

第31回

宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

● 日時 ●

平成20年2月9日(土)
13:00~19:00

● 会場 ●

宮崎市佐土原総合文化センター大ホール

● 会長 ●

末岡 常昌
(宮崎生協病院)

第31回宮崎救急医学会 事務局

宮崎生協病院

宮崎市大島町天神前1171 TEL:0985-24-6877

E-mail: mcoopkenshuu@bun.bbiq.jp

プログラム

- 12:55 開会の挨拶 第31回宮崎救急医学会 会長 末岡常昌
- 13:00～13:40 総合・災害【一般演題 1-5】
座長：県立延岡病院 矢野 隆郎
1. 上田脳神経外科の救急医療体制について
上田脳神経外科 上田 孝
 2. 救急医療体制の取り組み～経過報告
海老原総合病院 外来看護部 脇本 静
 3. 平成19年度救急外来受け入れのまとめ
宮崎生協病院 外来看護師 飯尾牧子
 4. 院内各セクション横断的リスクマネジメント検討
上田脳神経外科 看護部（医療安全管理委員会） 大塚 清美
 5. DMATを派遣した、スズメバチ刺傷の一例
海老原記念病院 外傷救急センター 内山 圭
- 13:40～14:20 救急看護・検査【一般演題 6-10】
座長：宮崎生協病院 椎村まこと
6. 当院救急部門における自殺企図患者の実態と今後の課題
県立宮崎病院 看護部 鈴木 唯子
 7. 造影剤使用による副反応出現時の看護の一考察
延岡共立病院 放射線科 黒木弘子
 8. 当院の危機管理としての心肺蘇生講習の取り組み
宮崎善仁会病院 ER看護師 黒金真由美
 9. 院内 ACLSコースの取り組み
宮崎生協病院 循環器病棟 谷川 千穂
 10. エマルゴトレニングの経験
都城市消防局 徳重 雄一
- 14:20～15:00 腹部救急【一般演題 11-15】
座長：千代田病院 千代反田 晋
11. 腹部大動脈閉塞を伴った大動脈解離の一例
海老原記念病院 外傷救急センター 榮福亮三
 12. 小腸穿孔を契機に診断された悪性リンパ腫の1例
県立宮崎病院外科 山中篤志
 13. 内翻回腸憩室が誘因と考えられた成人腸重積症の一例
都城市郡医師会病院外科 小串道開

14. 胃腸エコーの経験から
 県立宮崎病院臨床検査科超音波センター 石橋 峰嗣
15. 爪楊枝誤飲一週間後に結腸穿孔をきたした一例
 宮崎生協病院 外科 山岡伊智子
- 15:00～15:20 休 憩
- 15:20～15:30 総 会
- 15:30～17:00 特別講演
 「 救急医療と臨床倫理 」
 大阪大学大学院医学系研究科医の倫理学
 准教授 霜田 求 先生
 司会 宮崎生協病院 末岡 常昌
- 17:00～17:40 外傷・ 脳神経【一般演題 16-20】
 座長：宮崎善仁会病院 牧原真治
16. 上腕動脈損傷 2 例の経験
 宮崎社会保険病院 形成外科 樫山和也
17. 多発外傷例に対する戦略—当院の JATEC への取り組み—
 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 廣兼 民徳
18. 不安定骨盤輪骨折における創外固定+経皮的ピンニングの有用性
 宮崎大学整形外科 野崎正太郎
19. 脳膿瘍に脊髄膿瘍を合併した一例
 三和会 池田病院 脳神経外科 中菌 紀幸
20. 当科における 15 歳未満の小児頭部外傷症例の臨床的特徴ならびに治療成績
 に関する検討
 県立宮崎病院脳神経外科 落合秀信
- 17:40～18:20 循環器系救急【一般演題 21-25】
 座長：都城市郡医師会病院 小林浩二
21. 急性心筋梗塞(AMI)に伴う心室頻拍(VF)による院外心停止(CPA)に対して早期の除細動と経皮的冠動脈形成術(PCI)にて社会復帰できた 2 症例
 宮崎県立延岡病院 黒木一公
22. 自覚症状が乏しかった大動脈解離の一例
 宮崎生協病院 内科 高田慎吾
23. 透析患者における表在化上腕動脈の感染性動脈瘤破裂に対する緊急手術の
 1 例
 宮崎県立延岡病院 心臓血管外科 石井廣人

24. 2度の心停止より救命し得た冠攣縮性狭心症(VSA)の1例
都城市郡医師会病院 循環器科 久保恵是
25. 肝機能障害による凝固系異常に発症した肺動脈血栓塞栓症に対し、ヘパリンを投与すべきかを判断しかねた一例
宮崎県立日南病院循環器科 岩切太幹志

18:20～19:00

救命【一般演題 26-30】

座長：県立宮崎病院 上原 康一

26. 大量輸液療法とノルエピネフリン(ノルアド)持続投与で血圧を維持し救命できたクレブシエラ血症の一例
県立日南病院麻酔科 長田直人
27. 急性骨髄性白血病(AML)の寛解導入療法後に重症肺炎を合併するも厳重な全身管理により救命し得た一例
宮崎県立延岡病院内科 外山 孝典
28. 急性呼吸窮迫症候群で発症したインフルエンザ脳症の1患児例
宮崎県立日南病院小児科 石井茂樹
29. 当院における来院時心肺停止(DOA)患者の検討および社会復帰できた1例報告
千代田病院外科 田中 松平
30. 左臀部壊死性筋膜炎を発症したA群溶連菌感染症の経産婦の1例
宮崎県立日南病院産婦人科 蓮田 淳

19:00～

閉会のあいさつ

救急医療と臨床倫理

大阪大学大学院医学系研究科医の倫理学

准教授 霜田^{しもだ} 求^{もとむ} 先生

救急医療を取り巻く社会的状況が非常に厳しい中で、救急患者と向き合う医療現場においても、医療者は日々困難な問題に直面している。問題解決の一つの方法論として、1990年代から提唱されてきたのが「臨床倫理 (clinical ethics)」のアプローチであり、それは「医学的適応」「QOL」「患者の意思」「家族の意向」「社会的状況」といった要因に即して、「患者の最善の利益」となる医療方針を決めるためのコミュニケーション・プロセスを定式化したものである。本報告では、大阪大学医学部附属病院・高度救命救急センターの医療スタッフとの臨床倫理検討会での議論を踏まえて、倫理的に妥当な意思決定のあり方について考えてみたい。

