

第59回

宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

開催日：令和6年2月17日 [土]

会 場：宮崎県医師会館 2階 研修室

会 長：高村 一 志（宮崎市郡医師会病院 院長）



第59回 宮崎救急医学会 事務局

公益社団法人 宮崎市郡医師会 宮崎市郡医師会病院

宮崎市大字有田1173番地 TEL:0985-77-9101

E-mail : mmah-soumu@cure.or.jp

ご 挨拶

第59回 宮崎救急医学会会長

高 村 一 志

第59回宮崎救急医学会を宮崎市郡医師会病院において開催するにあたり、ご挨拶申し上げます。

本学会は、宮崎県の救急医学の普及、発展及び研究に貢献することを目的として、1993年に当院が第1回を開催し、今回で第59回を迎えることができました。その間、これまで本学会の開催にご尽力されてこられた関係者の皆様に、忠心より感謝申し上げますとともに、宮崎大学医学部附属病院をはじめ高次救急医療機関の皆様には、救急医療の実践に多大なご協力いただいていることに、この場をお借りして厚くお礼申し上げます。

さて、2020年初頭から始まった新型コロナウイルス感染症との戦いは、昨年5月に感染症法上5類に移行され、多くの規制も緩和されてきております。初期から、新型コロナ感染症患者さんの診療の最前線で指揮をとられたのは救急医の皆様であり、医療が逼迫した状況下でも本県の救急医療体制が支えられていた事は、救急医の献身的な努力の証であると改めて感じております。

本年4月から施行される「医師の働き方改革」は、休日や時間外労働上限規定が適用されることになっています。患者さんを中心として最善の医療を提供することは共通の目標ですが、今後、自己犠牲をいとわない労働により維持されてきた日本の救急医療を、医師、看護師、その他の医療従事者が健康と意欲を保ちつつ専念できる労働環境を整備することで、これからの未来も発展を遂げなければなりません。

本医学会は、宮崎の救急医療に携わっている他職種の方にご参加していただき有意義な意見交換をする場として開催されてきました。今回も職種の垣根を超えた活発な意見交換の場となればと考えております。

特別講演は、豊橋市民病院小児科（新生児）第二部長の 杉浦 崇浩 先生に「あなたの知らないNCPRの世界 ～NCPRの疑問あれこれ～」のテーマでご講演いただきます。先生は、国内では日本小児科学会代議員や日本周産期・新生児医学会評議員、日本蘇生協議会ガイドライン編集委員を務めるとともに、国際蘇生連絡委員会タスクフォースを務めるなど、国内外で広くご活躍されています。救急医療現場の興味深いお話が聞けることと楽しみにしております。

最後になりますが、本日の医学会が、皆様方にとって実り多きものとなりますように祈念いたします。

令和6年2月

参加者の皆様へ

1. 受付

受付は12時00分から2階会場前「ホワイエ」にて行います。
受付で所属と氏名をご記入ください。

2. 参加費

参加費は500円です。受付でお支払いください。

3. 年会費（参加された方は原則として全員会員となっております。）

- (1) 施設会員 10,000円（医療機関負担）
- (2) 個人会員 医師 1,000円 コメディカル 500円
（施設会員となっていない方は、個人参加となります。）
- (3) 幹事 2,500円（年会費未納の方は会場受付でお支払いください。）

4. 抄録集

各自、送付しました抄録集をご持参ください。抄録希望の方は一部500円にて当日販売いたします。新入会の方には、会場受付にてお渡しいたします。

5. 参加者の皆様へのお願い

ご発言・ご意見は座長の許可を得た上で、所属と氏名を明言していただきますようお願いいたします。

演者・座長・幹事の皆様へのご案内

1. 演題発表

一般演題の発表時間は5分、質疑応答時間は2分です。時間厳守をお願いいたします。

2. スライドおよびPCプレゼンテーション

スライド受付は発表予定時刻の1時間前までにお済ませください。原則としてPCプレゼンテーションといたします。WindowsのPowerPointでご発表ください。制限時間内であれば枚数制限はありません。USBメモリーにてご持参ください。それ以外での発表をご希望される方は、事前に事務局までご連絡ください。

