第29回

宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

● 日時 ●

平成19年２月24日（土）
12：00～18：40

● 会場 ●

宮崎市郡医師会宮崎看護専門学校

● 会長 ●

呉　屋　朝　和
（潤和会記念病院）

第29回宮崎救急医学会 事務局
潤和会記念病院
宮崎市小松2111　TEL 0985－47－5555
E-mail　hi.kawano@junwakai.com

プログラム

12:00　開会の挨拶　第29回宮崎救急医学会 会長 呉屋朝和

12:05 ～ 12.29　救急活動とメディカルコントロール 【一般演題 1-3】

座長: 宮崎消防局 警防課　佐藤光夫

1. 高エネルギー交通外傷の処置と判断
   宮崎市消防局 東分署　中川 環
2. 宮崎県防災救急航空隊の活動状況と今後の課題
   宮崎県防災救急航空隊 坂元直哉
3. 都城医療圏におけるメディカルコントロールの現状と今後の課題
   —心肺停止例の救命率向上の為の活動ー
   都城地区メディカルコントロール協議会ワーキング部会　小林浩二

12:29 ～ 12:53　災害・救急医療体制【一般演題 4-6】

座長: 潤和会記念病院 看護部　中武恵美

4. 宮崎県災害医療従事者研修会に関するアンケート調査結果
   宮崎大学医学部救急・災害医学　岡本 健
5. 台風14号(平成17年)からの学び
   —救護班活動内容の報告ー
   潤和会記念病院　西橋富美江
6. 9・17延岡竜巻災害を振り返る
   県立延岡病院　柴田まち子

12:53 ～ 13:09　循環器系救急 【一般演題 7-8】

座長: 都城市郡医師会病院　小林浩二

7. 左冠動脈主幹部閉塞にて救命できた急性心筋梗塞の一例
   県立延岡病院 循環器科　山本展誉
8. TAEのみで軽快し得た外傷性腸間膜血腫の一例
   都城市郡医師会病院 外科　荻野展永

13:09 ～ 13:33　内科救急【一般演題 9-11】

座長: 宮崎生協病院　関 良二

9. 急激な汎血球減少を来した食餌性の巨赤芽球性貧血の一例
宮崎生協病院　高田慎吾

10. 腹痛、動悸、頻尿等の心気症状にて救急的対応を強いた統合失調症患者は、できるだけ早く精神科的治療を受けさせることを再認識させられた一般内科診療所での3症例
月陽会きよひで内科クリニック　河野清秀

11. ショック状態で搬入され、ワイル病と診断できた一例
宮崎善仁会病院 救急総合診療部　長野健彦

13:33 ～ 13:49　中毒・ショック【一般演題 12-13】

座長: 県立延岡病院　竹智義臣

12. 有機リン中毒で遷延した呼吸不全に対して長期呼吸管理を要した1例
千代田病院 外科　田中松平

13. エピネフリン注射液自己注射キット製剤 Epipen®による右 1 指へのエピネフリン事故注入の 1 例
県立宮崎病院 脳神経外科センター脳神経外科　落合秀信

13:49 ～ 14:13　救急看護【一般演題 14-16】

座長: 県立延岡病院　栗原佐代子

14. 看護師として JATEC に参加した経験
宮崎善仁会病院 ER 看護部　荒武正哲

15. 急性期病棟における救急対応技術の現状と今後の課題
潤和会記念病院 看護部　浜砂美幸

16. ペインクリニック外来における急変時の対応について
—外来スタッフの意識調査結果から—
潤和会記念病院 外来看護部　肝付香織

14:13 ～ 14:30　休憩

14:30 ～ 14:40　総会

14:40 ～ 15:40　特別講演

「脳卒中急性期診療の現状と問題点」

東京都済生会中央病院脳卒中センター 脳血管内治療科 植田敏浩

司会: 潤和会記念病院 院長　呉屋朝和

15:40 ～ 17:20　シンポジウム「災害時の救急病院の準備・対応」

司会:　潤和会記念病院　脳神経外科　河野寛一

県立延岡病院　　副院長　　矢埜正実

S1.　自然災害への備え

迫田病院　柳本仁志

S2.　災害時における通信の確保と課題

都城市郡医師会病院　濱田　薫

S3.　台風14号被災の教訓

潤和会記念病院　北林嘉紘

S4.　近隣災害のシミュレーション訓練

県立宮崎病院　牧原真治

S5.　台風災害後の院内の取り組みと今後の課題

潤和会記念病院　日高鈴美

S6.　災害時の救急医療に対する取り組み

—集団食中毒に際しての対応から—

宮崎善仁会病院　廣兼民徳

S7.　脳神経外科からみた大規模災害対策

南部病院　上田　孝

S8.　延岡における竜巻災害の経験

県立延岡病院　竹智義臣

17:25 ～ 17:41　腹部外傷【一般演題 17-18】

座長:　県立宮崎病院　上田祐滋

17.　急性硬膜下血腫を伴った外傷性肝損傷に対して緊急手術を施行し救命した１例

都城市郡医師会病院　外科　太田尾　剛

18. 演題:手術適応となった遅発性脾損傷の一例

宮崎社会保険病院　外科　福島浩平

17:41 ～ 18:13　整形外傷【一般演題 19-22】

座長:潤和会記念病院　甲斐睦章

19.　病病連携を利用した救急的高圧酸素療法の有用性について

潤和会記念病院　整形外科　朝倉　透

20.　多発外傷患者に対する minimally invasive orthopaedic surgery

宮崎大学医学部附属病院　整形外科　野崎正太郎

21. 犬(人)咬傷後の外鼻欠損の3症例
宮崎社会保険病院 形成外科 三枡律子

22. Locking humeral spoon plate を用いた上腕骨近位端骨折の治療
宮崎善仁会病院 整形外科 深野木快士

18:13 ～ 18:37 移植・脳卒中【一般演題 23-25】

座長: 南部病院 上田 孝

23. 3 年間の臓器移植の取り組みとその成果
(財)宮崎県腎臓バンク 重満恵美

24. 当院での急性期脳梗塞に対するアルテプラーゼ(rt-PA)静注療法 3 例
県立宮崎病院脳神経センター 神経内科 渡邊暁博

25. 脳梗塞超急性期 rt-PA 静注療法の当院での使用経験
池田病院 池田徳郎

18:37 閉会の挨拶

特別講演	14:40 ～ 15:40
	司会： 潤和会記念病院 院長　呉屋朝和

「脳卒中急性期診療の現状と問題点」

東京都済生会中央病院脳卒中センター 脳血管内治療科
植田 敏浩（うえだ としひろ）

脳卒中に対する急性期診療は、一昨年 10 月に承認された tPA 製剤によって新たな時代を迎えた。発症 3 時間以内の脳梗塞患者ができるだけ多く tPA 静注療法を受けられるように、各地域においては脳卒中の緊急治療体制を整えるべく努力がされている。

