

り北の県北半分が活動地域であった。搬送所用時間としては1時間以内が42%、1時間から2時間が44%であった。

搬送出勤時間は48.6%が8:00~16:00の間であったが、16:00~24:00にも33.8%の出勤が、0:00~8:00の深夜帯にも17.6%の出勤があった。

搬送要請時の主訴としては、やはり呼吸障害と低出生体重児が最も多く、それぞれ35%と27%を占めていた。

搬送中には多くの児で O<sub>2</sub> 投与が行われているが、特に重症であった13例(9.1%)で挿管人工呼吸が行われていた。

#### 5) 分娩部;NICU における胎内搬送例の検討

吉沢 浩志・石田 道雄 (新潟大学附属病院)  
須田 昌司・本田 修司 (分娩部 NICU)  
竹内 正七・堺 薫

未熟児や先天性疾患を持った病的新生児の救急医療システムは、新潟市民病院新生児医療センターの Dr. Car稼働などにより新局面を迎えたが、周産期医療の成績向上には胎児・新生児を一貫した体制で管理することが望まれている。

大学病院分娩部は NICU (新生児集中治療施設) も備え、院外で出生したハイリスク児の管理にも当たると共に、病児出生が予測されるハイリスク妊娠を取り扱ってきている。NICU 開設以来、満7年を経過した治療成績をもとに、胎内(母体)搬送例の検討を行い、出生前管理のうち、入院後24時間以内に出産した管理不能群、24時間以上管理し得た管理可能群および院外出生群すなわち新生児搬送群別にその予後に関する問題点を指摘した。

新生児医療の究極の目標は無欠陥生育(インタクト・サバイバル)であり、それを可能にし、さらに親子の絆を深める為にも胎内搬送による周産期管理の重要性を訴えた。

#### 6) 小児溺水の3例

佐藤 雅久・石塚 利江 (新潟市民病院)  
阿部 時也・渡辺 徹 (小児科)  
小田 良彦

最近経験した幼児の浴槽での溺水3例を報告した。

症例1. 1才3ヶ月女児。夕方ベビーバスの中に浮いているのを発見され、約10分後に当院に到着。心停止、自発呼吸を認めず、瞳孔も散大していた。種々の蘇生術・ペントバビタール等の脳保護法を施行したが、意識は回復せず、受傷後17日目に死亡した。

症例2. 1才4ヶ月女児。午前9時頃、浴槽に浮いているのを発見され、約30分後に某病院に到着し蘇生術をうけた後転院したが、昏睡状態が続き入院31日目に死亡した。

症例3. 1才3ヶ月男児。夕方浴槽でうつ伏せになって浮いているのを発見され、某病院で蘇生術・全身管理をうけ、意識は回復したが、後弓反張・除脳皮質肢位が出現したため当科へ転院した。現在点滴てんかんを発症し治療中である。

風呂での溺水は、幼児に多く、救命し得ても重度の後遺症を残しやすい。発生防止のための種々の指導や注意が必要である。

#### 7) 新潟市民病院救命救急センター 1年間における DOA の経験

三井田 努・樋熊 紀雄 (新潟市民病院)  
本多 拓 (救命救急センター)

救命救急センター開設以来1年間に31例の DOA を経験した。DOA の原因は17例が内因性疾患によるもので、14例が外因によるものであった。DOA の原因疾患の正確な判定は困難であったが、内因性では心疾患由来のものが多く65%を占め、外因性では交通外傷が43%と多かった。心停止発生時期は、救急車搬送前に19例68%で心停止を認めたが、約1/3は救急車内で心停止が発生していた。救急車内発生心停止例では37.5%が蘇生され比較的良好であったが、搬送前にすでに心停止を来していた症例の蘇生は不良で1例5%のみであった。病院到着後の蘇生継続時間は、蘇生された4例とも10分以内に状態が安定し、心肺蘇生が不要となった。一方、10分以上蘇生を必要とした26例には蘇生例はなかった。4例が蘇生されたが、3例が心停止後脳症のため死亡、1例が出血性ショックのため死亡し、救命例はなく、DOA の予後はきわめて不良であった。

#### 8) 急性心筋梗塞に対する緊急 PTCA

—救命及び心筋サルベージ効果について—

大塚 英明・加藤 秀徳 (立川総合病院)  
高橋 正・岡部 正明 (循環器内科)  
松岡 東明  
片桐 幹夫・春谷 重孝 (同)  
坂下 勲 (胸部外科)