3. 演者の方へのお願い

講演やスライドは、メディカルスタッフの方々にも整理しやすいよう、なるべく外国語を避け日本語をお願いいたします。

4. 座長へのお願い

予定時刻前に次座長席におつきください。時間厳守の上、活発なご討議をお願いいたします。

5. 本学会は日本医師会生涯教育講座に認定されており、1単位を取得できます。

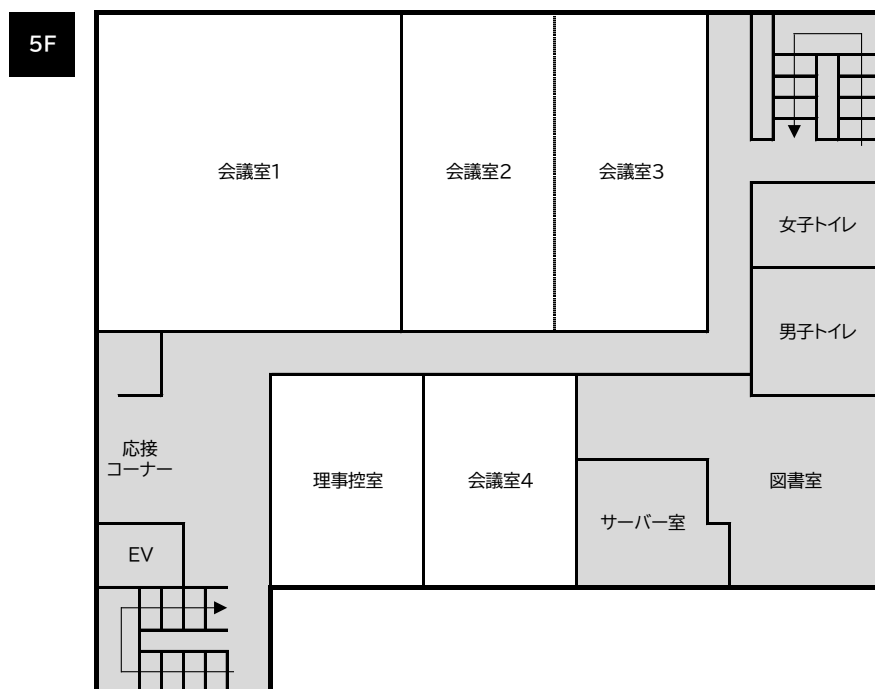
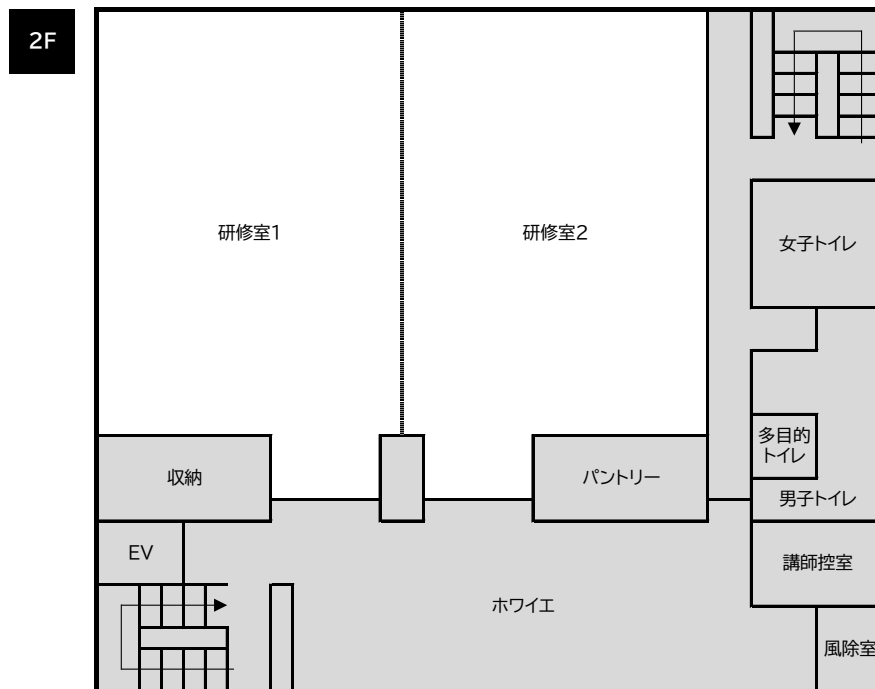
6. 幹事会

幹事会は、12時30分から5階「会議室2・3」にて開催いたします。

会場及び開催時間

- | | | | |
|---------------|---------------|----|--------|
| ① 救急看護認定看護師会 | (11:30~12:00) | 5階 | 会議室2・3 |
| ② 看護部会 | (12:00~12:30) | 5階 | 会議室2・3 |
| ③ 幹事会 | (12:30~13:30) | 5階 | 会議室2・3 |
| ④ 第59回宮崎救急医学会 | (13:30~17:40) | 2階 | 研修室1・2 |

