazaki-med.ac.jp)、他6名
5. 帝王切開術後肺塞栓をきたした一例  
県立宮崎病院産婦人科 大石善丈 (yohishi@pm.pref-hp.miyazaki.miyazaki.jp)、他6名

中枢神経疾患 11:40～12:04 座長：加塩信行（県立日南病院神経内科）

6. 再開通が得られ症状改善した内頸動脈閉塞4例の検討  
潤和会記念病院内科 矢野隆郎、他5名
7. 対麻痺と下部胸髄以下の全感覚障害を呈した一例  
宮崎県立宮崎病院神経内科 (neurology@pref-hp.miyazaki.miyazaki.jp)、延原康幸、他4名
8. 意識障害が遷延した急性散在性脳脊髄炎(ADEM)の一例  
県立日南病院内科 山田和弘、他8名

休憩 12:04～13:00（幹事会 12:30～13:00）

腹部疾患（1） 13:00～13:32 座長：上田祐滋（県立宮崎病院外科）

9. 原因不明の下行結腸壁内血腫の1例  
宮崎医科大学第2外科 黒木順哉 (kurojun@fc.miyazaki-med.ac.jp)、他10名
10. 鈍的外傷による脾内仮性動脈瘤破裂の1例  
西都市西児湯医師会立西都救急病院外科 吹井聖継 (kfukii@fc.miyazaki-med.ac.jp)、他2名

11.術前に診断し得た閉鎖孔ヘルニアの一例

宮崎生協病院外科 (mcoop@d1.dion.ne.jp)、吉田真一、他1名

12.泥酔時に飲み込んだビール瓶の破片により小腸穿孔を来したと思われるアルコール常飲者

宮崎市郡医師会病院内科 床島真紀 (dokt14@cure.or.jp)、他4名

**腹部疾患 (2) 13:32~13:56 座長：牟礼 洋 (串間市国民健康保険病院)**

13.緊急手術を行った妊婦急性腹症5例の検討

県立宮崎病院外科 山口 浩、他4名

14.小児の鼠径ヘルニア根治術の緊急手術例の検討

県立宮崎病院麻酔科 山下幸貴、他4名

15.下部消化管穿孔12例の臨床的検討

県立日南病院外科 川越誠志、他7名

**救急医療体制 13:56~14:28 座長：廣兼民徳 (宮崎医科大学救急医学)**

16.県立延岡病院の救急外来と救急病棟の患者状況

県立延岡病院救急病棟 深田洋美、他6名

17.串間市国民健康保険病院外科における緊急入院の概況

串間市国民健康保険病院外科 加藤健司、他1名

18.急性中毒発生時の宮崎市の医療体制

宮崎医科大学救急医学講座 廣兼民徳 (hiro2868@post1.miyazaki-med.ac.jp)、他4名

19.日南串間地区における大災害時の救急医療体制の検討

県立日南病院脳神経外科 牧原真治 (mackey@mackey.miyazaki.miyazaki.jp)

**特別講演 14:28~15:18 座長：柴田紘一郎 (県立日南病院院長)**

「地下鉄サリン事件に学ぶ病院内の危機管理について」

川崎医科大学救急医学高度救命救急センター

奥村 徹先生

休憩 15:18~15:28

総会 15:28~15:33

**心臓** 15:33~15:57 座長：矢野光洋（宮崎医科大学第2外科）

20.心原性脳梗塞の2手術例

県立延岡病院心臓血管外科 古川貢之 (fুরুk@fc.miyazaki-med.ac.jp)、他3名

21.心臓カテーテル検査中に発生した大動脈解離の一例

伸和会共立病院外科 米澤 勤、他5名

22.孤立性腸骨動脈瘤破裂の1救命例

県立宮崎病院心臓血管外科 井ノ上博法 (h-inoue@pref-hp.miyazaki.miyazaki.jp)、他3名

**セミナー** 15:57~16:57 座長：三倉 剛（誠和会和田病院脳神経外科）

「頭頸部・顔面における真の緊急性疾患とは？」

23.脳卒中 上田 孝（宮崎社会保険病院脳神経外科）

24.頭部外傷 森田能弘（県立日南病院脳神経外科）

25.頸椎疾患 谷脇功一（県立延岡病院整形外科）

26.顔面外傷 藤岡正樹（宮崎社会保険病院形成外科）

27.眼科疾患 齋藤真美（県立日南病院眼科）

**患者管理** 16:57~17:21 座長：早野良生（県立延岡病院麻酔科）

28.血中エンドトキシンが測定感度以下であったがポリミキシンB固定ファイバー（トレミキシン）による血液吸着療法が有効であった1症例

宮崎県立延岡病院麻酔科 日高正剛 (hidaka-777@pref-hp.nobeoka.miyazaki.jp)、他3名

29.劇症肝炎に血漿交換と持続血液濾過透析を施行し、救命し得た1例

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部 西村卓朗、他6名

30.重症頭部外傷患者に対する低体温療法の体温管理について

県立日南病院集中治療室 椎葉美智子、他3名

**整形・形成外科疾患** 17:21~17:53 座長：大田博人（県立日南病院整形外科）

31.胸椎椎間板ヘルニアの1症例

宮崎県立延岡病院整形外科 川谷洋右、他6名

32.胸腰椎破裂骨折に対する前方除圧再建術の治療成績

宮崎医科大学整形外科 有住裕一、他5名

33.軟部組織傷害を伴う手指PIP関節損傷に対するdynamic external fixationの経験  
宮崎社会保険病院形成外科 藤岡正樹 (m-fujioka@mwc.biglobe.ne.jp)、他1名

34.耳介欠損に対する再建の方針  
宮崎社会保険病院形成外科 西田温子 (harunish@miyazaki-nw.or.jp)、他1名

**脳血管疾患 17:53~18:17 座長：河野寛一（潤和会記念病院脳神経外科）**

35.高血圧性小脳出血を併発したクモ膜下出血 (SAH) の1例  
県立宮崎病院脳神経外科 落合秀信、他3名

36.脳ドックにて未破裂脳動脈瘤を指摘されたのち1年以内にSAHで発症した2症例  
潤和会記念病院 脳神経外科 米山 匠 (tkmynym@post1.miyazaki-med.ac.jp)、他3名

37.激しい頭痛で発症したChiari奇形の一例  
宮崎社会保険病院脳神経外科 柳田美津郎 (mitsuro@mnet.ne.jp)、他1名

**閉会の挨拶 18:17~18:20 柴田紘一郎（県立日南病院院長）**



## 「地下鉄サリン事件に学ぶ病院内の危機管理について」

川崎医科大学救急医学高度救命救急センター

奥村 徹（おくむら てつ）

東京地下鉄サリン事件の教訓をふまえ、化学災害を中心とした病院の危機管理体制について論じてみたい。

こと日本における災害対策は、自然災害を想定して計画そのものが立てられている。その隙をついた形になったのが、まさに東京地下鉄サリン事件であった。聖路加国際病院では、酸素や吸引の配管が外来廊下に配置され、礼拝堂はそのまま被災者収容場所となった。かといって構造上、聖路加国際病院が災害に対して完璧であったかというとは決してそうではない。病院の設備は、いわゆる化学災害を想定した建築にはなっていなかった。事件当日来院した640名の被害者のうち、二割にも満たない111名の入院患者を脱衣させシャワーを励行するので精いっぱいだった。

