

第 26 回

宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

■会長 八 尋 克 三
医療法人社団誠友会 南部病院 院長

■会場 平成17年8月6日(土)
13:00~18:20

■会場 宮崎看護専門学校 視聴覚教室
宮崎市大坪西1丁目2番3号
☎0985-52-5118

プログラム

開会の挨拶 13:00~13:10

第26回宮崎救急医学会 会長 八尋克三

一般演題Ⅰ ショック・クリーゼ 13:10~13:24

座長 宮崎大学医学部 救急部 寺井親則

- 1 胸腺摘出術後に重症筋無力症クリーゼを発症し、呼吸管理を行った一例
宮崎大学医学部附属病院 集中治療部 長野健彦
- 2 エンドトキシン吸着療法 (PMX) が著効した敗血症性ショックの2例
宮崎県立宮崎病院 外科 兒玉圭子

一般演題Ⅱ 救急救命・教育 13:25~13:49

座長 宮崎県立延岡病院 麻酔科 部長 窪田悦二

- 3 蘇生講習会に於ける試験の必要性
宮崎県立延岡病院 麻酔科・救命救急科 矢野隆郎
- 4 CPA model manekinに於ける声門上器具 (Supraglottic airway) の有用性の検討
延岡市消防本部 高田博文
- 5 宮崎県総合防災訓練に参加して—STARTトリアージ—
宮崎ACLS普及委員会／宮崎善仁会病院 廣兼民徳

一般演題Ⅲ 看護・啓蒙 13:50~14:04

座長 宮崎県福祉保健部健康増進課 瀧口俊一

- 6 看護業務におけるインシデントレポートの分類と検証
誠友会南部病院 看護部 櫻村真貴子
- 7 臓器提供選択肢提示のためのリーフレット作成の試み
(財)宮崎県腎臓バンク 重満恵美

総会 14:05~14:15

会長講演

14:16~14:46

司会 宮崎県立宮崎病院 中央検査部長 三原謙郎

「救急とは？」

医療法人社団 誠友会 南部病院 院長 八尋克三

休憩

14:47~15:00

パネルディスカッション

15:00~17:00

「今、みやぎきの救急医療を考える」

司会 誠友会南部病院 脳神経外科 上田孝

- 1 高校生から見た救急医療について
宮崎県立宮崎南高等学校 3年 家入美佳
- 2 お母さんから見た小児救急医療に望むこと
特定非営利活動法人ドロップインセンター 副理事長 黒田奈々
- 3 患者・家族の会から見た救急医療に望むこと
宮崎フェニックスの会（脳卒中を守る会） 副会長 小倉和雄
- 4 新聞記者から見た救急医療
宮崎日日新聞 報道部 久保田順司
- 5 ラジオパーソナリティーから見た救急医療へのお願い
MRTラジオ パーソナリティー 蘭田潤子
- 6 宮崎市における救急の現状と今後の展望について
宮崎市消防局 警防課 佐藤光夫
- 7 救急車搬入患者の実態 -看護師として思うこと-
医療法人社団 誠友会 南部病院 看護師 近藤真由美
- 8 臨床研修医から見た救急医療について
臨床研修医 南史朗
- 9 開業医から見た宮崎の救急医療
医療法人社団 いわき医院 院長 岩城義博
- 10 脳神経外科専門医から見た救急医療
医療法人社団 誠友会 南部病院 脳神経外科医 上田孝

