
第27回 宮崎救急医学会 プログラム・抄録集

日 時：平成18年2月25日(土) 13:00
会 場：県立宮崎病院 3階講堂

第27回 宮崎救急医学会
会長 豊田 清一

事務局：〒880-8510 宮崎市北高松町5-30
県立宮崎病院外科 上田 祐滋
TEL 0985-24-4181
FAX 0985-28-1881
E-Mail y-ueda@pref-hp.miyazaki.miyazaki.jp

プログラム

- 12:55 開会の挨拶
会長 豊田 清一
- 13:00 一般演題発表
- 13:00~13:24 救急救命士教育・実習（演題1~3）
座長 宮崎善仁会病院救急総合診療部 雨田 立憲
1. 宮崎市消防局における気管挿管病院実習の現状
宮崎市消防局 警防課 佐藤 光夫
 2. 救急救命士の気管挿管実習の現状と問題点
国立病院機構 都城病院 麻酔科 辛島 謙
 3. 搬送における持ち込み機器の選定と使用について
県立延岡病院臨床工学室 山口 章司
- 13:24~13:56 看護救急・教育（演題4~7）
座長 宮崎県立病院3階西・ICU病棟 沼口 いつ子
4. 心停止下臓器提供事例における患者・家族への対応
県立宮崎病院3階西・ICU 店家 智美
 5. 院内ACLSコースの検討
宮崎善仁会病院 救急総合診療外来（ER） 宇藤 陽子
 6. 災害看護に対する意識調査
県立宮崎病院救急看護グループ 小玉 幸
 7. 病院が水没孤立した経験
潤和会記念病院脳神経外科 河野 寛一
- 13:56~14:12 心停止下腎提供（演題8~9）
座長 宮崎潤和会記念病院脳神経外科 河野 寛一
8. 宮崎県内で行われた臓器提供事例
（財）宮崎県腎臓バンク 重満 恵美
 9. 宮崎県下初の献腎提供2例とその移植2例の報告
県立宮崎病院外科 豊福 篤志
- 14:12~14:44 腹部救急（演題10~13）
座長 宮崎県立宮崎病院外科・小児外科 下菌 孝司
10. エアードスターにより直腸穿孔を来した1症例
宮崎生協病院 内科 徳田 隼人
 11. 小児のMeckel憩室炎を原因とする絞扼性イレウスの一例
宮崎県立日南病院 外科 米井 彰洋
 12. 下痢による低カリウム血症を原因としたイレウスの一例
宮崎県立日南病院 外科 工並 直子
 13. 虫垂杯細胞カルチノイドの1例
千代田病院 外科 田中 松平

14 : 44~15 : 08 外傷 (演題14~16)

座長 宮崎県立延岡病院麻酔科・救命救急科 矢埜 正実

14. 最近経験した水飛び込みによる頸椎頸髄損傷の3例
宮崎大学医学部整形外科 黒木 浩史
15. 消火器爆発による重傷顔面外傷の一例
宮崎社会保険病院形成外科 岡 潔 大安剛裕 伊木秀郎 高橋国宏
16. 頸椎椎弓形成術後に気道狭窄をきたした一症例
宮崎大学医学部附属病院 集中治療部 南 史朗

15 : 08~15 : 32 救急体制 (演題17~19)

座長 都城市郡医師会病院内科 小林 浩二

17. 宮崎DMAT構想
県立宮崎病院 脳神経外科 牧原 真治
18. 延岡医療圏における多数の医師、EMTが参加するMC検証体制の確立
—宮崎県のMC体制はこれでいいのか—
延岡地区MC検証委員会、宮崎県立延岡病院 麻酔科・救命救急科 矢埜 正実
19. 延岡地区メディカルコントロール (MC) 体制にて検証された219例の検討：一
地方医療圏の救急医療の実態
延岡地区MC検証委員会、宮崎県立延岡病院 麻酔科・救命救急科 矢野 隆郎

15 : 32~15 : 42 休 憩

15 : 42~16 : 52 総 会

16 : 52~17 : 52 特別講演

併設型救命救急センターを円滑に運営するために
麻生飯塚病院救急部 中塚昭男

司会 宮崎県立宮崎病院院長 豊田 清一

17 : 52~18 : 32 内科・循環器救急 (演題20~24)

座長 宮崎県立延岡病院麻酔科・救命救急科 矢野 隆郎

20. デキサメタゾンアジュバント療法が奏効した細菌性髄膜炎の一例
県立宮崎病院神経内科 渡邊 暁博
21. 急性心筋梗塞後にプロポフォールが原因と思われる悪性症候群を発症した1例
都城市郡医師会病院 循環器科 名越 秀樹
22. 不明熱から成人型Still病 (非典型) と診断した1例
宮崎善仁会病院 救急総合診療部 彦坂 ともみ
23. 肺塞栓による突然死を来した大脳皮質基底核変性症の1剖検例
宮崎県立延岡病院 脳神経センタ・神経内科 村原 貴史
24. 2箇所胸部大動脈瘤が短期間に破裂し、ステントグラフト内挿術で救命した1例
宮崎大学医学部 第2外科 松山 正和

