

視力0.05以上かつ黄斑非剥離と定義した。risk factorは全身因子7項目、眼局所因子23項目につき検討した。

結果：(1) 視力良好群31眼(51%)、不良群30眼(49%)で最終視力で光覚弁マイナスが12眼(20%)あった。(2) risk factorは、糖尿病罹病期間、HbA1c、インスリン使用歴、網膜前出血、術中網膜合併症など(3) 早期手術施行例は視力良好群31眼中、22眼、不良群30眼中9眼で本症に対する早期手術の有効性が示された。

14) 3年目を迎えた「中途視覚障害者のリハビリテーション外来」を振り返って

山田 幸男・高沢 哲也(信楽園病院内科)
大石 正夫 (同 眼科)

糖尿病性網膜症による失明は成人失明の第一位であるが、失明後のケアはほとんどなされていなかった。そこで1994年5月に、その他の疾患による失明者をも対象とした「中途視覚障害者のリハビリテーション外来」を開設した。

月1回(1996年5月以降は月2回)、糖尿病医、眼科医、歩行訓練士、視能訓練士などのメンバーで、歩行訓練、弱視眼鏡や日常生活用具の紹介、職業相談などを行っている。すでに50名の方が外来を受診されているが、中でも多いのが糖尿病性網膜症や網膜色素変性症の患者である。

本邦における視覚障害者のリハビリテーションは、施設に入所して行なわれているが、糖尿病治療や透析治療を必要とする人も少なくないことから、病院などで原因疾患の治療と同時に視覚障害者のリハビリテーションを受けることを望む人が多い。施設以外での視覚障害者のリハビリテーション外来は、当院の他には名古屋と岡山で行なわれているに過ぎない。

15) 糖尿病患者における起立性低血圧に対する五苓散の効果

中村 宏志・中村 隆志(中村医院内科)
中川 理 (新潟大学第一内科)

【目的】糖尿病合併症の1つである起立性低血圧に対し五苓散が有効であるかどうかについて検討した。

【方法】シェロンテスト陽性の糖尿病患者7名(IDDM 1名、NIDDM 6名)に対し、五苓散エキス顆粒5.0gおよびpraceboを各1ヶ月投与し、前、1ヶ月後、2ヶ月後においてシェロンテストを施行し、この際の血中

カテコラミン濃度、レニン活性、アルドステロン濃度も測定した。

【結果】五苓散の投与により、シェロンテスト時の血圧下降度は収縮期 $36.1 \pm 5.0 \rightarrow 17.8 \pm 8.6$ mmHg、拡張期 $23.4 \pm 4.2 \rightarrow 12.5 \pm 4.6$ mmHgと有意に減少したが、praceboでは有意な変化を認めなかった。五苓散の投与によりシェロンテスト時の血中アドレナリンとノルアドレナリン濃度の増加反応の回復傾向を認めたものの有意な差ではなかった。レニン活性、アルドステロン濃度は五苓散投与により変化を認めなかった。

【総括】五苓散は糖尿病患者における起立性低血圧の治療法として有用である。この機序についてはさらに検討が必要であると考えられる。

16) NIDDMのインスリン療法導入の選択基準—SU剤からの切り替え—

百都 健・田村 紀子(新潟市民病院)
田中 直史・高木 顕(第二内科)

NIDDMにおいて、SU剤からインスリン療法への切り替え適応を、入院5~7日目の血糖で判定できるか否かについて検討した。

対象)SU剤2錠以上内服下で、入院直後の各食前+食後2時間+深夜の7点の血糖の平均が200 mg/dl以上のNIDDM 21例を、入院後5~7日目の各食前血糖(mFBS)の平均とその後の治療方法によって3つの群に分けた。A群(mFBS<160, SU剤) B群(mFBS>160, SU剤) C群(mFBS>160, インスリン)。B群は退院時各食前血糖が159 mg/dlとA群(110)、C群(112)に比べ高かった。内因性インスリン分泌はA群に比べ低く、C群と同程度であった。以上より、入院後5~7日目の各食前血糖平均が160 mg/dl以上の症例はSU剤のみではコントロールがつきづらく、インスリン療法導入を考慮すべき症例と考えられる。