東京都済生会中央病院では、昨年4月に脳血管内治療科を新設し、6 月には脳卒中センターを開設して、神経内科・脳神経外科・脳血管内治療科の合同で、看護師・リハビリ療法士・薬剤師・MSW らの協力を得て、脳卒中患者の診療を担当する体制を整えた。しかし、東京都の救急搬送システムの問題、院内の救急体制とベッド確保の問題など、効率よく急性期脳卒中患者を診療する上で問題点も数多い。

そこで本講演では、急性期脳卒中患者に対する tPA 静注療法および脳血管内治療などの最新の治療の現状と展望を示すと共に、その問題点についても提示する。

シンポジウム

「災害時の救急病院の準備・対応」 15:40 ～ 17:20

司会: 潤和会記念病院 脳神経外科 河野寛一
県立延岡病院 副院長 矢埜正実

【シンポジウム演題 1】
自然災害への備え

迫田病院 事務長
○ 柳本仁志(やなぎもと ひとし)

当院の所在地は大淀川の河口に近い小戸橋南詰めにあります、昭和 62 年の開院以来自然災害といえば台風による被害しか経験しておりません。何度かの停電・風によるガラスの破損などが主な被害でした。しかし大淀川の堤防の直ぐ傍にあり、万一堤防の決壊、或いは増水などあった時には1階は浸水する。また河口から近い位置にあるため大地震による津波の心配などは考えられます。 蛇足になりますが、これらのことをふまえて2年後に病院の移転を計画しておりますが、この建物は免震にする予定です。また部屋の配置も堤防の高さを意識した配置にしたいと考えております。

本題に戻りますが、退去の経験から当院で非常時に備えてきた物をご報告しますと以下のようになります。

先ずはやはり最初に困ったのは電気でした、Lかも 20 数時間に及んで停電し自家発電機の燃料にも困りました。そこで自家発電機の増設をして館内の必要と思われる手術室は勿論詰め所周りダムウェーター、トイレなどの照明、コンセントなどをまかなえるようにしました。更に小型のジェネレーター・延長コード・投光器も揃えております。

次に水の問題ですが、河の近くにあると良いこともあるもので井戸水がふんだんに使えることです。この設備も3台のポンプをつけて非常時には飲用水として使えるようにしております。又この水は水質検査もして常に問題ないことも確認しております。

一昨年の台風で、断水で水に困った職員、地域の方にも活用していただきました。

ガスはプロパンボンベでの供給ですので特に問題ないと思いますが、小型のカセットコンロ、木炭など確実に使えるものも常備しております。

通信については、院内はナースコールをPHSで対応しているのでこれに電話番号を付けて有線と合わせて使えるようにしており、ほかにトランシーバーも準備しております。また、パソコン関係のデーターについては勿論定期にサーバーなどに退避しております。医薬品・医療材料・給食材

料などの確保についても、院内に備蓄できる量は通常業務で2－3日分しかないので非常時に備えては法人内の老健施設と違う業者を使っておくなどして、それぞれの部門で対応できる業者と常に連絡が取れることを意識して業者決定させております。院内の体制としては緊急時の連絡網を常に更新して全職員に非常日には連絡がつくようにしております。火災などの災害時には別に自動通報システムを整備して10箇所の登録した幹部職員に連絡するようにしています。

又、病院開院以来職員で年2回建物のガラス洗浄など大掃除を行っておりますので、これに使用するためにエンジン式の高圧洗浄機を持っております。これは過去にも色々と重宝してきました。常に病院は清潔の維持を求められるのでその為にはやはり必需品だと思います。

もちろん、院内には災害時の対応マニュアルを作成しており、これは宮崎県災害医療活動マニュアルを認識したものにして準備しています。今後はこれを以下に日常業務の中で徹底していくかだと考えております。これが私たちの現状です。

【シンポジウム演題　2】
災害時における通信の確保と課題

都城市郡医師会病院　1）救急業務調整員、2）救急部・外科、3）循環器科・集中治療室、4）外科
○濵田　薫（はまだ　かおる）1）、内山圭1）、榮福亮三2）、小林浩二3）、東　秀史4）

災害発生となると通信網は輻輳し、情報の収集・発信は困難となる。特にライフラインの中で通信はその後の救護活動に大きな影響を及ぼす。当院は都城地区の二次救急と地域災害医療センターに指定され、県と市の防災行政無線2回線とNTT 災害時優先電話4回線を有する。
しかし、防災行政無線の取り扱いを知る職員は皆無に近く、災害時優先電話についても、どの回線が指定されているのかすぐに判別つかない。また、配置場所についても検討が必要と思われた。昨年より「救急連絡専用携帯電話」を整備し、救急隊からの患者搬送連絡は携帯電話への通報とし、同電話は災害時優先携帯電話として指定を受け活用している。また、災害時に有効なアマチュア無線機が使用できるよう、屋上にアンテナを整備した。日頃から防災行政無線や災害時優先電話の使用について、また、災害時に有効な無線機の取り扱いについて、救急部門の職員が活用出来る体制作りが必要と考えられた。

【シンポジウム演題　３】
台風１４号被災の教訓

潤和リハビリテーション振興財団常務理事
○北林嘉紘（きたばやし　よしひろ）

洪水が予測できても大勢の入院患者を緊急避難させることは現実的には出来ないことと被災しても医療の中断は避けなければならないということが、一般と異なる病院被災の特徴である。従って、館内浸水防止対策と一時的孤立を前提とした諸対策が不可欠である。当病院は、台風14号による床上150cmの大浸水を教訓にして、ハード面では以下のような対策を講じた。

1 館内浸水防止策としての着脱式簡易防水パネルと下水本管逆流防止バルブの設置
2 電気、水、通信関係重要設備の高位置移設
3 ITサーバーの上層階移設
4 エレベーターの緊急停止措置
5 孤立時の緊急用備品の整備と3日分の飲料水、非常食、医薬品の確保

また、当院の病床は2階以上にあって入院患者の事故などなかったが、浸水の速さと量を見て、低地にある平屋建ての医療福祉施設の浸水対策と避難対策の重要性を痛感した。

【シンポジウム演題　4】

近隣災害のシミュレーション訓練

県立宮崎病院　1)脳神経外科、2)外科、3)内科、4)看護部
○ 牧原真治(まきはら　しんじ)1)、真鍋達也 2)、井上　靖 3)、井上圭子 4)、三島圭子 4)、本田美紀 4)