18 : 32 閉会の挨拶

併設型救命救急センターを円滑に運営するために

麻生飯塚病院救急部 中塚昭男 先生

麻生飯塚病院は病床数1,116床、平均在院日数15日の大規模急性期病院で、福岡県中央部に位置する筑豊地方の中核を担っています。救命救急センターは筑豊人口50万人の救命救急センターとして昭和57年に開設され、1次から3次までの救急患者診療に当たっています。当救命救急センターはいわゆる併設型の救命救急センターであることから、診療には飯塚病院職員全員で取り組んでいます。1,000床以上の病床と1,000人を越える飯塚病院全職員が支えるセンターであり、平成16年度の救命救急センター総受診患者数は44,673名と、全国で最も大型の救命救急センターの一つとして機能しています。救命救急センター内には時間外でも救急車担当、外科系担当、内科系担当、小児科担当の4～8名が常駐しており、さらに院内には当直医20名、宅直医11名のバックアップ体制を整えているとともに、重症患者治療のため45床（HCU 20床、ICU+CCU 11床、SCU+neuro HCU 14床）の病床を有しています。

救急部は救命救急センターの核となるべく平成10年6月に新設され、救急車で搬送される患者の初期診断、初期治療を主に行っています。新設時は3名（救急認定医1名）という少人数でしたが、現在はスタッフとレジデントで総員9名（救急認定医5名）となっています。しかしながら、救急車搬送件数は10年前の2,791件と比べると平成16年度は7,165件へと飛躍的に増加し、現在もなお年々増加傾向を示しています。この救急搬送患者の増加は、当救命救急センターに限らず全国的な問題であり、この結果、救命救急センターにおける医師・看護師の不足、医師の過剰労働やそれに伴う医療の質の低下を生じ得ないといった問題に直面しています。また、高齢者の増加に伴い、基礎疾患・合併症の存在や疾患の多種多様性を生じ、救急搬送患者の初療を担当する救急医の役割もより複雑化してきています。さらに、この患者の高齢化により、入院期間の延長や十分な後方支援病院が得られないことから、救急患者の病床確保が困難な状況へと陥りつつあります。

今回は、救命救急センターが抱えるこういった問題点に対して、併設型の救命救急センターである当院における取り組みについて紹介します。

一般演題 1

「宮崎市消防局における気管挿管病院実習の現状」

宮崎市消防局警防課	佐藤 光夫	宮崎社会保険病院麻酔科	近藤 修
宮崎市消防局警防課	山下 隆利	宮崎市消防局北消防署	瀬戸長孝美
宮崎市消防局北消防署	中田 純男	宮崎市消防局南消防署	小坂 征馬

実習経過

平成16年7月から一定の講習及び実習を終了した救急救命士による気管挿管が可能になり、宮崎県では平成17年2月に県消防学校において62単位の気管挿管講習が開催された。宮崎市消防局においては、平成17年5月から宮崎社会保険病院の協力を得て気管挿管の病院実習を開始した。

実習内容及び現状

平成16年3月に国より示された「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領」に基づき、気管挿管の成功症例30例を目標に日勤体制で病院実習を行っている。平成17年12月現在、2名が病院実習を修了し、宮崎県メディカルコントロール協議会の認定を受け現場活動に当たっている。また、1名が病院実習中である。

課題及び今後の取組み

- ・ 県内における実習受け入れ病院の確保
- ・ 患者に対するインフォームド・コンセントについて
- ・ 市民に対する気管挿管病院実習についての周知広報
- ・ 県及び地区メディカルコントロール体制の強化

一般演題 2

救急救命士の気管挿管実習の現状と問題点

国立病院機構 都城病院 麻酔科¹⁾
都城北諸県広域市町村圏事務組合消防本部²⁾
辛島 謙¹⁾ 大久保重明¹⁾ 与那覇 哲¹⁾
玉利 弘行²⁾ 小河原聖一²⁾ 永田 洋々²⁾

当院で平成17年6月より、2名の救急救命士の気管挿管実習を受け入れた。実習開始前に(1)実習承諾、(2)実習方法、(3)実習評価、(4)有害事象について、消防、病院及び麻酔科医でガイドラインを作成した。実習対象は気管挿管を行う全身麻酔症のうちASAクラス1または2のものとした。【結果】実習参加承諾率は89.7%であった。救急救命士による気管挿管の成功率は87.3%であった。気管挿管中の合併症の発生率(食道挿管を含む)は、15.6%で、気管挿管に起因する術後合併症の発生率は14.3%で主に咽頭痛であった。【考察】実習参加の高い承諾率は、実習意義への高い理解だと思われた。気管挿管の成功率は比較的高かったが、救急現場で同等の成功率が得られるのは困難と考えられる。気管挿管中の合併症のうち歯牙脱落は特に注意すべき合併症であった。術後合併症の発生率は麻酔科医の気管挿管と同程度であった。

