第14回
宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

【会長】　立山　浩道
　　県立宮崎病院院長

【会期】　平成11年8月7日（土）
　　午後1時から

【会場】　県立宮崎病院　3階講堂

【事務局】　県立宮崎病院
宮崎市北高松町5-30
電話　0985-24-4181
FAX　0985-28-1881

開会挨拶　13:00　第14回宮崎救急医学会会長　立山浩道

ICU管理　13:05～13:29
座長　県立宮崎病院看護科　池田紀美枝（いけだ きみえ）

1. 県立日南病院ICUの患者管理と救急外来患者の現況
   県立日南病院麻酔科・集中治療室[1]、同内科[2]、同脳外科[3]、同外科[4]、同看護科[5]
   ○長田直人[1]（ながた なおと）、鈴木宣彰[1]、江川久子[1]、田口利文[2]、上田正人[2]、中園紀幸[3]、森田能弘[3]、峯　一彦[4]、柴田紘一郎[4]、橋口佳子[5]

2. 県立宮崎病院集中治療室の運営状況について
   県立宮崎病院集中治療室
   ○竹之内由美子（たけのうち ゆみこ）、鈴木律子、嶋田八代子

3. ICUにおける細菌繁殖の現状とその検証
   潤和会記念病院ICU
   ○川内美千代（かわうち みちよ）、藤本容子、倉橋さおり

救急病棟・手術室　13:29～13:53
座長　宮崎社会保険病院看護科　二見シゲ子（ふたみ しげこ）

4. 県立宮崎病院の救急外来と救急病棟の患者状況調査
   県立宮崎病院3階西病棟[1]、同看護科[2]
   ○嶋田八代子[1]（しまだ やよこ）、坂本千恵[1]、中村公子[1]、山下嗣美[1]、池田紀美枝[2]

5. 県立宮崎病院脳外科・神経内科病棟における救急入院患者の検討
   県立宮崎病院5階東病棟
   ○川越麻貴（かわごえ まき）、高木加代子、池田富士子、泉田みき子

6. 平成10年度の当院の緊急手術について
   県立宮崎病院麻酔科
   ○片山亜佐子（かたやま あさこ）、窪田悦二、三浦弘樹、渡部由美、莫根　正、上原康一

救急体制　13:53～14:17
座長　宮崎市郡医師会病院外科　竹智義臣（たけち よしおみ）

7. 救急現場において実施した口対口の人工呼吸症例から得たもの
   宮崎市消防局
   ○奥野裕典（おくの ひろのり）、甲斐啓一郎

8. 宮崎医科大学救急医学教室学外実習を経験して
   宮崎医科大学５年生[1]、宮崎医科大学救急部[2]、宮崎社会保険病院脳神経外科[3]
   ○高岩一貴[1]（たかいわ かずき）、寺井親則[2]、上田　孝[3]

9. 院内救急システム（いわゆるハリーコール）が発足して2年がたった
   県立宮崎病院麻酔科[1]、外科[2]、脳外科[3]
   ○窪田悦二[1]（くぼた えつじ）、上原康一[1]、上田祐滋[2]、山川勇造[3]

蘇生・緊急処置　　14:17～14:57
座長　　県立宮崎病院麻酔科　上原康一（うえはら こういち）

10. 経皮的ペーシングの使用により救命し得た一症例
宮崎医科大学救急医学教室
○廣兼民徳（ひろかね たみのり）、田畑　孝、寺井親則

11. 照射血輸血による高カリウム血症から心停止をおこした一症例
宮崎県立病院麻酔科
○三浦弘樹（みうら ひろき）、上原康一、片山亜佐子、渡部由美、莫根　正、窪田悦二

12. Myonephropathic metabolic syndrome の一救命例
宮崎県立延岡病院外科[1]、同麻酔科[2]、同整形外科[3]
○坂本達彦[1]（さかもと たつひこ）、大地哲史[1]、工藤俊介[1]、木村　有、高橋将史[1]、落合隆志[1]、早野良生[2]、千代谷和光[2]、金井一男[3]、川谷洋右[3]

13. 外来診察中に意識障害と心肺停止を起こした咽頭腫瘍の一例
県立宮崎病院神経内科[1]、同耳鼻咽喉科[2]、同外科[3]、同放射線科[4]、宮崎生協病院内科[5]
○岡留敏秀[1]（おかどめ としひで）、湊誠一郎[1]、中原啓一[1]、中島崇博[2]、牧元　宏[2]、小池弥生[2]、松浦宏司[2]、山内　励[3]、宮崎貴浩[4]、山田浩己[4]、関　良二[5]

14. 球症状の悪化に伴い、緊急気管切開術を行った進行性球麻痺の一例
県立宮崎病院神経内科[1]、同歯科口腔外科[2]、同外科[3]、市民の森病院神経内科[4]
○中原啓一[1]（なかはら けいいち）、岡留敏秀[1]、湊誠一郎[1]、林　升[2]、山内　励[3]、花岡保雄[4]

循環器　　14:57～15:29
座長　　宮崎市郡医師会病院内科　柏木孝史（かしわぎ たかし）

15. 急性心不全と徐脈で搬入された高齢者大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症の一治験例
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、新名克彦、安元　浩

16. エルゴノビン負荷にて冠状動脈攣縮を呈したアルコール依存症の二例報告
潤和会記念病院内科/ICU[1]、山脇医院[2]
○矢野隆郎[1]（やの たかお）、奥　史佳[1]、宮内恵子[1]、大橋　剛[1]、北野正二郎[1]　山脇清一[2]

17. 平成11年1月から5月の緊急大動脈手術症例四例の検討
県立宮崎病院心臓血管外科[1]、同外科[2]
○井ノ上博法[1]（いのうえ ひろのり）、湯田敏行[1]、岩村弘司[1]、久 容輔[1]、山内　励[2]、緒方誠司[2]

18. 血管超音波検査による血管疾患診断の有用性
県立宮崎病院内科
○福岡周司（ふくおか しゅうじ）、中川　進、福永隆司

特別講演　　15:30～16:15
座長　　県立宮崎病院院長　立山浩道（たてやま ひろみち）

集団災害時に発生する挫滅症候群
―高カリウム血症とその治療法の開発―
宮崎医科大学救急医学講座教授　　寺井親則（てらい ちかのり）

休憩（10分）16:15～16:25

総会（5分）　16:25～16:30

腹部救急　　16:30～17:10
座長　　県立宮崎病院外科　上田祐滋（うえだ ゆうじ）

19. EO/AS併用による硬化療法が奏効した、再発性食道静脈瘤破裂の一例
東郷町国民健康保険病院
○徳山秀樹（とくやま ひでき）、今田真一、谷川　誠

20. 腹部外傷後に発症したS状結腸狭窄の一例
健寿会黒木病院外科
○豊永健二（とよなが けんじ）、牧野剛緒、池田拓人、伊藤泰教、黒木　建

21. 吐血により緊急手術を必要とした十二指腸平滑筋腫の一例
千代田病院外科
○波種年彦（はたね としひこ）、千代反田晋、内村好克、千代反田泉

22. 硬便にて生じたと思われるＳ状結腸穿孔の一例
県立日南病院外科[1]、同麻酔科・集中治療室[2]
○篠原立大[1]（しのはら たつお）、川越誠志[1]、中平孝明[1]、百瀬文教[1]、峯　一彦[1]、柴田紘一郎[1]、長田直人[2]