当院は、中核災害拠点病院であり、平成 17 年に大規模災害訓練を行っているが、平成 18 年は「近隣災害のシミュレーション訓練」を行った。訓練計画者側の目標としては、訓練の評価をきちんと行うことを目標とし、訓練受講者に対しては、災害時対応についての基本的な流れを学んでもらうことを目標とした。訓練は、受講者が出席しやすい時間帯・長さを考え、平成 18 年 11 月 18 日(土)に2時間にわたって行った。アクションカードを小型化し、分担する役割を再検討した。

訓練後、トリアージカードの回収はでき、オーバートリアージになったものはあったが、アンダートリアージになったものは無かった。前年の経験から、手順は理解され、流れはスムーズであった。アクションカードは使いやすくなったという声もあったが、見る余裕は無いという意見もあり、改善が必要であった。本部での活動について、全体像を把握することは、困難であり、今後机上訓練を計画している。

【シンポジウム演題　5】

台風被災後の院内の取り組みと今後の課題

潤和会記念病院　看護部
○日高鈴美(ひだか　すずみ)

平成 17 年の台風 14 号は県内各地に多くの被害をもたらした。当院もその被災を受けた施設の一つである。幸いにも入院患者の生命に影響する事態は免れたが、被災を受けたことで改めて災害対策整備の必要性を痛感した。そこで台風被災後、当院での被災当時の状況と対応を振り返り、各部門から問題点を抽出し改善策を検討した。

看護部は院内の中で最も多くの職員を配置しており、それらの職員は常に患者と最も身近で密接に接している。災害発生時には、第一線での活動を余儀なくされるため、患者の安全の確保のあり方と共に職員の安全を保持しながらの万全な管理体制が求められる。

そこで当院全体の取り組みと看護部での台風被災後の取り組むべき課題に対して行った対応の現状と今後の課題をまとめたのでここに報告する。

【シンポジウム演題　6】

災害時の救急医療に対する取り組み
ー集団食中毒に際しての対応からー

宮崎善仁会病院　救急総合診療部
○ 廣兼民徳(ひろかね　たみのり)、雨田立憲、吉澤　大、長野健彦

我々は、宮崎市の電化器機量販店デオデオで発生した集団食中毒の際、多傷病者の受け入れを行ったので、その経験を報告します。

平成 18 年 7 月 1 日土曜日、昼食として配られた弁当により集団食中毒が発生した。宮崎市消防局が救急搬送にあたり搬送患者数は延べ 45 名、当院へは計 26 名が搬送された。

時間経過、16:09 第 1 班;3 名搬入、17:10 第 2 班;2 名搬入、17:56 第 3 班;3 名搬入、18:56 第 4 班;3 名搬入、第 5 班;4 名搬入、20:25 第 5 班;11 名搬入であり。これに加え、16:42 右橈骨神経麻痺 13 歳男性搬入、17:34 急性心不全の CPAOA87 歳男性の搬入もあった。なお、この間(16 時から 21 時頃まで)いわゆる自己受診患者は事情を説明し誘導もしくは帰宅となっている。

スタッフ体制は、休日・当直は医師 2 名体制である。当直医の判断で、非常招集をかけ、最終的に内科医 3 名・外科医 1 名・整形外科医 1 名・救急総合診療部 2 名の計 7 名が病院に駆けつけ患者対応とした。看護師は救急外来日勤 2 名＋当直 2 名、集中治療室 3 名、3 階病棟 3 名、4 回病棟 3 名、幹部 3 名など総数約 15 名程度が救急外来支援および入院対応に回った(日勤と準夜の重なりで、日勤者を中心に各病棟から加勢があった)。事務局は日勤者 2 名に加え最終的には 10 名近くが対応にあたった(レセプトの為に 10 名近くが院内に居た)。

入院は 7 名で、救急外来で点滴加療を受けた後帰宅した人が 9 名、診察のみが 10 名という内訳であった。

以上、集団災害に準じた患者対応を経験し、対応にあたったので反省を踏まえ報告する。

【シンポジウム演題　7】
脳神経外科から見た大規模災害対策

誠友会南部病院脳神経外科
○上田　孝(うえだ　たかし)

災害医療は、突然かつ同時に多数の傷病者が発生した時に、如何に効率的にかつ適切に医療を提供し死亡や後遺症をどれだけ少なくすることができるかである。しかし、人的・物的資源には限りがあり個々の患者は当然のように治療上制限を受けることになる。そこで、脳神経外科的観点から大規模災害を考えてみた。まず、台風、豪雨、洪水の様なある程度予測可能な災害か、地震・火災・竜巻・交通事故などの突発的災害か、人口集中度、不安定居住地域か、ライフラインの整備度、情報管理の複雑性、脆弱性、危険性に対する施策の充実が必須である。外傷死の約半数は脳損傷が主要因である。トリアージに際して talk & deteriorate や一過性健忘などは注意を要する。航空搬送時の頭蓋内圧など脳神経外科特有の問題も多くある。宮崎県全体としての広域災害医療を各脳神経外科施設も取り組むべき時期にある。

【シンポジウム演題　8】
延岡における竜巻被害の経験

宮崎県立延岡病院　1)救命救急センター、2)麻酔科
○竹智義臣(たけち　よしおみ)1)、矢埜正実1)、　窪田悦二2)、矢野隆郎2)、山内弘一郎2)

平成18年9月17日延岡市は未曾有の竜巻災害に襲われた。死者も3人出て、開腹手術が1人、傷病者総数は140名、損害家屋は1800棟に達した。この日、病院の職員には何が起きたのかも分からないうちに、たくさんの傷病者が押しかけてきた。多数の職員と医師会の協力を得て何とか乗りきることが出来たが、多くの課題も明らかになった。災害対策マニュアルはあったが、時間にして7割を占める夜間休日に対応したものではなかった。どんなときにも対応できるマニュアルを作成する必要性が有る。県立延岡病院の特殊性として、重症患者のみでなく、多数の軽症患者も押し寄せてくるため、重症患者と軽症患者の流れを分け、整理して治療する必要が有る。災害備蓄庫に災害時用の診療材料が購入されていたが、有効に使えるように整理されておらず、常日頃からの整理が必要であった。以上の問題点を整理し、新しい対策を開始しているためそれを紹介したい。

救急活動とメディカルコントロール	12:05 ～ 12.29 座長: 宮崎消防局 警防課 佐藤光夫

【一般演題 1】
高エネルギー交通外傷の処置と判断

宮崎市消防局 東分署
○救急救命士 中川 環(なかがわ たまき)