一般演題Ⅳ 血管内治療

17:01~17:15

座長 宮崎生協病院 内科 関 良 二

8 特発性脾出血の一例

宮崎善仁会病院 救急総合診療部

床 島 真 紀

9 経皮的血栓除去療法により救命し得た肺血栓塞栓症の一例

宮崎県立日南病院 麻酔科

田 村 隆 二

一般演題Ⅴ 腹部救急

17:16~17:51

座長 誠友会南部病院 外科 山 成 英 夫

同 放射線科 吉 田 朗

10 Meckel憩室により腸管の軸捻転を来した腸閉塞の1例

宮崎大学医学部附属病院 第一外科

中 村 憲 一

11 十二指腸静脈瘤破裂により死亡した1剖検例

宮崎大学医学部 第一外科

高 屋 剛

12 急性虫垂炎を伴う虫垂開口部盲腸癌の臨床病理学的検討

宮崎県立日南病院 外科

松 田 俊太郎

13 肝膿瘍、膿胸、多発脳膿瘍を発症した再生不良性貧血の一例

誠友会南部病院 外科

山 成 英 夫

14 抗血小板凝固薬内服中に鼠径ヘルニア嵌頓および膀胱ヘルニアを併発し、
2期的手術を試行した1例

千代田病院 外科

田 中 松 平

一般演題Ⅵ 外傷

17:52~18:13

座長 宮崎市郡医師会病院 外科 吉 岡 誠

15 外科手術を行った外傷性気管損傷の臨床的検討

宮崎大学医学部 第2外科

榎 本 雄 介

16 緊急遊離皮弁移植により患肢を温存し得た2症例

宮崎社会保険病院 形成外科

岡 潔

17 シートベルト型損傷の3例

宮崎県立宮崎病院 整形外科

岡 本 健太郎

閉会の挨拶

18:14~18:20

座長 宮崎大学医学部 救急部 寺井親則

1 胸腺摘出術後に重症筋無力症クリーゼを発症し、呼吸管理を行った一例

宮崎大学医学部附属病院 集中治療部

○ 長野健彦、三浦弘樹、松岡博史、谷口正彦、押川満雄、高崎眞弓

重症筋無力症患者の約20%に筋無力症クリーゼがおきるといわれているが、術後に経験することは少ない。今回、胸腺摘出術後にクリーゼを発症し、呼吸管理を行った症例を経験したので報告する。56歳、女性。発症3ヶ月の重症筋無力症（Ossermann IIa）に対し、拡大胸腺摘出術を施行。意識清明、呼吸状態も良好であったため手術室にて抜管。ICU入室18時間後より呼吸困難出現。NPPVにて症状の改善なく、気管挿管し、人工呼吸を行った。テンシロンテスト陽性、術前の抗コリンエステラーゼ薬の投与もないことから筋無力症クリーゼと診断した。3日間のステロイドパルス療法施行後、1回換気量の改善がみられ抜管したが、喀痰排出ができず、4時間後に再挿管となった。ピリドスチグミンの併用により、術後8日目に抜管が可能になった。経口摂取も開始し、11日目にICUを退室した。重症筋無力症の術後は嚴重な呼吸監視が必要である。

2 エンドトキシン吸着療法（PMX）が著効した敗血症性ショックの2例宮崎県立宮崎病院 外科¹、内科²○ 兒玉圭子¹、真鍋達也¹、上田祐滋¹、小園真吾¹、上園繁弘²、豊田清一¹

症例1：80才、男性。横行結腸癌イレウスによる上行結腸穿孔・急性腹膜炎に対し腹腔内洗浄・ドレナージ・上行結腸人工肛門造設を施行した。術中より収縮期血圧70前後が続き、敗血症性ショックの状態と考えられた。PMX施行直後より血圧上昇が見られ、術後8日目にICU退室となった。後日、結腸癌に対し根治的切除を施行し、約1ヵ月後に独歩退院となった。症例2：59才、男性。HCV抗体陽性。食道癌に対し食道亜全摘・胸骨後胃管再建術を施行した。経過は良好であったが、術後22日目よりドレーン感染が原因と思われる敗血症性ショック・DIC状態となったためICU入室となった。昇圧剤にてコントロール困難な血圧低下が続いたが、PMX施行後より昇圧剤の減量が可能となった。14日目にICU退室となり、1ヵ月後に独歩退院となった。上記2症例の経過を供覧し、文献的考察をふまえ報告する。