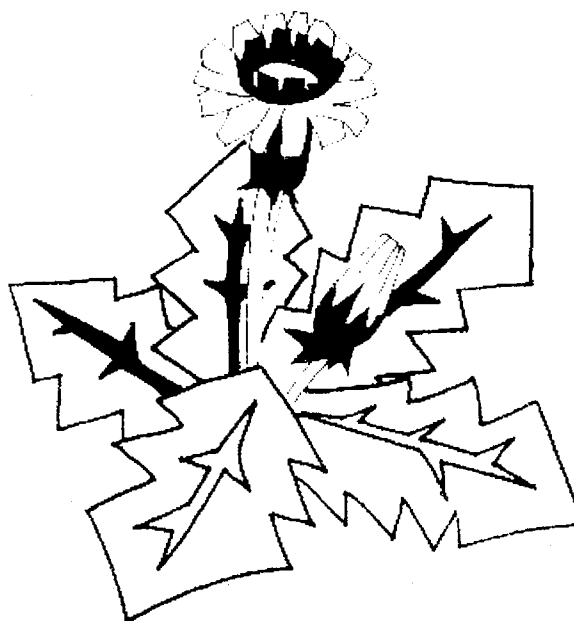
化学災害対策の基本的な概念は、まず被災者や病院を危険な物質から遠ざけることにある。そのため、事故現場の周りにホットゾーン（最危険地帯）を設定し、自由な人の出入りを禁ずる。さらに、その周りにウォームゾーン（準危険地帯）を設定し、基本的な救命救急処置を優先しながらも、除染（原因となった化学物質を洗い流すこと）を行ない、除染後の被災者は、コールドゾーンに移り、さらなる治療を受ける。それでも、これらのゾーニングが設定される前の段階では当然自力で被災者が直近の医療機関を目指す。これが、病院でも除染を含めた化学災害対策が必要になる最大の理由である。

災害における病院対応の第一歩は、指揮命令系統の確立である。緊急事態に対し、プロジェクト・チームを組んで、指揮命令系統の確立をおこなうインシデント・コマンド・システムは危機管理では重要な概念とされている。地下鉄サリン事件において聖路加国際病院では、たまたま月曜早朝の定例管理者会議の直後に発災したことも幸いし、院長、副院長が役割を分担し、早期に院内対策本部を救急センター内に設置することができた。しかし院内対策本部がどこに設置されたのかが職員にも徹底しておらず院内対策本部と院内各部署を結ぶ専用の通信手段を持たなかった。院内対策本部はまず、誰にでも分かる大きな表示が必要である。また、院内対策本部のメンバーは、明らかにそれと分かる服装が好ましい。そして、院内各部署との連絡は専用の小型無線機を携帯させるべきである。情報面で最も参考になったのは、松本サリン事件での治療経験を持つ信州大学病院院長との電話やFAXによる意見交換であり、自衛隊中央病院から派遣された医師からの情報であった。これは、いわば、自然発生的な医療情報ネットワークであった。

今後、特に、化学災害や集団中毒事件に関しては、中毒情報センターが、情報のコー

ディネーターとしてより一層の活躍が望まれる。現在では中毒情報センターを中心として、毒物専門家リストが作成され、内閣官房危機管理室を中心として「重大ケミカルハザード専門家委員会」が発足した。

中毒事件や化学災害においては、まずは、疑うこと、次には、原因物質を突き止めることである。このためには、被害者から、あらゆる検体を採取し、患者情報の統合にも務めなければならない。この間にも、バイタル・サインの安定に努めるとともに、治療を行わねばならない。「中毒といえば、解毒剤」と短絡して考えがちだが、過去の中毒事故においても、解毒剤のような特異的な治療以前の除染や胃洗浄腸洗浄、輸液の管理など、基本的な中毒治療が軽視されている気がしてならない。



## 胸部疾患 11:00~11:40 座長:枝川正雄

### 1.フレイルチェストの内固定に非侵襲的陽圧換気を用いた1症例

宮崎医科大学附属病院集中治療部

○成尾浩明(なるお ひろあき), 松岡博史, 西村卓朗, 押川満雄, 木佐貫 隆,  
濱川俊朗, 高崎真弓

【はじめに】フレイルチェストの治療として気管内チューブ留置のもとで陽圧換気を行い、内固定する手法がある。しかし気管内チューブ留置は侵襲的で合併症も多い。非侵襲的陽圧換気(NIPPV)を用いてフレイルチェストを完治させることができた1症例を報告する。

【症例】68歳の女性。10月16日の交通外傷。来院時、左右肋骨多発骨折、両側肺挫傷、右血気胸を認めた。胸郭のバンド固定、右胸腔ドレーン挿入を行った。18日に呼吸状態が悪化したため、気管内挿管後に当ICUに入室した。入室後SIMVで呼吸管理を行った。5日目に気管内チューブを抜管後、鼻マスクによるNIPPVに変更した。NIPPVはO<sub>2</sub> 3L/min, IPAP 4cmH<sub>2</sub>O, EPAP 4cmH<sub>2</sub>Oで行った。NIPPV中、内固定は良好で、患者は痛みを訴えなかった。7日目にO<sub>2</sub>マスクに変更し、8日目にICUを退室した。

### 2. 両側反回神経麻痺を合併した外傷性気管完全断裂の1治験例

宮崎医科大学第二外科

○市成秀樹(いちなり ひでき), 松崎泰憲, 枝川正雄, 前田正幸, 清水哲哉,  
原 政樹, 二宮浩範, 中村都英, 関屋 亮, 鬼塚敏男

【目的】今回交通外傷による気管完全断裂に両側反回神経麻痺を合併した症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】36歳男性、交通事故による全身多発外傷にて近医救急病院へ搬送。レベル200、心拍数30まで低下。心マッサージ施行とともに気管内挿管を試みるが、挿管困難のために緊急気管切開施行。両側血気胸、肺挫傷、気管断裂、脳挫傷、腹腔内出血、両大腿骨骨折などを認めた。3日目に当院へ緊急搬送となる。気切部皮下に膿瘍を認め、同日同部の開創、ドレナージ、気管縫合及び気管チューブ再挿入を行った。その後ウィーニングも可能となったが、両側反回神経麻痺が判明したため気管切開部にTチューブを留置し、食事訓練を開始した。現在Tチューブ留置状態で呼吸、摂食に問題はないが嚔声が残存している。