宮崎県医師会館（平面図）



プログラム

演題・所属・演者一覧

プログラム

開会の挨拶（13:30～13:35）

第59回 宮崎救急医学会 会長（宮崎市郡医師会病院 院長） 高村 一志

I-1 一般演題／救急症例（13:35～14:05）

座長／宮崎県立宮崎病院 小児科医長 大平 智子

I-1 当院におけるけいれん重積型（二相性）急性脳症
（acute encephalopathy with biphasic seizures and late reduced diffusion ; AESD）
症例のまとめ～けいれん発作は早期に止める～

宮崎県立宮崎病院 医師 久保田 力

I-2 抜管後に降圧薬による血管性浮腫をきたした脳出血の1例

都城市郡医師会病院 医師 岩本 和樹

I-3 L. hebdomadisによる急性呼吸窮迫症候群（ARDS）を発症し救命に至った一例

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 医師 日高 哲平

I-4 著明な吸気努力により発生した陰圧性肺胞出血の1例

宮崎県立宮崎病院 医師 徳山 秀樹

II-1 一般演題／看護、リハビリ（14:10～14:35）

座長／宮崎市郡医師会病院 看護部副看護師長 鶴野 和代

II-1 宮崎市郡医師会病院ER部門における看護教育の再構築

宮崎市郡医師会病院 看護師 小川 恵

II-2 計画停電による3次救急医療機関の機能停止に伴う出張ERの経験

宮崎県立延岡病院 看護師 森久保 裕

II-3 ドクターカーでの心停止症例に対する病院内での円滑なECPR
（体外循環式心肺蘇生）導入に向けた取り組み

宮崎県立延岡病院 看護師 武井 美樹

III 一般演題／救急医療体制（14:40～15:05）

座長／宮崎大学医学部救命救急センター 副センター長 長野 健彦

III-1 宮崎県立宮崎病院における過去5年間の施設外分娩14例の検討

宮崎県立宮崎病院 医師 木下 弘一

III-2 上田脳神経外科における過去16年間の救急現場の実情

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 医師 上田 孝

III-3 自殺未遂での搬送数はCOVID-19流行の影響を受けたのか

宮崎大学医学部附属病院精神科・救命救急センター 医師 古郷央一郎

休憩（15:05～15:15）

総会（15:15～15:25）

特別講演（15:25～16:25）

座長／宮崎大学医学部産婦人科 教授 児玉 由紀

テーマ

「あなたの知らないNCPRの世界 ～NCPRの疑問あれこれ～」

講師／豊橋市民病院 小児科（新生児）第二部長 杉浦 崇浩

I-2 一般演題／救急症例（16:30～17:00）

座長／宮崎市郡医師会病院 救急科医長 長嶺 育弘

I-5 救急医療における手部外傷の初期評価について

独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 医師 伊達 直人

I-6 遊離皮弁を用いて救肢し得たA群溶連菌による上肢壊死性筋膜炎の一例

宮崎大学救命救急センター 医師 日吉 優

I-7 過度の呼吸努力に対する食道内圧モニタリングの有用性

宮崎県立宮崎病院 医師 徳山 秀樹

I-8 大腿骨転子部骨折術後に発症した脂肪塞栓症

宮崎市郡医師会病院 医師 井之上 晃

II-2 一般演題／看護、リハビリ（17:05～17:30）

座長／宮崎市郡医師会病院 看護部主任 小川 恵

II-4 脳血管疾患患者における嚥下補助製品が降圧薬の効果に与える影響

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 リハビリテーション部 渡邊 智恵

II-5 上田脳神経外科での小児の救急搬送について

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 外来看護部 甲斐 梨早

II-6 他人の手徴候を呈した急性期脳梗塞症例に対するリハビリテーション

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 リハビリテーション部 諸井 孝光

閉会の挨拶（17:35～17:40）

宮崎市郡医師会病院 救急科部長 白尾 英仁

抄 錄

一 般 演 題

特 別 講 演

I - 1 当院におけるけいれん重積型（二相性）急性脳症（acute encephalopathy with biphasic seizures and late reduced diffusion; AESD）症例のまとめ～けいれん発作は早期に止める～