座長 宮崎県立延岡病院 麻酔科 部長 窪田悦二

3 蘇生講習会に於ける試験の必要性

宮崎県立延岡病院 麻酔科・救命救急科

○ 矢野隆郎、山内弘一郎、窪田悦二、竹智義臣、矢埜正実

目的：蘇生講習会は殆ど実技主体の講習内容となっている。本来知識+技術+意欲の3つが揃って初めて実用的な技術が身に付くと判断される。要点となる知識を確認、理解、暗記する目的でのpaper testの有用性を検討した。方法：pretest+実技講習+posttest及び実技講習会+posttestを施行し、蘇生知識の理解度を評価した。結果：1) 試験の内容を通してcore skillを予習復習させることができた 2) 試験の結果から受講生の弱点を知り講習内容の改善点を知ることができた 3) インストラクター側のteaching skillの改善点を知ることができた。まとめ：試験そのものが受講生にとって講習会で学ぶべきessential minimumとなりえる。試験結果は講習会そのものの評価と言える。今後の蘇生講習会の試験のあり方に一提言となれば幸いと思う。

4 CPA model manekinに於ける声門上器具 (Supraglottic airway) の有用性の検討

延岡市消防本部¹、県立延岡病院 麻酔科・救命救急科²

○ 高田博文¹、矢野隆郎²、山内弘一郎²、窪田悦二²、竹智義臣²、矢埜正実²

目的：平成3年に救急救命士法が制定され、医師の具体的指示のもと心肺停止患者に対して、ラリンジアルマスク、食道閉鎖式エアウェイの使用が、平成16年7月から一定の条件付で気管挿管が可能になった。ラリンジアルマスク、食道閉鎖式エアウェイといった声門上器具のCPAの症例に対する陽圧換気のための気道確保としての有効性を評価した。方法：救急救命士3名（気管挿管実習未）、及び医師2名（6年目及び救急専門医）よりCPA modelとしてエアウェイヘッド搭載型レサシアンシミュレーターを用い同一条件で、ラリンゲアルマスク（クラシック、プロシール）、コブラPLA、ラリンゲアルチューブを用い1) 陽圧換気の確実さ2) 挿入の簡便さをBVM、気管挿管チューブと比較検討した。結果：換気成功例1) ラリンゲアルマスククラシック：救命士1/3名、医師1/2名 2) ラリンゲアルマス

クプロシール：救命士0/3名、医師1/2名 3) コブラPLA：救命士1/3名、医師1/2名 4) ラリングアルチューブ：救命士2/3名、医師1/2名 5) 気管挿管：救命士3/3名、医師2/2名、1回目30秒以内の気道確保例 1) ラリングアルマスククラシック：救命士0/3名、医師1/2名 2) ラリングアルマスクプロシール：救命士0/3名、医師1/2名 3) コブラPLA：救命士0/3名、医師1/2名 4) ラリングアルチューブ：救命士2/3名、医師1/2名 5) 気管挿管：救命士2/3名、医師2/2名。
結語：救命士及び使用経験の浅い医師にとって、声門上器具は気管挿管に比し使用方法が容易といえず又BMVに比較し確実な気道確保の器具とはいえない。

5 宮崎県総合防災訓練に参加して－STARTトリアージ－

宮崎ACLS普及委員会／宮崎善仁会病院

○ 廣兼民徳、河野寛一、横山永子、牧原真治、田中政幸、吉澤 大、
山内弘一郎

平成17年5月29日宮崎県総合防災訓練が串間市で開催された。今回、県の福祉保険部より、セレモニー的な訓練ではなく実質的な訓練を目指したいとのことで、宮崎ACLS普及委員会に訓練への協力依頼がなされた。そこで大災害時の一次トリアージとしてSTART法による患者選別の訓練を行ったので紹介する。阪神淡路大震災からの教訓で、災害時の「日本版DMAT構想」が平成13年6月厚労省より各県に通達された。現在、宮崎県においては県立宮崎病院にDMATが設置されることとなっている。しかし、災害時にはDMATチームが被災地に入るまでは現場の医師・看護師・救急救命士などの即席医療チームで医療体制を構築するのが現状である。多くの被災者が医療を求め病院に訪れた場合、一定の基準で重傷度を決め振り分けなくてはならない。これをトリアージと言い、特に発災直後に行われるものを一次トリアージという。これにより、トリアージタグにより、①最優先治療群(赤)、②準緊急治療群(黄)、③軽症・待機群(緑)、④死亡・不搬送(黒)に選別され、効率の良い搬送・治療を選択されることとなる。今回我々は、この一次トリアージの国際的な基準であるSTART法によるトリアージ訓練を行った。STARTとは、Simple Triage And Rapid Treatmentの略で、A-B,呼吸、C,循環、D,意識レベルを、この順番で評価し、各治療群を抽出するものである。これら訓練内容を具体的に紹介したい。※DMATとは、Disaster Medical Assistance Teamの頭文字を取ったもので、災害に対し一定の訓練を受けた緊急医療チームのことである。※※今回、全面的に協力頂いた、宮崎県日本赤十字社のみなさま、および、救急ネットワーク宮崎(救急救命士のボランティア団体)のみなさまに感謝します。