一般演題 3

搬送における持ち込み機器の選定と使用について

県立延岡病院臨床工学室¹⁾、救命救急科²⁾

○山口 章司¹⁾ 中西 清隆¹⁾ 竹智 義臣²⁾

搬送手段として用いられる救急車やヘリは作業スペースや供給電力に限りがあり、そこに持ち込む機器も制限され機器的トラブルが起きやすい環境にある。我々は、搬送手段として用いられている高規格救急車、病院救急車、防災ヘリの常備機器と使用可能な電気量を調べ持ち込み機器の選定、使用方法の検討を行った。機器は振動に耐えるもの。省スペースでバッテリー動作が可能なもの。同乗スタッフの使い慣れた機器であることなどに留意し選定した。また、消費電気量が多い機器や複数の医療機器を使用する場合は、室内ACまたはバッテリー作動の選択、バッテリー許容時間の把握と対策が必要であった。事前に機器を選定し、搬送手段の電源供給能に応じて使用することがよりスムーズな搬送と機器トラブルの軽減なると思う。

一般演題 4

心停止下臓器提供事例における患者・家族への対応

県立宮崎病院 3階西・ICU病棟

○店家 智美 桑畑真知子 沼口いつ子

[はじめに] 平成17年6月宮崎県ではじめての心停止下臓器提供が行われた。マニュアルと照らし合わせながらの看護展開ではあったが臓器提供という特殊な状況にあっても救急時の看護に変わりはない。本事例を通して脳死患者家族の心理状態を踏まえた家族看護について考察したのでここに報告する。[事例紹介] 中年期男性。脳挫傷により呼吸停止の状態で見出。他院にて気管内挿管され当院転送。臨床的脳死判定後、主治医より臓器提供という選択肢を提示され家族の申し出あり。入院5日後心停止下にて両腎臓の提供となった。[看護の実際] 救急患者家族の心理特性を念頭に置き、患者の身体的ケアおよび家族の精神的ケアを実施した。[考察] 臓器提供という事実のみ気をとられると型どおりの対応となり患者・家族への配慮がおろそかになる。家族の心情とニーズには差があることを念頭におき、個別性に合わせた看護が必要である。

一般演題 5

院内ACLSコースの検討

宮崎善仁会病院 救急総合診療外来 (ER)

○宇藤 陽子 岡山 京子 川越 千春 黒金真由美 川田 洋史

当院ERでは、平成15年3月開院当初よりACLSを導入し、心肺蘇生時の対応にあたってきた。そのため、医師・看護師共に院内・院外のACLS講習会に参加し心肺蘇生時のスキルアップに努めた。それにより、ERではアルゴリズムに基づいたチーム医療が行われている。一方、各病棟での急変時の対応は様々であり、処置がスムーズに実施されない状況が発生することもあった。そこで、院内での心肺停止時の対応にも統一化されたACLSアルゴリズムの習得が必要であると考え、院内インストラクターを中心に講習会を企画・実施した。アンケートの結果、ACLSの習得の為、今後も継続した講習会の実施とインストラクターの育成が必要であることが明らかになった。さらに、ACLSアルゴリズムを基に院内6つの救急カートの内容を検討し統一した。また、病床数100床に対しAED・除細動を5台配置している。そして、心肺停止に遭遇した際、対応できるよう心肺蘇生手順カードを配布している。これら、ACLS実践のため、より良い環境作りとスタッフの育成に取り組んだので、検討を加え報告します。

一般演題 6

災害看護に対する意識調査

県立宮崎病院救急看護グループ

○小玉 幸 三島 圭子 福島富美子 中尾伊津子 高橋 里美
井上 圭子 清 博美 藤本 恵美 鈴木 唯子

近年国内外に於いて大規模災害が頻発している。本県に於いても9月に台風14号が大きな被害をもたらし、誰もが災害対策のあり方に不安を抱いたと思われる。当病院は県の基幹災害拠点病院であり、災害時に地域の医療機関の支援を行なう後方病院としてその役割と責任は非常に大きい。組織としての訓練は勿論、いつでも対応できるように看護師一人一人の意識の向上と災害看護に対する幅広い知識と技術が求められる。我々は災害時の看護について知識を得、意識の向上を図る事を目標に勉強会や災害対策マニュアルの読み合わせ、災害プロジェクトチームと連携した活動(災害対策訓練)等を行なってきた。そのような活動により意識がどう変化したか、6月と11月に全看護師を対象に同一の意識調査を行ない比較分析した。