○久保田 力

共同演者／宮崎県立宮崎病院 小児科 大平 智子、中谷 圭吾

背景／AESDは、本邦の小児急性脳症で30%以上を占める。死亡率は比較的低位が、半数以上で神経学的後遺症を残す重篤な疾患である。

目的／広域から小児の熱性けいれん重積症例が集約される当院での現状を把握し、AESDの発症・後遺症予防について考察する。

対象／2006～2022年に当院で経験したAESD20症例

方法／診療録を用いて後方視的にけいれん発作持続時間、原因微生物、後遺症などを調べ、全国調査と比較も行なった。

結果／発症平均年齢17.4か月、けいれん発作平均持続時間82.5分、原因微生物はHHV-6が最多だった。予後は、死亡5%、神経学的後遺症あり55%であった。

考察／2017年の全国調査では、死亡率2%、神経学的後遺症あり62%で、当院での結果も概ね同様だった。初回けいれん発作の持続時間が長いことは、AESDの後遺症リスク因子であるとの報告があり、当院でも同様の結果を認めた。持続するけいれん発作は、早期に抗けいれん薬を使用し止める必要がある。

I - 2 抜管後に降圧薬による血管性浮腫をきたした脳出血の1例

○岩本 和樹 佐々木 朗 松岡 博史 落合 秀信

宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター

背景／抜管後の喉頭浮腫の原因としては気管チューブによる機械的刺激が多い。その一方でCaチャネル拮抗薬やATII受容体拮抗薬も血管性浮腫を生じ喉頭浮腫の原因となりうる。抜管後に喉頭浮腫を来し、その原因として降圧薬による血管性浮腫が疑われた症例を経験したので報告する。

経過／86歳男性。右小脳出血、外傷性くも膜下出血の診断で緊急開頭血腫除去術を施行した。第2病日に気管チューブを抜管したが、同日夜に喉頭浮腫が出現し再挿管となった。ステロイド投与を行い、第6病日に再度抜管したが、その後口唇と舌の浮腫が顕在化し、血管性浮腫と判断した。原因として降圧薬（ニカルジピン、アジルサルタン）による薬剤性血管性浮腫を疑った。ステロイドを投与し、降圧薬を他の薬剤へ変更したところ、数日の経過で口唇と舌の浮腫は改善した。

結語／降圧薬使用中の脳出血患者で抜管後に喉頭浮腫をきたした場合は薬剤性の可能性も念頭に置く必要がある。

I-3 *L. hebdomadis* による急性呼吸窮迫症候群（ARDS）を発症し救命に至った一例

○日高 哲平 三宅 良博 黒木 琢也 島津 志帆子 金丸 勝弘
宮崎県立延岡病院 救命救急センター

症例／73歳男性。発熱、倦怠感等で近医を受診し帰宅、翌日血圧低下、肝機能障害などを認め、当院へ転院搬送された。来院時は意識生命、quick SOFA2点、SpO₂92%（酸素15L/min）で感染源不明の敗血症として加療を開始した。翌日呼吸状態が更に悪化し、胸部CT検査で両側すりガラス影・浸潤影が増悪していた。ARDSとして人工呼吸器管理、ステロイド、腹臥位療法を行い、10病日呼吸状態改善し抜管に至った。後日PCRで*L. hebdomadis*陽性と判明した。

考察／ARDSが敗血症等に続いて生じる重篤な急性呼吸不全であるが、レプトスピラ症に伴うARDSの報告は少ない。本症例は病歴、身体所見などから上記疾患を疑い、レプトスピラ症に伴う敗血症性ショックとARDSに対する治療を並行して行うことで救命し得た。

結語／*L. hebdomadis*によるARDSを発症し救命に至った一例を経験した。

I-4 著明な吸気努力により発生した陰圧性肺胞出血の1例

○徳山 秀樹¹⁾ 田崎 哲¹⁾ 枝元 真人²⁾
宮崎県立宮崎病院 1) 集中治療科 2) 総合診療科

気道閉塞などの機転により、過度の吸気努力が発生した場合、陰圧性肺水腫を発生する可能性があるが、今回我々は、気管挿管時、過度の吸気努力が発生した後、大量の喀血をきたし、その後も気道内出血を反復した症例を経験したので提示する。

症例63歳男性。高血圧、頭痛精査のため当院入院中、血圧上昇、呼吸状態悪化のため気管挿管ICU入室となる。気管挿管後カフ漏れあり、チューブ入れ替えなどで、過剰な努力呼吸が生じた。再挿管後、大量の喀血あり、気管支鏡検査では両肺野、びまん性に出血を認め、肺胞出血の診断となった。肺胞出血の原因検索を行うも異常を認めず、その後の気管支鏡検査で、右B6からの出血が認められ、気管支動脈造影では責任病巣なし、気管支動静脈瘻なども否定された。その後も覚醒により、著明な呼吸努力が発生しそれにより喀血を繰り返し、陰圧性肺胞出血と診断した。長期の深鎮静と持続筋弛緩管理を必要とした。