23. 過去３年間の当科緊急手術症例の検討
県立宮崎病院外科
○山内　励（やまうち つとむ）、豊田清一、上田祐滋、井手秀幸、下薗孝司、村田隆二

熱傷・軟部感染症　　17:10～17:50
座長　　宮崎医科大学皮膚科　立山　直（たてやま すなお）

24. フッ化水素酸による手指化学熱傷の二例
宮崎社会保険病院形成外科
○大安剛裕（だいあん たけひろ）、藤岡正樹

25. 当院における過去三年間の熱傷入院患者統計
県立宮崎病院皮膚科
○長田　淳（おさだ じゅん）長嶺英宏、小田祐次郎

26. *Aeromonas*による重症軟部組織感染症の三死亡例
宮崎医科大学皮膚科[1]、同第二内科[2]、同集中治療部[3]、同第二病理学[4]
○立山　直[1]（たてやま すなお）、桑田　剛[2]、井上卓也[3]、濱川俊朗[3]、成尾浩明[3]、伊藤浩史[4]

27. *Aeromonas sobria*による重症軟部組織感染症の一例
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）、平部俊哉、卜部浩俊、大倉俊之、楠元寿典、井上卓也、濱川俊朗、高崎眞弓

28. 重症軟部組織感染症の一救命例
宮崎医科大学附属病院集中治療部[1]、同第二内科[2]、同皮膚科[3]、同麻酔科[4]
○楠元寿典[1]（くすもと かずのり）、成尾浩明[1]、平部俊哉[1]、吉村安広[1]、大倉俊之[1]、中村亮斎[2]、岡本将幸[2]、立山　直[3]、濱川俊朗[1]、高崎眞弓[4]

脳・神経 I　17:50～18:30
座長　金丸脳神経外科病院　金丸禮三（かねまる れいぞう）

29. 純粋な大脳脚部出血で発症した脳底動脈-上小脳動脈動脈瘤の一手術例
Ruptured aneurysm of basilar trunk-superior cerebellar artery with pure bleeding into cerebral peduncle
誠和会和田病院脳神経外科
○内之倉俊朗（うちのくら しゅんろう）、三倉　剛

30. 当院におけるくも膜下出血例の検討
三和会池田病院脳神経外科
○加地泰広（かじ やすひろ）

31. 歩いて外来を受診して来たくも膜下出血の一例
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

32. 高齢者の破裂動脈瘤に対する急性期コイル塞栓術の経験
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、伊勢田努力、池田徳郎、杉本哲朗

33. 外傷性髄液鼻漏の治療について
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

脳・神経 II　18:30～19:10
座長　県立宮崎病院脳神経外科　落合秀信（おちあい ひでのぶ）

34. tPA の全身投与に Direct PTA を併用した急性中大脳動脈閉塞の四症例の検討
潤和会記念病院内科[1]、同放射線科[2]、同脳神経外科[3]
○奥　史佳[1]（おく ふみか）、矢野隆郎[1]、宮内恵子[1]、大橋　剛[1]、北野正二郎[1]、鈴木由紀子[2]、池田徳郎[3]

35. 脳梗塞急性期の初期診断と治療　－その１－
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

36. 自然消退した急性頚椎硬膜外血腫の一例
県立宮崎病院整形外科
○末永賢也（すえなが けんや）、阿久根広宣、小林邦雄

37. 当病院における低体温療法の実際
都城市郡医師会病院脳神経外科[1]、同集中治療室[2]
○上原久生[1]（うえはら ひさお）、小濱祐博[1]、有川章治[1]、藤目憲一[1]、河野寛一[1]、矢埜正実[2]

38. 中等度低体温療法が有効であった重症頭部外傷の一例
県立日南病院脳神経外科[1]、県立日南病院麻酔科・集中治療室[2]
○中薗紀幸[1]（なかぞの としゆき）、牧原真治[1]、森田能弘[1]、長田直人[2]

特別講演

座長　　県立宮崎病院院長　立山浩道

集団災害時に発生する挫滅症候群
―高カリウム血症と治療法の開発―

宮崎医科大学救急医学講座教授
寺井親則

1995（平成7）年1月17日に起こった阪神・淡路大震災では、日常診療ではめったに遭遇することのない挫滅症候群が多数発生した。挫滅症候群では予想以上に高カリウム血症を合併する場合が多く、死因の22％を占めたと報告されています。そこで本講演では、まず、挫滅症候群の典型例を供覧するとともに、対処する上での問題点について言及したいと考えています。次に、今回の震災の経験をふまえ、高カリウム血症を一時的にしろ、確実に改善する装置を開発したので報告します。研究の動機は、震災に限らず集団災害では挫滅症候群が発生しやすいこと、血液透析を行なえる施設が相対的に不足すること、搬送上の問題から透析開始までに時間がかかること、などが予想されたからです。開発に際しては、①大掛かりな装置ではなく、操作も簡単であること、②血中カリウムイオンを確実に、しかも選択的に除去できること、③停電を考慮してバッテリーでも駆動可能であること、を目標としました。実験方法は体外循環で陽イオン交換樹脂を充填したカラムに血液を直接灌流させ、in vitro 及び ex vivo でその効果を検討した。結果は、ナトリウム塩型、カルシウム塩型、マグネシウム塩型の陽イオン交換樹脂をそれぞれ48％、48％、4％の比率で混合すれば血中のカリウムイオンを選択的に除去することが可能であった。また、この方法は他の血液成分の変化が許容範囲内であるため、臨床的に有用と考えられた。

ICU管理　　13:05～13:29

座長　　県立宮崎病院看護科　池田紀美枝

1. 県立日南病院ICUの患者管理と救急外来患者の現況

県立日南病院麻酔科・集中治療室[1]、同内科[2]、同脳外科[3]、同外科[4]、同看護科[5]
○長田直人[1]、鈴木宣彰[1]、江川久子[1]、田口利文[2]、上田正人[2]、中園紀幸[3]、森田能弘[3]、峯　一彦[4]、柴田紘一郎[4]、橋口佳子[5]

平成10年4月から平成11年3月末までのICU入室患者総数は169名で、消化器と胸部の術後患者が全体の41％、脳外科と内科の院内外の救急患者が36％を占めた。心疾患と脳血管障害が多かった。入室患者の84％が10日以内に退室し、死亡数は8名であった。人工呼吸管理を要した患者は、24％であった。持続血液濾過を施行した患者数は3名、透析は2名、片肺分離換気は2名であった（患者数は重複した）。軽度低体温療法は3名であった。院外搬送患者数は5名で、目的はPTCA施行、皮膚移植、高圧酸素療法と乳児の肝庇護療法であった。今後、PTCA施行後や熱傷患者に対応する必要がある。平成10年2月に新病院への移転が終了した。移転後の平成10年度時間外外来患者総数は4865名で、移転前の平成8年度に比べて、583名増えた。内科疾患が最も多く、全体の30％を占めた。このうち、入院患者総数は692名で、平成8年度に比べて、163名増え、内科、外科と小児科疾患が増加した。1日入院数が1.4人から1.9人に増加したことより、2次救急医療に対する新病院の責任が一層重くなったと思われた。