17) SU剤投与の問題点

一日中の血糖コントロールが困難な例について—

田村 紀子・百都 健(新潟市民病院)
矢部 正浩(第二内科)

SU剤にて、空腹時血糖は低下するが、日中の血糖が下がらない症例(不良群8例)の特徴を明らかにする為、コントロールの改善した症例(改善群4例)との比較検

討を行った。各食前血糖値は、両群とも入院時には昼食前で最も高かった。退院時には改善群でその傾向はなくなつたが、不良群では同様に昼食前血糖が高かった。入院時グルカゴン負荷テストのデルタ CPR 6分値は改善群で高く、常食負荷 IRI 値も改善群で高い傾向を示した。いずれの検査でも前値では両群間に差は認めなかつた。食後のインスリン追加分泌の低下が示唆された。また SU 剤にて空腹時血糖と夕食前血糖がよく下がる例がある。薬剤の血中濃度や運動の影響なども含め、症例数を加え検討が必要と考えられた。

II. 特別講演

『糖尿病, 最近の治療』

東京女子医科大学糖尿病センター所長

第三内科教授

大森安恵先生

第33回新潟救急医学会

日時 平成8年11月16日(土)

午後2時～5時

場所 上越市ホテルセンチュリーイカヤ

シンポジウム

「中毒への救急対応」

丸山 正則 (新潟県立中央病院)
麻酔科

中毒は多発外傷、広範囲熱傷とならんで3次救急疾患の最も代表的なものであるにもかかわらず、意外なことにこれまでの32回の新潟救急医学会のテーマとしてとり上げられたことがなかった。これは1つには中毒を起こす物質が、あるいは発生要因があまりにも多岐に渡り、しかもその間には何の脈絡もないため、これを一連の主題としてまとめることが困難なためであろう。今回は敢えてその困難に挑戦し、『中毒への救急対応』と題したシンポジウムを企画した。危惧したとおり中毒物質があまりにも多岐に渡るため、フロア間での活発な討議を引き出すには至らなかったが、中毒は、いついかなる所で、どんな中毒でも起こりうるものであり、その大半

の初期対応に当たる救急隊員、これを受け入れる救急医療施設はいつも中毒に対する備えを心がけておかねばならない。今回のシンポジウムはこのことを今一度考え直す機会と、啓示を与え得たものと確信している。

1) 「中毒」現場での対応と搬送

丸山 茂樹 (上越南消防署)

中毒事故そのものは件数自体それほど多くなく、当消防署管内においても年間約1,500件の出場に対して平均20から30件の発生です。現場における中毒事故での対応において最も気を遣うのはなんといっても毒物の特定です。特に農薬など緊急度、重症度が高くなる恐れのある事故では非常に重要となってくると考えられます。さらに事故の多くは自損事故であるため、すぐ傍らに毒物の容器がない場合は本人からの情報を期待することはできません。毒物の種類が判らないと医療機関の選択ができず、また搬送途中における応急処置等の対応も的確にできないため出場した救急隊員にとって最も困難な状況となります。

平成3年から救急隊員の行う応急処置の範囲が拡大されたため以前に比べれば全身状態の観察、特にバイタルサインの観察においては格段の進歩を遂げたように思われます。しかしながら、中毒を判断する方法としては口周辺の毒物の付着、または口臭等による判断が重要な位置を占めるように思われます。

搬送途中において、救急隊員が行える応急処置としては気道確保、体位管理、酸素吸入が主なものとして挙げられますが特に気道確保としての誤嚥の防止、嘔吐物の除去が重要と思われます。農薬、家庭用化学製品の中には強酸、強アルカリ等腐食作用の強い毒物が多いため顔面等へ付着した場合は素早く除去することが大切と思われます。

最後に中毒は時間との勝負とよく云われますが、救急現場において人為的に吐かせる行為の是非が問われる場合が少なからずあると思われます。ケースバイケースとは思われますが、吐かせた方がよい場合の中毒事例、また催吐方法など医師、看護婦の方々からご指導いただければ幸いと存じます。