【結語】両側反回神経麻痺を合併した気管完全断裂症例を経験し、問題点について検討した。



### 3. 胸部刺創の2例

宮崎市郡医師会病院外科

○綾部貴典（あやべ たかのり），吉岡 誠，帖佐英一，福島靖典

1999年当院で経験した胸部刺創の2症例を報告する。＜症例1＞35才、男性。ナイフで右胸を2ヶ所刺され、救急車にて当院に搬送された。3cm長の右前胸部刺創と2cm長の右季肋部刺創を認め、胸部CTにて血胸と肺内血腫を認めた。入院後2時間で緊張性血気胸を認めショックとなり、胸腔ドレーンを挿入し、持続的胸腔内出血のコントロールのため緊急手術を施行した。右後側方第6肋間開胸アプローチにより、肋間動静脈からの出血部を縫合止血し、中葉損傷部を縫合閉鎖した。迅速な外科的治療により救命され、入院24日目に軽快退院した。＜症例2＞57才、男性。包丁で右胸を刺され、呼吸困難を主訴に当院を受診した。2cm長の右前胸部刺創を認め、胸部CTにて右外傷性血気胸と診断された。胸腔ドレナージを含む保存的治療が著効し、入院15日目に軽快退院した。＜まとめ＞胸部刺創は入院後の経時的胸腔ドレナージ出血量や循環動態を十分に観察し、開胸手術に踏み切るタイミングを逸しないように注意しなければならないと思われた。

### 4. 食道癌手術後の急性呼吸不全に対し経皮的心肺補助装置が有効であった一症例

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部

○松岡博史（まつおか ひろし），押川満雄，木佐貫 隆，西村卓朗，成尾浩明，浜川俊朗，高崎真弓

症例は54歳の男性。食道癌の診断で食道亜全摘術を施行され、術後呼吸循環管理のためICUへ入室した。人工呼吸器より離脱中、術後5日目に気管内より茶褐色の異臭を伴う膿汁が多量に排出され、呼吸状態が悪化した。気管支鏡検査で膿汁の流出部は不明であった。吸入酸素濃度(FiO<sub>2</sub>)100%でもSaO<sub>2</sub> 85%以下と動脈血酸素飽和度の低下が持続し、低酸素血症改善を目的に経皮的心肺補助装置(PCPS)を下大静脈送脱血で施行した。PCPSの補助流量は、人工呼吸器のFiO<sub>2</sub> 0.6以下でSaO<sub>2</sub> 95%以上を目標に調節した。補助流量は当初2.2 L/minであった。徐々に膿汁の流出が減少し呼吸状態の改善を認め、補助5日目に1.5 L/min，7日目に1.0 L/minとなり補助8日目（184時間後）にPCPSから離脱した。術後40日目に人工呼吸器より離脱できた。術後41日目にICUから一般病棟に退室した。

## 5. 帝王切開術後肺塞栓をきたした一例

県立宮崎病院産婦人科，同麻酔科<sup>1</sup>，同内科<sup>2</sup>

○大石善丈（おおいし よしひろ），重松敏之，嶋本富博，窪田悦二<sup>1</sup>，莫根 正<sup>1</sup>，  
中川 進<sup>2</sup>，福永隆司<sup>2</sup>

今回我々は帝王切開術後肺塞栓をきたした一例を経験したので報告する。症例は29歳で既往歴、家族歴に特記事項なし。近医より妊娠中毒症、および子宮内発育遅延の診断で当科紹介され入院管理となった。入院後経過良好で妊娠38週骨盤位の適応で帝王切開術を施行し健常児を得た。術後2日目立位歩行時突然胸痛が出現し立位不能となった。肺塞栓症による心原性ショックを疑い血管確保、ヘパリン投与、気道確保および酸素投与、橈骨動脈ライン確保、ドパミン投与を行い血圧は回復した。超音波断層法で右室の拡大をみとめ肺塞栓症と診断、ただちに透視下にスワングアンツカテーテルを挿入した。肺動脈造影にて血栓を同定し、経カテーテル的に血栓を除去した。右総腸骨静脈にも血栓を認めため、下大静脈フィルターを挿入した。経過良好で3日目の肺動脈造影で残存血栓は消失し、全身状態良好なため一般病棟に転棟した。血栓性素因の検査にて抗リン脂質抗体が陽性であった。

## 中枢神経疾患 11：40～12：04 座長：加塩信行

## 6. 再開通が得られ症状改善した内頸動脈閉塞4例の検討

潤和会記念病院内科，脳神経外科<sup>1</sup>，放射線科<sup>2</sup>

○矢野隆郎（やの たかお），宮内恵子，大橋 剛，池田徳郎<sup>1</sup>，米山 匠<sup>1</sup>，  
鈴木由紀子<sup>2</sup>

目的：急性内頸動脈閉塞に対する再灌流療法の適応を検討した。対象・方法：平成10年4月1日～平成11年11月31日までに入院してきた発症3時間以内の内頸動脈閉塞例の内、再開通に成功し症状改善した4症例（M/F 2/2, 61～87歳）に対し、実施した再灌流療法、側副血行、Initial dynamic CT、脳血流SPECT、完成した梗塞領域、ADLを検討した。結論：1) Initial dynamic CT、脳血流SPECTにて asymmetric index > 0.65を呈した。2) 側副血行は良好でありIC topでは対側より cross flowが認められた。3) ADLはGR以上であり、梗塞領域は内頸動脈灌流域の1/2以下であった。4) 症例を重ねて適応およびその限界につき今後も検討を重ねてゆく必要があるものと判断された。

## 7. 対麻痺と下部胸髄以下の全感覚障害を呈した一例

宮崎県立宮崎病院神経内科，整形外科<sup>1</sup>

○延原康幸（のぶはら やすゆき），湊誠一郎，中原啓一，出口伸治<sup>1</sup>，阿久根広宣<sup>1</sup>

症例は64歳女性。生来健康であった。平成11年9月16日朝、急激に下肢の脱力感が出現、徐々に増悪進行し当院緊急受診までの約2-3時間で完全対麻痺となった。神経学的にはTh8～10レベルに感覚過敏帯、それ以下は全感覚消失であった。膀胱直腸障害があり、下肢筋力は両側flaccidで膝蓋腱反射・アキレス腱反射は表出されなかった。脊髄血管障害を疑い検査を行うが明らかな異常所見は認められていない。髄液中ミエリン塩基性蛋白101ng/ml(<4)と高値を示したことから、本症例は脊髄脱髄性疾患と診断した。本症例では、臨床症状から明らかに下部胸髄レベルでの病変と診断されたが、施行した画像検査では病変部を確定できなかった。脊髄血管疾患、急性炎症性疾患、膠原病による二次的症状、脊髄炎と鑑別されるが診断確定となる随伴結果が得られずに経過していた。対麻痺の原因が初期検査にて確定できない場合の鑑別を、本例をケースモデルに時系列で検討したい。

## 8. 意識障害が遷延した急性散在性脳脊髄炎(ADEM)の一例

県立日南病院内科，神経内科<sup>1</sup>

○山田和弘（やまだ かずひろ），加塩信行<sup>1</sup>，速見真理子，崎山直樹，辰元 信，中山真菜，田口利文，生島一平，上田正人

症例は68歳、男性。1999年10月初旬より異常行動が出現し、10月6日より39度台の発熱が持続した。近医にて抗生剤の投与を受けたが軽快せず、10月12日に当科を受診した。初診時、39度の発熱、項部硬直、四肢の振戦及びJCSで2度の意識障害を認めたが、明らかな麻痺は認めなかった。髄液検査では、細胞数は768/3(単核球優位)、蛋白は582mg/dlと上昇、頭部MRIで多発性のhigh intensity area(T2強調画像)を認めた。ペア血清、髄液で有意なウイルス抗体価の上昇は認めなかった。以上より、ADEMが最も疑われ、ステロイドパルス療法を行なった。その後、意識障害はJCSで200度まで急速に進行したが、治療開始4週目より意識状態は急速に改善し、ほとんど後遺症は残存せず退院となった。