[症例] 患者は60歳代の男性。重症急性膵炎の診断で転院搬送されてきた。呼吸状態が悪化しており、翌日には気管挿管を行い、人工呼吸管理を開始した。絶食の上、酵素阻害剤、抗生剤投与などを行ったところ、膵炎は徐々に軽快した。しかし、膵炎に伴う肺水腫と誤嚥性肺炎から呼吸状態が急激に悪化し、人工呼吸管理、抗生剤治療にもかかわらず成人呼吸促迫症候群に陥った。進行する呼吸不全に対し、ステロイド治療を開始したところ、一旦は呼吸状態が回復したもののステロイドの減量に伴い再び呼吸状態は悪化し、人工呼吸器による呼吸管理は限界となった。この時点で、主治医から、現状は人工呼吸器管理の限界であるが、ステロイド治療により呼吸状態の改善を一時期認めたことから、救命のために人工肺 (ECMO) を用いて酸素化を保ちながら再度ステロイド治療を行うことが提案され、妻の同意の下に実施された。しかしその後も肺の十分な酸素化は得られず、ECMOからの離脱も困難な状況となった。妻は、同意したときにはECMO治療が実際にどのような状態になるか理解しておらず、予想以上の侵襲的治療であったことに衝撃を受けている。さらに患者の状態を見た妻がECMOに同意しなければよかったと激しく動揺し、後から訪れた娘2人も、ECMOを導入したことについて医療者側に対する怒りをあらわにした。娘2人と妻の間で患者の治療についての話し合いが行われておらず、妻は辛い立場に置かれている。ECMO導入から14日目、患者は治療の効果なく呼吸不全と敗血症によって死亡した。

重症の救急患者の家族から、救命や延命のための機器装着後に「これほど患者にとって苦しそうなものだと分かっていたら、承諾しなかったのに」という声が、多少の恨みを伴いつつ発せられることがある。きわめて限られた時間内に装着するかしないかを家族に決めてもらわなければならないため、医療者側は一度に多くの情報を提示して治療方針への同意を得ようとするが、説明を聞いても十分な理解がないまま家族が装着することに同意した場合にこうした問題が起こりうる。人工呼吸器であれ、人工心肺であれ、その説明を(写真を見せて)受けたとしても、それが実際に自分の家族に装着された姿を事前に想像することは難しく、そのギャップに戸惑い、医療者に対して不満や怒りをぶつけることもある。おそら

く、装着時の様子を収めたビデオを見てもらうなどの工夫をこらし、じっくり時間をかけて説明したとしても、そのようなギャップは完全に解消されることはないかもしれない。救急処置や延命処置に関しては、一般人の理解・想像力の原理的な限界はいかんともしがたいものであり、医療者としてはできる限り家族の理解と納得を得るように努力するということができない。もちろん「十分に説明したし、家族からの質問もないのだから理解してもらっているはずだ」という医療者側の思い込みの可能性には注意が必要である。

また、医療者側が救命や延命処置の開始（手術などの侵襲的治療、生命維持管理装置の装着）に家族の同意を得るべく、「わずかだが助かる可能性がある」「同じような症例で回復して退院した人もいる」といった説明を行うことがある。それを聞いたとき家族は、「助かるのならぜひお願いしたい」と治療に同意することもあれば、「助かる可能性がほとんどないのなら、何もしないでほしい」と拒否することもあるだろう。患者の身体にとって少なからぬ負担や苦しみを強いる処置を伴う場合、家族にはしばしば困難な選択が迫られる。たしかに、家族の「どうせ助からないなら、これ以上苦しめないでほしい」という思いは尊重されねばならない。しかし「救命可能性が低い」とことと「助からないこと」との間には無視できない差異がある。「どうせ助かる見込みがほとんどないなら」「生きていても苦しいだけなら」という理由で、しかもその時点の患者本人の意思確認ができないとき、何もしないで患者の生命を終えさせてしまっているのだろうか。「助かる可能性がわずかでもあるなら、全力で救命のための手段を尽くす」という医療者側の判断と家族の思いがぶつかることがあるとしても、それは、患者の生命の予測不可能性（リスク評価の原理的困難さ）による、避けられない葛藤と言わざるをえない。

もちろん、救命可能性がきわめて低く、救命できたとしても重い意識障害などの後遺症が予測され、かつ患者にとって侵襲性が高く、多大な身体的負担を強いるような処置は差し控えるべきかもしれない。しかし、家族の「これ以上苦しみを負わせたくない」という思いを過大視するのは問題がある。とりわけ患者に意思能力が失われているときには、医療者にとって家族との関係が中心となり、患者の命の尊重という側面が背後に退いてしまいがちであり、患者は「いない方が（周囲の者たちにとって）都合のいい存在」へと追いやられる可能性があるということには留意する必要がある。家族は患者の生殺与奪権をもっているわけではないので、その決定（とりわけ装着しない＝確実に死が予測される）がそのまま方針となることは、慎重でなければならないだろう。

救急医療の現場でしばしば起こる医療者と家族の間の葛藤は、その医療現場特有の困難さゆえに不可避であるものとして受け止め、粛々と対処していく他ない。

臨床倫理検討会は、医療スタッフによる症例カンファレンスを、必要に応じてサポートする話し合いであり、以上に挙げたようなさまざまな論点、とくに相異なる価値観とそれを支える根拠を問い、患者にとって最善の利益となる対応は何かについて合意を目指すコミュニケーション・プロセスである。そこでは、患者やその家族の意向を尊重すべきだという意見もあれば、治療拒否の要請を安易に受け入れるべきではないという意見も出されることがある。患者・家族だけでなく、医療者の側での価値観の多様化を踏まえて、どこかで折り合いをつけることが必要となる。ただし、救命可能性が一定程度あるにもかかわらず患者や家族が治療を拒否する（その結果患者の死が帰結する）場合、医療スタッフは、可能な限りその思いを受け止めつつ、同時に自分たちの判断について粘り強く説明することが求められている。

一般演題 1

上田脳神経外科の救急医療体制について

上田脳神経外科 ○上田 ^{うえだ} ^{たかし} 孝 (院長)

大塚 清美 (看護師長)、金丸 江理子 (手術室看護主任)

村山 知秀 (外来看護主任)

当院は平成 19 年 7 月に脳専門の医院として開院し、すでに半年が経過いたしました。

月間平均の初診患者は 550 名、再診 1,500 名、救急車搬送 35 名、入院 45 名、手術 8 件で推移しています。医師 1 名を含むスタッフ総勢 45 名の救急医療に対する取り組みとその体制・連携についてご紹介いたします。

一般演題 2

救急医療体制の取り組み～経過報告

海老原総合病院 看護部 外来

○脇本 ^{わきもと} ^{しずか} 静

当院は、外科・内科・小児科・眼科・放射線科・皮膚科・耳鼻科・脳神経外科の診療科を有し、一般病棟と療養病棟のある病床数 203 床の病院です。当院のある高鍋町は人口 22,315 人、医療圏である児湯・西都管内は 109,108 人です。現在の外来受診者数は平均 133 人、入院患者数は平均 141 人で、多くは消化器疾患、呼吸器疾患が占めています。なお平均在院日数は 10.38 日です。又合併症を多くもつ透析患者様の入院や、児湯管内唯一の小児科入院も対応しています。今回、地域住民の強い希望と、西都の救急医療体制の問題から、当院が救急医療体制へ動き出す事になりました。マンパワー不足の問題もあり、十分な体制ではありませんが、平成 19 年 7 月から取り組みについて、報告します。