Ⅱ - 1 宮崎市郡医師会病院ER部門における看護教育の再構築

○小川 恵¹⁾ 白川 佐智子¹⁾ 白尾 英仁²⁾

1) 看護部 2) 救急科

Emergency Room (以下ER) に搬送される患者は、年齢・性別・症状も多種多様であり緊急度や重症度も様々である。そのため、あらゆる角度からのアセスメントと臨機応変な対応が求められる。また、危機的状況で搬送された患者・患者家族の精神的ケアも救急看護師に求められるスキルの1つである。

当院は二次救急医療施設であり、2020年8月に医療防災拠点として移転をし、新たにERが新設された。心筋梗塞や心肺停止などの重症患者に加え、新たに新興感染症や外傷患者も受け入れている。新設されてからこれまで、ER看護師の入れ替わりがあり、教育の再構築を行わなければならないと考えた。

当院ERの3年間の受け入れ動向から、何をどのように看護教育を行っていくか、優先度を含め教育内容を検討していく。

Ⅱ - 2 計画停電による3次救急医療機関の機能停止に伴う出張ERの経験

○森久保 裕¹⁾ 木佐貫 ゆかり¹⁾ 金丸 勝弘¹⁾

宮崎県立延岡病院 救命救急センター

背景／宮崎県立延岡病院は県北唯一の三次救急医療機関である。今回、延岡病院の電気設備改修に伴う3日間の計画停電に伴い、救命救急センターを含む全ての診療を停止する方針となり、この期間の救急医療の確保が大きな課題として浮上した。

目的／近隣の二次救急医療を担う延岡共立病院に救命救急センター機能を出張移転し、救急医療を継続することを目的とした。

方法／救命救急センター診療停止期間内の日勤帯における共立病院での救急医療体制や連携体制を検討・構築する。

結果／共立病院内の出張ERに常駐し救急診療にあたる延岡病院スタッフは、医師や看護師、薬剤師、CE等、約21名/日の体制とした。3日間で、10件の救急患者対応を行い、うち3症例をドクターヘリで、1症例を救急車で他地域の高次医療機関に転院搬送を行った。

結論／救命救急センター機能を近隣の二次医療機関に出張移転することは、救急医療の確保に効果的であった。

II-3 ドクターカーでの心停止症例に対する病院内での円滑なECPR（体外循環式心肺蘇生）導入に向けた取り組み

○武井 美樹 吉田 裕介 森久保 裕 木佐貫 ゆかり 金丸 勝弘
宮崎県立延岡病院 救命救急センター

はじめに／当院でドクターカー活動から連続して心カテ室でECPRを導入した患者は令和3年4月から令和5年12月までの期間で4件であった。僅か4例ながら病院前から病院内へと患者を引き継ぐ中で、救命センター（以下：ER）と心カテ室との連携体制の再確認が必要と考え、以下の取り組みを行った。

取り組み／① ER、心カテ室看護師を対象としたECPRについてのアンケート ② 救急科医師より看護師を対象とした勉強会③関係スタッフを対象とした院内シミュレーション

結 果／アンケートではECPR症例対応時に不安を感じたことがあると回答したのは全体の94%であった。それを受けて実施した勉強会及びシミュレーションではECPR症例対応時の各スタッフの役割を明確にすることができた。

結 語／今回の取り組みは、円滑なECPRへの第1歩である。今後アクションカードの作成や勉強会、シミュレーションへ参加できなかったスタッフへの周知を行い、円滑な対応ができるようにしたい。

Ⅲ-1 宮崎県立宮崎病院における過去5年間の施設外分娩14例の検討

○木下 弘一¹⁾ 大平 智子¹⁾ 中谷 圭吾¹⁾ 黒木 亜津子²⁾ 山下 尚人²⁾

宮崎県立宮崎病院 1) 小児科 2) 新生児科

背景と目的／施設外分娩で出生した児は低体温や呼吸障害などの危険性が高く、施設外分娩の予防や分娩後の迅速かつ適切な対応が求められる。今回、我々は当院に入院した施設外分娩症例を基に現状と課題を明確にし、対策を考案することとした。

対象と方法／2018年から2022年までの5年間で当院に入院した施設外分娩症例について診療録を基に後方視的に検討した。

結果／対象は14例。母体要因は社会的ハイリスク11例、妊婦健診未受診7例で、分娩場所は自宅が最多だった。児の合併症は早産児/低出生体重児3例、低体温症8例、多血症/多血傾向4例、低血糖症5例、重症新生児仮死1例、呼吸障害3例、死亡1例だった。