2. 県立宮崎病院集中治療室の運営状況について

県立宮崎病院集中治療室
○竹之内由美子、鈴木律子、嶋田八代子

当院はベッド数614床で救命救急センターを有する3次救急施設であり、集中治療室は4床で運営している。集中治療室の性格を検討するために、平成10年1月から12月までの運営状況について調査した。入室患者数213人（男性136人、女性77人）の年令分布は10歳以下が5人、10代が1人、20から60歳が75人、60歳以上が132人であった。緊急入室が86人、予定入室が127人で、入室申し込みをしながら満床のため入室できなかった症例が78例（38%)あった。在室日数は7日以内が163人、14日以内が35人、15日以上が15人であった。人工呼吸器を使用した患者が116人、IABPが6人、CHF/CHDFが4人であった。診療科別の内訳は心臓外科が47人、外科が78人、内科が60人、整形外科が9人、泌尿器科が6人であった。入室者の40.3%が緊急入室であり、71.8%は外科系の患者であった。このことから、当集中治療室は救命救急的な傾向を持ち、外科系ICUとしての性格が強いと思われた。

3. ICUにおける細菌繁殖の現状とその検証

潤和会記念病院ICU
○川内美千代、藤本容子、倉橋さおり

目的：当病院のICUは、X線撮影等が頻回に行われているため、患者移送によるICU入退室の頻度が多く、医療スタッフの出入りも多い。この現状から、ICUのクリーン度の調査に取り組んだ。方法：緬羊血液平板培地を用い、24時間落下細菌調査を行った。前者ではICU、手術室3ヶ所と一般病棟1ヶ所に培地を24時間放置、後者はICU内5ヶ所、一般病棟5ヶ所の床や寝具類の4インチ四方を拭きとり培地に塗布。結果：24時間落下細菌調査では、一般病棟でのみ酵母性真菌が検出。拭きとり調査でも、一般病棟のみ患者シーツから酵母性真菌、医療従事者の衣類より腸球菌、黄色ブドウ球菌が検出。考察：クリーンシステム上の問題はないと言いきれる程の有意差はなかった。標本数の少なさと時間、季節などの条件統一が出来なかったことが原因と考えられる。

救急病棟・手術室　　13:29～13:53
座長　　宮崎社会保険病院看護科　二見シゲ子

4. 県立宮崎病院の救急外来と救急病棟の患者状況調査

県立宮崎病院3階西病棟[1]、同看護科[2]
○嶋田八代子[1]、坂本千恵[1]、中村公子[1]、山下嗣美[1]、池田紀美枝[2]

目的：当院の救急体制のあり方を検討するために、救急外来患者と救急病棟入院患者の状況を調査した。方法：H8、9、10年度の、１．救急外来受診患者数を、２．救急病棟入院患者数を、集計する。3．H10年度の救急車利用受診患者の数を調べる。結果：当院の救急体制は夜間及び土日祝日の昼間は医師3名・看護婦2～3名の当直制、薬剤師・検査技師・放射線技師の自宅待機制で、外来患者は救急外来で対応している。平日の昼間の急患は各科の外来対応となっている。救急病棟の急患用のベッド数は21床である。救急外来の受診患者は、H8、H9、H10年度それぞれ3,984名、4,874名、5,665名と年々増加し、うち入院決定患者はそれぞれ1,424名、1,563名、1,724名であった。救急病棟の救急入院患者数はそれぞれ1,478名、1,736名、1,631名であった。救急外来での入院決定者と救急病棟の入院患者数が合わないのは、昼間の入院は一般病棟に入院させたり、直接集中治療室に入室させているためである。H10年度の救急車の利用の受診者者は738名であった。

5. 県立宮崎病院脳外科・神経内科病棟における救急入院患者の検討

県立宮崎病院5階東病棟
○川越麻貴、高木加代子、池田富士子、泉田みき子

平成9年度の県立宮崎病院脳外科・神経内科病棟における救急入院患者について分析を行ったので報告する。平成9年4月から平成10年3月までの1年間に当病棟に入院した患者の総数は423人であった。そのうち262人（61.9%）が救急入院だった。262例の救急入院患者のうち、141人（53.8%）は救急隊からの直接搬入であり、残りの121人（46.2%）は他院でまず1次救急対応を受け、その後に当院に紹介となった患者であった。救急入院となった疾患の内訳は、脳血管障害が112例（42.7%）で一番多く、続いて脳・脊髄外傷の63例（21.3%）だった。その他は、神経筋疾患や中枢神経系感染症、てんかん、Guillain Barre 症候群などの脱髄疾患、意識障害などであった。救急入院患者のうち脳外科入院は144例であり、そのうち73例（50.6%）は入院後直ちに緊急手術を受けている。退院時の転帰としては、重症例が多いにもかかわらず、救急入院患者の約6割にあたる153人が自宅退院となっている。自宅退院に至らず転院となった症例は51例（19.4%）であり、死亡の転帰をとったのはわずか19例（7.2%）だった。当病棟入院となった救急患者においては、重症例が多いにもかかわらずその転帰は比較的良好であると思われた。

6. 平成10年度の当院の緊急手術について

県立宮崎病院麻酔科
○片山亜佐子、窪田悦二、三浦弘樹、渡部由美、莫根正、上原康一

救命救急センターを持つ当院の手術室は3次救急的性格を有していると思われる。救急医療体制の中での当院手術室の役割を検討するため、平成10年度の当院手術室での緊急手術症例について検討した。全緊急手術症例数は１年間に631例で、そのうち麻酔科依頼が430例、当該科の局所麻酔によるもの201例であった。全手術症例3,636例に対する緊急手術症例の割合は17.4％であった。緊急手術の診療科別症例数は、外科、整形外科、産婦人科の順で多かった。麻酔科依頼の緊急手術症例の69.8％が何らかの合併症を持ち、80.9％が気管内挿管での全身麻酔で管理された。緊急入院後緊急手術となった症例は114例（26.5％）で、術後ICUに入室した症例は44例（10.2％）であった。術後ICUに入室した症例の重症度と管理について検討して報告する。