一般演題 3

平成19年度救急外来受け入れのまとめ

宮崎生協病院外来看護部

○飯尾 ^{いいお} 牧子 ^{まきこ}、外来看護部一同

当院は、内科・外科・小児科・リハビリテーションを標榜し、1日外来数約270名、病床数は、124床である。近隣には、医師会病院や善仁会病院等がある。その中で、年間約300件の救急車搬入を受け入れている。

平成19年度（4月～11月）は286件の救急車搬入があった。搬入後の転帰は、帰宅された事例186件、入院93件、専門医への転送4件、死亡3件となっている。

今回、平成19年度の救急搬送患者の振り返りを行い、救急指定病院としての当院に求められる医療を考察します。

一般演題 4

院内各セクション横断的リスクマネジメント検討

上田脳神経外科 看護部（医療安全管理委員会） ○大塚 ^{おおつか} 清美 ^{きよみ}（看護師）

村山 知秀（看護師） 上田 孝（院長）・他 医療安全管理委員会メンバー

当院においては、7月の開院と同時に医療安全管理委員会を立ち上げ、リスクマネジメントマニュアルを作成し、全職員への周知を図った。

その後、毎月一回のペースで院内医療安全会議を実施し、外部で行われている研修会にも委員会メンバーが積極的に参加し、それぞれの内容を文書化して全職員に回覧してもらうなどの取り組みを行ってきた。

このたび開院半年を迎え、各セクションにおいて職員一人一人がリスクマネジメントに関してどのような考えをもっているのかを医療安全管理委員会が把握するという目的で、「各セクションで想定されるリスクと、その予防法・対処法」という題目で全職員にレポート提出を促したところ、様々な内容のものが集まったので、そのうちのいくつかを横断的にピックアップして検討した。

一般演題 5

DMAT を派遣した、スズメバチ刺傷の一例

海老原記念病院 外傷救急センター

○内山 ^{うちやま} 圭、濱田 ^{けい} 薫、瀬口浩司

島 雅保、翁長正明、榮福亮三

今回、山中にてスズメバチ刺傷で CPA 状態となり、救出に時間を要するため、現場に医療チームを派遣、救護活動を行ったので報告する。

患者は 59 歳男性。友人らと山之口町の山林にてスズメバチの巣を採取作業中、頭頂部をスズメバチに刺された。山中で携帯電話が通じないため、避難した友人が 119 番通報、救急隊と救助隊が出動した。現場は車道から徒歩で約 600m 山道を進入、山道から約 20m 急斜面を下った沢に傷病者は倒れており、救急隊観察時、CPA 状態で搬出困難と判断、県防災救急ヘリも日没間際で運航出来ず、現場への医師要請となった。当院から DMAT（医師 1 名、看護師 2 名、業務調整員 2 名）がドクターカーで出動、現場到着後、救助隊と安全確認、救出方法について協議、急斜面下の現場に医師 1 名が進入し、気管挿管、エピネフィリン静注を行いながら、舟形担架で山道まで引き上げた。その時点で現場は日没を過ぎ周囲は暗闇で、119 通報覚知から病院到着までは 2 時間 13 分を要した。

救急看護・検査【一般演題 6-10】

13:40～14:20 座長：宮崎生協病院 椎村まこと

一般演題 6

当院救急部門における自殺企図患者の実態と今後の課題

県立宮崎病院 看護部

○鈴木 ^{すずき} 唯子 ^{ゆいこ} 図師 智美

【はじめに】宮崎県における平成 18 年度の自殺死亡率は 31.5 と全国ワースト 5 位であり、地域社会における主要な問題として認識されるようになってきた。しかし、身体的症状を主訴とする自殺企図患者は、精神科以外の救急病院に搬送されるため、再企図予防のための援助を十分に受けているとは言いがたい。さらに救急看護師は他の救急患者のケアと並行しながら自殺企図患者にも対応しなければならないため、十分に関わることができず不全感や苦手意識を持ち続けていることが多い。今回、平成 18 年～19 年にかけて県立宮崎病院に搬送された自殺企図（既図を含む）患者の背景の分析と自殺企図患者対応に関する看護師へのアンケート調査を行なった。自殺企図患者の受け入れ状況と今後の課題に関して考察を行ったのでここに報告する。

一般演題 7

造影剤使用による副反応出現時の看護の一考察

延岡共立病院 放射線科

○黒木^{くろぎ} 弘子^{ひろこ} 後藤美佐夫 日高冷子

近年、造影剤使用時の説明、問診、同意書等の充実が叫ばれ、詳細な説明と問診を行い、同意を得ている。今回、詳細に説明したことで、造影剤使用への恐怖心をあおり、検査に支障をきたしたと考えられる症例を経験した。58歳男性、大腸癌手術後、転移性肝臓にて再三、造影CTの検査を受けていた。副作用の出現もなく経過していたが、通算5回目の腹部造影CT施行時、動悸の訴えがあり、以後のCT検査時不安を訴えるようになる。症状の出現の有無を問いかければかけるほど、不明瞭な気分不良の訴えが続いた。精神的なものと考え、副作用が出現しても十分な対応ができる体制であることを説明し、施行するようにしたところ徐々に検査に対する不安がとれ、気分不良の訴えも消失した。患者の性格も考慮して説明や同意を得ることの難しさを痛感し、看護の考察を行ったので報告する。

一般演題 8

当院の危機管理としての心肺蘇生講習の取り組み

宮崎善仁会病院 ER看護師

○黒金^{くろがね} 真由美^{まゆみ} 高橋良誠 川越千春

宮崎善仁会病院では、市民の森病院と合同で、毎年看護部の新人職員を対象に、春にBLS・AEDを、秋にALSを、以前報告したように看護師の作ったコーススケジュールに沿って行っている。当院での講習内容は、認定コースと内容的に変わりなく、質もかわらない講習会を実施してきた。

そこで今回、当病院には、日本救急医学会ICLS認定コースコーディネーターのDrが2名と、日本救急医学会認定インストラクターの看護師が5名いる事から、日本救急医学会認定ICLSコースを行う事を計画、実施した。

本来は1日8時間のコースを、勤務の都合を考え、1週間で2時間ずつの4回のスケジュールでコース申請を行い、認定されたので報告する。

一般演題 9

院内 ACLS コースの取り組み

宮崎生協病院 循環器病棟（3階病棟）

○^{たにがわ}谷川 ^{ちほ}千穂

入院患者の急変場面は、ときおり遭遇する。いざ！というときに、どのように対応しているのか不安を覚える看護師は少なくなく、急変に至る事態の予測と対応は、新人看護師のみならず、ベテラン看護師にとっても困難度の高い実践である。