座長 宮崎県福祉保健部健康増進課 瀧 口 俊 一

6 看護業務におけるインシデントレポートの分類と検証

誠友会南部病院 看護部

○ 樫村真貴子、竹之内久美子、佐藤治江

当院ではインシデントレポートの提出と定例の医療安全委員会での検証は行っているが、今までに提出されたレポートに対して総合的な分類・検証はしていなかったため今回はそれを行うことで医療事故を未然に防ぐためにその要因となる事柄を明らかにし改善すべき業務内容等が導き出せればと思い着手した。平成14年から16年に提出されたレポートの中から看護関連のみを厚生労働省の「看護のヒヤリ・ハット事例の分析」(川村治子著)を参考に分類した。結果、療養上の世話業務に関する事例が約4%、医師の診療の補助業務に関連する事例が88%で大半を占め、うち内服と注射の与薬関連事例があわせて80%以上であった。その注射関連の事例をさらに要因別に分類すると「情報伝達の混乱」が原因と思われる事例が大半を占めている事が解った。この結果を参考に医療安全委員会では指示票や手順書の改善や意識改革の推進等を行うなど、レポートの分類結果より改善する問題点等が導き出せたので報告する。

7 臓器提供選択肢提示のためのリーフレット作成の試み

(財)宮崎県腎臓バンク¹、宮崎県福祉保健部健康増進課²、

(社)日本臓器移植ネットワーク³

○ 重満恵美¹、相馬宏敏²、瀧口俊一²、林 千工子²、塚本美保³

患者さまの臓器提供の意志を実現するための方法の一つに、医療者が患者さまのご家族に対し臓器提供という選択肢を伝える方法(オプション提示)がある。しかし、実際の救急医療の現場では、臓器提供の選択肢を提示することは、医療者にとって精神的な負担が大きいと思われる。宮崎県及び腎臓バンクは県民の潜在的な臓器提供の意思を生かし、医療者の負担をも軽減するために、説明書(リーフレット)を作成した。このリーフレットには「臓器を提供する権利」または「提供しない権利」を尊重することと、いずれを選択しても治療上の不利益にならないことが明記され、移植コーディネーターの話しを聞くか否かを問う質問シートが添付されている。平成17年4月以降、県内の協力病院においても選択肢提示がなされ始めている。このリーフレットが臓器提供の環境整備と選択肢提示の一助となることを期待し、更なる協力をお願いしたい。

8 特発性脾出血の一例

宮崎善仁会病院 救急総合診療部¹、放射線科²

○ 床島眞紀¹、雨田立憲¹、廣兼民徳¹、福島健自²

症例は41歳、男性。2005年5月29日23時頃より左背部の激痛が出現した。症状は一時軽快したが、翌5月30日午前6時頃より再び同症状が出現したため当院に緊急搬送された。来院時血圧は98/49mmHg、脈拍75/分で冷汗がみられた。左背部の激痛のため腹部エコー、CTを施行し脾周囲および肝周囲などに血腫が疑われた。緊急で血管動脈造影検査を施行したところ脾動脈末梢からの造影剤の漏出を認めた。仮性動脈瘤破裂と考えられたためマイクロコイルを用いて塞栓術を行い止血した。さらに血圧が高いため降圧剤の内服を開始し、収縮期血圧130mmHgでコントロールし退院となった。本例は2005年4月まで趣味でレーシングカートの運転をしており運転中にシートで背部を激しく打つことが多かったということであった。持続的な背部の打撲によって仮性動脈瘤を形成し、破裂したものと考えられた。