明らかな麻痺症状は示さず、意識障害が遷延したADEMの一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

## 腹部疾患（1） 13：00～13：32 座長：上田祐滋

### 9. 原因不明の下行結腸壁内血腫の1例

宮崎医科大学第2外科、同第1病理<sup>1</sup>

○黒木順哉（くろき じゅんや），関屋亮，土田裕一，小谷幸生，内野広文，宮崎哲眞，中村都英，松崎泰憲，鬼塚敏男，山下 篤<sup>1</sup>，住吉昭信<sup>1</sup>

症例は82歳、男性。平成11年4月19日腹痛と下血を主訴に近医を受診、腹膜刺激症状が認められたため、緊急入院となった。腹部CT上、下行結腸に腫瘤を認め、手術目的で21日当科に緊急転院となった。腹水穿刺で血性腹水を認めたため同日緊急手術となった。開腹すると多量の血性腹水と下行結腸壁内の小児頭大の血腫を認めた。下行結腸には約6cmにわたり限局性の壊死が見られ、左半結腸切除を施行した。本症例では外傷、抗凝固療法などの既往はなく、壁内血腫の原因と考えられるような基礎疾患も存在しなかった。今回、原因不明の下行結腸壁内血腫の1症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

### 10. 鈍的外傷による脾内仮性動脈瘤破裂の1例

西都市西児湯医師会立西都救急病院外科

○吹井聖継（ふきい きよつぐ），矢野義和，小谷幸生

患者は62歳男性、道路歩行中に乗用車と接触し左側腹部打撲して救急車で当院に搬送された。腹部エコー、腹部CT上左腎損傷、II型（腎表在性裂傷）で、後腹膜血腫が認められたが、他臓器に損傷を認めず、保存的に経過をみた。第4病日より食事開始し、経過は良好。第13病日follow up CTにて血腫は減少していたが、脾臓内に仮性動脈瘤と思われるHDAが認められたため血管造影を勧め転院予定とした。第17病日にショック状態となり仮性動脈瘤破裂と診断し、TAEの適応を考慮して他院へ転院となった。その後、緊急血管造影は施行されず、保存的に軽快。約1ヶ月半後の血管造影では、脾動脈は一部不整が認められたが再出血の危険性が低いと判断され、経過観察となった。現在、1年経過して経過良好である。

## 11. 術前に診断し得た閉鎖孔ヘルニアの一例

宮崎生協病院外科

○吉田真一（よしだ しんいち），末岡常昌

症例は78歳女性、手術歴無し。腹痛・嘔吐のため入院、イレウス状態で腹水も中等量認められた。右大腿部痛あるも外見上異常なし。骨盤部CTにて閉鎖孔ヘルニアと診断し、全身麻酔下に緊急開腹した。右閉鎖孔に回腸末端より約1メートルの小腸が嵌頓壊死しており部分切除術を施行、閉鎖孔のヘルニア門は腹膜下にメッシュをおいて閉鎖した。閉鎖孔ヘルニアは術前診断が難しく術中に診断されるケースが多いが、今回の症例ではCTによる術前診断が可能であったので報告する。

## 12. 泥酔時に飲み込んだビール瓶の破片により小腸穿孔を来したと思われるアルコール常飲者

宮崎市郡医師会病院内科

○床島真紀（とこしま まさとし），長友美達，大高洋平，京楽由佳，沼田政嗣

症例は38歳、男性のアルコール常飲者。1999年5月22日より2日間連続で多量に飲酒した。5月24日、意識消失、頻呼吸の状態で見送られ、当院へ搬送された。アルコール臭が著明で、ショックと高度の代謝性アシドーシスを認めたため、アルコール性アシドーシスと診断した。人工呼吸管理、持続的血液濾過などを含む集中治療を行ったところ、腎機能および全身状態の改善がみられた。経口摂取を開始して間もなく、高度の腹痛が出現した。小腸造影検査で回盲部からの造影剤の流出が認められたため、小腸穿孔を疑って緊急に開腹手術を行ったところ、小腸穿孔および同部からビール瓶の破片が発見された。泥酔時に割れたビール瓶の破片を飲み込んだものと思われたが、本人にはその記憶は全くなかった。アルコール常飲者ないし泥酔者の治療に際しては、予想外の合併症に対する配慮も必要である。

## 腹部疾患 (2) 13:32~13:56 座長: 牟礼 洋

### 13. 緊急手術を行った妊婦急性腹症 5 例の検討

県立宮崎病院外科

○山口 浩 (やまぐち ひろし), 上田祐滋 (y-ueda@pref-hp.miyazaki.miyazaki.jp), 川島英夫, 山内 励, 豊田清一

当科で最近6年間に経験した妊婦の腹部救急手術症例は、急性虫垂炎2例(妊娠7、8ヶ月)、クローン病による小腸穿孔1例(同6ヶ月)、卵巣嚢腫破裂1例(同8ヶ月)、絞扼性イレウス1例(同4ヶ月)であった。術後19日目に切迫早産した卵巣嚢腫破裂例以外は、母児共に問題無く全治退院した。一般的に妊婦では、腹部理学所見が取りにくいこと、妊婦特有の臨床症状や血液検査値を考慮すべきこと、X線被爆の問題等から術前診断が容易ではない。また術中には、子宮愛護的操作の必要性和麻酔への配慮から視野確保が困難な状況での迅速的確な手術操作が要求される。さらに催奇形性と術後早流産の予防に努める必要もある。今回、これら妊婦特有の留意点を再検討し文献的考察も加えたので報告する。

### 14. 小児の鼠径ヘルニア根治術の緊急手術例の検討

県立宮崎病院麻酔科

○山下幸貴 (やました こうき), 窪田悦二, 渡部由美, 莫根 正, 上原康一

小児の鼠径ヘルニアはよくみられる先天性疾患であるが、その嵌頓によって緊急手術となることがある。1993年度から1998年度までの県立宮崎病院手術室での小児の鼠径ヘルニアの緊急手術例について検討した。総数33例で、男児23例、女児10例であった。ヘルニア嵌頓により緊急手術となったものが24例であった。年齢分布は1歳未満が13例(嵌頓11例)、1歳から2歳未満が14例(嵌頓10例)、2歳から3歳未満が3例(嵌頓3例)、3歳から4歳未満が2例(嵌頓0例)、13歳が1例(嵌頓0例)であった。嵌頓例の23例、非嵌頓例の3例が挿管されていた。嵌頓例24例中6例に覚醒挿管がなされ、Crash inductionによる挿管が17例であった。麻酔の維持はセボフルレンを使用していたが、6例で笑気を使用しなかった。30例に0.5%カルボカインを使用し、仙骨麻酔を行った。全例とも術中特に問題はなかった。小児の鼠径ヘルニアの緊急手術の麻酔上の注意点について考察し報告する。