当院では宮崎 ICLS コースを受講した医師と看護師が中心となり、2006年より院内看護部中堅研修の中でACLSコースを開催している。患者様の確実な急変時の対応とACLSに基づいたチーム医療ができるよう取り組みを行っているため、現状を報告する。

一般演題 10

エマルゴトレーニングの経験

都城市消防局 救急ネットワーク宮崎 ○^{とくしげ}徳重 ^{ゆういち}雄一

坂本 鈴朗、徳満 博、福留 照二、池田 真二、楠 圭太

エマルゴトレーニングとは、多数傷病者が発生する災害等を想定し、ホワイトボード上に災害現場やトリアージポスト、応急救護所、搬送救急車、病院等のセクションを模擬作成します。そして傷病者に見立てた人形からは外傷やバイタルサイン等の情報が得られるようになっていきます。また傷病者に対して行われる救急処置や搬送にはそれぞれ必要な時間が設定されておりその時間が経過しなければ各セクション間を移動することはできず、病院とは実際に携帯電話を使用し連絡を取らなければなりません。

各セクションに振り分けられた受講者は時系列で、傷病者に見立てた人形を、得られた情報等から処置を行い、各セクション間の連絡をとりながら移動させていくトレーニングです。

今回、救急ネットワーク宮崎第17回研修会において、エマルゴトレーニングの国際インストラクターである鳥取大学の中田康城先生を講師に招き研修を実施しましたので報告します。

腹部救急【一般演題 11-15】

14:20～15:00 座長：千代田病院 千代反田 晋

一般演題 1 1

腹部大動脈閉塞を伴った大動脈解離の一例

海老原記念病院 外傷救急センター

○榮福^{えいふく} 亮三^{りょうぞう}、瀬口浩二、島 雅保、翁長正明、濱田 薫、内山 圭

症例は61歳女性。既往歴に高血圧症がある。今回、胸部の違和感からその後、腰部と左下肢の疼痛、しびれ感を主訴に救急要請後、当院に搬送となった。当院到着時には腰部の激痛を訴え、足背動脈、大腿動脈の触知なく下肢は蒼白であった。急性動脈閉塞及び大動脈解離を疑い緊急造影CTを行った。造影CTでは上行大動脈起始部から腹部大動脈にかけての解離を認め、腹部大動脈については腎動脈直下から完全閉塞の状態であった。また、上行大動脈は径6cmと拡大し真性瘤を伴っていた。このため緊急人工血管置換術及び下肢動脈再建の目的に宮崎県防災救急ヘリコプターにて熊本市への搬送を行った。搬送中は降圧剤を使用しながら血圧コントロールを行い安定した搬送が行えた。手術は初めに下肢虚血に対する血行再開にAxillo-femoral bypassを行い、引き続きBentallが施行された。術後、下肢虚血に伴うMyonephropathic metabolic Syndromeを認めたが、心機能、脳障害を認めず、快方に向かっている。

一般演題 1 2

小腸穿孔を契機に診断された悪性リンパ腫の1例

県立宮崎病院外科

○山中^{やまなか} 篤志^{あつし}、宇戸啓一、大友直樹、上田祐滋、豊田清一

【目的】消化管穿孔を契機に悪性リンパ腫と診断される例は稀で予後不良とされている。今回小腸穿孔を契機にB細胞性悪性リンパ腫と診断された症例を経験したので報告する。【症例】82歳、女性。近日中に直腸脱の手術予定であった。当院搬送の前日に腹痛出現し近医を受診するも経過観察とされ帰宅した。翌日も腹痛は持続、腹部膨満も伴い同院を再受診し消化管穿孔と診断され手術目的にて当院に緊急搬送となった。緊急開腹術を施行し、小腸に全周性に肥厚する部位を3箇所、その1カ所で穿孔部を認めたため空腸部分切除術を施行した。診断は小腸原発悪性リンパ腫(diffuse large B cell lymphoma、stage II A)であり、現在術後6ヶ月でリツキサンによる化学療法中である。

【考察】小腸原発悪性リンパ腫においてB細胞性はT細胞性より頻度が高いにもかかわらず小腸穿孔例は少ないことから若干の文献的考察を加え報告する

一般演題 1 3

内翻回腸憩室が誘因と考えられた成人腸重積症の一例

都城市郡医師会病院外科¹⁾、放射線科²⁾

○小串 道開¹⁾、太田嘉一¹⁾、金丸幹郎¹⁾、
島雅保¹⁾、日高淑晶¹⁾、内野竜二¹⁾、
石井章彦²⁾、生嶋一朗²⁾、東秀史¹⁾

成人腸重積症は比較的まれな疾患である。今回我々は内翻回腸憩室が誘因と考えられた成人腸重積症の一例を経験したので報告する。

症例は63歳男性。平成19年7月3日突然の心窩部痛が出現し、急病センター受診。鎮痛剤無効で、精査加療目的で同日当科に入院。

腹部超音波検査、腹部CT検査にて上行結腸の壁肥厚と2重管腔構造を認め、回盲部腸重積症との診断にて同日緊急手術(右半結腸切除術)施行した。重積は回盲部において回腸が嵌まり込んでおり、上行結腸まで腫大を認め、回腸結腸型であった。重積回腸はBauhin弁より口側10cmから60cmにわたっていた。回腸憩室の内翻したと思われるポリープ様粘膜が先端部であった。同部には病理学的に異所性胃粘膜を認めず、Meckel憩室ではなかった。成人腸重積について、自験例に若干の文献的考察を加えた。

一般演題 1 4

胃腸エコーの経験から

県立宮崎病院臨床検査科超音波センター

○石橋 峰嗣^{いしばし みねつぐ}、小牧誠、吉弘美香、小出照美、長峰邦子、籠るみ子、河南学、
守屋喜代、武田恵美子、松原佳奈、吉松智佳、野崎勝宏、三原謙郎

私たちは消化管疾患の超音波検査に積極的に取り組んでいる。胃腸エコーは腹痛や下痢等の消化器症状に有用であり、診断しやすい急性疾患もある。その中で最近、腸閉塞、腸重積症、憩室周囲炎の3症例を経験したので報告する。症例1は87歳、女性。周期的な腹痛を認め来院。腹部超音波検査(以下、US)では小腸が全体的に拡張しており、ケルクリング襻が内腔に突出していた。腸管内容物の浮動(to and fro)が観察され、イレウスであった。USではイレウスの原因はわからなかったが、翌日の腹部CT検査で右鼠径ヘルニアを認めた。以上より右鼠径ヘルニア嵌頓によるイレウスと診断された。症例2は17歳、女性。Peutz-Jeghers(ポイツ-イエガー)症候群の診断で過去2回手術を行っている。今回腹痛にて来院し、USで下腹部の小腸に腸管が何層にも重なった像(多層同心円構造)が見られ、腸重積と診断した。なお、その原因はわからなかった。後日のUSでは、腸重積の原因と思われた小腸ポリープが描出できた。症例3は34歳、男性。左側腹部痛を訴え来院。USでは下行結腸に、壁から突出する低エコー腫瘤を認めた。腫瘤に連続する腸管は浮腫性に壁肥厚が見られ、腫瘤周囲の脂肪織は高エコーであった。以上の所見より憩室周囲炎と診断した。