今回我々は急性心筋梗塞に対する緊急 PTCA の急性期予後及び心筋サルベージに対する効果につき検討を行った。対象は昭和59年1月21日から昭和63年3月29日まで、当科において緊急 PTCA を行った急性心筋梗塞123

例で、年齢34~86, 平均63歳, 男性91例, 女性32例, PTCR後 PTCA 18例, Direct PTCA 105例である。

【結果】緊急 PTCA による再疎通成功は85例, 成功率69.1%であった。急性期死亡は14例 (11.4%), 再疎通群の1か月後再狭窄率は19.2%であった。再疎通群と非再疎通群の比較では、両群で年齢, 性, 冠動脈病変重症度に差を認めなかったが, 急性期死亡率は7.1%対21.1%と差が認められ ( $p<0.05$ ), 再疎通による救命効果が確認された。左室自由壁破裂は前者に1例, 後者に2例存在し, 全例死亡した。タリウム-201心筋 SPECT では再疎通群の62.9%で良好な uptake が認められ (非再疎通群27.3%,  $p<0.01$ ), 特に8時間以内の再疎通で心筋サルベージ効果が著明であった ( $p<0.05$ )。

#### 9) 当院搬入後緊急手術を必要とした大動脈瘤および解離症例の検討

齊藤 憲・吉谷 克雄 (立川総合病院)  
片桐 幹夫・春谷 重孝 (胸部外科)  
坂下 勲

昭和51年から昭和63年6月30日まで当院へ搬入された後ただちに緊急手術を必要とした胸部16例腹部大動脈瘤15例計31例を検討した。胸部腹部とも年々緊急例は増加している。胸部16例中解離性が14例を占めた。腹部例の93%に当る14例は破裂例であった。また胸部大動脈瘤の緊急例16例のうち12例75%が手術に際し体外循環による補助手段を必要とした。手術成績は年々向上している。死因は胸部では心タンポナーデ, LOS, 出血, 腎不全であり腹部では6例中5例が出血であった。

とくに胸部大動脈瘤の緊急側では体外循環等の特別な補助手段を必要とする場合が多く適切な施設へ早急に搬送する事が肝要である。

#### 特別講演

##### 突然死と直結する不整脈

##### —その診断と治療過程での問題点—

新潟大学医学部第一内科

相沢 義房 先生

ほぼ即死とも言える内因死の実態はまだ不明点が多いが, 不整脈が関与する事が知られてきている。そのひとつは除脈であり, その代表が洞不全症候群や房室ブロックである。幸いこれらの除脈は, 脳虚血を示す様な重症発作時でなくとも心電図やモニター上で異常が捉えられ得るもので, 診断過程において大きな問題はなくまたペースメーカー治療も奏功している。一方, 頻拍発作による突然死例または蘇生例も蓄積されてきており, その特徴が分かっている。すなわち, 非発作時にはいくら心電図を記録しても, 頻拍発作の可能性や性質の診断はつける事はできない事で, これは致命的頻拍が日常頻回に起きえないと言う単純な理由による。稀に, しかも予測なしに発生する性質がある。従ってその診断を長時間の心電図モニターで行おうとする事は, 効率が悪いのみならず発作を捉えた時には死に直面する危険さもある。

幸いこれらの頻拍は, その機序がリエントリーによるものが多く, 電気生理検査の手法によって誘発し診断できる。重症頻拍を誘発する根拠はいくつかある。まず, 医師の管理下に頻拍を誘発し再現する事で診断が可能となりその特異性は高い。次に, 誘発された頻拍 (これは自然発作と同じ) の評価を行い, 直ちに再発予防を目的とした治療に入れる。現在最も信頼できる抗不整脈薬の効果判定は, 誘発できた頻拍が治療により誘発不可能となった場合である。もし, 有効薬がなければ外科的治療に委ねられるが, その際処置を行うべき頻拍起源は, 頻拍時のみ同定できる。頻拍の治療目的は, 頻拍を停止させる事のみでなく, 頻拍の再発予防にある。電気生理検査で誘発可能な状態とは, 頻拍のいつでも再発し得る状態であり, 従って予後も悪い事を意味している。この様に, 致命的となり得る発作性頻拍の性質の認識に基づけば, 診断と治療は信頼できる観血的手段に頼らざるを得ないのが現状である。