一般演題 7

病院が水没孤立した経験

潤和会記念病院脳神経外科

○河野 寛一 呉屋 朝和

平成17年9月6日に九州西岸を通過した台風14号によって、宮崎市内では大谷川の氾濫が生じて、潤和リハビリテーション振興財団の小松地区の諸施設の1階部分が水没するという被害を受けた。路面から3mの冠水が約1時間半で生じるというこれまで経験したことのない状況が生じた。そのような状況の中で、昨年の旧温泉病院の移転の結果、重度障害患者の水死者を一人も出さなかったという、財団存続の根幹に関わるような状況を乗り切ることが可能であった。また電子カルテへの移行が終了していたので、情報の喪失も最小限に収まった。財団職員や戸田建設を始めとした病院を支持する会社の尽力や、ボランティアの皆さんの協力のおかげで、記念病院は水没後2週間目に外来診療を再開し、3週間目には救急受け入れも可能となった。この予想しなかった状況下でうまく対処できたこと、できなかったことを提示する。

一般演題 8

宮崎県内で行われた臓器提供

○(財)宮崎県腎臓バンク

しげみつ えみ
重満 恵美

(社)日本臓器移植ネットワーク

つかもと りほ
塚本 美保

平成14年腎臓レシピエント選択基準の改正により、8割が同一都道府県内での腎臓提供と移植が行われるという結果となり、当県では、移植医療推進の在り方について再検討が求められ、様々な取り組みを行ってきた。昨年、県内において2症例の腎臓提供と移植が行われたので、1症例をもとに県内での臓器提供の流れを報告する。症例は、外傷により県内の病院に搬入された方が、臨床的に脳死状態と診断された。その後、ご家族より臓器提供の話を知りたいとの申し出があり、移植コーディネーターが説明を行った結果、心停止後の腎臓提供について承諾がなされた。第6病日、心停止となり、死亡宣告後腎臓が摘出され、二人の方へ移植がおこなわれた。移植後の経過は順調で両名とも透析を離脱し、現在は健康人と変わらない日々過ごされている。一方、提供されたご家族にとって、最期にできることとして臓器提供の決断をされ、託した思いを果たすことができたことが現在の心理的支えとなっている面もある。提供者となられた方とご家族はもとより、多くの病院関係者の理解と協力に支えられ、なし得ることができた1症例であった。

一般演題9

宮崎県下初の献腎提供2例とその移植2例の報告

県立宮崎病院 外科¹⁾ 腎臓内科²⁾ 脳神経外科³⁾

○豊福 篤志¹⁾ 上田 祐滋¹⁾ 池永 直樹¹⁾ 大友 直樹¹⁾

豊田 清一¹⁾ 上園 繁弘²⁾ 牧原 真治³⁾

昨年2例の心臓死下の献腎提供があり、当院にて摘出と移植を行ったので、その経過を報告する。

一例目は6月、ドナーは60歳代の男性。転落による急性硬膜外血腫により、受傷23時間後に臨床的脳死に至った。受傷6日目に心臓死下に腎臓摘出。右腎は当院にて40歳代の男性に移植。機能回復が遅れるも、29日目に透析を離脱。最新の血清Crは2.1mg/dlと経過は良好である。二例目は11月、ドナーは30歳代の男性。交通事故による急性硬膜外血腫により、受傷14日目に臨床的脳死に至った。受傷17日目に心臓死下に腎臓摘出。左腎は当院にて40歳代の男性に移植。直後より移植腎機能は良好であり、透析の必要なく、最新の血清Crも1.0mg/dlと順調である。当院は脳死下もしくは心臓停止下の臓器提供病院であるとともに県内唯一の腎臓移植病院でもあり、今後とも臓器移植に尽力する所存である。

一般演題10

エアースターにより直腸穿孔を来たした1症例

宮崎生協病院 内科 徳田 隼人

外科 山岡伊智子

宮崎市郡医師会病院 外科 矢野 公一 島山 俊夫

症例は53歳男性。脳出血後遺症の左片麻痺で授産施設入所中であつた。施設での清掃作業後にエアースターを用いて作業服に付いた塵を払おうとした際、他の入所者がふざけて肛門にエアースターをあてがった。その直後から急速に腹部は膨隆し腹痛が徐々に増強した。約30分後に当院を受診したが腹部は著明に膨隆していた。直腸診で血性粘液とレントゲンで著明なfree airを認めたため、腸管損傷を疑い宮崎市郡医師会病院へ緊急転院となった。注腸検査で直腸からの造影剤の漏出を認めたため、直腸穿孔の診断で同日緊急手術となった。穿孔部位を高位前方切除し人工肛門を造設された。腹腔内は多量の便塊で汚染されていたが、術後経過は良好で10日後に人工肛門の閉鎖を行った。その後も便通異常なく退院となった。