以上、US画像を中心に報告する。

一般演題 1 5

爪楊枝誤飲一週間後に結腸穿孔をきたした一例

宮崎生協病院 外科

○ 山岡^{やまおか} 伊智子^{いちこ}、末岡常昌

元来健康な 50 代の男性。食事のとき誤って爪楊枝を丸ごと呑みこんだ。知人の医療関係者に相談したが、胃に流れれば大丈夫と言われ、本人もその後特に腹部の症状もなかったため、様子を見る事にした。

しかし一週間後、下腹部が張る感じがあり、昼食後に突然激しい右下腹部痛が生じ、38.8 度の発熱も認めた。近医を受診して、急性腹症と判断され当院へ紹介となった。

右下腹部にデファンスと反跳痛を認め、X-P と CT で右横隔膜下に少量のフリーエアーを認めた。病歴から爪楊枝による腸管穿孔が疑われ、緊急手術を行なった。開腹すると、横行結腸に 2 mm 大の穿孔部があり大網で被覆されており、爪楊枝は直腸に触知された。

異物誤飲による臓器損傷は多彩である。今回は誤飲していることははっきりしていながら、経過をみた事で開腹手術に至ったが、初期の対応によっては侵襲も軽度になった可能性もある。

異物誤飲に対する対応についても文献的考察を加えて、症例報告する。

外傷・ 脳神経【一般演題 16-20】

17:00～17:40 座長：宮崎善仁会病院 牧原真治

一般演題 1 6

上腕動脈損傷 2 例の経験

宮崎社会保険病院 形成外科

○ 樫山^{かしやま} 和也^{かずや}、大安剛裕、伊木秀郎、三柘律子

症例 1 は 27 歳男性。工作中に機械に右上肢を巻き込まれて受傷した。右上腕部での不全切断に対し同日、上腕動脈の再建を含めた再接着術を施行した。血流再開までの時間は約 8 時間であった。術後、指尖部にいたる血行は障害されていないものの阻血性の筋壊死が進行し感染、敗血症を呈したため右上腕部での断端形成術となった。

症例 2 は 19 歳女性。交通事故で左上腕上腕骨折を受傷した。前医で骨折に対して観血的骨整復術が施行されたが、術後に左上肢の血行不全が著明となり血管造影の結果、左上腕動脈損傷の疑いで当院に転院後に上腕動脈の再建術施行となった。血流再開までの時間は約 11 日間であった。現在、麻痺は残存しているものの壊死など無くりハビリを行っている。

上腕動脈は上肢の主要動脈であり損傷を認める場合、速やかに再建を行う必要がある。今回、上腕動脈の完全閉塞を認める 2 例を経験し対照的な結果となった。考察を加え報告する。

一般演題 17

多発外傷例に対する戦略—当院の JATEC への取り組み—

宮崎善仁会病院 救急総合診療部 ○^{ひろかね}廣兼 ^{たみのり}民徳、牧原 真治、長野 健彦

【はじめに】当院では開設当初より外傷診療に当たって、JATEC による系統的な診療および治療戦略を取り入れる努力をしてきた。今回、多発外傷でショック状態であったが、JATEC によるアプローチで救命し得たと評価できる症例を経験したので報告する。

【症例】35歳女性。2007/8/29, AM7:35頃イオン屋外で転倒しているところを警備員が発見。AM8:00 当院の救急外来に救急車にて搬入された。右大腿部の開放性骨折あり、顔面蒼白で不隠状態で、第一印象は重症と評価した。A)気道は発声ができ、開放していると評価した。B)呼吸状態は頻呼吸で浅く、SPO2 80%で異常であった。C)循環状態はBP 60台/ HR 120bpmで、ショックバイタルと評価し、1000ml 急速輸液を行った。胸部レントゲンでは、上縦隔の拡大所見あった。骨盤レントゲンでは、不安定性骨盤損傷あり後腹膜出血が予想された。腹部エコーでは、腹腔内出血は認めなかった。ショックが遷延するため、9:12AM 気管内挿管を行った。D)神経所見は、挿管前でGCS E3V4M6(13)と評価、対光反射に異常はなかった。E)体温は℃、体表からは右大腿部の開放創からの出血は大量ではなかった。

【経過】CTを含めた全身検索で、脳挫傷・頸椎損傷・鎖骨下動脈損傷・骨盤外傷・右大腿骨骨折などを診断した。血圧は不安定で、骨盤骨折が原因と判断、搬送のため両側内腸骨動脈の塞栓術を行った。その後、大学病院の受け入れが可能と連絡があり、10:45AM 当院を出発し大学病院に転院となった。

【結論】以上、JATEC に従い診療処置を行ったが、問題点も指摘され、反省を交え報告する。

一般演題 18

不安定骨盤輪骨折における創外固定＋経皮的ピンニングの有用性

宮崎大学整形外科 ○^{のざき}野崎 ^{しょうたろう}正太郎 帖佐悦男 中村嘉宏

【はじめに】不安定骨盤輪骨折における創外固定は骨盤輪の安定性を獲得し出血を減少させますが、後方要素の固定性を得ることは不可能とされています。われわれは不安定骨盤輪骨折を合併した多発外傷患者の急性期治療において前方要素は創外固定、後方要素は経皮的ピンニングを行っているので、今回報告させていただきます。

【適応】後方骨盤輪の破綻を伴っている仙骨骨折や仙腸関節離開などが適応と考えます。骨折の転位が整復されていることが安全にスクリューを刺入するための必要条件であり、盲目的に行うと神経根損傷などの併発が危惧されるので、その場合は観血的整復固定に変更する必要があります。

【考察】本疾患は多発外傷に合併していることが多いため早期ADLアップ目的としても骨盤輪後方要素を固定することは有用と考えます。われわれの行っている直径6.5mmチタン合金製中空海綿骨スクリューを用いた固定法は手術侵襲も少なく比較的早期に行い得る治療法として、症例を選べば有用であると思われます。

