

## 21 急性虫垂炎からガス壊疽の発症が疑われた1例

本多 忠幸・大橋さとみ (新潟大学大学院  
医歯学総合研究科  
救命救急医学分野)  
遠藤 裕  
榛沢 和彦・小村 昇 (新潟大学医学部附属  
佐藤 一範 (病院集中治療部))  
筒井 寿基・米山 健志 (新潟大学大学院  
医歯学総合研究科  
腎・泌尿器病態学分野)

急性虫垂炎を発症し、後腹膜にガス壊疽を併発した稀な症例を経験したので報告した。【症例】57歳男性。右下側腹部痛出現、疼痛が拡大し、7日目に総合病院へ入院した。右背側皮下と後腹膜のガス像の画像診断からガス壊疽を疑った。切開・排膿ドレナージ施行後、同日当院へ転院となった。来院時、JCS 20、低血圧、腎機能低下、代謝性アシドーシスを認めた。側腹部を追加切開・排膿し、皮下組織から筋層に壊死を認めた。また、膿・血液から E. coli, Clostridium が検出された。エンドトキシン吸着後、CHDF を開始した。高圧酸素療法を行ったが壊死は拡大した。入院22日目に永眠された。剖検所見：虫垂周辺から膿瘍が後腹膜に通じていた。

## 22 亜硫酸中毒の診療における二次被害

—— 症例に学ぶ除染システムの構築 ——

木下 秀則・広瀬 保夫 (新潟市民病院)  
田中 敏春・山崎 芳彦 (救命救急センター)  
傳田 定平・佐久間一弘  
榎木 永・国分誠一郎  
渡辺幸之助 (同 麻酔科)  
生駒 美穂 (長岡赤十字病院)

診療者側に多数の二次被害を生じた、亜硫酸中毒症例を経験したので報告する。症例は54歳、男性。自殺目的に亜硫酸 20g を服毒し、当院に搬送された。胃洗浄後も砒素塊の残存を認め、上部消化管内視鏡で直下に著明なびらんを認めた。残存する砒素による胃穿孔を回避するために、同日胃全摘術を施行した。手術は無事終了したが、帰宅後まもなく心停止し、一旦は蘇生されるものの、治療抵抗性の急性循環不全により翌日死亡した。

一連の診療過程において、多くの診療者が眼・喉の痛み、頭痛、全身倦怠感を訴え一部は角膜び

らん、喉頭蓋炎の診断を受けたが、重篤な後遺症を来したものはなかった。

亜硫酸は酸と反応して猛毒の砒化水素を発生する。亜硫酸経口中毒患者の診療に際しては、砒化水素の発生による二次被害の可能性を考慮し、適切な防護措置を講ずる必要がある。

## 23 上越における CPAOA 患者の1年間の集計結果

金井 啓一・丸田 正 (上越地域消防)  
丸山 茂樹・小川 茂樹 (事務組合)  
丸山 正則・渡邊 逸平 (県立中央病院  
麻酔科)

病院外心肺停止(以下 CPA)症例の蘇生に関する情報を、地域網羅的かつ pro-spective に収集検討する方法として、ウツタイン様式が一般的なものになりつつある。当上越消防管内では、昨年の10月からウツタイン様式による集計を開始し丁度1年を経過したのでその結果を報告する。心室細動例は4%に過ぎなかった。バイスタンダーによる CPR 実施例の方が心拍再開率は高かった。特定行為による心拍再開率の差はみられなかった。目撃者が救急隊員である場合は、心拍再開率、生存退院率ともに高かった。対象心停止患者数が205人と少なく、現時点では断定的なことは言えないが、ウツタイン様式には不完全と思われる部分も多々あり、県単位などの上部機関における改訂、統一基準化が望まれる。

## 24 外傷性ショックと診断される CPAOA 患者の死因について

丸山 正則・渡邊 逸平  
小林 千絵・若井 綾子 (県立中央病院)  
林 隆宏 (麻酔科)

外傷による心肺停止(CPA)患者で、外傷そのものは死に至るほどのものとは考えられず、死因が特定できない場合が少なくない。当院救急外来に交通事故による CPA で搬入され、後に興味深い結果が判明した2例を紹介し、外傷性ショックと診断される CPA 患者の死因につき考察してみ

た。

1例目は体表からもCTでも外傷まったくなく、司法解剖でも心停止の原因となるような所見なく、頸髄振盪による機能障害が死因とされた。2例目はいくつかの外傷あるがそれ自体では心停止に至るとは考え難く、後日搬送時のECG検討で急性心筋梗塞と判明した。

CPAで死亡した外傷患者で、外傷性ショックとして片づけられているが、直接死因不明の症例の中には、このようなものも含まれている可能性があり、興味深いと考えられた。

## 25 脳死患者臓器摘出術の管理を体験して

傳田 定平・吉川 成一  
渡辺幸之助・国分誠一郎(新潟市民病院)  
榎木 永・佐久間一弘(麻酔科)  
木下 秀則 (救命救急センター)

平成13年8月に新潟ではじめての脳死患者からの臓器摘出が行われ、臓器摘出術の麻酔管理を体験した。早朝に臓器搬送をしなければならなかったため、臓器摘出開始は午前2時に設定された。午前2時13分手術室入室。午前2時15分手術台に移動後、ベクロニウム 10 mg 静注し筋弛緩を得た。人

工呼吸の設定は一回換気量 600 ml, 1 分間12回,  $F_{I}O_2$  1.0 で  $PaO_2$  76 mmHg,  $PaCO_2$  43 mmHg, 経皮的酸素飽和度は計測されなかった。直腸温は41度, 観血的収縮期動脈圧は 200 mmHg であったが, 執刀後から徐々に低下し, 直ちにドパミン, ドブタミンの投与を開始した。開胸, 肺の操作開始後, 血圧が再低下し, ドパミン, ドブタミンを増量するも反応悪く, ノルアドレナリンの投与を申し出たところ, 臓器摘出チームから拒否され, 肺の摘出は断念された。血圧維持は輸液の負荷で対応した。午前3時23分ヘパリン 2 万単位静注。午前3時40分, 胃管よりイソジン液 200 cc 注入クランプ。午前3時43分, 大動脈遮断, 血圧は急低下し, 心室細動を経て心静止を確認し, 午前3時47分, 人工呼吸を停止し, モニターの電源を切った。以後, 臓器・脾臓, 左右腎臓を摘出し, 午前4時51分手術は終了された。第1回法的脳死判定から臓器摘出が終了するまで約24時間要した。この間, 法的脳死判定, 移植コーディネーターとの打ち合わせ, 臓器摘出チームとのミーティングに招集された。注目されるなか, 関係者の気苦労も多かったと思われる。一連の作業に, 手術室業務に従事する多くの人員, 手術室がさかれ, 通常手術室業務が少なからず犠牲になった。