救急体制　　13:53～14:17
座長　　宮崎市郡医師会病院外科　竹智義臣

7. 救急現場において実施した口対口の人工呼吸症例から得たもの

宮崎市消防局
○奥野裕典、甲斐啓一郎

【口対口の人工呼吸の有効性・留意点を再認識させた8症例】
現在、一人法による人工呼吸法を救命講習時に指導しているが、口対口の人工呼吸の経験の有無が、指導時において有効性と留意点の説明に多少の差が生じていると思われる。
【検討内容】
宮崎市消防局の職員に対して、心肺蘇生法実施の有無・口対口の人工呼吸の実施の有無についてアンケートを行うとともに、救急現場において口対口の人工呼吸を実施した8症例から、換気効果と現場の状況について検討を行った。
【結果】
アンケート結果・症例検討から、指導者である職員に対して有効な換気効果・現場の緊張感・嘔吐・口腔内の異臭・困難な状況確認等について再認識させることができた。また、受講者である住民に対して口対口の人工呼吸の必要性に事例を交えて訴えることで、講習会の臨場感を高めることができた。
【考察】
今後、応急手当指導員講習時に一人法シミュレーションのよりいっそうの充実を図るとともに、講習受講者に対して、口対口による人工呼吸実施時の有効性・留意点の啓蒙を積極的に行なって行くべきである。

8. 宮崎医科大学救急医学教室学外実習を経験して

宮崎医科大学５年生[1]、宮崎医科大学救急部[2]、宮崎社会保険病院脳神経外科[3]
○高岩一貴[1]、寺井親則[2]、上田　孝[3]

平成10年11月30日より宮崎医科大学救急部寺井教授の御指導の元に、学外実習として、救急車同乗，宮崎社会保険病院救急実習が開始されました。その後約半年が経過し、救急現場に直接的，間接的に関わる中で大学生として大いに学ぶ事があります。しかしながら現時点での問題点、反省点などを整理し、今後につなげることは有用と考えます。そこで今回、実習をすでに終了した者とそうでない者にも学外実習に関するアンケートを行いましたので、その結果を報告いたします。

9. 院内救急システム（いわゆるハリーコール）が発足して2年がたった

県立宮崎病院麻酔科[1]、外科[2]、脳外科[3]
○窪田悦二[1]、上原康一[1]、上田祐滋[2]、山川勇造[3]

すでに入院中の患者でも、心停止、呼吸停止のみならず、急性循環不全や急性呼吸不全などで、心肺蘇生や救命救急処置が必要となることがある。そのような場合は、早急に病院内の知識と経験を動員して治療にあたらねばならない。当院では平成9年4月より院内救急システムを発足させ、院内で発生した救命救急処置が必要な事態に対応して来た。1.任務：病棟外来および病院敷地内で発生した緊急事態に現場に急行し、主治医とともに患者の治療処置にあたる。2.構成：院内救急チームの構成は、発動時に現場に急行することが可能な麻酔科、外科、内科の医師。3.発動：緊急事態の発見者（医者、看護婦または総ての病院職員）が防災センターに「○階○○病棟○○号室に針井先生をお願いします」と連絡し、「針井先生、針井先生、○階○○病棟○○号室に来て下さい」と全館放送する。平成11年4月までの2年間に14件の院内救急システムの発動があった。院内救急システムの概要と、その利点と問題点について検討して報告する。

蘇生・緊急処置　　14:17～14:57
座長　　県立宮崎病院麻酔科　上原康一

10. 経皮的ペーシングの使用により救命し得た一症例

宮崎医科大学救急医学教室
○廣兼民徳、田畑　孝、寺井親則

経皮的ペーシング（transcutaneous cardiac pacing：以下TCP）は救急外来で徐脈性不整脈の緊急処置として使用されるが、心静止に関しては積極的に使用されていない。今回我々は心室細動から心静止となり TCP 使用により救命した症例を経験したので、その有効性につき文献的考察を加え報告する。

症例は89才、女性。平成11年1月21日意識障害・ショックで当院に搬入された。搬入時、意識状態 GCS6（E1V1M4）、脈拍 160 不整、血圧 50/- mmHg（触）であった。エホチール、キシロカインにて血圧100/-　、脈拍 120 整、と改善したが、入院待機中に心室細動（以下Vf）となった。カウンターショック（以下DC）後、心静止となり経皮的ペーシング（TCP）使用した。ペーシングで脈拍触知するも再びVfになり、以後 Vf→DC→心静止→TCP→Vf を繰り返し自己心拍再開となった。平成11年3月25日に意識清明、車イスにて近医転院した。最終診断は肥大型心筋症による Vf であった。

11. 照射血輸血による高カリウム血症から心停止をおこした一症例

県立宮崎病院麻酔科
○三浦弘樹、上原康一、片山亜佐子、渡部由美、莫根　正、窪田悦二

輸血の合併症の中で高カリウム血症による心停止は重篤なものの一つである。今回我々は麻酔中の輸血時に心停止が起こった症例を経験したので報告する。患者は27歳女性、妊娠31週3日。前置胎盤のため既に1,000 ml の出血があり、緊急帝王切開となった。全身麻酔で手術が開始され、羊水を含む出血が1,740 ml の時点のヘモグロビン値は 4.4 g/dl であった。照射済みの MAP の輸血を開始した。6単位目を輸血中に VT が出現し、VF となり、直ちに心マッサージを開始した。その時の血清カリウム値は 9.4 mEq/L であった。塩化カルシウム、インスリンの投与で血清カリウムの低下を図り、カリウム値が 5.0 mEq/L に低下して、自己心拍の再開をみた。蘇生開始35分後には意識の回復がみられ、ICUに入室し翌日神経学的後遺症なく退室 した。保存血および照射血のカリウム値の経日的推移の検討も合わせて報告する。

12. Myonephropathic metabolic syndrome の一救命例

宮崎県立延岡病院外科[1]、同麻酔科[2]、同整形外科[3]
○坂本達彦[1]、大地哲史[1]、工藤俊介[1]、木村　有、高橋将史[1]、落合隆志[1]、早野良生[2]、千代谷和光[2]、金井一男[3]、川谷洋右[3]

急性動脈閉塞による虚血が持続すると、広範な虚血性壊死を生じる。そこで生じた代謝産物や壊死物質が再灌流により急速に循環系に入り、高カリウム血症、アシドーシス、高ミオグロビン血症を呈し、心停止、腎不全、呼吸不全、臓器出血等をおこす。これは myonephropathic metabolic syndrome と呼ばれ、死亡率の高い合併症である。今回我々は、外傷により腹腔内出血、総腸骨動脈閉塞をきたし myonephropathic metabolic syndrome の様相を呈した1例を救命できたので報告する。

症例は58歳男性、建設業。平成11年4月15日仕事中に4メートルの高さから転落。当院救急外来に搬送された。腹部CTにて腹腔内出血を認め、血管造影にて右総腸骨動脈閉塞を認めた。緊急開腹となり、小腸が破裂していたため、小腸部分切除を行った。右下肢には冷感や色調の変化がみられ、尿はミオグロビン尿を思わせるワインカラー色を呈していた。Myonephropathic metabolic syndrome が考えられたため、術後は ICU管理 となった。血中 CPK 120,000 以上、CK-MB 65,300、ミオグロビン 5,000以上であった。4月16日に右下肢切断術を行い、腎不全予防のため大量輸液（40,000～50,000 ml/day）による wash out を施行し救命することができた。

13. 外来診察中に意識障害と心肺停止を起こした咽頭腫瘍の一例

県立宮崎病院神経内科[1]、同耳鼻咽喉科[2]、同外科[3]、同放射線科[4]、宮崎生協病院内科[5]
○岡留敏秀[1]、湊誠一郎[1]、中原啓一[1]、中島崇博[2]、牧元　宏[2]、小池弥生[2]、松浦宏司[2]、山内　励[3]、宮崎貴浩[4]、山田浩己[4]、関　良二[5]