平成 18 年中、宮崎県内で発生した交通事故による死者が前年に比べ増加している事は、マスコミにより周知の事実である。
宮崎市内でも年末にかけて死亡にいたる交通事故が続発した。
今回、平成 18 年 10 月に発生した三重衝突事故による高エネルギー交通外傷の患者対応について振り返り、プレホスピタルケアからホスピタルケアの連携により、死亡に至らなかった症例について報告する。

【一般演題 2】
宮崎県防災救急航空隊の活動状況と今後の課題

宮崎県防災救急航空隊
○坂元直哉(さかもと なおや)、日高勝義、添田正治、安藤剛、田牧利文

宮崎県防災救急航空隊は、平成17年2月に運航開始した。当航空センターはセンター所長、航空運航員7名、航空消防隊員8名の計16名で運航しており、航空消防隊員8名中4名が救急救命士で常時1名以上の救急救命士が防災救急ヘリに搭乗し現場活動を行っている。消火・救助はもとより「防災救急航空隊」の名のとおり救急活動にも大きく力を入れている。

運航開始以降、平成17年は51件、平成18年においては73件の緊急運航に出動しており、その内約半数が救急出動である。県北地区においては医療過疎地域が多く存在し、常備消防が整備されていない所もあり、防災救急ヘリの有効性が立証されている。

MC体制は宮崎地区MC協議会に加入予定であるが、航空隊の活動範囲が広範囲に及ぶため、各地区MC協議会との調整が必要であり、早急なMC体制の構築を進めている。
今後、救急医療機関との更なる連携の強化を図り、MC体制を充実させ救命効果の向上を目指すと共に「医療の地域格差をなくす広範囲なヘリコプター救急の普及」が出来るように各関係機関

と協力して防災救急航空活動に励んでいきたい。

【一般演題 3】
都城医療圏におけるメディカルコントロールの現状と今後の課題
—心肺停止例の救命率向上のための活動—

都城地区メディカルコントロール協議会ワーキング部会
○ 小林浩二(こばやし こうじ)、永田洋洋、田薫、内山圭、榮福亮三、小金美桂子、成尾浩明、飯田正幸、東秀史

【目的】院外心肺停止例の救命率向上を図ること。【方法】対象はH15年4月からH18年8月までに発生した全院外心肺停止例。医師、消防、救急コーディネーターで構成するワーキング部会を毎月開催し、問題点の列挙、対策の立案、効果について検証。【結果】問題点として、①救命士不在による除細動不能例の発生、②通報にて心肺停止と判断できず、心肺蘇生の口頭指導が未施行、③心原性突然死と思われる事例において、すでに心静止となっており、除細動対象事例が低率であることなど。【対策と効果】消防職員全員に AED 研修を実施し有資格者と認定。患者情報の迅速な聴取のためマニュアル作成を検討。口頭指導による心肺蘇生実施率の向上のため、心臓マッサージのみの施行を許容。効果としてH15年とH18年との比較において、心肺蘇生実施率23% vs 49%、除細動実施率 2.7% vs 9.8%、1ヶ月生存率 2.7% vs 6.6%、うち目撃例では 4.9% vs 11.9%と2倍以上の改善を認めた。

災害・救急医療体制	12:29 ～ 12:53
	座長: 潤和会記念病院 中武恵美

【一般演題 4】
宮崎県災害医療従事者研修会に関するアンケート調査結果

所属:宮崎大学医学部救急・災害医学
○岡本 健(おかもと たけし)、松島俊介、寺井親則

宮崎県災害医療従事者研修会は、県内の災害医療従事者の技術向上と、各関係機関の連帯強化を目的として、平成 15 年より毎年、県から委託を受けた宮崎大学病院が開催している。今回、過去の研修内容の総括と研修会終了後のアンケート集計結果を報告する。過去 3 回の研修会には、県内の災害拠点病院など延べ 40 施設から延べ 204 名(医師 46 名、看護師・保健師 92 名、その他 66 名)が参加した。主な研修内容として、国立災害医療センターなどから招いた講師の特

別講演の他、南海地震大津波発生時の机上シミュレーション、模擬患者を用いたトリアージ訓練、エマルゴシステムを使った病院内トリアージ訓練、防災救急ヘリ搭乗実習などを行った。アンケートでは、研修会全体の運営として「良い」が 90%を占め、各研修プログラムも「参考になった」の意見が大多数を占めた他、行政などにもっとアピールして研修回数や参加者を増やすべきとの意見が多かった。

【一般演題 5】
台風14号(平成17年)からの学び ー救護班活動内容の報告ー

潤和会記念病院
○西橋富美江(にしばし ふみえ)

平成 17 年 9 月に発生した台風 14 号は、強い風雨が長時間続き、宮崎県で記録的な降雨量をもたらした。それにより、当病院は浸水し、被災者の救護を担うべき病院が、被災者の側になった。われわれは、罹災からの復興とともに、病院としての機能を維持しなければならないと言う困難に直面した。

1階にあった外来救急処置室が使用不能となり、9 月 8 日～11 日まで、2 階の手術室で臨時急患室を移動設置し対応にあたった。その後、9 月 12 日～19 日の 8 日間は、救護班チーム(1チーム 医師1名・看護師1～2名・MSW1 名)を編成し、地域住民の相談窓口として、病院正面玄関前にテントを張り、応急処置・健康チェック・相談等に応じる体制を整えた。

以上の活動を通しての活動内容の報告と、課題の検討を行う。

【一般演題 6】
9・17延岡竜巻災害を振り返る

県立伝岡病院
○ 柴田 まち子(しばた まちこ)、栗原 佐代子、椛島 福久美、奈須 まよ、橋満 升子、岡本 まどか

〈はじめに〉当院は県北地域で460床稼働するする中核病院として機能しており、平成9年3月より災害拠点病院として指定を受けている。災害発生時には破災者の救命救急医療に全力を尽くす使命を担っているが、幸いに過去に災害救急医療を実施する機会が無かった。

しかし、平成18年9月17日午後2時過ぎ、突然の竜巻が延岡市内を襲い、大規模な竜巻災害が発生した。この竜巻は、時速90キロで市の南北約 7.5km を約5分で通過し、死者3名と140名の重軽傷者を出した。9月17日は日躍日であり、当院救命叙急センターの当直体制は、当直医2名、日直師長1名、救急外来看護師2名だった。当院|には災害マニュアルは存在したが、全く有

効に活用できず、救命叙急センターに短時間で次々に多数の被災患者が殺到し、混雑した。
今回の竜巻災害により、当院の災害医療における多くの問題点が浮き彫りとなった。
救命救急センターでの当日の状況をアンケート聴取で振り返り得た問題点から 今後の対策や課題を報告する。