## 15. 下部消化管穿孔12例の臨床的検討

県立日南病院外科、同集中治療室<sup>1</sup>

○川越誠志（かわごえ せいじ），峯 一彦，中平孝明，百瀬文教，篠原立大，柴田紘一郎，香月 博<sup>1</sup>，長田直人<sup>1</sup>

1995年1月より1999年12月までに当科で経験した下部消化管穿孔12例の検討を行った。男性6例女性6例で年齢は51歳から94歳の平均78歳であった。病因は癌が5例、医原性が3例、憩室炎2例、硬便が1例、不明が1例であった。医原性の中には、最近経験した経肛門的イレウスチューブによる穿孔例も含まれる。術式は9例が結腸切除で3例が穿孔部縫合閉鎖であった。術後、6例が7日間以上の人工呼吸器管理を必要とした。手術死亡3例のうち、1例は術前ショック状態、1例は術前より心不全、残り1例は発症から手術までが6日間と長い症例であった。25日以上的人工呼吸器管理を要した3例を含む9例が軽快退院しており、予後不良な高齢者の下部消化管穿孔でも、集学的治療により救命可能と思われた。

救急医療体制 13：56～14：28 座長：廣兼民徳

## 16. 県立延岡病院の救急外来と救急病棟の患者状況

県立延岡病院救急病棟

○深田洋美（ふかだ ひろみ），梶本喜代美，柳田富美子，椛島福久美，戸上ナミ子，黒木豊子，銀島千代子

目的：県北の中核病院としての役割を担って平成10年4月心臓血管外科、ICU・CCU、周産期センター、精神科、救急病棟が開設された。今回当院の救急患者の状況を知るため、開設前と開設後の救急外来受診者数および救急入院数を調査した。

方法：H8・9・10年度時間外救急患者受診者数・時間外入院患者数・延岡市の救急車搬送状況（受入れ先）、H10年度救急病棟入院患者数・時間外診療科別救急患者数・勤務時間帯別救急患者の状況を集計した。

結果：当院の救急体制は夜間および土日祭日の外来受診者は救急外来で医師2名・看護婦2～3名の当直制と三交代制の併用で対応している。救急外来の受診者数をH8・9・10年年度別にみると4408人、4720人、5211人と年々増加している。救急病棟のベット数は16床である。開設したH10年度救急病棟入院患者数は1934人（含産科）1日の平均は5.2人（含産科）であった。これを診療科別にみると小児科の603人が圧倒的に多く次に内科399人、産婦人科386人、整形外科158人である。延岡市の救急車搬送の状況はH10年度は37%が当院で対応している。看護の立場からも救急医療体制の充実に向けて取り組むことの必要性を再認識させられた。

## 17. 串間市国民健康保険病院外科における緊急入院の概況報告（1995～1999）70歳以上の高齢者の比率

串間市国民健康保険病院外科

○加藤健司（かとう けんじ），牟礼 洋

平成6年度には串間市の65歳以上の高齢者比率は23.5%であり、全国平均の12.1%の約2倍となっている。高齢社会の先端を走っている串間市にある当院の緊急入院の現状を分析し、将来への対応に生かすため、本報告を行う。

95～99年の5年間で当院外科の総入院数は199～243名であった。

そのうち70歳以上の高齢者の占める比率は33～52%であった。また、救急入院の総数は96～105名で総入院に対する救急入院の比率は39.5～51.8%であった。救急入院での高齢者の占める比率は29.1～50.4%であった。すなはち、当科では救急入院が半数近くを占めていること、また、高齢者が特に救急入院が多いとはいえないということがわかった。他、各種分析を行い報告する。

## 18. 急性中毒発生時の宮崎市の医療体制

宮崎医科大学救急医学講座、宮崎市郡医師会病院<sup>1</sup>、県立宮崎病院<sup>2</sup>

○廣兼民徳（ひろかね たみのり），田畑 孝，寺井親則，綾部隆夫<sup>1</sup>，立山浩道<sup>2</sup>

近年、松本サリン事件(94'6/27)・地下鉄サリン事件(95'3/20)・和歌山カレー毒物混入事件(98'7/25)をはじめ毒劇物等により集団災害が発生した。このため厚生省は平成11年2月に都道府県の政令市に対し、危機管理体制を整備するよう指導・通達をした。これより、我々は宮崎市より委託を受け「急性中毒発生時の医療体制」について調査したので報告する。方法はアンケート方式とし、対象は宮崎市内全医療機関284ヶ所とした。期間は平成11年9月1日から9月30日までで、回答は231施設に上り回答率81.3%と高率であり、統計的な評価に耐えると判断した。この間の届け出患者数は50例で、中毒起因物質は自然毒が31例(62%)で最多であった。重症度は軽症(帰宅)が35例(70%)と最多で、入院は11例(22%)であった。中毒症例受け入れ可能な医療施設が25施設で約1割であったが、受け入れ病床数は総数80床程度で検討が必要と考えられた。



## 19. 日南串間地区における大災害時の救急医療体制の検討

県立日南病院脳神経外科

○牧原真治（まきはら しんじ）

あの阪神淡路大震災からすでに5年が経過するが、あの震災を機会に防災体制の見直しが行われているが、医療機関における対応について、検討はほとんど行われていないのが現状である。また、2000年問題で、電気・水などのライフラインを断たれた時の体制について検討する機会を与えられた事は、良い経験であった。今回の発表では、地域防災計画に基づき、発生する患者を見積もり、患者移送体制・病院間の通信体制・薬剤の備蓄体制・ライフラインの確保等について検討する。

心臓 15：33～15：57 座長：矢野光洋

## 20. 心原性脳梗塞の2手術例

県立延岡病院心臓血管外科

○古川貢之（ふるかわ こうじ），桑原正知，早瀬崇洋，安元 浩

症例1：63歳男性。以前2度の心筋梗塞の既往がある。平成10年4月に小脳梗塞にて他院に入院、5月にsaddle embolismを起こし当院へ搬送され緊急血栓除去術を施行した。術後CAGで#6; total, #4PD; 99%, #11; 75%の狭窄とLVGで心室瘤及び瘤内血栓を認めた。PTCA施行後、平成11年4月18日心室瘤切除と瘤内血栓除去を行った。

症例2：50歳男性。7年前他院にてPTMCを施行され、以後定期観察されていなかった。平成11年6月20日小脳梗塞を発症し近医に入院。僧帽弁狭窄及び左房内球状血栓を認めたため、6月28日当院へ搬送され緊急手術を行った。卵円窩中央を切開すると、PTMCの左房側中隔穿孔部に付着する有茎性球状血栓を認めた。血栓除去と僧帽弁置換術を行った。

## 21. 心臓カテーテル検査中に発生した大動脈解離の一例

伸和会共立病院

○米澤 勤（よねざわ つとむ），椎葉淳一，日高 敏，溝口直樹，清永 勉，  
赤須 巖

心臓カテーテル検査中の操作によって発生した胸腹部の大動脈解離を経験してしまつた。

症例は72歳、男性で、狭心症のため前回平成10年4月16日、心臓カテーテルおよび冠動脈造影検査が行われ、その結果右冠動脈（#2）の50%の狭窄を認めため、外来投薬フォローアップしていた。平成11年7月24日、急性心筋梗塞を合併し入院加療を行った。症状安定したため一旦退院とし、12月8日、心臓カテーテル及び冠動脈造影検査目的にて入院、同日検査を施行した。右鼠径部からのアプローチにて右心カテ、左心カテ、LVG、AoGを終了し、冠動脈造影用のカテーテルを挿入中に腹部から胸部にかけての下行大動脈に解離を合併した。