考察／今回の検討では社会的ハイリスク症例が多く、母子保健の啓蒙や行政との連携が重要と考えられた。施設外分娩は迅速かつ適切な初期蘇生が予後を左右するため、救急救命士や救命救急科との綿密な連携が必要である。

Ⅲ-2 上田脳神経外科における過去16年間の救急現場の実情

○上田 孝¹⁾ 宮崎 紀彰²⁾ 小城 亜樹³⁾ 松野下 誠³⁾

橋口 航太³⁾ 上塘 明日香³⁾ 原田 梨沙³⁾ 村山 知秀⁴⁾

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) 脳神経外科 2) 麻酔蘇生科 3) 放射線部 4) 医療情報室

当院は脳疾患専門の診療所で、主に脳卒中と頭部外傷を中心に救急対応しており、年間約1,000件の救急搬送を受け入れております。そこで救急現場における意識障害と脳卒中の対応についての詳細な研究を実施しました。この研究の目的は意識障害の原因やその対応方法についての深い理解を得ることであり、上田脳神経外科の過去16年間の業務実績、救急搬送患者の意識障害症例、意識障害や脳卒中プロトコルのフローチャート、脳疾患の画像データ、及び意識障害患者の症例データを基に分析を行いました。

宮崎地区メディカルコントロール協議会が作成した救急活動及び脳卒中プロトコル令和5年度改訂版は、意識障害の原因を迅速かつ正確に判断し適切な医療機関への搬送を目的としています。このプロトコルは救急医療の現場での意識障害や脳卒中の対応において極めて重要なベーシックスキルとして認識されるべきものであり、その普及と実践が求められます。

Ⅲ-3 自殺未遂での搬送数はCOVID-19流行の影響を受けたのか

○古郷 央一郎^{1, 2)} 小林 大輝³⁾ 香田 将英⁴⁾ 落合 秀信²⁾ 平野 羊嗣¹⁾ 石田 康¹⁾
宮崎大学医学部附属病院 1) 精神科 2) 救命救急センター
3) 東京医科大学茨城医療センター 総合診療科
4) 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療共育推進オフィス

日本の自殺死亡率は主要先進7か国で最も高い。特に宮崎県は自殺死亡率が高く、全国ワースト10位圏内から脱せない状況が続く。今回、救命救急センターを有し、かつ24時間精神科対応が可能な当院と県立宮崎病院に搬送された自殺未遂症例10年分のデータを用いて、COVID-19流行前後で自殺未遂者数に変化があったか、診断名等でその変化に差があるか解析した。統計学的には、interrupted time series analysis (ITSA) で検討し、統計解析ソフトはStata 18を用いた。1,480/88,395例が自殺未遂で搬送され、死亡例等を除いた1,229例を解析対象とした。総数ではCOVID-19流行前後で有意な変化はなかった。疾患別では、内因性疾患である統合失調症やうつ病では変化がなかったが、パーソナリティ障害では有意に減少していた。発表の際には、宮崎県内の自殺死亡症例でのITSA結果も用いた考察を加える。

あなたの知らないNCPRの世界～NCPRの疑問あれこれ～

豊橋市民病院 小児科(新生児)第二部長 杉浦 崇浩

NCPRについて、皆様がまだご存じでないだろうトピックスを、私の視点も踏まえご紹介します。

1. NCPRの歴史を紐解く

日本の新生児心肺蘇生法（Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation：NCPR）は2007年に誕生して以来、資格の取得と維持、インストラクターの養成と向上を目指し、周産期医療従事者のニーズに応えるため、様々なコースを開設し、改訂してきました。その経緯、改定の理由、そして現状について（苦労話も交えながら）簡単にご紹介します。

2. ガイドライン策定の裏側と最新情報

NCPRは、国際蘇生連絡委員会（International Liaison Committee of Resuscitation：ILCOR）が策定する、世界の様々な地域でのガイドラインの基盤となるコンセンサス（Consensus on Science with Treatment Recommendations：CoSTR）に準拠し、日本の実情に合わせて日本蘇生協議会（Japan Resuscitation Council：JRC）が作成した新生児蘇生ガイドラインに基づいています。ILCORは、各国の代表が参加し、従来5年ごとにCoSTRを更新・改訂していましたが、2019年以降はContinuous Evidence Evaluation（連続的エビデンス評価）の方針に変更し、毎年CoSTRを公表するようになりました。現在のNCPRは主にCoSTR 2020に基づくものですが、その後に発表された新たなCoSTRについても、国際的なコンセンサス策定の裏側を交えながら、興味深いトピックについて紹介します。