症例は51才男性。風邪症状の後、呼吸困難感が出現し 宮崎生協病院を受診した。咽頭狭窄を疑われ当院耳鼻咽喉科へ紹介される。問診後気分不良、意識障害に引き続き心肺停止が出現した。気管内挿管、蘇生術がなされ5分後には自発呼吸や心拍が再開した。しかし意識障害は残った。初診時現症：意識(JCS)III-300、彷徨性眼球運動あり、対光反射や人形の目現象あり、痛み刺激で decorticated posture をとる、深部腱反射は亢進し 病的反射を認める。脳の画像診断や血液、髄液検査は異常を認めなかった。咽頭部CTにて上中咽頭は腫瘍性病変で占拠され気道が押し潰されていた。低酸素状態の遷延化による低酸素脳症と診断した。経過で脳波は α波から平坦脳波に移行し、頭部CTは脳萎縮と脳実質の低吸収化がみられ 上記の診断に合致した。画像や脳波を中心に報告する。

14. 球症状の悪化に伴い、緊急気管切開術を行った進行性球麻痺の一例

県立宮崎病院神経内科[1]、同歯科口腔外科[2]、同外科[3]、市民の森病院神経内科[4]
○中原啓一[1]、岡留敏秀[1]、湊誠一郎[1]、林　升[2]、山内　励[3]、花岡保雄[4]

患者は87歳の男性で、H8年10月頃より徐々に流涎と舌の動きの悪さを自覚するようになり、H9年5月には構音障害、嚥下障害が出現した。同年6月2日に当科に入院し進行性球麻痺の診断が確定した。嚥下障害のためH10年10月には当院外科で胃瘻を造設し、その後当科外来でフォローしていた。H11年2月11日より球麻痺強く眠れない状態が続いていたが、同年2月19日に舌根沈下のため窒息しかかるため来院、同日夜に緊急で気管切開を行った。進行性球麻痺は運動ニューロン病の１臨床型で、神経原性筋萎縮症は進行するが、顔面、頸部、咽頭喉頭の筋群以外は比較的保たれるため、気管切開後も質の高い ADL が維持できると考え、高齢であったが施行に踏み切った。このような疾患での気管切開の適応について考えを述べる。

循環器　　14:57～15:29
座長　　宮崎市郡医師会病院内科　柏木孝史

15. 急性心不全と徐脈で搬入された高齢者大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症の一治験例

県立延岡病院心臓血管外科
○古川貢之、桑原正知、早瀬崇洋、新名克彦、安元　浩

急性心不全と徐脈で緊急搬送された高齢者の大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症の一治験例を報告する。症例は80歳、女性。弁膜症の診断で近医へ長期入院中であった。1998年末に外泊していたが呼吸困難となり、1999年元旦に当科へ緊急搬送された。起座呼吸状態で胸写ではCTR70%の心拡大と肺鬱血を認めた。血ガス不良のため挿管し、徐脈のため体外式ペーシングを施行した。心不全は改善し４日目に抜管できたが、徐脈は持続したため８日目にペースメーカー植え込みを行った。肺鬱血は消失し歩行可能となったが、大量の利尿剤を投与しても下肢の浮腫、胸水貯留、体重増加を繰り返した。２月10日に心臓カテーテル検査を施行。圧較差100 mmHgの大動脈弁狭窄とIII度の大動脈弁閉鎖不全を認めた。２月15日に生体弁にて大動脈弁置換術を施行した。術後経過は良好で心不全は消失し術後20日目に元気に退院した。

16. エルゴノビン負荷にて冠状動脈攣縮を呈したアルコール依存症の二例報告

潤和会記念病院内科/ICU[1]、山脇医院[2]
○矢野隆郎[1]、奥　史佳[1]、宮内恵子[1]、大橋　剛[1]、北野正二郎[1]　山脇清一[2]

胸痛を主訴に入院したアルコール依存症の２症例に対し、ドブタミン負荷心筋シンチ及びエルゴメトリン負荷冠動脈造影検査を施行した。いずれも入院時心電図にて明らかな虚血性変化を認めなかった。症例1、62歳男性。心筋シンチにてTlでは前壁に再分布(+)軽度血流低下、下壁に再分布(-)軽度血流低下。BMIPPでは前壁、下壁に軽度取り込み低下を認め前壁は洗い出しの低下、下壁は洗い出しの亢進を認めた。冠動脈造影では右冠動脈にて高度低形成+エルゴメトリン負荷にて完全閉塞を認めた。症例２、48歳男性。心筋シンチにてTlでは側壁以外の再分布(-)軽度血流低下。BMIPPでは側壁以外の軽度取り込み低下と洗い出しの亢進を認めた。冠動脈造影では両冠動脈のエルゴメトリン負荷にて中等度攣縮を認めた。心筋脂質代謝に与えるエタノール依存の影響が冠動脈攣縮の一因である可能性が示唆された。

17. 平成11年1月から5月の緊急大動脈手術症例四例の検討

県立宮崎病院心臓血管外科[1]、同外科[2]
○井ノ上博法[1]、湯田敏行[1]、岩村弘司[1]、久 容輔[1]、山内　励[2]、緒方誠司[2]

症例は49～75歳で全例女性。Stanford A 型急性大動脈解離が3例、1例が胸部下行大動脈破裂例であった。急性大動脈解離の1例は大動脈弁輪拡張症・大動脈弁閉鎖不全を伴った Marfan 症候群であった。全例に超低体温完全循環停止、逆行性脳灌流下に手術を施行した。急性大動脈解離の3例に上行弓部大動脈人工血管置換術を施行し、うち Marfan 症候群合併例には Bentall 手術（大動脈基部再建、両側冠動脈再建）を併せて施行した。大動脈破裂例には下行大動脈人工血管置換術を行った。いずれにも術後の脳神経系合併症を認めず、経過は順調で良好な結果を得ることができた。

18. 血管超音波検査による血管疾患診断の有用性

県立宮崎病院内科
○福岡周司、中川　進、福永隆司

近年の超音波検査装置の性能向上に伴い、今まで詳細な評価が困難であった血管疾患がベッドサイドで迅速に、しかも鮮明に評価ができるようになった。今回我々は ATL HDI 5000 超音波検査装置を用い、血管疾患の診断、重症度や治療効果の評価を行った。対象は頚動脈病変、大動脈解離、Marfan 症候群、急性血栓性動脈閉塞症、大動脈炎症候群などの血管疾患である。それぞれについて血管壁厚や plaque の評価、color Doppler 法を用いた血流評価を行った。何れも従来の装置を用いるより鮮明な画像が得られ、的確な診断、治療方針の決定、治療効果の判定に寄与することができた。