心臓カテーテルや血管造影検査に於いては、安全、慎重かつ確実な操作が要求される事を改めて痛感させられた。

## 22. 孤立性腸骨動脈瘤破裂の1救命例

県立宮崎病院心臓血管外科

○井ノ上博法（いのうえ ひろのり），岩村弘志，川島英夫，湯田敏行

孤立性腸骨動脈瘤は比較的稀な疾患で、自覚症状がないことから発見が遅れ、破裂が初発症状となることも少なくない。今回我々は、破裂を来した孤立性腸骨動脈瘤の1救命例を経験した。当科で現在までに経験した孤立性腸骨動脈瘤破裂症例3例の検討を加えて報告する。症例は75歳、女性。平成11年11月9日朝腰痛、便秘を主訴に近医を受診。診察の際意識消失発作をおこし地元中核病院へ搬送された。腹痛、腹部膨満が次第に出現したために腹部CT検査を施行。最大横径右7cm，左4cmの孤立性腸骨動脈瘤を認め破裂を来していたため当科へ緊急搬送された。同日緊急開腹術を施行。後腹膜、腸間膜及びS状結腸漿膜に及ぶ広範な血腫を認めた。腎動脈下で大動脈を遮断して瘤を切開し、Y字型人工血管置換術を施行した。血腫を含めた術中出血量は約13,000mlに及び術後DICが危惧されたが、出血傾向等の合併症は認められず順調に軽快し術後27日目に退院した。

## セミナー 15:57~16:57 座長:三倉 剛

### 「頭頸部・顔面における真の緊急性疾患とは？」

#### 23. 脳卒中における真の緊急性疾患とは？

宮崎社会保険病院脳神経外科

○上田 孝(うえだ たかし), 柳田美津郎

救急医療の現場で取り扱うことの多い脳卒中の急性期における診断と治療は最近急速に進歩しており、その治療成績も向上しつつある。従来は脳外科医、神経内科医というよりも脳卒中専門医(strokologist)が診断及び治療にあたる時代になって来た。しかしながらそのstrokologistに直ちに搬送すべき疾患もしくは状態(真の緊急性疾患)とは何かについて、準緊急性・非緊急性疾患(状態)と対比しながら検討した。その結果、脳塞栓症は真の緊急性疾患であり、動脈硬化性脳血栓症は準緊急性である。しかしその鑑別は困難な場合が多い。TIAは準緊急性に位置する。くも膜下出血は準緊急性か非緊急性と考える。発症直後の対応、処置は極めて重要であるが、特に専門医の知識や技術はその際に必要ではない。緊急脳血管造影や緊急開頭血腫除去、クリッピング術の頻度は減少しつつある。内科的管理の重要性と救急に携わる者としてすべきことと、すべきでないことについて述べる。

#### 24. 頭部外傷 — 脳神経外科へ送るタイミング

宮崎県立日南病院脳神経外科

○森田能弘(もりた よしひろ)

日常診療において患者を他科に紹介するタイミングは難しい。頭部外傷でも、誰の目にも明らかに重症であれば迷うことはないが、臨床症状が軽微な場合には判断が難しい。致死的な急性硬膜外血腫における意識清明期は余りに有名であり、遅発性脳内血腫も致死的となりうる。今回、脳神経外科的な処置を要する頭部外傷患者の選別ということに主眼を置き、重症化する患者を症状が余り無い受傷直後にどのように選りだして脳神経外科に紹介するかということを一脳神経外科医の立場から述べる。

## 25. 頸椎・頸髄損傷

宮崎県立延岡病院整形外科

○谷脇功一（たにわき こういち）

頸部の外傷は追突事故による頸椎捻挫（1、捻挫型 2、根症状型 3、バレー型 4、脊髄症状型）に始まり高所転落や交通事故による重度の頸椎・頸髄損傷があり、その緊急性は損傷部位を判断することである。意識障害を伴った上位頸椎損傷は頭部の精査・治療に目が向き、その早期診断が遅れたりする。上位頸椎は解剖学的に頸髄損傷が起こりにくく、疼痛のみを主症状とする事と他覚的所見に乏しい事が原因となる。四肢麻痺があれば頸椎の損傷が容易に判断できる。しかし、両下肢麻痺が主症状である場合胸腰髄損傷と判断され易く、そのレベルを確認する事が抜ける場合がある。下位頸椎や頸胸髄移行部はX線上肩が邪魔をして撮影されにくく、その部の骨傷が見逃され易い。呼吸障害（腹式呼吸のみ）や神経学的所見が必要となる。

頸椎・頸髄損傷の治療は先ず正しい診断が行われる事から始まる。先ず頭頸部損傷と考えられる患者に遭遇した場合は、頭部から胸部まで固定して搬送する事が原則である。

高度の意識障害が存在していても頸椎のX線は必要であり、損傷の有無を確認しておく事が肝要である。急性期MRIは髄内輝度によりその予後判断が可能であり今後必要な検査法となっていくであろう。頸椎の脱臼骨折に対する治療は整復する事が脊髄の治療につながる為、早ければ早いほど良い結果が得られる。脱臼の場合関節突起の嵌合を伴うもので頭蓋牽引漸増法にて早期の整復を試みる必要がある。観血的治療は骨片による脊髄圧迫例や脱臼整復不能例に早期手術を要し他は頸椎支持再建手術が多い。

急性期の治療や脱臼放置例の治療等症例を供覧しながら検討を加えたい。

## 26. 救急時の顔面外傷の取り扱い

宮崎社会保険病院形成外科

○藤岡正樹（ふじおか まさき）

顔面外傷は全ての外傷の15%を占め、救急の現場では遭遇する機会の多い損傷である。当科では1992年からの7年間に1170症例の顔面損傷を治療しており、これは当科全手術症例の26%である。代表的な症例を供覧し初期治療の注意点を述べる。

多発外傷に伴った顔面外傷は、麻酔、脳外、外科、整形、眼科などと連携し、先ず患者の全身状態の改善を図る必要がある。特に顔面骨折を伴う症例では、気道確保、髄液漏、脳傷害、頸椎傷害は常に念頭に置かねばならない。創閉鎖、骨整復は早く行う方が良いが、急性期は全身管理に徹し、1-2週間後に手術を行なう場合もある。

### 1) 軟部組織損傷治療

顔面は見かけが良いことが機能と考え、傷痕が見え難く治すよう努力すべきである。基本方針は「きれいに洗浄し、丁寧に縫合し、迅速な一次治癒をさせる」、即ち「瘢痕組織形成を最小にする」ことである。以下は処置上の注意点である。