3. あなたの知らないNCPRアルゴリズムの世界

NCPRの核とも言えるアルゴリズムに着目し、日々の新生児蘇生におけるその活用方法について、皆さんが抱える疑問や難しいと感じる点について、Q&A形式で解説します。

本会にご参加の皆様はもちろん、宮崎で生まれる赤ちゃんたちとそこにご家族にも、この講演が少しでも役立つことを心から願っています。

I - 5 救急医療における手部外傷の初期評価について

○伊達 直人 大安 剛裕 川浪 和子 葉石 慎也
独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院

手指の切断や不全切断をはじめとした阻血を伴う手部外傷は、緊急手術による血行再建を要する。阻血時間はできる限り短くすることが望ましく、迅速な対応が求められる。患者受け入れの際には、事前に手術室や手術器具等の設備面、看護師、検査技師、麻酔科医師といった人材面の受け入れ体制を適切に整えることで、その後の治療を迅速に行えるようになる。そのためには、救急隊や前医からの正確な第一報が非常に重要となる。今回、実際の事例を参照しながら、救急医療で必要とされる手部外傷の初期評価についてまとめ報告する。

I - 6 遊離皮弁を用いて救肢し得た A 群溶連菌による上肢壊死性筋膜炎の一例

○日吉 優 田崎 和志 東雲 崇之 山内 佑太 川名 遼 佐々木 朗 松岡 博史 落合 秀信
宮崎大学救命救急センター

A 群溶連菌による壊死性筋膜炎は細菌の波及が急激に進行し、致死率が高く、そのため救命のために切断を要することも多い。

今回救肢・救命が可能であった A 群溶連菌による壊死性筋膜炎の一例を経験したため報告する。

症例／77歳 男性

右母指、中指指尖部に熱傷を受傷。受傷2日後に右母指腫脹を自覚し、右母指皮下膿瘍の診断で総合病院整形外科紹介となり、蜂窩織炎の診断で同院皮膚科入院。受傷後4日に右上肢全体の腫脹増悪、血圧低下をみとめ壊死性軟部組織感染症による敗血症性ショックの診断で同日当院転院搬送となった。右手部～上腕、前胸部にかけて筋膜切開、洗浄を行ったが、前腕掌側コンパートメントの全壊死をみとめ、入院27日目、前腕掌側コンパートメントのトータルデブリードマン、広背筋皮弁による被覆を行った。

右上肢は手関節・手指の麻痺、拘縮はみとめるものの感染再燃をみとめず、救肢が可能であった。

I-7 過度の呼吸努力に対する食道内圧モニタリングの有用性

○徳山 秀樹

宮崎県立宮崎病院 集中治療科

近年過剰な呼吸努力は、経肺圧の上昇から肺障害を誘発し、人工呼吸器装着期間の延長など、P-SILIの原因として広く認識される。人工呼吸器管理中の努力呼吸が強い患者に、食道内圧モニタリングを行い、これを便宜上の胸腔内圧として、経肺圧モニタリングを行った。

経肺圧とは、吸気時の肺の膨張の際に肺胞に加わる張力である。吸気努力で胸腔内が陰圧になると、その分だけ経肺圧が上昇する。この経肺圧が高いと、肺胞内に水分を引き込み肺水腫の原因となるだけでなく、肺胞の過伸展につながり、人工呼吸器肺障害の原因となる。ARDSでは、ペンデルフト現象（振り子現象）をも引き起こし、さらなる肺障害へとつながる。今回、呼吸努力の強い患者に、経肺圧モニタリングを行いながら、レミフェンタニルを投与したところ経肺圧の低下を認め、呼吸努力に対するレミフェンタニルの効果が確認でき持続筋弛緩療法を回避できた症例を経験した。

I-8 大腿骨転子部骨折術後に発症した脂肪塞栓症

○井之上 晃 白尾 英仁

宮崎市郡医師会病院 救命救急科

はじめに／脂肪塞栓症は整形外科的外傷後に脂肪滴が血中に入り、肺や脳などに到達することで発症し、受傷後24～72時間後に生じることが多い。今回、術後2日目に発症した脂肪塞栓症の1例を経験した。

症 例／84歳女性。X-1日に自宅内で転倒し、歩行困難のためX日に近医を受診した。左大腿骨転子部骨折の診断で、当院紹介となり、第2病日に観血的整復固定術が施行された。第4病日早朝に著明な低酸素血症が出現し、両肺のうっ血所見を認め、非侵襲的陽圧換気療法を開始した。造影CTで肺塞栓症は否定的であった。最終的には多発脳塞栓や尿中脂肪滴などの所見から脂肪塞栓症と診断した。