9 経皮的血栓除去療法により救命し得た肺血栓塞栓症の一例

宮崎県立日南病院 麻酔科¹、放射線科²、脳神経外科³

○ 田村隆二¹、長田直人¹、江川久子¹、清水勅君²、柴徹²、山本雄一郎²、濱砂亮一³、森田能弘³

64歳、女性。高血圧にて内服加療中。平成16年8月18日、左中大脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血で、翌日、全身麻酔下に経皮的コイル塞栓術を施行した。術後低酸素血症のためICUで人工呼吸管理を行った。抗凝固療法はせず、弾性ストッキングや間欠的下肢加圧装置は使用していなかった。8月25日、脳血管攣縮を改善するため経皮的血管形成術を施行した。8月28日、挿管下更衣を施行後急激にSpO₂が低下し、純酸素で陽圧換気を行ったが、paO₂:57mmHg、paCO₂:32mmHgであった。胸部レ線と気管支鏡検査で異常なく心エコー下で右心不全もなかった。緊急胸部造影CTと肺動脈造影を行い、右肺動脈主幹部の肺血栓塞栓症と診断した。経皮的血栓溶解療法に加え高圧ジェット水流による血栓除去療法を施行し、術後はヘパリン15,000単位/日の持続静注を行った。発症から血栓除去まで3時間であった。12月16日再発せず転院した。肺血栓塞栓症を常に念頭に置き、疑ったときには迅速な対応を行うことが重要である。

座長 誠友会南部病院 外科 山 成 英 夫
同 放射線科 吉 田 朗

10 Meckel憩室により腸管の軸捻転を来した腸閉塞の1例

宮崎大学医学部附属病院 第一外科

○ 中村憲一、日高秀樹、中島真也、自見政一郎、前原直樹、江藤忠明、
佛坂正幸、千々岩一男

Meckel憩室は胎生期の卵黄腸管の遺残に起因する真性憩室である。今回Meckel憩室を中心とした軸捻転のため腸閉塞をきたし、緊急手術を行った症例を経験した。症例は13歳、男性。手術歴なし。2005年2月13日より持続性の上腹部痛と嘔吐が出現。2月15日に前医でイレウスと診断されイレウス管を挿入された。その後も症状は改善せず、翌16日当科を紹介され緊急手術を施行した。臍近傍の腹壁にMeckel憩室の先端が癒着しており、それを軸として小腸および上行結腸が時計回りに捻転したと考えられた。腸管の壊死や穿孔は認めず、小腸の捻転を解除した後、Meckel憩室を楔状に切除した。Meckel憩室は約25%に索状物（線維化した卵黄腸管）による臍部との連続を認め、これにより腸管が捻転したり、絞扼されることにより腸閉塞をきたす。手術歴のない若年者の腸閉塞症では、本症を念頭に置いて診断、治療にあたる必要がある。

11 十二指腸静脈瘤破裂により死亡した1剖検例

宮崎大学医学部 第1外科¹、第二病理²

○ 高屋剛¹、千々岩一男¹、近藤千博¹、永野元章¹、麻田貴志¹、長井美由紀²
伊藤浩史²

症例は54歳女性。アルコール性肝障害の加療歴あり。2004年9月9日吐下血により近医受診。出血性ショックの状態であった。緊急内視鏡で食道静脈瘤および十二指腸静脈瘤を認め、十二指腸静脈瘤からの出血と考えられ、クリッピングにて止血後、同日当科紹介入院となった。当科にて再び出血あり、内視鏡検査で十二指腸静脈瘤から出血あり、内視鏡的静脈瘤硬化療法・輸血・輸液行なった。一旦状態は改善したが、再出血により再びショック状態となり入院後2日目に死亡確認となった。家族の了承の下、病理解剖が行われ、十二指腸の静脈瘤破裂による出血死の診断であった肝硬変に伴う十二指腸静脈瘤は食道静脈瘤に比べて比較的稀であり、ま