一般演題11

小児のMeckel憩室炎を原因とする絞扼性イレウスの一例

宮崎県立日南病院 外科

米井 彰洋 工並 直子 勝田絵里子 河野 文彰 松田俊太郎
種子田優司 市成 秀樹 峯 一彦 柴田紘一郎

症例は4歳男児。術前10日、腹痛、腹部膨満を主訴に近医を受診。開腹既往なく、AX-p上ニボー形成あり。麻痺性イレウスの判断で術前3日前当院小児科紹介受診。輸液、絶食、EDチューブにて経過観察していたが症状は軽快しなかった。術前日イレウスチューブ(12Fr)を挿入した。同日施行した腹部CT上、胸腹水を認め、左下腹部に狭窄を疑う部位を確認。翌日の腹部CTでも胸腹水は減少したが、狭窄を疑う部位は残存し、イレウスチューブ造影を行い造影剤が流れないことを確認し、絞扼性イレウスの可能性を考えて緊急手術を行った。回盲部から40cm程度の口側の回腸に赤く腫張したメッケル憩室を疑う部位があり、その先端と腸管膜が癒着し、その部分に小腸がはまり込んでいた。小腸の壊死は認めなかった。イレウスを解除して、メッケル憩室をENDO GIA45で切除した。術後5日目に軽快退院した。比較的まれな絞扼性イレウスの一例を経験したため、報告する。

一般演題12

下痢による低カリウム血症を原因としたイレウスの一例

宮崎県立日南病院 外科

工並 直子 勝田絵里子 米井 彰洋 河野 文彰 松田俊太郎
種子田優司 市成 秀樹 峯 一彦 柴田紘一郎

症例は73歳、男性。主訴は腹痛と腹部膨満。40年前に虫垂炎手術、7年前に脳出血の既往あり。1週間前から下痢が続いていた。来院時、発熱、腹部全体の圧痛、膨満を認めた。腹部X線でS状結腸の著明なガス像を認めイレウス疑いで入院。腹部CTで腸管の著明なガス像、膀胱の緊満、両腎杯・尿管の拡張を認めた。血液検査でWBC14400/ μ l、CRP21.96mg/dl、BUN136.8mg/dl、CRE3.8mg/dl、K2.2mEq/lを認めた。導尿で水腎症様所見は消失した。しかしイレウス症状、無色透明ゼリー状の粘液便が続くため再度腹部CTを撮影した。腸管のガス像は消失したが直腸からS状結腸に壁肥厚を認めた。大腸内視鏡検査では同部位に浮腫性変化を認めた。従って腸管粘膜の非特異的炎症による下痢とそれに伴う低カリウム血症と診断した。保存的治療にて症状は改善した。著明な低カリウム血症を原因としてイレウス症状を呈した一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

一般演題13

虫垂杯細胞カルチノイドの1例

千代田病院 外科

田中 松平 波種 年彦 千代反田晋

急性虫垂炎で発症した虫垂杯細胞カルチノイドの1例を経験した。

症例は65歳、男性。右下腹部痛及び発熱にて休日に来院した。虫垂炎穿孔と診断し、緊急手術を施行した。術後の病理組織検査にて印環細胞癌と診断され、告知の上、術後11日目に右半結腸切除術およびリンパ節郭清を追加施行した。その後の免疫染色で杯細胞カルチノイドと診断された。杯細胞カルチノイドの本邦報告例は80例医科と少なく、治療法、予後に対する一定の見解は定まっていない。虫垂切除後の病理組織学的検索の重要性が再認識された。若干の文献的考察を加えて報告する。

一般演題14

最近経験した水飛び込みによる頸椎頸髄損傷の3例

宮崎大学医学部整形外科

黒木 浩史 久保紳一郎 濱中 秀昭 坂田 勝美

公文 崇詞 上通 一師 黒木 修司 帖佐 悦男

【目的】当科にて平成17年の1年間に3例の水飛び込みによる頸椎頸髄損傷を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例1】15歳、男子。プールに飛び込みC7破裂骨折を受傷。受傷直後に四肢麻痺Frankel Dを認めたが、徐々に改善し前方除圧固定術を施行後Frankel Eの状態で転院した。【症例2】36歳、男性。溺れた子供を助けようと川に飛び込みC6破裂骨折を受傷。受傷直後より四肢麻痺Frankel Bを認めた。前方除圧固定術後を施行後、麻痺はFrankel Dに改善した。【症例3】19歳、男性。川での飛び込みによりC6破裂骨折を受傷。受傷直後より四肢麻痺Frankel Aを認めた。前方除圧固定術を施行するも麻痺は改善せずFrankel Aのまま転院した。【考察】頸髄損傷は四肢麻痺を生じ一生涯にわたり著しい機能障害を残すため、水飛び込みでの頸髄損傷の危険性に関する社会への十分な啓発活動が重要である。