- a) 局所麻酔の前に神経損傷を確認。
- b) 局所麻酔剤はエピネフリン添加を使用。
- c) 洗浄は十分に行うが、創は愛護的に扱う。
- d) 十分な洗浄のみで消毒は十分であり、強い消毒液は使用しない。
- e) debridementは最小限。
- f) 縫合糸は細いナイロンmonofilamentを使用。

### 2) 顔面骨骨折治療時の注意点

顔面骨骨折には一定のパターンが存在し、臨床症状だけでかなりの精度で骨折部位、形態を捉えられる。顔面骨は骨の改変がおこり難く、「大略の整復」では「大略の成績」しか得られないため正確な整復に心がけるべきである。ここでは診断の注意点を述べる。

- a) 受傷状況の把握：外力の大きさ、種類、方向を把握。
- b) 訴え：疼痛の部位、複視、開口障害、咬合不全、上顎の動揺性、顔面神経麻痺、知覚異常、嗅覚異常。
- c) X線撮影：特にウオーターズ撮影は必須。
- d) 手術時期の決定：骨折は数日以内ならば整復は容易であるが受傷後10日前後経つと骨の可動性が急速に失われ、整復が困難となってくる。以下に手術時期の目安を述べる。
  - i) 緊急手術；大量出血が持続する場合。気道が障害される場合。視束管狭窄を伴う場合。
  - ii) 数日以内に治療が必要；重要な軟部組織損傷を伴う場合。即ち涙小管、涙嚢、内眼角靭帯損傷を伴う場合。眼球陥没が著明なblow-out fracture、顔面神経断裂を伴った場合。
  - iii) 10日以内の手術が望ましい；上記以外の症例。

## 27. 救急外来における眼科的診断・処置

県立日南病院眼科

○齋藤真美 (さいとう まみ)

眼科領域では、致命的疾患といえるものが殆ど無いため救急の場では比較的重要視されることが少ない。しかし、致命的ではないからといって患者から“光”を奪うことになるような結果にはしたくない。事実、処置さえ早ければ視力を失わずに済んだ事例もある。

そこで、今回は救急外来において重要視すべき疾患を救急、準救急を含めていくつか挙げ、眼科医でなくても可能な診断法および処置について考え付く限り述べてみたい。

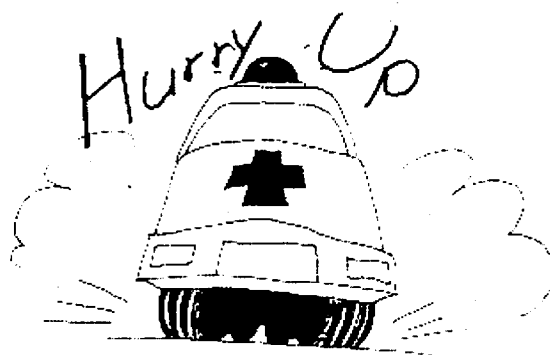
大きく分けて、以下の2項目を挙げてみた。

### 1. 症候から診断すべき疾患

- 1) 緑内障発作
- 2) ぶどう膜炎
- 3) 血管閉塞性疾患 (網膜中心動脈閉塞症、眼動脈閉塞症)
- 4) 眼内炎
- 5) 眼窩蜂巣炎
- 6) 網膜剥離

### 2. 外傷

- 1) 眼球打撲
- 2) 眼球破裂
- 3) 視束管骨折
- 4) 眼窩吹き抜け骨折
- 5) 穿孔性眼外傷
- 6) 異物飛入
- 7) 眼瞼裂傷
- 8) 涙小管断裂



患者管理 16 : 57~17 : 21 座長 : 早野良生

28. 血中エンドトキシンが測定感度以下であったがポリミキシンB固定ファイバー（トレミキシン）による血液吸着療法が有効であった1症例

宮崎県立延岡病院麻酔科

○日高正剛（ひだか せいごう），新宮千尋，千田谷和光，早野良生

元来トレミキシンは血中エンドトキシンを吸着することによって敗血症性ショックの病態を改善するものと考えられてきたが、最近ではエンドトキシン陰性患者においてもショックの病態を改善するとする報告が散見される。今回我々は血中エンドトキシンが測定感度以下であったが敗血症性ショック様の病態を示した患者にトレミキシンによる吸着療法を施行し、良好な血行動態の改善をみた症例を経験したので報告する。症例は79歳の女性で腹部腫瘍摘出術後に大量出血を伴いDICから敗血症性ショック様の状態となり、トレミキシンによる吸着療法を施行して血行動態の改善をみた。後の報告で吸着施行前の血液からエンドトキシンは検出されておらず、 $\beta$ -D-glucanの値が高値を示していた。以降小康状態を保ったが、再び同様の状態となり再度トレミキシンを使用し血行動態の改善をみた。この機序としてはエンドトキシン吸着以外の作用が効果を発揮したものと考えられた。

29. 劇症肝炎に血漿交換と持続血液濾過透析を施行し、救命し得た1例

宮崎医科大学医学部附属病院集中治療部

○西村卓朗（にしむら たくろう），松岡博史，木佐貫 隆，成尾浩明，押川満雄，浜川俊朗，高崎真弓

劇症肝炎で肝性昏睡を発症した場合、死亡率40-60%である。今回、血漿交換と持続血液濾過透析を行い救命し得た1症例を経験したので報告する。〈症例〉53歳の女性。悪寒、上腹部痛が出現し、近医で肝逸脱酵素の著明な上昇を指摘され、急性肝炎と診断された。入院・経過観察中に意識状態が悪化し、肝性昏睡3度、PT9.4%となり、劇症肝炎急性型と診断され集中治療部へ入室した。〈入室後経過〉入室時、TB: 11.9mg/dl, DB: 6.7mg/dl, GOT: 1282IU/l, GPT: 3635IU/l, LDH: 644IU/l、BUN: 4.0mg/dl, CRE: 0.3mg/dl であり、血漿交換、持続血液濾過透析を開始した。当初、脳症は肝性昏睡5度と重症であったが、6回施行後に3度まで改善し、27日目には肝性昏睡1度以下となり、退室した。

### 30. 重症頭部外傷患者に対する低体温療法の体温管理について

県立日南病院集中治療室

○椎葉美智子（しいば みちこ），水尾初代，平山佳代，池田史枝

患者は、17歳の女性。平成10年12月バイクで走行中、車に衝突し受傷、JCSは300であった。急性硬膜下血腫のため緊急開頭術を受け、術中から低体温療法を行った。ICU入室後、背中と腹部を2枚のブランケットで包みブランケットロールで冷却した。皮膚と直腸と膀胱の温度を測定し、膀胱温32～32.5°Cで4日間維持し、その後、4日間で36.5°Cに復温した。冷却導入期、ブランケット温度（ブ温）の設定回数の頻度は多く、温度幅も大きかった。冷却中は、ブ温の設定幅は小さく膀胱温との温度較差も一定であった。復温期では、膀胱温を33～34.5°Cに維持するとき、ブ温の温度幅は大きく変動し、脳圧も上昇した。復温期の体温管理は難しく、脳圧の変化を考慮しつつ慎重に行う必要がある。