一般演題 19

脳膿瘍に脊髄膿瘍を合併した一例

三和会 池田病院 脳神経外科 ○中^{なかぞの}菌^{としゆき} 紀幸、池田 徳郎

症例は 48 歳、男性。頭痛、発熱のため当院受診。髄膜炎との診断で入院となったが症状改善し退院となった。退院後 5 日目より再度、発熱があり症状悪化するため再入院となった。入院時の採血では WBC 9300、CRP 2.5mg/dl であったが、入院 3 日後には WBC 12600、CRP 15.1mg/dl となり抗生剤を開始した。その後、見当識障害が出現、頭部 CT にて水頭症があり、左小脳には脳膿瘍があった。脳室ドレナージにて見当識障害は改善したが髄液検査では菌は検出されなかった。グロブリン製剤も併用し解熱したが下肢の運動障害が出現、腰椎 MRI を行ったところ腰椎にも膿瘍の所見があった。膿瘍搔爬を考えたが抗生剤の投与継続にて経過を見たところ症状軽減した。その後、意識レベルの低下があり減圧開頭膿瘍摘出を行ったが術中の細菌検査でも菌は検出されなかった。抗生剤の投与継続、グロブリン製剤や抗真菌剤なども使用したが治療効果なく死亡された。本症例の詳細な経過について画像所見も併せて報告する。

一般演題 20

当科における 15 歳未満の小児頭部外傷症例の

臨床的特徴ならびに治療成績に関する検討

県立宮崎病院脳神経外科¹、宮崎善仁会病院病院救急診療部²、潤和会記念病院脳神経外科³

○落^{おちあい}合^{ひでのぶ} 秀信¹、河野寛一¹、牧原真治^{1,2}、宮田史朗^{1,3}

当科で経験した 15 歳未満の小児頭部外傷症例の臨床的特徴ならびに治療成績について報告する。対象は過去 2 年間に当科で入院加療を行った、来院時に何らかの意識障害を伴う 15 歳未満の頭部外傷 27 症例。年齢は 5 ヶ月から 13 歳（平均 6.7 歳）、内訳は男児 17 例、女児 10 例。受傷機転としては、転倒 5 例、転落 12 例、交通事故 10 例で、8 歳以上では交通事故のしめる割合が 63%と多く、7 歳未満では転倒ならびに転落が 81%と多かった。来院時の頭部 CT 検査で頭蓋骨骨折を除く明らかな異常を認めた症例は 14 例（51%）で、内訳は外傷性くも膜下出血 64%、脳挫傷 50%、急性硬膜下血腫 35%、外傷性脳内出血 21%であった。それら症例の来院時意識レベルは JCS 1 桁 42%、JCS 2 桁 28%、JCS 3 桁 28%であった。そのうち 3 例に来院後呼吸状態の悪化をきたし呼吸管理が必要であった。受傷翌日の頭部 CT 検査では、4 例に脳挫傷出現を、1 例に急性硬膜外血腫の発生を認めた。外科的治療が必要な mass lesion の出現をきたした症例はなかった。入院後 4 例に意識レベルの低下を認めたが、全例 SIADH による低 Na 血症が原因であった。治療としては、陥没骨折のために手術を施行した 1 例を除き全例保存的加療を行った。予後は、来院時すでに脳幹部機能の廃絶を認めた 1 例の死亡例を除き全例 good recovery であった。

循環器系救急【一般演題 21-25】

17:40~18:20 座長：都城市郡医師会病院 小林浩二

一般演題 2 1

急性心筋梗塞(AMI)に伴う心室頻拍(VF)による院外心停止(CPA)に対して

早期の除細動と経皮的冠動脈形成術(PCI)にて社会復帰できた2症例

宮崎県立延岡病院 ○黒木 ^{くろぎ} 一公 ^{かずまさ} 森山泰 山本展誉 中村伸一 長田淳

症例 1: 45 歳女性, H19 年 11 月 22 日 13 時 30 分より胸痛あり, 14 時 15 分自分で救急車要請. 14 時 23 分, 救急隊接触時 CPA であった. VF が確認され除細動が行われた. 当院来院時 JCS 300 であった. 急性冠症候群(ACS)による VF と診断し, 緊急冠動脈造影(CAG)を行った. 左冠動脈主幹部 99%であり PCI を施行した. 術後, 第 5 病日抜管, 第 7 病日 ICU 退室 12 月 10 日独歩退院となった.

症例 2: 46 歳男性, H19 年 11 月 25 日 16 時胸痛ありトイレで意識消失したため 16 時 3 分家族が救急車要請. 16 時 9 分救急隊接触時 CPA, VF のため 16 時 12 分除細動, 心拍再開した. 当院搬送時は JCS300, ACS による VF と診断し緊急 CAG を行った. #6 100%であり PCI を施行した. 第 4 病日抜管, 第 6 病日 ICU 退室. 12 月 25 日に独歩退院となった. AMI の院外心停止例は救命率が低い早期の除細動と PCI にて神経学的後遺症無く救命できた 2 例を経験したので報告する.

一般演題 2 2

自覚症状が乏しかった大動脈解離の一例

宮崎生協病院 内科 ○高田 ^{たかだ} 慎吾 ^{しんご} 折田圭大 遠藤 豊 日高明義
宮崎大学医学部附属病院 第 2 外科 中村都英 矢野 光洋 田代耕盛

大動脈解離のもっとも典型的な症状は胸痛である。通常前兆なく突然発現し、その性状は引き裂かれるような強い痛みと表現されることが多い。今回、痛みは自制内で初発症状から診断・治療に至るまでに 15 日間を要した症例を経験したので報告する。

症例は 59 歳の男性。主訴：右胸部痛現病歴：11 月 21 日に突然、心窩部痛、背部痛出現したため近医受診した。11 月 30 日に胃内視鏡を施行され十二指腸潰瘍を指摘され、内服治療が開始された。その間背部痛は上方へ移動するような感じがあり、12 月 5 日に右胸部痛が出現してきたため精査目的で当院紹介された。当院での初診時の医師が右の橈骨動脈が触知されないことに気づき大動脈解離を疑い速やかに検査を行い Stanford 分類 Type A の大動脈解離の診断に至った。同日宮崎大学附属病院第 2 外科にて緊急手術を施行され術後経過良好で社会復帰された。症状の経過からは下行大動脈の解離が先行し 12 月 5 日に上行大動脈解離を発症したか、下行大動脈から逆行性に解離が上行大動脈に波及したのではないかと考えたことが考えられ興味深い症例と思われた。

一般演題 2 3

透析患者における表在化上腕動脈の感染性動脈瘤破裂に対する緊急手術の 1 例

宮崎県立延岡病院心臓血管外科

○石井^{いし} 廣人^{ひろひと}、中村栄作、松山正和、新名克彦、中村都英

【はじめに】我々は維持透析患者で表在化動脈が感染に陥り、動脈瘤破裂に至った症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】51 歳、女性。16 年前から I 型糖尿病治療歴あり。1 年前より慢性腎不全に対し他院で透析導入。右上腕動脈（RBA）を表在化し維持透析をされていた。以前より穿刺部に感染兆候を認め、2007. 7. 12、同部破裂をきたし当院へ救急搬送となり、同日緊急手術を行なった。手術は RBA の中枢と末梢を確保し、大伏在静脈をグラフトとして用いバイパス術を行なった。感染性動脈瘤は切開し瘤内から流入動脈を閉鎖、可及的に摘除後、創は開放に留めた。創培養から MRSA が検出された。術後は創洗浄を繰り返し、第 21 病日に転院となった。