一般演題15

消火器爆発による重傷顔面外傷の一例

宮崎社会保険病院形成外科

岡 潔 大安 剛裕 伊木 秀郎 高橋 国宏

25歳女性。平成17年6月15日に職場の倉庫内で顔面から血を流して倒れているのを発見された。血液が付着し破損した消火器がそばにあり消火器の爆発事故が疑われた。

救急車で宮崎大学病院に搬送された。意識レベルはJCS 2、バイタルは安定していた。精査を行い、前頭蓋底骨折、脳挫傷、顔面骨多発粉碎骨折、左眼球脱出などが認められ同日緊急手術が行われた。その後脳神経外科入院となった。右視神経損傷も疑われ現在も両眼球の視力は回復していない。

7月20日形成外科的治療目的に当科に転院となり、7月28日内眼角靭帯形成術、骨移植による鼻形成術をおこなった。

消火器の爆発事故の報道を見られた方は多いと思います。しかし重傷者や死亡者が毎年発生していることは知られていないようです。また重傷顔面外傷は形成外科的治療を早期に行わないと後遺症が残存することもあり注意が必要です。

一般演題16

頸椎椎弓形成術後に気道狭窄をきたした一症例

宮崎大学医学部附属病院 集中治療部

南 史朗 三浦 弘樹 松岡 博史 吉村 安広

谷口 正彦 押川 満雄 高崎 眞弓

50歳台女性。147cm、55kg。頸椎後縦靭帯骨化症のため椎弓形成術を受けた。気管チューブを抜去した30分後より呼吸困難を訴え、舌を中心に口腔内組織の著しい腫脹を認めた。内視鏡を用いて再挿管し気道確保したが、腫脹が軽減しないため、術後6日目に当院ICUに入室した。頸部造影CTでは舌根部を中心に浮腫が強く、中咽頭レベルで気道の狭小化を認めた。膿瘍やリンパ節腫大は認めなかった。ステロイドパルス療法により頸部表面の腫脹は軽減したが、中咽頭部の狭窄は残存したため、術後14日目に気管切開術を行った。術後1ヵ月目のCTで腫脹は見られず、気管切開チューブを抜去できた。

原因として術中挿管チューブによるアレルギーを考えたが、気管チューブの材質に対するパッチテストは陰性であった。腹臥位での頸椎手術で局所循環不全に陥り、抜管後に再還流障害により気道周囲組織が腫脹したことが最も考えられる。

一般演題17

宮崎DMAT構想

県立宮崎病院 脳神経外科 牧原 真治

現在、厚生労働省は全国の災害拠点病院に対し、災害時派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）のトレーニングを開始している。発災直後に重症者を救出し、非被災地域に運び出し、平時となるべく変わらない治療を行おうとするためのシステムであるが、必要とされるDMATは不足しており、早急にトレーニングを行わなければならない。東京都は東京DMATという東京都独自の認定によるDMATを発足させ、厚生労働省のコースと同等な教習内容で教育を行っている。宮崎県だけが災害を逃れる事もなく、同じように災害対策が必要である事は言うまでもない。厚生労働省のトレーニングも数が限られており、宮崎県内に十分な数のDMATが供給されるまで、数年はかかるで見通しである。宮崎県独自に要請する、宮崎県特有の地域事情に精通した宮崎DMATの設置は、ぜひとも必要である。

一般演題18

延岡医療圏における多数の医師、EMTが参加するMC検証体制の確立

—宮崎県のMC体制はこれでいいのか—

延岡地区MC検証委員会

宮崎県立延岡病院 麻酔科・救命救急科¹⁾ 内科²⁾ 循環器内科³⁾
心臓血管外科⁴⁾ 外科⁵⁾ 延岡市医師会⁶⁾ 延岡市消防本部⁷⁾

矢埜 正実¹⁾ 山内弘一郎¹⁾ 矢野 隆郎¹⁾ 竹智 義臣¹⁾ 窪田 悦二¹⁾
山口 哲朗²⁾ 山本 展誉³⁾ 桑原 正知⁴⁾ 菊池 暢之⁵⁾ 杉本 俊一⁶⁾
柳田 真澄⁷⁾ 黒木 正憲⁷⁾ 田口 寿孝⁷⁾ 渡木 裕二⁷⁾