た治療も難しいとされている。今回、我々が経験したアルコール性肝硬変による十二指腸静脈瘤破裂の1剖検例を若干の文献的考察を加えて報告する。

12 急性虫垂炎を伴う虫垂開口部盲腸癌の臨床病理学的検討

宮崎県立日南病院 外科

○ 松田俊太郎、河野文彰、種子田優司、市成秀樹、峯一彦、
柴田紘一郎

目的：中高年で急性虫垂炎を伴う盲腸癌の報告例は散見されるが、いずれも術前診断が困難であることを述べている。急性虫垂炎を伴う虫垂開口部盲腸癌手術症例と急性虫垂炎手術症例について臨床病理学的に比較検討する。方法：自験例、本邦報告例を含めた急性虫垂炎発症を契機に発見された虫垂開口部盲腸癌21症例(A群)と2000年5月から2005年5月までに当院で手術を施行した50歳以上の急性虫垂炎症例22例(B群)について、特に術前所見に注目して検討した。

結果：発症年齢、術前体温、術前WBC値、Hb値、CRP値、術前診断率、手術までの病脳期間、術前の身体所見などについてA群、B群について比較検討した。

結語：両群を統計学的に比較検討することで、特に虫垂開口部盲腸癌の術前診断への手がかりになる事項について考察する。

13 肝膿瘍、膿胸、多発脳膿瘍を発症した再生不良性貧血の一例

誠友会 南部病院 外科¹、放射線科²

○ 山成英夫¹、安作康嗣¹、吉田朗²、八尋克三¹

再生不良性貧血は好中球減少に伴う易感染性により重症感染症をきたすことがある。今回我々は、短期間に肝膿瘍、膿胸、多発脳膿瘍を発症した、軽症再生不良性貧血の一例を経験したので報告する。症例は59歳男性、平成17年1月下旬より全身倦怠感、食欲不振を自覚し当院を受診した。血液検査にて軽度の貧血、血小板減少、CRP高値を認めた。腹部エコー、CTにて肝尾状葉に6cmの膿瘍を認めたため1月29日当院入院となった。1月30日より突然、呼吸困難、低酸素血症が出現し右膿胸の所見が見られた。CTにて肝膿瘍の縮小が見られ、肝膿瘍が右胸腔内に穿破したものと考えられた。胸腔ドレナージにて症状の改善が見られたが、2月10日頃より傾眠傾向が出現し、頭部CTにて多発脳膿瘍を認めた。血液検査にて汎血球減少を認めたため骨髓穿刺を行ったところ骨髓低形成の所見が見られ再生不良性貧血と診断した。

1 4 抗血小板凝固薬内服中に鼠径ヘルニア嵌頓および膀胱ヘルニアを併発し、 2期的手術を試行した1例

千代田病院 外科

○ 田中松平、波種年彦、千代反田晋

症例は58歳、男性。既往歴に糖尿病と心筋梗塞があり、3カ所にステント留置中。前医にて抗凝固血小板薬を投与されていた。嵌頓して10時間経過していたので、緊急手術を施行した。K2 20mgを静注後、全身麻酔下で、手術を開始した。腹壁が脆弱で鼠径管の解剖学的構造は破壊され、特に外鼠径輪は境界不明瞭であった。ヘルニアは不連続に2カ所認めた。外側の嚢胞を開放すると、嵌頓腸管が暗赤色に変色し壊死に陥っていた。下腹部正中切開を追加、壊死腸管を切除し端々吻合した。内側のヘルニアを注意深く開けて行くと膀胱ヘルニアであった。創感染の危険があるためプロピレンメッシュによる1期的後壁補強は断念した。術後はヘパリン1万単位で抗凝固療法を継続し、感染の危険が薄れた2週間後にメッシュ縫着によるヘルニア根治術を施行した。抗凝固療法中の緊急手術と鼠径ヘルニア嵌頓と膀胱憩室脱出が合併した貴重な症例と考え報告した。