## 整形・形成外科疾患 17：21～17：53 座長：大田博人

### 31. 胸椎椎間板ヘルニアの1症例

宮崎県立延岡病院整形外科

○川谷洋右（かわたに ようすけ），谷脇功一，木屋博昭，弓削孝雄，田口 学，福田朋博，市原久史

【症例】52歳、男性

【現病歴】H11.12/2誘因なく背部痛と左下肢の痺れ感・脱力が出現、12/3症状悪化、痺れ感は体幹以下に拡大、両下肢の脱力のため歩行不能、排尿困難も出現。12/6当科外来を受診、精査・加療目的で入院。

【入院時理学所見】Th1/2に圧痛・叩打痛あり、神経学的にTh4を上界とする対称性の温痛覚・触覚障害、腹直筋以下の筋力低下が認められた。両下肢の腱反射は亢進、Babinski反射・Ankle clonus両側（+）Anal reflex（-）尿意はあるが、自力排尿は不能。

【外傷歴】なし。

【MRI所見】Th1/2level硬膜外前方やや左側よりに占拠性病変が存在しcordを前方より圧迫。Gd-DTPAによる増強効果（-）。

【経過】12/7Ope. (Th1,2laminectomy+herniotomy) 翌日より運動知覚麻痺は改善、12/19自尿あり、12/28独歩にて退院。



### 32. 胸腰椎破裂骨折に対する前方除圧再建術の治療成績

宮崎医科大学整形外科学教室

○有住裕一（ありずみ ゆういち），田島直也，久保紳一郎，黒木浩史，後藤啓輔，渡部正一

【目的】最近我々は胸腰椎破裂骨折に対しKaneda deviceを用いた前方除圧再建術を施行している。今回その治療成績について文献的考察を加え報告する。

【対象・方法】平成8年7月から平成11年4月の間に当科にて前方除圧再建術を施行した胸腰椎破裂骨折5例（男性4例、女性1例、平均年齢40歳）を対象とした。以上の対象につき、手術時間、術中出血量、術前後の神経症状の変化及び術前後の後弯角の変化に関し検討を行った。

【結果】手術時間は平均8時間50分、術中出血量は平均4300mlであった。神経症状についてはFrankel分類で1ランクの改善を全例に認めた。後弯角についても全例で良好なalignmentが得られた。

【考察】胸腰椎破裂骨折に対し本法は、1.直接前方除圧が可能で、2.矢状面alignmentの矯正保持にすぐれ、3.short fusionであるためmotion segmentの温存に有利であり有用な術式と考えられる。

### 33. 軟部組織傷害を伴う手指PIP関節損傷に対するdynamic external fixationの経験

宮崎社会保険病院形成外科

○藤岡正樹（ふじおか まさき），西田温子

PIP関節損傷にはいわゆる捻挫から開放関節内骨折まで様々な程度があるが、いずれも一定期間の安静の後には、早期の運動開始が後遺障害の軽減に重要とされている。ところが特に骨折を伴う症例では、しばしば骨癒合を待ってリハビリを開始するので関節拘縮の改善に難渋する。私たちは1998年より3例のPIP関節損傷に対してdynamic external fixation（PIP joint Compass HingeTM、Smith&Nephew,Inc.）を使用し、比較的良好な機能回復が得られたので紹介する。

PIP joint Compass Hingeは関節再建後の早期controlled and protected movementを目的に装着する。これはX線透過性がある片側性の可動式創外固定器で、PIP jointのstabilityを保ったままギアを利用したpassive movementと、これを外したactive mobilizationの両方の運動が可能であり、また同時に拘縮を予防するための側副靭帯軸位へのdistractionをかける事もできるため、手指PIP関節損傷の治療に有用と思われた。

### 34. 耳介欠損に対する再建の方針

宮崎社会保険病院形成外科

○西田温子（にしだ はるこ），藤岡正樹

耳介は突出している上に薄く、バイク事故や咬傷などの外傷を受けやすい。外見の改善に加え、眼鏡装着時に困らないよう立体的に再建する必要がある。再建法は耳介軟骨の欠損の程度により様々である。当科ではこの1年間に経験した耳介欠損3例に対して、植皮術、composite graft+側頭皮弁、再接着を施行して良好な結果を得た。

切断耳を持参してきた際は、マイクロサージャリーを用いた再接着もしくはcomposite graftが第1選択になるが、組織量が少ない場合は植皮術や皮弁の適応になる。

## 脳血管疾患 17：53～18：17 座長：河野寛一

### 35. 高血圧性小脳出血を併発したクモ膜下出血 (SAH) の1例

県立宮崎病院脳神経外科

○落合秀信（おちあい ひでのぶ），山川勇造，福島 剛，川添琢磨

症例は69歳男性。平成11年2月24日、通勤中に突然意識消失し近医に救急搬送された。搬送後心肺停止となったため蘇生された。原因精査の頭部CTでSAHと左小脳半球に径約1cmの出血を認めたために当科紹介入院となった。当科入院時意識はJCS30であった。脳血管造影を行ったところ右椎骨動脈解離性動脈瘤を認めたために同日proximal clippingを行った。術直後は意識レベルがJCS20だったが、3時間の経過で次第にJCS20となり失調性呼吸となったために頭部CTを施行したところ、先に認められた小脳出血の増大を認めたために開頭血腫除去を行った。術後経過は良好で、意識レベルはJCS 1まで改善し、躯幹失調を残し転院となった。

SAHと高血圧性脳内出血の合併例はしばしば報告が見られるが、本症例も小脳出血の原因は、SAH発症時の血圧上昇による小脳内の小血管の破綻であると思われた。またこのような症例では、クリッピング手術時の開頭による急激な減圧や全身麻酔覚醒時の血圧変動により脳内血腫が拡大する可能性があるために注意を要すると思われるので報告する。

### 36. 脳ドックにて未破裂脳動脈瘤を指摘されたのち1年以内にSAHで発症した2症例

潤和会記念病院脳神経外科

○米山 匠（よねやま たくみ），河野寛一，池田徳郎，杉本哲朗

脳ドックにより未破裂脳動脈瘤が発見される頻度は年間約6.5%、その破裂率は1.14-2.0%/年といわれている。その手術適応については様々な報告があるが、動脈瘤の大きさという点からみると5mm以上のものには手術を考慮するというのがコンセンサスが得られているようである。

今回、脳ドックにて5mm以下の脳動脈瘤を指摘されたのち1年以内にくも膜下出血で発症した2症例を経験したので報告する。

### 37. 激しい頭痛で発症したChiari奇形の一例

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

症例は44歳、女性。平成11年10月1日、急に激しい頭痛、嘔吐出現。頭痛がとれないとの事で10月8日、近医受診し同日当科紹介となった。頭部CTにて水頭症、および脳幹周囲のくも膜嚢胞を認めた。当初は、くも膜下出血による水頭症を考え脳動脈瘤の検索を行ったが、脳動脈瘤は存在しなかった。頸部MRIにて、小脳扁桃が大後頭孔より下方へ落ち込んでおりChiari奇形と診断。これに起因した急性水頭症による頭痛と判断し、水頭症に対して、脳室-腹腔短絡術を施行した。水頭症の改善とともに症状は軽快。フォロー頸部MRIでは小脳扁桃の落ち込みも改善していた。