循環器系救急	12:53 ～ 13:09 座長: 都城市郡医師会病院 小林浩二

【一般演題 7】

左冠動脈主幹部閉塞にて救命できた急性心筋梗塞の一例

宮崎県立延岡病院 循環器科
○山本展誉(やまもと のぶやす)、森山 泰、中村伸一、長田 淳、黒木一公

患者は 56 歳、男性。冠危険因子は喫煙のみ。生来健康であったが、1 ヶ月ほど前より 30 分程度の安静時胸痛を自覚していた。午前 4 時より胸痛持続するため、午前 8 時に近医受診。ECG 上、aVR, aVL, V1,2 ST 上昇。Ⅱ、Ⅲ、aVF、V4-6 ST 低下あり、急性心筋梗塞疑いにて 9 時 15 分当科紹介来院。来院時血圧 107/81、心拍数 68/min. SpO2 95% (3L mask)。
急性心筋梗塞と診断し、直ちに冠動脈造影を施行。左冠動脈主幹部閉塞を認めた。
来院時、Killip 1、血行動態、酸素化も保たれていた。気管内挿管は施行しなかったが、IABP をまず挿入し、PCI を施行した。最終的に左冠動脈主幹部に Express2 4.0-12mm、左前下行枝#7 に Zeta 3.0-23mm、左回旋枝#13 に Zeta 2.5-23mm のステントを留置した。
Max CPK 10884, MB 977 と大梗塞となり、当初 IABP、ドーパミン 10γ、ドブタミン 6γのサポートにて何とか血行動態が維持できたが、心不全の出現もなく、カテコラミン漸減し、5 日後には IABP より離脱し、6 日後には ICU を退室。その後は、順調にリハビリアップを行った。特に問題なく経過し、3 週間後に退院前の心臓カテーテル検査を行ったが、左室造影上、心駆出率 43%と比較的良好であった。
半年後の冠動脈造影にて再狭窄は認められず、経過は良好であった。慢性期にエルゴノビン負荷冠攣縮誘発試験を施行したところ、陽性であった。
左冠動脈主幹部閉塞の急性心筋梗塞は死亡率の高い疾患であるが、これに対して急性期 PCI を施行し、その後、比較的良好な経過した一例を経験したため報告した。

【一般演題 8】
TAE のみで軽快し得た外傷性腸間膜血腫の 1 例

都城市郡医師会病院 1)外科、2)救急部(外科)・ICU、3)放射線科
○ 荻野展永(おぎの のぶなが)1)、榮福亮三 2)、太田嘉一 1)、島 雅保 1)、
日高淑晶 1)、岩砂里美 1)、太田尾 剛 1)、石井章彦 3)、 生嶋一朗 3)、
東 秀史 1)

症例は 65 歳男性。トラクターで作業中、背側に積まれた木材とトラクターのハンドルとの間に腹部を挟まれた。腹痛が出現したため当院を受診した。来院時、血圧 84/41 mmHg とショック状態で貧血(Hb:9.5 mg/dl)を認めた。CT で腸間膜内血腫と血管外漏出所見を認め、腸間膜血腫と診断した。開腹手術も検討したが、血腫が大きく責任血管の同定が術中困難であることや大量の腸切除が予想されたため、まず TAE を選択した。血管造影にて第 7,8 空腸動脈より血管外漏出所見を認めたため、同部に TAE を施行した。直後より Vital sign も安定した。翌日の CT では、血腫の増大、新たな出血の出現や腸管穿孔を認めなかった。経過良好であり第 40 病日、軽快退院した。腸間膜損傷、腸間膜血腫に対し TAE により軽快した 1 例を若干の考察を加えて報告する。

内科救急	13:09 ～ 13:33 座長: 宮崎生協病院 関 良二

【一般演題 9】
急激な汎血球減少を来した食餌性の巨赤芽球性貧血の一例

宮崎生協病院 内 科
○ 高田慎吾(たかだ しんご)、日高明義、遠藤 豊、関 良二、植野茂美、
堀 昭作 丸尾周三 小串道開

症例は 74 歳男性で高血圧、気管支喘息、慢性胃炎で前医通院加療中であった。9 月に食思低下、動悸の訴えがありその後はほぼ寝たきりの状態で生活していた。食事はコーラ、おにぎりを少しと焼酎 3 合/日を摂取していた。通院、投薬を拒否されたため前医で訪問し採血したところ Hb4.8g/dl と貧血を認め当院紹介入院した。入院時 WBC 1570 / μl RBC 97×10^4 Hb 4.3g/dl Ht 12.6 % Plt 1.0×10^4。翌日 WBC 1380/ μl RBC 81×10^4 Hb 3.6g/dl Ht 11.1 % Plt 0.7×10^4 と汎血球減少の進行を認めた。入院第二病日と第四病日に照射赤血球濃厚液 400ml 由来 2 パックと血小板 10 単位をそれぞれ輸血した。精査にて出血や、悪性疾患の所見を認めず、ビタミン B12

182 pg/ml、葉酸 1.0 ng/ml と低値を認めたためビタミン製剤を投与した。ビタミン製剤開始後 14 日目には WBC 4200/μl　RBC 242×10^4　Hb 8.4g/dl　Ht 25.8 %　Plt 40.5×10^4 に改善した。第 21 病日には WBC 4830/μl　RBC 300×10^4　Hb 10.2g/dl　Ht 31.9 %　Plt 39.4×10^4 まで改善し退院した。

本例は胃を切除した既往が無いため、食物摂取の絶対量の不足からビタミン B12、葉酸欠乏を来たし発症したと考えられる重症巨赤芽球性貧血を経験したので報告する。

【一般演題　10】

腹痛、動悸、頻尿等の心気症状て救急的対応を強いた統合失調症患者は、できるだけ早く精神科的治療を受けさせることを再認識させられた一般内科診療所での3症例。

月陽会きよひで内科クリニック

○河野清秀（かわの　きよひで）

症例 1:74 歳男性. 平成7年統合失調症治療その後中断。平成 12 年腹部術後より腹痛を訴え、頻回来院。救急的対応を要求。そのうち幻覚、妄想が再出現し、平成 15 年精神科受診を勧めるも拒否。症状増悪し、平成 17 年説得して紹介。現在小康状態。 症例 2:50 歳、男性。以前より統合失調症で宮医大にて通院治療。平成 10 年より糖尿病で当院通院。平成 17 年 1 月ころより動悸、呼吸困難を訴え、深夜早朝かまわず、本人、家族が診察を要求し来院。当初より原疾患関連を考え、近医精神病院受診を勧めるも拒否。その後原因は幻聴よる不安と判明。同年 12 月説得受諾し紹介。現在小康状態。症例 3:54 歳、以前から統合失調症で、精神病院外来にて通院治療中。本元旦。当番医時に頻尿、尿閉を訴え来院。前立腺肥大症に伴う症状をも疑い、薬を処方するも、膀胱尿貯留に関係なく頻尿を訴え頻回電話、頻回来院。救急的対応を要求。現在、尿症状も精神科的治療要と説得中である。