【まとめ】当症例は感染管理が肝要であり、グラフトは自家組織を選択した。バイパスは感染創とは隔離して行われ、感染部はデブリードメントが行われた。種々の工夫により良好な結果を得た。

一般演題 2 4

2 度の心停止より救命し得た冠攣縮性狭心症 (VSA) の 1 例

都城市郡医師会病院 循環器科

○久保^{くぼ} 恵^{けい} 是^し 坂元紀陽 名越秀樹 岩切弘直 小林浩二 熊谷治士

症例は 64 歳男性。2006 年 12 月頃より近医にて VSA と診断され、Ca 拮抗薬を投与されていた。2007 年 9 月 11 日午前 4 時頃トイレにて意識消失。家族が胸骨圧迫を施行し、救急要請。発症 15 分後に救急隊が心室細動を確認し徐細動、洞調律に復帰した。他医にて挿管、当科搬送。昏睡持続のため脳低温療法施行。復温後に意識清明となり、心機能も改善、一般病棟で内服調整を行った。9 月 26 日午前 11 時頃に胸痛が出現し、数分後に心停止。CPR にて心拍再開したが、心原性ショック状態であり、IABP 及び PCPS による循環管理を行った。緊急冠動脈造影上は有意狭窄を認めなかった。心機能は改善し、PCPS を離脱、IABP、人工呼吸器も順次離脱できた。治療抵抗性で multi-vessele spasm が推測される冠攣縮性狭心症であり、さらに薬剤アレルギーが出現し、内服調整に難渋した。本症例は貴重な経験と考え報告する。

一般演題 2 5

肝機能障害による凝固系異常に発症した肺動脈血栓塞栓症に対し、

ヘパリンを投与すべきかを判断しかねた一例

1) 宮崎県立日南病院循環器科, 2) 麻酔科

○岩切 ^{いわきり} 太幹志^{たかし}1), 田中充^{たなか}1), 長田直人^{ながた}2)

【症例】 55 歳 男性

【既往歴】 1998 年と 2000 年, 脳出血のため保存的治療. 2001 年に急性心筋梗塞で PCI.

【現病歴】 某年 6 月, 心房粗動のため当院循環器科に入院. 翌日, 心室頻拍から心不全になり ICU へ緊急入室.

【ICU 経過】 人工呼吸管理下, ヘパリンを投与したが, 持続する低血圧で肝機能障害を生じた. AST: 6670 IU/L, ALT: 4640, LDH: 5500, PT: 25.3 sec, APTT: 83.0 sec.

第 4 病日, 47 sec であった APTT が延長したため, ヘパリンの投与を中止. 呼吸循環動態は改善し抜管. 第 6 病日, 急に右胸痛を訴え, 100%酸素 5L/min のマスクで, SpO₂ が 80%に低下した. 心電図上有意な ST 変化はなく, CVP は 3mmHg, 心エコー検査で右室負荷の所見はなかった. D-dimer は 40 μg/ml だが ACT 検査は 190 秒のため, ヘパリンは投与せず.

第 8 病日, 胸部造影 CT 検査で右肺動脈上下葉枝に血栓を認め, 肺血栓塞栓症と診断. その後, 肝機能は改善したが, APTT は 70~80 sec で, ヘパリンは投与せず.

第 9 病日以降, D-dimer が正常化しないため, ヘパリンを 10000 単位/日で 28 日間投与. 大きな合併症はなく呼吸状態は改善した.

【総括】 肺血栓塞栓症に対するヘパリン投与では, APTT を指標にすることが推奨されているが, D-dimer による評価も必要と考えた.

救命【一般演題 26-30】

18:20~19:00 座長: 県立宮崎病院 上原 康一

一般演題 2 6

大量輸液療法とノルエピネフリン(ノルアド)持続投与で

血圧を維持し救命できたクレブシエラ血症の一例

1) 宮崎県立日南病院麻酔科, 2) 内科

○長田 ^{ながた} 直人^{なおと}1), 石原旅人^{いしはら}2), 石崎淳三^{いしざき}2), 江川久子^{えがわ}1)

【症例】 女性, 77 歳【既往歴】 1990 年子宮頸癌の手術と放射線治療を受け, それ以降放射線性直腸炎による下血頻回. 【現病歴】 某年 7 月下血で内科に入院し, 13 日 40 度の発熱に伴い低血圧になったため, 緊急入室. 白血球数は 720, Hb は 12g/dL, 血小板数は 5.4 万.

【ICU経過】入室後意識が消失し気管挿管。ノルアド0.3 μ g/kg/minとプレドパ15 μ g/kg/minを持続投与し、エンドトキシン吸着を施行。収縮期血圧は110mmHg、心拍数は130~150/分で、1日の輸液量は4Lで尿量は200ml。血培で、クレブシエラが検出された。

第2病日、CVPが4~8mmHgのため、8Lを輸液し、ドブタミンを併用したが、血圧は低下し、心拍数が140~160/分になった。1日尿量は175ml。第3病日、ドブタミンを中止しノルアドを増量後、心拍数は110~130/分、血圧は100mmHgに維持できた。1日の輸液量3.6Lで尿量は286ml。血小板数は8000。第4病日、CVPが13~15mmHgになったためCHFを施行したが回路内閉塞のため中止。1日の輸液量は2.3Lで尿量は324ml。体重の増加分は3日間で15.4kg。血小板数は1万。第6病日、循環動態が安定し尿量は2.5L。第19病日抜管し、8月31日退院。

【総括】敗血症ショックは末梢血管抵抗が低いと考えられている。本症例では、大量輸液で血管内と間質を充満し、ノルアドで腎の灌流圧を維持した治療が効を奏したと思われた。

一般演題 27

急性骨髄性白血病 (AML) の寛解導入療法後に重症肺炎を

合併するも嚴重な全身管理により救命し得た一例

宮崎県立延岡病院内科 1), 救急センター 2)

○外山 ^{とやま} 孝典^{たかのり} 1), 永野 潤二 1), 佐々木 規 1), 山口 哲朗 1), 矢埜 正実 2)