03.12. 1からCPAと重症患者を対象に毎月2回のMC検証を行っている。検証医は医師会救急担当理事と当院の麻酔科・救命救急科5名、循内、心外、内科、外科の各1名、計11名で、確実なフィードバックを行うため延岡消防本部の4名が参加している。ICLS、ACLS、JPTEC、JATECのガイドラインをできるだけ医療現場へ普及させる目的で、多くの関連する診療科に参加を求めた。検証票の事故概要欄への記載は経時的に簡潔に徹底指導、受け入れ要請回数≥回の場合は理由とその改善策、現着からモニタ装着まで2分以内、処置ではBVMによる換気の可否や酸素投与等の処置が適切かを確認した。心電図記録は全員で判読した。病院搬入後の経過、ROSCの有無、死亡診断はCT等の画像診断を用いた。2年間に42回開催、症例数は319例（当院搬送 296例）で1回あたり7.6例であった。CPA195例中、心静止145及びPEA34例の社会復帰はなかったが、心室細動21例（除細動18例）中、5例が社会復帰した。CPA以外の検証は124例であった。EMTへのフィードバックはなぜ良くないのか、なぜ必要なのかを具体的に説明している。地方の小さな医療圏であるが故に、直接顔の見えるMC検証体制が構築できた。宮崎県内の救急専門医の数は少なく7つの二次医療圏で5つの医療圏でMC検証委員会に救急専門医がいない。各県内医療圏のMC検証に大きな差があることは明白であるが、宮崎県MC協議会はなんら指導することなく各医療圏のMC協議会に任せていると言うのは無責任ではないだろうか。

一般演題19

延岡地区メディカルコントロール(MC)体制にて検証された219例の検討： 一地方医療圏の救急医療の実態

延岡地区MC検証委員会

宮崎県立延岡病院 麻酔科・救命救急科¹⁾ 内科²⁾ 循環器内科³⁾

心臓血管外科⁴⁾ 外科⁵⁾ 延岡市医師会⁶⁾ 延岡市消防本部⁷⁾

矢野 隆郎¹⁾ 山内弘一郎¹⁾ 竹智 義臣¹⁾ 窪田 悦二¹⁾ 矢埜 正実¹⁾

山口 哲朗²⁾ 山本 展誉³⁾ 桑原 正知⁴⁾ 菊池 暢之⁵⁾ 杉本 俊一⁶⁾

柳田 真澄⁷⁾ 黒木 正憲⁷⁾ 田口 寿孝⁷⁾ 渡木 祐二⁷⁾

【目的・方法】'03年12月1日より'05年12月5日まで延岡地区メディカルコントロール(MC)検証委員会にて検証した319例の心肺停止症例(CPA)及び重症症例(JCS30以下の意識障害, ショック, SpO₂ ≤ 80%)を検討した。【結果】1) CPA210例。目撃例115例の中でCPAに気づいていない例が50例(意識がないだけと判断: 17例、不規則な弱い呼吸: 26例)にCPRの口頭指示が無く、改善に努力したい。ROSC 68例(OHROSC17)でありうち1ヶ月後生存例8例であった。1ヶ月生存8例で、うち6例は心室細動であった。軽快退院例は全例除細動成功例であった。口頭指示(+)例は60例であり内bystander CPRができた症例は36例でROSCが得られたのは8例であった。2) 非CPAの重症109例中57例は死亡又は植物状態に陥った。65例はJCS100-300の重度意識障害例あった。うち脳血管障害30例の中で軽快退院は2例のみであった。急変から通報まで10分以上かかった症例は10例であった。外傷症例が18例あり脳挫傷等による死亡が13例した。【結論】CPA症例の目撃、bystander CPR、通報、口頭指示に関する問題点を指摘できた。非CPA症例の予後は不良であり、背景にある問題点が指摘できた。現場の救命士と基幹病院の救急専門医師と直接検討できる小さな医療圏の顔のみえるMC検証では詳細な事後検証ができています。

一般演題20

デキサメタゾンアジュバント療法が奏効した細菌性髄膜炎の一例

県立宮崎病院神経内科 渡邊 暁博 湊 誠一郎

73歳男性。糖尿病あり。H17年11/27頃より感冒症状出現。12/3近医受診し、感冒薬を処方され帰宅。12/4の朝に倒れているのを発見され、当院救急搬送。意識I-2、頭痛、嘔気、発汗あり、体温39.6度で項部硬直あり。髄液検査は初圧180mmH₂O、キサントクロミー、細胞数216/mm³、多核球93%、蛋白473mg/dl、糖0mg/dl。グラム陽性短桿菌を認め細菌性髄膜炎の診断にて内科入院、翌日に神経内科紹介。抗生剤、免疫グロブリン、グリセオールの投与開始し、中心静脈栄養、血糖管理開始。12/6より意識障害増悪し、顔面の単純ヘルペスも合併し、12/7よりデキサメタゾンアジュバント療法とアシクロビルの投与を開始したところ12/8より発熱、意識障害の改善を認めた。今回、肺炎球菌による髄膜炎で、デキサメタゾンアジュバント療法が奏効した一例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