【一般演題　11】

ショック状態で搬入され、ワイル病と診断できた一例

宮崎善仁会病院　救急総合診療部

○長野健彦（ながの　たけひこ）、吉澤　大、廣兼民徳

【はじめに】レプトスピラ症は 4 類感染症に分類されており、全国で年間約 20 例あまりの発生報告があります。今回、意識障害、急性循環不全を主訴に救急搬送され、診断、救命できた症例を経験したので報告します。

【症例】2006 年 9 月 23 日、発熱・全身倦怠感で近医を受診し、PIPC を点滴後に帰宅したが、次第

に意識朦朧状態となり、当院に救急搬送された。来院時、意識障害・発熱・ショック状態などを認め、脳炎・髄膜炎の疑いで治療を開始した。入院日、ショック状態が遷延し、カテコラミン投与、ステロイドパルス療法を行なった。2 日目に循環動態は安定したが、結膜充血・発熱・意識障害・肝腎機能障害・一過性ショック状態からレプトスピラ症の可能性も考慮し、MINO を投与開始した。入院時のショック状態を Jarisch- Herxheimer 反応と考え、5 日目に国立感染症研究所にレプトスピラ症の検査を依頼した。その後、全身状態は徐々に安定し、20 日目に退院となった。入院時と 18 日目のペア血清ではレプトスピラ抗体の上昇を認め、診断に至った。
【結語】Jarisch- Herxheimer 反応を手掛かりにレプトスピラ症の診断に至った症例を経験した。

中毒・ショック	13:33 ～ 13:49 座長: 県立延岡病院　竹智義臣

【一般演題 12】
有機リン中毒で遷延した呼吸不全に対して長期呼吸管理を要した1例

千代田病院 外科
○田中松平(たなか しょうへい)、波種年彦、井上正邦、千代反田 晋

大量有機リン剤中毒で長期呼吸管理を要した1例を報告する。症例は 66 歳、男性。うつ病の治療を受けていたが、自殺企図にて有機リン剤を服用して救急搬送された。搬送直後、呼吸停止し、挿管した。硫酸アトロピンの静注で自発呼吸は再開し、胃洗浄を施行した。PAM を持続点滴したが、呼吸不全が遷延した。入院 6 日目、呼吸状態が改善し午前中抜管したが、夕、CO2 ナルコーシスとなり再挿管した。ChE 値の回復を待つため、筋弛緩剤を併用してレスピレーター管理とした。挿管してから2週間経過したため、20 日目に気管切開し、21 日目にレスピレーターから離脱した。まだ喀痰が多いため、36 日目にスピーチカニューレに交換した。声帯浮腫もなく、自己喀痰が可能なため、39 日目に抜管した。前医に受診し、外来通院可能と診断され、43 日目に退院した。

【一般演題 13】
エピネフリン注射液自己注射キット製剤 Epipen®による右 1 指へのエピネフリン事故注入の 1 例

県立宮崎病院 脳神経センター 脳神経外科
○落合秀信(おちあい ひでのぶ)

エピネフリン注射液自己注射キット製剤であるEpipen®はアナフィラキシーショックの補助治療剤として平成15年より蜂アレルギーに対して、そして平成17年4月より食物アレルギーに対しても使用が認められ、未だ保険適応ではないが処方登録医師の処方箋があれば薬局で購入できるようになった。しかし、エピネフリンは誤って指などに注入されると血管収縮による壊死を生じる危険性があるため患者はその使用に対し充分なトレーニングを受ける必要がある。実際に海外ではEpipen®によるエピネフリンの手掌や手指への accidental injection の報告が散見されている。本邦でも今後 Epipen®の普及に伴い、このような症例に遭遇する機会も増えてくるものと思われる。今回 Epipen®による右1指へのエピネフリン事故注入を経験したので、その対処法も含め報告する。

救急看護	13:49 – 14:13
	座長: 県立延岡病院　栗原佐代子

【一般演題 14】
看護師として JATEC に参加した経験

宮崎善仁会病院 ER 看護部
○荒武正哲(あらたけ まさのり)、飯干とみ子、黒木賀奈子、黒金真由美、濱田康伸、椎葉理恵、佐々木直美、甲斐澄江、高橋良誠、宇藤陽子

我々は平成18年9月2-3日福岡で行われたJATEC(Japan Advenced Trauma Evaluation and Care:外傷初期診療)にタスクとして参加できたので、その経験を報告いたします。

現在、JATEC は医師のみが受講資格を認められており、看護師や救急救命士には受講できない。日本救急看護学会は JNTEC の開発を表明しているが、いまだ講習会の開催には至っていない。基本的には JATEC は講師やスタッフも医師で行う事となっている。しかし、地方で開催される JATEC は我々看護師や、救急救命士も主催の了承があれば、タスクとして参加できる。我々は、そこに目を向け、主催者である麻生飯塚病院の鮎川先生にお願いし、タスクとして参加させていただいた。内容は平成16年12月宮崎で行われた時より、変更を受けており、スキルブースが短縮され、シミュレーション講習が延長強化されていた。内容そのものは看護師にも事前学習すれば充分理解できるものであった。現在我々は、この参加経験より、日常の救急業務にも JATEC に沿って医師と救急外来での外症患者対応が円滑に図れるようになった。タスクとしての参加でも非常に有意義であった。

【一般演題　15】
急性期病棟における救急対応技術の現状と今後の課題

潤和会記念病院　N4F病棟
○浜砂　美幸（はますな　みゆき）

当病棟は、急性期の整形外科・リウマチ科・外科を中心とした病棟である。手術やそれに伴う精査目的の患者や救急搬送患者の受け入れを行っているが、救急蘇生を必要とする患者に遭遇することはまれである。しかし現在は、医療の進歩に伴い新薬や高度な治療が導入され急変を予測した対応が日々の臨床現場で必要となっている。さらに当病院は、三次救急指定の病院であり 24 時間救急患者の受け入れを行っている。それに伴い、救急外来で重症患者や搬送者が複数重なった場合や院内の急変患者が発生した場合には、看護部内で応援体制を行っている。それらの役割を果すためには、看護師の急変時対応の技術習得は必修である。