【はじめに】AMLをはじめとする造血器腫瘍に対する化学療法時の発熱性好中球減少症(FN)は、治療の成否を決める重大な副作用の一つである。原疾患のコントロールが不良であったり、何度も治療を繰り返すことで免疫不全の状態となり、難治性・致死性の感染症を合併することもよく経験される。今回、我々は再発したAMLに対して寛解導入療法を行ったところ重症肺炎を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は20歳女性。平成18年3月にAML(M2)を発症した。平成19年4月に再発し、9月5日より化療を開始、24日未明より呼吸不全が出現した。胸部CTにて左肺全体の無気肺を認めた。呼吸不全が急速に悪化し、挿管し人工呼吸器管理を開始した。その際、気管支鏡にて喀痰吸引を行い培養検査からMRSAが検出された。カルバペネム系とアミノ配糖体系の抗生剤、バンコマイシン、抗真菌剤、ST合剤、 γ グロブリン製剤を投与したが、肺の浸潤影は両側に広がり、FiO₂ 100%でもSpO₂ 90%を保てなくなり、経皮的人工心肺補助装置(PCPS)による体外循環を行っている。好中球が回復し始めたことから呼吸状態も徐々に改善してきたが、両側肺のスリガラス陰影や発熱は続くため、19日にBFを行いBAL液から細胞診を提出したところ、ヘルペス感染細胞を認め、ACVの投与を開始、発熱、炎症反応は改善した。30日に抜管に成功している。

【まとめ】今回、AMLの寛解導入療法後に重症肺炎を発症し、人工呼吸器のみでは酸素化を保てず、PCPSなど嚴重な全身管理にて救命し得た貴重な症例であると思われた。

一般演題 2 8

急性呼吸窮迫症候群で発症したインフルエンザ脳症の 1 患児例

1) 宮崎県立日南病院小児科 2) 同麻酔科 3) 宮崎大学医学部付属病院小児科

○石井 茂樹¹⁾、長田直人²⁾、澤 大介¹⁾、木下真理子³⁾、

今村秀明³⁾、水上智之³⁾、布井博幸³⁾、江川久子²⁾、須田陽子²⁾

症例：2歳5か月、女児。体重 12.4kg 既往歴：1歳時に熱性けいれん。2歳4か月時、流行性耳下腺炎、水痘、ロタウイルス腸炎に罹患。インフルエンザ予防接種(-)。

現病歴：某年4月某日午後1時、突然の発熱、痙攣とチアノーゼが出現。両下肺野に浸潤影あり。救急室で嘔吐物なく気管挿管しICU入室。

治療経過：FiO₂0.75、SIMV+PS+PEEPでPaO₂56mmHg、PaCO₂28mmHg。6時間後、心拍数170/分で、収縮期血圧55mmHgのため、輸液負荷、塩酸ドパミン、ノルアドレナリン投与開始。10時間後、気管チューブから血性喀痰が多量噴出し、内径5.0mmカフ付きチューブに入れ替えPEEP6cmH₂Oで管理。心機能正常で左房拡大なくCVP13mmHg。17時間後ステロイドパルス療法を行い、20時間後に心拍数140/分、血圧100mmHgに改善し、FiO₂1.0でPaO₂236mmHg、PaCO₂27mmHg。38時間後、FiO₂0.5でPaO₂113mmHg。総尿量3000mlで水分バランスは+767ml。インフルエンザ脳症の重症例と診断し、ヘリで大学病院に搬送。第8病日、呼吸器から離脱。現在、独歩可能だが発語不能。

総括：小児のインフルエンザ感染で急激な低酸素血症や全身状態悪化を認めた場合、肺合併症に加えインフルエンザ脳症の存在にも留意する必要がある。

一般演題 2 9

当院における来院時心肺停止 (DOA) 患者の検討および社会復帰できた 1 例報告

千代田病院外科

○田中 松平^{たなか まつへい}、波種 年彦、井上 正邦、千代反田 晋

平成19年1月1日から11月30日まで、DOAで救急搬送された患者は33名、心拍再開し入院した患者は10名であった。長期生存は3名で、1名は社会復帰し、2名は植物状態である。男性15、女性18。年齢は11~95歳、平均61歳であった。心肺蘇生(CPR)成功群と不成功群において、病院搬送所要時間、バイスタンダーの有無、救急隊による除細動の有無、気管内挿管の有無に有意な相関はみられなかった。社会復帰できた症例を提示する。64歳、男性。うつ病で他院にて入院していた。退院直後、乗用車で自殺企図し、海へダイビングした。分所が近く先発隊が引き上げ、CPRを開始。本隊が到着し、心室細動を確認し、CPRと平行し3回施行し、医師の指示で車内にて5回除細動を行うも洞調律に戻らなかった。

病院到着後、気管内挿管、末梢確保。ボスミン計7Aを静注し、約50分後、自己脈と自発呼吸が再開し、ICUに収容した。溺水肺が改善し、食事を開始したが、咽頭反射が消失しているため、中心静脈栄養で管理した。保存的に改善し、廃用症候群に対し筋力トレーニングを行い、1.5ヶ月で退院となった。

一般演題 30

左臀部壊死性筋膜炎を発症した A 群溶連菌感染症の経産婦の 1 例

1) 宮崎県立日南病院産婦人科、2) 皮膚科、3) 麻酔科、4) 宮崎大学医学部附属病院皮膚科

○蓮田 淳¹⁾、帖佐宣昭²⁾、長田直人³⁾、多和田利香¹⁾、
春山康久¹⁾、堀川永子⁴⁾、須田陽子³⁾、江川久子³⁾

症例：40 歳、妊娠 33 週の経産婦。

既往歴：特になし。

主訴：発熱、悪寒と頭痛。

現病歴：某年 9 月 10 日午後 11 時、当院救急外来を受診。体温 39.4℃、白血球数 9700/ μ l、CRP 1.2mg/dl。左殿部に前日に虫に刺されたという手掌大の有痛性紅斑を認めた。11 日午前 8 時、紅斑が殿部全体に拡がり疼痛も増強。病変部の穿刺で膿はなし。午前 10 時、胎児に遅発一過性徐脈が出現し、全麻下で帝王切開術で児を娩出。術中弛緩出血で低血圧のため術後 ICU に入室。CVP が 8mmHg で 1 時間尿量が 100ml 以上だが心拍数 135/分以上で収縮期血圧が 70mmHg 以下のため、イノバン 5~7 μ g/kg/時投与。臀部の病変部は減張切開した。ABPC 8g/日、CLDM 2.4g/日と ABK 200mg/日を投与。

12 日、白血球数 12700/ μ l、LDH 210IU/L、CRP 20mg/dl で、殿部に紫斑と浅筋膜の壊死を認め重症化を予想し、宮医大に転送。当院の血培は陰性。臀部の培養同定検査で A 群溶連菌(+)。

13 日、呼吸・循環が安定し、人工呼吸器から離脱。

結語：皮膚に紅斑と紫斑が出現し拡大したとき、A 群溶連菌感染を念頭におき特に塗抹検査を含めた同定検査が重要である。