腹部救急　　16:30～17:10
座長　　県立宮崎病院外科　上田祐滋

19. EO/AS併用による硬化療法が奏効した、再発性食道静脈瘤破裂の一例

東郷町国民健康保険病院
徳山秀樹、今田真一、谷川　誠

肝硬変患者の食道静脈瘤治療の問題点として、短期間における再発の問題がある。今回我々はエタノールアミンオレエイト（EO）とエトキシスクレロール（AS）併用による硬化療法が奏効した、再発性の食道静脈瘤破裂の一例経験したので報告する。

患者は65歳のアルコール性肝硬変患者で、吐血にて当院初診、食道静脈瘤破裂の診断にて、同日 EVL にて止血処置行った。その約3ヵ月後再発防止のため、すべての食道静脈瘤に対して EO を注入し、供血路の閉塞を行った。しかし約2ヵ月後、再度吐血にて来院、食道静脈瘤が、短期間のうちに再発し破裂していた。今回、EO による供血路の閉塞と、AS による細血管消失を目的とした硬化療法を併せて行ったところ、6ヵ月後の内視鏡検査でも再発の徴候をみず短期間のうちの再発を免れた。食道静脈瘤再発防止の治療としては、硬化療法なかでも EO/AS 併用法による供血路の閉塞と細血管消失が、より有効と思われた。

20. 腹部外傷後に発症したS状結腸狭窄の一例

健寿会黒木病院外科
○豊永健二、牧野剛緒、池田拓人、伊藤泰教、黒木　建

腹部外傷では受傷後ある程度の期間を過ぎて高度な腸狭窄をきたすことがある。今回腹部外傷後にS状結腸狭窄をきたし切除した症例を経験したので報告する。症例は85歳男性。平成10年3月16日バイクで転倒し頭部、胸腹部、腰部を打撲し近医に入院。症状の軽快後3月20日に一旦退院したが、その後左下腹部痛が持続したため4月20日当院を紹介受診した。左下腹部に皮下出血斑がみられ、大腸内視鏡検査、注腸造影ではS状結腸に潰瘍を伴った狭窄を認めた。5月13日頭痛及び右上肢麻痺出現、MRI にて慢性硬膜下血腫と判明、手術を施行した。明らかな通過障害なく外来にて経過観察を行っていたが、便秘が強くなり12月10日狭窄部の切除術を施行した。狭窄部の腸間膜が発赤、肥厚していた。狭窄部は全周性の UI-Ⅳ の潰瘍であった。経過順調にて術後14日目に退院した。本症例は外傷による腸間膜の損傷に起因した腸虚血のために狭窄を起こしたものと考えられた。

21. 吐血により緊急手術を必要とした十二指腸平滑筋腫の一例

千代田病院外科
○波種年彦、千代反田晋、内村好克、千代反田泉

従来十二指腸腫瘍の発生頻度は低いとされてきたが、最近の内視鏡検査の普及と技術の向上によりその発見率は増加しつつある。今回我々は、吐血を契機として発見され手術を要した十二指腸下行脚の粘膜下腫瘍を経験したので若干の考察を加えて報告する。

症例は78歳男性、突然の吐血で近医受診し、血液検査にて Hb 4.9と高度の貧血を認め、紹介にて当院受診となった。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下行脚に隆起性病変を認めたが、出血はなかった。腹部CT検査では同部位に一致して 5x3 cmの soft tissue density area を認めた。入院後輸血施行し経過観察していたが、翌日吐下血出現し、胃洗浄後の上部消化管内視鏡検査にて同部位に露出血管を認めたため緊急手術に踏み切った。手術は腫瘍核出術を施行した。腫瘍は、5x3 cm 大の管内、管外性に発育した粘膜下腫瘍で、病理組織学的には平滑筋腫であった。

22. 硬便にて生じたと思われるＳ状結腸穿孔の一例

県立日南病院外科[1]、同麻酔科・集中治療室[2]
○篠原立大[1]、川越誠志[1]、中平孝明[1]、百瀬文教[1]、峯　一彦[1]、柴田紘一郎[1]、長田直人[2]

症例は89歳女性。吐血、腹部痛を主訴に近医より紹介となった。腹部全体に圧痛があり、特に上腹部に強い圧痛、筋性防御を認めた。更にUSでは上腹部を中心に腹水を認めたため、胃十二指腸潰瘍穿孔による汎発性腹膜炎の診断で、緊急手術を行なった。開腹所見は、直腸・Ｓ状結腸は糞便塞栓状態で、Ｓ状結腸に穿孔を認めた。穿孔部には、硬い糞便が嵌入していた。可及的に糞便を除去し、穿孔部を縫合閉鎖した後、口側のＳ状結腸に人工肛門を造設した。開腹創は閉鎖せず、塩ビ性の固定器具（結束バンド）を用い半開放とした。人工肛門には、プリパレーションバッグを用い便を誘導した。治療には難渋したが、救命し得て、現在は日常生活が可能となっている。

23. 過去三年間の当科緊急手術症例の検討

県立宮崎病院外科
○山内　励、豊田清一、上田祐滋、井手秀幸、下薗孝司、村田隆二

【目的】手術症例から当科の救急について検討する。【対象】1996年４月～1999年３月の緊急手術528例【方法】疾患を8群に分類し検討する。【結果】緊急手術は当科手術の21-26%で、10才以下と60才代にピークを示した。急性腹症が319例と最も多く（虫垂炎：57%、汎発性腹膜炎11%）、次いで小児外科62例（12%）で癌、癌再発関連が38例、外傷、感染等が31例であった。【結語】当科の緊急手術は急性腹症が最も多い。小児外科疾患が比較的多いのが特徴的である。

熱傷・軟部感染症　　17:10～17:50
座長　　宮崎医科大学皮膚科　立山　直

24. フッ化水素酸による手指化学熱傷の二例

宮崎社会保険病院形成外科
○大安剛裕、藤岡正樹

フッ化水素酸で指尖部に化学熱傷を受傷した2例を経験した。
症例1は55歳男性、受傷2日目に当科受診した。有痛部にグルコン酸Caを局注、爪部骨膜上まで壊死を認めた為、デブリードマン後人工真皮を貼付し、19日目に分層植皮を施行した。
症例2は51歳女性、受傷翌日に受診。直ちにグルコン酸Caを局注し、保存的に治癒した。
何れも局注後、疼痛及び組織障害は軽減しており、グルコン酸Caの早期投与が肝要と思われた。

25. 当院における過去三年間の熱傷入院患者統計

県立宮崎病院皮膚科
○長田　淳、長嶺英宏、小田祐次郎

当院における1996年4月1日から1999年3月31日までの三年間の熱傷入院患者について検討した。全熱傷入院患者は83名で、男性41名、女性42名であった。年齢では、1歳児が一番多く（14.5%）、ほかの年齢層では特に有意差は認めなかった。ほとんどが2度以上の症例であった。Burn Index（3度熱傷面積＋2度熱傷面積×1/2）が10以上の重傷例は21名（25.3%）で、そのうちの12名が初期にICU入室（全体の14.5%）となった。死亡例は2例であった。熱傷入院患者のうち自殺企図による症例が4例（4.8%）あり、いずれも重傷であった。また、てんかん発作によって熱傷を負った症例が4例（4.8%）あった。熱傷の原因は、熱湯、ストーブ、油等多岐にわたっていたが、ストーブの上のやかんによる熱傷は全年齢層で目立っていた。