そこで当病棟看護師の救急蘇生対応の技術向上とその必要性の意識付けの為に勉強会を実施した。実施前後のアンケート結果から勉強会の効果と今後の課題を得たのでここに報告する。

【一般演題　16】
外来における急変時の対応について

潤和会記念病院　　外来看護師
○肝付香織（きもつき　かおり）、野崎佳代、桑畑利果

当院ペインクリニック外来は平成 16 年より診療を開始し、本年1月より増床し現在 10 床で稼動している。安全管理の求められる現在の医療は、ペインクリニックに限らず他のどの診療科においても的確な判断、チームワークが重要となる。麻薬・麻酔薬を使用し、疼痛に対する様々な処置を行うペインクリニックでは、薬剤使用による患者の状態管理に特に注意しなければならず、急変に備え外来スタッフは毎月一回院内で開催されている院内 BLS 研修に参加し、技術の習得を図っている。そこで、今後も安全で迅速な対応を確実に行うために、外来スタッフの急変時の対応に関する認識を把握することを目的に本研究をおこなった。外来看護師 23 名に自記式質問紙法によるアンケートを作成し、アンケート調査を行った。アンケート結果より、院内 BLS を実施できるスタッフ、急変対応の経験があるスタッフは共に半数を上回っていたが、現実には対応に不安を感じている意見も 82.6%と多かった。比較的救急患者の多いとされる夜間当直業務も兼務しているスタッフは限られており、院内 BLS 研修が定期的に行われているが、急変対応の機会が少ないため活動するための認識が低いと思われる。このことからも、ほぼ全員が急変対応を不安なく行うためには、定期的な研修が必要だと言える。

腹部外傷	17:25 ～ 17:41
	座長: 県立宮崎病院　上田祐滋

【一般演題　17】

急性硬膜下血腫を伴った外傷性肝損傷に対して緊急手術を施行し救命した１例

都城市郡医師会病院　1)外科、2)救急部(外科)・ICU、3)放射線科
○太田尾　剛(おおたお　ごう)1)、榮福　亮三2)、太田　嘉一1)、島　雅保1)、日高　淑晶1)、岩砂　里美1)、荻野　展永1)、石井　章彦3)、生嶋　一朗3)、東　秀史1)

症例は36歳男性。高所で作業中、10m下方に転落し受傷。当院救急搬送となった。全身CTにて急性硬膜下血腫、頭頂骨骨折、第5頸椎骨折、及び肝挫傷(Ⅲb, MHV)と腹腔内出血を認めた。頭頸部に関しては緊急性はないと考えられた。直ちに血管造影を施行。出血部位は同定不能であった。1時間後のCTで腹腔内血腫が増大傾向にあり、Hbも15.5g/dlから4.2g/dlと急激な貧血の進行を認めたため、緊急手術を施行した。血腫を取り除くと、S4に裂創を認めた。プリングル操作を行ったが、持続性の出血を認め、静脈性の出血と判断した。裂創の縫合閉鎖を行うも、さらに出血が続くため、ガーゼパッキングを行い止血を完了した。術後はICUで管理を行い、徐々に全身状態の改善を認めた。術後10日目にガーゼを全抜去、術後23日目にリハビリ目的で転院となった。本症例の治療経験に若干の考察を加えて報告する。

【一般演題　18】

手術適応となった遅発性脾損傷の一例

宮崎社会保険病院外科
○福島浩平(ふくしま　こうへい)、秦洋一、貴島文雄、白尾一定、愛甲孝

【症例】51歳　男性
【既往歴】28歳虫垂切除術施行
【主訴】めまい・背部痛
【現病歴】H18.10.10　2m の作業台より転落し背部を強打した。同日、近医受診し、背部打撲の診断で保存的治療となっていた。
10.28AM4時頃、背部痛出現し、ふらつきを認め当院に救急搬送された。
【現症】血圧71／37、体温35.7℃　心拍112　顔面蒼白　唇と爪にチアノーゼ(＋)
【labo data】WBC26130/μL　好中球83.5%　Hb13.0g/dL　AST23IU/L　ALT20IU/L　ALP401IU/L　LDH241IU/L　CPK65IU/L　CRP0.6

【画像所見】腹部 CT:大量の腹腔内腹水あり、碑損傷を認めた。腹部エコー:肝周辺の腹水を確認後、試験穿刺施行。鮮血が吸引された。
10.28遅発性脾臓出血による出血性ショックと診断し開腹脾臓摘出術施行した。術後経過良好にて 11. 17 自宅退院となった。

整形外傷	17:41 ～ 18:13
	座長:潤和会記念病院　甲斐睦章

【一般演題 19】
病病連携を利用した救急的高圧酸素療法の有用性について

1)潤和会記念病院 整形外科、2)県立宮崎病院 整形外科、3)善仁会病院 整形外科
○朝倉 透(あさくら とおる)1)、甲斐睦章1)、牧野晋哉1)、末永賢也2)、久枝啓史2)、井上三四郎2)、中原寛之2)、黒田 宏3)、福元洋一3)

【目的】病病連携を利用した救急的高圧酸素療法の有用性について感染徴候の推移から検討した。【対象及び方法】対象は 2006 年 5 月から 11 月までに当科で高圧酸素療法を施行した 8 例(平均年齢 45.8 歳)である。疾患の内訳は開放骨折術後 4 例、骨髄炎 2 例、ガス壊疽 2 例であった。このうち急性期に病病連携により当科に転院となった 5 例は術後平均 3.2 日で当院へ転院となり、救急的高圧酸素療法を導入可能であった。【結果】5 例の CRP 値は施行前 4.77mg/dl から施行後 1.16mg/dl へと有意に改善を示し、その後全例感染徴候は認めなかった。慢性期の 3 例はいずれも既存感染が遷延した。【まとめ】術後早期の感染に対する予防的治療例は経過良好であったことから、病診・病病連携を利用した救急的高圧酸素療法は感染予防の一助となると考えられ、高圧酸素治療施設を有しない医療機関から急性期に転院して加療することは有用であると考えられる。