座長 宮崎市郡医師会病院 外科 吉岡 誠

15 外科手術を行った外傷性気管損傷の臨床的検討

宮崎大学医学部 第2外科

○ 榎本雄介、松崎泰憲、清水哲哉、原 政樹、富田雅樹、綾部貴典、
鬼塚敏男

【はじめに】外傷性気管損傷は病院搬送までに70%が死亡、治療後の死亡率も30%を越える。今回、外科手術を行った4例の気管損傷を経験したので臨床的検討を加えて報告する。【症例1】頸部気管断裂。36歳男性。交通事故。受傷3日目に気管断端の部分切除と縫合術を施行。両側反回神経麻痺あるも健在。【症例2】胸部気管裂傷。47歳男性。交通事故。受傷後6日目に気管裂傷部の直接縫合と有茎性大網被覆術を施行。健在。【症例3】頸部気管損傷。74歳男性。散弾銃の誤射。受傷当日に気管損傷部の直接縫合を施行。健在。【症例4】胸部気管裂傷左主気管支断裂。56歳女性。転落事故。受傷2日目に気管裂傷左主気管支断裂に対し気管膜様部縫合・気管分岐部再建と有茎性大網被覆術を施行したが受傷5日後に多臓器不全にて死亡。【結語】外傷性気管損傷に対しては、損傷部位の的確な診断のために迅速な気管支鏡検査が必須であり、早期に気管再建術を施行すべきである。

16 緊急遊離皮弁移植により患肢を温存し得た2症例

宮崎社会保険病院 形成外科¹、整形外科²○ 岡 潔¹、高橋国広¹、伊木秀郎¹、大安剛裕¹、横内哲博¹、本部浩一²、
井上篤²、有住裕一²、江夏剛²、吉川大輔²

今回我々は高度の挫滅を伴う症例に対して緊急遊離皮弁にて患肢を温存し得たので、報告する。症例1：49歳男性、木材をチップにする機械に右上肢を巻き込まれて受傷し当院紹介となった。橈骨尺骨の多発骨折、高度の挫滅と尺骨も含めた組織欠損があった。術前の血管造影では前腕での尺骨動脈断裂の所見もあり、尺骨動脈の多重切断と診断した。緊急手術にて欠損部を血管柄付き遊離複直筋皮弁にて被覆し、現在患肢は温存されている。症例2：73歳男性、作業中機械のキャタピラーに右下肢を巻き込まれて受傷。右腓骨脛骨多発骨折、右足脱臼骨折、下腿の軟部組織は欠損し、広範囲のデグロービングの状態であった。足関節より末梢は血流

がなく、近医で下腿切断を薦められたが、本人が強く拒否されたため、下腿温存目的に当科紹介搬送された。緊急手術にて血行再建と血管柄付き遊離複直筋皮弁による脛骨露出部の被覆をおこなった。現在骨髓炎の発症もなく患肢は温存されている。

17 シートベルト型損傷の3例

宮崎県立宮崎病院 整形外科

○ 岡本健太郎、阿久根広宣、藤井政徳、久枝啓史、斎田義和、池ノ上貴、菊池直士、高妻雅和、徳久俊雄

【はじめに】胸腰椎損傷の一型である屈曲伸延損傷 (flexion-distraction injury) は、その受傷機序から、別名シートベルト型損傷と呼ばれ、救急の現場で散見される。2004年1月から2005年1月の一年間に、3例を経験したので、受傷機序、画像所見、治療に関して文献的考察を交えて報告する。【症例1】23歳男性。軽自動車電柱に衝突し、第2腰椎を損傷。神経学的異常所見なし。L1 - 3の後方固定術施行。【症例2】20歳女性。自宅2階より飛び降り、第1腰椎を損傷。神経学的異常所見なし。Th12 - L1の後方固定術施行。【症例3】73歳女性。土手から川へすべり落ち、第12胸椎を損傷。神経学的異常所見なし。Th11 - L1後方固定術施行。【まとめ】胸腰椎のシートベルト型損傷は単純X線で見逃されやすく、内固定が必要なため常に念頭に置かなければならない損傷形態である。