一般演題21

急性心筋梗塞後にプロポフォールが原因と思われる悪性症候群を発症した1症例

都城市郡医師会病院 循環器科

名越 秀樹 中村 亮齊 石川 哲憲 小林 浩二 熊谷 治士

症例は47歳女性。平成17年3月10日胸痛を主訴に当科受診。ショック・心不全を合併した前壁中隔の急性心筋梗塞と診断。気管内挿管・IABP挿入し緊急CAG施行したところ、LAD(7)完全閉塞、RCA(4AV)完全閉塞RCA(4PL)75%狭窄を認め、LAD(7)にステント留置術を行った。術後ドパミン・ノルアドレナリン・カルペリチド・ミルリノン等の持続点滴を開始し、鎮静剤はプロポフォール持続点滴を使用した。徐々にショックから離脱でき、CPKも7病日には705まで低下した(PCI6時間後は6227)。しかしその後40℃台の発熱、CPKの再上昇(15病日には10852)およびミオグロビン尿を認めた。プロポフォールによる悪性症候群を考え、14病日よりプロポフォールを中止しダントロレン静注(60mg/day)開始したところ次第に解熱しCPKも正常化した。プロポフォールは麻酔の導入維持によく使われる薬剤である。今回我々はプロポフォールが原因と思われる悪性症候群の症例を経験したので貴重な症例と考え報告する。

一般演題22

不明熱から成人型Still病(非典型)と診断した1例

宮崎善仁会病院 救急総合診療部

彦坂ともみ 雨田 立憲 廣兼 民徳

生来健康な27歳男性。持続する発熱と筋肉痛を主訴に救急外来を受診した。初診時は38℃台の発熱がありインフルエンザ感染を疑ったが迅速検査では陰性。翌日も39℃の発熱があり全身の筋肉痛は顕著となり歩行も困難なほどとなって再診。CRP29mg/dlと高値で細菌感染を疑い、不明熱として入院したが、その後も特異的な理学所見ないまま熱型は弛張熱を示し、各種菌培養検査は陰性で、ウイルス感染や血液疾患、膠原病の可能性も示唆された。入院2日目に提出した血清フェリチンが6890ng/mlと著明に上昇しており成人型Still病が疑われたが、同疾患に特徴的と言われる有熱時の皮疹の出現も、リンパ節腫脹も認められなかった。各種抗生剤を投与するも解熱が見られず、ステロイド投与にふみ切ったところ、解熱傾向であり、最終的に成人型Still病非典型例と診断した。その診断に至る経緯および治療経過について文献的考察をまじえて報告する。

一般演題23

肺塞栓による突然死を来した大脳皮質基底核変性症の1剖検例

宮崎県立延岡病院 脳神経センタ・神経内科¹⁾ 救命救急科²⁾ 臨床検査科病理³⁾

村原 貴史 土持 若葉 高島 伸幹 矢澤 省吾

竹智 義臣 矢埜 正実 石原 明

症例は68歳、女性、右手利き。朝食後に突然悪寒と気分不良を訴え、その後顔面蒼白、冷汗、呼吸苦とともに意識を失った。家族によりただちにBLSが行われ当院救急外来へ搬入された。搬入後の蘇生術により約1時間後に自発心拍が再開したが呼吸は再開せず永眠した。剖検により肺動脈塞栓と骨盤内静脈血栓が明らかになり直接死因と考えられた。患者は大脳基底核皮質変性症（CBD）にて当科に通院中であった。3年前より右足がぎこちなく、歩行時に前に出にくいことを自覚。抗パーキンソン病薬に全く反応せず症状は緩徐に進行した。死亡の6ヶ月前より姿勢反射障害とすくみ足のために移動はすべて車椅子であったが、下肢の浮腫などを訴えたことはなかった。症候性パーキンソニズムの患者における肺塞栓症について若干の文献的考察加えて報告する。

一般演題24

2箇所胸部大動脈瘤が短期間に破裂し、ステントグラフト内挿術で救命した1例

宮崎大学医学部 第2外科

○松山 ^{まつやま}正和 中村 都英 矢野 光洋 矢野 義和

児嶋 一司 古川 貢之 西村 正憲 鬼塚 敏男

【はじめに】胸部大動脈瘤に対して、従来から人工血管置換術が行われてきたが、これは、開胸や人工心肺操作を要し、全身状態不良例には不適である。

2003年の胸部外科学会のアンケート調査の手術死亡率は、破裂の弓部大動脈瘤で31%、胸部下行大動脈瘤で28%であった。当科では2000年から胸部大動脈瘤41例にステントグラフト（SG）内挿術を行っている。今回2度の胸部大動脈瘤破裂を起した症例にSG治療を行い救命し得たので、文献的考察を加え報告する。

【症例】78歳男性。胸痛を主訴に近医入院となった。左血胸、弓部大動脈瘤破裂の診断で弓部大動脈にSGを留置した。術後28日目に胸部下行大動脈瘤の破裂をきたし、同日同部にSGを留置し救命し得た。2度の手術時間は、3時間と2時間であった。【結語】SG内挿術はその低侵襲性から、従来手術困難と考えられていた症例に対し治療できる可能性があり、今後の発展が期待される。