【一般演題 20】
多発外傷患者に対する minimally invasive orthopaedic surgery

1) 宮崎大学整形外科、2)宮崎市郡医師会病院、3)野崎東病院
○野崎正太郎(のざき しょうたろう)1)、帖佐悦男1)、中村嘉宏1)、神薗 豊2)、田島直也

(はじめに) 多発外傷患者の初期治療において出血に対するコントロールは重要である。また体

幹部、四肢骨折を合併した場合は、骨折形態が不安定であれば早期離床などを目的とした安定性の獲得も重要となる。
今回、不安定骨盤輪骨折を合併した多発外傷患者2症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。
(症例1)73歳、男性。
骨盤輪骨折(AO 分類 type B)、右足関節開放骨折(Gustilo typeⅢa)、右大腿骨転子下骨折、脾損傷、小腸穿孔、左血気胸、脳挫傷
(症例2)20歳、男性。
骨盤輪骨折(AO 分類 type C)、左下腿開放骨折(Gustilo typeⅢb)、脾損傷、腎損傷
(考察) 多発外傷患者の初期治療においては全身状態の管理を念頭に置かなければならない。また骨折などの整形外傷を合併している場合は、可能な限り良好な機能的予後の獲得も目的として治療にあたる必要がある。
今回不安定型骨盤輪骨折を伴った多発外傷患者に対し、早期に創外固定により安定性を獲得することで、早期離床を可能とし比較的良好な予後が得られた。
前方骨盤輪の不安定性に対する創外固定法は初期の固定として有用であり、整復位の保持が可能であれば、definitive な治療法の1つと思われる。
(まとめ) 多発外傷患者に対する骨折の治療においては、その骨折形態により治療法はさまざまであり、適切な治療法を適切な時期に施行することが重要と思われる。

【一般演題 21】

犬（人）咬傷後の外鼻欠損の３症例

宮崎社会保険病院　形成外科
○三枡律子（みます　りつこ）、大安剛裕、伊木秀郎、高橋国宏

外鼻は顔面の中央に位置し、また最も突出しているため外傷を受けやすいが、治療には専門的な手技が必要なため日常診療において瘢痕治癒され、醜状を残して治療されている例もある。外鼻再建に対しては自然な形態を損なわないことや、周囲組織と同じ質感や色調が得られることを原則とする。欠損幅に対し無理に縫縮したり、欠損を瘢痕治癒させようとすると鼻尖部や鼻孔などは変形をきたす可能性があるため、再建法についてはなるべく顔面の皮弁を用いることが望ましく、またできるだけ早期に再建を行うのがよい。今回我々は犬咬傷または、人咬傷による鼻尖部、鼻翼部の組織欠損に対し、創部に隣接した皮弁を用いて再建した３症例を経験し比較的良好な結果がえられた。

【一般演題 22】

Locking humeral spoon plate を用いた上腕骨近位端骨折の治療

宮崎善仁会病院整形外科

○深野木快士(ふかのき つよし)、黒田 宏、内田秀穂、吉川大輔

上腕骨遠位端骨折は日常診療で頻繁に遭遇する骨折の一つである。本骨折に対しては、従来より種々の固定法が試みられているが、満足の得られない症例を経験することもしばしばである。当院にて 2006 年 6 月より上腕骨位端骨折に対して Locking humeral spoon plata(LHSP)を使用した症例を経験したので報告する。

対象は7症例、男性3例、女性4例、手術時平均年齢が 62.8 歳(30 歳から 83 歳)であった。AO 分類でA2:2例、A3:1 例、B1:2例、B2:2 例。全例術後早期より運動療法を開始したが、経過観察期間中に転位のある症例は認められなかった。従来の髄内ピン等に比較すると侵襲は大きくなるが、社会的要因で長期の療養が行えない、骨粗鬆症が強くより強固な固定性が求められる、などの症例に対しては有用な固定法であると思われた。

移植・脳卒中	18:13 ～ 18:37
	座長: 南部病院 上田 孝

【一般演題 23】

3 年間の臓器移植の取り組みとその成果

1)(財)宮崎県腎臓バンク、2)宮崎県福祉保健部健康増進課、3)(社)日本臓器移植ネットワーク

○重満恵美(しげみつ えみ)1)、相馬宏敏2)、瀧口俊一2)、林 チエ子2)、塚本美保3)

平成 16 年度に宮崎県が臓器移植の推進を目的として救急や脳神経外科診療科を標榜する 11 医療施設を腎臓提供協力病院に指定し，当該施設内に臓器提供の窓口となる移植情報担当者を委嘱した．翌年には臓器提供の選択肢提示に際し，医療者の負担軽減を図るリーフレットを作成した．このような取り組みの下で院内啓発と臓器提供の意思把握が進められ，以降，臓器提供に関する連絡数は 24 件に上る(平成 18 年 11 月末現在)．そのうちコーディネイトした事例は 8 件，心停止後の腎臓提供に至ったものが 5 件(10 腎)であった．これらの症例が提供に至った契機は，医療者からの臓器提供の選択肢提示によるものが 3 件，患者家族からの申し出によるものが 2 件であった．現在，腎レシピエント選定基準により，約 8 割が提供県と同一の都道府県内で移植

が行なわれており，県内でも6件の移植が行なわれ，全員が透析を離脱した．

今後も移植情報担当者を通じて，各施設に合った臓器提供体制の確立の支援と臓器提供の意思確認の推進に一層努めていきたい．

【一般演題 24】
当院での急性期脳梗塞に対するアルテプラーゼ(rt-PA)静注療法3例

県立宮崎病院 脳神経センター 神経内科
○渡邊暁博(わなべ あきひろ)、湊 誠一郎

1例目は77歳の女性。自宅で食事中に意識障害出現し、45分後に救急搬送。右顔面と右完全片麻痺を認め、JCS 10、NIH stroke Scale(NIHSS) 16点。発症1時間50分後よりrt-PA投与開始。投与開始1時間30分後より上下肢の麻痺が軽快し、自宅退院となった。
2例目は75歳の男性。屋外で座りこんで嘔吐をしているところを発見され、45分後に救急搬送。左共同偏視、構音障害、右顔面を認め、JCS 10 NIHSS 5点。発症1時間35分後よりrt-PA投与開始。その後、左動眼神経麻痺と構音障害と右同名半盲が残存したが、自力歩行にてリハビリ病院に転院となった。
3例目は77歳男性。自宅で構音障害、左顔面と左完全片麻痺出現し、25分後に救急搬送。JCS 2、NIHSS 14点。発症1時間45分後よりrt-PA投与開始。症状消失し自宅退院となった。

【一般演題 25】
脳梗塞超急性期rt-PA静注療法の当院での使用経験

三和会 池田病院 脳神経外科
○池田徳郎(いけだ とくろう)、中薗紀幸

平成17年10月より脳梗塞超急性期の治療としてrt-PA静注療法が保険適応となった。今日までに当院で5症例の治療経験を得た。脳梗塞超急性期rt-PA静注療法は、発症時間から3時間以内に投与開始せねばならず、まさに、一分一秒を争う。このため、患者を搬送する救急救命士の判断、初期治療に携わる医師の判断・迅速さが、治療に大きく影響を及ぼす。症例を呈示し報告する。