考 察／脂肪塞栓症は物理的、生化学的機序で血中に脂肪滴が流入することで発症すると考えられており、早期の骨折固定が予防となる。本症例では入院翌日に固定術が行われたにも関わらず、術後2日目に脂肪塞栓症を発症したため、文献的考察も加えて報告する。

II-4 脳血管疾患患者における嚥下補助製品が降圧薬の効果に与える影響

○渡邊 智恵¹⁾ 上田 孝英¹⁾ 上田 正之¹⁾ 諸井 孝光¹⁾ 日高 雅仁¹⁾

河野 美香¹⁾ 黒木 聡子¹⁾ 黒木 陸杜¹⁾ 宮崎 紀彰²⁾ 上田 孝³⁾

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) リハビリテーション部 2) 麻酔蘇生科 3) 脳神経外科

はじめに／嚥下補助製品（以下トロミ剤）は薬剤の崩壊時間の延長、溶出、吸収に影響を及ぼすとされ、服薬ゼリーとの使い分けの必要性が報告されています。そこで、降圧剤服用時にトロミ剤がどう影響するのか検討しました。

対 象／降圧薬（アムロジピンベシル酸塩、ノルバスク[®]）が処方された当院に入院する患者3名。
病名：脳梗塞2名、脳出血1名。性別：女性1名、男性2名。年齢：67±7歳。

方 法／降圧薬を3つの条件で服用し、血圧の日内変動を調査

服用条件：水分、トロミ剤水分、お茶ゼリー

血圧測定：服用前、服用直後、30分後、1時間後、4時間後、8時間後

結 果／3つの条件は、各々降圧効果が示されました。しかし、トロミ剤使用では、降圧効果を示すまでに時間がかかる等の傾向が見られたため、若干の考察を交え報告します。

II-5 上田脳神経外科での小児の救急搬送について

○甲斐 梨早¹⁾ 丸山 由芳¹⁾ 後藤 知絵美¹⁾ 時吉 渚¹⁾

川崎 弥生¹⁾ 岡田 琴音¹⁾ 宮崎 紀彰²⁾ 上田 孝³⁾

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) 外来看護部 2) 麻酔蘇生科 3) 脳神経外科

当院における過去10年間の15歳以下の小児救急搬送件数は165件であった。

内訳は、単純頭部打撲 98件、頭部損傷 28件、てんかん 13件、片頭痛 5件、熱中症 3件、顔面骨骨折 3件、頭蓋骨骨折 3件、外傷性クモ膜下出血 1件、眼底骨折 1件、脳出血 1件などであった。当院への小児救急は比較的軽症の搬送が多いが、中には緊急性の高い搬送もあった。

小児は成人と違いうまく症状を訴えることができないこともある為、注意深く身体の観察、情報収集を行う必要がある。また、小児の脳疾患は急速に進行することもあることを念頭に置いて迅速な救急対応を行っている。症例を踏まえて報告する。

II-6 他人の手徴候を呈した急性期脳梗塞症例に対するリハビリテーション

○諸井 孝光¹⁾ 上田 正之¹⁾ 日高 雅仁¹⁾ 河野 美香¹⁾ 黒木 聡子¹⁾
黒木 陸杜¹⁾ 渡邊 智恵¹⁾ 上田 孝英¹⁾ 宮崎 紀彰²⁾ 上田 孝³⁾

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) リハビリテーション部 2) 麻酔蘇生科 3) 脳神経外科

はじめに／脳卒中急性期には様々な症状が発現し、他人の手徴候もその一つであるが見過ごされるケースも少なくない。今回、脳梗塞を発症し運動麻痺は軽度であるが、他人の手徴候により行為遂行に支障を来した症例を経験したので報告する。

症 例／70歳代、女性、脳梗塞（中心前回、中心後回）

病 態／右麻痺、Br.stage V、表在・深部覚鈍麻、右上下肢協調性低下、右側身体性・空間性注意低下、右身体所有感減弱。

経 過／他人の手徴候は、初期時に「寝ている間に手が勝手に服や髪の毛を引っ張る」という形で表出し、次第に「掴まった手摺を掴んだり離したりを繰り返す」という形で表出した。

方 法／初期時には感覚促通と身体所有感の改善を図り、次第に行為における右手の役割を単純なものから複雑なものへと段階的にコントロールしていくことで改善を図った。

結 論／他人の手徴候のリハビリでは、経時的に変化する症状に柔軟に対処していく必要があった。