26. *Aeromonas* による重症軟部組織感染症の三死亡例

宮崎医科大学皮膚科[1]、同第二内科[2]、同集中治療部[3]、同第二病理学[4]
○立山　直[1]、桑田　剛[2]、井上卓也[3]、濱川俊朗[3]、成尾浩明[3]、伊藤浩史[4]

症例１：52歳、男性。既往歴：食道静脈瘤を合併した肝硬変。アジの刺身を食べた翌朝、右下肢に激痛のある腫脹出現。腎機能低下、無尿を呈し、透析目的にて、内科緊急入院。血疱液の塗抹グラム染色で、グラム陰性桿菌を認めた。右下肢切断を決行したが、すぐに死亡。症例２：58歳、男性。既往歴：肝硬変。内科通院中にて、魚介類の生食は禁じられていた。深部静脈血栓症が疑われて内科緊急入院。遠心した血疱液にて、グラム陰性桿菌を認めた。入院後15時間で死亡。症例３：49歳、男性。既往歴：アルコール性肝障害。握り鮨を食べた翌日、右下肢の痛みが出現した。ICUへ搬送入院となった。病変部切除片の塗抹から、グラム陰性桿菌を認めた。エンドトキシン吸着療法、大量抗生剤投与を行ったが死亡。剖検あり。症例１，３からは、*Aeromonas sobria*、症例２からは、*Aeromonas hydrophila* が同定された。

27. *Aeromonas sobria* による重症軟部組織感染症の一例

宮崎医科大学附属病院集中治療部
○成尾浩明、平部俊哉，卜部浩俊，大倉俊之，楠元寿典，井上卓也，濱川俊朗，高崎眞弓

患者は49歳の男性で，アルコール性肝障害の既往があった。にぎりずしを食べた翌日より四肢に腫脹と疼痛が現れ、やがてショック状態に陥った。右大腿に握雪感を伴う皮下出血斑を認めた。皮下組織よりグラム陰性桿菌を認めたので、イミペネムとミノサイクリンを投与した。エンドトキシン吸着療法、乏尿と高カリウム血症に対し持続血液濾過を施行したが、血清カリウム濃度は7 mEq/ℓに達し心室細動を起こし、ICU入室28時間後に死亡した。血液、喀痰、下肢皮下の膿の培養で *Aeromonas sobria* を検出した。病理解剖で肝硬変ならびに軟部組織、消化管全般に壊死を認めた。また、結腸内腔に多数のグラム陰性桿菌を認めた。肝硬変患者で敗血症または軟部組織感染症を認めたら、*Aeromonas sobria* を疑ってみる必要がある。

28. 重症軟部組織感染症の一救命例

宮崎医科大学附属病院集中治療部[1]、同第二内科[2]、同皮膚科[3]、同麻酔科[4]
○楠元寿典[1]、成尾浩明[1]、平部俊哉[1]、吉村安広[1]、大倉俊之[1]、中村亮斎[2]、岡本将幸[2]、立山　直[3]、濱川俊朗[1]、高崎眞弓[4]

重症軟部組織感染症でDICを併発したが、救命し得た1症例を経験したので報告する。

【症例】50歳男性【既往歴】34歳：胃潰瘍で胃部分切除術施行、輸血(+)、HCV-Ab(+)【現病歴】1999年4月28日咽頭痛、38度台の発熱があり、口唇、耳介が暗紫色となった。29日から下痢、嘔吐も出現し血液検査で敗血症とDIC と判断し、抗生剤、抗凝固療法を開始した。30日からは皮下出血斑の増大、腫脹、DICの増悪、腎障害、CRP、CPK の上昇を認め同日当院第二内科に転院後、ICUに入室した。

【ICU経過】血液培養、皮疹の生検で菌体は認められなかったが、症状から重症軟部組織感染症と診断した。抗生剤大量投与(SBT/ABPC：18g/day、CLDM：2.4g/day)、エンドトキシン吸着療法、持続的血液濾過透析を行った。DIC は徐々に軽快し、皮疹の拡大も認めず経過は良好で入室12日目に ICU 退室となった。

【結語】重症軟部組織感染症は、早期からの集学的治療が必要である。

脳・神経 I　17:50～18:30

座長　金丸脳神経外科病院　金丸禮三

29. 純粋な大脳脚部出血で発症した脳底動脈-上小脳動脈動脈瘤の一手術例

Ruptured aneurysm of basilar trunk-superior cerebellar artery with pure bleeding into cerebral peduncle

誠和会和田病院脳神経外科
内之倉俊朗、三倉　剛

症例は52歳、男性。2時間前、自宅で入浴中に突然右目が開かなくなったとの主訴で当院救急搬入。搬入時意識清明で四肢に麻痺は無かったが、右動眼神経麻痺(瞳孔散大・対光反射消失・内転、上下転障害)のみを認めた。Rt. IC-PC aneurysm を疑い HCT 施行したが、右大脳脚部に直径 1.2 cm x 1.2 cm x 2 slice の出血巣を認めるのみで SAH(-) であった。深夜入院であったため血圧コントロールと止血剤点滴投与にて経過観察入院とした。入院8時間後の MRI で血腫の前方に flow void を認め MRA にて BA-SCA, Rt. に aneurysm が疑われた。緊急 DSA 施行し BA-SCA segment に aneurysm を確認。直ちに緊急右前頭側頭開頭クリッピング術施行した。

本症例のように純粋な大脳脚部出血で発症した脳底動脈-上小脳動脈動脈瘤の報告は非常に稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

30. 当院におけるくも膜下出血例の検討

三和会池田病院脳神経外科
加地泰広

平成9年4月より平成11年3月までの2年間で、外傷性を除く33例のくも膜下出血患者の診療に当たった。内訳は脳動脈瘤20例、もやもや病3例、原因未特定10例であった。退院（転院）時の転帰は good recovery (GR) 12、moderate disability (MD) 5、 severe disability (SD) 6、 vegetative state (VS) 1、 death (D) 9 であった。破裂動脈瘤20例のうち開頭術（clipping）は19例で、その転帰は GR 10、MD 4、SD 2、VS 1、D 2 であった。SDとVSの3例は、1）度重なるrerupture、2）脳ヘルニア、3）激しいvasospasmが原因と考えられた。死亡例は結果的に over-indication であったと思われる。術前の H&K G3 以上の比較的状態の良い患者13例の転帰は GR 10、 MD 3 であった。術前の状態が良いほど成績が良いことは明らかであり、術前管理の重要性を再認識すると共に、重篤な症例に課題を残した。

31. 歩いて外来を受診して来たくも膜下出血の一例

宮崎社会保険病院脳神経外科
○柳田美津郎、上田　孝

症例は、41歳の男性。平成11年3月16日朝、突然の後頭部痛、めまい、嘔気、冷汗を訴え、当科外来に歩いて受診して来た。神経学的には、脱落症状は無かったが、頭部CTにて、後頭蓋窩にわずかな高吸収域を認めたが、artifact との鑑別は困難であった。Helical 3D CT Angioにて右小脳内に異常血管の集合を認めた。脳血管造影の結果、右後下小脳動脈末梢部に動脈瘤と動静脈奇形を認めた。開頭すると動脈瘤は、小脳内に埋没しており出血はわずかであった。脳動脈瘤はクリッピングし、未破裂の脳動静脈奇形も摘出した。

32. 高齢者の破裂動脈瘤に対する急性期コイル塞栓術の経験

潤和会記念病院脳神経外科
○米山　匠、河野寛一、伊勢田努力、池田徳郎、杉本哲朗

当院では1999年4月より80歳以上の高齢者の破裂動脈瘤3症例に対し、急性期に GDC による動脈瘤塞栓術を施行した。1例は神経学的異常所見なく独歩退院、1例は術中に脳塞栓症を起こし、右不全麻痺を残した。1例は現在入院中であるが、神経学的異常なく経過良好である。高齢者の破裂動脈瘤に対するコイル塞栓術は、比較的侵襲が少なく有効な治療法の一つと思われる。本治療法の有用性などにつき文献的考察を加え報告する。

33. 外傷性髄液鼻漏の治療について

県立宮崎病院脳神経外科
○落合秀信、山川勇造、福島　剛、川添琢磨

外傷性髄液鼻漏は重症頭部外傷に伴う前頭蓋底あるいは側頭骨骨折により生じ、多くは受傷後1-2週間のうちに自然消失する。しかしこれが遷延する場合は、対処が遅れると難治性髄膜炎や脳膿瘍の原因となり、いつ髄液漏閉鎖術にふみきるかが重要な問題となってくる。平成8年1月1日より平成11年3月31日までの間に当科で加療したGCS 8以下のいわゆる重症頭部外傷は45例であったが、そのうち13例に頭蓋底骨折に伴う髄液鼻漏が見られた。5例は来院時すでに多発外傷による多臓器不全や脳ヘルニアの状態にあり早期に死亡した。生存例8例のうち4例は受傷後1週間以内に髄液漏が自然消失したが、4例は開頭術による髄液鼻漏閉鎖術を行った。当科における外傷性髄液鼻漏の治療方針並びに治療成績について症例を提示し報告する。

脳・神経 II　　18:30～19:10
座長　　県立宮崎病院脳神経外科　落合秀信

34. tPA の全身投与に Direct PTA を併用した急性中大脳動脈閉塞の四症例の検討

潤和会記念病院内科[1]、同放射線科[2]、同脳神経外科[3]
○奥　史佳[1]、矢野隆郎[1]、宮内恵子[1]、大橋　剛[1]、北野正二郎[1]、鈴木由紀子[2]、池田徳郎[3]

目的：急性中大脳動脈閉塞に対する tPA + Direct PTA の効果を検討した。対象、方法：平成11年4月1日～5月31日まで入院してきた発症3時間以内の急性中大脳動脈閉塞の4症例（M/F 2/2, 49～73歳）に対し、再灌流率、Initial dynamic CT の low perfusion area と2週間後のCT上の LDA の比較、2週間後の ADL を検討した。結果；4症例中3症例は再灌流に成功した。再開通不成功例は死亡し、他3症例の ADL はすべて moderately disability 以上であり、Initial dynamic CT の low perfusion area は2週間後のCT上の LDA より大きかった。脾臓破裂出血1例、出血性胃潰瘍1例の合併があった。結論： tPA+ Direct PTA の効果に関しては、合併症及び再発再狭窄率を含め効果判定しつつ、症例を重ねてゆきたい。

35. 脳梗塞急性期の初期診断と治療　－その１－

宮崎社会保険病院脳神経外科
○上田　孝、柳田美津郎

過去5年間、発症後24時間以内に来院した、急性脳虚血患者400例を経験し、主に脳循環の立場から診断、治療を行って来た。今回は超早期に於ける診断と治療のポイントについて報告する。

36. 自然消退した急性頚椎硬膜外血腫の一例

県立宮崎病院整形外科
○末永賢也、阿久根広宣、小林邦雄

急性脊髄硬膜外血腫は比較的稀な疾患である。自然消退した急性頚椎硬膜外血腫の１例を経験したので報告する。症例は63歳女性、突然の頭頚部・背部痛および右上肢痛が出現し近医を受診した。MRI 上 C2-C6 に T2W1 で high intensity の mass を認め頚部硬膜外血腫の診断で当院紹介入院となった。特に治療は行わず経過観察のみで、症状は急速に改善し、発症後17日目の MRI では血腫は認められなくなっていた。従来は早期の外科的処置が必要といわれていたが、急速に症状の改善が認められる場合は保存的な治療が適応となると考えられた。

37. 当病院における低体温療法の実際

都城市郡医師会病院脳神経外科[1]、同集中治療室[2]
○上原久生[1]、小濱祐博[1]、有川章治[1]、藤目憲一[1]、河野寛一[1]、矢埜正実[2]

平成8年3月より平成11年5月までの38ヶ月間に当院において計24例低体温療法を施行した。開始時の GCS score は一例を除き7以下であり、5以下が21例とそのほとんどであった。疾患の内訳は頭部外傷13例、くも膜下出血6例、CPAOA 3例、縊首 2例であった。予後を GCS score で評価すると、5 (Good recovery) と 4 (Moderately disabled) が計6例 (25%)、2 (Vegetative survival) と 1 (Dead) が計15例(63%) であり、決して満足のいくものではなかった。当院における適応、治療法の変遷と共に当治療法のさまざまな問題点を含め検討し報告する。

38. 中等度低体温療法が有効であった重症頭部外傷の一例

県立日南病院脳神経外科[1]、同麻酔科・集中治療室[2]
○中薗紀幸[1]、牧原真治[1]、森田能弘[1]、長田直人[2]

症例は17歳、女性。平成10年12月28日、バイクで走行中、車と衝突し受傷。受傷直後より意識障害があり対光反射はなく、瞳孔不同もあった。来院時、JCS 200 で瞳孔は両側散大し対光反射と角膜反射はなかった。自発呼吸は軽度あったが痛覚刺激で除脳硬直姿勢が出現した。頭部CTで脳挫傷と急性硬膜下血腫を認めたため、緊急に減圧開頭術を行った。術中より低体温療法を開始した。ICU 入室後、人工呼吸管理下でサイアミラールを持続投与し、膀胱温を32～32.5℃で4日間維持した。頭蓋内圧は23～24 mmHg で推移した。復温時、33 mmHg まで上昇したが、再度の低体温と過換気を行い、頭蓋内圧は低下した。第4病日、血小板が2万以下に減少し、CRPは 33 mg/dl に増加し白血球数も減少した。復温終了後3日目（第17病日）、血小板数が増加し、感染徴候も軽減した。第26病日、JCS は30であった。受傷5ヶ月後、記銘力障害があるが意識は清明で会話が可能である。近日中、水中での歩行訓練の予定である。

受傷後早期に低体温療法を行うことで、浮腫による脳圧亢進を軽減し、神経学的後遺症を最小限にとどめる可能性がある。